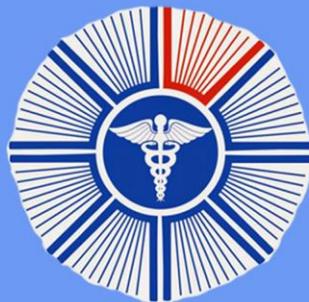


Министерство образования и науки Российской Федерации  
Забайкальский государственный университет  
Монгольский национальный университет медицинских наук  
Донбасский государственный педагогический университет



# СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ: МЕДИЦИНСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Сборник научных статей  
VII Международной научно-практической  
интернет-конференции  
*29 февраля - 5 марта 2016г.*



Министерство образования и науки Российской Федерации  
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего профессионального образования  
«Забайкальский государственный университет»

**СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ:  
МЕДИЦИНСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ПСИХОЛОГО-  
ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ**

**VII Международная  
научно-практическая интернет-конференция**  
*г. Чита, 29 февраля – 5 марта 2016 г.*

Чита  
Забайкальский государственный университет  
2016

УДК 613(082)  
ББК 51.204.0я431  
С 667

Рекомендовано к изданию решением организационного комитета конференции

**ОРГКОМИТЕТ КОНФЕРЕНЦИИ**

***Председатель***

*С.А. Иванов*, д-р техн. наук, профессор, ректор ЗабГУ

***Заместитель председателя оргкомитета***

*С.Т. Кохан*, канд. мед. наук, доцент,  
зав. НОЦ «Экология и здоровье человека» ЗабГУ (отв. редактор)

***Члены оргкомитета***

*М.Ю. Швецов*, директор ИСНПП ЗабГУ

*А.В. Патеюк*, профессор кафедры СР ИСНПП ЗабГУ

*Е.М. Кривошеева*, доцент кафедры СР ИСНПП ЗабГУ

*А.Э. Мелоян*, зав. кафедрой прикладной психологии ДГПУ, Украина

*С.В. Власова*, доцент факультета здорового образа жизни ПолесГУ, Республика Беларусь

*В.В. Харабет*, зав. кафедрой социологии и социальной работы ПГТУ, Украина

*В.Л. Антонов*, ответственный секретарь, специалист по УМР кафедры СР ИСНПП ЗабГУ

С 667 **Состояние здоровья: медицинские, социальные и психолого-педагогические аспекты** : VII Междунар. науч.-практ. интернет-конференция / Забайкал. гос. ун-т; отв. ред. С.Т. Кохан. – Чита : Забайкал. гос. ун-т, 2016. – 1484 с.

ISBN 978-5-9293-1574-9

Представленные в сборнике работы ученых, педагогов посвящены различным аспектам состояния здоровья, проблемам развития системы образования и воспитания на современном этапе; выявлению приоритетных направлений работы с молодежью; профессиональной подготовке специалистов, работающих в области сохранения здоровья, пропаганды здорового образа жизни, валеологической культуры и психологической адаптации подрастающего поколения в современном мире; определению концептуальных оснований и практической направленности медицинского и психолого-педагогического сопровождения участников образовательного процесса.

Данная конференция является прекрасной школой профессионального роста, в формате этого мероприятия происходит широкий обмен новыми научными данными позитивным практическим опытом. Сборник содержит материалы авторов из различных регионов России, Украины, Монголии, Белоруссии, Узбекистана, Казахстана, Болгарии, Китая, Кипра, Тайланда.

УДК 613(082)  
ББК 51.204.0я 431

*Материалы сборника представлены в авторской редакции.*

ISBN 978-5-9293-1574-9

© Забайкальский государственный  
университет, 2016  
© Коллектив авторов, 2016

## Содержание

### Секция: «Медицинские аспекты»

<i>Абдуллаев У.С., Джумаев К.Ш., г. Бухара, Р. Узбекистан</i> Исследование риска развития и профилактика гастродуоденальной патологии у подростков в поликлинических условиях	18
<i>Абдуллаев У.С., г. Бухара, Р. Узбекистан</i> Клинико-морфологические исследование подростков с хронической гастродуоденальной патологией в динамике лечения в условиях семейной поликлиники	26
<i>Алифанова С.В., г. Днепрпетровск, Украина</i> Возможности ранней диагностики неврологических нарушений у детей, родившихся недоношенными	33
<i>Андонова А.Н., г. Стара Загора, Болгария</i> Место и роль медицинской сестры в рамках политики «Здоровье 2020»	41
<i>Аслонова Ш.Ж., г. Бухара, Р. Узбекистан</i> Эффективность моксонидина в коррекции некоторых основных компонентов метаболического синдрома	47
<i>Ахмедов Х.С., Разакова Ф.С., Ахмедова М.С., г. Ташкент, Узбекистан</i> Влияние активных профилактических вмешательств на фоне коррекции прогестероновой недостаточности на функциональный исход у больных ревматоидным артритом	56
<i>Ахмедов Х.С., Разакова Ф.С., Рустамова Р.П., Исмаилова А.М., Далимова Г.М., г. Ташкент, Узбекистан</i> Клинические особенности ревматоидного артрита в зависимости от климатогеографических и экологических зон Узбекистана	64
<i>Ашууров З.Ш., г. Ташкент, Узбекистан</i> Клинико-биологические особенности алкоголизма у больных с девиантным поведением	72
<i>Бадмаев Н.С. Николаев С.М., Самбуева З.Г., Банзаракшеев В.Г., Григорьева Т.П., г. Улан-Удэ, Россия</i> Комплексное фармакологическое действие экстракта calendula officinalis на модели экспериментального холецистита	79
<i>Бадритдинова М.Н., Ражабова Г.Х., г. Бухара, Р. Узбекистан</i> Распространённость различных форм ишемической болезни сердца среди лиц с отдельными компонентами метаболического синдрома	87
<i>Бадритдинова М.Н., Жураева Х.И., г. Бухара, Узбекистан</i> Состояние фармакотерапии артериальной гипертензии среди неорганизованного населения	93

<b>Балашкевич Н.А., Жетписбаев Б.А., Пивина Л.М., Дюсенова Л.Б., г. Семей, Казахстан</b>	
Фактор питания и болезни системы кровообращения	100
<b>Большот Ю.К., Каличевская М.В., г. Днепрпетровск, Украина</b>	
Особенности цитокинового статуса у детей с бронхиальной астмой и сопутствующей патологией желудочно-кишечного тракта	109
<b>Большот Ю.К., Бордий Т.А., г. Днепрпетровск, Украина</b>	
Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей: возможности терапевтической коррекции	116
<b>Буранова С.Н., Абдурахимова Л.А., г. Ташкент, Узбекистан</b>	
Эффективность применения хондропротекторов во вторичной профилактике деформирующего остеоартроза коленных суставов в амбулаторных условиях	123
<b>Варавкина Ю.П., г. Волгоград, Россия</b>	
Типы самоконтроля пациентов с инсулинозависимым сахарным диабетом	132
<b>Вощенко А.В., Вощенко М.Т., Вощенко Н.А., Вощенко В.А., г. Чита, Россия</b>	
Лечение и профилактика болезни паркинсона	139
<b>Горанова-Спасова Р.Н., г. София, Болгария</b>	
Стимулирование грудного вскармливания как неотъемлемой части укрепления детского здоровья	141
<b>Горовой В.А., Блоцкий С.М., Черенко В.А., г. Мозырь, Р. Беларусь</b>	
Профилактика потребления психоактивных веществ	149
<b>Даишэвэг М., г. Дархан, Монголия</b>	
Проблемы рационального использования лекарственных средств	158
<b>Дубовая А.В., Пшеничная Е.В., Бордюгова Е.В., Тонких Н.А., Конов В.Г., г. Донецк</b>	
Возможности реабилитации детей с психовегетативным синдромом	164
<b>Дударь А.И., Костригин А.А., Хусяинов Т.М., г. Нижний Новгород, Россия</b>	
Дополнительное добровольное медицинское страхование в системе современного здравоохранения: распространённость среди населения России	171
<b>Жамкочан Л.М., Кривошеева Е.М., г. Чита, Россия</b>	
Влияние радиационной обстановки в Забайкальском крае на здоровье населения	176
<b>Жураева Х.И., г. Бухара, Р. Узбекистан</b>	
Выявляемость некоторых компонентов метаболического синдрома среди населения	182

<b>Зеленская А.Е., г. Пушкино, Россия</b> Единая этиопатогенетическая концепция развития всех ХНИЗ (хронических неинфекционных заболеваний) человека. Часть I. регуляторные механизмы физической жизни и смерти человека	190
<b>Зеленская А.Е. г. Пушкино, Россия</b> Единая этиопатогенетическая концепция развития всех ХНИЗ (хронических неинфекционных заболеваний) человека. Часть II. регуляторные механизмы развития ХНИЗ человека. ФЦ – ключ к здоровью человека	198
<b>Золмунх Н., Ариунаа М., Алгирмаа Л., Отгонжаргал Т., Алдармаа Т., Эрдэнэцогт Д., Цогтсайхан С., Хандсурэн Б., Батбаатар Г., г. Улан-Батор, Монголия</b> Результаты выявления филаггрина в кожной ткани больных дерматитом атопической природы	206
<b>Ибрагимова Ю.Х., Ахмедов Х.С., Рахимова М.Э., г. Ташкент, Р. Узбекистан</b> Влияние степени артериального давления и индекса массы тела на качество жизни у больных ИБС на фоне абдоминального ожирения	216
<b>Искакова А.М., г. Семей, Казахстан</b> Актуальные вопросы профессионального взаимодействия врачей общей практики и медсестры значимость роли современной медицинской сестры	224
<b>Исломов И.И., Рахимова М.Э., г. Ташкент, Узбекистан</b> Оценка эффективности антагонистов минералокортикоидных рецепторов у больных с хронической сердечной недостаточностью	231
<b>Каулкин А.В., г. Санкт-Петербург, Россия</b> Распределение генотипов и проблемные вопросы диагностики вирусного гепатита С в Российской Федерации	237
<b>Ковтуненко Р.В., Толстикова Е.А., Клименко О.В., Ботьбот Ю.К., г. Днепрпетровск, Украина</b> Медико-биологические и социально-гигиенические аспекты крупного плода	241
<b>Ботьбот Ю.К., Годяцкая Е.К., г. Днепрпетровск, Украина</b> Витамин D и значение его дефицита в развитии бронхообструктивного синдрома у детей раннего возраста	249
<b>Курбанова Д.Ш., Рахимова М.Э., Разиков А.А., г. Ташкент, Р. Узбекистан</b> Эффективность комбинированной терапии с L-аргинином при хронической сердечной недостаточностью, развившейся на фоне инфаркт миокарда с зубцом Q	257
<b>Кучкаров Х.Ш., Рахимова М.Э., Разиков А.А., Салихова М.Ф., г. Ташкент, Узбекистан</b>	

Комплексный подход к лечению хронической сердечной недостаточности с аффективными расстройствами <i>Лазарова М.К., г. София, Болгария</i>	264
Сегодняшние проблемы хронических неинфекционных заболеваний и пути их решения <i>Ложкина А.Н., г. Чита, Россия</i>	272
Нейротоксины и мышечная активность <i>Нагорная Е.Н., Брюзгина Т.С., г. Киев, Украина</i>	281
Особенности спектра высших жирных кислот слюны у детей с дисфункцией желчных путей и дефицитом железа <i>Намоконов Е.В., г. Чита, Россия</i>	284
Медицинская реабилитация пациентов, перенесших эндопротезирование крупных суставов <i>Номин-Эрдэнэ Ж., Эрдмаа Ц., Янжинсүрэн Д., г. Дархан, Монголия</i>	290
Влияние анемии беременных на возникновение послеродовой депрессии <i>Нурматов Д.Х., Рахимова М.Э., Бобоев А.Т., г. Ташкент, Узбекистан</i>	294
Гемодинамика и функциональное состояние почек у больных с ишемической болезнью сердца на фоне сахарного диабета II типа <i>Ойдовсүрэн Отгонтоого, Хухуу Оюунбаяр, г. Дархан, Монголия</i> <i>Цэвээн Даваасүрэн, г. Улан-Батор, Монголия</i>	298
Изучение устойчивости суппозиторной основы приготовленных на курдючном жире <i>Осочук С.С., г. Витебск, Р. Беларусь</i> <i>Марцинкевич А.Ф., Королевич М.П., г. Минск, Р. Беларусь</i>	305
Увеличение работоспособности спортсменов циклических видов спорта льняным маслом <i>Оюуницэцэг Д., Цэцэгсүрэн Ц., Хонгорзул Б., Чанцалням Ш., г. Дархан, Монголия</i>	315
Сравнительное исследование влияния повязки при ожоге <i>Пономарев А.Ю., Маслов Ю.Н., г. Пермь, Россия</i>	320
Анализ клинических наблюдений по определению тяжести состояния больных эмпиемой плевры с помощью диагностического комплекса «ЦИТО-ЭКСПЕРТ» <i>Почкайло А.С., г. Минск, Р. Беларусь</i>	328
Оптимизация лечения несовершенного остеогенеза у детей: роль психологического аспекта <i>Проданова Я.П., г. София, Болгария</i> <i>Радичева М.П., г. Стара Загора, Болгария</i>	335
Диагностика оперативного управления в отделении Университетской многопрофильной больницы для активного	

лечения	344
<b>Пшеничная Е.В., Марченко Е.Н., Юлдашева С.А., Бордюгова Е.В., Дудчак А.П., Дубовая А.В., г. Донецк</b>	
Двадцатилетний опыт работы кабинета амбулаторного приема детей донецкого региона с онкогематологической патологией	350
<b>Радичева М.П., г. Стара Загора, Болгария</b>	
За или против употребления антиоксидантов – исследование среди студентов Медицинского факультета Фракийского университета гор. Стара-Загора	356
<b>Рахимова М.Б., Рахимова М.Э., Бабаев А.Т., г. Ташкент, Р. Узбекистан</b>	
Механизмы влияния патологии гепатобилиарной зоны на сердечно-сосудистую систему	365
<b>Рахматова Н.У., Рахимова М.Э., Разиков А.А., г. Ташкент, Р. Узбекистан</b>	
Определение влияние информационных вмешательств на повышение комплаентности пациентов к не медикаментозным методам лечения у больных с хронической сердечной недостаточностью ишемической этиологии	373
<b>Сайфиддинова М.А., Гадаев А.Г., Рахимова М.Э., Разиков А.А., г. Ташкент, Р. Узбекистан</b>	
Особенности течения ишемической болезни сердца в сочетании с патологией гастродуоденальной зоны	381
<b>Салаева М.С., Абдурахманова Н.М., г. Ташкент, Р. Узбекистан</b>	
Оценка влияние обучающих программ на прогноз течения заболевания и параметры качества жизни у больных бронхиальной астмой	389
<b>Салихова М.Ф., Эшбаевна Р.М., Гадаев А.Г., Туракулов Р.И., г. Ташкент, Р. Узбекистан</b>	
Оценка эффективности селективного ингибитора I <sub>f</sub> -каналов синусового узла (кораксан) у больных хронической сердечной недостаточностью ишемической этиологии	397
<b>Солиев А.У., г. Бухара, Р. Узбекистан</b>	
Комбинированная терапия гиперреактивности бронхов	405
<b>Султанхонов С.С., Харисов Д.Р., Рахимова М.Э., г. Ташкент, Р. Узбекистан</b>	
Нарушение ритма и проводимости в остром периоде инфаркта миокарда на фоне метаболического синдрома	412
<b>Трайковска Ал., Димитров Т., Иванов Е., г. София, Болгария</b>	
Здоровое питание как первый шаг в профилактике метаболического синдрома	418
<b>Туракулов Р.И., Рахимова М.Э., Гадаев А.Г., г. Ташкент, Р. Узбекистан</b>	
Эффективность внутривенного введения препарата железа при	

хронической сердечной недостаточности с анемией <b>Уянга Н., Мэндхүү Б., Дуламжав П., г. Дархан, Монголия</b>	430
Исследование факторов риска репродуктивного здоровья девочек-подростков <b>Халметова Ф.И., г. Ташкент, Узбекистан</b>	438
Особенности кардиоренальных взаимоотношении при хронической болезни почек <b>Храмцова Н.И., Калашиникова Т.Р., г. Пермь, Россия</b>	446
Анализ заинтересованности молодого населения в прохождении фиброэзофагогастродуоденоскопии <b>Батром Хулан, Хухуу Оюунбаяр, г. Дархан, Монголия</b>	454
Изучение потребления лекарств снижающих артериальное давление <b>Чичканова Д.М., г. Иркутск, Россия</b>	461
Влияние энергетических напитков на здоровье молодёжи <b>Нансалмаа Шагдарсурэн, Эрдэнэчимэг Эрдэнэбаяр, Сандуйжав Рувжир, Шагдарсурэн Рувжир, г. Улан-батор, Монголия</b>	446
Ожоги у детей в Улан-Баторе <b>Шварацкая О.В., Карпенко А.В., г. Днепрпетровск, Украина</b>	475
Повторные бактериальные осложнения ОРВИ у детей: этиологические аспекты и современные подходы к терапии <b>Щербакова М.А., Бутько М.И., г. Витебск, Р. Беларусь</b>	484
Функциональное состояние дыхательной системы у мужчин, проживающих в сельской местности, в зависимости от возраста <b>Элмурадов Ф.Х., Гадаев А.Г., Рахимова М.Э., Разиков А.А., г. Ташкент, Р. Узбекистан</b>	491
Состояние почечной гемодинамики и функции почек у больных с хронической сердечной недостаточностью	498

Секция: «Социальные аспекты»

<b>Андрющенко О.Е., г. Волгоград, Россия</b>	
Формирование здорового образа жизни методами социальной работы у несовершеннолетних из неблагополучных семей	505
<b>Ардашова Ю.И., Кохан С.Т., г. Чита, Россия</b>	
Особенности отношения студентов к лицам с ограниченными возможностями здоровья	509
<b>Эрхэмбаяр Ариунцэцэг, Дарьмаасүрэ М., г. Дархан, Монголия</b>	
Исследование аспектов социальной защиты мужчины-бродяги	517
<b>Бадмаев А.Н., Кохан С.Т., г. Чита, Россия</b>	
Социокультурная реабилитация инвалидов	525
<b>Баландина А.А., Кохан С.Т., г. Чита, Россия</b>	
Медико-социальные технологии в работе с приемной семьей	533

<b>Баландина А.А., Кохан С.Т., г. Чита, Россия</b> Опыт социальных учреждений Забайкальского края в системе профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних	540
<b>Барамзина С.В., г. Киров, Россия</b> Социальные аспекты недостаточной эффективности вакцинопрофилактики гепатита В у взрослых	545
<b>Басов Н.Ф., г. Кострома, Россия</b> Учет особенностей медико-социальной помощи пожилым людям	554
<b>Блохин В.Н., г. Горки, Беларусь</b> Особенности экономической социализации личности в современных условиях	560
<b>Богатырёва И.Ю., Кохан С.Т., г. Чита, Россия</b> Образовательная среда как составляющая часть физической интеграции и адаптации лиц с ограниченными возможностями здоровья	568
<b>Богдановская В.И., г. Абакан, Россия</b> Об инклюзивном добровольчестве как ресурсе по формированию культуры здорового образа жизни	573
<b>Булгакова Е.В., г. Чита, Россия</b> «Паспорт здоровья студента» как средство формирования ценностного отношения к своему здоровью	584
<b>Бут-Гусаим Е.В., Шебеко Л.Л., г. Пинск, Р. Беларусь</b> Комплексная оценка женщин, занимающихся лечебной физической культурой, методом стабилотрии	590
<b>Буянова В.В., Патеев А.В., г. Чита, Россия</b> Исследование технологий используемых в работе с инвалидами по зрению в Забайкальском крае	597
<b>Веричева О.Н., г. Кострома, Россия</b> Социально-медицинская помощь маломобильным группам детей и молодежи	604
<b>Владимирцев В.А., Мустаева Ф.А., Сулова Л.В., г. Магнитогорск, Россия</b> Социальное самочувствие пожилого человека – в центре внимания благотворительной организации	613
<b>Власова С.В., г. Пинск, Р. Беларусь</b> Реабилитация спортсменов: проблемы и перспективы	622
<b>Герасимов К., Герасимов Б., г. София, Болгария</b> Социальная интеграция инвалидов	630
<b>Ёлгина Н.В., г. Иркутск, Россия</b> Профилактика ВИЧ-инфекции в молодежной среде	639
<b>Ерёменко С.А., г. Иркутск, Россия</b> Иппотерапия в реабилитации детей-инвалидов (на примере	

общественного благотворительного фонда Тихомировых)	645
<i>Етова Р., г. Пловдив, Болгария</i>	
<i>Тодорова Д., Михайлова Цв., г. София, Болгария</i>	
Медицинские последствия во время и после наводнения	648
<i>Ефременко И.И., Качан Ю.В., г. Витебск Беларусь</i>	
Половое воспитание студентов как медико-социальная проблема современности	661
<i>Ефременко И.И., г. Витебск Беларусь</i>	
Специфика физического воспитания студенческой молодежи с ослабленным зрением	666
<i>Журавлева Л.П., г. Чита, Россия</i>	
Методика пропаганды ценностей здорового образа жизни в студенческой среде высшего учебного заведения	672
<i>Засим Н.Н., Гурина Е.И., Калинец П.П., г. Брест, Р. Беларусь</i>	
Анализ тренировочных нагрузок в беге на выносливость по зонам интенсивности на различных этапах подготовки	680
<i>Засим Н.Н., Гузаревич И.М., Лукашевич С.С., г. Брест, Р. Беларусь</i>	
Динамика показателей работоспособности студентов на оздоровительных занятиях по фитнесу	688
<i>Иванова Н.Г., г. Стара Загора, Болгария</i>	
Взаимосвязь адаптации к социальной среде с профессиональным клиническим мышлением специалиста по уходу за здоровьем пациентов	694
<i>Кардаш О.И., г. Волгоград, Россия</i>	
Фокус-групповая оценка мнения участников реабилитационного процесса о важности учета индивидуальных потребностей постинсультных больных	702
<i>Киреева Е.К., г. Красноярск, Россия</i>	
Формирование интереса к занятиям физкультурно-оздоровительной деятельности у студентов специальной медицинской группы	710
<i>Кишкан И.Г., Кишкан Я.С., г. Черновцы, Украина</i>	
Медико-этические проблемы профилактики алкоголизма в процессе подготовки будущих врачей	718
<i>Кривчиков В.М., г. Гродно, Беларусь</i>	
Некоторые аспекты сохранения здоровья военнослужащих красной армии на территории Беларуси в начале 1920-х годов	724
<i>Лесанова И.Н., г. Саранск, Россия</i>	
Здоровье как социальный феномен	729
<i>Лесанова И.Н., Бистяйкина Д.А., г. Саранск, Россия</i>	
Методологические подходы к изучению социального здоровья	733
<i>Ловчева М.С., Патеюк А.В., г. Чита, Россия</i>	
Уровень осведомленности студентов ЗабГУ и МНУМН по	

вопросам ВИЧ\СПИДа	738
<i>Ван Сяо Лун, г. Харьков, Украина</i>	
Ценностная сфера китайских студентов	744
<i>Малах О.Н., Фудукович О.В., г. Витебск, Р. Беларусь</i>	
Отношение к здоровью молодежи как фактору повышения человеческого капитала	749
<i>Марков Д., Маркова П., Воденичарова А., Байкова Д., г. София, Болгария</i>	
Генная инженерия в пищевой продукции – медико-социальные проблемы	754
<i>Марков П., Марков Д., Воденичарова А., Байкова Д., г. София, Болгария</i>	
Преобладание технологически обработанной пищи в питании – фактор риска для социально-значимых заболеваний	762
<i>Марушка В.Я., м. Мукачево, Україна</i>	
Некоторые аспекты социально значимых заболеваний	771
<i>Марценюк М.А., м. Мукачево, Україна</i>	
Особенности восприятия информации о здоровье в подростковом возрасте	776
<i>Непомнящих Т.А., г. Иркутск, Россия</i>	
Анималотерапия как вид медико-социальной реабилитации лиц с ограниченными возможностями	784
<i>Николова М.С., г. Стара Загора, Болгария</i>	
Медицинское обслуживание пожилых людей	792
<i>Нурғалиева М.Е., Кодекова Г.Б., г. Павлодар, Казахстан</i>	
Здоровая нация – здоровое государство	796
<i>Осика К.С., Савченко К.Р., м. Слов'янськ, Україна</i>	
Самовизначення в процесі життєдіяльності особистості	802
<i>Оюунгэрэл Х., Оюунчимэг Ш., г. Дархан, Монголия</i>	
Осознание студентами своей ответственности	811
<i>Пехарева А.С., г. Харьков, Украина</i>	
Особенности межличностных отношений часто болеющих детей	815
<i>Попов Т., Трендафилова А., Петрова Л., Йосифова Е., Борисова Д., г. София, Болгария</i>	
Желания и возможности для профессионального роста и развития медсестер	823
<i>Пьянзина О.В., г. Саранск, Россия</i>	
Социальное партнерство как технология социальной работы	831
<i>Рябцева Н.Б., г. Горно-Алтайск, Россия</i>	
Социализация и реабилитация инвалидов по зрению в Новосибирской области	837
<i>Самойлова Г.М., Чалая Е.М., Старшова Н.Ю., г. Красноярск, Россия</i>	
Формирование здорового образа жизни у студентов технических	

ВУЗов	845
<i>Саруул П., Отгонтугс Л., Оюун-Эрдэнэ Л., г. Дархан, Монголия</i>	
Влияние уровня жизни на физическое развитие ребёнка	851
<i>Степанова И.Н., Мустаева Ф.А., Колесникова Г.В., г. Магнитогорск, Россия</i>	
Профилактика социально значимых заболеваний в деятельности общественной организации	859
<i>Таран О.Н., Ботьбот Ю.К., г. Днепрпетровск, Украина</i>	
Возможности оздоровления детей в условиях детских учреждений отдыха	867
<i>Татарова С.П., Затеева Н.А., г. Улан-Удэ, Россия</i>	
Здоровье населения как фактор социального развития (на примере Республик Бурятия и Тува)	875
<i>Тодорова Д., Михайлова Цв., г. София, Болгария</i>	
<i>Етова Р. г. Пловдив, Болгария</i>	
Безвозвратные потери в результате наводнений	883
<i>Улыбина О.В., Швецов М.Ю., г. Чита, Россия</i>	
Социальная терапия как технология коррекции эмоциональной сферы младших подростков в условиях детского дома	898
<i>Эрдмаа Ц., Янжинсүрэн Д., г. Дархан, Монголия</i>	
Неудовлетворённый спрос на планирование семьи у социально уязвимой группы женщин	907
<i>Янева Р.Т., Златанова Т.З., Петрова-Готова Ц.М., Попов Н.А., г. София, Болгария</i>	
Актуальные проблемы социально-значимых заболеваний и меры, необходимые для их решения в Болгарии	914

Секция: «Психолого-педагогические аспекты»

<i>Алтайхуу Дагиймаа, Жаргалсайхан Намсрай, г. Дархан, Монголия</i>	
Высшее образование и социализация студенческой молодежи	923
<i>Амангельдинова А.С., Ерангайн С.А., г. Павлодар, Казахстан</i>	
Групповая коррекция нарушений поведения у детей разного возраста	932
<i>Артемьев В.П., Козулько А.Н., г. Брест, Р. Беларусь</i>	
Комплекс «сауна – массаж» и его влияние на функции некоторых психофизиологических систем организма	942
<i>Балканска П.А., Георгиев Н.Р., г. София, Болгария</i>	
Психосоциальные интервенции при вторичной и третичной профилактике поздней деменции	949
<i>Березовская Л.И., г. Мукачево, Украина</i>	
Психопрофилактика эмоционального выгорания работников образовательных организаций	955

<b>Болормаа Ц., Хонгорзул Б., Болормаа Н., г. Дархан, Монголия</b> Исследование организации внеаудиторного обучения	964
<b>Болортуяа Б., Одбаяр Д., г. Дархан, Монголия</b> Исследование обучения у студентов	970
<b>Бутырина М.В., Кушнерёва А.В., г. Славянск, Украина</b> Проблема профессионального выгорания педагогов	982
<b>Вадюник В.И., г. Мукачево, Украина</b> Понятие психологического здоровья в контексте личности	990
<b>Гатальская Г.В., Преснякова С.А., г. Минск, Р. Беларусь</b> Психологическое благополучие и используемые стили юмора в юности	998
<b>Дворникова Е.В., Кошелева А.В., г. Ярославль, Россия</b> Формирование культуры здорового образа жизни участников образовательного процесса в сельской школе	1006
<b>Шiao Цзе Дин, г. Харьков, Украина</b> Психологические особенности женщин с гинекологической патологией	1015
<b>Домбровский В.И., г. Брест, Белоруссия</b> Специфика выбора средств физической культуры в самостоятельных занятиях студентов	1024
<b>Егорова Е.Б., Кизим А.С., Сухомлин А.С., г. Славянск, Украина</b> Особенности девиантного поведения будущих психологов с выраженной функциональной асимметрией головного мозга	1028
<b>Заднипряный И.В., Третьякова О.С., Сатаева Т.П., г. Симферополь</b> Экспериментальные аспекты кобальтовой кардиомиопатии	1037
<b>Ильина Ю.Ю., г. Харьков, Украина</b> Влияние травмирующей жизненной ситуации на психику подростка	1045
<b>Клинов В.В., Клинова И.В., г. Мозырь, Р. Беларусь</b> Творческие способности будущих спортивных педагогов как условие эффективной организации здоровьесбережения учащихся	1053
<b>Кметь О.Г., Філінець Н.Д., Кметь Т.І., м. Чернівці, Україна</b> Формирование здорового образа жизни у будущих медиков при изучении наркотических анальгетиков	1060
<b>Колесникова Н.Н., г. Пинск, Беларусь</b> Оценка сформированности потребности в здоровом образе жизни у учащихся старших классов	1068
<b>Копчук Т.Г., г. Черновцы, Украина</b> Мотивация студентов-медиков к здоровому образу жизни	1077
<b>Кулько Е.И., г. Горки, Р. Беларусь</b> Формирование культуры здоровья – основное направление современной педагогики	1085

<b>Кунцевич Е.А., г. Витебск, Р. Беларусь</b> Здоровьесберегающее пространство образовательного учреждения	1091
<b>Купчинов Р.И., г. Минск Р. Беларусь</b> Полноценное здоровье – педагогическая сфера деятельности	1097
<b>Курмазова А.А., Юрченко А.В., Черенцов А.В., Васильева П.А., г. Чита, Россия</b> Медико-биологические и психолого-педагогические проблемы физического воспитания и спортивной тренировки	1105
<b>Кючукова С.Г., г. Стара Загора, Болгария</b> Особенности самостоятельности в студенческом обучении	1112
<b>Лимаренко М.П., г. Донецк</b> Комплексная оценка состояния здоровья и качество жизни детей и подростков	1118
<b>Лимаренко О.В., Непомнящая Д.В., г. Красноярск, Россия</b> Оценка некоторых показателей физического состояния девушек-студенток специальных медицинских групп	1126
<b>Лимаренко О.В., Лимаренко А.П., г. Красноярск, Россия</b> <b>Осинцева О.В., г. Иркутск, Россия</b> Повышение уровня физической работоспособности и показателей здоровья обучающихся начальных классов посредством внеурочных форм занятий физическими упражнениями	1132
<b>Лимаренко О.В., г. Красноярск, Россия</b> <b>Колесникова Н.Н., г. Пинск, Р. Беларусь</b> Формирование ценностного отношения к занятиям физической культурой в системе физического воспитания дошкольников	1142
<b>Лиханова В.В., г. Чита, Россия</b> Лечебно-оздоровительный туризм	1150
<b>Мелоян А.Р. г. Киев, Украина</b> Эстетические и психологические аспекты в ринопластике	1156
<b>Мелоян А.Э., Бурлай Е.С., г. Славянск, Украина</b> Копинг-поведение женщин разных возрастных категорий в стрессовых ситуациях	1163
<b>Моисейчик Э.А., Софенко А.И., Зинкевич Г.Н., г. Брест, Белоруссия</b> Проблемы физкультурно-оздоровительной работы и здоровый образ жизни студентов	1170
<b>Мосаев Ю.В., г. Запорожье, Украина</b> Особенности национальных систем здравоохранения в разрезе результатов чемпионатов мира по футболу 1966-1970 годов XX века	1177
<b>Мөнхчулуун Х., Отгонтуяа И., г. Дархан, Монголия</b> Психологические аспекты подростков при выборе профессии	1184

<b>Мустаева Ф.А., Владимирцев В.А., Лиханова Н.Б.,</b> <i>г. Магнитогорск, Россия</i>	
Роль благотворительного фонда в укреплении физического и психологического здоровья семьи	1189
<b>Мэндхүү Б., Дуламжав П.,</b> <i>г. Дархан, Монголия</i>	
Исследование состояния тревожности у студентов во время экзаменационной сессии	1198
<b>Оглова Ю.И., Кохан С.Т.,</b> <i>г. Чита, Россия</i>	
Психотерапия детей с детским церебральным параличом в Забайкальском крае	1208
<b>Олифирович Н.И.,</b> <i>г. Минск, Р. Беларусь</i>	
<b>Яценко Т.Е.,</b> <i>г. Барановичи, Р. Беларусь</i>	
Эмпатические компетенции как фактор предупреждения эмоционального выгорания специалистов помогающих профессий	1212
<b>Осика О.В., Кривонос А.С.,</b> <i>м.Слов'янськ, Україна</i>	
Проблеми емоційності в психологічній науці	1219
<b>Павленко Е.А.,</b> <i>г. Мариуполь, Украина</i>	
Концептуальные основы формирования валеологической компетентности студенческой молодёжи: теория и методология	1228
<b>Павлютина Л.Ю.,</b> <i>г. Омск, Россия</i>	
Реализация образовательного потенциала при формировании здорового образа жизни студентов ВУЗа	1236
<b>Пасевич С.П.,</b> <i>г. Черновцы, Украина</i>	
Обучение студентов-медиков дисциплине «Основы биоэтики и биобезопасности» как залог сохранения и укрепления здоровья будущих поколений	1240
<b>Перелыгина Л.А., Афанасьевна Н.Е.,</b> <i>г. Харьков, Украина</i>	
Психологическое консультирование как способ сохранения и укрепления здоровья личности	1246
<b>Петков П., Попов Т.,</b> <i>г. София, Болгария</i>	
Место интерактивных методов обучения в системе медицинского образования	1254
<b>Плеханова Н.П.,</b> <i>г. Сургут, Россия</i>	
Сравнительный анализ творческого потенциала студентов в условиях образовательной среды университета	1261
<b>Повзун А.А.,</b> <i>г. Сургут, Россия</i>	
Организация рейтинговой системы контроля знаний студентов с учётом их индивидуальных ритмов	1269
<b>Повзун В.Д.,</b> <i>г. Сургут, Россия</i>	
Гендерные особенности межличностного выбора студентов университета	1277
<b>Погребная А.А.,</b> <i>г. Славянск, Украина</i>	
Эмоциональное выгорание как специфический стресс-синдром	1286

<b>Резникова Е.А., г. Славянск, Украина</b> Адаптационные проявления психологической защиты и смысло- жизненных ориентаций личности студента	1294
<b>Решетова И.А., Голота А.Г., г. Славянск, Украина</b> Роль родительских комитетов в государственно-общественном управлении общеобразовательным учебным заведением	1303
<b>Сарычев А.С., г. Архангельск, Россия</b> <b>Шимановская Я.В., г. Москва, Россия</b> Самооценка психоэмоционального состояния – элемент профилактики переутомления у вахтовиков заполярья	1310
<b>Сёмина М.В., г. Чита, Россия</b> Здоровьесберегающее воспитание: нормативно-смысловые аспекты	1318
<b>Сиджимова Д.А., Попов Т.Н., г. София, Болгария</b> Возможности популяризации здорового образа жизни среди молодежи при помощи новых технологий	1326
<b>Сидорова Н.Н., г. Сургут, Россия</b> Использование ситуации достижения в практике университетского образования	1333
<b>Чжао Синь, г. Харьков, Украина</b> Психологическая суверенность при разных уровнях эмоциональной зрелости	1340
<b>Соколова О.В., Резник Л.А., г. Чита, Россия</b> Формирование здорового образа жизни студентов в процессе обучения в ВУЗе	1347
<b>Софенко А.И., Моисейчик Э.А., г. Брест, Р. Беларусь</b> Формирование готовности студенческой молодёжи к самостоятельным занятиям физической культурой и спортом	1352
<b>Степаненко Л.В., г. Славянск, Украина</b> Эмоциональная составляющая профессионального становления студентов-психологов	1363
<b>Такйун Ч.Д., г. Харьков, Украина</b> Психологические особенности при атопическом дерматите у подростков: гендерный аспект	1370
<b>Тимотина О.А., г. Славянск, Украина</b> Теоретические аспекты социально-педагогической профилактики наркотической зависимости молодежи	1377
<b>Тонких Е.С., г. Чита, Россия</b> Использование здоровьесберегающих технологий на занятиях физической культурой для будущих педагогов	1384
<b>Тямало С.П., г. Славянск, Украина</b> Воспитание здорового образа жизни у дезадаптированных учеников	1387

<b>Ууганбаяр Г., Амаржаргал Х., г. Дархан, Монголия</b> Исследование эффективности методов обучения среди подростков	1395
<b>Цээрэгзэн С., Амарсайхан Д., Наранчимэг С., г. Дархан, Монголия</b> Сестринский процесс в реабилитации больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения	1405
<b>Чередник Е.В., Козюберда Н.В., г. Славянск, Украина</b> Организация самостоятельной работы и условия ее реализации	1413
<b>Чупров Л.Ф., г. Черногорск, Россия</b> Психолого-педагогическое просвещение как важный аспект профилактической работы психолога	1421
<b>Шарова О.Ю., Крутикова Е.Л., г. Чита, Россия</b> ГТО – вчера и сегодня	1429
<b>Шевельдина О.В., г. Славянск, Украина</b> Проблема личностной ответственности в психологических исследованиях	1433
<b>Шуравина Т.С., г. Павлодар, Казахстан</b> Роль социального педагога в формировании культуры здоровья детей	1441
<b>Щербакова М.А., Стаховская А.А., г. Витебск, Р. Беларусь</b> Пропаганда здорового образа жизни среди молодежи	1447
<b>Дарьмаасурэн М., Ариунцэцэ Э., г. Дархан, Монголия</b> Влияние телевидения на духовно-нравственное воспитание и формирование личности подростка	1455
<b>Нарантуяа М., Дарьмаасурэн М., г. Дархан, Монголия</b> Исследование некоторых факторов, влияющих на становление личности у подростков	1462
<b>Эрдмаа Ц., Ууганцэцэг Г., Номин-Эрдэнэ Ж., г. Дархан, Монголия</b> Сравнительное исследование симптома дисменореи методами западной и восточной медицины	1471
<b>Ulabayar T., Uranchimeg D., Demberelsuren J., Ulaanbaatar, Mongolia</b> Assessment of the Mandibular Osteoporosis from Dental Panoramic Radiographs	1479

УДК 604.82-246.03

**Исследование риска развития и профилактика  
гастродуоденальной патологии у подростков в поликлинических  
условиях**

**Улугбек Сайфуллаевич Абдуллаев**

*ассистент кафедры «Внутренние болезни»,  
Бухарский государственный медицинский институт,*

*г. Бухара, Р. Узбекистан*

*e-mail: rome\_1987@inbox.ru*

**Каромат Шойимович Джумаев**

*ассистент кафедры «Внутренние болезни»  
Бухарский государственный медицинский институт,*

*г. Бухара, Р. Узбекистан*

***Аннотация.** Хронические заболевания органов пищеварения у подростков не имеют тенденции к уменьшению их распространенности, в связи с этим предметом нашего исследования являлось выявление факторов риска хронической гастродуоденальной патологии у подростков в условиях семейной поликлиники с целью предупредить дальнейшее развитие заболевания.*

*Мы попытались определить факторы риска хронического гастрита в условиях семейной поликлиники для выявления групп риска и последующего проведения комплекса медицинской профилактики. Обследовано 70 подростков в возрасте 14-17 лет: с хронической гастродуоденальной патологией – 58; без гастродуоденальной патологией – 12. Патологию желудочно кишечного тракта (ЖКТ)*

диагностировали по данным анамнеза, клинической симптоматики, общеклинических, биохимических исследований крови и мочи, УЗИ органов брюшной полости, ЭГДФС до и после лечения, копрологических исследований.

Были рассмотрены такие факторы риска, как социально – гигиенические факторы, определяющие образ жизни семьи и подростка, режим и качество питания подростков, гипокinezия (нечастое и кратковременное пребывание на свежем воздухе, недостаточность занятий физической культурой и спортом), нервно-психические перегрузки и длительные отрицательные эмоции, плохой микроклимат в семье и жилищно-бытовые условия, неполная семья и, как следствие, низкий экономический статус, медико-биологические факторы, вскармливания ребенка в первый год жизни, существенно влияющий на последующее здоровье, глистная инвазия и лямблиоз, наличие множественных кариозных зубов и хронических очагов инфекции в носоглотке, наследственная отягощенность по гастроэнтерологическим заболеваниям, курение и употребление алкогольных напитков.

**Ключевые слова:** Факторы риска, хроническая гастродуоденальная патология.

**Abstract.** *Chronic diseases of digestive organs in adolescents have not tendency to decrease their prevalence. Therefore the subject of our research is detection of risk factors of chronic gastroduodenal pathology in teenagers in the conditions of family clinics with the aim of prevent further progression of disease.*

*We tried to identify risk factors of chronic gastritis in the conditions of family clinic for detection risk groups and subsequently carrying out complex medical prevention. Examined 70 adolescents aged 14-17 years: with gastroduodenal pathology – 58.without gastroduodenal pathology – 12. The*

*pathology of gastrointestinal tract diagnosed by data anamnesis, by clinical symptoms, by general and biochemical blood analysis, general urine analysis, by abdominal ultrasonography, by endoscopy before and after treatment, by scatological research. Risk factors were considered, as a social and hygiene factors, defining the lifestyle of the family and the adolescent, mode and quality of food teenagers, hypokinesia (infrequent and short stay in the open air, lack of physical training and sports), neuropsychiatric overload and prolonged negative emotions, bad climate in the family and living conditions, incomplete family, low economic status, medical and biological factors, baby feeding in the first of life, significantly affect the subsequent health of the child, worm infestation, giardiasis, the presence of multiple carious teeth and chronic foci of infection in the nasopharynx, family history of gastrointestinal diseases, smoking, use of alcoholic drink.*

***Keywords:*** *risk factors, chronic gastro duodenal pathology.*

Патология органов пищеварения в структуре общей заболеваемости детей и подростков занимает одно из первых мест и не имеет тенденции к снижению [1,2]. Отмечается тенденция к увеличению распространения гастродуоденальной патологии не только в России, США, странах Европы, но и в нашем регионе. Эпидемиологическими исследованиями, проведенными отделом гастроэнтерологии НИИ педиатрии МЗ РУз в 2001 году, установлено, что заболевания органов пищеварения у детей и подростков составили 329,6 на 1000, что в 4 раза превышает данные официальной статистики (78,5 на 1000) [3,4]. По данным российских ученых [5], в 2005 году под наблюдение педиатров были переданы дети подросткового возраста от 15 до 18 лет. Анализ распространенности хронических заболеваний органов пищеварения в Екатеринбурге в этой возрастной группе больных за 5 лет также показал ее увеличение на 47,6% (в Российской Федерации – 24,1%) [6].

Мы попытались определить факторы риска хронического гастрита в условиях семейной поликлиники для выявления групп риска и последующего проведения комплекса медицинской профилактики. Обследовано 70 подростков в возрасте 14-17 лет: с хронической гастродуоденальной патологией – 58; без гастродуоденальной патологией – 12. Патологию желудочно кишечного тракта (ЖКТ) диагностировали по данным анамнеза, клинической симптоматики, общеклинических, биохимических исследований крови и мочи, УЗИ органов брюшной полости, ЭГДФС до и после лечения, копрологических исследований.

Среди социально – гигиенических факторов, определяющих образ жизни семьи и подростка, питание играет огромную роль в процессе формирования гастродуоденальной патологии. Мы установили несоблюдение режима и качества питания у 18 (31%) подростков первой группы и у 2 (16,6%) – контрольной. Недостаток свежих овощей и фруктов в питании выявлено у 11 (18,9%) и 1 (8,3%) подростков, соответственно еда всухомятку – у подростков у 12 (20,6%) и 1(8,3%), частое употребление острых, пряных, копченых блюд – у 10 (17,2%) и 1 (8,3%) подростков.

Другим важным социально – гигиеническим фактором является гипокинезия. Нечастое и кратковременное пребывание на свежем воздухе, недостаточность занятий физической культурой и спортом выявлено у 11 (18,9%) подростка основной и у 1 (8,3%) – контрольной групп. Показатели других изучаемых факторов (нервно-психические перегрузки и длительные отрицательные эмоции, плохие микроклимат в семье и жилищно-бытовые условия, неполная семья и, как следствие, низкий экономический статус) – в основной группе были в 2-3 раза выше чем в контрольной группе.

Из медико – биологических факторов важным является характер вскармливания ребенка в первый год жизни, существенно влияющий на последующее здоровье. Искусственное и раннее смешанное вскармливание, перенесенные кишечные инфекции, вирусный гепатит в анамнезе выявлены у 6 (10,3%) подростков из основной группы, у 1 (8,3%) – из контрольной.

Глистная инвазия и лямблиоз упоминались в анамнезе у 10 (17%) и 1 (8,3%) подростков соответственно. По мнению большинства исследователей [5.7], инфекции желудочно – кишечного тракта и гельминтозы, инвазия простейшими являются ведущими, специфическими факторами риска в развитии гастродуоденальных заболеваний, что подтвердилось и в наших исследованиях. Причем, инвазия лямблиозом существенно меняла клиническую картину заболевания, нередко сопровождаясь выраженными вегетативными и невротическими расстройствами, поражением кожных покровов (высыпания, зуд). У подростков чаще определялись юношеские угри, что существенно влияло на их психоэмоциональное состояние, снижало самооценку и качество жизни.

Наличие множественных кариозных зубов у 5 (8,6%) и хронических очагов инфекции в носоглотке у 4 (6,8%) подростков основной группы – постоянный и источник микробной инвазии и сенсibilизации организма, являющийся важным звеном в патогенезе гастродуоденальных заболеваний. В контрольной группе эти факторы выявлены у 1 (8,3%) подростков.

Наследственная отягощенность по гастроэнтерологическим заболеваниям со стороны отца установлена у 18 (31%), со стороны матери – у 10 (17,2%) подростков основной группы т.е. наследственность со стороны отца была выражена сильнее, что совпадает с данными публикаций [3,5-6]. У подростков контрольной

группы наследственная отягощенность со стороны отца также была в 2 раза выше – у 2 (16,6%) и 1 (8,3%) чел., соответственно.

При анонимном анкетировании мы установили, что почти четверть (14 чел., 24,1%) подростков с гастродуоденальными заболеваниями курят и 5 (8,6%) – употребляют алкогольные напитки. В контроле эти показатели составили 1 (8,3%) чел.

Результаты обследования позволили разработать критерии для выявления риска (и степень этого риска) возникновения заболеваний желудочно – кишечного тракта у подростков. Всех больных, в зависимости от наличия факторов риска, можно разделить на группы: низкого риска – наличие одного фактора риска; среднего – наличие двух факторов; высокого риска – наличие трех и более факторов риска. К группе низкого риска мы отнесли 17 (24,2%) подростков, среднего риска – 27 (37,5%), высокого риска – 19 (27,1%) подростков. Наибольшее внимание привлекли подростки из группы высокого риска, т.е. с большой вероятностью развития хронических заболеваний органов пищеварения. Целенаправленные и своевременные профилактические и лечебно – оздоровительные мероприятия помогут предупредить заболевания.

Оздоровление подростков из группы риска включало организационные, профилактические и лечебные мероприятия. Среди организационных мероприятий мы выделили следующие: определение групп высокого риска; составление индивидуального плана по устранению выявленных факторов риска; оснащение медицинских кабинетов физиотерапевтическим оборудованием, травами, лекарственными препаратами; обучения медицинского персонала; санитарно – просветительная работа с подростками и их родителями; воспитание санитарно – гигиенических навыков у подростков и членов их семей.

Профилактические мероприятия – это формирование здорового образа жизни у подростков, негативного отношения к табакокурению, алкоголизму, наркомании, токсикомании, игромании, распространенной среди молодежи гедонистической идеологии. Сюда же относятся коррекция режима дня, щадящая или диетическое питание, устранение психотравмирующих ситуаций, закаливающие мероприятия, лечебно – физкультурный комплекс, физиотерапевтические методы профилактики, в летнее время – пребывание на природе, за городом, активный образ жизни, борьба с гипокинезией.

Среди лечебных мероприятий мы уделили основное внимание санации ЛОР – органов и полости рта, лечению невротических состояний, глистных инвазий, лямблиоза, аллергических заболеваний, анемии, иммунодепрессивных состояний, восстановительному лечению после перенесенных ОРВИ и острых кишечных заболеваний, постоянный прием поливитаминных препаратов и эссенциальных микроэлементов.

На протяжении года лечебно – оздоровительные мероприятия прошли 19 подростков группы высокого риска.

Эффективность первичной профилактики оценивали в конце года по данным повторного анкетирования. Его результаты показали, что группа высокого риска уменьшилась более чем наполовину – в ней осталось лишь 9 подростков. По 4 (21%) подростков перешли в группы среднего и низкого риска, а 2 (10,5%) – сняты с учета. В результате этого низкую группу составили 21 (30%), среднюю – 31 (44,2%), высокую – 9 (12,8%).

Таким образом, изучение факторов риска, вызывающих заболевания желудочно – кишечного тракта среди подростков, позволило разработать комплекс лечебно – оздоровительных мероприятий. Их проведение и диспансерное наблюдение подростков

группы высокого риска позволило вдвое (на 52,6%) сократить вероятность развития хронических заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

#### Список литературы:

1. Баранов А.А. Состояние здоровья детей и подростков в современных условиях: проблемы, пути решения // Росс. педиатр. журн. 1998. – С. 5-9.

2. Баранов А.А., Альбицкий И.Ю., Валиуллина С.А., Винярская И.В. Изучения качества жизни детей – важнейшая задача современной педиатрии: Обзор научно – исследовательских работ по педиатрии, выполненных в 2004 г. М., 2005. – С. 83-88.

3. Бельмер С.В., Гасилина Т.В. Хронический гастродуоденит у детей и подростков. Спорные вопросы: Дискуссия // Рос. вестн. перинатол. и педиатр. 2009. – №3. – С. 80-83.

4. Зайцева Н.В., Аминова А.И., Акатова А.А., Минченко Е.Ю. Особенности эрадикационной терапии хронического гастродуоденита, ассоциированного с *H. pylori* у детей и подростков, проживающих в экологически неблагоприятных условиях // Рос. вестн. перинатол. и педиатр. 2009. – №6 – С. 90-93.

5. Солодовник А.Г. Гастродуоденальная патология у подростков (клинико – эпидемиологические особенности, первичная и вторичная профилактика): Метод. Реком. – Кемерово, 1998. – С. 20.

6. Чередниченко А.М., Савинова Т.Л., Малямова Л.Н. Роль семьи в проведении лечебно-реабилитационных мероприятий у детей с хеликобактериозом // Общая врачебная практика. 2004. – №2. – С. 18-22.

**Клинико-морфологические исследование подростков с хронической гастродуоденальной патологией в динамике лечения в условиях семейной поликлиники**

**Улугбек Сайфуллаевич Абдуллаев**

ассистент кафедры «Внутренние болезни»,

Бухарский государственный медицинский институт

г. Бухара, Р. Узбекистан

e-mail: rome\_1987@inbox.ru

*Аннотация.* Подростки являются одной из наиболее социально уязвимых групп населения, а их здоровье – предметом специального рассмотрения, в связи с этим наше исследование было направлена на изучения эндоскопических признаков гастродуоденальной патологии у подростков в динамике лечения в условиях семейной поликлиники.

Объектом исследования были подростки возрасте 14-17 лет: с хронической гастродуоденальной патологией и без гастродуоденальной патологией. Патологию желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) диагностировали по данным анамнеза, клинической симптоматики, общеклинических, биохимических исследований крови и мочи, УЗИ органов брюшной полости, ЭГДФС до и после лечения, копрологических исследований.

С учетом результатов обследования больных назначали эрадикационную и симптоматическую терапию.

Исследование проводили через 6-8 недель и через 9-12 месяцев после эрадикационной терапии. На примере анализа реабилитационной помощи подросткам с хроническими заболеваниями гастродуоденальной локализации была определена необходимость выделения профилактического направления.

**Ключевые слова:** *клинико-морфологические исследование подростков, лечения хронической гастродуоденальной патологии.*

**Abstract.** *Teens are one of the most socially vulnerable groups of population, and their health is the subject of special consideration, therefore our research was aimed at studying the endoscopic signs of gastroduodenal pathology in adolescents in the dynamics of treatment in the conditions of family clinics.*

*The research included adolescents aged 14-17 years: with chronic gastroduodenal pathology and without gastroduodenal pathology. The pathology of gastrointestinal tract diagnosed by data anamnesis, by clinical symptoms, by general and biochemical blood analysis, general urine analysis, by abdominal ultrasonography, by endoscopy before and after treatment, by scatological research.*

*Taking into account the results of examinations of patients prescribed eradication and symptomatic therapy.*

*The research was conducted in 6-8 weeks and in 9-12 months after eradication therapy. The example of rehabilitation care analysis teenagers with chronic disease gastroduodenal localization was determined the need for preventive direction.*

**Keywords:** *clinical and morphological research of adolescents, the treatment of chronic gastroduodenal pathology.*

Хронические заболевания органов пищеварения у подростков не имеют тенденции к уменьшению их распространенности. Напротив, в научных публикациях последних лет, по данным официальной статистики и углубленных медицинских осмотров, наблюдается высокий темп роста болезней органов пищеварения, и за 5 лет он составил 65%. В структуре этих заболеваний хроническая гастродуоденальная патология имеет стабильно высокий уровень и

колеблется в пределах от 152,5 до 235‰ [1,2,7].

Объектом исследования были подростки возрасте 14-17 лет: с хронической гастродуоденальной патологией – 58; без гастродуоденальной патологией – 12. Патологию желудочно кишечного тракта (ЖКТ) диагностировали по данным анамнеза, клинической симптоматики, общеклинических, биохимических исследований крови и мочи, УЗИ органов брюшной полости, ЭГДФС до и после лечения, копрологических исследований.

С учетом результатов обследования больных назначали эрадикационную и симптоматическую терапию.

Эрадикационная терапия (триплекс-терапия) включала коллоидный субцитрат висмута, который, в отличие от антибиотиков, разрушает не только вегетативные, но и кокковидные формы *H.pylori*. Вторым компонентом эрадикационной терапии был амоксициллин,  $\beta$ -лактамный антибиотик, нарушающий синтез гликопротеидов в стенке бактерий. Амоксициллин применяли из расчета 30 мг/кг в 3 приема в течение 10-14 дней. Препаратом выбора в наших наблюдениях был антибиотик из группы макролидов, который мы применяли наряду с кларитромицином. Ровамицин назначали в дозе 1,5 мг/10 кг в 2 приема в течение 5 дней. Третьим компонентом эрадикационной терапии был метронидазол. Мы назначали этот препарат в дозе 20 мг/кг в тех случаях, когда отсутствовали сведения о применении метронидазола в течение 6-12 мес., предшествующих нашему лечению. Препаратами выбора являлись фуразолидон 8-10 мг/кг в 2 приема либо макмирор (нифурантель) 15 мг/кг в 2 приема в течение 7 дней [3,4,5].

Симптоматическая терапия включала лечебно-охранительный режим; стол 1а либо 1б при наличии эрозий с переходом через 5-7 дней на стол 5а; препараты – прокинетики (мотилиум 0,25 мг/кг в 3 приема); препараты – энтеросорбенты (смекта, лактофильтрум); препараты –

пробиотики (линекс, энтерол). У больных с клиническими симптомами эндотоксикоза и связанными с этим нарушениями микроциркуляции использовали инфузионную терапию, при этом базисным раствором являлся глюкозо-солевой раствор, назначенный в объеме 20 мл/кг с включением препаратов спазмолитиков (папаверин, но-шпа), 0,25% раствора новокаина (30-50 мл), 2,4% раствора эуфиллина (2-4-6 мл) [6].

При повторном осмотре через 6-8 недель было установлено улучшение общего состояния и исчезновение субъективной абдоминальной болевой симптоматики у всех больных. Были купированы психоэмоциональные расстройства и симптомы вегето-сосудистой дисфункции, нормализован сон и аппетит. Указанная клиническая картина соответствовала клинической ремиссии хронических заболеваний гастродуоденальной локализации.

При эндоскопическом исследовании верхних отделов желудочно-кишечного тракта эрозии не обнаруживались. В то же время очень часто (60,4%) отмечалась гиперемия слизистой оболочки антрального отдела желудка, что указывало на сохранность эндоскопических признаков гастрита.

Гистологические показатели биопсийного материала также указывали на эффективность проводимой терапии: в большинстве наблюдений воспаление слизистой оболочки антрального отдела желудка соответствовало I (58,8%), реже II (24,3%) ст., при этом оно было неактивным (76,4%) либо I ст. (18,2%), очень редко (5,3%) II ст. активности. Обращал на себя внимание такой гистологический признак, как атрофические изменения железистого эпителия слизистой оболочки, уменьшение количества функциональных желез и замещение их соединительной тканью. В большинстве описываемых наблюдений (89,4%) атрофические изменения I, II, редко III ст. сохранялись наряду с часто выявляемым склерозом базальных отделов и собственной

пластинки слизистой оболочки с участками фиброза.

Проводимая нами эрадикационная терапия в большинстве наблюдений (89,4%) оказалась эффективной: колонизация *H.pylori* либо отсутствовала, либо была минимальной. В то же время в ряде наблюдений (10%) колонизация II ст. сохранялась, у одного больного она оказалась III ст.

Положительные изменения касались и структуры слизистой оболочки: почти в 2 раза увеличился процент неизмененного эпителия желез и их просвета, уменьшилось число соединительно-тканых образований, составляющих строму слизистой оболочки.

У больных с ХЭГ через 6-8 недель после проводимой эрадикационной и симптоматической терапии эрозивные изменения слизистой оболочки желудка не обнаружили. В то же время, более чем у половины больных (68%) сохранялись эндоскопические признаки хронического гастрита (в одном наблюдении пангастрита). Довольно часто (18%) определялся дуодено-гастральный рефлюкс. При гистологическом исследовании слизистой оболочки антрального отдела желудка нередко воспалительный процесс сохранялся I (50%) либо II (47,9%) ст. выраженности. В большинстве наблюдений (72,4%) он был неактивным либо I ст. активности (22,9%). В единичных наблюдениях (4,2%) активность воспалительного процесса была более выраженной, II ст. (4,2%). Почти во всех наблюдениях (95,8%) сохранялись различной степени выраженности атрофические изменения слизистой оболочки. Они прослеживались и по результатам морфометрических исследований.

Полученные результаты клинического наблюдения, эндоскопического, гистологического и морфометрического исследования слизистой оболочки антрального отдела желудка у больных хроническим гастритом без эрозий и ХЭГ указывала на

эффективность проводимой нами эрадикационной терапии. В то же время гистологические признаки гастрита сохранялись.

Следующим этапом нашей работы было изучение клинико-морфологических особенностей хронических гастродуоденальных заболеваний у наших больных при проспективном наблюдении (через 9-12 мес.).

При эндоскопическом исследовании оказалось, что эрозии единичные или множественные у повторно обследуемых больных через 9-12 мес. не определялись. В то же время почти у всех больных (88,3%) выявлялись эндоскопические признаки антрального гастрита, в единичных наблюдениях (8,6%) – дуоденогастральный рефлюкс.

При гистологическом исследовании биопсийного материала оказалось, что признаки воспаления I либо II ст. определялись почти у всех больных (88,6%), но оно было неактивным (77,1%). Наряду с этим почти у одной трети детей (22,9%) определялась I или II ст. активности. Только в редких наблюдениях (10%) не определялись гистологические признаки атрофии железистого эпителия. Почти у всех больных (90%) признаки атрофии соответствовали I либо II ст. в сочетании с нарушениями микроциркуляции (40%), склерозом базальных отделов слизистой оболочки (55,7%).

Наряду с успешной эрадикацией *H. pylori* (64,3%) у довольно большого числа подростков была I ст. (27,1%) либо II ст. (8,6%) колонизации бактерии. Несмотря на низкую степень колонизации, эти подростки представляли определенную опасность для окружающих, являясь источником заражения.

В случаях обнаружения активного воспаления и хеликобактериоза мы назначали повторную эрадикационную терапию и симптоматическую терапию либо в дневном стационаре, либо в семейной поликлинике. Квадротерапия включала, наряду с ранее

описанными схемами триплекс-терапии, ингибиторы протонной помпы (омепразол), блокаторы H<sub>2</sub>-рецепторов (ранитидин и др.) у подростков с гастритом. Длительность применения квадротерапии составляла 7 дней.

При амбулаторно-поликлиническом наблюдении через 6-8 недель после проведения эрадикационной терапии при отсутствии эрозий у большинства больных (75,7%) сохраняются эндоскопические признаки гастрита. Воспалительный процесс имеет характер неактивный либо минимальной степени активности (94,6%). Почти во всех наблюдениях (89,4%) выявляются атрофические изменения слизистой оболочки антрального отдела желудка. Колонизация *H. pylori* отсутствует (63,2%) либо минимальная (25,9%).

В постэрадикационном периоде полного обратного развития воспалительных изменений не происходит: у большинства больных (66,9%) наблюдается персистенция воспалительного инфильтрата в слизистой оболочке антрального отдела желудка (антральный гастрит).

Таким образом, рецидивирующий характер хронических заболеваний гастродуоденальной области, их прогностически неблагоприятное течение с формированием эзофагита, язвенной болезни, гастроэзофагеальной рефлюксной болезни требуют многолетнего наблюдения, лечения, профилактики и диспансеризацию в условиях семейной поликлиники.

#### Список литературы:

7. Баранов А.А. Состояние здоровья детей и подростков в современных условиях: проблемы, пути решения // Росс. педиатр. журн. 1998. – С. 5-9.

8. Баранов А.А., Альбицкий И.Ю., Валиуллина С.А., Винярская И.В. изучения качества жизни детей – важнейшая задача современной педиатрии: Обзор научно – исследовательских работ по педиатрии, выполненных в 2004 г. М., 2005. – С. 83-88.

9. Бельмер С.В., Гасилина Т.В. Хронический гастродуоденит у детей и подростков. Спорные вопросы: Дискуссия // Рос. вестн. перинатол. и педиатр. 2009. – №3. – С. 80-83.
10. Машкеев А.К., Карсыбекова Л.М., Шарипова М.Н., Исабекова Т.К. Применение психокоррекции в комплексной терапии детей с гастродуоденальной патологией // Матер. Научного центра педиатрии и детской хирургии. Алмата, 2004. – С. 14-15.
11. Солодовник А.Г. Гастродуоденальная патология у подростков (клинико – эпидемиологические особенности, первичная и вторичная профилактика): метод. реком. Кемерово, 1998. – С. 20.
12. Чередниченко А.М., Савинова Т.Л., Малямова Л.Н. / Роль семьи в проведении лечебно-реабилитационных мероприятий у детей с хеликобактериозом // Общая врачебная практика. 2004. – №2. – С. 18-22.
13. O'Connor A., Gisbert J., O'Morain C. Treatment of Helicobacter pylori infection // Helicobacter. 2009. Vol. 14. Suppl. 1. – P. 46-51.
14. Prez-Prez G.I., Cutler A.F., Blaser M.J. Value of serology as noninvasive for evaluating the efficacy of treatment of Helicobacter pylori infection // Clin. Infect. Dis. 2007. – Vol.25. – P. 1038-1043.

УДК 616.8-001-008.6-053.31-037

**Возможности ранней диагностики неврологических нарушений у детей, родившихся недоношенными**

*Светлана Витальевна Алифанова*

*к. мед.наук, доцент,*

*Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины,*

*г. Днепропетровск, Украина*

*e-mail: alifanova\_sv@mail.ru*

***Аннотация.** В статье представлены данные исследования прогностической значимости шкалы INFANIB для диагностики нейромоторных нарушений у детей, родившихся недоношенными с экстремально низкой и очень низкой массой тела. Показана динамика нейромоторного развития 56 детей на первом году жизни, родившихся в гестационном возрасте от 26 до 34 недель. Результаты подтверждают диагностическую и прогностическую значимость использования количественной оценки детей с помощью шкалы INFANIB в качестве инструмента скрининга неврологических нарушений и оценки риска развития детского церебрального паралича.*

***Ключевые слова:** недоношенные дети, перинатальное повреждение нервной системы*

***Abstract.** The paper presents the study of prognostic significance of standardized scale INFANIB for the diagnosis of neuromotor abnormalities in preterm infants with extremely low and very low birth weight. In 56 preterm infants with gestational ages of 26 to 34 weeks the analysis of neuromotor development during the first year of life. The results confirm the diagnostic and prognostic value of the use of quantitative assessment of children through the use of the scale INFANIB as a simple screening tool neurological disorders and risk assessment of cerebral palsy.*

***Keywords:** premature babies, perinatal damage to the nervous system.*

**Актуальность.** В последние десятилетия отмечается значительный прогресс в выхаживании детей, родившихся преждевременно с низкой и очень низкой массой тела. Однако, наряду со значительными достижениями в данной области медицины, существенную значимость обрели проблемы, связанные с реабилитацией данного контингента детей, решением не только сугубо медицинских, но и социально значимых задач, связанных в первую

очередь с неврологическими нарушениями у детей, родившихся недоношенными [1,2]. Известно, что наиболее уязвимой у детей, родившихся преждевременно с очень низкой массой тела является неврологическая система, которая в этот период имеет определенные структурно-функциональные особенности, а именно, повышенную уязвимость к травматическому воздействию базальных ганглиев, гиппокампа, перивентрикулярного белого вещества, обуславливающие легкое развитие повреждений именно у этих детей [3,8]. Долгосрочные последствия таких поражений включают дефицит моторных функций, а в наиболее тяжелых случаях диагностируются как детский церебральный паралич, характеризующееся уже на первом году жизни аномальным контролем движений и позы ребенка, а также нарушениями когнитивных и поведенческих реакций [2,4]. Риск развития тяжелых форм нервного дефицита возрастает с уменьшением гестационного возраста ребенка и при условии наличия факторов, осложняющих течение раннего неонатального периода [2]. По мнению многих авторов существуют определенные трудности диагностики неврологического дефицита у детей, родившихся с очень низкой массой тела. Если риск развития церебрального паралича и других моторных нарушений вследствие травматически-ишемического поражения мозга возможно предусмотреть с помощью нейросонографии или магнитно-резонансной томографии (МРТ), то когнитивные и поведенческие проблемы у этих новорожденных могут возникнуть и при отсутствии значительных нарушений при проведении нейровизуализации [3,5]. Отклонения двигательного, психо-эмоционального, когнитивного и речевого аспектов развития ребенка формируются, преимущественно, на протяжении первых 3-х лет жизни.

Для оценки неврологических функций у детей и ранней диагностики их нарушений в клинической практике важно иметь

надежные и несложные в использовании инструменты неинвазивного скрининга. Для этих целей возможно применение стандартизированной шкалы INFANIB (Infant Neurological International Battery, 1995) [6,7].

**Целью исследования** явилась клиническая оценка параметров нервно-психического развития на первом году жизни детей, родившихся недоношенными с экстремально низкой и очень низкой массой тела с помощью шкалы INFANIB для прогнозирования неврологических нарушений в катamnестическом наблюдении.

**Материалы и методы исследования.** Под наблюдением находилось 56 детей, которые родились в сроке гестации от 26 до 34 недели. Мальчиков было 32 (57,1%), девочек – 24 (42,9%). Дети были разделены на две группы, I-ю группу составил 21 ребенок, родившийся в сроке гестации 26-30 недель с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) 870-1000г, во II-ю группу включено 35 детей, родившихся в сроке гестации 31-34 недели с очень низкой массой тела (ОНМТ) 1000-1500г. Для корректного сравнительного анализа в группах детей различного гестационного возраста, результаты оценивались с учетом скорректированного возраста (СВ) в неделях, который рассчитывался по формуле:  $СВ = \text{гестационный возраст} + \text{хронологический возраст} - 40$ .

Катamnестическое наблюдение включало комплексное клинико-инструментальное обследование с оценкой физического и психомоторного развития, соматического статуса, а также оценкой с помощью стандартизированной шкалы INFANIB (1995) в СВ 1, 3, 6, 9 и 12 месяцев. Данная шкала предусматривает тестирование ребенка по 14-20 пунктам (в зависимости от возраста) с оценкой от 0 до 5 баллов. По сумме баллов по шкале INFANIB дети были отнесены к одному из диапазонов: «норма», «транзиторное нарушение» или «патология». Статистическая обработка материалов проведена с помощью пакета программ Statistica, 6.0.

**Результаты и их обсуждение.** Анализ ante- и перинатального периодов жизни обследованных детей выявил наличие осложненного течения у 90,5% матерей I группы и у 88,6% матерей II группы. В структуре заболеваемости в раннем неонатальном периоде существенных различий у детей обеих групп не выявлено. У всех детей диагностировано перинатальное поражение центральной нервной системы, преимущественного гипоксически-ишемического генеза. При анализе повреждений ЦНС выявлено, что внутрижелудочковые кровоизлияния II и более степени отмечалось у 28,6% детей I группы и у 22,9% детей II группы, кистозная форма перивентрикулярной лейкомаляции II и более степени диагностирована у 19% детей I группы и у 17,1% детей II группы. Среди клинических проявлений перинатального поражения ЦНС доминировали синдром двигательных нарушений, который диагностирован у 14 (66,7%) детей I группы и у 18 (51,4%) детей II группы, задержка психомоторного развития у 12 (57,1%) и у 16 (45,7%) детей обеих групп соответственно. У детей I группы достоверно чаще отмечалось развитие судорожного синдрома (у 19% и 8,6% детей соответственно), ( $p < 0,01$ ), окклюзионной гидроцефалии, по поводу которой была проведена операция ликворошунтирования (9,5% и 2,9% детей соответственно), ( $p < 0,01$ ).

Синдром дыхательных нарушений отмечался у 42,9% детей I группы и у 40% детей II группы, некротический энтероколит у 28,6% и у 25,7% детей обеих групп, внутриутробные инфекции – у 19% и у 17,2% детей обеих групп соответственно, сепсис – у 4,8% и у 5,7% детей обеих групп соответственно.

При оценке психомоторного развития по шкале INFANIB в СВ 1 месяц у детей обеих групп выявлены сопоставимые результаты. Оценка мышечно-постурального тонуса по шкале INFANIB детей обеих групп в динамике наблюдения представлена в таблице 1.

**Количественная оценка мышечно-постурального тонуса по шкале  
INFANIB обследованных детей на 1-м году жизни**

Скорректиро- ванный возраст	Диапазон оценки	I группа (n=21)	II группа (n=35)
1 месяц	средние показатели (в баллах)	46,38±5,72	48,74±6,16
	транзиторное нарушение	10 (47,6%)	19 (54,3%)
	патология	11 (52,4%)	16 (45,7%)
3 месяца	средние показатели (в баллах)	58,24±4,63	59,72±4,85
	норма	9 (42,9%)	16 (45,7%)
	транзиторное нарушение	7 (33,3%)	11 (31,4%)
	патология	5 (23,8%)	8 (22,9%)
6 месяцев	средние показатели (в баллах)	62,71±5,28	69,32±5,64 <sup>*#</sup>
	норма	10 (47,6%)	19 (54,3%) <sup>*</sup>
	транзиторное нарушение	5 (23,8%) <sup>**</sup>	9 (25,7%)
	патология	6 (28,6%)	7 (20%) <sup>*</sup>
9 месяцев	средние показатели (в баллах)	71,62±6,31	74,86±6,52
	норма	13 (61,9%) <sup>**</sup>	23 (65,7%) <sup>*#</sup>
	транзиторное нарушение	5 (23,8%)	9 (25,7%)
	патология	3 (14,3%)	3 (8,6%) <sup>*#</sup>
12 месяцев	средние показатели (в баллах)	82,13±6,17 <sup>**</sup>	84,49±5,33 <sup>#</sup>
	норма	15 (71,4%)	28 (80%) <sup>*#</sup>
	транзиторное нарушение	4 (19%)	4 (11,4%) <sup>*#</sup>
	патология	2 (9,5%)	3 (8,6%)

*Примечание: \* – достоверность различий между группами исследования (p<0,05);*

*\*\* – достоверность различий в динамике наблюдения у детей I группы (p<0,05);*

*# – достоверность различий в динамике наблюдения у детей II группы (p<0,05).*

В группе детей с ЭНМТ при рождении средний балл составил 46,38±5,72 баллов, в группе детей с ОНМТ 48,74±6,16 баллов, ни один ребенок по количеству баллов не соответствовал норме, диапазону «патология» соответствовало 52,4% детей I группы и 45,7% детей II группы, диапазону «транзиторное нарушение» соответственно 47,6% и 54,3% детей. При проведении оценки по шкале INFANIB в СВ 3 месяца отмечалось статистически недостоверное увеличение среднего балла оценки у детей обеих групп, при этом бальную оценку, соответствующую диапазону «норма» получили 42,9% детей I группы и 45,7% детей II группы, диапазону «транзиторное нарушение» – соответственно 33,3% и 31,4% детей, диапазону «патология» 23,8% и

22,9% детей обеих групп. Статистически значимых различий в распределении оценок по диапазонам в СВ 3 месяца также выявлено не было. При обследовании в СВ 6 месяцев средние показатели количественной оценки мышечно-постурального тонуса достоверно увеличились у детей II группы ( $p < 0,05$ ), а у детей I группы достоверно не отличались от суммарной оценки, проведенной у них в СВ 3 месяца. В дальнейшем, темпы развития детей I и II групп имели некоторые отличия и носили неравномерный характер с периодами отсутствия выраженной позитивной динамики у детей I группы в возрасте 3-6 месяцев, а у детей II группы в возрасте 6-9 месяцев за счет двигательных нарушений, нарушения сроков редукции тонических рефлексов и спинальных автоматизмов. Темпы нормализации мышечно-постурального тонуса и двигательных функций, оцененные по шкале INFANIB, были в целом более высокими у детей II группы, однако у детей обеих групп к СВ 9-12 месяцев сформировались подгруппы, соответствующие диапазону оценки «патология», именно эти дети составили контингент угрожаемых по развитию инвалидизирующих неврологических нарушений, в первую очередь детского церебрального паралича.

Выводы:

1. Выявленные особенности формирования неврологических нарушений были обусловлены тяжестью перенесенного анте-, интра- и неонатального церебрального повреждения и степенью гестационной зрелости детей.

2. Объективная диагностика тяжести неврологических нарушений у детей родившихся недоношенными с помощью стандартизованной шкалы INFANIB позволяет своевременно диагностировать формирование ДЦП не только у детей с бальной оценкой, соответствующей диапазону «патология», но, что особенно важно, у

детей с пограничной бальной оценкой.

3. Особое внимание необходимо уделять детям с бальной оценкой, соответствующей диапазону «транзиторные нарушения», так как в дальнейшем возможен любой исход – нормальное развитие ребенка, развитие незначительных нейрогенных дисфункций или тяжелых неврологических нарушений, вплоть до формирования детского церебрального паралича.

#### Список литературы:

1. Аронскинд Е.В. Сравнительные результаты катаместического наблюдения детей, перенесших критические состояния неонатального периода / Е.В. Аронскинд, О.П. Ковтун, О.Т. Кабдрахманова // Педиатрия. 2010. – №1. – С.47-50.

2. Мерзлова Н.Б., Курносков Ю.В., Винокурова Л.Н. Катамнез детей, рожденных с очень низкой и экстремально низкой массой тела // Фундаментальные исследования. 2013. – №3. Ч. 1. – С. 121-125.

3. Рогаткин С.О. Диагностика, профилактика и лечение перинатальных постгипоксических поражений центральной нервной системы у новорожденных и детей раннего возраста: автореф... дис. докт. мед. наук. М., 2012. – 21 с.

4. Яблонь О.С., Яблонь Ю.О. Предикторы розвитку інвалідизуючої патології у недоношених дітей з гіпоксично-ішемічним ушкодженням центральної нервової системи // Актуальные вопросы перинатологии и неонатологии. 2011. – №4. – С. 22-24.

5. Eichenwald E.C., Stark A.R. Management and Outcomes of Very Low Birth Weight // N. Engl J. Med. 2008. – №16. – P. 1700-1711.

6. Importance of screening in 0-18 months infants by using INFANIB at tertiary hospital / S. Parmar, B. Praveen, S. Netravati et al. // Indian Journal of Physiotherapy and Occupational Therapy. 2013. Vol.7, №3. – P.184-186.

7. Predicting neurodevelopmental outcomes for at-risk infants:

reliability and predictive validity using a Chinese version of the INFANIB at 3, 7 and 10 months / W. Liao, E.Wen, Ch.Li et al. // BMC Pediatrics. 2012. Vol.12, №1. – P.72-74.

8. Wilson-Costello D., Friedman H. Improved Neurodevelopmental Outcomes for Extremely Low Birth Weight Infants in 2000-2002 // Pediatrics. 2007. – Vol.119, №1. – P. 37-45.

УДК 61

**Место и роль медицинской сестры в рамках политики  
«Здоровье 2020»**

*Албена Николаева Андонова*

*доцент,*

*Тракийский университет,*

*г. Стара Загора, Болгария*

*e-mail: albena.andonova@trakia-uni.bg*

*Аннотация.* Стратегическая программа «Здоровье 2020» ВОЗ за регион Европа направлена на решение основных проблем здоровья населения. Заложена эффективная политика для повышения ответственности к собственному здоровью, оптимизация взаимодействия между общественными и государственными учреждениями для создания безопасной и благоприятной окружающей среды. Точно определены и разъяснены стратегии для максимального использования профессиональной компетенции не только врачей, но и медицинских сестер и других медицинских специалистов.

*Ключевые слова:* политика здравоохранения «Здоровье 2020», государство, общество, личная ответственность, медицинские сестры.

***Abstract.** Strategic Program Health 2020 of World Health Organization (WHO) for Europe is aimed at solving major health problems of the population. There are set effective policies and increased accountability to their own health, optimizing the interaction between public institutions to create a safe and supportive environment. There are determined and defined strategies to maximize the use of professional skills not only doctors, but also nurses and other healthcare professionals.*

***Keywords:** health politic, Health 2020, state, population, own health, nurses.*

В 2012 году региональный комитет ВОЗ для Европы принял новую политику здравоохранения «Здоровье 2020». Новая стратегическая программа направлена на решение основных проблем здравоохранения в Европейском регионе. Выделены 4 приоритетные области:

1. Инвестирование в здоровье через анализ угроз здоровью на протяжении всей жизни и расширение возможностей людей
2. Преодоление самых серьезных проблем со здоровьем: неинфекционных и инфекционных заболеваний.
3. Укрепление систем здравоохранения, которые ставят человека в центре внимания системы общественного здравоохранения, готовность и ответ отреагировать в чрезвычайных ситуациях.
4. Построение адаптивной общности и благоприятной среды.

Особое место рамковой политики «Здоровье 2020» занимает Декларация здорового образа жизни и контроля не инфекционных заболеваний [5].

Основное внимание направлено на первичное здравоохранение, ответственность отдельной личности к собственному здоровью, а также

эффективной политики и взаимодействие между обществом, государственными учреждениями и правительствами.

Инвестиции в стратегии и программы первичной медико-санитарной помощи создают условия эффективного партнерства между медицинскими учреждениями и гражданами, способствуют формированию знаний, умений и ответственности к собственному и общественному здоровью.

Для достижения целей программы необходимо применить меры для максимального использования знаний и профессиональных умений всех медицинских специалистов, а не только врачей.

В этом направлении работают последние несколько десятилетий, как первый шаг были введены единые требования для приобретения профессионального образования в следующих регулируемых профессиях: врач, медицинская сестра, акушерка и другие. Эта однородность позволяет медицинским специалистам быть мобильными на территории ЕС. В новых стратегиях для улучшения общественного здоровья ищут возможности для максимального использования и развития потенциала и опыта медицинских сестер и акушерок в первичной медицинской помощи.

Для удовлетворения потребностей общества в качественном здравоохранении и повышение уровня индивидуального и общественного здоровья необходимо эффективное использование финансовых средств, повышение ответственности к личному здоровью и равный доступ к медицинским услугам. Другая важная реформа, которая была проведена, но должна продолжать развиваться – это реформа в образовании, обучении медицинских кадров.

Глобальный кризис для обеспечения рабочей силы в системе здравоохранения требует приложение глобального практического

кодекса ВОЗ для привлечения международных кадров в здравоохранение [2].

В основе системы здравоохранения, которая готова к вызовам 21 века, стоит сословие, которое является более гибким, имеет разносторонние умения и ориентированно к экипному подходу. Современная медицинская сестра имеет профессиональную подготовку для выполнения не только самостоятельных медицинских действий и забота о людях с разными заболеваниями, но так же для работы в междисциплинарном экипе. Это включает в себя выполнение услуг в экипе, новые формы самопомощи для пациентов (домашняя забота, длительное лечение, составление и реализация плана по уходу за людьми с различными проблемами и нужды, которые не имеют возможности или опыта совершить их сами), умение поощрять, обучать и мотивировать пациента, чтобы он заботился о своем здоровье.

После введения магистерских программ «Управление в здравоохранении» и «Менеджмент в здравоохранении», медицинские сестры имеют возможность приобрести умения и квалификацию для стратегического планирования, управления, работа в различных секторах в здравоохранении и умение быть лидером.

Нужна новая культура работы, которая благоприятствует введению новых форм сотрудничества между работающими в системе общественного здоровья и здравоохранения, как и между медиками и социальными работниками, а так же с представителями других секторов [2].

Современные системы здравоохранения представляют специалистов здравоохранения, как равноправных участников в системе общественного здоровья. Использование профессиональных знаний и компетенций в самой большой группе медицинских специалистов, группа медицинских сестер – это правильный путь для преодоления

неравенства к доступу в здравоохранение и предоставлению знаний о здоровье и медицинском образовании.

«Медицинской сестре в Европе отведено центральное, основное место в первичной медицинской помощи и это не случайно, а тесно связано с ее компетентностью в предоставлении медицинской помощи, руководить группами для проведения медицинского обучения и укрепления семейного здоровья. Воспитание здорового образа жизни – это сердцевина между взаимоотношениями в различных сферах здравоохранения» [4].

В Болгарии, в соответствии с Постановлением №1 от 8 февраля 2011г. для профессиональной деятельности, медицинские сестры, акушерки, ассоциированные медицинские специалисты, медицинские ассистенты, могут выполнять работу по назначению или самостоятельно. В Ст.3 (1) официально регламентируются права и обязанности медицинских сестер для выполнения самостоятельно профессиональной деятельности, которые описаны в семи пунктах. Четыре из них направлены на улучшение первичной медицинской помощи и получение знаний об укреплении здоровья и здорового образа жизни:

1. Обеспечение и сбор информации о состоянии здоровья;
2. Укрепление здоровья и профилактика, профилактика болезней;
3. Ресоциализация, реадaptация и реабилитация;
4. Проведение обучения и исследования в области здравоохранения [3].

На этом этапе обучения студентов по специальности «Медицинская сестра» в Болгарии отвечает всем требованиям ЕС в отношении профессиональной квалификации и отвечает новым стандартам, с которыми сталкиваются современные системы общественного здравоохранения и политика ВОЗ «Европа 2020».

Получившие профессиональную квалификацию «Медицинская сестра» обладают знаниями и компетенциями по уходу за больными, а так же и умения предупредить болезнь, профилактика болезни и укрепление знаний о здоровье и здоровом образе жизни.

В заключении можно сделать вывод, что ВОЗ и страны, входящие в ЕС принимают и реализуют «Здоровье 2020 – Европейская рамка политики стратегия 21 века». Рассматривают здоровье, как высшую ценность для человека и общества. Для достижения этой цели необходимо активное участие всех секторов государственных и общественных структур, повышение эффективности систем здравоохранения и ответственности каждого человека для создания благоприятной окружающей среды. Для реализации и распространения целей стратегии важна прежде всего работа медицинских специалистов.

#### Список литературы:

1. Директива 2005/36 ЕО за регулираните професии дава възможност за признаване на професионалните квалификации на медицински сестри.

2. Здраве 2020, Европейска политическа рамка и стратегия за 21 век, World Health Organization, WHO Regional Office for Europe, 2013.

3. Наредба №1 от 8 февруари 2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно, Обн. ДВ. бр.15 от 18 Февруари 2011г.

4. Тончева С., Борисова С., Промоцията на здраве – предизвикателство пред здравните професионалисти // Научни трудове на русенския университет. 2012. Т. 51, серия 8.3, 2,8. – С. 13-19.

5. Moscow Declaration on Healthy Lifestyles and Noncommunicable Disease Control. Geneva, World Health Organization, 201 [Электронный

ресурс] – Режим доступа: <http://www.un.org/en/ga/president/65/issues>  
(дата обращения: 21.09.2013).

УДК 616-008: 615.225+616-088

**Эффективность моксонидина в коррекции некоторых  
основных компонентов метаболического синдрома**

***Шаходат Жабборовна Аслонова***

*к.мед.н., ст. преподаватель кафедры внутренних болезней,*

*Бухарский государственный медицинский институт,*

*г. Бухара, Р. Узбекистан*

*e-mail: rome\_1987@inbox.ru*

***Аннотация.*** *Эффективности моксонидина в коррекции некоторых основных компонентов метаболического синдрома.*

*Цель: оценить эффективности селективных агонистов имидазолиновых рецепторов (моксонидин) в коррекции гипергликемии, гиперлипидемии, избыточной массы тела и нарушений некоторых параметров центральной гемодинамики в процессе лечения больных с метаболическим синдромом.*

*Методы исследования: популяционные, клинические, инструментальные, биохимические, статистические.*

*Полученные результаты: Получены данные о распространённости нарушения симптоадреналовой фазы гликемической кривой. Установлено, что все категории гипергликемии, в том числе и нарушение симптоадреналовой фазы гликемической кривой, тесно связаны с основными компонентами МС. Показано, что моксонидин наряду со снижением АД также снижает уровни основных компонентов МС. При этом сахароснижающий эффект моксонидина в*

большей степени выражен в отношении постнагрузочной гипергликемии. Показаны различия эффектов моксонидина на различные фазы гликемической кривой.

**Ключевые слова:** сахарный диабет, гипергликемия, избыточная масса тела, гиперлипидемия, метаболический синдром (МС), моксонидин.

**Abstract. Purpose:** To study prevalence of basic components of MS in various categories of a hyperglycemia, and also to estimate efficiency of selective agonists imidazolinum receptors (moksonidinum) in correction of these components.

*Methods of research:* population, clinical, tool, biochemical, statistical.

*The received results. new data about prevalence of disturbance sympathoadrenal phases glycaemic are obtained by a curve. It is established, that all categories of a hyperglycemia including disturbance sympathoadrenal phases glycaemic are a curve, are closely bound to basic components MS. It is shown, that moksonidinum along with BP depression also reduces levels of basic components MS. Thus hypoglycemic effect of moksonidinum in larger degree is expressed concerning a postloading hyperglycemia. Differences of effects of moksonidinum and metforminum on various phases are shown on glycaemic curve.*

**Keywords:** diabetes mellitus, hyperglycemia, obesity, hyperlipidemia, metabolic syndrome (MS), moksonidinum.

Начиная с последнего десятилетия прошлого века в литературе интенсивно обсуждается вопрос о патогенетической связи между инсулинорезистентностью и некоторыми основными факторами риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний. В связи с этим, ряд ФР был объединён в симптомокомплекс, получивший название «метаболический синдром» (МС). К основным компонентам МС

относят АГ, ИМТ, гиперлипидемию и инсулинорезистентность. Учитывая то, что при МС значительно возрастает риск сердечно-сосудистой смертности его называют «смертельный квартет» [4].

Лечение МС предусматривает коррекцию уровней всех его основных компонентов (2). Вместе с тем, продолжается поиск наиболее оптимальных методов лечения, направленных на патогенетические механизмы МС. В этой связи представляет интерес применение при МС селективных агонистов  $I_1$ -имидазолиновых рецепторов (моксонидин). Это объясняется тем, что в патогенезе МС большое значение имеет гиперактивность симпатической нервной системы (СНС), которая способствует формированию инсулинрезистентности и её прогрессированию (6). Гиперактивность СНС способствует развитию в организме ряда патологических сдвигов приводящих к повышению уровня АД и липидов, агрегации тромбоцитов, электрической нестабильности миокарда и т.д. Вместе с тем, у больных с сахарным диабетом, моксонидин вызывает достоверное улучшение чувствительности к инсулину [5,3]. Показана высокая антигипертензивная эффективность моксонидина у больных СД типа 2 страдающих АГ (1).

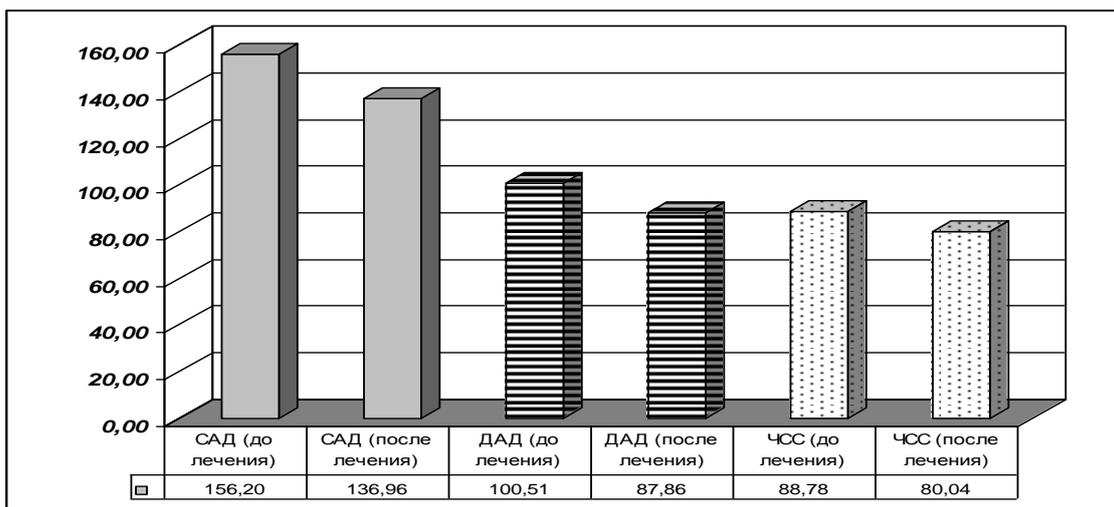
**Цель.** Оценить эффективность селективных агонистов имидазолиновых рецепторов (моксонидин) в коррекции гипергликемии, гиперлипидемии, избыточной массы тела и нарушений некоторых параметров центральной гемодинамики в процессе лечения больных с метаболическим синдромом.

**Материал и методы.** Обследовано 76 больных в возрасте 40-60 лет с сочетанием основных компонентов МС. В исследование включены пациенты, страдающие II стадией гипертонической болезни. Использованы следующие методы исследования: измерение АД; частота сердечных сокращений (ЧСС); антропометрия – рост и вес (с оценкой

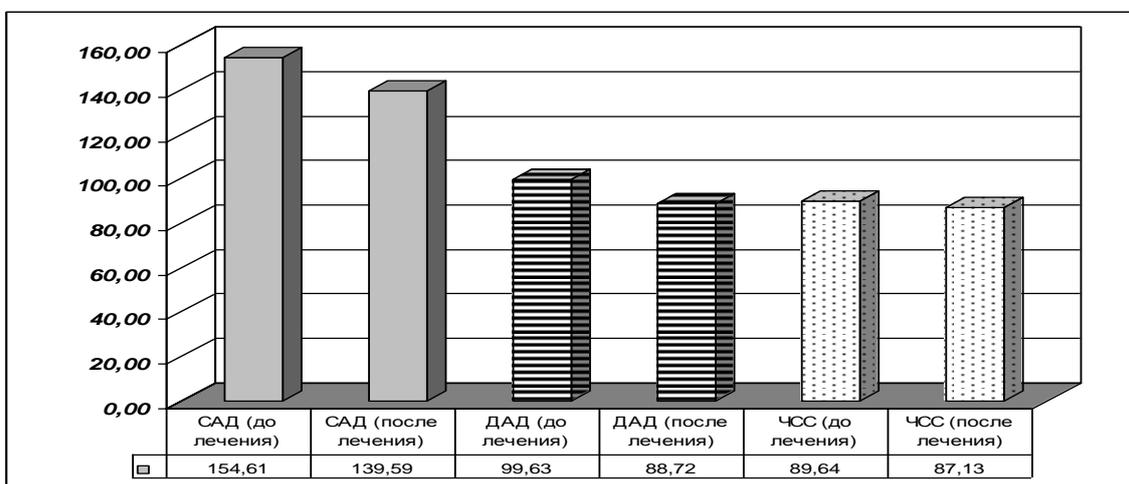
индекса Кетле по рекомендациям Международной группы по ожирению, 1997); окружность талии (ОТ); холестерин (ХС); определение толерантности к глюкозе путём проведения ТТГ с определением гликемии натощак, а также через 1 час и через 2 часа после нагрузки глюкозой (оценка показателей согласно классификации ВОЗ,1999).

Протокол исследования предусматривал выделение опытной группы (49 человек) и контрольной группы (27 человек). Пациенты в опытной группе получали моксонидин (препарат Физиотенз компания «Solvay Farma») в средней суточной дозе 0,4 мг в сутки на протяжении 30 дней. Контрольной группе в качестве гипотензивной терапии назначали ингибиторы АПФ.

**Результаты и их обсуждение.** Согласно полученным данным (рис. 1), применение физиотенза приводит к существенному и достоверному ( $p < 0,05$ ) снижению как систолического артериального давления (САД), так и диастолического артериального давления (ДАД). Отмечено также достоверное ( $p < 0,05$ ) снижение повышенного ЧСС. Следует отметить, что в контрольной группе также наблюдалось снижение гемодинамических показателей (рис. 2). Однако, при достоверном снижении САД и ДАД, не было существенного изменения показателя ЧСС. Учитывая то, что ЧСС в известной степени может отражать активность СНС, можно заключить, что физиотенз эффективно снижает повышенную активность СНС.

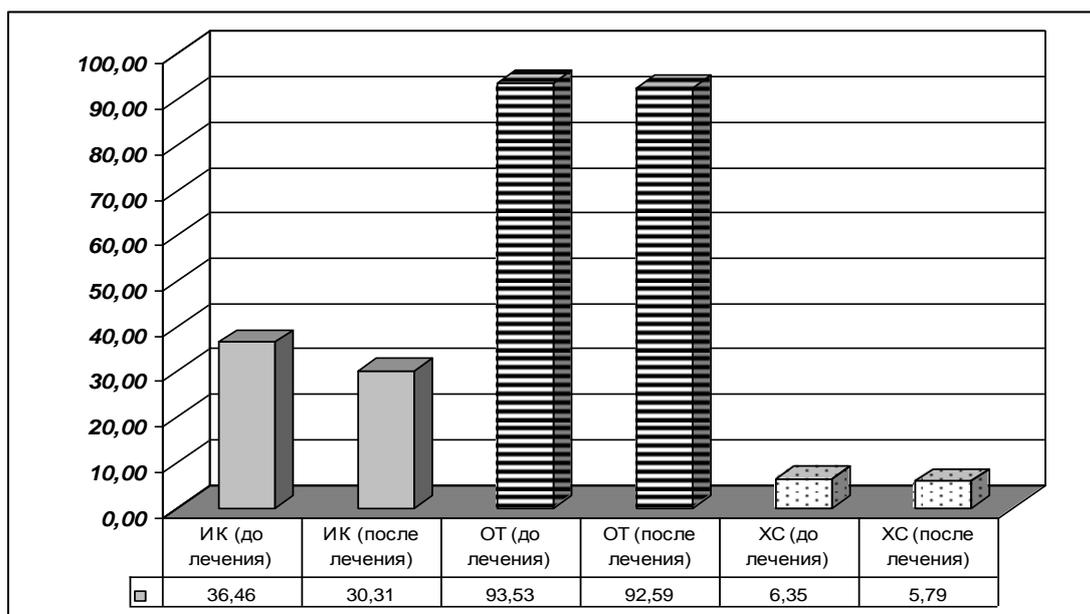


*Рис. 1. Динамика некоторых гемодинамических показателей среди пациентов получавших физиотенз.*

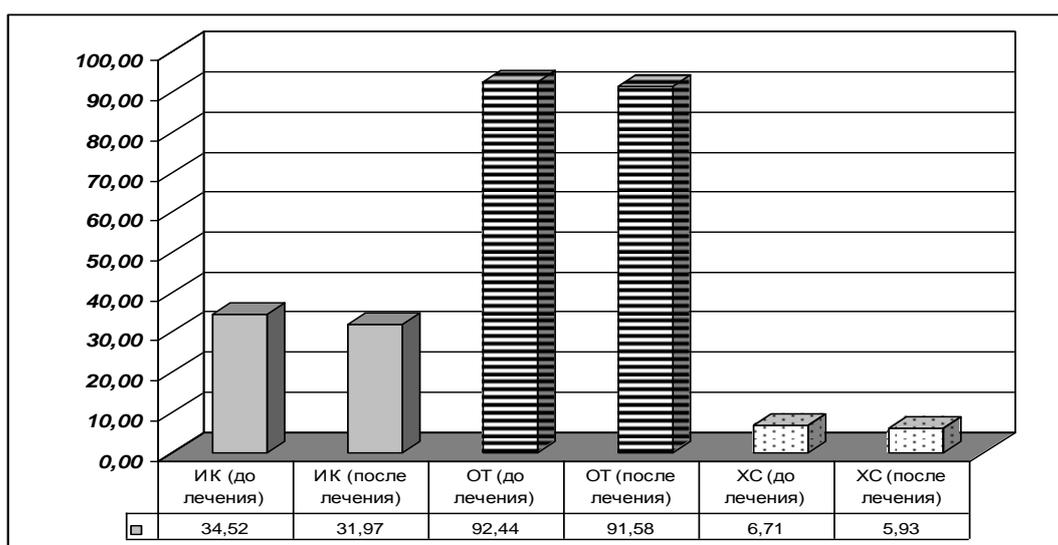


*Рис. 2. Динамика некоторых гемодинамических показателей среди пациентов контрольной группы.*

Далее была изучена динамику индекса Кетле (ИК), окружности талии (ОТ) и уровня холестерина (ХС) на фоне приёма физиотенза (рис. 3).



*Рис. 3. Динамика индекса Кетле, окружности талии и уровня холестерина среди пациентов принимавших физиотенз.*



*Рис. 4. Динамика индекса Кетле, окружности талии и уровня холестерина среди пациентов контрольной группы.*

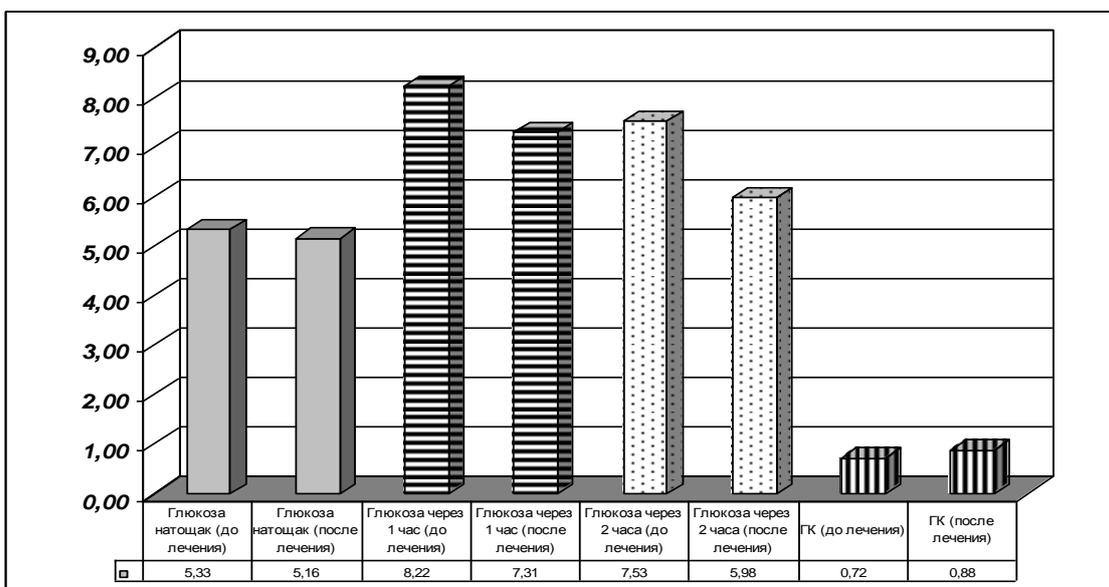
Полученные данные свидетельствуют о том, что на фоне приёма физиотенза отмечается снижение индекса Кетле, уменьшение окружности талии и снижение уровня холестерина. При этом, снижение уровня индекса Кетле было статистически значимо ( $p < 0,05$ ). В контрольной группе также имеет место некоторое снижение индекса

Кетле, окружности талии и холестерина (рис. 4). Вместе с тем, следует отметить, что в контрольной группе не выявлено статистически значимого снижения рассматриваемых показателей ( $p > 0,05$ ).

Особый интерес представляют результаты изучения уровней гликемии и гликемического коэффициента (ГК) в процессе лечения физиотензом (рис. 5). В данном исследовании за ГК принято соотношение гликемия натощак/гликемия через 2 часа после нагрузки глюкозой. Такой коэффициент был выбран исходя из того, что уровень гликемии через 2 часа после нагрузки глюкозой (вагоинсулярная фаза гликемической кривой) отражает способность организма утилизировать поступившую глюкозу и, таким образом, он, в известной мере, может отражать состояние инсулинрезистентности.

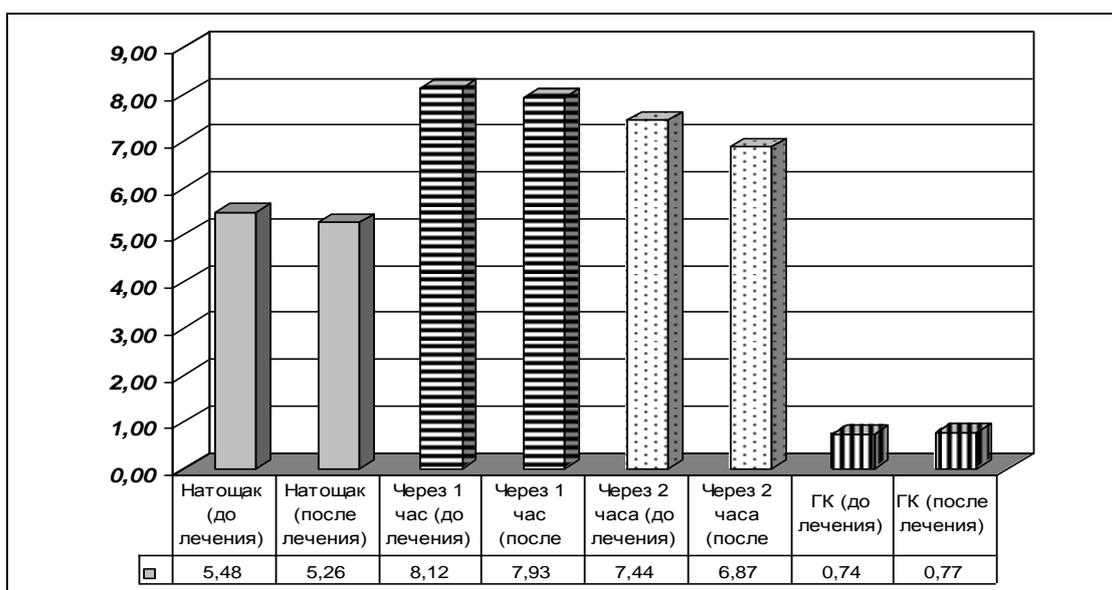
Полученные данные свидетельствуют о том, что приём физиотенза ассоциируется со снижением показателей гликемии, как натощак, так и после нагрузки глюкозой. При этом, более выраженное снижение наблюдается в отношении гликемии через 1 час после нагрузки глюкозой. Эти данные подтверждают мысль о том, что физиотенз снижает повышенную активность СНС. Такое заключение вытекает из того, что гликемия через 1 час после нагрузки глюкозой отражает симпатоадреналовую фазу гликемической кривой, которая непосредственно связана с активностью СНС.

Эта мысль находит своё подтверждение и по результатам оценки гликемического коэффициента. Повышение его значений свидетельствует о том, что в процессе лечения физиотензом происходит увеличение утилизации глюкозы.



*Рис. 5. Динамика уровня гликемии и гликемического коэффициента среди пациентов принимавших физиотенз.*

Несколько иные результаты получены в контрольной группе. Здесь также наблюдается улучшение изучаемых показателей, однако, снижение уровней гликемии с одной стороны, и повышение гликемического коэффициента – с другой оказалось весьма незначительным.



*Рис. 6. Динамика уровня гликемии и гликемического коэффициента среди пациентов контрольной группы.*

## Выводы:

1. Применение селективного агониста I<sub>1</sub>-имидазолиновых рецепторов моксонидина (физиотенз) у больных с метаболическим синдромом является патогенетически обоснованным.
2. Физиотенз является эффективным антигипертензивным средством у больных с метаболическим синдромом.
3. Наряду с эффективным снижением артериального давления, физиотенз улучшает метаболический профиль у пациентов страдающих метаболическим синдромом.

## Список литературы:

1. Аметов А.С., Демидова Т.Ю., Смагина Л.В. Роль гиперсимпатикотонии в развитии артериальной гипертензии у пациентов с метаболическим синдромом: возможности патогенетически обоснованной терапии // Терапевтический архив. – №12. – 2004. – С. 27-32.
2. Консенсус Международной Федерации Диабета по определению метаболического синдрома. // Перевод с английского под ред. Исмаилова С.И. 2007.
3. Новые клинические исследования эффектов Физиотенза при метаболическом синдроме // Артериальная гипертензия: проблемы и решения. Международный медицинский бюллетень. 2003. – №15. – 14 с.
4. Kaplan N.M. The deadly quartet: upper-body-obesity, glucose intolerance, hypertriglyceridemia and hypertension. // Arch.intern.Med. 1989. – Vol.149, P. 1514-1520.
5. Moxonidine improves glycaemic control in mildly hypertensive, overweight patients: a comparison with metformin. Hannover: Solvay Pharmaceuticals, 2005.
6. Reaven G.M., Lithell H., Landsberg L. Hypertension and associated metabolic abnormalities: the role of insulin resistance and the sympatho-

adrenal system. // N. Engl J Med. – 1996. – №334(6). – P. 374-381.

УДК 616.72-002.77; 618.17

**Влияние активных профилактических вмешательств на фоне коррекции прогестероновой недостаточности на функциональный исход у больных ревматоидным артритом**

**Халмурад Садуллаевич Ахмедов**

*к. мед.н., доцент,  
заведующий кафедрой подготовки врача общей практики,*

*Ташкентская медицинская академия,*

*г. Ташкент, Узбекистан*

*e-mail: khalmurad@rambler.ru*

**Феруза Сайфиевна Разакова**

*ст. преподаватель отделения медицинской подготовки,*

*Национальный университет Узбекистана,*

*г. Ташкент, Узбекистан*

*e-mail: feruzab Brazakova@mail.ru*

**Мадина Садуллаевна Ахмедова**

*Заведующая консультативной поликлиники,*

*Специализированный научно-практический*

*медицинский центр эндокринологии,*

*г. Ташкент, Узбекистан*

*e-mail: feruzab Brazakova@mail.ru*

***Аннотация.** К исследованию были привлечены 180 больных РА. Основную группу (1-я группа) составили 80 больных РА, вторую 50 (2-я группа) и третью также 50 (3-я группа). Профилактические и лечебные вмешательства, основанные на комплексном подходе с включением реабилитационных, а также коррекции прогестероновой*

*недостаточности у больных РА в условиях общеврачебной практики достоверно улучшает функциональные возможности суставов при РА.*

**Ключевые слова:** *ревматоидный артрит, профилактика, прогестероновая недостаточность, коррекция.*

**Abstract.** *On the study of 180 RA patients were recruited. The study group (group 1) consisted of 80 patients with RA, the second 50 (group 2) and third and 50 (group 3). Prophylactic and therapeutic interventions based on an integrated approach with the inclusion of rehabilitation and correction of progesterone deficiency in RA patients in a general medical practice significantly improves the functionality of the joints in RA.*

**Keywords:** *rheumatoid arthritis, prevention, progesterone deficiency correction.*

За последнее десятилетие произошли серьезные изменения в подходах к ведению больных РА, которые позволили существенно улучшить результаты лечения и сделали возможным поставить новую цель – достижение клинической ремиссии (рекомендации EULAR). Современная ревматология имеет определенный прогресс, который свидетельствуют о наличии предпосылок к переходу терапии РА на принципиально новый уровень, таких как снижение риска инвалидности, тяжелых потенциально смертельных осложнений болезни, экономических потерь для общества, по крайней мере, в среднесрочной перспективе [2].

Главные практические проблемы, связанные РА – это ранняя диагностика, оценка прогноза, подбор терапии, оценка ее эффективности, лечение осложнений болезни, реабилитация больных. Прогноз тем более важен, что для достижения удовлетворительного результата агрессивная, сложная и дорогостоящая терапия должна начинаться как можно раньше [5].

Более высокая распространенность РА особенно у женщин, часто появление первых признаков заболевания в период выраженных гормональных перестроек в организме, в его развитии несомненную роль играют половые гормоны. Известные к настоящему времени факты позволяют с определенностью думать о нарушении функции иммунной системы, связанной с расстройством эндокринной регуляции, особенно в сфере половых гормонов [3,4]. Согласно литературным данным, половые гормоны проявляют себя как иммуномодуляторы, ингибирующие одни и стимулирующие другие функции иммунитета [3]. Проведенные исследования показывают, что у больных РА, женщин репродуктивного возраста отмечаются снижение эстрадиола и особенно прогестерона в сыворотки крови [1]. Согласно литературным данным, прогестерон имеет тесную связь с Т-клеточным иммунитетом. А значение Т-клеточного дефицита играет большую роль в причине развития аутоиммунного процесса [6]. Исходя из вышеизложенного, большой клинико-научный интерес представляет изучение коррекции прогестерона у больных РА.

Известно, что одним из основных требований системы здравоохранения является улучшение профилактических мер. В частности вопросы оптимизации вторичной профилактики имеют большое значение, поскольку это дает возможность добиться снижения прогрессирования заболевания и осложнений, а также улучшить качества жизни больных. Поэтому изучение значения коррекции недостаточности прогестерона на фоне профилактических-реабилитационных вмешательств в условиях общеврачебной практики у больных РА представляет практический интерес.

**Материалы и методы исследования.** К исследованию были привлечены 180 больных РА. Возраст больных составил от 22 до 47 лет ( $35,6 \pm 3,9$ ) с длительностью заболевания от 8 месяцев до 7 лет.

Основную группу (1-я группа) составили 80 больных РА, вторую 50 (2-я группа) и третью также 50 (3-я группа). Больные между группами были распределены приблизительно одинаково с учетом возраста, степени активности заболевания. 1-группе проводилась профилактические и лечебные вмешательства, основанные на комплексном подходе с включением профилактических, реабилитационных вмешательств на фоне коррекции прогестероновой недостаточности в условиях общеврачебной практики. 2-й группе тоже самое, только без коррекции прогестероновой недостаточности, а 3-й группе только медикаментозное лечение с лечебной физкультурой. 3-я группа в отличие от 1-й и 2-й групп не имели проявлений прогестероновой недостаточности. Все три группы исследовали по одному и тому же протоколу.

Анализ результатов, т.е. в течение 3 лет проводилось с учетом оценки качества жизни, а также ниже перечисленных показателей:

3. Процент больных с клинической ремиссией ( $DAS28 < 2,6$ ) заболевания более 6 месяцев.

4. Для объективной оценки эффективности лечебно-профилактических мероприятий использовали рекомендации EULAR, динамику индекса DAS28, оценивая улучшение в %, в соответствии с ACR (ACR20, ACR50 и ACR70).

5. Индекс состояния здоровья по анкете Stanford Health Assessment Questionnaire (HAQ).

Полученные данные подвергались статической обработке.

**Результаты и обсуждение.** Во всех группах преобладали пациенты с серопозитивным РА (56,2% и 52% и 54% соответственно), с высокой активностью ( $>5,1$ ) по индексу DAS28 (75%, 76% и 78% соответственно), а также преобладали больные с III рентгенологической стадией РА (73,75%, 68% и 74% соответственно). Функциональные

нарушения преобладала преимущественно в рамках индекса HAQ > 2 (68,75%, 70% и 72% соответственно) и функциональный класс III (70%, 72% и 68% соответственно), около половины пациентов принимали преднизалон – 15-30 мг/сутки (51,3%, 54% и 52% соответственно).

Результаты вмешательств показали, что к концу 3 мес вмешательств 20% улучшение по критериям ACR было отмечено у 75% 1-й группы, 70% у 2-й группы и у 74% 3-й группы ( $p=0,49$ ;  $p=0,59$ ), что означало отсутствие статистических достоверных различий между группами. Это тенденция сохраняется также через 12 мес, поскольку достоверных разницы между группами нет ( $p=0,089$ ;  $p=0,11$ ). Однако, у 1-й и 3-й групп улучшение по критериям ACR 20 в последующем имели тенденцию к уменьшению и к концу 36 мес составил 13,8% и 14% соответственно, когда как у больных 2-й группы 50% ( $p=0,044$ ;  $p=0,012$ ).

В свою очередь, вмешательств 50% улучшение по критериям ACR имели между группами достоверную разницу к 24 мес, поскольку улучшение было отмечено у 52% 1-й группы и у 32% 2-й группы ( $p=0,032$ ). Также следует отметить, что между 1-й и 3-й группами достоверных различий не отмечено ( $p=0,78$ ). Этот эффект сохранялся с 24-го по 36-й мес исследования (при отсутствии нежелательных явлений, требовавших коррекции лечения) у 60% пациентов 1-й группы, у 40% пациентов 2-й группы ( $p=0,031$  по сравнению с 1-й группой) и у 64% пациентов 3-й группы ( $p=0,046$  по сравнению с 1-й группой).

Статистически достоверных различий в частоте развития 70% улучшения по критериям ACR 70 к 3 и 12 мес исследования между сравнивавшимися группами больных не было. Однако, к концу 24 и 36 мес у заметное достоверное разницы имели свое место. В тоже время отмечано достоверная динамика по сравнению со 2-й группой суставного синдрома у больных 1-й и 3-й групп ( $p=0,021$  и  $p=0,041$ ), т.е. 70% улучшение отмечалось у 26,2% больных 1-й группы и у 22%

больных 3-й группы, когда у больных РА 2-й группы к концу 36 мес этот показатель был почти в два раза меньше – 10%.

При оценке эффективности вмешательств по динамике активности по DAS28 клиническая ремиссия ( $DAS28 < 2,6$ ) к концу 36 мес исследования наблюдалась у 68,75% больных 1-й группы, у 30% больных 2-й группы и у 60% больных 3-й группы, что отражает статистическую достоверную разницу между 1-й и 2-й группами ( $p=0,003$ ) и между 2-й и 3-й группами ( $p=0,014$ ). В тоже время низкая активность РА ( $2,6 < DAS\ 28 < 3,2$ ) статистических достоверных различий между группами не обнаружено в динамике ( $p > 0,05$ ). В свою очередь, средняя активность РА ( $3,3 < DAS28 < 5,1$ ) к концу исследования отмечалась у 6,25% больных 1-й группы, 30% больных 2-й группы и у 14% больных 3-й группы, что достоверно отличали группы между собой. Также 1-я и 3-я группы достоверно отличались от 2-й группы по частоте больных с наличием высокой активности РА ( $DAS28 > 5,1$ ), поскольку к концу 36 мес  $DAS28 > 5,1$  сохранялась у 6,25% больных 1-й группы, у 20% больных 2-й группы и у 8% пациентов 3-й группы (достоверная разница между 1-й и 2-й группами  $p=0,001$  и между 2-й и 3-й группами  $p=0,002$ ).

Влияние проводимыми нами вмешательствами на функциональный исход показал определенные различия между группами. Улучшение функционального состояния больных РА в рамках  $0,36 \leq \Delta HAQ < 0,80$  (удовлетворительный эффект), отмечено только к концу 12 мес, поскольку к концу 3 месяца явного достоверного улучшения функционального статуса не одной группы не наблюдалось. Низкий эффект вмешательств в первые месяцы после ее проведения представляется закономерным и объясняется постепенным нарастающим эффектом противовоспалительным и иммуносупрессивным действием болезнь-модифицирующей

антиревматических препаратов. К концу 3 мес вмешательств минимальный эффект по показателям HAQ в рамках  $0,22 \leq \Delta \text{HAQ} \leq 0,36$  было отмечено 80% у 1-й группы, 78% у 2-й группы и 76% у 3-й группы ( $p > 0,05$ ), при этом не зафиксировалось не одного случая удовлетворительного или выраженного эффекта.

К концу 12 мес динамика функционального статуса была заметной и у больных 1-й группы уже преобладала как удовлетворительный эффект в рамках  $0,36 \leq \Delta \text{HAQ} < 0,80$  – 48,75% ( $p = 0,043$ ;  $p = 0,048$  в сравнении с другими группами соответственно), так выраженный эффект в рамках функционального статуса  $\Delta \text{HAQ} \geq 0,80$  – 15% ( $p = 0,001$ ;  $p = 0,011$  в сравнении с другими группами соответственно). Это тенденция сохранилась и к концу 24 и 36 мес, поскольку у 1-й группы по сравнению со 2-й группы почти 8 раз ( $p = 0,001$ ) и с 3-й группы 2 раза ( $p = 0,045$ ) больше отмечается выраженный эффект  $\Delta \text{HAQ} \geq 0,80$ .

Как видно из рис.1., у больных 1-й группы достоверно улучшился функциональный статус: медиана показателя HAQ снизилась в 1-й группе с 2,7 (0,37; 3,0) до 0,5 (0; 2,5) балла и в 3-й группе – с 2,6 (0,37; 3,0) до 0,75 (0; 3,0) балла (в обоих случаях  $p < 0,001$ ), когда во 2-й группе с 2,86 (0,37; 3,0) до 1,5 (0; 3,0) балла.

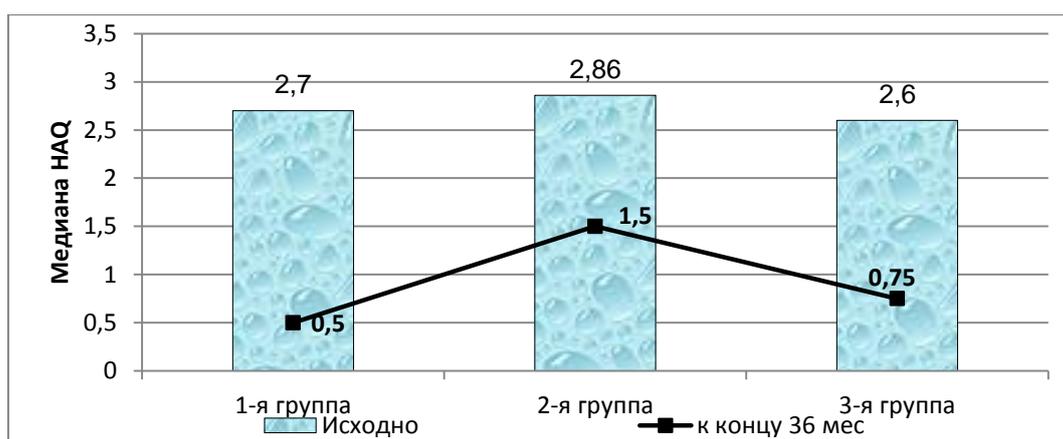


Рис.1. Медиана показателя HAQ.

Таким образом, профилактические и лечебные вмешательства, основанные на комплексном подходе с включением профилактических и реабилитационных вмешательств на фоне коррекции прогестероновой недостаточности у больных РА в условиях общеврачебной практики достоверно обеспечивает стойкий ACR 50 ответ (64%) и достоверно улучшает функциональные возможности суставов при РА.

#### Список литературы:

1. Мирзаханова М.И., Каримов М.Ш. Проблемы ранней диагностики и лечения ревматоидного артрита. Методическое руководство. Ташкент, 2006. – С. 5-8.
2. Насонова В.А., Фоломеева О.М., Эрдес Ш.Ф. Ревматические заболевания в Российской Федерации в начале XXI века глазами статистики // Терапевтический архив. 2009. – Т. 81, №6. – С. 5-10.
3. Половые стероидные гормоны и иммунная система / Татарчук Т.Ф., Венцковская И.Б., Исламова А.О. и др. // Здоровье женщины. Москва, 2003. – №1. – С. 33-37.
4. Шилов Ю.И. Влияние эстрадиола и прогестерона на отдельные этапы иммуногенеза: автореф. дис...канд.мед.наук. – Л., 1984. – 21 с.
5. Majithia V., Geraci S.A. (2007). «Rheumatoid arthritis: diagnosis and management». Am. J. Med. 120 (11): P. 936-9.
6. McInnes I.B. The pathogenesis of rheumatoid arthritis // I.B. McInnes, G. Schett // New Engl.J. Med. – 2012. Vol.365, P. 2205-2219.

**Клинические особенности ревматоидного артрита в  
зависимости от климатогеографических и экологических зон**

**Узбекистана**

***Халмурад Садуллаевич Ахмедов***

*к.мед.н., доцент,  
заведующий кафедрой подготовки врача общей практики,*

*Ташкентская медицинская академия,*

*г. Ташкент, Узбекистан*

*e-mail: khalmurad@rambler.ru*

***Феруза Сайфиевна Разакова***

*ст. преподаватель отделения медицинской подготовки,*

*Национальный университет Узбекистана,*

*г. Ташкент, Узбекистан*

*e-mail: feruzabrazakova@mail.ru*

***Рано Парниева Рустамова***

*заведующая отделением медицинской подготовки*

*Национальный университет Узбекистана,*

*г. Ташкент, Узбекистан*

***Арофат Мирзахидовна Исмаилова***

*ст. преподаватель отделения медицинской подготовки*

*Национальный университет Узбекистана,*

*г. Ташкент, Узбекистан*

***Гульноза Мэлсовна Далимова***

*преподаватель отделения медицинской подготовки*

*Национальный университет Узбекистана,*

*г. Ташкент, Узбекистан*

**Аннотация.** Сравнительный клинический анализ основан на поперечном исследовании и проспективном наблюдении 460 больных РА с города Ташкента (I зона, n=144), Хarezмской (II зона, n=112), Наманганской (III зона, n=104) и Сурхандарьинской (IV зона, n=100) областей. Результаты исследований показали, что клиническое течение РА характеризуется во II и IV зонах в отличие от I и III зон быстро прогрессирующим и агрессивным суставным синдромом, а также выраженными функциональными нарушениями в суставах.

**Ключевые слова:** ревматоидный артрит, климатогеографические зоны, клинические проявления.

**Abstract.** Comparative clinical analysis is based on cross-sectional study and prospective study of 460 patients with RA with Tashkent (I zone, n=144), Harezmskoy (II area, n=112), Namangan (III area, n=104) and Surkhandarya (IV area n=100) regions. The results showed that the clinical course of RA is characterized in the II and IV areas in contrast to the I and III zones rapidly progressive and aggressive articular syndrome, and severe functional disorders of the joints.

**Keywords:** rheumatoid arthritis, climatogeographic zone, the clinical manifestations.

Несмотря на то, что прогноз ревматоидный артрит (РА) на фоне современной терапии улучшается, показатели заболеваемости и смертности остаются весьма существенными [4]. Однако на сегодняшний день статистические данные не выявляют истинную картину заболеваемости, так как учитывают в основном тяжелые формы заболевания [3, 5]. В настоящее время уже очевидно, что организация высококвалифицированной помощи больным с РЗ и проведение профилактических мероприятий невозможны без знания и учета факторов внешней среды, условий жизни и традиций населения [2].

Факторы окружающей среды сказываются на глубоких процессах формирования здоровья, включая изменения процессов возрастной динамики, появление сдвигов в клинике и характере заболеваний, длительности течения и разрешения патологических процессов, что встречается повсеместно и затрагивает биологию человека [1]. Под воздействием комплекса факторов окружающей среды происходят патологические изменения в различных органах и системах, функциональные, морфологические и генетические сдвиги в организме. Утяжеление заболеваний происходит под одновременным воздействием многих климато-географических причин: солнечной радиации, циркуляции атмосферы и ряда местных особенностей климата [1]. Поэтому изучение влияния вышеуказанных факторов в частности на течение РА в Узбекистане актуально, так как республика своеобразна по своему географическому расположению, климату и характеру развития промышленности и сельского хозяйства.

Целью настоящего исследования явилась на примере РА провести сравнительный анализ проявлений данной болезни в различных климатогеографических зонах Узбекистана, в частности Харезмской, Сурхандарьинской и Наманганской областей, а также города Ташкента.

#### **Материалы и методы исследования.**

Сравнительный анализ проводился на основании сопоставления клинических и лабораторных данных у больных РА, проживающих в различных регионах. Активность болезни и выраженность суставного синдрома определялась числом болезненных и припухших суставов, индексами DAS и HAQ, а также оценка боли осуществлялась по визуальной аналоговой шкале (ВАШ).

Сравнительный клинический анализ основан на поперечном исследовании и проспективном наблюдении 460 больных РА с города

Ташкента (I зона, n=144), Хarezмской (II зона, n=112), Наманганской (III зона, n=104) и Сурхандарьинской (IV зона, n=100) областей.

### **Результаты и обсуждение.**

Сравнительный клинический анализ основан на поперечном исследовании и проспективном наблюдении 460 больных РА с города Ташкента (I зона, n=144), Хarezмской (II зона, n=112), Наманганской (III зона, n=104) и Сурхандарьинской (IV зона, n=100) областей.

Возраст больных составил  $50,6 \pm 9,1$  лет, продолжительностью заболевания  $9,9 \pm 4,7$  года. Распределение больных по возрастным группам показывает, что среды больных РА III зоны преобладают пациенты старше 60 лет – 33,7% и моложе 40 лет – 63% в IV зоне, где с возрастанием возраста больных РА наблюдается тенденция к снижению случаев с РА (34% – 29% – 16% – 12% – 9% согласно возрастным группам).

В то же время большинство больных входили в возрастную группу 40-60 лет среди больных Хarezмской области (II зона) – 73,2% и города Ташкента (I зона) – 59,7%. При половом распределении больных между зонами достоверных различий не обнаружено, поскольку во всех зонах в разы преобладали женщины.

Сравнительный анализ показал, что суставной синдром при РА в четырех различных зонах имели определенные различия. Так во II и IV зонах отмечается достоверный факт преобладания быстро прогрессирующего начала, в 71,4% ( $p=0,0021^*$ ;  $p=0,083^{\text{®}}$ ;  $p=0,0019^{\text{§}}$ ) и 75% ( $p=0,0024^{\text{&}}$ ;  $p=0,086^{\text{®}}$ ;  $p=0,0074^{\text{J}}$ ) случаев соответственно (в I зоне – 24,3%, III зоне – 18,3%), а также более агрессивный суставной синдром. Эту особенность подтверждают, как видно из таб.1., и средние величины числа припухших и болезненных суставов у больных II и IV зон, которые превосходят таковые для пациентов III зоны ( $p<0,05$ ). В свою очередь, в III зоне наблюдалось достоверно меньше

продолжительность утренней скованности чем у II и IV зон ( $p=0,041^{\$}$  и  $p=0,044^J$ ). Обсуждая значимость этих показателей, следует подчеркнуть, что весьма важными оказались суставной индекс по 28 суставам и степень функциональной недостаточности суставов (HAQ, индекс Ричи), у больных РА II и IV зон по сравнению с I зоной ( $p<0,05$ ). Характеризуя суставной синдром, обращает тот факт, что среди больных III зоны в отличие от других зон преобладает количество случаев с наличием сакроилеита (21,2%).

Оценка динамики развития суставного синдрома больных показала, что наиболее рано поражались проксимальные межфаланговые и пястнофаланговые суставы кистей, артрит которых определялся на первом году болезни во всех зонах. Однако, с течением времени поражение других суставов отличался в зависимости от проживания больных. Так, в среднем на  $4,3\pm 0,02$ -м году заболевания появлялся артрит лучезапястных, коленных, плюснефаланговых и голеностопных суставов у больных I зоны, когда поражение этих же суставов у больных II и IV зон наблюдался более раньше ( $1,3\pm 0,05$ -м и  $1,8\pm 0,03$ -м годах заболевания соответственно;  $p=0,037^*$ ;  $p=0,0678^{\#}$ ,  $p=0,059^{\$}$ ;  $p=0,0881^{\text{®}}$ ;  $p=0,0052^{\&}$ ;  $p=0,0675^J$ ).

Таблица 1

**Сравнительные клиничко-лабораторные данные у больных РА в различных регионах**

Признак	I зона (n=144)	II зона (n=112)	III зона (n=104)	IV зона (n=100)
Ревматоидный фактор (%)	$105,6\pm 24,3$	$551\pm 23,5^{*\$}$	$93,6\pm 4,5$	$595\pm 41,2^{\&J}$
<b>Суставной синдром</b>				
Артрит более чем трех суставов в %	100	100	100	100
Продолжительность утренней скованности, мин	$2,02\pm 1,7$	$3,9\pm 1,35^{\$}$	$1,01\pm 1,8$	$4,2\pm 1,4^J$
Симметричный артрит, %	100	100	100	100
Боль, ВАШ, см	$6,52\pm 1,72^{\#}$	$7,75\pm 1,52^{\$}$	$3,12\pm 1,22$	$8,2\pm 1,6^J$

Число болезненных суставов	13,1±3,7 <sup>#</sup>	19,3±8,5 <sup>\$</sup>	7,72±2,28	23,3±9,1 <sup>J</sup>
Число припухших суставов	7,6±1,86 <sup>#</sup>	14,8 ±5,58 <sup>*\$</sup>	4,6 ±0,67	17,2 ±7,2 <sup>&amp;</sup>
Наличие сакроилеита%	0,7	1,8	21,2	2
Индекс Ричи	7,65±3,03 <sup>#</sup>	12,55±3,2 <sup>\$</sup>	4,54±1,1	14,9±5,2 <sup>J</sup>
ОАВ, ВАШ	55,32±16,6	67, 8±12,1 <sup>\$</sup>	33,31±13,2	72,5±11,3 <sup>J</sup>
Активность, SDAI	43,07±9,3	66,26±13,6 <sup>\$</sup>	35,06±7,46	77,4±15,1 <sup>J</sup>
СРБ, мг/л	14,8±5,8 <sup>#</sup>	27,9±8,43 <sup>*\$</sup>	7,07±0,1	33,9±8,8 <sup>&amp;J</sup>
СОЭ, мм/час	30,3±14,67	31,4±13,69	29,3±12,67	39,6±15,3
<b>DAS28:</b>				
< 2,6 (%)	3,5	1,8	0,9	0
2,6 – 3,2 (%)	8,4	4,5	8,7	1
3,2 – 5,1 (%)	15,9	13,3	17,3	3
> 5,1 (%)	72,2	80,4	73,1	96
<b>ФК:</b>				
I (%)	2,5	2	2	
II (%)	25	20	28	
III (%)	70	72	68	
IV (%)	2,5	6	2	

*Примечание 1. Статистически значимые достоверные различия показателей исследования: \* – при сравнении I и II зонами; # – при сравнении I и III зонами; \$ – при сравнении II и III зонами; & – при сравнении I и IV зонами; ® – при сравнении II и IV зонами; J – при сравнении III и IV зонами. Точное значение p приведено в тексте.*

*Примечание 2. ОАВ – оценка активности врачом.*

Позже других появлялась симптоматика поражения тазобедренных суставов, однако достоверных различий между зонами не обнаружено.

Выявляла заметные особенности суставного синдрома у больных РА в зависимости от разных зон проживания обнаружено интересный факт. Так, поражение крупных суставов (в первую очередь, коленных) на первом году болезни наблюдалось у 39,4% больных IV зоны, тогда как I – 2,1%, II – 6,2% и III – 1,4% в остальных зонах; различия между IV зоной и остальными зонами достоверны ( $p < 0,05$ ).

Тяжесть РА, помимо стойкой высокой воспалительной активности, определяется также такими характеристиками, как выраженные нарушения функционального состояния ( $HAQ \geq 1,5$ ), наличие типичной рентгенологической картины деструктивного полиартрита, количество и тяжесть внесуставных проявлений.

Динамика функционального индекса HAQ достаточно наглядно демонстрирует различия между изучаемыми зонами. Анкетирование больных с помощью Станфордской шкалы оценки здоровья (HAQ) проводилось в течение 5 лет преимущественно во время стационарного обследования (1 раз в год). Так при анализе изменений индекса HAQ отмечалось его повышение в первые годы наблюдения у больных I зоны, а затем произошло некоторое снижение среднего показателя до  $8,8 \pm 0,81$  (различия за пятилетний период лет статистически достоверны  $p=0,0042$ ). Напротив, как видно из рис. 1. у больных II и IV зон индекс HAQ имеет явной отрицательной динамики, что свидетельствует о прогрессировании функциональных нарушений (с  $15,0 \pm 0,37$  балла на 1-м году до  $24,4 \pm 0,56$  на 5-м, различия достоверны,  $p=0,0451$  и с  $16,2 \pm 0,55$  балла на 1-м году до  $32,8 \pm 0,47$  на 5-м, различия достоверны,  $p=0,0335$  соответственно).

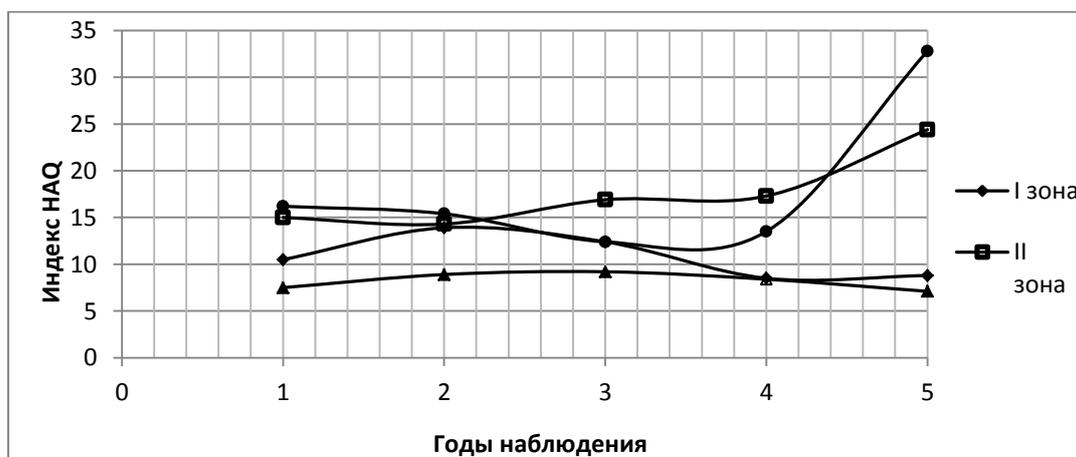


Рис. 1. Динамика функционального индекса HAQ в течение пяти лет.

Таким образом, клиническое течение РА характеризуется во II и IV зонах в отличие от I и III зон быстро прогрессирующим и агрессивным суставным синдромом, а также выраженными функциональными нарушениями в суставах.

#### Список литературы:

1. Малхазова С.М., Королева Е.Г. Окружающая среда и здоровье населения. – М.: Географический факультет МГУ, 2011. – 180 с.
2. Синяченко О.В. Ревматические заболевания и экология // Укр. ревматол. журн., 2007. – №30(4). – С. 64-68.
3. Emery P., Fleischmann R., Filipowicz-Sosnowska A. The efficacy and safety of rituximab in patients with active rheumatoid arthritis despite methotrexate treatment: results of a phase IIb randomized, double-blind, placebo-controlled, dose-ranging trial. *Arthritis Rheum.* 2006. – №54. – P. 1390-1400.
4. Engelman C.D., Baurley J.W., Chiu Y.F. et al. Detecting gene-environment interactions in genome-wide association data. *Genet. Epidemiol.*, 2009. – №33(1). – P. 68-73.
5. Hakoda M. Absolute risk for fracture and WHO guideline. *Epidemiology of rheumatoid arthritis / M. Hakoda // Clin. Calcium.* 2007. – Vol. 17, №7. – P. 1081-1087.
6. Tanaka H. Seasonal variation in mortality from ischemic heart disease and cerebrovascular disease in Okinawa and Osaka: the possible role of air temperature / H. Tanaka [et al.] // *Journal of Epidemiology.* 2000. – Vol. 10(6), P. 392-397.

**Клинико-биологические особенности алкоголизма у больных с  
девиантным поведением**

**Зариф Шарифович Ашуров**

к.мед.н., доцент,  
заведующий кафедрой психиатрии и наркологии,  
Ташкентская медицинская академия,  
г. Ташкент, Р. Узбекистан  
e-mail: zardil78@mail.ru

***Аннотация.** Были изучены особенности клинической картины алкогольной зависимости у больных с девиантным поведением, а также психологические предпосылки, способствующие их формированию. Обследовано 200 больных с алкоголизмом с девиантным поведением и без наличия признаков нарушения поведения. Полученные результаты могут свидетельствовать о том, что наличие в преморбиде сопутствующей патологии, наследственная отягощенность, а также особенности личности имеют важное влияние на формирование алкогольной зависимости и наличие девиантного поведения у таких больных.*

***Ключевые слова:** алкоголизм, девиантное поведение, наследственная предрасположенность, расстройство личности.*

***Abstract.** We studied features of clinical course of alcoholism in patients with deviant conduct and psychological conditions leading to it formation. There were examined 200 patients with alcoholism with deviant conduct and without it signs. Findings can indicate that presence of accompanying pathology in premorbid, hereditary diseases, and personal characteristics have an important influence on formation of alcoholism and presence of deviant conduct in such patients.*

*Keywords: alcoholism, deviant conduct, hereditary, personal disturbance.*

При анализе англоязычной литературы достаточно часто можно встретить мнение, что пациенты с алкогольной зависимостью, сочетающейся с расстройствами личности, имеют низкий уровень социального функционирования, низкую мотивацию на лечение, высокий риск рецидива зависимости, а следовательно, и плохие результаты лечения [1, 3, 4, 6, 7].

Известно, что в последние годы все больший интерес вызывают исследования девиантности поведения, которые широко освещены в зарубежной литературе [2, 5].

**Цели и задачи.** Изучение особенностей клинической картины алкогольной зависимости у больных с девиантным поведением.

**Материалы и методы.** В соответствии с поставленной целью и задачами все пациенты были разделены на 2 группы сравнения: основная группа (ОГ) – с девиантным поведением (150 чел) и контрольная группа (КГ) – без признаков девиантного поведения (50 чел).

Был проведен сравнительный анализ показателей, касающихся особенностей развития и течения алкогольной зависимости, наследственной отягощенности и качественный анализ изучаемого контингента в контексте их личностной типологии в двух группах.

**Полученные результаты и обсуждение.** Наиболее часто у пациентов ОГ выявлялись признаки эмоционально-неустойчивого (24,0%), диссоциального (26,6%), зависимого (18,0%) типов личности, у больных КГ наиболее часто встречались тревожный (22,0%) и ананкастный типы личности (14,0%). Данное распределение свидетельствует о том, что около 1/3 пациентов ОГ имели признаки

коморбидной патологии, то есть у них сочеталось 2 заболевания – алкогольная зависимость и расстройство личности.

Таблица 1

**Частота встречаемости различных типов личности у больных, страдающих алкогольной зависимостью (n=200)**

Тип личности	Основная группа (n=150)		Контрольная группа (n=50)		p
	Абс. число	%	Абс. число	%	
Эмоционально-неустойчивый тип	36	24,0%	3	6,0%	p<0,01
Диссоциальный тип	42	26,6%	0	-	p<0,01
Параноидный тип	9	6,0%	2	4,0%	p>0,05
Тревожный тип	6	4,0%	11	22,0%	p>0,01
Ананкастный тип	6	4,0%	7	14,0%	p>0,01
Шизоидный тип	3	2%	3	6,0%	p>0,05
Истерический тип	15	10,0%	4	8,0%	p>0,05
Зависимый тип	27	18,0%	4	8,0%	p>0,05
Условно гармоничный	15	10%	16	32%	p>0,01
<b>Всего</b>	150	100%	50	100%	

У 32% больных контрольной группы не было выявлено каких-либо акцентуаций или расстройств личности.

При сравнительном анализе частот встречаемости различных типов личности в группах с ОГ и КГ обнаружены статистически значимые отличия. Эмоционально-неустойчивый, диссоциальный и зависимый типы личности чаще выявляются у пациентов, страдающих алкогольной зависимостью с девиантным поведением (ОГ), тогда как тревожный и ананкастный типы больше встречались у пациентов, страдающих алкогольной зависимостью без девиантного поведения.

Для выявления частоты встречаемости различных типов и уровней функционирования личности пациентов был проведен сравнительный анализ двух групп (Таблица 2).

Таблица 2

**Частота встречаемости различных типов и уровней функционирования личности пациентов, страдающих алкогольной зависимостью с девиантным поведением**

Виды личности Тип личности	Акцентуация характера		Расстройства личности	
	ОГ (n=150)	КГ (n=50)	ОГ (n=150)	КГ (n=50)
Эмоционально-неустойчивый тип	15,33%	6,0%	8,66%	-
Диссоциальный тип	14,0%	-	12,6%	-
Параноидный тип	6,0%	4,0%	-	-
Тревожный тип	2,0%	18,0%	-	4,0%
Ананкастный тип	4,0%	10,0%	-	4,0%
Шизоидный тип	-	4,0%	2,0%	2,0%
Истерический тип	8,0%	8,0%	2,0%	-
Зависимый тип	11,3%	8,0%	4,0%	-
<b>Всего</b>	<b>60,6%</b>	<b>58,0%</b>	<b>29,3%</b>	<b>10,0%</b>

Больные с эмоционально-неустойчивым типом личности отличались пониженной способностью к волевой регуляции своих поступков, отсутствием целеустремленности в поведении, быстрой сменой и непостоянством интересов и увлечений. Предпочитали иметь друзей более «авторитетных», чем они сами, подчинялись им, слабовольные, внушаемые и податливые, они легко попадали под влияние среды. Реализация возникающих у них желаний, побуждений и стремлений определялась не внутренними целевыми установками, а случайными внешними обстоятельствами.

Наиболее часто пациенты диссоциального типа личности отличались бессердечным равнодушием к чувствам других; грубой и стойкой позицией безответственности и пренебрежения социальными правилами; неспособностью поддерживать взаимоотношения при

отсутствии затруднений в их становлении; выраженной склонностью обвинять окружающих и неспособностью испытывать чувство вины и извлекать пользу из жизненного опыта, особенно наказания.

Зависимую личность характеризуют: стремление переложить на других важные решения в своей жизни; подчинение своих собственных потребностей потребностям других людей; нежелание предъявлять требования людям, от которых индивидуум находится в зависимости; чувствонеудобства или беспомощности в одиночестве; страх быть покинутым лицом, с которым имеется тесная связь; ограниченная способность принимать решения без подбадривания со стороны других лиц.

Тревожные личности отличаются: постоянным общим чувством напряженности и тяжелыми предчувствиями; представлениями о своей социальной неспособности и личностной непривлекательности; повышенной озабоченностью критикой в свой адрес; нежеланием вступать во взаимоотношения без гарантий понравиться; уклонением от социальной деятельности, связанной со значимыми межличностными контактами и высокой чувствительностью в отношении критики.

Ананкастное расстройство личности характеризуют: чрезмерная склонность к сомнениям и осторожности; озабоченность деталями; чрезмерная добросовестность и скрупулезность; повышенная педантичность и приверженность социальным условностям; ригидность и упрямство; необоснованные настойчивые требования того, чтобы другие все делали в точности, как и он сам, и появление настойчивых и нежелательных мыслей и влечений.

Таким образом, почти 30% пациентов ОГ имели признаки алкогольной зависимости и расстройства личности, тогда как этот показатель встречался у 10% больных КГ.

Показатели наследственной отягощенности отображены в табл. 3.

**Сравнительный анализ клинических особенностей алкогольной зависимости у больных (n=200)**

Показатели		Группы		ОГ (n=150)		КГ(n=50)		P
		Абс.	%	Абс.	%			
Наследственная отягощенность	Алкоголизм отца	65	43,3%	5	10,0%	p>0,05		
	Алкоголизм 2-х родителей	19	12,5%	1	2,0%	p>0,05		
	Алкоголизм и наркомания у родственников	32	21,3%	3	6,0%	p>0,05		
	Психические заболевания родственников	38	25,3%	5	10,0%	p>0,05		
Возраст начала систематического употребления алкоголя	до 16 лет	74	49,3%	4	8,0%	p>0,05		
	16-20 лет	58	38,6%	8	16,0%	p<0,01		
	после 20 лет	18	12,0%	38	76,0%	p<0,05		
Возраст начала злоупотребления алкоголем	до 20 лет	48	32,0%	4	8,0%	p<0,01		
	20-25 лет	73	48,6%	21	42,0%	p<0,01		
	После 25 лет	29	19,3%	25	50,0%	p<0,01		
Возраст формирования алкогольного абстинентного синдрома	до 20 лет	40	26,6%	0	0,0%	p>0,05		
	20-25 лет	82	54,6%	2	4,0%	p<0,05		
	после 25 лет	28	18,6%	48	96,0%	p<0,01		
Агрессия в состоянии опьянения		88	58,66%	8	16,0%	p>0,05		
Агрессия в трезвом виде		62	41,33%	0	0,0%	p>0,05		
Толерантность организма к алкоголю (мл/сут)	менее 500	25	16,66%	9	18,0%	p>0,05		
	500-750	73	48,66%	32	64,0%	p>0,05		
	1000 и более	52	34,66%	9	18,0%	p<0,01		
Употребление суррогатов алкоголя		31	20,66%	2	4,0%	p<0,05		
Систематическое		14	9,33%	22	44,0%	p>0,05		

злоупотребление алкоголем					
Запойная форма злоупотребления алкоголем	110	73,33%	18	36,0%	p>0,05
Пароксизмальные расстройства в состоянии ААС	24	16,0%	1	2,0%	p<0,01
Алкогольные психозы в анамнезе	26	17,33%	3	6,0%	p<0,05
Отравления алкоголем	12	8,0%	0	0,0%	p<0,05
Значительная потеря веса после запоя	58	38,66%	7	14,0%	p>0,05
Срыв терапевтической ремиссии	71	47,33%	12	24,0%	p<0,01

Оказалось, что наследственная отягощенность зависимостями от психоактивных веществ и психическими расстройствами может способствовать алкоголизации и девиации пациента.

Таким образом, изложенные выше результаты сравнительного анализа особенностей клинической картины алкогольной зависимости демонстрирует, что у больных с девиантным поведением более раннее и быстрое развитие алкогольной зависимости, а также более злокачественное её течение, сопровождающееся множеством осложнений и наблюдающиеся чаще и быстрее срывы терапевтической ремиссии.

#### Список литературы:

1. Akers R.L., Krohn M.D., Lanza-Kaduce L.; Radosevich M. Social learning and deviant behavior: A specific test of a general theory. Am. Sociol. Rev. 1979. – №44. – P. 636-655.
2. Albrecht U., Kirschner N.E., Grusser S.M. Diagnostic instruments for behavioral addiction: An overview. // GMS Psycho Soc. Med. 2007. – №4. – P. 1-11.
3. Bechara A. Decision making, impulse control and loss of willpower to resist drugs: A neurocognitive perspective. Nat. Neurosci. 2005. – №8. – P. 1458-1463.

4. Blum K., Gold M.S. Neuro-chemical activation of brain reward meso-limbic circuitry is associated with relapse prevention and drug hunger: A hypothesis. *Med. Hypotheses* 2011. – №76. – P. 576-584.

5. Blum K.; Braverman E.R. Reward deficiency syndrome: A biogenetic model for the diagnosis and treatment of impulsive, addictive, and compulsive behaviors. *J. Psychoactive Drugs* 2003. 32(Suppl). – P. 1-112.

6. Paul R. and Jacob E. Cheadle. 2008. «Parental Divorce, Marital Conflict and Children's Behavior Problems: A Comparison of Adopted and Biological Children». *Social Forces* – №85(3). – P. 1141-1161.

7. Grace M. and Michael P. Farrell. 1992. «Parental Support and Control as Predictor of Adolescent Drinking, Delinquency, and Related Problem Behaviors». *Journal of Marriage and Family*. – №54(4). – P. 763-776.

УДК 616.366-002: 615.32

**Комплексное фармакологическое действие экстракта  
*calendula officinalis* на модели экспериментального холецистита**

***Никита Семенович Бадмаев***

*аспирант,*

*Институт общей и экспериментальной биологии СО РАН,*

*г. Улан-Удэ, Россия*

*e-mail: nikita.bad@list.ru*

***Сергей Матвеевич Николаев***

*д.мед.н., профессор,*

*Институт общей и экспериментальной биологии СО РАН,*

*г. Улан-Удэ, Россия*

***Зинаида Гомбожаповна Самбуева***

*к.б.н.,*

*Институт общей и экспериментальной биологии СО РАН,*

*г. Улан-Удэ, Россия*

***Виталий Гамбалович Банзаракшеев***

*к.мед.н., ст. преподаватель кафедры общей патологии человека,*

*медицинский институт,*

*Бурятский государственный университет,*

*г. Улан-Удэ, Россия*

***Татьяна Петровна Григорьева***

*врач клинической лаборатории диагностики,*

*Отделенческая клиническая больница на ст. Улан-Удэ ОАО РЖД,*

*Институт общей и экспериментальной биологии СО РАН,*

*г. Улан-Удэ, Россия*

***Аннотация.*** *В экспериментах на хомяках установлено фармакотерапевтическое влияние экстракта Календула на течение экспериментального холецистита.*

***Ключевые слова:*** *экспериментальный холецистит, холестаз, хомяки, Календула лекарственная, свободорадикальное окисление, фармакотерапевтическая эффективность.*

***Abstract.*** *In experiments on hamsters found Pharmacotherapeutic influence Calendula extract on the course of experimental cholecystitis.*

***Keywords:*** *experimental cholecystitis, cholestasis, hamsters, Calendula officinalis, svobodoradikalnoe oxidation, pharmacotherapeutic efficiency.*

В течение последних десятилетий наиболее актуальны заболевания пищеварительной системы. На фоне сниженной резистентности организма быстро развиваются воспалительные процессы, возникают проблемы в регуляции процессов желчеобразования и желчевыделения, прежде всего это связано с

нарушением питания и образа жизни. В частности, среди заболеваний пищеварительной системы острый холецистит занимает второе место, уступая по частоте встречаемости острому аппендициту. В связи с учащением заболеваемости холециститом увеличивается число осложненных его форм. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), отмечая ежегодный рост заболеваемости населения во всем мире, определяет проблему борьбы с поражениями гепатобилиарной системы как исключительную, имеющую важное медико-социальное значение.

О природе и патогенезе холециститов имеются разные точки зрения. Одни исследователи считают, что острый холецистит имеет инфекционную природу и видят в кишечной палочке или стафилококках основные пусковые факторы холецистита. Однако бактериологические исследования позволили выявить присутствие микробной флоры только в 50% случаев. Надо полагать, что желчный пузырь сенсibiliзируется бактериальной флорой и на идентичные антигенные воздействия реагирует воспалением. Патогенез воспалительного процесса, обусловленного непосредственно бактериальной флорой, сложен, особенно, если учесть то, что до сих пор нет ясности в вопросе о проникновении инфекции в желчный пузырь.

Существуют работы, в которых авторы придерживаются других взглядов о патогенезе холециститов. С.С. Сорокин, А.С. Сорокин считают, что воспалительные процессы в желчном пузыре и желчных путях возникают в результате нарушения кровообращения стенки пузыря на почве тромбоза сосудистых ветвей пузырярной артерии. При нарушении кровотока в ее бассейне возникает ишемия желчного пузыря с последующим развитием в ней деструктивного процесса. На сегодняшний день существует теория об участии нейроэндокринных влияний, алергизации и других факторов в механизме развития холециститов. Так, у женщин холециститы встречаются чаще, чем у мужчин.

Воспалительный процесс в желчном пузыре приводит к нарушению коллоидных свойств желчи, в результате чего билирубин, кальций, холестерин выпадают в осадок. Эти наблюдения способствуют пониманию механизма образования камней.

Большинство авторов считает, что острый холецистит является следствием функционального расстройства печени у 73-83% больных.

Нарушение пигментной, белковообразовательной, ферментной и антиоксидантной функции печени ведут к дисхолии, гипохолии, вызывая антиоксидантный голод в системе пищеварения и в конечном счете к воспалению слизистой оболочки стенки желчного пузыря.

В настоящее время резко возрос интерес к проблеме перекисного окисления липидов в биологических мембранах. По современным представлениям, перекисное окисление липидов в мембранах является процессом свободнорадикального характера. Свободные радикалы относятся к мощным факторам, повреждающим клеточные мембраны и вызывающим в клетке неконтролируемые реакции [1]. С.М. Николаевым, А.Н. Кудриным показано, что при экспериментальном гепатите в желчи появляются продукты свободнорадикального окисления бимакромолекул. Полученные данные свидетельствуют о том, что продукты окисления поступают в желчный пузырь почти одновременно с активацией свободнорадикального окисления в печени и лишь через 3 ч после введения  $\text{CCl}_4$  метаболиты свободнорадикального окисления липидов появляются в сыворотке крови. Таким образом, экспериментальным путем установлено усиление свободнорадикальных реакций в патогенезе повреждений желчевыводящей системы.

В этой связи актуален поиск и изучение новых эффективных лекарственных препаратов с антиоксидантным действием, предназначенных для лечения и профилактики заболеваний печени и желчевыводящих путей [4]. К примеру, только за последние 10 лет в

нашей стране потребность в лекарственных средствах для терапии и профилактики больных с гепатобилиарным профилем расстройств возросла почти в 2 раза.

В настоящее время в фармакотерапии и профилактике заболеваний печени и билиарной системы используются различные группы лекарственных препаратов: дезинтоксикационные, противовоспалительные, желчегонные, индукторы ферментных систем, питательные – замещающие, улучшающие обмен веществ, гемосорбция и т.д. Они применяются преимущественно в качестве симптоматических средств. Это позволяет утверждать, что истинной фармакотерапии болезней печени в общепринятом смысле этого слова практически не существует [5]. Кроме того, значительная гепатотоксичность отдельных продуктов химической трансформации и микробиологического синтеза, нередко усугубляют течение патологического процесса, поэтому проведение поиска новых лекарственных средств для лечения заболеваний печени и билиарной системы среди природных, с наименьшим количеством побочных воздействий, в частности растительных видов сырья представляется актуальным [3]. В этом аспекте представляет интерес Календула лекарственная – *Calendula officinalis* L. из семейства сложноцветных (*Compositae*), однолетнее травянистое растение, культивируемое во многих регионах России. В некоторых медицинских источниках встречаются указания о применении *Calendula officinalis* L. в качестве ранозаживляющего, противовоспалительного и бактерицидного средства; используют настои при желудочно-кишечных заболеваниях, в виде инъекций при свищах, настойку при ангине, тонзиллите, гингивите и т.д. Однако следует заметить, что четких рекомендаций в отношении применения препаратов её при заболеваниях гепатобилиарной системы нет.

**Цель:** определение влияния экстракта Календулы лекарственной на биохимических показатели крови при экспериментальном холецистите.

**Материал и методы исследований:** На модели острого холецистита, воспроизведённого на хомяках, исследовали влияние экстракта Календулы. На животных под наркозом вскрывали брюшную полость и вводили в желчный пузырь 0,1 мл 3% раствора перекиси водорода. Экстракт Календулы лекарственной вводили внутривентрикулярно в дозе 100 мг/кг массы (экспериментальная терапевтическая доза) в виде водного раствора, начиная со второго дня начала эксперимента в течение 14 дней (1 раз в день). Животных вскрывали на 7-, 14 и 28-е сутки с момента инъекции ( $H_2O_2$ ). На 7-, 14-е сутки макроскопически отмечали отёчность стенки желчного пузыря, при разрезе в полости его находили слизь, в больших количествах – хлопья детрита темно-коричневого и темно-зелёного цвета, на внутренней поверхности стенки пузыря – явления диффузного эрозивного процесса. На 28-е сутки с момента инъекции ( $H_2O_2$ ) макроскопически отмечали несколько сморщенный желчный пузырь с рубцами, перетяжками в некоторых местах.

Результаты проведённых экспериментов с введением непосредственно в полость желчного пузыря лабораторным животным свидетельствовали, что возникшие при этом патоморфологические признаки в желчном пузыре и печени сходны с морфологическими признаками острого холецистита у человека. После 28 суток в полученной сыворотке крови хомяков определяли уровень активности аланинаминотрансферазы (АЛТ), аспартатаминотрансферазы (АСТ), количество холестерина, билирубина, триацилглицеридов, фосфора, альбумина, а также липопротеиды низкой и высокой плотности. Биохимические показатели у контрольных групп свидетельствовали о

выраженном изменении функционального состояния печени и желчного пузыря, отчетливом проявлении основных синдромов поражения печени – цитолиза и холестаза, наблюдалась диспротеинемия, повышение активности трансаминаз преимущественно АСТ. Показатели АЛТ также были высокие, но в сравнении с АСТ менее демонстративны. Наблюдалась также повышение концентрации  $\beta$ -липопротеидов и холестерина, свидетельствующие о развитии холестаза.

**Результаты.** Использование экстракта Календулы оказывало благоприятное влияние на течение экспериментального холецистита. В группе животных, получавших экстракт, уже с 7-го дня эксперимента достоверно снижались показатели тимоловой пробы. На второй неделе эти тенденции в динамике изменений показателей сохранялись, наблюдалось достоверное снижение активности АСТ, в меньшей мере при использовании препарата развивалась гипопропротеинемия. На третьей неделе эксперимента под влиянием экстракта у животных достоверно снижались индикаторные ферменты цитолиза; уровень холестерина и  $\beta$ -липопротеидов отражал уменьшение явлений холестаза. На последней недели опыта в опытной группе сохранялись изменения показателей, характеризующих основные патогенетические звенья патологического процесса в печени в сравнении с контролем. К концу эксперимента при использовании экстракта Календулы уровень определяемых биохимических показателей соответствовал показателям интактной группы. С целью детализации стимулирующего влияния календулы лекарственной на восстановительные процессы в органах гепатобилиарной системы при экспериментальном холецистите были проведены серии дополнительных опытов. При курсовом применении указанный экстракт в дозе 0,2 г/кг массы стимулировал рост грануляционной ткани на 28,5%. При однократном введении белым крысам экстракт Календулы лекарственной в дозе 0,3 г/кг массы

оказывал выраженное желчегонное действие. Прирост скорости секреции желчи через 2 ч опыта (через час после введения экстракта) составил 44%, а продолжительность холеретической реакции – 4 ч. Кроме того, при значительном повышении общего количества выделенной желчи достоверно увеличивалось ( $P < 0,001$ ) содержание в ней желчных кислот (5,71 мг/100 г массы) по сравнению с интактным контролем (3,93 мг/100 г). На 2, 3, 4-й и 5-й часы эксперимента скорость секреции желчи составила соответственно  $5,7 \pm 0,2$ ;  $5,9 \pm 0,3$ ;  $5,5 \pm 0,5$  и  $4,9 \pm 0,3$  мг/мин на 100 г при  $4,1 \pm 0,4$ ;  $3,9 \pm 0,1$ ;  $3,5 \pm 0,3$  и  $3,2 \pm 0,3$  мг/мин на 100 г массы крысы в контроле. В отдельной серии опытов экстракт Календулы лекарственной оказывал оптимизирующее влияние на течение воспалительной реакции, угнетая экссудацию и стимулируя пролиферацию.

Выводы: курсовое введение экстракта календулы в экспериментально – терапевтической дозе сопровождается благоприятным влиянием на течение экспериментального холецистита. Под влиянием экстракта календулы лекарственной снижались показатели диспротеинемии, цитолиза, холестаза, выраженность воспалительной реакции, и нормализовались обменные и стимулировались регенераторные процессы в организме.

Фармакотерапевтический эффект экстракта календулы лекарственной обусловлен наличием в нем различных классов биологически активных веществ, оказывающих комплексное фармакологическое влияние.

#### Список литературы:

1. Владимиров Ю.В., Арчаков А.И. Перекисное окисление липидов в биологических мембранах. – М., 1972. – 252 с.
2. Кащенко Н.И. Фитохимическое исследование и совершенствование методов стандартизации цветков и травы календулы

лекарственной (*Calendula officinalis*): автореф. дисс.. канд.фарм.наук. / Н.И. Кащенко. – Улан-Удэ. – 22 с.

3. Николаев С.М. Растительные лекарственные препараты при повреждениях гепатобилиарной системы. – Новосибирск. 1992. – 153 с.

4. Саратиков А.С., Скакун Н.П. Желчеобразование и желчегонные средства. – Томск, 1991. – 260 с.

5. Циммерман Я.С. Очерки клинической гастроэнтерологии. – Пермь, 1992. – 336 с.

УДК 616-008: 615.225+616-088

**Распространённость различных форм ишемической болезни сердца среди лиц с отдельными компонентами метаболического синдрома**

***Матлуба Нажмитдиновна Бадритдинова***

*к.мед.н., заведующая кафедрой «Внутренние болезни»,  
Бухарский Государственный медицинский институт,  
г. Бухара, Р. Узбекистан*

***Гулчехра Хамраевна Ражабова***

*ассистент кафедры «Внутренние болезни»,  
Бухарский государственный медицинский институт,  
г. Бухара, Р. Узбекистан*

*e-mail: rome\_1987@inbox.ru*

***Аннотация.*** *Цель. Изучить связи между компонентами МС и различными проявлениями ИБС. Материалы и методы. Популяционные, клинический, инструментальные, статистический. Результаты наблюдения. В статье приведены результаты изучения частоты различных проявлений ИБС в структуре всех случаев ИБС среди лиц с*

*различными ФР. Доля перенесенного инфаркта миокарда была выше всего среди лиц с ожирением, а меньше всего эта форма ИБС встречалась среди лиц без ФР. Различия частоты случаев перенесенного инфаркта миокарда среди лиц с АГ, НТГ и ГХ статистически значимо отличалась от частоты случаев этой формы ИБС среди лиц без изучаемых ФР.*

**Ключевые слова:** *Ишемия сердца, гиперлипидемия, повышенная толерантность к глюкозе, ожирение, метаболический синдром.*

**Abstract. Purpose.** *Explore the links between components of metabolic syndrome and various manifestations of cardiac ischemia. Materials and methods. Population, clinical, instrumentals, statistical. The results of monitoring.*

*The article presents the results of study of the frequency of various manifestations of cardiac ischemia in the structure of all cases of coronary heart disease with a variety of risk factors. The proportion of myocardial infarction was highest among obese individuals, and least of all a form of ischemic heart disease occurs in people without risk factors. The frequency differences cases myocardial infarction among hypertensive individuals were significantly different from the incidence of this form of ischemic heart disease among people without studied risk factors.*

**Keywords:** *cardiac ischemia, hyperlipidemia, impaired glucose tolerance, obesity, metabolic syndrome.*

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) представляет собой одну из наиболее значимых медицинских и социальных проблем современной медицины. Это объясняется широкой распространённостью этого заболевания и высокой инвалидностью и смертностью населения вследствие ИБС [1]. Одним из самых перспективных путей борьбы с ИБС является профилактика основанная на своевременном выявлении и

устранении различных факторов риска (ФР) этого заболевания [4]. Однако, распространённость ФР и их значимость среди различных групп населения может существенно варьировать [2]. Вместе с тем, исходы ИБС при различных проявлениях этого заболевания неоднозначны [5]. В этой связи большое значение приобретает изучение распространённости различных форм ИБС при отдельных ФР и их сочетаниях. Исследованиями последних лет показано [5], что к основным ФР ИБС относятся артериальная гипертензия (АГ), ожирение, гиперхолестеринемия (ГХ) и инсулинорезистентность. При сочетании этих ФР говорят о метаболическом синдроме (МС), играющим важную роль в формировании ИБС и смертности от этого заболевания [3].

**Цель.** Изучить связи между компонентами МС и различными проявлениями ИБС.

**Материал и методы.** В работе использованы современные методы, рекомендованные ВОЗ для популяционных исследований. Обследована репрезентативная выборка из неорганизованного мужского населения 20-69 лет поликлиники №4 г. Бухары в количестве 1335 человек. Программа исследования включала опрос по стандартной анкете ВОЗ для выявления стенокардии напряжения и перенесенного инфаркта миокарда, а так же регистрацию ЭКГ. Электрокардиография проводилась в покое на электрокардиографе «6-НЭК» в 12 общепринятых отведениях. Электрокардиограммы оценивались с позиций Миннесотского кода (МК). ИБС классифицировалась в соответствии с рекомендациями ВОЗ для популяционных исследований (по приоритету) согласно следующих критериев: определенный инфаркт миокарда – наличие на ЭКГ рубцовых изменений (категории 1-1,2 МК); стенокардия напряжения (боли за грудиной и /или/ в левой руке, возникающие после физического напряжения и продолжающиеся до 10 минут после прекращения физической нагрузки); безболевая ИБС – при

наличии на ЭКГ ишемических изменений (категории 4-1,2 и 5-1,2 МК) в случае отсутствия гипертрофии левого желудочка, стенокардии напряжения и категорий 1-1,2 МК; возможная ИБС, включающая возможный инфаркт миокарда по ЭКГ (категории 1-2-8 и 1-3 МК), возможную ишемию миокарда (категории 4-3, 5-3 МК), аритмическую форму (категории 6-1,2; 7-1 и 8-3 МК), ишемию миокарда при наличии гипертрофии левого желудочка (категории 4-1,2 и 5-1,2 при наличии 3-1,3 МК). Толерантность к глюкозе изучались путем проведения теста толерантности к глюкозе (ТТГ) с определением гликемии натощак, а также через 1 и 2 часа после приема обследуемым 75 гр. глюкозы. Гиперхолестеринемия фиксировалась при уровне холестерина  $\geq 260$  мг%. Ожирение выявлялось по показателю уровня индекса Кетле (рассчитанного по формуле – вес/рост<sup>2</sup> x100). При уровне индекса  $\geq 0,30$  фиксировалось наличие ожирения. Лица с наличием всех четырёх рассматриваемых ФР были объединены в одну группу – группа метаболического синдрома (МС). В настоящем сообщении рассматриваются 388 случаев сочетания ИБС с различными факторами риска.

Результаты исследования. Согласно полученным данным, частота различных проявлений ИБС в структуре всех случаев ИБС среди лиц с различными ФР неоднозначна (табл. №1.). Доля перенесенного инфаркта миокарда была выше всего среди лиц с ожирением, а меньше всего эта форма ИБС встречалась среди лиц без ФР. Следует отметить, что различия частоты случаев перенесенного инфаркта миокарда среди лиц с АГ, НТГ и ГХ статистически значимо отличалась от частоты случаев этой формы ИБС среди лиц без изучаемых ФР.

**Доля различных проявлений ИБС в структуре этого заболевания среди лиц с отдельными компонентами метаболического синдрома**

Факторы риска	Перенесенный инфаркт миокарда	Стенокардия напряжения	Безболевая форма ИБС	Возможная ИБС
Без ФР (n=33)	3,04	42,42	9,09	45,45
АГ (n=97)	18,56 *	25,77	14,43	41,23
Ожирение (n=76)	25,00	21,05 *	15,79	38,15
НТГ (n=104)	17,31 *	26,92	14,42	41,35
ГХ (n=71)	23,94 **	38,03	5,63	32,39
4 ФР (МС) (n=7)	14,28	28,57	28,57	28,57

*Примечание: в таблице отмечена достоверность различий показателей относительно группы без изучаемых ФР.*

Среди лиц без изучаемых ФР частота стенокардии напряжения была выше, чем в группах с факторами риска. При этом, статистически значимые различия выявлены между частотой ИБС в группе без ФР и частотой ИБС среди лиц с ожирением. Напротив, распространённость безболевого формы ИБС была наибольшей среди лиц у которых имело место сочетание всех четырёх рассматриваемых ФР, а реже всего эта форма ИБС встречалась среди лиц без ФР. Следует обратить внимание на то, что показатели частоты безболевого формы ИБС среди лиц с АГ, НТГ и ожирением существенно не отличались между собой.

Возможная ИБС чаще всего имела место среди лиц без изучаемых ФР, а реже всего при метаболическом синдроме.

Необходимо отметить, что выявленные достаточно большие различия между некоторыми показателями оказались статистически не значимы. Это явление, в определённой степени, можно объяснить небольшим количеством наблюдений в этих группах. Так частота случаев перенесенного инфаркта миокарда (1 случай) среди лиц с МС

была более, чем в 4 раза выше, чем среди лиц без ФР (1 случай), однако эти различия были статистически не значимы.

Выводы:

1. Наличие ФР сопряжено с увеличением в структуре ИБС доли таких форм этого заболевания как перенесенный инфаркт миокарда и безболевая ИБС.

2. Среди лиц с МС имеет место повышенный риск формирования безболевых проявлений ИБС.

3. При осуществлении лечебно-профилактические мероприятия в отношении ИБС представляется целесообразным учитывать наличие рассмотренных ФР. При этом, особое внимание следует уделять лицам с безболевыми формами ИБС.

Список литературы:

1. Зяблов Ю.И., Округин С.А., Орлова С.Д. Многолетние тренды заболеваемости, смертности и летальности от острых коронарных катастроф в открытой популяции Томска // Кардиология. 2001. – №7. – С. 54-55.

2. Какуля М.Ш. Распространённость ИБС у лиц с факторами риска её развития. // Клин. медицина. 2001. – №7. – С.25-29.

3. Abnormal glucose tolerance and increased risk for cardiovascular disease in Japanese-American with normal fasting glucose. / Liao D., Shofer J.B., Boyko E.J. et al. // Diabetes Care. 2001. – №1. – P. 39-44.

4. Andres T. Cardiovascular disease // St. Francis. J. Of Med. 2000. – Vol.3, №2. – P. 68-71.

5. Diet-induced endothelial dysfunction in the rat is independent of the degree of increase in total body weight. / Naderali E.K., Pickavance L.C., Wilding J.P. Williams G. // Clin. Sci. 2001. – №6. – P. 635-641.

**Состояние фармакотерапии артериальной гипертензии среди  
неорганизованного населения**

***Матлуба Нажмитдиновна Бадритдинова***

*к.мед.н. заведующая кафедрой «Внутренние болезни»,*

*Бухарский Государственный медицинский институт,*

*г. Бухара, Узбекистан*

*e-mail: rome\_1987@inbox.ru*

***Хафиза Искандаровна Жураева***

*к.мед.н., старший преподаватель кафедры внутренних болезней,*

*Бухарский Государственный медицинский институт,*

*г. Бухара, Узбекистан*

***Аннотация.*** *Цель исследования. Изучение состояния фармакотерапии АГ среди неорганизованного населения в условиях первичного звена здравоохранения. Методы исследования. Популяционные, клинические, инструментальные, статистические. Результаты наблюдения. Изучено состояние фармакотерапии артериальной гипертензии среди неорганизованного населения. Приведены данные о распространённости артериальной гипертензии и регулярности приёма гипотензивных препаратов среди мужчин и женщин. Проанализировано применение различных групп фармакологических препаратов при артериальной гипертензии.*

***Ключевые слова:*** *артериальная гипертензия, диуретики, в-блокаторы, антагонисты Са, ингибиторы АПФ*

***Abstract.*** *Purpose. Study of condition of pharmacotherapy of arterial hypertension among the unorganized population in primary care Methods of research. Population, clinical, instrumental, statistical. The results of monitoring. The condition pharmacotherapy of arterial hypertension among*

*the unorganized population is investigated. Presents data on prevalence of arterial hypertension and regularity of taking the antihypertensive drugs among men and women. It analyzed the use of different groups of pharmacological agents in arterial hypertension.*

**Keywords:** *arterial hypertension, diuretics, beta-blockers, calcium antagonists, ACE inhibitors.*

Согласно статистическим данным артериальная гипертония (АГ) приводит к серьезным социально-экономическим последствиям для общества [1]. В настоящее время АГ встречается у 20% населения, однако среди тех, кто регулярно лечится, только у каждого пятого достигается нормализация артериального давления [2]. По данным С.Н.Шальной 39,2% мужчин и 41,1% женщин в России страдают АГ, при этом эффективно лечится 5,7% мужчин и 17,5% женщин [5]. Следует заметить, что АГ является заболеванием, которое можно успешно контролировать [4]. Вместе с тем, эффективность профилактики и лечения АГ во многом зависят от четкого соблюдения ряда современных рекомендаций.

Для лечения АГ имеется достаточно большой арсенал лекарственных средств (диуретики,  $\beta$ -блокаторы, ингибиторы АПФ, антагонисты кальция,  $\alpha$ -блокаторы, блокаторы рецепторов ангиотензина, препараты центрального действия). Одной из основных обязанностей врача является адекватный выбор лекарственного средства, соответствующего патогенезу заболевания, стадии патологического процесса, наличия сопутствующих заболеваний и поражения органов-мишеней. Особое значение на современном этапе имеет комбинированная терапия АГ [3].

Одним из важных аспектов в эффективном лечении артериальной гипертонии является адекватная оценка состояния её фармакотерапии.

Вместе с тем, для оценки состояния фармакотерапии необходимо применять методы фармакоэпидемиологии – науки, изучающей использование и эффекты лекарств на большом числе людей. Для осуществления таких исследований фармакоэпидемиология использует ресурсы фармакологии и эпидемиологии и таким образом может трактоваться как наука, объединяющая эти дисциплины.

**Цель исследования.** Изучение состояния фармакотерапии АГ среди неорганизованного населения в условиях первичного звена здравоохранения.

**Материал и методы исследования.** В ходе эпидемиологического исследования неорганизованного населения Бухары было проведено анкетирование 797 человек (242 мужчин и 555 женщин). Анкета включала вопросы по информированности обследуемого о наличии у него АГ, регулярности лечения и вида гипотензивного препарата. Проведена сравнительная оценка выявляемости АГ врачами лечебно-профилактических учреждений.

Препараты относили к следующим группам антигипертензивных средств: диуретики,  $\beta$ -блокаторы, антагонисты Са, ингибиторы АПФ или блокаторы рецепторов к ангиотензину II,  $\alpha$ -адреноблокаторы, препараты центрального действия (моксонидин и клофелин), прочие препараты (в эту группу вошли препараты раувольфия, дибазол, папаверин, магнезия). Оценивали регулярность терапии. Всем больным проводили объективный осмотр, включавший измерение АД. За АГ принимали значения САД больше 140 мм рт. ст. и/или ДАД больше 90 мм рт. ст. Вместе с тем, за АГ принимали случаи, когда при измерении АД оно оказывалось нормальным, но больной находился на гипотензивной терапии.

**Результаты исследования.**

Согласно полученным данным, среди неорганизованного населения Бухары имеет место достаточно большая распространённость АГ (табл. 1). В целом среди всего населения АГ встречается у 20,2% (161 человек), в том числе среди мужчин – 20,66% (50 человек), а среди женщин – 20,0% (111 человек). В целом, полученные данные согласуются с литературными сведениями о том, что пятая часть населения страдает АГ [2].

Как среди мужчин, так и среди женщин наблюдается увеличение распространённости АГ с возрастом. В наиболее молодой группе (20-29 лет) частота АГ среди мужчин несколько выше, чем среди женщин. В последующих возрастных группах (30-39 лет, 40-49 лет и 60-69 лет) распространённость АГ среди женщин оказалась выше, чем среди мужчин. В возрасте 50-59 лет АГ чаще встречается у мужчин, а в возрасте 60-69 лет – у женщин.

Таблица 1

**Распространённость АГ среди мужского и женского населения (в %)**

Пол	Возрастная группа и количество лиц	Есть АГ	Нет АГ	ВСЕГО
Мужчины по возрастным группам	20-29 лет (n=63)	1,59	98,41	100,00
	30-39 лет (n=52)	7,69	92,31	100,00
	40-49 лет (n=46)	15,22	84,78	100,00
	50-59 лет (n=32)	40,63 *	59,38	100,00
	60-69 лет (n=49)	51,02 *	48,98	100,00
<b>Среди всех мужчин</b>	<b>20-69 лет (n=242)</b>	<b>20,66</b>	<b>79,34</b>	<b>100,00</b>
Женщины по возрастным группам	20-29 лет (n=188)	1,06	98,94	100,00
	30-39 лет (n=115)	16,52 *	83,48	100,00
	40-49 лет (n=116)	21,55 *	78,45	100,00
	50-59 лет (n=72)	34,72 *	65,28	100,00
	60-69 лет (n=64)	62,50 *	37,50	100,00
<b>Среди всех женщин</b>	<b>20-69 лет (n=555)</b>	<b>20,00</b>	<b>80,00</b>	<b>100,00</b>
<b>В ЦЕЛОМ среди всех обследованных</b>	<b>20-69 лет (n=797)</b>	<b>20,20</b>	<b>79,80</b>	<b>100,00</b>

Примечание: в таблице отмечена достоверность различия показателей (\*) относительно возрастной группы 20-29 лет.

Далее была изучена регулярность терапии АГ среди населения. Оказалось, что ежедневно принимают гипотензивные препараты только 21,01% больных АГ. Каждый третий больной с АГ 33,33% получает лечение от 1 до 4 раз в год. 45,65% больных АГ прибегают к гипотензивной терапии только тогда, когда они отмечают различные признаки повышенного давления в виде головных болей, болей в области сердца, аритмии и т.д.

Анализ этих данных в сравнительном аспекте среди мужчин и женщин показал (рис. 1), что женщины в 1,5 раза чаще мужчин получают постоянное (ежедневное) лечение. Вместе с тем, большинство, как мужчин, так и женщин регулярно не лечатся (84,62% и 76,77% соответственно).



Рис. 4. Регулярность лечения АГ среди населения Бухары.

Полученные сведения указывают на то, что среди населения сложилась неблагоприятная ситуация в отношении регулярности лечения АГ. Практически 4/5 больных с АГ (77,41%) не получают регулярного лечения. В такой ситуации значительно возрастает риск осложнений АГ в виде поражения внутренних органов и развития различных сосудистых катастроф.

Особый интерес вызывает вопрос о том, какие группы гипотензивных препаратов применяются для лечения АГ. Согласно полученным данным (рис. 2), наиболее часто для лечения АГ применяются ингибиторы АПФ (56,0% случаев). На втором месте стоит

применение  $\beta$ -блокаторов (10,4%). Хотя  $\beta$ -блокаторы и занимают второе место, следует отметить, что эта группа применяется в 5 раз реже, чем ингибиторы АПФ. Несколько реже, чем  $\beta$ -блокаторы для лечения АГ используются препараты других групп (дибазол, папаверин и магния сульфат – 9,6%).

Препараты центрального действия, такие как клофелин и моксонидин применяют только 7,2% пациентов.

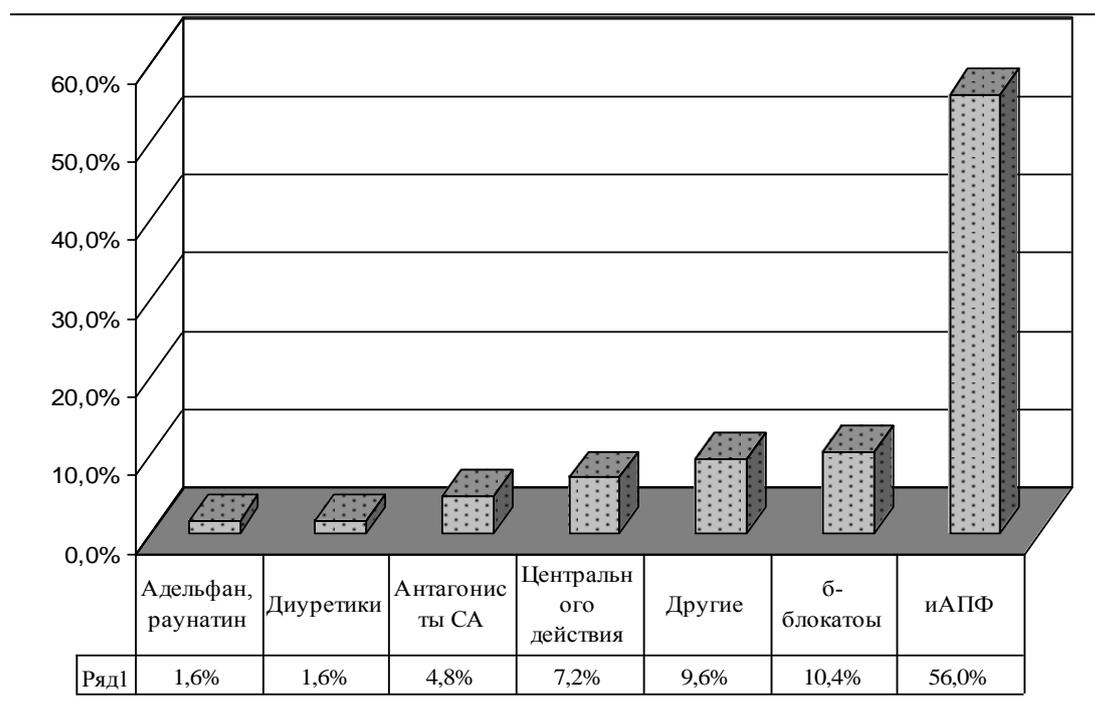


Рис. 2. Частота применения различных групп гипотензивных препаратов.

Антагонисты кальция применяют менее 5% пациентов. Реже всего используются диуретики и препараты содержащие раувольфий (по 1,6%). Следует отметить, что в обследованной популяции не было выявлено ни одного случая применения пациентами  $\alpha$ -блокаторов и блокаторов рецепторов ангиотензина (БРА).

При более углублённом анализе оказалось, что из числа применяемых ингибиторов АПФ (56,0%) на долю эналаприла приходится 43,2%, а на долю лизиноприла – 12,8%. Из  $\beta$ -блокаторов (9,6%) наиболее часто применяют атенолол (6,4%) и анаприлин (2,4%),

реже всего используется небивалол (1,6%). Из числа препаратов центрального действия на долю клофелина приходится 4,0%, а на долю моксонидина – 3,2%.

Необходимо заметить, что в обследованной популяции метод комбинированной терапии АГ был отмечен только в 1,86% случаев, в остальных случаях лечения АГ применялась монотерапия.

Выводы:

1. Среди неорганизованного населения имеет место достаточно высокая распространённость АГ. При этом, большая часть больных АГ не получают регулярной фармакотерапии. Только 23,23% женщин и 15,38% мужчин ежедневно принимают гипотензивные препараты.

2. Среди пациентов получающих лечение в связи с АГ наиболее часто применяемыми препаратами являются ингибиторы АПФ, используемые более чем в половине случаев. Вместе с тем, недостаточное внимание уделяется комбинированной фармакотерапии АГ.

Список литературы:

1. Здоровье населения России и деятельность учреждений здравоохранения 1998 (1999) г. (статистические материалы). – М., 1999 (2000).

2. Новые направления в изучении факторов риска развития сердечно-сосудистых болезней. Доклад экспертов ВОЗ. Женева. 1994. – 72 с.

3. Новые клинические исследования эффектов Физиотенза при метаболическом синдроме // Артериальная гипертензия: проблемы и решения. Международный медицинский бюллетень, 2003. – №15.

4. Национальные клинические рекомендации. Всероссийского научного общества кардиологов. 2010. – С. 20-23.

5. Чазова И.Е. Современные подходы к лечению артериальной гипертензии. Consilium medicum, приложение «Артериальная гипертензия», 2001. – 11 с.

УДК 616.12 – 008 – 612.391.4

**Фактор питания и болезни системы кровообращения**

***Наталья Александровна Балашкевич***

*докторант, PhD «Медицина», магистр медицинских наук,*

*Государственный медицинский университет*

*г. Семей, Казахстан*

*e-mail: balashkevich.nat@mail.ru*

***Бекболат Адамович Жетписбаев***

*д. мед.н., профессор,*

*г. Семей, Казахстан*

*e-mail: hafiza-j@yandex.kz*

***Людмила Михайловна Пивина***

*к.мед.н., доцент,*

*г. Семей, Казахстан*

*e-mail: semskluda@rambler.ru*

***Ляззат Бекберовна Дюсенова***

*докторант PhD «Медицина», магистр медицинских наук,*

*г. Семей, Казахстан*

*e-mail: dyussenova\_l@mail.ru*

*Аннотация. В статье проводятся рассуждения относительно рационального питания при кардиоваскулярной патологии, включая вегетарианство, как лечебной и профилактической меры.*

**Ключевые слова:** кардиоваскулярная патология; рациональное питание; профилактика; вегетарианство.

**Abstract.** Reasoning about rational nutrition in cardiovascular pathology, including the vegetarian diet, as a measure of treatment & prevention is carried out in this article.

**Keywords:** cardiovascular pathology; rational nutrition; prevention; vegetarian diet.

Приобретенные болезни системы кровообращения (БСК) занимают лидирующие позиции по распространенности в возрастной группе «40+», причине инвалидности и смертности. Они имеют хроническое прогрессирующее течение, поражают все более молодой возраст [1]. Наиболее распространенные среди них – артериальная гипертензия (АГ) и ишемическая болезнь сердца (ИБС). Имеющиеся стандарты лечения оказывают патогенетическую и симптоматическую помощь, следовательно, дают временный эффект. Поэтому пациенты-хроники вынуждены пожизненно принимать лекарственные препараты. Это дорого, утомительно, и каждое лекарство имеет «обратную сторону медали» в виде побочного действия и взаимодействия с другими лекарственными препаратами со всеми вытекающими последствиями. Прибавим сюда достаточно низкую приверженность лечению кардиоваскулярных больных, особенно случаи без осложнений. В каждом человеке найдется комплект предрасполагающих факторов и факторов риска (ФР). То есть по сути человек находится на мине замедленного действия, которая рано или поздно взрывается инфарктом, инсультом или внезапной смертью... К сожалению сами пациенты часто не осознают или не хотят вникать в такую безжалостную перспективу своего здоровья. Однако подобное положение дел занимает умы клинического и научного медицинского сообщества. Поэтому на

современном этапе большое значение отводится профилактике развития и прогрессирования БСК, а также их осложнений [2]. Решающим в развитии сердечно-сосудистой проблемы является отнюдь не отягощенная наследственность или степень развития медицины в регионе, но образ жизни человека – порядка 50-55%. В данной статье мы подробнее рассмотрим фактор питания в развитии сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Он непосредственно связан с такими известными ФР, как дислипидемия, ожирение, сахарный диабет 2 типа, повышенное артериальное давление (АД). Следовательно, коррекция питания является стратегически важным направлением терапии и профилактики БСК.

Итак, принцип рационального питания при ССЗ заключается в низком содержании жиров животного происхождения, поваренной соли, жидкости, достаточном содержании растительной клетчатки, пищи богатой калием. При сопутствующем ожирении и диабете – малокалорийная диета и ограничение легкоусвояемых углеводов. Что говорят об этом научные данные?

Состав жирных кислот в пище более важен, чем общее содержание жира. Замена насыщенного жира в пище ненасыщенными жирными кислотами приводит к снижению уровня общего холестерина (ОХ) крови. Однако влияние потребления насыщенных жирных кислот на частоту ССЗ по-прежнему дискуссионно. Ряд исследований отрицает повышение относительного риска развития ССЗ на фоне повышенного потребления насыщенного жира. Возможно, это связано с тем, что порядка 80% холестерина крови составляет эндогенный, синтезированный в организме, холестерин. Здесь имеет значение состояние метаболизма в организме, работа печени, как «главной химической лаборатории организма» в сочетании с нутриентами, двигательной активностью и прочим. Влияние пищевого холестерина на

липидный профиль слабее, по сравнению с влиянием состава жирных кислот в пище. Мононенасыщенные жирные кислоты благоприятно воздействуют на уровень ЛПВП. Полиненасыщенные жирные кислоты снижают уровни ЛПНП и в меньшей степени уровень ЛПВП; представлены двумя подгруппами: омега-6 (из растительной пищи) и омега-3 жирными кислотами (из рыбьего жира). Омега-3 жирные кислоты не влияют существенно на липидный профиль, но снижают риск развития ИБС на 15%, смертность от ИБС на 36%, общую смертность на 17% при потреблении рыбы как минимум раз в неделю. А потребление рыбы 2-4 раза в неделю снижает риск инсульта на 18%, по сравнению с потреблением рыбы реже, чем раз в месяц [3]. Подкласс ненасыщенных жирных кислот, транс жирные кислоты (маргарин, молочная и мясная продукция), повышают уровень ОХ и снижают уровень ЛПВП. Повышенное их потребление (более 2% в общем рационе) повышает риск развития ИБС на 23%. Следовательно, в диете рекомендуется снизить потребление насыщенных жирных кислот до 10% и транс-жиров до 1% [3].

В большинстве стран Запада, как и постсоветского пространства, отмечается высокое потребление соли (9-10 г/сут), при рекомендуемом максимуме 5 г/сут. Обработанная, консервированная пища присутствует в изобилии в меню современного человека и является важным источником натрия. В исследовании DASH показана дозозависимость ответа между ограничением натрия и снижением АД. Снижение потребления соли до оптимальных 3 г/сут может привести к снижению развития ИБС на 5.9-9.6%, инсульта – на 5.0-7.8% и общей смертности – на 2.6-4.1%. Систолическое АД (САД) снижается на 3.1 мм.рт.ст. у пациентов с гипертензией и на 1.6.рт.ст. у пациентов с нормальным давлением при снижении потребления натрия на 1 г/сут [3].

Для профилактики ССЗ известен протективный эффект потребления фруктов и овощей. Лица, потребляющие большое количество фруктов и овощей, отличаются во многих аспектах образа жизни от тех, кто ест их мало. Результаты различных исследований сообщают о снижении риска ИБС на 4% и риска инсульта на 5% для каждой дополнительной порции фруктов и овощей в день [3,9]. Возможно, это связано с содержанием калия, пищевых волокон и антиоксидантов. Рекомендуется потреблять минимум по 200 г фруктов и овощей в день (2-3 порции, 1 порция ~80 г).

В исследованиях чаще всего изучается влияние конкретного пищевого агента на предмет его предпочтения или исключения из рациона. Однако важным является комплексная оценка питания. Так при сравнении уровня кардиоваскулярной смертности между Северной и Южной Европой при одинаковых показателях холестерина, АД и курения, различие в кардиоваскулярном риске сохранялось в пользу южного региона, где распространена средиземноморская диета [3]. Её концепция заключается в высоком потреблении фруктов, овощей, бобовых, цельнозерновых продуктов, рыбы, ненасыщенных жирных кислот, умеренном потреблении алкоголя (главным образом вина), низком потреблении мяса, молочных продуктов и насыщенных жирных кислот.

В последнее время все большую популярность в мире набирает вегетарианство (порядка 5-10%) – не только стиль питания, но и образ жизни. Его разновидности: лактоовоовегетарианство, лактовегетарианство, веганство. Общим для этих трех видов является отсутствие в пище мясной и рыбной продукции. «Лакто-» добавляет в пищу молочные продукты, «ово-» разрешает потребление яиц. Веган питается только растительной пищей. Среди жителей России вегетарианцы составляют около 4%, в США – 5% из них 2% – это

веганы [8]. 7% населения Великобритании – приверженцы вегетарианской диеты, среди жителей Индии их порядка 40%. Какими преимуществами и недостатками обладает данный стиль питания и насколько он полезен в борьбе с БСК?

Растительная диета ассоциируется с антиатеросклеротической защитой, здоровый липидный профиль является хорошей профилактикой заболеваемости и смертности от ССЗ. Атеросклероз связан с присутствием в диете большого количества мяса, жира и легкоусвояемых углеводов. Это приводит к прогрессирующему повреждению сосудистого эндотелия, клеток сердца, развитию эндотелиальной дисфункции. Генетические факторы в сочетании с эндотелиальной дисфункцией, погрешностями в диете и другими факторами образа жизни, окислительного стресса – участники атерогенеза [2]. Считается, что растительная диета оказывает протективное действие на эндотелий посредством увеличения содержания факторов, защищающих и уменьшения повреждающих эндотелий агентов. Полифенолы, содержащиеся в растительной пище, оказывают протективное действие на сосудистый эндотелий, возможно как антиоксидант, который предотвращает окисление ЛПНП. Метаболит L-карнитина, такой, как триметиламин-N-оксид (результат потребления красного мяса), определяется как потенциальный прогностический маркёр ИБС. Метаболизм L-карнитина с участием кишечной микрофлоры приводит к развитию атеросклероза у всеядных, но не у вегетарианцев. Триметиламин-N-оксид может приводить к атеросклерозу через активацию макрофагов [9].

Большая распространенность хронических заболеваний, включая сахарный диабет, АГ, ожирение, отмечается в группе мясоедов, по сравнению с вегетарианцами [4], у которых индекс массы тела (ИМТ), ЛПНП, САД ниже, как и риск развития ИБС (на 32%). Вероятно, это

связано с низким уровнем ЛПНП и САД. Процент несколько уменьшается после поправки на ИМТ. Не влияет на показатель поправка на отягощенную наследственность, пол, возраст, курение [5].

Низкие цифры АД, вероятно, связаны с нормальной массой тела и большим потреблением фруктов и овощей. Так, среди жителей США и Канады европеоидной расы проводилось когортное исследование. Отношение шансов развития гипертонии по сравнению с всеядными респондентами у веганов было 0.37 (95% CI 0.19, 0.74), лактоовоовегетарианцев 0.57 (95% CI 0.36, 0.92) и частичных вегетарианцев 0.92 (95% CI 0.50, 1.70). Эффект снижался после поправки на ИМТ. Систематические вегетарианцы, особенно веганы, по сравнению с всеядными имеют ниже цифры АД, реже случаи гипертонии и меньше потребность в гипотензивных препаратах [8]. Вегетарианская диета оказывает защиту от ССЗ и их осложнений, некоторых опухолей и смертности в целом. Способствует улучшению когнитивных и неврологических функций [7].

Группа исследователей изучала липидный профиль у веганов, лактоовоовегетарианцев и всеядных жительниц Тайваня пре- и постменопаузального периода. И обнаружили, казалось бы, несколько противоречивые результаты. Уровень ЛПНП менялся незначительно в группах веганов пре- и постменопаузального возраста. Веганская диета сопровождалась снижением содержания ЛПВП. Вероятно, дополнительно следовало изучить состав жирных кислот в пище респондентов [6].

Наиболее распространенным и отчетливым минусом растительной диеты является В<sub>12</sub>-дефицитная анемия. Часто она развивается у веганов (80%), меньше риск развития у тех, кто потребляет молоко и яйца. Подобная проблема существует в Северо-Китайских провинциях, где отмечается недостаточное употребление мяса, молока и яиц из-за

бедности или пищевых привычек. При обследовании таких пациентов была обнаружена эндотелиальная дисфункция и увеличение толщины интима-медиа в сонных артериях, где протекал атеросклеротический процесс на фоне метаболизма в условиях анемии. Подобные изменения отсутствовали у лактовегетарианцев. Следовательно, потребление в пищу витамина В<sub>12</sub> является важным для здоровья сосудистой стенки [10].

Пищевые традиции, как известно, закладываются в семье, культивируются обществом, где живет человек. Отсюда, возможно, и происходит семейная или популяционная предрасположенность к определенным заболеваниям или, наоборот, долгожительству и здоровью. В любом случае, фактор питания является важным в поддержании здоровья кардиоваскулярной системы и всего организма в целом. Питание должно быть сбалансированным, склоняться в сторону ограничения потребления животной и увеличения растительной пищи с учетом индивидуальных особенностей организма.

#### Список литературы:

1. Александров А.А. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний с детства: проблемы, успехи // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2012. – №11(2). – С. 96-103.
2. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. Достижения и неудачи в профилактике сердечно – сосудистых заболеваний // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2014. – №13(1). – С.4-7.
3. Пятая Объединенная оперативная группа Европейского общества кардиологов и других обществ по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике «Европейские рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике». Европейский кардиологический журнал. 2012. – 85 с.

4. Alrabadi N.I. The effect of lifestyle food on chronic diseases: a comparison between vegetarians and non-vegetarians in Jordan // *Glob. J. Health Sci.* 2013. Т.5. – №1. – P. 65-69.

5. Crowe F.L. и др. Risk of hospitalization or death from ischemic heart disease among British vegetarians and nonvegetarians: results from the EPIC-Oxford cohort study. // *Am. J. Clin. Nutr.* 2013. – Т.97. – №3. – P. 597-603.

6. Huang Y.-W. и др. Vegan diet and blood lipid profiles: a cross-sectional study of pre and postmenopausal women // *BMC Womens. Health.* 2014. – Т.14. – P. 55.

7. Le L., Sabaté J. Beyond Meatless, the Health Effects of Vegan Diets: Findings from the Adventist Cohorts // *Nutrients.* 2014. – Т.6, №6. – P. 2131-2147.

8. Pettersen B.J. и др. Vegetarian diets and blood pressure among white subjects: results from the Adventist Health Study-2 (AHS-2) // *Public Health Nutr.* 2012. – Т.15. – №10. – С. 1909-16.

9. Tusso P., Stoll S.R., Li W.W. A plant-based diet, atherogenesis, and coronary artery disease prevention. // *Perm. J.* 2015. – Т.19. – №1. – P. 62-7.

10. Woo K., Kwok T., Celermajer D. Vegan Diet, Subnormal Vitamin B-12 Status and Cardiovascular Health // *Nutrients.* 2014. – Т.6. – №8. – P. 3259-3273.

**Особенности цитокинового статуса у детей с бронхиальной астмой и сопутствующей патологией желудочно-кишечного тракта**

**Юрий Кононович Больбот**

*д.мед.н., профессор,  
заведующий кафедрой педиатрии 3 и неонатологии,  
Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины,  
г. Днепропетровск, Украина  
e-mail: bolbot.u@gmail.com*

**Марина Владимировна Каличевская**

*ассистент,  
Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины,  
г. Днепропетровск, Украина  
e-mail: marinak256@mail.ru*

***Аннотация.** В статье представлены результаты изучения особенностей продукции интерферона- $\gamma$  и интерлейкинов -4, -5 и -13 у детей с бронхиальной астмой и сопутствующей патологией желудочно-кишечного тракта. Наличие заболеваний пищеварительного тракта у детей с бронхиальной астмой сопровождается достоверным повышением сывороточных концентраций указанных цитокинов в сравнении с детьми с бронхиальной астмой без патологии желудочно-кишечного тракта, что препятствует достижению полного контроля симптомов бронхиальной астмы.*

***Ключевые слова:** дети, бронхиальная астма, патология желудочно-кишечного тракта, цитокины.*

***Abstract.** The results of study of the characteristics of interferon- $\gamma$  and interleukin -4, -5, -13 production in children with bronchial asthma (BA) and co-morbidities of the upper gastrointestinal tract (UGT) are presented.*

*Gastroduodenal diseases in children with asthma are associated with a significant increase in serum concentrations of the cytokines in comparison with children with asthma without gastrointestinal pathology.*

**Keywords:** *children, bronchial asthma, pathology of upper departments of gastrointestinal tract, cytokines.*

Бронхиальная астма относится к числу наиболее распространенных заболеваний в детском возрасте и составляет 5-15% всех аллергических заболеваний у детей [6]. Высокий процент ассоциации (более 80%) бронхиальной астмы и патологии гастродуоденальной зоны является основанием для подробного изучения данной проблемы [1, 8]. Современные рекомендации лечения и мониторинга больных бронхиальной астмой базируются на оценке тяжести болезни или ее контроля. К иммунологическим критериям оценки уровня контроля заболевания можно отнести оценку активности воспаления бронхов по результатам исследования уровня продукции аллергических цитокинов [2, 5]. Если для детей с бронхиальной астмой типично классическое аллергическое воспаление бронхов как результат IgE-опосредованной гиперчувствительности немедленного типа, то для бронхиальной астмы, сопровождающейся патологией пищеварительного тракта, характерны различные варианты воспаления бронхов [3, 4]. При этом аллергическое воспаление присутствует всегда, как неотъемлемая часть бронхиальной астмы, но его течение осложняется другими типами воспаления (инфекционным, аутоиммунным), что меняет цитокиновый профиль и отражается на клинической картине заболевания [8]. Однако, иммунологические механизмы, обуславливающие усиление аллергического воспаления в бронхах при наличии сопутствующей патологии желудочно-кишечного тракта, изучены недостаточно.

Учитывая это, **целью** исследования стало изучение особенностей продукции интерферона- $\gamma$  (IFN- $\gamma$ ) и интерлейкинов 4, -5 и -13 (IL4, IL5, IL13), как маркеров интенсивности аллергического воспаления, у детей с бронхиальной астмой и сопутствующей патологией желудочно-кишечного тракта.

**Материалы и методы исследования.** Обследовано 120 детей и подростков с бронхиальной астмой в возрасте от 6 до 18 лет. При клинико-эндоскопическом обследовании у 78 детей (основная группа) выявлена патология верхних отделов пищеварительного тракта, в том числе хронический гастрит у 78,2%, хронический дуоденит у 71,8%, язвенная болезнь луковицы двенадцатиперстной кишки у 24,4%, гастроэзофагальная рефлюксная болезнь у 37,2%, сочетанная патология – у 76,9% детей. Группу сравнения составили 42 ребенка с бронхиальной астмой без патологии пищеварительного тракта. Дети, которые находились в приступном периоде бронхиальной астмы, а также те, которые имели обострение другой (не гастроэнтерологической) сопутствующей хронической патологии в исследование не включались.

Для оценки интенсивности процессов аллергического воспаления в бронхах определяли уровни концентраций интерферона- $\gamma$ , интерлейкина-4, интерлейкина-5 и интерлейкина-13 в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа с помощью наборов фирмы "Diaklone" (Франция) до и через 7 дней после стандартного лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта. Лечение гастродуоденальной патологии включало эрадикационную терапию (при выявлении инфекции *H.pylori*), антацидные или антисекреторные препараты, прокинетики и пробиотики. Референтные значения уровней сывороточных концентраций цитокинов получены при обследовании 20 здоровых детей.

Для статистической обработки полученных данных применялся пакет прикладных программ STATISTICA 6.1.

**Результаты и их обсуждение.** Проведенное исследование показало, что наличие патологии желудочно-кишечного тракта у детей с бронхиальной астмой сопровождается повышением уровня сывороточного IFN- $\gamma$ . Уровень IFN- $\gamma$  у детей основной группы составил в среднем  $(8,66 \pm 0,35)$  пг/мл, тогда как в группе сравнения этот показатель был ниже показателей группы контроля (таблица 1), что совпадает с данными литературы [5]. Уровень IFN- $\gamma$  изменялся в зависимости от характера поражений слизистой оболочки пищеварительного тракта, выявленном при эндоскопическом обследовании. Наиболее высокие его значения отмечались при наличии деструктивных процессов в слизистой оболочке и составили  $(10,51 \pm 0,4)$  пг/мл против  $(7,28 \pm 0,5)$  пг/мл у детей с поверхностными поражениями ( $p < 0,01$ ). Это может свидетельствовать об активном участии интерферона- $\gamma$  в процессах альтерации при хронической патологии органов пищеварения у детей с бронхиальной астмой. Эти данные подтверждаются наличием прямых корреляционных связей средней силы между уровнем сывороточного IFN- $\gamma$  и наличием эндоскопических изменений в виде эрозивного эзофагита и эрозивного бульбита ( $R = 0,35$  и  $R = 0,4$  соответственно,  $p < 0,05$ ).

При наличии *H. pylori*-инфекции, напротив, уровень IFN- $\gamma$  в сыворотке крови был ниже, чем у детей с *H. pylori*-негативной патологией ЖКТ (соответственно  $(8,47 \pm 0,44)$  пг/мл и  $(9,69 \pm 0,52)$  пг/мл,  $p < 0,05$ ). Возможно, это связано с тем, что у детей с атопией, и в частности с атопической бронхиальной астмой, подавляется полноценный Th-1 ответ при бактериальном воспалении [7].

У детей основной группы наблюдалось повышение концентраций сывороточного IL4, в среднем в 2 раза, по сравнению с детьми с

бронхиальной астмой, которые не имели проблем со стороны желудочно-кишечного тракта (соответственно  $(1,04 \pm 0,1)$  пг/мл и  $(0,57 \pm 0,04)$  пг/мл,  $p < 0,05$ ). В обеих группах наиболее высокие значения содержания IL4 в сыворотке крови отмечались у детей со среднетяжелым течением астмы.

Сывороточные концентрации IL5 и IL13 были повышены по сравнению с контролем у детей обеих исследуемых групп (таблица 1). При этом достоверной разницы между средними значениями этих показателей в исследуемых группах не было. В то же время, у детей с сопутствующей патологией желудочно-кишечного тракта при легком персистирующем течении астмы сывороточные концентрации IL5 и IL13 не отличались от нормы, и возрастали при среднетяжелом течении бронхиальной астмы ( $(6,02 \pm 0,45)$  пг/мл и  $(12,84 \pm 0,52)$  пг/мл соответственно), существенно превышая не только показатели контроля, но и аналогичные показатели группы сравнения ( $(3,78 \pm 0,16)$  пг/мл и  $(3,33 \pm 0,14)$  пг/мл соответственно). При тяжелом течении астмы у детей основной группы сывороточные концентрации IL5 и IL13 резко снижались ( $(3,88 \pm 0,25)$  пг/мл и  $(4,62 \pm 0,49)$  пг/мл соответственно), что свидетельствует скорее об исчерпании компенсаторных возможностей, чем о нормализации продукции цитокинов.

Наличие инфекции *H.pylori*, также как деструктивный характер поражений слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта сопровождались достоверным повышением уровня IL13, тогда как на уровни сывороточных концентраций IL4 и IL5 эти факторы не влияли.

После окончания лечения патологии органов пищеварения отмечалось улучшение показателей контроля бронхиальной астмы, которое сопровождалось достоверным снижением концентраций IFN- $\gamma$ , IL5, IL13 и тенденцией к снижению содержания IL4 в сыворотке крови. При этом, сывороточные концентрации IFN- $\gamma$  и IL5 приблизились к

нормальным значениям, а уровень IL13 хотя и не достиг показателей здоровых детей, стал достоверно ниже аналогичного показателя детей из группы сравнения.

**Вывод.** Представленные данные свидетельствуют, что при наличии сопутствующей патологии желудочно-кишечного тракта у детей с бронхиальной астмой отмечается повышение содержания в сыворотке крови IFN- $\gamma$ , а также интерлейкинов – 4, –5 и –13, что косвенно указывает на более высокую интенсивность процессов аллергического воспаления у данного контингента больных. Клинически это выражается в тенденции к снижению уровня контроля симптомов бронхиальной астмы при адекватной базисной терапии. О неблагоприятном влиянии сопутствующей патологии пищеварительного тракта свидетельствует тот факт, что после ее успешного лечения, улучшается контроль астмы, что совпадает со снижением, а в отдельных случаях даже нормализацией уровня исследуемых цитокинов.

Таким образом, у детей, больных бронхиальной астмой, нужно целенаправленно выявлять и своевременно лечить сопутствующую патологию ЖКТ. Представляется перспективным проведения дальнейшего пролонгированного мониторинга клинико-иммунологических параметров у больных бронхиальной астмой с сопутствующей патологией ЖКТ с целью определения эффективности стандартных подходов к лечению гастродуоденальных заболеваний у больных астмой.

**Уровни концентраций IFN- $\gamma$ , IL4, IL5, IL13 в сыворотке крови у детей  
исследуемых групп**

Показатель	IFN- $\gamma$ , пг/мл	IL4, пг/мл	IL5, пг/мл	IL13, пг/мл
Основная группа до лечения патологии ЖКТ, n=78	8,66 $\pm$ 0,35 <sup>°*</sup>	1,04 $\pm$ 0,1 <sup>°*</sup>	4,74 $\pm$ 0,25 <sup>°*</sup>	8,18 $\pm$ 0,63 <sup>°</sup>
Основная группа после лечения патологии ЖКТ, n=78	6,46 $\pm$ 0,13 <sup>#°*</sup>	0,88 $\pm$ 0,07 <sup>*</sup>	3,99 $\pm$ 0,11 <sup>#°*</sup>	4,91 $\pm$ 0,28 <sup>#°*</sup>
Группа сравнения, n=42	5,58 $\pm$ 0,05 <sup>°</sup>	0,57 $\pm$ 0,04 <sup>°</sup>	5,58 $\pm$ 0,35 <sup>°</sup>	8,12 $\pm$ 1,24 <sup>°</sup>
Контрольная группа, n=20	6,0 $\pm$ 0,08	0,23 $\pm$ 0,02	3,73 $\pm$ 0,06	2,2 $\pm$ 0,06

*Примечание.* 1. <sup>\*</sup> – вероятность отличий от показателей группы сравнения более 99% ( $p < 0,01$ ); 2. – вероятность отличий от показателей группы контроля более 95% ( $p < 0,05$ ); 3. <sup>#</sup> – вероятность отличий от показателей до лечения более 99% ( $p < 0,01$ ).

**Список литературы:**

1. Аршба С.К. Современные аспекты сочетанной патологии: бронхиальная астма и заболевания верхних отделов желудочно-кишечного тракта у детей / С.К.Аршба // Педиатрическая фармакология. 2008. №5(4). – С. 70-75.

2. Варюшина Е.А. Инфекция *Helicobacter pylori*: регуляторная роль цитокинов при воспалении и аллергии / Е. А. Варюшина, А. С. Симбирцев // Российский аллергологический журнал. 2010. – №2. – С. 13-22.

3. Кононов Л.В. Цитопротекция слизистой оболочки желудка: молекулярно-клеточные механизмы / Л.В.Кононов // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2006. Т. 16, – №3. – С. 12-16.

4. Победьонна Г.П. Поширеність, особливості клініки і патогенезу бронхіальної астми, поєднаної з патологією органів травлення / Г. П. Победьонна, О. Г. Солоня // Вісник СумДУ. Серія Медицина. 2012. – №2. – С. 86-94.

5. Шахова О.О. Результаты імунологічних і алергологічних обстежень хворих на бронхіальну астму підлітків / О.О. Шахова // Здоровье ребёнка. 2011. №5(32). – С. 72-75.

6. Global strategy for asthma management and prevention (updated 2014): Global Initiative for Asthma (GINA). [Электронный ресурс]. URL: <http://www.ginasthma.org>.

7. The neutrophil-activating protein of *Helicobacter pylori* down-modulates Th2 inflammation in ovalbumin-induced allergic asthma. / G. Codolo, P. Mazzi, A. Amedei [et al.] // Cell Microbiol. 2008. №10(11). P. 2355-63.

8. Vieira W. The impact of asthma on the gastrointestinal tract (GIT) / W. A.Vieira, E. Pretorius // J Asthma Allergy. 2010. – №3. – P.123-130.

УДК 616.89-008.47/.48-053.2-085

**Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей:  
возможности терапевтической коррекции**

***Юрий Кононович Больбот***

*д.мед.н., профессор,  
заведующий кафедрой педиатрии 3 и неонатологии,  
Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины,  
г. Днепропетровск, Украина  
e-mail: bolbot.u@gmail.com*

***Тина Андреевна Бордий***

*к.мед.н., Доцент,  
Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины,  
г. Днепропетровск, Украина  
e-mail: tina\_bordiy@ua.fm*

**Аннотация.** В статье представлены результаты изучения эффективности применения комплексного гомеопатического препарата Киндинорм с целью коррекции проявлений синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей. Показано, что через 28 дней лечения достоверно уменьшается выраженность невнимательности, гиперактивности, импульсивности и сопутствующих расстройств при отсутствии побочных эффектов.

**Ключевые слова:** дети, синдром дефицита внимания и гиперактивности, лечение, Киндинорм.

**Abstract.** The article presents the results of the study in which complex homeopathic medication Kindinorm efficacy in correction attention deficit/hyperactivity disorder symptoms in children was investigated. It is shown that after 28 days of treatment the severity of inattention, hyperactivity, impulsivity, and related disorders significantly reduced in the absence of side effects.

**Keywords:** children, attention deficit/hyperactivity disorder, treatment, Kindinorm.

**Актуальность.** Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) является хроническим психическим расстройством, которое проявляется гиперактивностью и импульсивностью в сочетании с невнимательностью, приводящими к стойкой социальной или школьной дезадаптации. Это расстройство имеет целый ряд социально значимых негативных последствий, таких как формирование оппозиционно-вызывающего или асоциального поведения, развитие зависимости от психоактивных веществ, тревожно-депрессивных расстройств, а также увеличение детского травматизма.

По различным оценкам, частота выявления СДВГ у детей в различных странах колеблется от 2 до 20%, в среднем составляя около

5%. Учитывая высокую распространенность СДВГ и столь значимые его социальные последствия, Всемирная ассоциация детской и подростковой психиатрии и смежных профессий (IASCARAP) признала СДВГ проблемой номер один в сфере здравоохранения детей и подростков [2].

В последние годы в Украине значительно возрос интерес к проблеме СДВГ. В 2009 году был утвержден национальный протокол по диагностике и лечению данного расстройства, соответствующий международным стандартам ведения пациентов с СДВГ. Согласно этому протоколу школьные психологи, педагоги и врачи первого контакта – педиатры и семейные врачи – являются обязательными участниками диагностического процесса. На них возлагается задача первичной диагностики СДВГ и исключение соматических, неврологических или психологических проблем, которые могут иметь симптомы, подобные СДВГ [1].

Согласно принятому в Украине протоколу, диагностика СДВГ осуществляется этапно. Первый этап – это первичный скрининг, осуществляемый педагогами детских дошкольных учреждений, учителями и школьными психологами. На этом этапе проводится оценка детей по учительским и родительским протоколам шкалы Коннера, выявляются и исследуются академические проблемы детей (наличие трудностей обучения, дислексии, дисграфии, дискалькулии и т.д.), изучаются особенности взаимоотношений в семье, а том числе и на предмет наличия признаков недоброжелательного отношения к ребенку, психотравмирующих ситуаций, асоциального поведения родителей, а также физического и/или сексуального насилия по отношению к ребенку.

Второй этап – первичная диагностика СДВГ педиатрами/семейными врачами и детскими неврологами. На этом этапе

проводится сопоставление информации, полученной от педагогов и психологов, с диагностическими критериями СДВГ, а также проводится дифференциальная диагностика с различными общемедицинскими проблемами, имеющими симптомы, схожие с СДВГ. Так, должны быть исключены проблемы со слухом или зрением, нарушения сна, эпилепсия, гипертиреоз, синдром ломкой X-хромосомы, кожные болезни, злоупотребление психоактивными веществами. Кроме того, симптомы, напоминающие СДВГ, могут отмечаться у детей, перенесших сильный стресс (смерть одного из родителей или бабушки/дедушки, развод родителей, потеря работы родителями и др.), имеющих трудности обучения, связанные с несоответствием учебных нагрузок интеллектуальным и физическим возможностям ребенка, а также у детей с тревожностью или депрессией.

И, наконец, третий этап – заключительная диагностика СДВГ детскими психиатрами. Задачами детского психиатра являются: подтверждение наличия СДВГ у ребенка, диагностика коморбидных расстройств, дифференциальная диагностика с другими психическими и поведенческими расстройствами. На этом этапе специалисты могут использовать целый ряд опросников, шкал, а также психофизиологических тестов. В исследовании принимает участие не только ребенок, но и его родители, педагоги, няни. По возможности, диагностика должна проводиться не в стенах психиатрического учреждения, а в специальных территориальных кабинетах медицинской, психотерапевтической и коррекционно-педагогической помощи детям с СДВГ.

Лечение детей с СДВГ предусматривает комбинацию социальной (поведенческой) терапии и медикаментозного влияния. Препаратами первой линии в терапии СДВГ являются метилфенидат (психостимулятор) и атомоксетин (селективный ингибитор обратного

захвата норадреналина). Доказано, что медикаментозная терапия способствует не только устранению проблем с обучением и поведением детей, но также имеет положительные долгосрочные эффекты. Среди взрослых, которым в детстве был поставлен диагноз СДВГ и проводилась медикаментозная терапия, достоверно меньше лиц, совершавших преступления и страдающих наркотической зависимостью, по сравнению с теми, кто не получал медикаментозного лечения.

В то же время назначение психостимуляторов имеет и существенные ограничения. Так, около 30% пациентов с СДВГ неадекватно отвечают на терапию или вообще не переносят ее. Эффект психостимуляторов зависит от соблюдения дозы и режима приема препарата, что требует высокого уровня комплаенса. Применение психостимуляторов может сопровождаться развитием нежелательных побочных эффектов, таких как нарушения сна, аппетита, настроения, повышение тревожности. Существует вероятность злоупотребления и незаконного распространения этих препаратов, что обуславливает необходимость жесткого контроля [3]. В связи с этим в Украине, как и во многих других странах, назначать психостимуляторы детям с СДВГ имеют право только психиатры.

В связи с этим существует потребность поиска эффективных, но более безопасных способов коррекции проявлений СДВГ, таких, которые могли бы назначаться педиатрами, семейными врачами, психотерапевтами в случаях, когда социальная терапия оказывается недостаточно эффективной. В настоящее время активно изучается возможность применения при СДВГ различных немедикаментозных методик: коррекции питания, применения пищевых добавок, фито- и гомеопатических препаратов. Одним из таких препаратов является комплексный гомеопатический препарат Киндинорм (Дойче Хомеопати-

Унион ДХУ-Арцнаймиттель ГмбХ & Ко. КГ). Десять грамм гранул Киндинорма содержат: Calcium hypophosphorosum D4 – 16,67мг; Kalium phosphoricum D6 – 16,67мг; Valeriana D6 – 16,67мг; Cuprum metallicum D10 – 16,67мг; Chamomilla D12 – 16,67мг; Staphisagria D12 – 16,67мг. Активные компоненты препарата ослабляют симптомы поведенческих и когнитивных расстройств у детей и взрослых, такие как нарушение концентрации внимания, повышенную возбудимость, непоседливость, трудности в обучении, расстройства сна и состояния общей слабости. Также препарат обладает успокаивающим и стабилизирующим действием на психическое состояние пациента. Предыдущие исследования показали, что эффективность Киндинорма при СДВГ у детей приближается к таковой у метилфенидата, однако профиль побочных эффектов намного ниже.

В связи с этим целью настоящего исследования явилось изучение эффективности применения препарата Киндинорм у детей дошкольного и школьного возраста с СДВГ.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 24 ребенка в возрасте от 4 до 13 лет с СДВГ: 10 мальчиков (41,7%) и 14 девочек (58,3%). Все дети получали Киндинорм по 10 крупинок трижды в сутки. Диагноз СДВГ устанавливался на основании критериев МКБ-10 [4]. Все дети были осмотрены детским психоневрологом для подтверждения диагноза и проведения дифференциальной диагностики. Выраженность проявлений СДВГ оценивалась в динамике по 4 блокам симптомов: невнимательность (I блок), гиперактивность (II блок), импульсивность (III блок) и дополнительные (второстепенные) симптомы (IV блок). В пределах каждого блока определялось от 3 до 9 признаков, наличие которых оценивалась в 1 балл. Далее проводился подсчет сумм баллов в каждом блоке. Оценка проводилась в начале лечения, на 14-й и 28-й дни

терапии. Для определения достоверности разницы полученных результатов использовался парный Т-критерий Уилкоксона.

Результаты и обсуждение. В начале лечения по шкале «невнимательность» у детей регистрировалось в среднем  $7,25 \pm 0,35$  балла (из 9 возможных), по шкале «гиперактивность» –  $3,17 \pm 0,42$  балла (из 6 возможных), по шкале «импульсивность» –  $2,58 \pm 0,19$  балла (из 3 возможных). Среди 5 второстепенных симптомов (беспокойство, инсомния, фобии, ночные кошмары/ужасы, энурез) в среднем насчитывалось  $2,75 \pm 0,37$  балла. Общая сумма баллов в начале лечения составляла  $15,75 \pm 0,96$  из 23 возможных.

Через 14 дней лечения средние показатели сумм баллов по каждой шкале достоверно уменьшились: невнимательность –  $4,17 \pm 0,6$  балла, гиперактивность –  $2,33 \pm 0,5$  балла, импульсивность –  $2,08 \pm 0,26$  балла, дополнительные симптомы –  $1,5 \pm 0,45$  балла. Общая сумма баллов на 14-й день лечения составила в среднем  $10,08 \pm 1,1$  балла. На 28-й день лечения положительная динамика стала еще заметнее: невнимательность –  $1,92 \pm 0,48$  балла, гиперактивность –  $1,5 \pm 0,43$  балла, импульсивность –  $1,33 \pm 0,26$  балла, дополнительные симптомы –  $0,42 \pm 0,26$  балла, общая сумма –  $5,17 \pm 1,05$  балла.

Среди родителей пациентов с СДВГ 67% опрошенных оценили эффективность препарата как отличную, остальные – как хорошую. Нежелательных побочных эффектов во время приема Киндинорма зарегистрировано не было.

Таким образом, Киндинорм является эффективным и безопасным препаратом для коррекции проявлений СДВГ. Препарат может быть назначен педиатром или семейным врачом без необходимости предварительного согласования с детским психиатром как дополнение к социальной терапии.

### Список литературы:

1. Програмно-цільове обслуговування дітей із гіперкінетичними розладами (метод. рекомендації) / Марценковський І.А., Підкоритов В.С., Казакова С.Є. та ін. – К., 2009. – 62 с.
2. Barkley, R.A. (2006). Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment (3rd edition). New York: Guilford Press, 72 Spring St., New York, NY 10012 (800-365-7006 or info@guilford.com).
3. Rappley MD. Clinical practice. Attention deficit-hyperactivity disorder. N Engl J Med. Jan 13 2005. – №352(2). – P. 165-73.
4. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. – Geneva: WHO, 1992. – 136 p.

УДК 616.728.3-007.24-085-084

### **Эффективность применения хондропротекторов во вторичной профилактике деформирующего остеоартроза коленных суставов в амбулаторных условиях**

*Сагдиана Насуруллаевна Буранова*

*ассистент кафедры по подготовке ВОП,*

*Ташкентская медицинская академия,*

*г. Ташкент, Узбекистан,*

*e-mail: sagdiana87@mail.ru*

*Лола Анваровна Абдурахимова,*

*ассистент кафедры по подготовке ВОП,*

*Ташкентская медицинская академия,*

*г. Ташкент, Узбекистан*

**Аннотация.** Целью настоящей работы явилось повышение эффективности вторичной профилактики ДОА коленных суставов и оценка хондропротекторной терапии на качество жизни пациентов в сравнительном аспекте.

**Материал и методы.** В исследование были включены 50 пациентов с ДОА коленных суставов I, II, III стадии в суб- и декомпенсированной форме, находившиеся на диспансерном учете в семейной поликлинике №9 г. Ташкента. Пациенты были разделены на 2 группы:

Больные 1-(контрольной) группы (n=20) принимали при болях в коленных суставах НПВП, подобранные индивидуально в средние терапевтических дозах в соответствии с наличием противопоказаний. Больные 2-группы (n=30) помимо НПВП, получали Структум® 500 мг 2 раза в сутки в течение 1 года.

**Вывод.** В целом клиническое улучшение зарегистрировано у 25(75%) больных, применяющих Структум+НПВП по схеме лечения. Эффект проявлялся достоверным уменьшением боли, выраженности утренней скованности, функциональной недостаточности суставов.

**Abstract.** The purpose of the real work was increase of efficiency of secondary prevention of DOA of knee joints and an assessment of hondroprotektive therapy on quality of life of patients in comparative aspect.

Material and methods. In research 50 patients were plugged with DOA of knee-joints I, II, III stages in sub- and decompensation form, being on a clinical account in family polyclinic №9 Tashkent. Patients were parted on 2. The patients of a 1 (by control) group (n=20) accepted at pains in the knee-joints of NPVP, neat individually in middling therapeutic doses in accordance with the presence of contra-indications. Patients 2 group (n=30) besides

NPVP, Struktum® got 500 mgs 2 times per days during year course of treatment.

Conclusion. On the whole a clinical improvement is registered at 25(75%) patients, applying struktum+NPVP on the chart of treatment. An effect showed up with reliable diminishing of pain, expressed a morning constraint, functional insufficiency of joints.

Остеоартроз (ОА) представляет собой основную нозологическую форму дегенеративных заболеваний суставов и характеризуется хроническим прогрессирующим течением. В основе этого мультифакториального заболевания лежит нарушение равновесия между анаболическими и катаболическими процессами и прежде всего в гиалиновом хряще. ОА является органной патологией, затрагивающий все структуры сустава. При ОА патологический процесс локализуется не только в гиалиновом хряще, но и в синовиальной оболочке, субхондральной кости, суставной капсуле, внутрисуставных связках и околоуставных мышцах. Все это приводит к развитию в той или иной степени рецидивирующего синовита, дегенерации хряща с уменьшением его объема, костному ремоделированию, склерозу суставной капсулы, дегенерации мениска, периартикулярной мышечной атрофии. Немецкий терапевт Фридрих фон Мюллер (Friedrich von Muller) предложил термин «артроз» с целью отграничения этого заболевания от других артритов [1,12,13].

Отчет ВОЗ (2003) по глобальной распространенности болезни показал, что наиболее часто поражаются коленные и тазобедренные суставы, суставы кисти, позвоночник. В России ОА крупных коленных суставов страдает до 12% трудоспособного населения, а показатель вызванной им потери трудоспособности вырос за последние годы в 3-5 раз [2,3,14,15]. По данным ревматологов Европы, США на долю этого заболевания приходится до 69-70% всех ревматических болезней

[1,2,8,9]. Это заболевание занимает первое место по распространенности среди других ревматических болезней. Оно до 40-45 лет встречается редко (2-3%), но с возрастом его распространенность быстро нарастает [4]. ОА встречается у каждого третьего пациента в возрасте от 45 до 64 лет и у 60-70% – старше 65 лет, причем чаще у женщин (соотношение мужчин и женщин составляет 1:3) ОА значительно ухудшает качество жизни больных и представляет серьезную социально-экономическую проблему, являясь одной из основных причин стойкой потери трудоспособности [1,2,3,10,11]. Риск утраты трудоспособности в группе больных с гонартрозом сравним с риском утраты трудоспособности пациентов пожилого возраста, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, и выше, чем при других заболеваниях у этих больных [7,8]. Широкий интерес к проблеме ОА обусловлен, прежде всего высокой распространенностью этой формы суставного заболевания, которая является одной из главных причин нетрудоспособности и требует значительных финансовых затрат.

Многими авторами доказана более высокая эффективность внутри суставного введения хондропротекторов [2,4,5]. Один из недостатков этого метода связан с необходимостью применения препаратов в период обострения ДОА, когда активные и пассивные движения в суставе ограничены и не работает диффузно-нагрузочный механизм питания суставного хряща. Традиционно используемые НПВП оказывают симптоматическое действие, уменьшая болевой синдром и проявления воспаления в суставах. Основным недостатком данных препаратов является наличие выраженных побочных реакций, особенно в отношении сердечно-сосудистой системы и некоторое отрицательное влияние на метаболизм суставного хряща [11,12]. Уровень доказательности лечебного действия хондриотин сульфата, как и глюкозамина, является наиболее высоким среди препаратов с

хондропротективной активностью (1а), что нашло свое отображение в рекомендациях Международного общества по исследованию остеоартроза QARSI (*Osteoarthritis Research Society International*) (2008,2010гг.) [4,5,6].

Целью настоящей работы явилось повышение эффективности вторичной профилактики ДОА коленных суставов и оценка хондропротекторной терапии на качество жизни пациентов в сравнительном аспекте.

**Материал и методы.** В исследование были включены 50 пациентов с ДОА коленных суставов I, II, III стадии в суб- и декомпенсированной форме, находившиеся на диспансерном учете в семейной поликлинике №9 г. Ташкента. Диагностика заболевания осуществлялась на основе критериев ДОА Американской коллегии ревматологов[1,3]. 25 (50%) пациентов установлено сочетание ДОА с гипертонической болезнью и у 8 (16%) больных язвенной болезнью желудка. Сопутствующие заболевания отсутствовали у 17(43%) больных. Больные были разделены на 2 подгруппы: I-II стадия гоноартроза (40 больных) и III-стадия (10 больных) В исследование не включались лица с IV R-стадией процесса, наличием других ревматических заболеваний, микрокристаллических и инфекционных артритов, тяжелыми соматическими заболеваниями, осложненными нарушением функции пораженных органов и систем, онкологическим анамнезом. Большинство больных (92,8%) ранее получали различные курсы лечения, в том числе нестероидными противовоспалительными препаратами и кортикостероидами. Перерыв после последнего курса лечения составлял не менее 6 месяцев.

Все пациенты, в зависимости от особенностей методики лечения были разделены на 2 группы: I-группа (контрольная –20 пациентов) – получали ибупрофен по 200мг 3 раза в день в течение 14 дней, в

последующее по потребности. II-группа (30 пациентов) – на фоне ибупрофена в выше указанной дозировке, согласно стандарту лечения ДОА, применялся Структум по 2 капсулы (в капсуле 250 мг) 2 раза в день per os утром вечером в течении 3-месяцев. Повторный курс лечения проводилось через 3 месяца. Больным 2 группы проводилось два курса лечения в течение 1 года.

Всех больных оценивали по ВАШ и рассчитывали функциональный индекс Лекена до лечения и после проведенной терапии (через 1 год). Результаты исследования обработаны статистически с использованием критерия t Стьюдента для парных и непарных переменных. Различия считали достоверными при  $p < 0,05$ .

Результаты и обсуждение:

Необходимо отметить, что в группе, получавшей курс комплексного лечения НПВП+хондропротектор у 10(33%) больных, после лечения был отменен НПВП, что свидетельствует о достижении клинического улучшения, уменьшении болевого синдрома, утренней скованности (табл.1).

Таблица 1

#### Отказ пациентов от приема НПВП

Группы больных	До лечения	После лечения
1-группа	0	6 (24%)
2-группа	0	10 (33%)

Таблица 2

#### Показатели по опроснику ВАШ и индексу Лекена

Показатель	1-группа n=20		2-группа n=30	
	До лечения	Через 1 года	До лечения	Через 1 года
Индекс Лекена	9,5±0,7	6,5±0,5*	8,5±0,6	3,5±0,3**
Уровень боли в покое по ВАШ	35±0,1	20,5±0,3*	35,5±0,4	5,5±0,5**
Уровень боли при ходьбе по ВАШ	75±1,3	25±1,9*	80±2,3	15±0,5**

Примечание: Достоверности отличий от исходных значений: \* $P < 0,06$ , \*\* $P < 0,01$ .

Наряду с вышеуказанными показателями значительно снизилась выраженность болевого синдрома по ВАШ как в покое (1-группа уменьшение суммы баллов с  $35 \pm 0,1$  до начала лечения до  $20,5 \pm 0,3$  после курса лечения, 2-группа уменьшение суммы баллов с  $35,5 \pm 0,4$  до начала лечения до  $5,5 \pm 0,5$  после курса лечения), так и при ходьбе (1-группа с  $75 \pm 1,3$  до начала лечения до  $25 \pm 1,9$  после курса лечения, 2-группа с  $80 \pm 2,3$  до начала лечения до  $15 \pm 0,5$  после курса лечения). Как видно, показателей по ВАШ улучшились у первой группы на 66%, а у второй группы на 81% (табл.2).

Положительная динамика функционального индекса по Лекену отмечена (1-группа  $9,5 \pm 0,7$  баллов до лечения,  $6,5 \pm 0,5$  баллов после курса лечения, 2-группа  $8,5 \pm 0,6$  баллов до лечения,  $3,5 \pm 0,3$  баллов после курса лечения). Улучшения динамики функционального индекса по Лекену в первой группе-36%, а у второй группы-58%. Динамика продолжительности утренней скованности по индексу Лекена (1-группа с  $19,5 \pm 2,8$  мин до начала лечения до  $17,3 \pm 3,1$  мин после курса лечения, 2-группа с  $20,1 \pm 2,4$  мин до начала лечения до  $14,2 \pm 2,9$  мин после курса лечения). Улучшения утренней скованности у первой группы – 11%, а у второй группы – 30%. После проведенного курса лечения больные I-II группы наблюдались амбулаторно (активный и пассивный вызов) в течение года. В I-группе – обострения заболевания встречались у 8 (16%) больных, а во II-группе у 4 (8%) пациентов. В I-группе – амбулаторных обращений наблюдалось у 6 (12%) больных, а во II-группе у 2 (4%) пациентов.

Таким образом, проведенные клинико-диагностические исследования указывают на значительное улучшение показателей по опроснику ВАШ и индексу Лекена у больных, получавших НПВП + Структум. Полученные результаты убедительно показывают

преимущество включения препарата Структум в комплексное лечение больных ДОА коленных суставов.

Выводы:

1. В группе больных, получавшей комплексное лечение НПВП+Структум, зарегистрировано клиническое улучшение у 25 (75%) больных по ВАШ системе и по индексу Лекена (уменьшении боли 80%, утренней скованности 30%, функциональной недостаточности суставов 58%)

2. В основной группе у 10(33%) больных после курсового лечения был отменен НПВП, с продолжением приема Структума для проявления хондропротекторной эффективности.

3. Прием Структума на протяжении года периодически благоприятно влияет на вторичную профилактику ДОА, что выражалось уменьшением амбулаторных обращений (8%) и дальнейших обострений (4%) в течении года наблюдения.

Список литературы:

1. Алексеева Л.И., Беневоленская Л.И., Насонов Е.Л. и соавт. Структум (хондроитин сульфат) – новое средство для лечения остеоартроза. // Терапевтический архив. 2009. – №5. – С.51-53.

2. Алексеева Л.И. Современные стандарты диагностики и лечения остеоартроза // Школа ревматологов (Сборник докладов). Москва. 2008. – С. 84-87.

3. Алиева Л.Н., Архангельская Т.С., Давыдова А.Ф. и соавт. Отдаленные результаты применения структума (по материалам много центрового исследования) // Терапевтический архив. – 2005. – №9. – С. 82-86.

4. Бадочкин В.В. Насонов Е.М., Алексеева Л.И. Хондроитин сульфат (структум) при лечении остеоартроза, патогенетическое

обоснование и клиническая эффективность / Сб.«Новые возможности в лечении ОА ». Москва, 2007. – С. 2-4.

5. Баитов В.С. Клиническая ревматология. М.: 2009. – 588 с.

6. Дольницкий О.В. Медико-социальные проблемы хронических заболеваний суставов и позвоночника // Терапевтический архив. 2011 – №5. – С.5-8.

7. Коршунов Н.И. Ревматические болезни. М.: 2007. – С.385-397.

8. Лучихина Л.В. Артроз. Ранняя диагностика и патогенетическая терапия. М., 2005.

9. Мазуров В.И., Онущенко И.А. Современные возможности терапии остеоартроза / Всб. « Диагностика и лечение ревматических заболеваний». Санкт Петербург, 2006. – С. 23-28.

10. Насонов Е.Л. Нестероидные противовоспалительные препараты. Перспективы применения в медицине. М.: Анко, 2000. – 143 с.

11. Цветкова Е.С. Насонова В.А., Бунчук Н.В. Остео-артроз. Ревматические болезни: руководство для врачей. М.: Медицина, 2007. – С. 385-396.

12. American College of Rheumatology Subcommittee on Osteoarthritis Guidelines // Arthrit. Rheum. 2000. – Vol. 43. – P. 2005-2012.

13. Ahiback S. Osteoarthritis of the knee: a radiographic investigation // Acta Radid. 2008. – Vol. 272. – P. 7-72:

14. Burkhardt D., Ghosh P. Metabolic fate of exogenous chondroitin sulfate in man//Ibid. 2011. – Vol.41, P. 768-772.

15. Fidelix T., Soares B., Trevisani M. Diacerein for osteoarthritis // Cochrane Data basesyst Rev. 2006. 1.CD 005117.

**Типы самоконтроля пациентов с инсулинозависимым  
сахарным диабетом**

**Юлия Павловна Варавкина**

*преподаватель кафедры социальной работы с курсом педагогики и  
образовательных технологий,  
Волгоградский государственный медицинский университет,  
г. Волгоград, Россия*

**Аннотация.** *Обсуждаются типы отношения к самоконтролю пациентов с инсулинозависимым сахарным диабетом. Рассматриваются следующие типы: гармоничный, лабильный, нарушающий, непоследовательный. Подход позволяет анализировать проблемы, возникающие у пациентов в повседневном самоконтроле сахарного диабета и создавать гибкие инструменты коррекции непродуктивных типов.*

**Ключевые слова:** *медико-социальная работа, сахарный диабет, поведение, связанное с диабетом.*

**Abstract.** *We discuss the typology of attitude to self-control in patients with insulin-dependent diabetes mellitus. It covers the following types: harmonious, labile, violates, inconsistent. The approach allows us to analyze the problems encountered by patients in daily self-management of diabetes and to create flexible tools to correction non-productive types.*

**Keywords:** *medical-social work, diabetes, diabetes-related behavior.*

На сегодняшний день сахарный диабет (СД) признается серьезнейшей медико-социальной проблемой. Масштаб определяется быстрыми темпами распространения заболевания и частотой осложнений, наступающих в связи с диагнозом. Диабет занимает

четвертое место среди болезней, которые становятся причинами летального исхода [3].

Признается актуальным обучение пациентов навыкам самоконтроля диабета, выхода из кризов и изменения образа жизни, что является основой для успешного лечения. В РФ приняты образовательные программы («Школы диабета»), которые функционируют в составе лечебно-профилактических учреждений, каждый вновь заболевший пациент с диабетом первого типа проходит обучение по структурированным программам самоконтроля. Также для полноценной компенсации диабета имеется широкий спектр лекарственных препаратов, средств введения и самоконтроля.

Предположительно, каждый пациент, прошедший школу диабета и имеющий доступ к средствам самоконтроля, имеет возможность достигать удовлетворительного уровня компенсации и предотвращать развитие осложнений. Однако многие эндокринологи отмечают, что обучение не всегда дает положительные и устойчивые результаты. Несмотря на то, что большинство больных неоднократно посещали школу диабета, уровень знаний о диабете при исходном контроле был на низком уровне, а имеющиеся знания пациенты не применяли в жизни [2].

Школы диабета вносят огромный вклад в информирование пациентов, тем не менее, они ограничены своими клиническими задачами, а эндокринологи, рассказывающие пациентам о правилах самоконтроля, не могут и не должны влиять на поведение пациента в повседневной жизни. Статистика по распространенности осложнений сахарного диабета указывает на недостаточный уровень самоконтроля у пациентов, не связанный с недостатком информации о рекомендуемом поведении. Эта проблема зафиксирована достаточно давно – в 1990 году в РФ вышла книга «Практика инсулинотерапии», в которой авторы

отмечают: «Особенность терапии сахарного диабета в том, что больному приходится пожизненно самостоятельно проводить высокодифференцированное и сложное лечение. Это подразумевает, что он хорошо осведомлен обо всех аспектах терапии собственного заболевания и в состоянии самостоятельно изменять детали лечения в зависимости от конкретной реальной ситуации <...>. Обучающему персоналу всегда нужно помнить следующее: когда врач или медсестра что-то говорит, это не означает, что больной слышит сказанное. Если больной услышал, это не означает, что он понял. Даже если больной понял, это не означает, что он автоматически принял сказанное и согласился с ним. Если же пациент согласен с услышанным, он не обязательно соответственно изменит свое поведение. И даже если больной один раз правильно выполнит то, что ему рекомендовали, это не означает, что он постоянно будет применять это в повседневной жизни» [1].

Большинство медицинских рекомендаций в диабетологии требует активного участия пациента в процессе контроля и лечения заболевания. Цели лечения, определяемые врачом, ставят перед пациентом целый ряд задач – больные СД вынуждены ежедневно следить за своим питанием, измерять уровень гликемии, регулярно вводить инсулин. Необходимость изменений привычного образа жизни и трудности в достижении намеченных целей могут приносить больше неудобств, чем наличие самого диагноза, поэтому следование терапевтическим рекомендациям зачастую становится трудновыполнимой задачей. Проблематика соблюдения врачебных рекомендаций пациентом в современной социологии медицины обсуждается в терминах комплаентности, типа отношения к болезни, соблюдения (англ. «adherence»). Для описания совокупности типов поведения, которые больной СД ежедневно выполняет для контроля своего заболевания,

предложены термины «self-care» («самопомощь») и «self-management» («самоведение»), которые были одобрены Американской ассоциацией диабета (ADA) и другими официальными диабетическими организациями как предпочтительные термины [5]. Также используется термин «поведение, связанное с диабетом» (англ. diabetes-related behavior).

Необходимость использования дополнительных классификаций типов самоконтроля, используемых пациентами с сахарным диабетом, обусловлена несколькими обстоятельствами. Во-первых, предлагаемая типология конкретизирует общие типы отношения к болезни, разработанные в психологическом и социологическом направлениях, применительно к сахарному диабету. Так, П. Я. Якубов описывает типы отношения к болезни, акцентируя внимание на характере взаимодействия, складывающегося между врачом и пациентом. А.Е. Личко выделяет типы реакций на болезнь, описывая их преимущественно в психиатрических понятиях. Поскольку сахарный диабет является хроническим заболеванием, контроль состояния приобретает постоянный характер, необходимо осмысление типов самоконтроля как части практики повседневной жизни пациента. Во-вторых, необходимо более четкое понимание того, что означает комплаентность пациента с сахарным диабетом. Понятие комплаентности является достаточно широким и отражает комплекс аспектов поведения пациента, совпадающего с полученными им медицинскими рекомендациями. Многие способы управления сахарным диабетом являются результатом опыта жизни с заболеванием, не связаны напрямую с медицинскими рекомендациями. Описание типов отношения пациентов к самоконтролю способствует пониманию того, какие действия пациентов относятся к правильным и допустимым с точки зрения влияния на компенсацию заболевания. В третьих,

описание содержания типов позволит выявить основные зоны возникновения проблем при самоконтроле.

Что становится содержанием повседневной жизни человека с сахарным диабетом? Курсы обучения самоконтролю предписывают пациентам ежедневное соблюдение следующих моментов: измерение сахара крови не менее четырех раз в день, подсчет хлебных единиц в каждом приеме пищи и соответствующий расчет дозы инсулина, соблюдение техники введения инсулина, регулярная замена игл и ланцетов, контроль веса и потребляемых углеводов, исключение из питания продуктов с высоким гликемическим индексом, корректировка доз инсулина при повышении и понижении сахара крови. Рекомендуется регулярный скрининг осложнений в условиях стационарного или амбулаторного обследования, медикаментозная поддерживающая терапия в случае выявленных осложнений. Описанный набор действий для каждого пациента с сахарным диабетом формирует содержание идеального типа должного поведения, т. к. он направлен на предотвращение осложнений, сохранение здоровья и увеличение продолжительности жизни.

В зависимости от систематичности выполнения рекомендаций по самоконтролю диабета выделим 4 типа поведения пациентов. Отметим, что в рамках предлагаемой типологии рассматривается поведение совершеннолетних пациентов с инсулинозависимым типом сахарного диабета, прошедших обучение в школах диабета. Условие прохождения обучения позволяет выявлять противоречия между знаниями пациента о способах и принципах управления заболеванием и их реализацией в практике повседневной жизни.

1. *Гармоничный тип.* Пациент знает основные способы управления диабетом, использует их в повседневной жизни. Адекватность управления подтверждается динамикой объективных

показателей, например, результат анализа HbA<sub>1c</sub> находится в целевых значениях.

2. *Лабильный тип.* Пациент знает основные способы управления диабетом, но использует их в повседневной жизни выборочно (например, правильно рассчитывает дозы инсулина, но неправильно купирует гипогликемию, пренебрегает рекомендациями по уходу за ногами или пропускает сроки сдачи обязательных анализов). Вследствие нарушений самоконтроля значения HbA<sub>1c</sub> могут несколько превышать целевые показатели.

3. *Нарушающий тип.* Пациент знает основные способы управления диабетом, но не использует их в повседневной жизни. При самоконтроле допускаются грубые ошибки в подсчете доз инсулина, возможны систематические пропуски инъекций, «переедание» и др. Показатель HbA<sub>1c</sub> значительно выше нормы. Подобный тип отношения к самоконтролю приводит к развитию осложнений сахарного диабета.

4. *Непоследовательный тип.* Пациент знает основные способы управления диабетом, но использует их в повседневной жизни для самоконтроля время от времени, в зависимости от влияющих факторов. Например, резкое ухудшение состояния здоровья, мешающее повседневной жизни (снижение зрения или появление боли в ногах вследствие прогрессирующей полинейропатии) повышает мотивацию к самоконтролю, однако после адаптации к состоянию или снижения его остроты, мотивация снова снижается и пациент перестает выполнять рекомендации.

Очевидно, что описываемые типы отношения к самоконтролю пересекается по смысловому содержанию с некоторыми типами, предложенными А. Е. Личко. Отметим, что предлагаемая нами типология направлена на *феноменологию поведения* пациента, а не характеризует черты его личности.

Дальнейшая разработка типологии и проведение эмпирического исследования позволит выявить не только распространенность типов отношения к самоконтролю среди больных с инсулинозависимым сахарным диабетом, но и обнаружить основания для следования тому или иному типу в представлениях самих пациентов.

#### Список литературы:

1. Бергер М. Практика инсулинотерапии / М. Бергер, Е.Г. Старостина, В. Йоргенс, И.И. Дедов. Берлин – Гейдельберг: Шпрингер, 1995. – 365 с.

2. Болотова Н.В., Филина Н.Ю. Дифференцированные программы обучения детей с сахарным диабетом первого типа – [Электронный ресурс]. – URL: <http://pmarchive.ru/differencirovannye-programmy-obucheniya-detej-s-saxarnym-diabetom-1-tipa/> (дата обращения: 14.02.2016).

3. Сахарный диабет в цифрах: действительность и прогнозы – [Электронный ресурс]. – URL: <http://диабет.рф/about-diabetes/risk-factors/diabetes-in-figures> (дата обращения: 14.02.2016).

4. Сахарный диабет у детей и подростков. Консенсус ISPAD по клинической практике / пер. с англ. Т.О. Черновой; под ред. д.м.н., проф. В.А. Петерковой. 2009. – С. 157-165.

5. Старостина Е.Г. Володина М.Н. Роль комплаентности в ведении больных диабетом – [Электронный ресурс]. – URL: [http://www.rmj.ru/articles/endokrinologiya/Roly\\_komplaentnosti\\_v\\_vedenii\\_bolnyh\\_diabetom/](http://www.rmj.ru/articles/endokrinologiya/Roly_komplaentnosti_v_vedenii_bolnyh_diabetom/) (дата обращения: 14.02.2016).

## Лечение и профилактика болезни паркинсона

*Анатолий Владимирович Вощенко*

*к.мед.н., доцент,*

*г. Чита, Россия*

*Марина Тимофеевна Вощенко*

*Надежда Анатольевна Вощенко*

*Василий Анатольевич Вощенко*

*Научно-производственный центр «Исинга»,*

*г. Чита, Россия*

*e-mail: isinga@mail.ru*

***Аннотация.** В статье рассматривается одна из причин развития болезни Паркинсона, связанная с нарушением в организме обмена марганца. Предложен способ профилактики избытка марганца в организме. Полученные положительные изменения клинических симптомов подтверждают эффективность предложенного способа.*

***Ключевые слова:** болезнь Паркинсона, способ лечения.*

***Abstract.** In article one of the reasons of development of an illness of Parkinson connected with violation in a manganese exchange organism is considered. The way of prevention of excess of manganese in an organism is offered. The received positive changes of clinical symptoms confirm efficiency of the offered way.*

***Keywords:** Parkinson's illness, way of treatment.*

Болезнь Паркинсона, это тяжелое заболевание центральной нервной системы, проявляющиеся в дрожании конечностей, скованности, снижении памяти, внимания, нарушении психики больного. Страдают в основном пожилые люди, в последующем они

становятся. Прикованными к постели, которым требуется уход. В некоторых странах заболеваемость достигает 3%. В древней Руси это заболевание называлось – «дрожательное слабоумие». Лечение строилось на посещении бань с завариванием пахучих трав, растирания скованных мышц и суставов, разработкой движений в суставах. Широко применялись различные настои и отвары. Понятно, что в основном использовалось лечение «эмпирически» [1]. Что помогает, то и применяли, причем некоторые способы остались до сих пор. Результаты наших исследований и других авторов дают основание признать причиной этого заболевания нарушения обмена марганца. При избыточном накоплении марганца происходит гибель нейронов подкорковых ганглиев. Причинами накопления марганца в организме является снижение его экскреции, повышенное поступление в организм [1,2].

Исходя из этого, нами разработана и внедрена патогенетическая терапия заболевания, основанная на устранении причин:

1. уменьшение всасывания марганца в кишечнике и снижение его в пище;
2. увеличение экскреции марганца с желчью;
3. восстановление функции печени;
4. защита функции нейронов подкорковых центров;
5. снижение мышечного тонуса и тремора, увеличение объема движений в суставах.

Предполагаемая схема лечения:

1. плодово-ягодный сироп «Забайкальская ранетка» по 25 капель 3 раза в день 2 месяца, в последующем 1 раз в день по 25 капель в течении года;
2. забайкальская мука из проросшей пшеницы 1 мерная ложка в день;

3. желчегонный чай (отвар) по 0,5 стакана 2 раза в день – 1 год;
4. витамины С, Е, РР, В в суточной дозе 3 раза в день – 1 год;
5. распаривание и массаж мышц ежедневно в течении 2 месяцев;
6. кинезиотерапия 10 сеансов в 2 месяца.

Постепенно больные уменьшают прием дофаиновых и нейролептических препаратов.

Таким образом, проводимая коррекция обмена марганца по предложенной схеме показала высокую эффективность. У таких больных уменьшалась выраженность тремора, повышалась двигательная активность. Некоторые пациенты начинали обслуживать себя.

#### Список литературы:

1. Авцын А.П., Жаворонков А.А., Риш М.А., Строчкова Л.С. Микроэлементозы человека // Монография. – М.: Медицина, 1991. – 496 с.
2. Марганец в организме [Электронный ресурс] – URL: <http://zdips.ru/zdorovoe-pitanie/mineraly/1638-marganets-v-organizme-cheloveka.html> (дата обращения 11.01.2016).

УДК 614

### **Стимулирование грудного вскармливания как неотъемлемой части укрепления детского здоровья**

*Радка Николаева Горанова-Спасова*

*ассистент, д-р,*

*факультет общественного здравоохранения,*

*Медицинский университет Софии,*

*г. София, Болгария*

*e-mail: radka.goranova@gmail.com*

**Аннотация.** Стимулирование грудного вскармливания как защитного фактора для здоровья матери и ребенка, является частью более общей концепции укрепления здоровья. В статье рассматривается роль работников здравоохранения в поощрении грудного вскармливания как неотъемлемой части укрепления здоровья детей.

**Ключевые слова:** поощрение грудного вскармливания, общие рекомендации по грудному вскармливанию, медицинские работники, польза для здоровья

**Abstract.** Breastfeeding promotion as a protective factor for mother's and infant's health is a branch of the general concept of health promotion. This article examines the role of health professionals in breastfeeding promotion as an integral part of the promotion of children's health.

**Keywords:** breastfeeding promotion, global breastfeeding recommendations, health professionals, health outcomes.

Поощрение грудного вскармливания как защитного фактора для здоровья матери и ребенка, является частью более общей концепции укрепления здоровья и, по мнению некоторых авторов, является одним из самых экономичных медицинских вмешательств по предотвращению заболеваемости и смертности по определенным причинам и сокращает DALY'S (время, связанное с неработоспособностью). Программы по содействию грудному вскармливанию являются весьма эффективными при улучшении состояния здоровья детей и, по мнению Fairbank и соавт. (2000) вместе с иммунизацией и другими мероприятиями по защите и укреплению здоровья одной из самых уязвимых групп населения – детей, естественное кормление является важным показателем общественного здравоохранения [3].

Для развивающихся стран доказано, что исключительно грудное вскармливание играет большую защитную роль в отношении младенческой смертности и тяжелой заболеваемости. Несмотря на то, что наблюдается тенденция к снижению детской смертности в Болгарии, ее уровень значительно выше, чем в странах ЕС. В экономически развитых странах и странах с переходной экономикой часто недооценивается важность грудного вскармливания в области общественного здравоохранения. Грудное вскармливание хорошо известно как лучшая форма питания для хорошего роста, развития и здоровья ребенка. Грудное молоко является стандартом, с которым нужно сравнить все альтернативные формы питания по отношению к росту, здоровью и развитию младенцев [2, 4].

В последнее десятилетие, многочисленные исследования показывают, что поощрение грудного вскармливания может улучшить состояние здоровья как детей младенческого возраста, так и матерей. У детей кормление снижает риск многих заболеваний, таких как: атопический дерматит, астма, инфекции нижних дыхательных путей и желудочно-кишечного тракта, воспалении среднего уха, некротизирующий энтероколит, высокое кровяное давление и повышенный уровень холестерина в сыворотке крови в зрелом возрасте, сахарный диабет 1 и 2 типа и лейкоза [5, 6]. Надо отметить, что некоторые из этих заболеваний (например, астма, диабет, высокое кровяное давление) социально значимы для нашего общества. Преимущества грудного вскармливания для женщины выражается в защите от следующей беременности, быстрое восстановление веса после родов, снижение риска послеродовой депрессии, меньший риск рака молочной железы и рака яичников, снижение риска перелома бедра [5, 6]. Некоторые более значимые результаты представлены в таблице. 1 и табл. 2.

**Польза грудного вскармливания для здоровья матери и ребенка [5]**

Польза кормления для здоровья	OR/RR/HR*	95% Доверительный интервал
<b>Ребенка</b>		
Острый средний отит	OR 0.60	0.46 – 0.78
Желудочно-кишечные инфекции	OR 0.36	0.32 – 0.41
Диарея	OR 0.36	0.18 – 0.74
Инфекции нижних дыхательных путей	RR 0.28	0.14 – 0.54
Атопичный дерматит	OR 0.78	0.62 – 0.99
Астма в детском возрасте	OR 0.70	0.60 – 0.81
Ожирение	OR 0.76	0.67 – 0.86
Диабет 1 типа (при полном отсутствии грудного кормления)	OR 1.13	1.04 – 1.23
Диабет 2 типа	OR 0.61	0.44 – 0.85
Лейкоз в детском возрасте	OR 0.80	0.71 – 0.91
Синдром внезапной смерти (SIDS)	OR 0.64	0.51 – 0.81
Невротический энтероколит (NEC)	RR 0.42	0.18 – 0.96
<b>Матери</b>		
Диабет 2 типа	HR 0.63	0.54 – 0.73
Рак молочной железы	OR 0.84	0.78 – 0.91
Рак яичников	OR 0.79	0.68 – 0.91
Послеродовая депрессия (при полном отсутствии грудного кормления)	HR 1.25	1.03 – 1.52

Преимущества природного питания для семьи и общества включают и более редкие отсутствия на рабочем месте в связи с сокращением заболеваемости в семье, снижение расходов за еду и здравоохранение, польза для окружающей среды за счет сокращения использования топлива, медикаментов, пластмасс и отходов, связанных с искусственным вскармливанием [6]. В соответствии с этими данными Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и ЮНИСЕФ создали *общую стратегию кормления младенца и маленького ребенка*, которая дает три основных рекомендации, касающихся грудного вскармливания:

1. раннее начало грудного вскармливания (в течение первого часа после рождения);
2. исключительно грудное вскармливание в течение первых шести месяцев жизни ребенка и
3. продолжение кормления грудью до 2

лет, а затем в соответствии с желаниями матери и ребенка [1, 7]. Под «исключительно грудное кормление» подразумевается потребление исключительно грудного молока от рождения до первых 6 месяцев (26 недель) жизни, не принимая другие пищевые продукты и напитки, включая воду, а в случае необходимости, можно добавить витамины, минералы и лекарства.

Целью исследования является оценка позиции по отношению к природному питанию работников здравоохранения и их самооценка о поддержке грудного вскармливания.

Методология исследования – объектом исследования являются знания, отношение и позиция медицинских работников к грудному вскармливанию, как прогноза их поведения, а логической единицей исследования являются: медсестры, акушерки и выпускники специальностей «медсестра» и «акушерка». Для исследования был проведен анонимный социологический опрос 165 специалистов в области здравоохранения. Полученные данные обрабатывались статистически программой SPSS. Для табличной и графической обработки использованы продукты Microsoft office.

### **Результаты:**

1. Демографические характеристики участников исследования представлены в табл. 2.

*Таблица 2*

#### **Демографические характеристики участников исследования**

	Медсестра N=105 %	Акушерка N= 60 %
Возраст (в годах)		
<25 лет	8.6%	5.5%
26-30 лет	5.4%	4.2%
31-35 лет	9.1%	7.9%
36-40 лет	14.6%	9.7%
>41года	26.2%	8.5%
Пол		
Женщины	62%	36.4%

Мужчины	0.6%	0%
Опыт		
Практикующие специалисты	51.5%	26.1%
Практиканты	12.1%	10.3%

2. Роль медицинских работников в пропаганде грудного вскармливания.

86,7% полностью согласны с утверждением «как медицинский специалист я должен поощрять грудное кормление», 10,9% оставались нейтральными по этому вопросу, а 1,2% не согласны.



Рис. 1 Ответы на вопрос: «Как медицинский специалист, должны ли Вы поощрять грудное кормление?».

3. Информированность об общих рекомендациях ВОЗ и ЮНИСЕФ в связи с грудным вскармливанием.

Таблица 3

**Информированность медицинских специалистов об общих рекомендациях ВОЗ и ЮНИСЕФ в связи с грудным вскармливанием**

Утверждение	Верно (%)	Неверно (%)	Не могу ответить (%)	Отсутствуют в системе (%)	Всего (%)
Первое кормление можно осуществить уже в первый час после рождения.	56,4	33,3	10,3	0	100,0
Кормление может продолжаться до 2 лет, хотя ребенок получает и	70,9	21,2	7,9	0	100,0

другую пищу					
Введение твердой пищи (каш, пюре) должно быть сделано около шестого месяца	69,7	26,7	2,4	1,2	100,0

Что касается первой общей рекомендации ВОЗ и ЮНИСЕФ в связи с грудным вскармливанием, немного больше половины опрошенных (56,4%) отмечают как верное утверждение «Первое кормление можно сделать уже в первый час после рождения», 33,3% считают, что это не так, а 10,3% не смогли ответить. Рекомендация ВОЗ и ЮНИСЕФ от 2001 года касается исключительно грудного вскармливания до шести месяцев с последующим введением других продуктов. 69,7% опрошенных считают, что утверждение «Введение твердой пищи (каш, пюре) должно быть сделано около шестого месяца» верно, а 26,7% – неверно. Значительная доля опрошенных медсестер указали, что это неверно и зависимость является статистически значимой ( $\chi^2 = 4,017$ ,  $p = 0,045$ ).

4. Самооценка медицинских работников в поддержку грудного вскармливания.

Таблица 4

**Самооценка медицинских работников при решении рутинных задач, связанных с грудным вскармливанием**

Утверждение	Верно (%)	Неверно (%)	Не могу ответить (%)	Отсутствует в системе (%)	Всего (%)
Могу показать матери, как сцеживать молоко	90,3	3,6	6,1	0	100,0
Могу показать матери, как приложить ребенка к груди, чтобы он сосал правильно	93,3	2,4	4,2	0	100,0

Вопросы «Я могу показать матери, как сцедить молоко» и «Я могу показать матери, как приложить ребенка к груди, чтобы он правильно сосал» должны показать самооценку и уверенность опрошенных медицинских специалистов при поддержке кормящих матерей. 90,3% ответили, что они могут показать кормящей женщине, как сцедить молоко.

Вывод:

Не смотря на то, что 86,70% опрошенных согласны с тем, что поощрение грудного вскармливания является их обязанностью, существуют значительные пробелы в их знаниях о передовой мировой практике в этом вопросе. 33,3% опрошенных не знакомы с рекомендациями о раннем начале грудного вскармливания в течение первого часа после рождения, а 26,7% не знают о важности грудного вскармливания до шести месяцев младенца. В итоге, не следует пренебрегать постоянным и непрерывным обучением в связи с пропагандой природного питания, а привлечение медицинских работников к учебным курсам по этому вопросу увеличит их профессионализм и улучшит их практику.

Список литературы:

1. 55th World Health Assembly. Infant and young child nutrition. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2002 (WHA55.25).
2. Eidelman, A. I., & Schanler, R. J. (2012). Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, 129(3), P. 827-841. Retrieved from [www.scopus.com](http://www.scopus.com).
3. Fairbank L, O'Meara S, Renfrew M, Wooldridge M, Sowden A & Lister-Sharp D (2000) A systematic review to evaluate the effectiveness of interventions to promote the initiation of breastfeeding. *Health Technol Assess* 4. – P. 1-171.

4. Gartner LM, Morton J, Lawrence RA, Naylor AJ, O'Hare D, Schanler RJ & Eidelman AI (2005) Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics 115. – P. 496-506.

5. Ip S, Chung M, Raman G, et al. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Agency for Healthcare Research and Quality; 2007.

6. Programming guide: Infant and Young Child Feeding, UNICEF, 2011.

7. WHO. The optimal duration of exclusive breastfeeding. A systematic review. Geneva: World Health Organization, 2001.

УДК 613:796

### **Профилактика потребления психоактивных веществ**

***Вячеслав Александрович Горовой***

*ст. преподаватель кафедры теории и*

*методики физического воспитания,*

*Мозырский государственный педагогический*

*университет им. И.П. Шамякина,*

*г. Мозырь, Р. Беларусь*

*e-mail: slava.gorovoi1980@mail.ru*

***Сергей Михайлович Блоцкий***

*к.пед.н., декан факультета физической культуры*

*Мозырский государственный педагогический*

*университет им. И.П. Шамякина»,*

*г. Мозырь, Р. Беларусь*

*e-mail: ffk-mgpi@yandex.ru*

***Вячеслав Александрович Черенко***

*к.пед.н., заведующий кафедрой физического воспитания,  
Мозырский государственный педагогический  
университет им. И.П. Шамякина»,  
г. Мозырь, Р. Беларусь  
e-mail: ffk-mgpi@yandex.ru*

***Аннотация.** Статья посвящена проблеме потребления детьми и подростками психоактивных веществ и наркотиков. Предложены основные направления по первичной профилактике потребления психоактивных веществ. Рассмотрены статьи Уголовного кодекса, предусматривающие ответственность за преступления, связанные с наркотиками.*

***Ключевые слова:** профилактика; психоактивные вещества; наркомания.*

***Abstract.** Article is devoted to a problem of consumption by children and teenagers of psychoactive agents and drugs. The main directions on primary prevention of consumption of psychoactive agents are offered. Articles of the Criminal code providing responsibility for the crimes connected with drugs are considered.*

***Keywords:** prevention; psychoactive agents; drug addiction.*

Профилактика является системой мер по предупреждению болезней, сохранению здоровья и продлению жизни человека. Профилактика потребления психоактивных веществ (ПАВ) может быть первичной, вторичной, третичной [1, 2].

*Первичная* профилактика потребления ПАВ направлена на решение задачи – уберечь детей и подростков от первого, во многом рокового употребления ПАВ на ранних этапах их взросления. Она может и должна проводиться широко, повсеместно, со всеми детьми и

подростками школьного возраста, пока они здоровы и не втянуты в роковые пристрастия.

*Вторичная* профилактика имеет целью сохранение здоровья детей и подростков, уже имеющих опыт употребления ПАВ.

*Третичная* профилактика предназначена для продления жизни лиц, страдающих сформированной зависимостью от ПАВ, путем предупреждения рецидивов после лечения.

Вторичную и третичную профилактику организуют профессионально подготовленные специалисты (медицинские и социальные работники, сотрудники соответствующих отделов милиции). Первичной профилактикой в настоящее время занимаются преимущественно врачи и сотрудники правоохранительных органов. Работа по профилактике потребления ПАВ среди несовершеннолетних осуществляется, в первую очередь, подростковыми наркологами диспансеров. Они посещают школы и училища в закрепленных районах, читают лекции перед учащимися. «Трудных» подростков и лиц, замеченных в употреблении ПАВ, ставят на профилактический учет и проводят с ними учебно-воспитательную работу в течение года. Как показывает практика, часть подростков меняет свое поведение и в дальнейшем не употребляет ПАВ.

Периодически органы здравоохранения совместно с органами милиции совершают рейды по выявлению потребителей ПАВ в неблагополучных в этом отношении местах (дискотеки, рынки, пляжи, парки, стадионы). Выявленные лица доставляются на обследование в наркологический диспансер.

Воспитателями и врачами общей практики регулярно читаются лекции, проводятся беседы по проблемам употребления ПАВ и своевременного выявления потребителей одурманивающих средств.

Анализ показывает, что в настоящее время профилактика включает в себя в основном, информационный компонент упреждения ПАВ. Она ориентирована на разъяснение вреда, наносимого этими веществами физическому здоровью, и правовых мер, направленных на борьбу с их потреблением.

Средства массовой информации (СМИ) стали для подростков доминирующим источником информации. Информация, полученная по каналам СМИ, как правило, в последующем является основанием для обсуждения в различных малых группах: в семье, компании друзей, в учебном коллективе. Однако когда первый опыт приема психотропного вещества подростком не совпал с тем, что ему внушили СМИ и соответствующая литература, возникает стойкое недоверие к любой информации относительно наркотических или токсикоматических веществ.

Проводимые мероприятия по первичной профилактике потребления ПАВ нельзя считать эффективными, пока продолжается рост пьянства, алкоголизма, наркомании, токсикомании среди молодежи. Поведение ребенка, подростка, формирование его личности происходит в семье, в школе, и поэтому без самого активного участия педагогов и родителей в первичной профилактике потребления ПАВ рассчитывать на успех не приходится.

Важной составляющей частью первичной профилактики должно стать стремление каждого педагога-предметника при подготовке к проведению уроков по литературе, математике, физике, биологии, химии, физической культуре выявить потенциальные возможности в рамках своего предмета для обращения внимания учащихся на данную проблему. Преподавание практически любой школьной дисциплины с использованием аналогии зависимости одного явления от другого, может предостеречь учеников от употребления наркотиков.

Программа уроков по профилактике вредных пристрастий предложена А.Г. Фурмановым [3], рассчитанная на 15 уроков.

При проведении первичной профилактики применяются различные формы и методы информационного воздействия, адаптированные к молодежной аудитории (КВН, конкурсы, соревнования, тематические шоу, спектакли, сцены, плакаты, выставки и др.). Полезными являются выступления (в ходе проведения мероприятий или перед их началом) врачей, работников милиции, прокуратуры с демонстрацией кино-, видеоматериалов.

*Основные направления первичной профилактики:*

- строгие меры противодействия курению, распространению алкоголя и наркотиков;
- информационно-просветительская работа среди учащихся и их родителей;
- своевременное выявление функционально-несостоятельных семей и коррекция условий семейного воспитания;
- своевременное выявление и разрушение групп, для членов которых характерны отклонения в поведении;
- организация досуга несовершеннолетних в значимых для них и социально-поощряемых формах;
- исследование личностных ресурсов учащихся;
- тренинг социально-психологических навыков устойчивости подростков к употреблению ПАВ. Здесь полезно: а) развитие навыков общения; б) формирование значимой социальной самоидентификации; в) формирование установки на здоровье как на сверхценность.

Существуют факторы, связанные с риском развития злоупотребления ПАВ и зависимости к ним. Это, прежде всего, неблагоприятная домашняя обстановка, особенно когда родители сами злоупотребляют алкоголем, наркотиками или страдают психическими

заболеваниями; неэффективное воспитание, особенно в отношении детей с расстройствами поведения. Другие факторы риска связаны с социальными контактами детей вне семьи и прежде всего в школе, среди сверстников или ближайшего окружения по месту жительства: неадекватное поведение в классе, неуспеваемость и частые пропуски занятий без уважительных причин, недостаточные навыки общения и т. д.

Для уменьшения доступности ПАВ и снижения мотиваций к их потреблению, используют комбинацию трех стратегий:

1. политики общества, направленной на ограничение доступности ПАВ. Это, прежде всего, наличие законодательных норм, регулирующих употребление ПАВ, ограничение возраста их покупки, потребления, времени, форм и мест продажи токсикоматических средств;

2. информации и образования, направленных на предупреждение употребления ПАВ. Наличие программ, предусматривающих образование всего населения, а также обучение людей навыкам межличностных взаимоотношений и здоровым альтернативам употребления ПАВ;

3. организации лечения, помощи и реабилитации больных, страдающих пьянством, алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией.

К сожалению, употребление ПАВ способствует также распространению ВИЧ-инфекции, которая поступает в организм человека, следующими путями:

а) передача инфекции через грязные иглы шприцев при введении наркотиков внутривенно;

б) при случайных половых контактах во время наркотического опьянения;

в) при «очистке» наркотика от токсических веществ, при добавлении в него донорской крови;

г) при укусах с поцелуями других лиц, зараженных этой инфекцией.

Прогноз при таком заболевании неутешителен, т.к. не разработаны лекарственные средства, сыворотки, способные воздействовать на вирус. Рано или поздно наступает смертельный исход от любого присоединившегося заболевания.

Положительная реакция на ВИЧ указывает на то, что человек заразился вирусом иммунодефицита. В течение нескольких лет у такого вирусоносителя могут отсутствовать клинические признаки болезни, и внешне он остается совершенно здоровым, не подозревая о том, что может заразить других людей.

Так как наркомания и наркоторговля представляют серьезную опасность для общества и для каждого отдельного гражданина общество вынуждено принимать меры, чтобы защитить нацию и ограничить сограждан от наркотического дурмана. Между тем зачастую молодые люди, их родители и педагоги не знают о предусмотренной законом ответственности за преступления, связанные с наркотиками.

Поэтому приводим статьи Уголовного кодекса Республики Беларусь в надежде, что данная информация поможет вовремя осознать опасность противоправных поступков и не стать жертвой своего незнания. Ведь незнание законов не освобождает от ответственности.

*Статья 327. Хищение наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров.*

*Статья 328. Незаконный оборот наркотических веществ, психотропных веществ и прекурсоров.*

*Статья 329. Посев или выращивание запрещенных к возделыванию растений, содержащих наркотические вещества.*

*Статья 330. Нарушение правил обращения с наркотическими и психотропными веществами.*

*Статья 331. Склонение к потреблению наркотических средств и их препаратов.*

*Статья 332. Организация либо содержание притонов для потребления наркотических или иных одурманивающих средств.*

В Кодексе Республики Беларусь «Об административных правонарушениях» отсутствуют санкции, предусмотренные за злоупотребление наркотических средств для несовершеннолетних, не достигших 16-летнего возраста. Ответственность за употребление ими наркотических средств без назначения врача возложена на родителей. Административная ответственность за употребление токсикоматических веществ не установлена.

Дети и подростки остаются неподготовленными к резко изменившимся условиям микро- и макросреды и являются наиболее уязвимыми к негативным проявлениям современной жизни. Они легко втягиваются в существующие группы потребителей наркотиков. Попадая впервые в такую группу, несовершеннолетним трудно вырваться из нее, и до 80% из них становятся наркоманами. Причем эта встреча может произойти во дворе дома, за углом школы, на дискотеке, в любом другом месте, где собираются молодые люди.

Учитывая, что к работе по недопущению распространения наркомании и незаконного оборота наркотиков, как правило, причастен ряд министерств и ведомств и других органов госуправления, в республике были приняты меры по объединению их усилий и координации осуществляемой деятельности. В этих целях 30 июня 1995 г. Указом Президента Республики Беларусь была образована Межведомственная комиссия по борьбе с преступностью и наркоманией при Совете Безопасности. Постановлением №583 Кабинета Министров

РБ от 2 сентября 1996 г. была утверждена «Концепция государственной политики по контролю за наркотическими средствами и психотропными веществами и их злоупотреблением в Республике Беларусь».

С 1996 г. в структуре Криминальной милиции создана самостоятельная служба Управления нравов и незаконного оборота наркотиков (УННОН). Укреплены подразделения Комитета государственной безопасности, занимающиеся недопущением и разоблачением международного незаконного оборота наркотических средств. В оперативно-розыском управлении Государственного комитета пограничных войск создан отдел по борьбе с организованной преступностью и оперативные подразделения, в функциональные обязанности которых входит борьба с незаконным оборотом наркотических средств и психотропных веществ. Значительная роль в выполнении Государственной программы возложена на МВД и Министерство здравоохранения.

В настоящее время Республика Беларусь имеет 8 договоров со странами дальнего зарубежья, 7 – со странами СНГ, 11 межправительственных Меморандумов и Соглашений по вопросам борьбы с преступностью. МВД имеет 18 многосторонних соглашений с МВД других государств и 14 – двухсторонних.

#### Список литературы:

1. Грецов А.Г. Физическая культура и спорт в профилактике наркомании и преступности / А.Г. Грецов // Адаптивная физическая культура. – 2009. – №2(38). – С. 37-38.

2. О физической культуре и спорте: Закон Республики Беларусь, 19 июля 2006 г., №150-3 // Нац. реестр правовых актов Респ. Беларусь. – 2002. – №141. – 2/904.

3. Фурманов, А.Г. Формирование здорового образа жизни / А.Г. Фурманов, В.А. Горовой. – 2-е изд. – Мозырь: УО МГПУ им. И.П. Шамякина. – 2014. – 201 с.

УДК 615

**Проблемы рационального использования лекарственных средств**

*Мунх-Эрдэнэ Даишэвэг*

*преподаватель старшей категории кафедры фармацевтики,*

*Дарханская Медицинская Школа,*

*Монгольский Национальный Университет Медицинских Наук*

*г. Дархан, Монголия*

*e-mail: Munkherdene.d@mnuims.edu.mn*

***Аннотация.** Данная статья посвящена изучению рационального использования лекарств у населения Дархан-Уул аймака. Приведены результаты SWOT-анализа по вопросам лекарственного обеспечения и его рационального использования, а также результаты анкетирования у граждан, врачей и фармацевтов о надлежащем использовании лекарственных средств.*

***Ключевые слова:** лекарства, рациональное использование лекарственных средств, государственная политика в области лекарств*

***Abstract.** This article is devoted to the study of rational drug use in the population of Darkhan-Uul aimag. The results of the SWOT-analysis on drug supply and management, as well as the results of the survey of citizens, doctors and pharmacists about the proper use of medicines.*

***Keywords:** drugs, rational drug use, state policy in the field of drugs.*

Основные принципы национальной лекарственной политики Монголии были сформулированы на первой конференции, посвященной ей, в 1993 году.

В 2014 году национальная лекарственная политика была ориентирована на «Содействие рациональному использованию лекарственных средств, удовлетворяющих потребностям населения в области здравоохранения». Данная политика была направлена на обеспечение безопасными, высококачественными, эффективными лекарственными средствами, отвечающих нуждам и потребностям здоровья потребителей, и планируется к проведению в 2014-2018 гг.

Основной задачей является провести оценку осведомленности граждан Дархан-Уул аймака о правильном использовании лекарств, и далее определить метод информирования и обучения граждан о надлежащем использовании лекарственных средств.

В рекомендациях, дающихся в документах ВОЗ о рациональном использовании лекарственных средств, особое внимание уделяется следующим вопросам:

- Выбору при любой болезни эффективных препаратов, с минимальными побочными эффектами
- Определению дальнейшего использования препарата, в зависимости от контроля результатов лечения
- Предотвращению негативных последствий, возникающих во время использования лекарств
- Взаимодействию препарата с другими лекарственными средствами и его использованию вместе с едой.

В статье 2, пункт 4.2 закона о «Лекарствах и медицинском оборудовании» сказано, что государственная лекарственная политика нацелена на непрерывное и доступное снабжение здравоохранительных учреждений, ветеринарных клиник и населения высокоактивными,

качественными, зарегистрированными препаратами, а также на *обеспечение их рационального использования*. В п. 4.4 указано, что национальная лекарственная политика имеет отражение в политике правительства, центральных и местных органов власти, и реализована в рамках их деятельности, что показывает важность правильного местного планирования.

### **Материалы и методы.**

Основными методами исследования были SWOT анализ рационального использования лекарств среди населения Даран-Уул аймака, а также анкетирование.

SWOT анализ рационального использования лекарственных средств

Внутренняя среда		Внешняя среда	
Сильные стороны (S)	Слабые стороны (W)	Возможности-Благоприятные условия (O)	Угрозы-Неблагоприятные условия (T)
<ul style="list-style-type: none"> <li>– В ДУА-е имеется филиал Монгольского Государственного Университета медицинских наук</li> <li>– Персонал с двойной квалификацией /врач–преподаватель, фармацевт-преподаватель/</li> <li>– Относительно большое количество частных больниц и аптек</li> <li>– Возможность разрабатывать учебные программы для общественности</li> <li>– Наличие субъективных факторов использования</li> <li>– Расположен в центральной области, так что хорошо развита интернет среда.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Высокая плотность населения</li> <li>– Различный уровень медицинского персонала в области профессионального образования /дипломированный лечащий врач и медсестра со степенью бакалавра.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Преподаватели всех уровней образовательных учреждений будут вовлечены</li> <li>– Возможность сотрудничества с больницами и медицинскими вузами на всех уровнях</li> <li>– Все члены семьи могут принимать участие</li> <li>– Врачи учебных учреждений имеют возможность пройти переподготовку.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Информационная ограниченность из-за отсутствия возможности своевременно получать информацию через ТВ и радио.</li> <li>– Не соответствие стандартам <i>рецептов*</i> выписываемых врачами</li> <li>– Негативное влияние на продажи лекарств в аптеках.</li> </ul>

## Результаты и обсуждение

1. В сводной таблице приведены некоторые ответы из анкет участников исследования

Таблица 1

Вопрос	Да n(%)	Иногда n(%)	Нет n(%)
Идете ли вы в аптеку после приема у врача?	9(18)	23(46)	18(36)
Покупаете ли вы в аптеках лекарства по которым требуется рецепт именно по рецепту?	13(26)	13(26)	24(48)
Когда вы устали или заболели делаете ли вы уколы и капельницы в домашних условиях?	41(82)	7(14)	2(4)
Принимали ли вы произвольно антибиотики?	38(76)	5(10)	7(14)

Из вышеизложенной таблицы видно, что лекарства используются не рационально. Например: 76% опрошенных произвольно используют антибиотики, 82% делают уколы и капельницы в домашних условиях, а 48% опрошенных ответили, что получают лекарства, отпускаемые только по рецепту, без него.

2. На вопрос о том «Для кого стоит проводить обучения о рациональном использовании лекарств?» фармацевты ответили, что гражданам, врачам врачам, а население фармацевтам, что показывает на более частое общения между гражданами и фармацевтами.

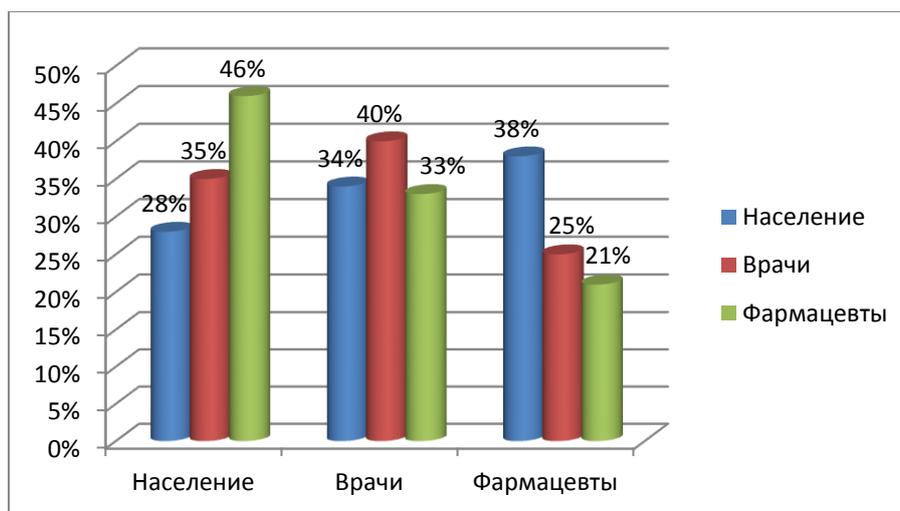


Рис. 1. Для кого проводить обучение рациональному использованию лекарств?

3. На многовариантный вопрос о том, «Какие лекарства вы в основном покупаете в аптеках?» 44 ответили, что анальгетики, 41 – витамины, 39 лекарства от гриппа, 36 – антибиотики, 31 – серд.сосуд, 16 – противомифецц...

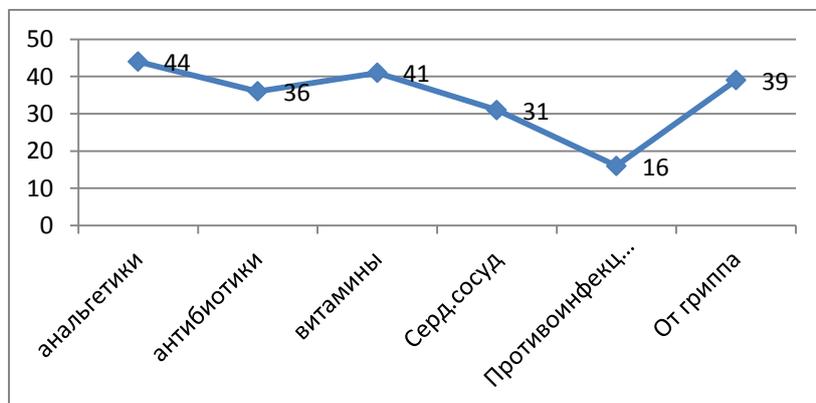


Рис. 2. Часто покупаемые лекарства из аптек.

4. При опросе граждан об осведомленности о лекарствах выдаваемых по рецепту 62% опрошенных ответили что средне, 34% плохо, 4% хорошо, а при просьбе назвать лекарства, отпускаемые по рецепту, называли антибиотики, наркотические и психотропные средства, что указывает на редкость данного вида информации в аптеках и СМИ.

5. На вопрос о том, «Кто дает Вам предписания и ркомендации по лекарствам?» 58% ответили, что фармацевты, что еще раз указывает на более плотную связь между населением и фармацевтами.

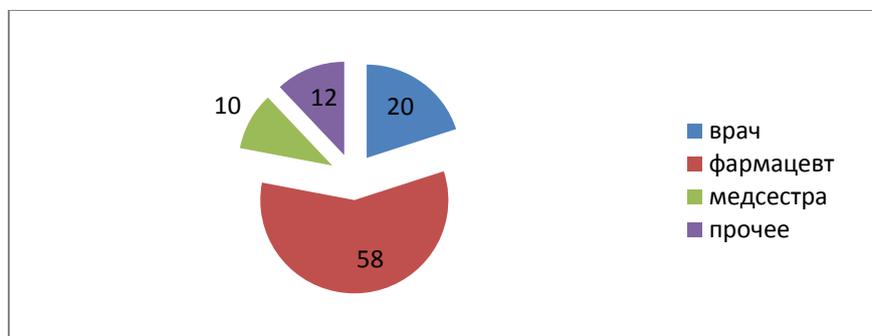


Рис. 3. Предписания и рекомендации по лекарственным средствам гражданам.

6. На открытый вопрос о том «В какой форме Вам удобнее принимать информацию о лекарственных средствах?» граждане предложили следующие варианты:

– Через учреждение, постоянно проводящее обучение.

– ТВ, радио / Но в некоторых случаях, дает необъективную информацию.

– Газеты, стенды, плакаты.

– Интернет.

Заключение:

1. Из некоторых результатов исследования видно, что у населения отсутствуют надлежащие знания о рациональном использовании лекарств. 48% приобретают лекарства из аптек без наличия рецепта, 82% делают инъекции в домашних условиях, а 76% произвольно используют антибиотики.

2. Для обеспечения рационального использования лекарственных средств у граждан целесообразно проводить образовательные программы.

Список литературы:

1. Батхуяг П. Основы клинической фармакологии. «Мунхийн үсэг», Улан-Батор, 2000. – 150 с.

2. Батхуяг П, Оргил Б. Справочник лекарств и их рационального использования. Улан-Батор., 2009. – 150 с.

3. Журнал «Информация по лекарственным средствам», 2008. – №6. – 88 с.

4. Журнал «Информация по лекарственным средствам», 2012. – №2. – 90 с.

5. Закон «Об охране здоровья граждан» (с изменениями и дополнениями 2010). – 40 с.

6. Общественная информация 2014 г. №53/856/.

7. Одончимэг Д. Сборник нормативных правовых актов об охране здоровья граждан. 2008. – 240 с.

УДК 616.839+612.821.2/.3+159.922:303.6

**Возможности реабилитации детей с психовегетативным синдромом**

***Анна Валериевна Дубовая***

*к.мед.н., доцент кафедры педиатрии и неонатологии,  
факультет интернатуры и последипломного образования,  
Донецкий национальный медицинский университет  
им. М.Горького,  
г. Донецк*

***Елена Владимировна Пшеничная***

*к.мед.н., доцент,  
заведующая кафедрой педиатрии и неонатологии,  
факультет интернатуры и последипломного образования,  
Донецкий национальный медицинский университет  
им. М.Горького,  
г. Донецк*

***Елена Вячеславовна Бордюгова***

*к.мед.н., доцент,  
доцент кафедры педиатрии и неонатологии,  
факультет интернатуры и последипломного образования,  
Донецкий национальный медицинский университет  
им. М.Горького,  
г. Донецк*

***Наталья Александровна Тонких***

*к.мед.н., доцент кафедры педиатрии и неонатологии,*

*факультет интернатуры и последипломного образования,  
Донецкий национальный медицинский университет  
им. М.Горького,  
г. Донецк*

**Владислав Геннадьевич Конов**

*заведующий отделением детской кардиохирургии и реабилитации*

*Института неотложной и восстановительной*

*медицины им. В.К. Гусака,*

*г. Донецк*

*e-mail: doneck.pediatrics-fipo@list.ru*

***Аннотация.** В статье описаны проявления психовегетативного синдрома у 119 детей 7-16 лет. Представлены результаты использования мексикара и фенибута в комплексной программе реабилитации пациентов.*

***Ключевые слова:** дети, психовегетативный синдром, мексикар, фенибут.*

***Abstracts.** The manifestations of psychovegetative syndrome in 119 children aged from 7 till 16 years are presented. The results of the use Mebicar and Phenibut in a comprehensive program of rehabilitation of patients are discussed.*

***Keywords:** children, psychovegetative syndrome, Mebicar, Phenibut.*

Термин «психовегетативный синдром» (ПВС) в середине XX века предложил немецкий исследователь W. Thiele для обозначения дисбаланса вегетативной регуляции деятельности внутренних органов, возникающего в ответ на психогенный стресс [2]. Несмотря на то, что ПВС не является самостоятельной нозологической единицей, большинство врачей используют этот термин в своей практике для

синдромального описания психогеннообусловленных полисистемных вегетативных изменений [1,3]. Согласно результатам эпидемиологических исследований, до 80% пациентов с различной соматической патологией имеют ПВС [1]. Имеющиеся клинические проявления, указания на нередкую трансформацию вегетативной дисфункции в неинфекционную хроническую патологию последующих возрастных периодов определяют актуальность раннего выявления ПВС и эффективного устранения имеющихся изменений с использованием патогенетически обоснованных лечебно-реабилитационных мероприятий [1, 2, 3, 6, 8].

Изучение проявлений психовегетативного синдрома у детей с различной соматической патологией, разработка лечебно-реабилитационных мероприятий для детей с ПВС стало целью работы.

Материалы и методы. Обследованы 119 детей (65 девочек и 54 мальчика) в возрасте от 7 до 16 лет с психовегетативным синдромом и различной соматической патологией (нарушения ритма сердца, первичная и вторичная артериальная гипертензия, хронический гастрит, хронический гастродуоденит, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, бронхиальная астма), которые находились на стационарном лечении в отделении детской кардиологии, кардиохирургии и реабилитации Института неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака (ИНВХ), а также наблюдались в консультативной поликлинике ИНВХ.

Комплекс проведенного обследования включал сбор и анализ жалоб по специально разработанному опроснику; объективный осмотр с измерением артериального давления (АД); стандартную электрокардиографию (ЭКГ); 24-часовое мониторирование ЭКГ и АД (СМАД), оценку variability ритма сердца (ВРС). Оценку состояния вегетативной нервной системы проводили комплексно на основании данных ВРС, опросника В.В. Седнева [7] с анализом по шкале

«вегетативные расстройства», цветового теста Люшера (ЦТЛ) с расчетом коэффициента хронического стрессового состояния по Г.А. Аменеву [4]. Оценку психоэмоционального статуса проводили комплексно с использованием опросника В.В. Седнева [7] и ЦТЛ [4]. Для оценки качества жизни детей использовали специальный опросник «Качество жизни детей, больных вегетативной дисфункцией» по Н.В. Хайтовичу [9].

Комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий включал: лечебно-охранительный режим с достаточной продолжительностью ночного сна и обязательным дневным отдыхом; обогащение рациона питания продуктами, богатыми калием, кальцием и магнием; лечение соматического заболевания согласно клиническим протоколам; групповой психотренинг [5] с ежедневными сеансами в течение 2 недель; массаж головы и воротниковой зоны ежедневно в течение 10 дней или точечный самомассаж в домашних условиях; контрастный душ с последующим растиранием махровым полотенцем; электрофорез с 6% раствором NaBr на воротниковую зону в течение 10 дней. Основываясь на результатах предыдущих исследований, при наличии у ребенка с ПВС повышенной тревожности и диссомнии в комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий включали мебикар, при сочетании повышенной тревожности с депрессивным и астеническим синдромом использовали фенибут (согласно инструкции по применению препаратов) [6]. Курс лечения мебикаром и фенибутом составил 3 недели.

Критерии эффективности включали динамику жалоб, показателей психоэмоционального и вегетативного статуса исходно и после окончания 21-дневного курса лечения. Качество жизни детей оценивали исходно и через 1 месяц после окончания 21-дневного курса лечения.

Статистическую обработку результатов исследования проводили с использованием лицензионного программного пакета для статистического анализа «MedStat».

Результаты и обсуждение. Исходный анализ жалоб детей с психовегетативным синдромом свидетельствовал об их наличии у 117 (98,3±1,2%) обследованных, при этом 67 (56,3±4,5%) детей предъявляли их самостоятельно, у 50 (42,0±4,5%) пациентов они были выявлены при активном опросе врача. Независимо от основного соматического заболевания, наиболее часто детей беспокоили головная боль (90 чел., 75,6±3,9%) и боль в области сердца (62 чел., 52,1±4,6%). Головокружение отмечали 59 (49,6±4,6%) чел., боль в животе – 55 (46,2±4,6%) чел., учащенное сердцебиение – 49 (41,2±4,5%) чел., повышенную потливость – 41 (34,5±4,4%) чел., чувство неполноты вдоха – 25 (21,0±3,7%) чел., тошноту – 19 (16,0±3,4%), ощущение жара – 15 (12,6±3,0%) чел., частое мочеиспускание – 6 (5,0±2,0%) чел.

Обращало внимание наличие у всех обследованных астеноневротического синдрома (повышенная утомляемость при физической нагрузке, раздражительность, обидчивость, «страхи» и др.) независимо от пола, возраста, продолжительности клинических проявлений основного заболевания. Нарушения сна в виде позднего засыпания, беспокойного, поверхностного сна, ночных пробуждений имели 41 (34,5±4,4%) чел.

На стандартной ЭКГ у 27 (22,7±3,8) чел. зарегистрирована синусовая аритмия, у 25 (21,0±3,7%) чел. – синусовая тахикардия. Согласно результатам анализа 24-часового мониторирования ЭКГ, в дневное время при эмоциональных переживаниях и физических нагрузках у 37 (31,1±4,2%) обследованных констатированы эпизоды синусовой аритмии, у 32 (26,9±4,1%) пациентов – пароксизмы синусовой тахикардии; в ночное время у 15 (12,6±3,0%) детей

зарегистрирована синусовая брадикардия. При анализе показателей СМАД обращало внимание неадекватное повышение АД на эмоциональное напряжение и физическую нагрузку у 79 ( $66,4 \pm 4,3\%$ ) чел.

У 71 ( $59,7 \pm 4,5\%$ ) чел. отмечено снижение pNN50 (на 23%) и RMSSD (на 17%) в сравнении со здоровыми сверстниками, что свидетельствовало о повышении активности симпатического отдела ВНС [1].

Полученное комплексное лечение оказало положительный эффект на самочувствие 67 ( $56,3 \pm 4,5\%$ ) детей: в сравнении с исходными данными статистически значимо уменьшилось количество пациентов, предъявлявших жалобы на кардиалгии, цефалгии, головокружение, боль в животе. Положительные изменения отмечены в психоэмоциональном статусе 49 ( $41,2 \pm 4,5\%$ ) больных. Так, статистически значимо ( $p < 0,001$ ) в сравнении с исходными данными уменьшились проявления тревожности, диссомнии, реже наблюдалась обидчивость, раздражительность, плаксивость, что сопровождалось снижением степени конфликтности по данным опросника Седнева В. В. После окончания курса лечения у 55 ( $46,2 \pm 4,6\%$ ) пациентов статистически значимо уменьшилась степень выраженности хронического стрессового состояния. Проводимое комплексное лечение оказало положительный эффект на восстановление симпатико-вагального баланса у 67 ( $56,3 \pm 4,5\%$ ) детей: повышение в сравнении с исходными данными pNN50 на 14% и RMSSD на 12%. Согласно результатам стандартной ЭКГ и 24-часового мониторирования ЭКГ и АД, после окончания лечения у детей с ПВС достоверно чаще в сравнении с исходными данными регистрировалась нормальная частота сердечных сокращений и уровень АД.

Таким образом, психовегетативный синдром у детей с различными соматическими заболеваниями (функциональными и органическими) характеризовался соматовегетативными симптомами и изменениями психоэмоционального статуса. Проведение комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий привело к улучшению самочувствия и состояния детей, уменьшению степени тревожности, диссомнии, конфликтности, восстановлению симпатико-вагального баланса у 53,0±4,1% детей.

#### Список литературы:

1. Акарачкова Е.С. К вопросу диагностики и лечения психовегетативных расстройств в общесоматической практике / Е. С. Акарачкова // Лечащий врач. – 2010. – №10. – С. 5-8.
2. Вегетативные расстройства: клиника, лечение, диагностика / Под ред. проф. Вейна А.М. – М.: Медицинское информационное агентство, 2003. – 752 с.
3. Котова О.В. Возможности лечения психовегетативного синдрома / О. В. Котова // Трудный пациент. – 2011. – Т. 9, №12. – С. 31 – 34.
4. Максименко Ю.Б. Цветовая символика в экспериментально-психологических исследованиях: Учебное пособие. – Донецк: «Эра Психологии», 2004. – 72 с.
5. Нагорна Н.В. Немедикаментозна терапія і профілактика вегетосудинної дисфункції у дітей та підлітків: автореф. дис.на здобуття наук. ступеня доктора мед. наук: спец. 14.01.10 «Педіатрія» / Н. В. Нагорна. – К., 2001. – 37 с.
6. Нагорная Н.В. Психовегетативный синдром у детей и возможные пути его коррекции / Н. В. Нагорная, А. В. Дубовая, Е. В. Бордюгова // Таврический медико-биологический вестник. – 2013. – Т.16. – №3. – Ч.1 (63). – С. 110-115.

7. Седнев В. В. Детский опросник неврозов (ДОН) (методические указания) / В.В. Седнев, З.Г. Збарский, А.К. Бурцев. – Донецк. – 1997. – 8 с.

8. Симпатико-вагальный баланс у детей с вегето-сосудистой дисфункцией и возможность его коррекции / Нагорная Н.В., Дубовая А.В., Пшеничная Е.В. и др. // Современная педиатрия. – 2013. – №5 (53). – С. 140-146.

9. Хайтович М.В. Нейропсихосоматичні співвідношення у дітей з вегетативними дисфункціями / М.В. Хайтович // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 1999. – №4. – С. 84-85.

УДК 614;614.2

**Дополнительное добровольное медицинское страхование в  
системе современного здравоохранения: распространённость среди  
населения России**

*Анна Ивановна Дударь*

*аспирант 1-го года обучения,*

*Институт биологии и биомедицины,*

*Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского,*

*г. Нижний Новгород, Россия*

*студентка 5 курса юридического факультета,*

*Московский университет им. С.Ю. Витте – филиал*

*в г. Нижний Новгород,*

*г. Нижний Новгород, Россия*

*e-mail: aid-queen@rambler.ru*

***Артём Андреевич Костригин***

*ассистент кафедры психологии управления,*

*Нижегородский государственный университет*

*им. Н.И. Лобачевского,  
г. Нижний Новгород, Россия  
e-mail: artdzen@gmail.com*

**Тимур Маратович Хусяинов**  
*аспирант 1-го года обучения,  
Факультет социальных наук,  
Нижегородский государственный университет*

*им. Н.И. Лобачевского,  
г. Нижний Новгород, Россия  
студент 6 курса юридического факультета,  
Московский университет им. С.Ю. Витте – филиал в  
г. Нижний Новгород,  
г. Нижний Новгород, Россия  
e-mail: timur@husyainov.ru*

**Аннотация.** *Авторы данной работы рассматривают такое явление как добровольное медицинское страхование, его распространённость среди населения России и особенности группы, которая пользуется добровольным медицинским страхованием: экономические, гендерные, возрастные различия.*

**Ключевые слова:** *Добровольное медицинское страхование, медицинская помощь, медицинские услуги.*

**Abstract.** *The authors of this work consider such a thing as voluntary health insurance, its prevalence among the population of Russia, and especially the group that uses the voluntary health insurance: economic, gender, age differences.*

**Keywords:** *Voluntary medical insurance, medical care, medical services.*

**Введение.** В настоящее время в России медицинское страхование существует в двух видах: обязательном и добровольном. Несмотря на то, что все население страны застраховано по программе обязательного медицинского страхования (ОМС), на рынке страховых услуг существует достаточно много предложений по добровольному медицинскому страхованию (ДМС), подобная ситуация является естественной реакцией на возникновение среди потребителей спроса на дополнительные или более качественные медицинские услуги.

Добровольное медицинское страхование – это современный способ получить качественную многопрофильную медицинскую помощь, ДМС имеет существенные преимущества перед программой Обязательного медицинского страхования, т.к. существенно расширяет число медицинских учреждений, в которые может обратиться застрахованное лицо, а также спектр получаемых им медицинских услуг.

Система здравоохранения страны должна поддерживать [6] и поддерживаться усилиями отдельных лиц и общества, направленные на достижение более высокого уровня здоровья и качества жизни населения.

**Цель.** В рамках данной работы мы рассмотрим насколько добровольное медицинское страхование распространено в современной России, и определим то, какая часть населения пользуется данной формой страхования и кто оплачивает данную страховку – сам работник или его работодатель.

**Материалы и методы.** В качестве эмпирической основы исследования выступает Панель по индивидам РМЭЗ-ВШЭ за 2014 год – репрезентативная выборка (N=12899), для обработки данных был использован программный пакет SPSS Statistics 21.

**Результаты.** В ходе анализа данных нами было выявлено, что всего 3,1% респондентов пользуются системой добровольного медицинского страхования, при этом среди мужчин этот процент немного выше – 3,8%, чем среди женщин, которых только 2,6%.

Рассматривая группу тех, кто пользуется дополнительным медицинским обслуживанием, можно отметить, что существует две категории: те, кто оплачивают добровольное медицинское страхование самостоятельно (19,4%), и те, чей работодатель оплачивает (77,7%) (небольшое число респондентов не указали, кто оплачивает их взносы по добровольному медицинскому страхованию), при этом самостоятельная оплата взносов более характерна для женщин – 26,5% против 13,2% среди мужчин.

Рассматривая категорию тех, кто самостоятельно оплачивает взносы по добровольному медицинскому страхованию следует отметить такие ключевые аспекты как их возраст и уровень дохода. Данная группа людей в основном относится к возрастной категории 25-34 года и имеет заработную плату (после уплаты налогов) 10-15 тыс. рублей.

Для категории работников, чей работодатель оплачивает взносы по добровольному медицинскому страхованию более интересно в каких отраслях это более распространено. Наибольшее число респондентов имеющих добровольное медицинское страхование работают в сферах связи и торговля, бытовое обслуживание (по 18,2%); в то время как в секторах СМИ, общественного питания, IT-технологий, промышленности, финансах и юриспруденции, оказания услуг населению, науке и образовании, армии, охранных структурах и военно-промышленном комплексе отсутствует вовсе.

**Выводы:**

Из полученных нами результатов видно, что добровольное медицинское страхование пока ещё в малой степени распространено в

России и в основном связано с социальным обеспечением со стороны работодателя, нежели с личной инициативой граждан, при этом распространено лишь в некоторых сферах и отсутствует в наиболее опасных для работника, связанных с обеспечением безопасности и промышленностью. При этом наибольшее значение ДМС имеет для работников проживающих в эпидемически опасных зонах и работающих на предприятиях с повышенной травмоопасностью, а также тех кто имеет предрасположенность к некоторым заболеваниям.

Те же граждане, которые самостоятельно оплачивают взносы по добровольному медицинскому страхованию относятся к наиболее активному трудовому населению и к средней по доходам прослойке работников.

#### Список литературы:

1. Добровольное медицинское страхование в России: факторы поступательного развития // Финансы. 2010. – №9. – С. 56-61.
2. Климин В.Г., Князева Е.Г. Теоретические и финансово-организационные основы медицинского страхования // Известия Уральского государственного экономического университета. 2007. – №1. – С. 122-126.
3. Потапова И.С., Глушченкова А.С. Добровольное медицинское страхование // Вестник Совета молодых учёных и специалистов Челябинской области. 2013. – №1(2). – С. 9-10.
4. Федеральный закон от 29.11.2010 г. №326-ФЗ (ред. от 28.07.2012 г.) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» // Российская газета. 2010. 3 декабря, Российская газета. 2012. – 30 июля.
5. Черепанова И.С., Говоров А.М. Добровольное медицинское страхование в Российской Федерации: опыт развития и перспективы

оказания качественных медицинских услуг // Вестник Росздравнадзора. – 2010. – №S1. – С. 50-52.

6. Чешмеджиева А., Янева Р., Златанова Т. Связь между состоянием здоровья населения и экономическим ростом // Вестник по педагогике и психологии Южной Сибири. – 2014. – №1. – С. 65-70.

УДК 614.7 (571.55)

**Влияние радиационной обстановки в Забайкальском крае на  
здоровье населения**

*Лусине Мануловна Жамкочан*

*магистр, социологический факультет,*

*Забайкальский государственный университет,*

*г. Чита, Россия*

*Научный руководитель: Евгения Михайловна Кривошеева*

*к.мед.н., доцент*

*Забайкальский государственный университет,*

*г. Чита, Россия*

*Аннотация.* В статье обсуждаются экологические проблемы Забайкальского края, связанные с природным радиационным фоном и нагрузкой организма забайкальцев солями тяжелых металлов в результате загрязнений атмосферы. Превышение ПДК по тяжелым металлам и радионуклидам неблагоприятно сказывается на состоянии здоровья детей дошкольного возраста. Авторы предлагают эффективные способы индивидуальной защиты от радионуклидов и солей тяжелых металлов.

*Ключевые слова:* радиационный фон, загрязнение атмосферы, тяжелые металлы, радионуклиды.

***Abstract.** In article are discussed the environmental problems of Transbaikal region connected with a natural radiation background and loading of an organism of locals of Transbaikal salts of heavy metals as a result of pollution of the atmosphere. Excess of maximum concentration limit on heavy metals and radionuclides adversely affects a state of health of children of preschool age. Authors offer effective ways of individual protection from radionuclides and salts of heavy metals.*

***Keywords:** radiation background, pollution of the atmosphere, heavy metals, radionuclides.*

Качество среды обитания является одним из ведущих факторов, влияющих на состояние здоровья населения. В настоящее время ВОЗ считает, что в 25% окружающая среда определяет состояние здоровья населения, а к 2050 году этот показатель возрастет до 70%. Забайкальский край является особой зоной Российской Федерации. Кроме сложных климатических условий, наше здоровье зависит от «невидимого врага» – радиационного излучения природного, антропогенного и солнечного, причем все виды в избытке имеют место быть на территории Забайкальского края.

Своеобразие природных условий обусловлено внутриконтинентальным положением и исключением влияния океанов. Резко континентальный климат характеризуется малым количеством атмосферных осадков, холодной продолжительной зимой, относительно жарким и влажным летом, большими суточными и годовыми колебаниями температуры воздуха, короткими переходными периодами осенью и весной. Атмосфера Забайкалья обладает малой способностью рассеивать выбросы загрязняющих веществ. В зимний период весь город погружен в грязное атмосферное «озеро». Это связано с тем, что в холодные дни загрязненный городской воздух не поднимается выше

850–900 метров. В целом положение таково, что при одинаковых выбросах загрязняющих веществ в атмосферу в Читинской области уровень загрязнений вдвое больше, чем в европейской части России. Среднегодовое содержание загрязняющих веществ (пылью, оксидом и диоксидом азота, фенолом, формальдегидом и сажей) имеет тенденцию к росту. Чита относится к числу городов России, наиболее загрязненных бензпиреном (даже в самые благоприятные летние месяцы наблюдается двойное, тройное и более значительное превышение ПДК по нему), в зимние месяцы ПДК превышает более чем в 100 раз.

На территории Читинской области неглубоко залегают магматические горные породы и продукты их разрушения, в которых повышено содержание радиоактивных элементов. По разломам земной коры происходит эмиссия радона. Наиболее опасные ситуации по радиоактивному фону сложились в городах Балей и Краснокаменск, где вблизи жилой застройки аномалии достигают 1500 мкР/час. В г. Краснокаменск – за один год добыча урана составляет 5 млн. фунтов (2268 тонн). В пос. Октябрьский добывают уран-молибденовое сырье, поэтому радиоактивное загрязнение превышает фоновое в 380 раз, в питьевой воде – до 1000 раз. В городе Балее чрезвычайная обстановка обусловлена добычей в прошлом тория из моноцитового песка, который был использован в качестве строительного материала. В атмосфере г. Балей регистрируются высокотоксичные вещества: ртуть, свинец, мышьяк, в концентрациях в 50 раз превышающих ПДК [4].

На территории области имеет место загрязнение земель радионуклидами. Многие годы Приаргунское ПГХО сбрасывало неочищенные шахтные воды в падь Бамбакай и тем самым подвергло загрязнению долину на протяжении 40 км. В окрестностях г. Балей площадь в 100 га загрязнена радионуклидами.

В целях обеспечения радиационной безопасности населения в Забайкальском крае постоянно проводится работа в соответствии с Федеральными законами №52-ФЗ от 09.01.1999 г. «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», нормами радиационной безопасности, основными санитарными правилами обеспечения радиационной безопасности населения.

Федеральный закон от 9 января 1996 г. №3-ФЗ «О радиационной безопасности населения» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1996, N 3, ст.141). определил критерии оценки радиационной безопасности в форме радиационно-гигиенической паспортизации. Данная система в Забайкальском крае работает почти в 40 населенных пунктах края.

В 2013 году в составе сети радиационного мониторинга (СМР) ФГБУ «Забайкальское УГМС» на территории Забайкальского края работали 39 пунктов по измерению мощности экспозиционной дозы гамма-излучения (МЭД) на местности; в 13 пунктах осуществлялся отбор проб выпадений из атмосферы; в одном пункте (г. Чита) – отбор проб аэрозолей из приземного слоя атмосферы. Наблюдения за величиной МЭД проводились ежедневно в 15 часов местного времени (в Чите – в 10 час. 30 мин и 15 час.00 мин.) во всех пунктах с использованием дозиметров типа ДРГ и ДБГ. С пунктов наблюдений, расположенных в 100-км зоне вокруг радиационно опасного объекта (РОО) – ОАО «Приаргунское ПГХО», сведения о величине МЭД поступали ежедневно. В эту зону входят Александровский Завод, Борзя, Доно, Забайкальск, Кайластуй, Краснокаменск и Приаргунск. Во время поверки дозиметров ДРГ и ДБГ измерение МЭД на 3 станциях осуществлялось приборами ДП-5.

Оценка радиационного фона проведена по результатам измерений МЭД, выполненных с использованием высокочувствительных

дозиметров ДРГ и ДБГ. В течение 2013 года мощность экспозиционной дозы гамма-излучения на территории края была в пределах колебаний естественного радиационного фона по России (6-20 мкР/ч), за исключением отдельных дней, когда регистрировались значения МЭД, превышающие 20 мкР/ч

Среднее за год значение МЭД составило 14 мкР/ч, максимальное значение – 28 мкР/ч отмечено в пос. Чернышевск. Повышенная, по сравнению со средней по территории Забайкальского края (14 мкР/ч), величина МЭД часто наблюдалась в населенных пунктах: Акша, Балей, Борзя, Краснокаменск, Красный Чикой, Кыкер, Кыра, Мангут, Могзон, Нерчинск, Оловянная, Петровск-Забайкальский, Приаргунск, Средняя Олекма, Чернышевск. Максимальное среднегодовое значение МЭД (17 мкР/ч) отмечено в г. Краснокаменск, г. Петровск-Забайкальский и с. Средняя Олекма. В городе Чита среднегодовое значение МЭД 14, максимальное – 18.

В 2013 году было отобрано и проанализировано 4732 пробы атмосферных выпадений. Средняя за год суммарная бета-активность выпадений из атмосферы по территории края изменялась от 1,1 Бк/м<sup>2</sup> в сутки до 1,6 Бк/м<sup>2</sup> в сутки и в среднем составила 1,3 Бк/м<sup>2</sup> в сутки (таблица 3.2.2), что несколько выше уровня прошлого года (в 2012 году – 1,2 Бк/м<sup>2</sup> в сутки). Максимальная суточная величина (11,2 Бк/м<sup>2</sup> в сутки) наблюдалась в г. Чите 20-21 июля и по оценке уровней радиоактивного загрязнения окружающей среды не достигла критического значения (12,0 Бк/м<sup>2</sup> в сутки).

В связи с тем, что организм человека, проживающего в Забайкальском крае, постоянно находится в радиоактивной зоне, именно накопление радионуклидов в организме определяет прежде всего онкологическую заболеваемость. Накопление радионуклидов характеризует суммарная МЭД, которую просто не измеряют. Организм

каждого отдельно взятого человека работает по-своему, и выведением радионуклидов занимаются прежде всего элиминирующие органы человека. При заболеваниях печени и почек, пониженном иммунитете, плохом белковом питании риск накопления радионуклидов значительно возрастает. Загрузка тяжелыми металлами усугубляет этот риск.

Данные причины обуславливают высокую степень заболеваемости населения онкологическими и другими заболеваниями. По данным сайта независимых экологов России, Чита входит в первую семерку по взрослой онкологии и в первую пятерку по детской онкологии.

При исследовании состояния здоровья детей, проживающих в зоне устойчивого загрязнения, по сравнению с условно чистым выявлено, что общая заболеваемость увеличена в 1,3-1,5 раза, наблюдается удлинение сроков течения заболеваний, рост числа часто болеющих детей (68-72% от всех обследованных на участке); в структуре заболеваемости преобладает патология органов дыхания (78-84%), заболевание кожи и подкожной клетчатки (4-6%) и болезни органов пищеварения (3-5%). В ходе биомониторинга за содержанием тяжелых металлов в волосах у детей, проживающих в зоне устойчивого загрязнения установлены достоверные различия по свинцу, цинку, ртути, кадмию, меди, никелю, хрому и марганцу. Содержание в волосах марганца в 5 раз, хрома – в 7 раз, кадмия – в 6 раз, железа – в 3 раза превышает фоновые значения.

Мы не можем повлиять на природные источники загрязнения, поэтому нужно искать другие пути защиты организма от радионуклидов. Незаменимыми здесь являются сорбенты, особенно природные. Выводить радионуклиды помогает свекла, яблоки (продукты, богатые пектинами), которые обязательно должны присутствовать в ежедневном рационе забайкальцев. Необходимо развивать хелатную терапию. И, главное, нужна такая диагностика,

которая покажет хроническое накопление радионуклидов в организме. Один раз в год каждому жителю Забайкалья необходимо выезжать за пределы края в отпуск в чистую зону, где организм сам будет оздоравливаться, что для большинства жителей просто невозможно, так как мы очень сильно удалены от цивилизации. Все эти вопросы решить самостоятельно невозможно, населению необходимы разработанные программы по оздоровлению на региональном и Федеральном уровне, поэтому данные материалы были представлены в Общественную палату Забайкальского края, обсуждались на заседании, посвященном проблемам экологии края, были включены в доклад и представлены в Думу Забайкальского края.

УДК 616-008: 615.225+616-088

**Выявляемость некоторых компонентов метаболического синдрома среди населения**

*Хафиза Искандаровна Жураева*

*к.мед.н. ст. преподаватель кафедры внутренних болезней,*

*Бухарский государственный медицинский институт,*

*г. Бухара, Р. Узбекистан*

*e-mail: rome\_1987@inbox.ru*

***Аннотация. Цель.** Изучение состояния выявляемости некоторых компонентов метаболического синдрома среди неорганизованного населения в первичном звене здравоохранения. **Методы исследования.** Популяционные, клинические, инструментальные, биохимические, статистические. **Результаты наблюдения.** В статье приведены результаты изучения состояния выявляемости некоторых компонентов метаболического синдрома среди неорганизованного*

населения. С возрастом происходит увеличение частоты этих заболеваний и патологических состояний. Данные исследования о выявляемости основных компонентов метаболического синдрома могут служить базой для разработки и реализации лечебно-профилактических программ по лечению и профилактике метаболического синдрома

**Ключевые слова:** артериальная гипертензия, гиперлипидемия, сахарный диабет, абдоминальное ожирение, метаболический синдром

**Abstract. Purpose.** Study of the state of detection of some components of the metabolic syndrome among the unorganized population in primary care.

**Research methods.** population, clinical, instrumental, biochemical, statistical. **Results of monitoring.** The article presents results of Study of the state of detection of some components of the metabolic syndrome among the unorganized population. With age, increasing the frequency of these diseases and pathological state. Research data on the detection of basis components of metabolic syndrome may serve as a basis for design and implementing preventive and treatment programs for the treatment and prevention of metabolic syndrome.

**Keywords:** Hypertension, Hyperlipedemia, Diabetes, Abdominal obesity, Metabolic syndrome.

Метаболический синдром (МС) относится к одной из наиболее важных проблем современной медицины. В патогенезе МС большую роль играет инсулинрезистентность, при которой бета-клетки поджелудочной железы увеличивают секрецию инсулина в результате чего развивается гиперинсулинемия. Избыточная продукция инсулина повышает активность СНС, вызывает вазоконстрикцию и повышение минутного объема кровообращения, увеличивает синтез липопротеидов

очень низкой плотности, формируется атерогенная дислипидемия и ожирение [4,5]. На начальных этапах патологического процесса гиперинсулинемия компенсирует отрицательные эффекты инсулинрезистентности. Вместе с тем, при повышенной продукции инсулина происходит дальнейшее увеличение степени инсулинрезистентности. В результате этих процессов формируется нарушение толерантности к глюкозе и в последующем развивается явный сахарный диабет [1-3].

Цель исследования: Изучение состояния выявляемости некоторых компонентов метаболического синдрома среди неорганизованного населения в первичном звене здравоохранения.

Материалы и методы: проведено исследование распространенности и выявляемости некоторых компонентов метаболического синдрома среди 796 человек от 20 до 69 лет одной поликлиники г. Бухара, представляющих репрезентативную выборку женщин и мужчин.

Измерение А/Д проводилось дважды на обеих руках, с интервалом не менее 5 минут и при оценке артериального давления (АД) учитывались средние значения 2-х измерений. За нормальное АД принимали значения систолическое артериальное давление (САД)  $\leq 139$ ; диастолическое артериальное давление (ДАД)  $\leq 89$ , Артериальная гипертензия (АГ) – САД  $\geq 140$ ; ДАД  $\geq 90$ . Избыточная масса тела рассчитано по формуле:  $\text{вес(кг)}/\text{рост(м)}^2, \geq 25$ , а уровни ИК  $\geq 30$  принимаются за ожирение. Содержание липидов в венозной крови определяли на анализаторе «Hospitex». Изучали уровни холестерина (ХС) и триглицеридов (ТГ). За гиперхолестеринемию (ГХ) принимали значения ХС  $\geq 6,1$  ммоль/л, а за гипертриглицеридемию (ГТГ) – уровень ТГ  $\geq 1,7$  ммоль/л.

Результаты и обсуждения.

Полученные данные свидетельствуют о том (табл. 1), что среди женщин, у которых в ходе скринирующего обследования была выявлена АГ, у 14,9% из них АГ не была выявлена ранее в лечебно-профилактическое учреждение (ЛПУ). У мужчин частота не выявленных случаев АГ ещё выше – 22,0%. Вместе с тем, среди лиц, у которых в ходе скринирующего обследования не была выявлена АГ, это заболевание было установлено у 6,12% женщин и 3,13% мужчин.

Таким образом, можно заключить, что в обследованной популяции имеет место недостаточная выявляемость АГ, а с другой – имеет место гипердиагностика этого заболевания.

Таблица 1

**Выявляемость артериальной гипертонии врачами ЛПУ**

Пол	Наличие АГ	АГ выявлена в ходе исследования		АГ не выявлена в ходе исследования	
		N	%	n	%
Мужчины	Выявлено в ЛПУ	39	78,0	6	3,13
	Не выявлено в ЛПУ	11	22,0	186	96,87
Всего среди мужчин		50	100,0	192	100,0
Женщины	Выявлено в ЛПУ	97	85,09	27	6,12
	Не выявлено в ЛПУ	17	14,91	414	93,88
Всего среди женщин		114	100,0	441	100,0

*Примечание: в таблице отмечены различия показателей у женщин и мужчин.*

Далее была проанализирована выявляемость сахарного диабета и НТГ среди обследованного контингента. Показано, что распространённость НТГ среди женщин составила 20,0%, а среди мужчин – 20,75%. Следует заметить, что частота впервые выявленного сахарного диабета оказалась практически в 2 раза выше среди женщин (3,09%), чем среди мужчин (1,66%). Различия в частоте впервые выявленного сахарного диабета у женщин и мужчин статистически значимы ( $p < 0,05$ ). Согласно полученным данным (табл. 2), в ЛПУ среди

мужчин было выявлено только 2,0% НТГ, а среди женщин менее одного процента – 0,91%.

Таблица 2

**Выявляемость врачами ЛПУ сахарного диабета и НТГ**

Пол	Наличие гипергликемии	НТГ		СД выявленный ранее		СД выявленный впервые	
		п	%	п	%	п	%
Мужчины	Выявлено в ЛПУ	1	2,0	6	100,0	–	0,00
	Не выявлено в ЛПУ	49	98,0	–	0,00	4	100,0
Всего среди мужчин		50	100,0	6	100,0	4	100,0
Женщины	Выявлено в ЛПУ	1	0,91	12	85,71	–	0,00
	Не выявлено в ЛПУ	109	99,09	2	14,29	17	100,0
Всего среди женщин		110	100,0	14	100,0	17	100,0

*Примечание: В таблице указана достоверность различий между показателями мужчин и женщин.*

Особое внимание следует обратить на тот факт, что из выявленных в ходе скринирующего обследования случаев сахарного диабета среди женщин (31 человек), врачами ЛПУ было выявлено ранее только у менее чем половины случаев – 45,16% (14 человек), у остальных 54,84% больных женщин (17 человек) сахарный диабет не был выявлен. Среди мужского контингента выявляемость сахарного диабета оказалась несколько выше – 60%. Вместе с тем у 40% мужчин, страдающих диабетом это заболевание не было выявлено.

Одним из важнейших компонентов метаболического синдрома является абдоминальное ожирение.

**Выявляемость врачами ЛПУ абдоминального ожирения**

Пол	Наличие абдоминального ожирения	Есть абдоминальное ожирение		Нет абдоминального ожирения	
		N	%	n	%
Мужчины	Выявлено в ЛПУ	8	13,33	4	2,21
	Не выявлено в ЛПУ	52	86,67	177	97,79
Всего среди мужчин		60	100,0	181	100,0
Женщины	Выявлено в ЛПУ	55	23,4	6	1,89
	Не выявлено в ЛПУ	180	76,6	311	98,11
Всего среди женщин		235	100,0	317	100,0

*Примечание: В таблице указана достоверность различий между показателями мужчин и женщин.*

Как оказалось, у 86,67% мужчин, у которых при скринирующем обследовании (табл. 3) было выявлено абдоминальное ожирение, врачи ЛПУ не диагностировали эту патологию. Вместе с тем, среди женщин процент не выявленных случаев абдоминального ожирения оказался несколько ниже – 76,6%. Следует обратить внимание на следующий факт – пациентам с нормальной окружностью талии сообщали о наличии у них ожирения (1,89% у женщин и 2,21% у мужчин).

Согласно рекомендациям Международной группы по ожирению (1997) ИМТ и ожирение выявляется на основе оценки индекса Кетле, отражающего рост-весовые показатели.

Анализ состояния выявляемости ИМТ и ожирения показал (таб. 4), что в лечебно-профилактических учреждениях ИМТ выявляется только у 31,58% женщин и у 11,11% мужчин, указанные различия оказались статистически значимы ( $p < 0,05$ ). Ситуация с выявлением ожирения в ЛПУ обстоит несколько лучше. В ЛПУ ожирение было выявлено у 60,78% женщин и 62,07% мужчин. Требуется особого

внимания то, что 62,42% случаев ожирения у женщин и 88,89% ожирения у мужчин не были диагностированы в ЛПУ.

Таблица 4

**Состояние выявления ИМТ и ожирения в ЛПУ**

Пол	Наличие ИМТ и ожирения	ИМТ		Ожирение	
		N	%	n	%
Мужчины	Выявлено в ЛПУ	10	11,11	18	62,07
	Не выявлено в ЛПУ	80	88,89	11	37,93
Всего среди мужчин		90	100,0	29	100,0
Женщины	Выявлено в ЛПУ	36	31,58	62	60,78
	Не выявлено в ЛПУ	78	68,42	40	39,22
Всего среди женщин		114	100,0	102	100,0

*Примечание: В таблице указана достоверность различий между показателями мужчин и женщин.*

Согласно данным ряда исследований, наличие гиперлипидемии существенно повышает риск сердечно-сосудистой смертности. В связи с этим изучена частота гиперлипидемии в обследованной популяции (табл. 5).

Вызывает тревогу тот факт, что ни у одного мужчины с ГХ врачами ЛПУ не было выявлено гиперлипидемии. Среди женщин с ГХ в ЛПУ было выявлено только 6,67% случаев (табл.6).

Таблица 5

**Выявление гиперлипидемии врачами ЛПУ**

Пол	Наличие гиперхолестеринемии	ГХ есть		ГХ нет	
		n	%	n	%
Мужчины	Выявлено в ЛПУ	–	–	–	–
	Не выявлено в ЛПУ	14	100,0	76	100,0
Всего среди мужчин		14	100,0	76	100,0
Женщины	Выявлено в ЛПУ	2	6,67	–	–
	Не выявлено в ЛПУ	28	93,33	181	100,0
Всего среди женщин		30	100,0	181	100,0

Таким образом, не выявленными остаются 100,0 гиперхолестеринемии у мужчин и 93,33% у женщин.

Ещё более неблагоприятная картина отмечается в отношении выявления в ЛПУ случаев гипертриглицеридемии (табл. 6). Согласно полученным данным, среди женщин с ГТГ врачами ЛПУ выявлено только 2,33% случаев. Это в 2,86 раза ниже, чем выявляемость ГХ среди женского контингента.

Таблица 6

**Выявление гипертриглицеридемии в ЛПУ**

Пол	Наличие гипертриглицеридемии	ГТГ есть		ГТГ нет	
		n	%	n	%
Мужчины	Выявлено в ЛПУ	–	–	–	–
	Не выявлено в ЛПУ	21	100,0	69	100,0
Всего среди мужчин		21	100,0	69	100,0
Женщины	Выявлено в ЛПУ	1	2,33	1	0,6
	Не выявлено в ЛПУ	42	97,67	167	99,4
Всего среди женщин		43	100,0	168	100,0

Выводы: Таким образом, среди неорганизованного населения имеет место высокая распространенность и недостаточная выявляемость основных компонентов метаболического синдрома. Врачи лечебно-профилактических учреждений не дают должное внимание на раннее выявление некоторых компонентов метаболического синдрома.

Список литературы:

1. Алешин С. Метаболический синдром X: состояние высокого риска. Орто-молекулярная медицина. – 2003. – С. 56.
2. Каюмов У.К, Адилова М.С, Хатамова ДТ. Результаты многолетних исследований метаболического синдрома // V Конгресс Ассоциации кардиологов стран СНГ и Ассоциации кардиологов Узбекистана, Ташкент, 2005. – С. 92.
3. Консенсус Международной Федерации Диабета по определению метаболического синдрома // перевод с английского под редакцией Исмаилова С.И. – (2007).

4. Linne Y Effects of obesity on women's reproduction and complications during pregnancy // Obes Rew. – 2004. – Vol. 5, №3. – P 137-143.

5. Kaplan N.M. The deadly quartet: upper-bodu-obesity, glucose intolerance, hyprtriglyceridemia and hypertension // Arch.intern.Med. – 1989. – Vol.149, P. 1514-1520.

УДК 616-02

**Единая этиопатогенетическая концепция развития всех ХНИЗ (хронических неинфекционных заболеваний) человека. Часть I. регуляторные механизмы физической жизни и смерти человека**

*Алла Евгеньевна Зеленская*

*врач-гинеколог, Медцентр «Татмед»,*

*г. Пушкино, Россия*

*e-mail: alla-zelenskaya@yandex.ru*

*Аннотация.* С точки зрения автора основой физического существования является сохранная и по возможности правильная функция надпочечников (Н), многогранно и надёжно взаимосвязанная и страхуемая всеми функциями центральной нервной системы (ЦНС) через периферические отделы вегетативной нервной системы (ВНС), а также всеми эндокринными органами.

**Ключевые слова:** *жизнь, смерть человека, регуляторные механизмы.*

**Abstract.** *From the point of view of the author of the physical basis of human existence is safe and proper function of the adrenals (M), multifaceted and interconnected securely and insure all functions of the Central nervous*

*system (CNS) through the peripheral divisions of the autonomic nervous system (ANS) and endocrine organs.*

**Keywords:** *the life, the death of a person, regulatory mechanisms.*

Практически любой человек в течение жизни раньше или позже вынужденно сталкивается с проблемами личного здоровья в виде самых разных хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ).

Представленная концепция сформировалась на основе знаний по общей физиологии, собственного клинического опыта ведения гинекологических больных и беременных с разнообразной патологией, что требовало постоянно пополняемых знаний в самых разных областях медицины. Целью её является приглашение к дискуссии всех заинтересованных профессионалов.

Надпочечники – парные эндокринные железы, являющиеся для нашего организма «дирижёром», синхронизирующим и оптимизирующим его функционирование на протяжении всей жизни, начиная со 2-го триместра внутриутробного существования. От их функциональной полноценности напрямую зависит качество и продолжительность нашей жизни. При неблагоприятных – в самом широком смысле – условиях существования, определяемых как острый или хронический стресс, организм начинает задействовать разнообразные механизмы компенсации, направленные на оптимизацию функции Н с целью её максимального сохранения и пролонгации. Эти реакции постепенно трансформируются в хронические неинфекционные заболевания человека (ХНИЗ).

Механизм саморегуляции функции надпочечников – тройной, гуморальный и через ЦНС-ВНС, а дополнительно – через периферическую ВНС – поистине уникален своей надёжностью. К тому же базальный уровень ГКС (глюкокортикостероидов) в организме очень

индивидуален и способен к самостабилизации на «заданном» организмом уровне. Тогда понятно, почему при хроническом стрессе любого происхождения повышается базальный уровень ГКС и возникает состояние гиперкортизолизма: как реакция на повышение уровня АКТГ- воздействием «сверху» (психогенный стресс), либо «снизу» (физические, химические, инфекционные и прочие стрессовые агенты) через ВНС. Окончательное звено в процессе умирания организма, причём всегда, – прекращение функции Н, когда кора надпочечников не в состоянии уже ответить на адреналиновую стимуляцию, и с последней «безответной» порцией адреналина рвётся замкнутый механизм регуляции надпочечников – ВНС, и ВНС – надпочечниками.

Надпочечниковая недостаточность (НН) – бывает острой, подострой, хронической. Острая НН – исход некупируемого шока. В отсутствие экстренной помощи она и является непосредственным механизмом смерти. Подострая НН – механизм растянутой во времени агонии. При отсутствии срочной помощи (или её неэффективности в связи с необратимыми изменениями печени и почек) заканчивается полной декомпенсацией состояния и смертью. Хроническая НН (ХНН) – может быть латентной (тенденция к гиподинамии, «лени» и «совизму» при отсутствии явных обменных нарушений и каких-либо заболеваний), субклинической (синдром хронической усталости, депрессивные состояния), выраженной клинически (болезнь Аддисона). Правильнее называть ХНН, конечно, только болезнь Аддисона. Остальные состояния лучше именовать хронической функциональной недостаточностью надпочечников (ХФНН), т.к. снижение функции их мозга, а соответственно, и коры, вызвано не его недостаточностью, а носит, особенно при латентном состоянии ХФНН, компенсаторный, охраняющий организм от дополнительных проблем, характер.

Субклиническое состояние носит пограничный характер с возможностью как улучшения ХФНН, так и перехода в состояние гипер- или гипокортизолизма с дальнейшими незавидными перспективами (см. ниже). Особого внимания заслуживает состояние латентной ХФНН (ЛХФНН). Латентная стадия, являясь всего лишь охраняющим конкретный организм функциональным механизмом компенсации, может годами персистировать без явного ухудшения и даже улучшаться в случае оптимизации жизненного уклада индивида (оптимизация физических и психических нагрузок, правильный режим и питание, минимизация и строгие показания к лекарственной терапии по любым поводам). По сути ЛХФНН всегда обусловлена врождённой относительной слабостью глюкокортикоидной функции Н при сохранности всех остальных. С возрастом и у здорового человека неизбежно происходит очень медленное «физиологическое» нарастание ЛХФНН, переходящее раньше или позже в реальную НН. У здоровых женщин отсчёт этого состояния начинается с менопаузы, как правило, беспроблемной. У здоровых мужчин процесс нарастания ЛХФНН ассоциирован с очень медленным и постепенным развитием гипогонадизма, в полной мере отвечая принципу «каждому – своё», как по своим заслугам, так и по заслугам многих поколений предков. Нарастание и декомпенсация «физиологической» ХНН – непосредственный механизм мирной смерти практически здорового человека во сне под утро (между 3-4 часами ночи) в самом преклонном возрасте – «смерть от старости».

Теперь – о механизмах «болезненного» умирания. Есть пограничные функциональные состояния надпочечников, непосредственно приводящие к развитию всех человеческих ХНИЗ, от которых мы как бы, в основном, и умираем. Хотя на самом деле умираем мы – всегда – от острой, подострой или декомпенсации

хронической НН по одному из вышеописанных её типов. А все наши ХНИЗ–попытки организма максимально оптимизировать и сохранить ГКС-функцию Н в предложенных ему условиях. Смерть наступает «от ХНИЗ», когда организм – часто с нашей же помощью под маской не вполне адекватного лечения – все возможности по компенсаторным реакциям для сохранения своей физической жизни исчерпал. Вот стадии нашего печального движения к мучительному концу:

- гиперкортизолизм-гипокортизолизм;
- гипoadрeналиновое состояние (ГАС).

К чисто функциональным следует отнести только первое из перечисленных состояний. Следующие связаны, скорее всего, с необратимым аутоиммунным поражением Н, степень и выраженность которого может быть крайне вариabельной.

Гиперкортизолизм – стойкое повышение базального уровня ГКС, при сохранённых функциональных возможностях Н. От болезни Иценко-Кушинга это состояние отличается отсутствием нарушения минералокортикоидной функции и нестабильностью клинических проявлений, обусловленных стремлением организма решить эту проблему. В той или иной степени он непременно её решает: либо возвращением к норме, либо – развитием компенсаторных реакций, расцениваемых нами, как функциональные нарушения или заболевания. Первый симптом латентного гиперкортизолизма – избыточная масса тела. Второй, часто параллельный, – запоры спастического характера. Состояние гиперкортизолизма может практически бесследно компенсироваться адекватными мероприятиями, даже немедицинскими.

Гипокортизолизм – хроническое, но крайне вариabельное по симптоматике и степени выраженности состояние относительного, в той или иной степени, истощения глюкокортикоидной функции надпочечников. От ХФНН его отличает неадекватная (извращённая)

функция симпато-адреналовой системы (САС). Состояние хронического гипокортизолизма является, как правило, исходом хронического гиперкортизолизма и лежит в основе развития любых ХНИЗ. Транзиторная, и сперва, как правило, весьма эпизодическая, гипертония – самый первый и обязательный симптом развивающегося гипокортизолизма. Подъёмы АД обусловлены временной активацией САС в условиях тех или иных стрессов и нагрузок при неадекватном им уровне ГКС. Более поздний симптом: никтурия, ГАМП у женщин (мужчин, как впрочем, и женщин от этих неприятностей страхуют андрогены – пока их в организме достаточно). Механизм этих явлений один: значительные пиковые выбросы КА на фоне физиологического недостатка ГКС, поддержанные затем выбросом кортизола. От болезни Аддисона гипокортизолизм отличает, опять же, практически не сниженная катехоламиновая и минералокортикоидная функция Н, также задействованные в сдерживающих прогрессирование гипокортизолизма компенсаторных процессах. Как катехоламиновая, так и минералокортикоидная функция надпочечников при состоянии гипокортизолизма первоначально не снижается, а извращается. У детей гипокортизолизм может проявляться синдромом гиперактивности, у подростков, и не только, – немотивированной агрессией. Однако именно в этих возрастных группах возможна практически полная ремиссия патологического состояния по мере роста при правильной лечебной тактике, а иногда – и спонтанно.

Гипоадреналиновое состояние (ГАС) – нарушение выработки и биологического действия КА в организме. Может быть связано с целым рядом причин, как органических, так и функциональных, и лежит в основе очень серьёзных состояний. Бывает острым (гипоадреналиновый криз = ишемический инсульт), хроническим и транзиторным. Хроническое ГАС является, по-видимому, исходом аутоиммунного

процесса и наиболее тяжёлым нарушением функции Н. Без поддерживающе-заместительной терапии (ПЗТ) небольшими дозами препаратов ГКС по индивидуально подобранной схеме (возможно, эпизодически) нарушение функций Н и, соответственно, всего организма, прогрессирует и приводит пациента к непереносимой инвалидизации либо фатальному исходу в момент острого функционального напряжения Н. Хотя при щадящих условиях существования организма возможно и длительное состояние субкомпенсации ГАС, однако качество жизни при этом непременно и значительно снижено. От латентной и субклинической ХФНН ГАС отличает то, что в первом случае Н однозначно, а во втором – с некоторым напряжением, вполне ещё способны на повышение функции «мозга» в ответ на стресс, хотя бы временно, и способны, хотя бы временно, в случае необходимости, скомпенсировать возникающие в организме на фоне его личных «катаклизмов» проблемы за счёт адекватного ответа коры (при латентной ХФНН кора просто несколько функционально слабее, чем «мозг», а базальная выработка КА и её пики снижены, видимо, по механизму обратной связи). В случае же хронического ГАС организм необратимо убирает «лишние» КА, то есть «ставит планку» верхнего их уровня в организме в связи со значительным необратимым истощением ГКС-функции коры Н. И уже даже на незначительное повышение уровня эндогенных КА при любом напряжении следует не кортизоловый ответ, а блокирующее симпатoadrenalовую систему (САС) действие механизма ингибиции MAO. И тогда последствия стресса при ГАС в условиях отсутствия медикаментозной коррекции ГКС-функции Н очевидны: декомпенсация состояния организма вплоть до фатального исхода. Основным симптомом развивающегося ГАС – периодические транзиторные головокружения, не имеющие явной органической причины.

Более детально на отдельных аспектах развития этих состояний здесь я останавливаться не буду, так как это – слишком обширная тема. О роли других эндокринных органов и гормонов человеческого организма в компенсаторных процессах, направленных на сохранение ГКС-функции Н, частично изложено в публикации №2 списка литературы. Продолжение темы – в статье №2.

Список литературы:

1. Бесчастнова О.И, Дербилова Т.П., Зеленская А.Е, Карцева Т.П., Михайлова О.В. Авторская методика профилактики и лечения ХНИЗ (хронических неинфекционных заболеваний) в различных нозологических группах, у обоих полов, у взрослых и детей. Личный сайт «Доктор Алла» (doctor-alla.ru), 2013 г. [Электронный ресурс] – Режим доступа. – URL: <http://doctor-alla.ru/wp-content/uploads/MYI-3.rtf> (от 18.10.2013).

2. Бортный Н.А., Бортная Т.Н. Нормальная физиология., М., «ЭКСМО», 2011. – 384 с.

2. Зеленская А.Е. К вопросу об этиологии и лечении эндометриоза. Тезисы VII Общероссийского научно-практического семинара «Репродуктивный потенциал России», «Status Praesens». – М., 2014. – С. 29-30.

3. Образовательный проект Status Praesens. – [Электронный ресурс] – Режим доступа. – URL: <http://praesens.ru> (дата обращения 11.01.2016).

**Единая этиопатогенетическая концепция развития всех ХНИЗ  
(хронических неинфекционных заболеваний) человека. Часть II.  
регуляторные механизмы развития ХНИЗ человека. ФЦ –  
ключ к здоровью человека**

*Алла Евгеньевна Зеленская*

*врач-гинеколог, Медцентр «Татмед»,*

*г. Пушкино, Россия*

*e-mail: alla-zelenskaya@yandex.ru*

***Аннотация.** Все хронические неинфекционные заболевания человека (ХНИЗ), включая неинфекционные осложнения беременности, являются далеко зашедшими реакциями компенсации, направленными на максимальную пролонгацию функции *H* и, соответственно, физической жизни индивида. Развитие конкретных ХНИЗ у каждого человека зависит от состояния его генома и опосредуется индивидуальными особенностями его фолатного цикла*

***Ключевые слова:** болезнь, регуляторные механизмы, фолатный цикл.*

***Abstract.** From the point of view of the author of the physical basis of human existence is safe and proper function of the adrenals (M), multifaceted and interconnected securely and insure all functions of the Central nervous system (CNS) through the peripheral divisions of the autonomic nervous system (ANS) and endocrine organs. All chronic non-communicable diseases (NCDS), including non-infectious complications beremennosti are far advanced compensatory reactions aimed to the maximum possible prolongation of the function *H* and, consequently, the physical life of the individual. The development of specific chronic diseases in every person depends on the condition of its entire genome and is mediated by the individual characteristics of its folate cycle (FC).*

**Keywords:** *disease, regulatory mechanisms, folate cycle.*

Каков же механизм развития ХНИЗ, как компенсаторных реакций на стресс? Частично об этом – в публикации №2 списка литературы. Зависят конкретно запускаемые организмом механизмы компенсаторного характера от следующих факторов: 1. Исходное состояние организма в момент стресса. Очень многогранное понятие: от условий зачатия индивида, течения беременности у его матери – до возраста в момент того или иного стресса, правильного и полноценного питания индивида в течение всей жизни и отсутствия либо наличия личных вредных привычек. 2. Сила, характер и продолжительность стресса. Это очень индивидуальное понятие – как для каждого индивида, так и для каждого момента его жизни, начиная с момента имплантации в материнский организм. 3. Генетический вариант ФЦ индивида. 4. Скрытые проблемы, имеющиеся в индивидуальном геноме: любые мутации, предрасполагающие к конкретным заболеваниям, в т.ч. и к онкологии. Особое значение имеют тромбофилические мутации – Лейдена (F5) и протромбиновая (F2). В случае сочетания с «неудачным» ФЦ именно их вынужденная «компенсация» становится причиной внезапной смерти в молодом возрасте и при беременности по типу тромбофилических катастроф и/или острой сердечно-сосудистой недостаточности.

При прочих равных условиях реакциями **первого уровня** компенсации являются:

- ожирение;
- недиагностируемые как нозологические единицы кожные поражения;
- симптооматические и функциональные гинекологические проблемы у женщин.

Проявления компенсации первого уровня, как правило, обратимы и хорошо поддаются правильной коррекции. Далее следуют реакции **второго уровня:**

- латентный аутоиммунный тиреоидит, быстро переходящий в латентную или субклиническую гипофункцию щитовидной железы;
- гинекологические заболевания у женщин пролиферативного характера.

Второй уровень компенсации необратим, но хорошо поддаётся коррекции, в том числе и немедикаментозной. Реакции **третьего уровня** – самые разнообразные заболевания в пределах МКБ, причём в случае запущенных проблем пресловутый метаболический синдром является, увы, самой «надёжной» защитой (по независимому от нас мнению нашего организма) от ...преждевременной его смерти! Спектр наиболее вероятных ХНИЗ для каждого человека определяется его личной генетической предрасположенностью и особенностями его фолатного цикла, который опосредует практически любые процессы жизнедеятельности организма. Основной функцией ФЦ, по современным представлениям, является перенос и донаторство метильных групп, без которых жизнедеятельность любых клеток человека практически невозможна. В процессе функционирования ФЦ происходит также синтез заменимых аминокислот глицина и цистеина, обмен серина. Но если рассматривать ФЦ шире, то он имеет более или менее опосредованное отношение практически ко всем биохимическим процессам в организме. ФЦ представляет собой замкнутую систему, состоящую из цикла фолатов (ЦФ) и цикла метионина (ЦМ). Причём, если в цикле фолата (ЦФ) одноуглеродные (метиленовые, метильные) группы используются преимущественно для синтеза нуклеотидов, то в цикле метионина (ЦМ) метильные группы идут, прежде всего, на непосредственный синтез и обмен белков и липидов. А также на крайне

важный для организма процесс метилирования ДНК и на инактивацию лекарств, гормонов и других химических агентов и биологически активных веществ, предупреждая этим аутоиммунные и неопластические процессы в организме – как опосредованно, так и непосредственно. ФЦ определяется – по общепринятым представлениям – четырьмя генами:

MTHFR (метилентетрагидрофолатредуктаза) I (C>T)

MTHFR (метилентетрагидрофолатредуктаза) II (A>C)

MTR (метионинсинтетаза) (A>G)

MTRR (метионинсинтетазаредуктаза) (A>G)

Соответственно, теоретически возможен 81 вариант ФЦ по этим генам, каждый из которых будет характеризоваться вполне определёнными особенностями проявления в условиях индивидуального человеческого организма и даже внешними фенотипическими особенностями человека.

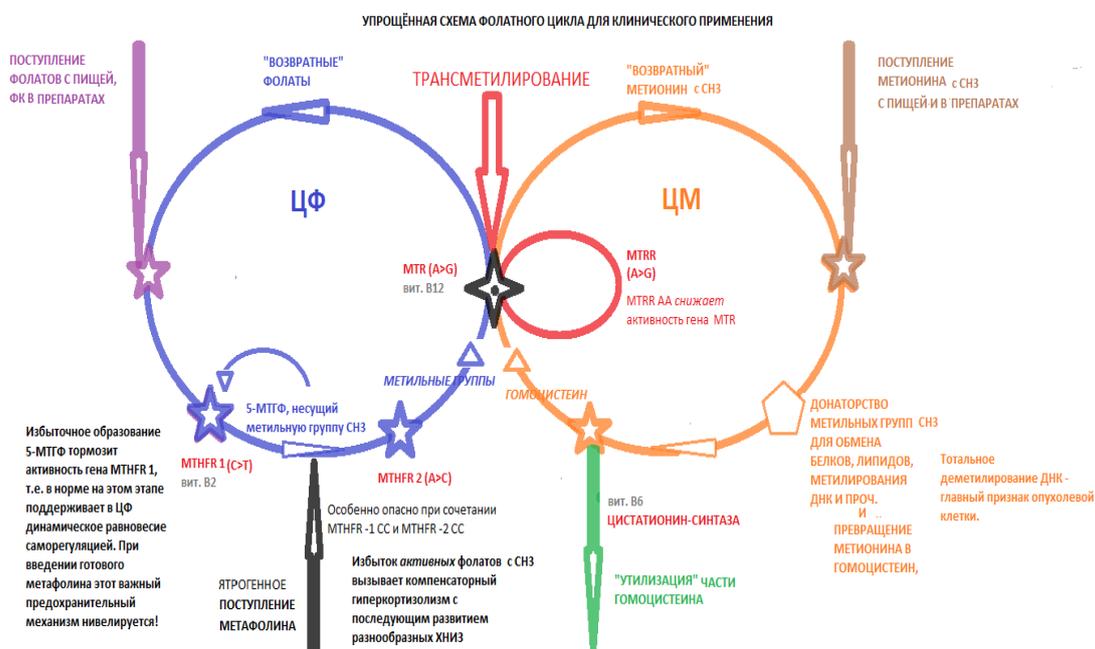


Рис.1. Упрощённая схема ФЦ для клинического применения.

Таким образом, эти 4 гена действительно являются *определяющими* работу ФЦ, но не исчерпывают её. Из логики приведённой схемы вытекает вывод, что для более детальной оценки личного ФЦ, возможно, следует включить в это понятие, как минимум, ещё один ген – тот, «зоной ответственности» которого является фермент цистатионин-бета-синтаза, так как активность этого фермента определяет выведение из ФЦ «лишнего» гомоцистеина. Выражаясь образно, описать ФЦ вполне можно детской загадкой: «Два кольца, два конца, а посередине – гвоздик!» Очевидно, что «два кольца» – это замкнутые ЦФ и ЦМ. Эти системы в организме способны как принимать в свой круговорот необходимые для поддержки их функционирования биохимические субстраты (фолаты в ЦФ, метионин в ЦМ), так и избавляться от лишнего (гомоцистеин в ЦМ) – «два конца». Однако эти способности далеко не равноценны при разных генетических вариантах разных аллелей генов, регулирующих ФЦ. Ключевым геном («гвоздиком» ФЦ) является ген MTR, «дирижирующий» переносом метильных групп из цикла фолатов (ЦФ) в цикл метионина (ЦМ или цикл SAM, по общепринятой терминологии) и призванный обусловить равновесие гомеостаза организма. Одновременно этот ген участвует в регенерации биохимических субстратов сразу и в ЦФ, и в ЦМ, возвращая в круговорот ФЦ тетрагидрофолат и метионин соответственно. Однако, если бы ген MTR отвечал за процесс трансметилирования единолично, да ещё вне столь гениально «сконструированного» цикла, количество плохих генетических вариантов, резко нарушающих это «равновесие гомеостаза», в популяции неуклонно бы нарастало, причём если его вариант A-G уже создавал бы организму проблемы, то вариант гомозиготной мутации G-G делал бы конкретный организм практически нежизнеспособным. Но работа этого гена многопланово страхуется остальными генами ФЦ,

причём это происходит практически при любом сочетании их аллелей. Поэтому несмотря на широкое распространение в популяции мутаций практически всех генов, регулирующих ФЦ, каждый индивид и человечество в целом остаются «на плаву». Но «плавать» можно по-разному. «Идеального» варианта ФЦ просто не существует, есть только «лучше» и «хуже». Вариант G-G ключевого гена ФЦ – MTR, хотя и является для организма серьёзной проблемой, создавая более или менее выраженный блок как в ЦФ, так и в ЦМ, но в условиях всего ФЦ уже не лишает организм жизнеспособности, хотя и обеспечивает больший или меньший перекос ФЦ в сторону ЦМ – со склонностью к гипергомоцистеинемии и возможными проблемами по типу метаболического синдрома и сердечно-сосудистой патологии. Ген MTRR – на наш взгляд – призван в активном состоянии (A-A) уменьшать активность гена MTR, поэтому его гомозиготная мутация G-G, снижающая его собственную активность, способна компенсировать снижение активности MTR, и даже гомозиготную мутацию G-G гена MTR, «блокирующую» работу ФЦ, сделать менее опасной для организма. Бессмысленно говорить о недостаточном *поступлении* фолатов (Ф) в организм человека извне: практически невозможно изобрести дефицитную по содеожанию Ф диету в связи с широчайшим присутствием фолатов в самых разных естественных продуктах питания. Однако рекомендованное ВОЗ применение ФК в дозе 0,4 мкг в день при подготовке к беременности в течение 2-4 мес всем женщинам на популяционном уровне, безусловно, оправдано. В своей практике ту же схему я назначала и будущим отцам. Избыточное же длительное поступление ФК в организм (к вопросу об искусственной фолатизации продуктов питания) при некоторых формах ФЦ способно приводить к очень серьёзным последствиям для человека и всей популяции, провоцируя у одних – аутоиммунные заболевания и состояния, у других

– онкологические проблемы, у третьих – метаболический синдром. В этом плане метафолин может представлять особую опасность, куда большую, чем просто ФК, и не должен применяться вслепую, когда не известен точный генетический вариант ФЦ индивида. Любые поливитаминные комплексы с большим числом компонентов, а особенно «для всех беременных», абсолютно нерациональны, иногда – прямо вредны. Лишь взаимное нивелирование действия отдельных витаминов-минералов (как биологических антагонистов) в «коктейле» из двух десятков компонентов чаще всего избавляет нас и наших пациенток от особых проблем, связанных с подобной «витаминотерапией». Однако, чем дальше, тем серьезнее может стать эта ситуация, особенно в присутствии в комплексе витаминов метафолина и дополнительных биологически активных веществ, позиционируемых как БАД. Для того, чтобы успешно решать эти проблемы, достаточно уже не столь сложного сейчас генетического анализа на основные гены, регулирующие ФЦ, и, главное, понимание *принципов* его работы. В последнем случае Коррекцию многих медицинских проблем можно проводить даже при отсутствии возможности генетического исследования! Но – не их *конкретную* профилактику... Вылечить уже развившиеся ХНИЗ нельзя, но можно более рационально подходить к их лечению, предупреждать их прогрессирование и их осложнения, Возможно предупреждать само их развитие, обеспечив генетический скрининг популяции по ФЦ и научив практических врачей несложным принципам консультирования пациентов по результатам этого анализа. Лечение ХНИЗ современными методами бесперспективно, в силу каскадного нарастания их осложнений и компенсаторного развития новых и новых, всё более серьезных проблем в организме. Чем более избирательно действие фармпрепарата, тем «точнее» нарушает он природные механизмы

адаптации человеческого организма к стрессу (изменению своего гомеостаза), запуская в нём всё новые компенсаторные процессы, расцениваемые нами как неприятные симптомы или уже развившиеся заболевания человека.

Но возможна их бережная компенсация при помощи отдельных биологически активных веществ (витамины, минералы, гормоны, травы, возможно – гомеопатия), микродозами (как правило) разнообразных уже существующих аллопатических лекарственных препаратов, в первую очередь – нормализующих гормональный статус и вегетативные реакции нервной системы организма, а также при помощи рефлексогенных методов. Подчёркиваю, что все эти рассуждения относятся не к ургентной медицине, хотя и она должна руководствоваться теми же принципами, лежащими в основе нашей физической жизни. И – смерти, увы.

#### Список литературы:

1. Бесчастнова О.И, Дербилова Т.П., Зеленская А.Е., Карцева Т.П., Михайлова О.В. Авторская методика профилактики и лечения ХНИЗ (хронических неинфекционных заболеваний) в различных нозологических группах, у обоих полов, у взрослых и детей. Личный сайт «Доктор Алла» (doctor-alla.ru), 2013. – [Электронный ресурс] – Режим доступа. – URL: <http://doctor-alla.ru/wp-content/uploads/MYI-3.rtf> (дата обращения 18.10.2013).

2. Бортный. Н.А., Бортная Т.Н. Нормальная физиология. – М.: «ЭКСМО», 2011. – 384 с.

2. Зеленская А.Е. К вопросу об этиологии и лечении эндометриоза. Тезисы VII Общероссийского научно-практического семинара «Репродуктивный потенциал России», «Status Praesens». – М., 2014. – С. 29-30.

3. Образовательный проект Status Praesens. – [Электронный ресурс] – URL: <http://praesens.ru> (дата обращения 11.01.2016).

4. Калинин С.Ю. и соавт. Обследование мужчины. 2-е изд. «Практическая медицина». – М., 2016. – 156 с.

УДК 615

**Результаты выявления филаггрина в кожной ткани больных  
дерматитом атопической природы**

***Н. Золмух***

*Школа Фармацевтики и Биомедицины,  
Монгольский Национальный Университет Медицинских Наук,  
г. Улан-Батор, Монголия  
e-mail: zolmunkh@mnuims.edu.mn*

***М. Ариунаа***

*Школа Фармацевтики и Биомедицины,  
Монгольский Национальный Университет Медицинских Наук,  
г. Улан-Батор, Монголия*

***Л. Алгирмаа***

*Монгольский Национальный Центр Дерматологии*

***Т. Отгонжаргал***

*Клиника «Перфект»,  
г. Улан-Батор, Монголия*

***Т. Алдармаа***

*Центр Иностранных Языков  
Монгольский Национальный Университет Медицинских Наук,*

***Д. Эрдэнэцогт***

*Школа Фармацевтики и Биомедицины,*

*Монгольский Национальный Университет Медицинских Наук,*

*г. Улан-Батор, Монголия*

***С. Цогтсайхан***

*Школа Фармацевтики и Биомедицины,*

*Монгольский Национальный Университет Медицинских Наук,*

*г. Улан-Батор, Монголия*

***Б. Хандсурэн***

*Школа Медицины*

*Монгольский Национальный Университет Медицинских Наук,*

*г. Улан-Батор, Монголия*

***Г. Батбаатар***

*Школа Фармацевтики и Биомедицины,*

*Монгольский Национальный Университет Медицинских Наук,*

*г. Улан-Батор, Монголия*

***Аннотация.*** Атопический дерматит (АД) представляет собой хроническое, рецидивирующее воспаление наружных слоев кожи со стойким зудом. Филаггрин является гидрофильным белком, участвующим в дифференцировке клеток эпидермиса и агрегирующим филаменты кератина с формированием структурной матрицы наружного барьерного слоя кожи. Недостаток филаггрина приводит к снижению агрегации между кератиноцитами и потери трансэпидермальной жидкости с последующим увеличением проницаемости кожи. Целью настоящего исследования было выявление филаггрина в кожных биоптатах и возможную связь титра сывороточных IgE с клиническим проявлением у больных АД. Было исследовано кожный биоптат и сыворотка 6 пациентов (возраст 21-44, мужчин, женщин) с подтвержденным диагнозом АД. Титр тотального IgE в сыворотке было определено иммуноферментным

методом, филиггрин в кожных биоптатах был определен методом иммуногистохимии. Клиническая тяжесть АД была оценена по критериям SCORAD (SCORing Atopic Dermatitis). Клинические образцы 6 добровольцев без кожной патологии взятые при косметических операциях было исследовано как контроль. Большинство больных (83.4%) было представлено в группе с тяжелым клиническим течением, у 4 (60%) больных был отмечен титр IgE выше нормальной величины (20 IU/mL) и между SCORAD баллом и титром IgE была показана прямая слабая корреляция ( $r=0.23$ ). Микроскопическое исследование кожного биоптата показало плотную окраску антителами против филиггрина в эпидермисе больных АД, но у в кожном биоптате здоровых лиц было обнаружено рыхлая окраска.

**Ключевые слова:** атопический дерматит, филиггрин, тотальный сывороточный IgE.

**Abstract.** Atopic dermatitis (AD) is chronic, relapsing inflammation of superficial layers of the skin with persistent itching. Filaggrin presents a hydrophilic protein involved in differentiation of epidermal cells and aggregating keratin filaments with formation of structural matrix of superior barrier layer of the skin. Deficiency of filaggrin leads to decreased keratinocyte aggregation and transepidermal water loss with subsequent increased permeability of the skin. This study was aimed to detect filaggrin deposits in skin tissue of patients with confirmed diagnosis of AD. There were investigated serum and skin punch biopsy sample of 6 patients (age 21-44, females, males). Titer of serum IgE was determined using EIA and detection of filaggrin deposits in skin sample was performed using immunohistochemistry techniques. Clinical severity of AD was evaluated using criteria of SCORAD (SCORing Atopic Dermatitis). Clinical samples of skin obtained in 6 volunteers after cosmetic surgical procedures were investigated as control. Majority of patients (83.4%) classified as with severe

*clinical manifestation an in 4 patients (66%) was found elevated IgE titer. There were demonstrated weak direct correlation ( $r=0.23$ ) between SCORAD scores and titer of serum IgE. Microscopic investigation of skin biopsy has shown denser than in controls staining in epidermis by anti-filaggrin antibodies in patients with AD.*

**Keywords:** *atopic dermatitis, filaggrin, total serum IgE.*

**Введение:** Атопический дерматит (АД) представляет собой хроническое, с рецидивирующее воспаление наружных слоев кожи со стойким зудом [1]. Этиология АД до конца не выяснена, хотя прослеживается тенденция к наследованию, у большинства больных имеется семейный анамнез. Эта патология встречается у 8-20% детей и установлено, что больше чем 50% из них осложняется бронхиальной астмой, примерно у 75% развивается аллергический ринит [2, 3].

Филаггрин (*filament aggregating protein, FLG*) – гидрофильный белок, участвующий в дифференцировке клеток эпидермиса, агрегирующий филаменты кератина с формированием структурной матрицы наружного барьерного слоя кожи. FLG отводит ключевую роль в кератинизации кожи и образовании ее прочного и эластичного защитного рогового слоя [4]. Недостаток FLG приводит к снижению агрегации между кератиноцитами и потере трансэпидермальной жидкости с последующим увеличением проницаемости кожи [5]. Такое нарушение барьерной функции кожи увеличивает возможность проникновения чужеродных макромолекул, включая бактериальные и вирусные антигены, аллергены в глубинные слои кожи и во внутреннюю среду организма [6].

V.P Sybert et al. (1985) впервые сообщили о связи нарушения барьерной функции кожи с мутацией в гене филаггрина у больных простым ихтиозом. В последнее время многие авторы отмечают

ключевую роль нарушения функции филаггрина с патогенезом АД [7, 8]. Результаты последних генетических исследований отводит важную роль в нарушении барьерной функции кожи в развитии АД и в его последующем переходе в бронхиальную астму мутациям в генах кодирующих FLG [9, 10] и показывают, что такие мутации являются сильным фактором предрасположенности к АД [11, 12].

Установлено, что патогенез АД представляет собой результат взаимодействия различных внутренних и внешних факторов, таких как генетически обусловленное нарушение барьерной функции и проницаемости кожи, нарушение иммунорегуляции, влияние вредных субстанции из окружающей среды и инфекция [5, 13]. При АД выявлено сенсibilизация организма к различным аллергенам внешней среды с последующим развитием иммуноглобулин Е (IgE) опосредованной реакции гиперчувствительности и дисбалансом регуляторной функции Т хелперных лимфоцитов [8, 13, 14].

В последние годы количество зарегистрированных новых случаев АД в Монголии увеличивается (5015 в 2007 году, 5161 в 2008 году, 6848 в 2009 году и 7349 в 2010 году) [15] и представляет 22.7% аллергических заболеваний кожи, которые занимают 47.2% среди кожных патологий [16]. Д.Уранцэцэг и др. (2012) обнаружили высокий титр тотального IgE в сыворотке подавляющего большинства монгольской национальности детей больных АД и связь между титром IgE и клиническим проявлением данного заболевания [17]. Также был показан положительный к пищевым аллергенам результат радиоаллергосорбентного теста у 80% пациентов с АД [18]. В отечественной научной литературе не обнаружены исследований, посвященных тканевым FLG и их связи с иммунологическим и клиническим аспектам АД.

**Цель исследования:** Установить выявляемость филагрина в кожных биоптатах у больных АД.

**Материалы и методы исследования:** Было исследовано кожный биоптат и сыворотка 6 пациентов (возраст 21-44, мужчин, женщин) с подтвержденным диагнозом АД согласно критериям Хайнифина и Ражики (1980) [19].

Титр тотального IgE в сыворотке было определено иммуноферментным методом (Eucardio INC, USA). Кожный биоптат у всех больных было получено с использованием техники пунш биопсии. Биоптат был обработан согласно стандартному методу кожной патогистологии, филаггин в биоптатах был определен методом иммуногистохимии (anti-human FLG-IgG, Bioneer, USA), окраска антителами произведена по инструкции производителя. Этическое разрешение на исследование было получено в заседании (24 декабря 2012) комитета медицинской этики при Министерстве Здоровья Монголии. Субъекты с сопутствующими заболеваниями с нарушением иммунной функции или с подозрением на них (псориаз, экзема, ихтиоз, контактно-аллергический дерматит, другие аутоиммунные, аллергические патологии, острые инфекции) и лица принимавшие гормональные, антигистаминные, иммунокорректирующие и антибактериальные средства или лица подвергшиеся ультрафиолетовому облучению в течении 14 дней до взятия клинических проб не допускались к исследованию. Клинические образцы 6 добровольцев без кожной патологии взятые при косметических операциях было исследовано как контроль.

Клиническая тяжесть АД была оценена по критериям SCORAD (SCORing Atopic Dermatitis) [20] которые включали следующие объективные (a, b) и субъективные (c) параметры:

- Площадь пораженной кожи (a)

- Интенсивность кожного поражения (b)
- Степень зуда и нарушения сна (с)

Конечная оценка выражалась в баллах и суммировалась по формуле  $a/5+7*b/2+c$ , пациенты с баллами до 25 оценивались как легкие, с баллами 25-50 как средней тяжести и те пациенты у которых выше 50 баллов оценивались как тяжелые. Статистическая обработка результатов было произведена с помощью программы SPSS-19. Корреляция результатов в клинических группах вычислили с использованием  $2 \times 2$  таблицы.

**Результаты и обсуждения:** Распределение пациентов с различной степенью тяжести в группах увеличения титра IgE показано в табл. 1.

Таблица 1

**Взаимосвязь клинической тяжести и титра IgE у больных АД**

Группы тяжести по SCORAD баллам		Содержание IgE в сыворотке			
		Нормальный титр <20 IU/mL	Умеренно увеличенный титр 20-100	Высокий титр >100	Всего
Легкие (0-25 баллы)		-	-	-	-
Средней тяжести (26-50 баллы)	n/%	-	1 (16.6%)	-	1 (16.6%)
	M (IU/mL)		23.5		23.5
Тяжелые (>51 баллы)	n/%	2 (33.3%)	1 (16.6%)	2 (33.3%)	5 (83.4%)
	M (IU/mL)	10.1±0.5	49.3	72.4±9.1	43.9±4.7

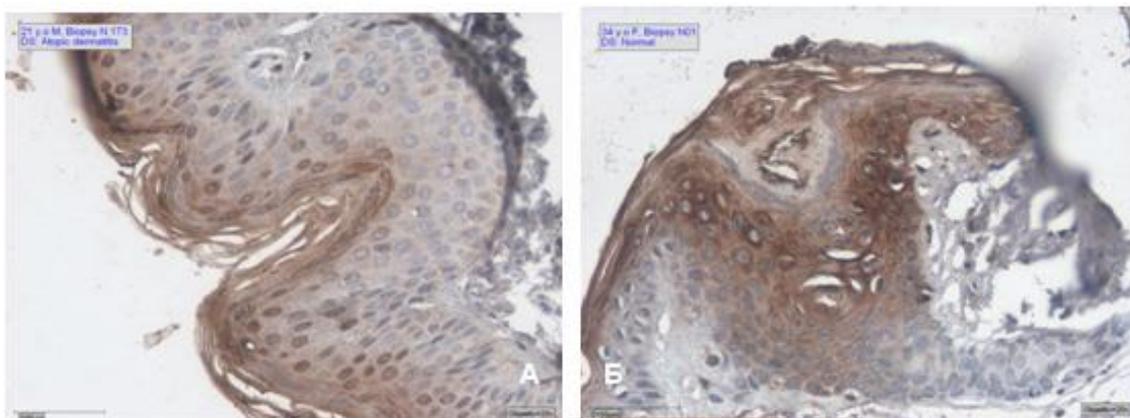
Примечание: n – количество наблюдений; M-средний балл

Из таблицы видно что большинство больных (83.4%) представлено в группе с тяжелым клиническим течением, у 4 (60%) больных был отмечен титр IgE выше нормальной величины (20 IU/mL) и между SCORAD баллом и титром IgE было показана прямая слабая корреляция ( $r=0.23$ ).

Д. Уранцэцэг и др. (2012) обнаружили высокий титр тотального IgE у детей с АД и и заключили что титр сывороточного IgE может

служит важным индикатором контроля клинического течения и эффективности лечения.

На рис. 1 представлен результаты микроскопического исследования иммуногистохимически выявленного филаггрина в кожном биоптате лихтенизированного очага кожи спины больной АД (1А) в сравнении с кожным препаратом здорового человека (1Б).



*Рис. 1. Филаггрин в кожных биоптатах*

*А. Микрофотография биоптата кожи спины 34 летней больной АД. Б. Микрофотография биоптата кожи здорового человека. Окраска гематоксалин эозин и anti-human FLG-IgG, увеличение  $\times 200$ , собственное наблюдение.*

На рисунке видны плотно окрашенные антителами депозиты филаггрина в эпидермисе биоптата больной АД (рисунок 1А). В эпидермисе кожного биоптата здорового человека видны рыхло окрашенные депозиты филаггрина (рисунок 1Б). Похожие результаты были получены и других исследованных субъектов. Группы исследователей Т. Nomura и А. Sandilands (2007) обнаружили более плотные депозиты филаггрина в кожном биоптате больных АД по сравнению с биоптатами контрольных субъектов [21, 22].

Обнаруженные нами данные подтверждает предположение о роли филаггрина в патогенезе атопического дерматита. Но ограниченное количество наблюдений не позволило нам установить связь между

интенсивностью скопления филаггрина в кожной ткани больных АД с другими клиническими данными, в частности с клинической тяжестью и титром сывороточных IgE.

Список литературы:

1. Leung YMD, Boguniewicz M., Howell M, Ichiro Nomura and Qutayba A. Hamid. New insights into atopic dermatitis. *J Clin Invest.* 2004;113: P. 651-657.
2. Eichenfield LF, Hanifin JM, Beck LA, et al. Atopic dermatitis and asthma: Parallels in the evolution of treatment. *Pediatrics.* 2003;111: P. 608-616.
3. Spergel JM, Paller AS. Atopic dermatitis and the atopic march. *J Allergy Clin Immunol.* 2003;112: P. 118-127.
4. Комова ЕГ, Шинтяпина АБ, Макарова СИ, Иванов МК, Чекрыга ЕА и Казначеева ЛФ. Новый набор реагентов серии «реалбест-генетика» в оценке распространенности мутаций гена филаггрина среди жителей новосибирска и детей с атопическим дерматитом. *НОВОСТИ «Вектор-Бест».* 2014;4(74): P. 2-6.
5. Lawrence F, Eichenfield Charles N. Ellis, Anthony J. Mancini, Amy S. Paller and Eric L. Simpson. Atopic dermatitis: Epidemiology and pathogenesis update. *Semin Cutan Med Surg.* 2012;3: P. 3-5.
6. Proksch E F-HR, Jensen JM. Skin barrier function, epidermal proliferation and differentiation in eczema. *J Dermatol Sci.* 2006;43: P. 159-169.
7. Sybert VP, Dale BA, Holbrook KA. Ichthyosis vulgaris: Identification of a defect in synthesis of filaggrin correlated with an absence of keratohyaline granules. *J Invest Dermatol.* 1985: P. 191-194.
8. Alan D, Irvine, W.H. Irwin McLean. Breaking the (un)sound barrier: Filaggrin is a major gene for atopic dermatitis. *Journal of Investigative Dermatology.* 2006;126: P. 1200-1202

9. Michael D. Howell, ByungEuiKim, Peisong Gao, Audrey V. Grant, Mark Boguniewicz, Anna DeBenedetto, Lynda Schneider, Lisa A. Beck, Kathleen C. Barnes and Donald Y. M. Leung. Cytokine modulation of atopic dermatitis filaggrin skin expression. *J Allergy Clin Immunol.* 2007;120: P. 150-155.
10. Colin N A Palmer, AlanD Irvine, Ana Terron-Kwiatkowski, Yiwei Zhao, Haihui Liao, Simon P Lee, et al. Common loss-of-function variants of the epidermal barrier protein filaggrin are a major predisposing factor for atopic dermatitis. *Nature Genetics.* 2006;38: P. 441-446
11. Rieko Kabashima-Kubo, Motonobu Nakamura, Jun-ichi Sakabe, Kazunari Sugita, Ryosuke Hino, Tomoko Mori, et al. A group of atopic dermatitis without ige elevation or barrier impairment shows a high th1 frequency: Possible immunological state of the intrinsic type. *Journal of Dermatological Science.* 2012: P. 37-43.
12. Rosanne AHM Van den Oord SrsAS. Filaggrin gene defects and risk of developing allergic sensitisation and allergic disorders: Systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2009;339:b2433.
13. Eric B B, Umasundari Sivaprasad. Th2 cytokines and atopic dermatitis. *J Clin Cell Immunol.* 2011 August 10;2:3.
14. Sang-II Lee J, Youngshin Han, Kangmo Ahn. A proposal: Atopic dermatitis organizer (ado) guideline for children. *Asia Pacific Allergy.* 2011;1: P. 53-63.
15. Арьсны өвчин судлалын үндэсний төвийн эрдэм шинжилгээ, сургалтын албаны улсын хэмжээний тайлан мэдээ. 2002-2012.
16. Цогзол Г, Соёл-Эрдэнэ Ж, Алтанцэцэг С, Мөнхбаярлах С. Атопийн дерматитийн өвчлөлийн байдалд хийсэн судалгаа. *Арьс судлал.* 2006;1: P. 115-120.

17. Уранцэцэг Д, Эрдэнэдэлгэр Х. Захын цусан дахь ige түвшинг атопийн дерматит өвчтэй хүүхдүүдэд судалсан судалгаа. *Арьс судлал*. 2012.

18. Natalija N, Bieber T. Allergic and nonallergic forms of atopic diseases. *J Allergy Clin Immunol*. 2003;112: P. 252-262.

19. Hanifin JM, and Rajka G. Diagnostic features of atopic dermatitis. *Acta Derm Venereol Suppl (Stockh)*. 1980;92: P. 44-47.

20. Oranje AP, Glazenburg E J, Wolkerstorfer A, et al,. Practical issues on interpretation of scoring atopic dermatitis: The scorad index, objective scorad and the three-item severity score. *British Journal of Dermatology*. 2007;157: P. 645-648.

21. Sandilands A, Terron-Kwiatkowski A, Hull PR, O'Regan GM, Clayton TH, Watson RM, et al. Comprehensive analysis of the gene encoding filaggrin uncovers prevalent and rare mutations in ichthyosis vulgaris and atopic eczema. *Nature Genetics*. 2007;39(5): P. 650-654.

22. Nomura T, Sandilands A, Akiyama M, Liao H, Evans AT, Sakai K et al. Unique mutations in the filaggrin gene in japanese patients with ichthyosis vulgaris and atopic dermatitis. *J Allergy Clin Immunol*. 2007;119: P. 434-440.

УДК 616.12-008; 616.391

**Влияние степени артериального давления и индекса массы тела на качество жизни у больных ИБС на фоне абдоминального ожирения**

***Юлдуз Хикматуллаевна Ибрагимова***

*резидент второго курса магистратуры по направлению «Кардиология»,*

*Ташкентская Медицинская Академия,*

*г. Ташкент, Р. Узбекистан*

*e-mail: Yulduz.ibragimova.89@mail.ru*

**Холмурод Садуллаевич Ахмедов**

*зав. каф. ВОП терапии медико-педагогического факультета,*

*к.мед.н., доцент Ташкентская Медицинская Академия,*

*г. Ташкент, Р. Узбекистан*

*e-mail: khalmurod@rambler.ru*

**Матлуба Эшбаевна Рахимова**

*к.мед.н., доцент,*

*Ташкентская Медицинская Академия,*

*г. Ташкент, Р. Узбекистан*

*e-mail: doc.rakhimova@mail.ru*

**Аннотация.** *Качество жизни пациентов ИБС на фоне абдоминального ожирения имеет тенденцию к ухудшению с увеличением степени артериального давления и ИМТ.*

**Ключевые слова:** *ишемическая болезнь сердца, абдоминальное ожирение, качество жизни, индекс Тиффно.*

**Abstract.** *Quality of life of patients of IBS against abdominal obesity tends to deterioration with increase in degree of arterial pressure and IMT.*

**Keywords:** *ischemic heart disease, abdominal obesity, quality of life, index of Tiffno.*

Ожирение как кластер факторов риска возникновения и тяжелого течения ишемической болезни сердца (ИБС) представляет актуальную медико-социальную проблему [1,3]. В механизмах прогрессирования сосудистых и органических нарушений при ожирении и ассоциированной с ним ИБС существенную роль играет воспаление [4]. Признаки воспаления выявляются на ранних стадиях поражения стенки сосудов при артериальной гипертензии (АГ) – компоненте ожирения, при атеросклерозе коронарных артерий. Воспалительная инфильтрация

висцеральной жировой ткани характерна для пациентов с абдоминальным ожирением (АО). В настоящее время трактовка значимости воспаления в патогенезе ожирения и ассоциированных с ним заболеваний существенно расширилась, и охватывает не только локальные воспалительные реакции, но и системное воспаление, которое в отличие от локального более демонстративно и доступно для исследования в условиях клиники. Наиболее изученным индикатором системного воспалительного ответа является С-реактивный белок (СРБ), определенный высокочувствительным методом [2]. Признание высокого прогностического значения в СРБ нашло выражение в современных рекомендациях по АГ и атеросклерозу, в соответствии с которыми уровень СРБ более 1,0 мг/дл относится к основным факторам риска тяжелого течения и осложнений.

Клинические проявления ИБС, а также связанные с ними двигательные и социальные ограничения способствуют значительному ухудшению качества жизни (КЖ) больных. КЖ – интегральный показатель, характеризующий физическое, эмоциональное, психологическое и социальное функционирование пациента, которое базируется на его субъективном восприятии. В связи с этим оценка КЖ может быть использована как для характеристики тяжести патологического процесса, выявления наиболее значимых его проявлений, так и для оценки эффективности проводимой терапии при различных заболеваниях [5]. Методология его изучения основывается на математическом анализе, логическом подходе, принципах доказательной медицины. В настоящее время золотым стандартом общих методик оценки КЖ больных с сердечно-сосудистой патологией считается опросник MOS SF-36 (Medical Outcomes Study 36 Item Short Form heart survey) [6].

**Цель:** оценить качество жизни пациентов, страдающих ИБС на фоне абдоминального ожирения.

**Материалы и методы:** с целью исследования качества жизни у больных ИБС на фоне абдоминального ожирения были обследованы 38 пациентов (13 мужчин и 25 женщин) получавшие стационарное лечение в 3 клинике ТМА. В сочетании с ИБС артериальная гипертония 1 степени была выявлена у 9 (18,8%), артериальная гипертония 2 степени – у 16 (33,3%), артериальная гипертония 3 степени – у 13 (27,1%) человек. Преобладающее большинство пациентов имело среднее или средне – специальное образование (85,6%). Больные были опрошены по опроснику MOS SF-36. Набор пациентов проводился параллельно в четырех подгруппах, разделенных по показателю ИМТ согласно критериям ВОЗ – подгруппы с нормальной массой тела, ожирением 1ой, 2ой и 3ей степени. Численность пациентов в подгруппах при завершении исследования составила в 1-12, во 2-10, в 3-5 человек. Контрольную группу составили пациенты с ИБС и нормальной массой тела-10 человек. Отбор пациентов для участия в исследовании проводился на основании таблицы случайных чисел, сгенерированной в программном комплексе STATISTICA 6.0.

Всем пациентам проводилось общеклиническое обследование включавшее определение антропометрических показателей – массы тела, роста, окружностей талии и бедер. Оценка показателей качества жизни проводилась с помощью опросника MOS SF-36 с использованием результатов по восьми шкалам опросника и подсчетом значений двух интегральных шкал – физического и психического компонентов. Кроме того было обследовано функции внешнего дыхания у пациентов, оценка которого осуществлялась при проведении спирометрии с использованием программно-аппаратного комплекса «Спиротест-РС». Также больным было проведено ЭхоКГ исследование для определения

размеров ЛЖ. Статистический анализ результатов проводился с использованием программного комплекса STATISTICA 6.0.

**Полученные результаты:** Необходимость ограничения физических усилий отметили 55% пациентов с 1 степенью артериальной гипертонии, 81% – со 2 степенью артериальной гипертонии, 92% – с 3 степенью артериальной гипертонии. На сокращение контактов с друзьями указали 11% пациентов с 1 степенью артериальной гипертонии, 37% – со 2 степенью артериальной гипертонии, 38% – с 3 степенью артериальной гипертонии. Были вынуждены ограничить проведение досуга 66% пациентов с 1 степенью артериальной гипертонии, 75% – со 2 степенью артериальной гипертонии, 78% – с 3 степенью артериальной гипертонии. Качество жизни и окружность талии отрицательно коррелировали с суммарным физическим компонентом качества жизни ( $R = -0,27$  и  $-0,32$ ), с уровнем физического функционирования ( $R = -0,3$  и  $-0,37$ ) и общим здоровьем ( $R = -0,24$  и  $-0,21$ ). Кроме того, отмечалась слабая корреляция отношения окружности талии к окружности бедер с уровнем физического функционирования, ролевого физического функционирования и PCS ( $R = -0,24$ ,  $-0,23$  и  $-0,20$ ).

При наличии ожирения у пациентов отмечалось достоверное снижение качества жизни по шкалам ФФ, общего здоровья (ОЗ) и PCS, причем для ФФ и ОЗ различие было клинически значимым, превышая 5 баллов.

При этом наблюдалось снижение уровня физического функционирования от группы с нормальной массой тела к группе – с ожирением 1-й степени, но в дальнейшем ухудшения качества жизни не наблюдалось. Аналогичная зависимость наблюдалась и для показателей ОЗ и PCS.

Снижение качества жизни у пациентов с ожирением было обусловлено затруднениями в выполнении тяжелых и умеренных нагрузок, подъеме по лестнице, ходьбе на различные дистанции, при наклонах и приседаниях. Пациенты с ожирением также достоверно чаще оценивали свое здоровье как плохое и считали себя более склонными к болезням. Таким образом, снижение качества жизни при ожирении было связано в наибольшей степени со снижением переносимости физических нагрузок. Для всех больных ИБС на фоне ожирения в качестве наиболее негативных факторов снижения качества жизни оказались необходимость ограничения физических усилий, уменьшение контактов с друзьями и необходимость ограничения досуга. У больных артериальной гипертонией 1 степени на первом плане оказалось ограничение в проведении досуга, у больных с 2 и 3 степенями артериальной гипертонии – ограничение физических усилий. По критерию необходимости постоянного приёма лекарств была выявлена прямая зависимость от степени артериальной гипертонии: с увеличением степени артериальной гипертонии данный критерий имел большее значение. Возможным патогенетическим механизмом связи ожирения и снижения показателей качества жизни является большая тяжесть у пациентов ИБС и АГ. С ростом ИМТ отмечалось увеличение длительности АГ ( $p = 0,0024$ ) и рост САД и ДАД ( $p = 0,022$  и  $< 0,0001$ ) (таб. 1).

*Таблица 1*

**Взаимосвязь массы тела и длительности АГ и роста САД и ДАД**

Показатель	Нормальная масса тела	Ожирение Iст	Ожирение IIст	Ожирение IIIст
Длительность АД(годы)	1.75	15	10	20
САД мм.рт.ст.	140	140	155	160
ДАД.мм.рт.ст.	75	80	85	100

Также увеличение ИМТ было связано с ростом размера левого предсердия ( $R = 0,33$ ,  $p = 0,027$ ). Среди пациентов без ожирения 10% обследованных имели дилатацию левого предсердия (размер ЛП  $> 40$  мм), тогда как при наличии ожирения доля таких случаев возрастала до 50% ( $p = 0,007$ ). При этом длительность АГ и размер левого предсердия были связаны с показателями физического компонента качества жизни.

Таким образом, при ожирении у пациентов отмечаются более тяжелое течение АГ и ИБС, дилатация левого предсердия, которые связаны со снижением физического компонента качества жизни и являются возможными механизмами его ухудшения при ожирении.

Кроме изменений в функционировании сердечно сосудистой системы, у пациентов основной группы с ожирением имеют место изменения легочной вентиляции, также связанные со снижением качества жизни. С нарастанием ИМТ и окружности талии у пациентов отмечается снижение величин индекса Тиффно и максимальной объемной скорости конца выдоха, то есть ухудшение бронхиальной проходимости. Кроме изменений в функционировании сердечно-сосудистой системы, у пациентов 1 группы с ожирением также имеет место изменения легочной вентиляции, связанные со снижением качества жизни. С нарастанием ИМТ и окружности талии у пациентов отмечается снижение величин индекса Тиффно и максимальной объемной скорости конца выдоха то есть ухудшение бронхиальной проходимости (таб. 2).

*Таблица 2*

**Корреляции показателей ожирения и нарушения бронхиальной проходимости**

<b>Индекс Тиффно</b>	<b>ИМТ</b>
65	23
55	24
48	34
53	35

Также с увеличением ИМТ происходило снижение резервного объема выдоха, тогда как резервный объем вдоха первоначально увеличивался, однако при ИМТ > 30 также отмечалось его снижение ( $p = 0,005$  и  $0,045$ ).

Таким образом, с нарастанием ожирения у пациентов отмечается ухудшение легочной вентиляции в виде рестриктивных изменений и снижения резервных объемов. В то же время эти изменения были связаны и со снижением качества жизни по шкале физического функционирования и шкале интегрального физического компонента. Снижение этих показателей, может являться одним из факторов ухудшения физического компонента качества жизни.

Выводы:

1. Снижение показателей качества жизни связано с более тяжелым течением артериальной гипертонии, ИБС, а также рестриктивными и обструктивными нарушениями легочной вентиляции, наблюдаемыми при ожирении.

2. Выявлена прямая связь между ИМТ величинами САД и ДАД. Коэффициент корреляции –  $p = 0,022$  и  $< 0,0001$

3. Выявлена корреляционная связь между ИМТ и распространенностью ГЛЖ. Коэффициент корреляции –  $0.29$  ( $p < 0.001$ ).

Список литературы:

1. Амирджанова В.Н. Методология оценки качества жизни в практике ревматолога / В.Н. Амирджанова, Г.М. Койлубаева // Научно-практическая ревматология. – 2003. – №2. – С. 72-76.

2. Бекезин В.В. Сагиттальный абдоминальный диаметр в диагностике висцерального ожирения у детей и подростков // Рос.мед.-биол. вестн. им. акад. И.П. Павлова. 2004. №3-4. – С. 186-188.

3. Беспалова И.Д., Медянцев Ю.А., Калюжин В.В. и др. Метаболический синдром: клинико-эпидемиологические параллели //

Материалы докладов 16-й всерос. науч.-техн. конф. «Энергетика: эффективность, надежность, безопасность». Томск, 2011. С. 365-367.

4. Бычков В.А., Беспалова И.Д., Калюжин В.В. и др. Системное воспаление в патогенезе метаболического синдрома и ассоциированных с ним заболеваний // Сибирский медицинский журнал «Медицина и здоровье». Иркутск, 2013. – С. 5-8.

5. Фомин В.В., Козловская Л.В. С-реактивный белок и его значение в кардиологической практике// Журнал доказательной медицины для практикующих врачей. – 2003. – №5 – С. 60-69.

6. Ware J.E. SF-36 Health Survey. Manuel and Interpretation Guide / J.E. Ware, K.K. Snow, V. Kosinski [et al.] // Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated. – 2000. – 150 p.

УДК 614.253-614.253.5-355.237

**Актуальные вопросы профессионального взаимодействия  
врачей общей практики и медсестры значимость роли современной  
медицинской сестры**

*Асель Маратбековна Искакова*

*докторант кафедры «Общественное здравоохранение»,  
Государственный медицинский университет города Семей,*

*г. Семей, Казахстан*

*e-mail: iskassel@yandex.ru*

*Аннотация. В статье рассматриваются вопросы профессионально-трудовой деятельности врачей и медсестер и медико-социальной значимости роли современной медицинской сестры.*

*Ключевые слова: врачи общей практики, медицинская сестра, профессиональные кадры.*

***Abstract.** The issues of the professional and labor activity of the doctors and nurses as well as medical and social significance of role of the modern nurse are considered in the article.*

***Keywords:** general practitioners, nurse, professional staff.*

**Введение:** В развитии здравоохранения определенную роль играют наличие профессиональных кадров, а также их приверженность к работе. Поэтому многие страны заинтересованы в развитии значительного увеличения там численности медицинских работников [3, 4, 5]. По оценкам, глобальный дефицит кадров здравоохранения составляет примерно 2,3 миллиона врачей, медсестер и акушерок и более 4 миллионов работников здравоохранения в целом.

По данным статистики ВОЗ, Казахстан находится на 10-й позиции в мире по обеспеченности врачами – 39 на 10000 населения, а обеспеченность медсестер 87,5 на 10000 населения. Соотношение же врач – медсестра в других странах равно 1:3, тогда как у нас 1:2,3 [1]. В современных условиях в нашей республике происходят изменения в системе здравоохранения и медицине. В профессионально-трудовой деятельности врачей и медсестер назрела необходимость обратить внимание на социальную значимость медицинской сестры.

Совершенствование деятельности медсестер станет причиной для пересмотра лечебной тактики врачей в сторону повышения ее эффективности, а значит, увеличения производительности [2]. Падение престижа медсестры в профессиональном плане, принижение роли, то есть чаще всего выполнение «технической» работы в качестве помощника создает дисбаланс, возможно и не привлекательность этой профессии.

**Цель исследования:** проанализировать вопросы профессионально-трудовой деятельности врачей общей практики и

медсестер и медико-социальной значимости роли современной медицинской сестры.

**Материалы и методы исследования:** Данное исследование проведено в городе Семей Республики Казахстан. В городе Семее работают – 19 ПМСП. Для получения репрезентативной выборки нами были случайным образом отобраны 3 ПМСП. В исследование вошли 3 учреждения ПМСП города Семей: ПМСП №3, ПМСП №9, ПМСП «Вита» №11.

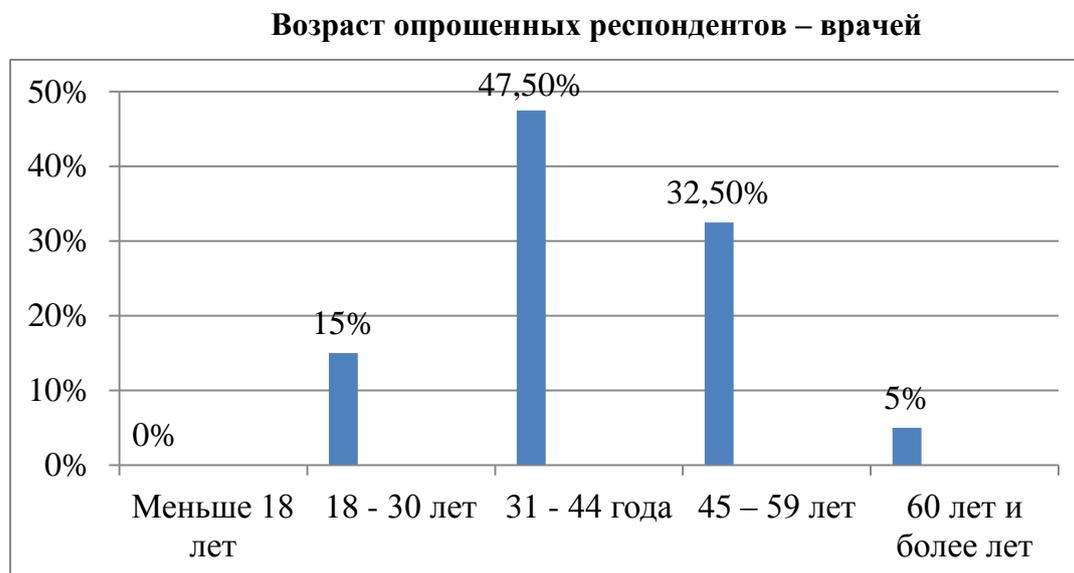
Данные амбулаторно-поликлинические учреждения включают в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения. В этих учреждениях оказывается медицинская помощь, придерживаясь традиционной модели приема пациентов, то есть совместного приема врача и медицинской сестры.

В исследовании участвовали медицинские работники этих амбулаторно-поликлинических учреждений, а конкретнее врачи общей практики – 40 респондентов и медицинские сестры – 85. Нами были разработаны анкеты для врачей и для медсестер.

Анкетирование проводилось анонимно, для ответа на вопрос необходимо было внимательно ознакомиться со всеми вариантами ответов и выбрать только один, а некоторые вопросы нужно было оценить по 5-ти балльной системе. В опроснике поднимались проблемы роли современной медсестры в оказании медико-социальной помощи населению, а также мы предложили врачам оценить основные достоинства и недостатки традиционной модели приема пациентов (совместного приема врача и медсестры).

**Результаты:** В анкетировании участвовали врачи общей практики – 40 респондентов. Возраст опрошенных респондентов – врачей составил (табл. 1).

Таблица 1



При этом 40% работают в ПМСП №3, 32,5% – в ПМСП №9, ПМСП №11 – 27,5%. В анкетировании приняли участие 100% женщины. По национальности 77,5% были казашки, 20,0% – русские, 2,5% – другие национальности. В среднем стаж работы участников исследования был около 17 лет. При этом 20% респондентов имеют наличие сертификата, 15% врачей имеют 2 категорию, 3 категорию имеют 60% опрошенных, высшую категорию имеют 5% респондентов.

Далее мы попросили респондентов назвать основные достоинства и недостатки традиционной модели приема пациентов (совместного приема врача и медсестры).

Из преимуществ ведения совместного приема врача и медсестры респонденты ответили, оценивая по 5-ти балльной шкале, что 1) расширяются профессиональные обязанности врача: на «отлично» – 62,5%; на «хорошо» оценили – 25%; 7,5% опрошенных оценили на «удовлетворительно» и 5% дали по «2» балла; 2) непререкаемый

авторитет врача: «отлично» – 47,5%; на «хорошо» оценили – 37,5% врачей и 12,5% оценили на «удовлетворительно»; 3) высокий уровень ожиданий пациентов по отношению к врачам: 42,5% респондентов оценили на «отлично»; 47,5% опрошенных дали ответ «хорошо»; 7,5% – «удовлетворительно»; 4) высокий уровень ответственности врачей: на «отлично» – 72,5%; на «хорошо» оценили – 25%; 2,5% опрошенных оценили на «удовлетворительно»; 5) четкое разграничение функциональных обязанностей врача и медсестры: 57,5% респондентов оценили на «отлично»; 30% опрошенных дали ответ «хорошо»; 7,5% – «удовлетворительно»; по 2,5% дали оценку «2» и «1». Также мы дали респондентам оценить и недостатки традиционного приема: 1) подавление профессионального потенциала среднего медицинского персонала – на «отлично» – 12,5%; на «хорошо» оценили 42,5%; 15% опрошенных оценили на «удовлетворительно», 5% дали по «2» балла, а «1» балл – 25%; 2) психологическая напряженность в отношениях врач – медсестра: 20% респондентов оценили на «отлично»; по 32,5% опрошенных дали ответ «хорошо» и «удовлетворительно»; 15% дали оценку «1»; 3) психоэмоциональные перегрузки врачей: на «отлично» – 30%; на «хорошо» оценили 45%; 12,5% опрошенных оценили на «удовлетворительно» и 5% дали «2» балла и «1» балл дали 7,5%; 4) падение престижа профессии медсестры: на «отлично» – 7,5%; на «хорошо» оценили 40%; 32,5% опрошенных оценили на «удовлетворительно» и 7,5% дали «2» балла и «1» балл дали 12,5%; 5) отсутствие условий для профессиональной мобильности и адекватного материального вознаграждения для медсестер: «отлично» – 25%; на «хорошо» оценили 40%; 20% опрошенных оценили на «удовлетворительно» и «1» балл дали 15%.

Среди медицинских сестер в опросе приняли участие 85 респондентов. Возраст опрошенных медсестер составил в среднем около

±35 лет. При этом 37,6% работают в ПМСП №3, 34,1% – в ПМСП №9, ПМСП №11 – 28,3%. В анкетировании приняли участие 100% женщины. По национальности 82,3% были казашки, 16,5% – русские, 1,2% – другие национальности.

При проведении опроса мы хотели узнать мнение медсестер о том, какие виды работ могли бы они выполнять самостоятельно без врача (можно было выбирать несколько вариантов ответов):

1. патронаж здоровых детей до 1 года на дому – 15,6%;
2. активный патронаж диспансерных больных с хроническими заболеваниями на дому – 12,6%;
3. самостоятельный прием по медико-социальным вопросам – 7,1%;
4. выписка рецептов больным, состоящих на «Д» учете – 12,2%;
5. проведение бесед с населением по вопросам пропаганды и формирования здорового образа жизни – 15%;
6. иммунопрофилактика – 9,5%;
7. проведение скрининга – 14%;
8. обучение пациентов в школах здоровья – 9,5%;
9. не знаю – 3,8%;
10. я думаю, что это не возможно – 0,7%.

**Обсуждения:** В результате исследования получилось, что большая часть врачей считают, что сохраняется непререкаемый авторитет врача – 47,5% и профессиональные обязанности врача расширяются 62,5%, поэтому они полагают, что высокий уровень ответственности ложится на врачей – 72,5%, но все это создает и приводит к психоэмоциональным перегрузкам врачей: на «отлично» – 30%; на «хорошо» оценили 45%, что может сказаться на качестве работы врачей. И все таки около половины опрошенных респондентов согласны, что создается подавление профессионального потенциала

среднего медицинского персонала, что ведет к падению престижа профессии медсестры: на «отлично» – 7,5%; на «хорошо» оценили 40%. При опросе же медсестер, выяснилось что некоторые виды работ они могли бы выполнять самостоятельно без врача, однако «не знаю» ответили – 3,8%; думают, «что это невозможно» – 0,7%.

Выводы: Расширение возможностей сестринского персонала:

1. дает возможность сближения деятельности медицинской сестры и врача; 2. дает возможность разгрузки врача и передачи части полномочий от врачей медсестре; что повышает мотивацию и социальный статус, а значит и профессионализм медсестер.

Список литературы:

1. Кашафутдинова Г.Т., Байсугурова В.Ю. Современное состояние сестринского дела в развитых странах: расширение сестринской практики. – Вестник Каз НМУ, 2013. – №1. – С. 303-306.

2. Свистунов А.А, Шубина Л.Б., Грибков Д.М. Врач в роли медсестры // Медицинская сестра. – 2012. – №5. – С. 36-37.

3. Anand S., Barnighausen T. Human resources and health outcomes: cross-country econometric study. Lancet, 2004, 364: P. 1603-1609.

4. Anand S., Barnighausen T. Health workers and vaccination coverage in developing countries: an econometric analysis. Lancet, 2007, 369: P. 1277-1285.

5. Speybroeck N., Kinfu, Dal Poz M.R., Evans D.B. Reassessing the relationship between human resources for health, intervention coverage and health outcomes. Background paper prepared for The World Health Report 2006. Geneva, World Health Organization, 2006. – [Электронный ресурс] – URL: [http://www.who.int/hrh/documents/reassessing\\_relationship.pdf](http://www.who.int/hrh/documents/reassessing_relationship.pdf), accessed 10 January 2009.

**Оценка эффективности антагонистов минералокортикоидных рецепторов у больных с хронической сердечной недостаточностью**

***Иномжон Исломович Исломов***

*магистрант 1 года обучения, специальности «Кардиология»,  
кафедра ВОП терапии медико-педагогического факультета,*

*Ташкентская медицинская академия*

*г. Ташкент, Узбекистан*

*e-mail: [ilmlar.umtoni@gmail.com](mailto:ilmlar.umtoni@gmail.com)*

***Матлуба Эшбаевна Рахимова***

*доцент кафедры ВОП терапии медико-педагогического факультета,*

*Ташкентская медицинская академия*

*г. Ташкент, Узбекистан*

***Аннотация.*** В статье приведены данные об отрицательном влиянии альдостерона на течение сердечно-сосудистых заболеваний, послужившие теоретическим основанием для более широкого использования в клинической практике препаратов, относящихся к классу антагонистов минералокортикоидных рецепторов. Рассмотрены сравнительные данные применения антагонистов минералокортикоидных рецепторов, полученные на основе ретроспективного анализа историй болезни больных с диагнозом хронической сердечной недостаточностью.

***Ключевые слова:*** хроническая сердечная недостаточность, антагонисты минералокортикоидных рецепторов, спиронолактон, эплеренон, альдостерон.

***Abstract.*** In this article data of the negative effect of aldosterone on the course of cardiovascular disease, which served as the theoretical basis for wider use in clinical practice, drugs belonging to the class of

*mineralocorticoid receptor antagonists are presented. We consider the comparative data use of mineralocorticoid receptor antagonists derived from a retrospective analysis of medical records of patients diagnosed with chronic heart failure.*

**Keywords:** *Chronic heart failure, spironolactone, eplerenone, mineralocorticoid receptor antagonists, aldosterone.*

**Введение.** Достижение нейроэндокринной блокады, позволяющей затормозить ключевые механизмы развития хронической сердечной недостаточности (ХСН) – это очень важная цель терапии. На сегодняшний день воздействием на один из важнейших нейроэндокринных факторов является торможение эффектов альдостерона [3]. Альдостерон и активированные минералокортикоидные рецепторы – основные триггеры активации воспалительных цитокинов, липоперекисного окисления и снижения антиоксидантного резерва, повышения тканевого ангиотензин превращающего фермента, уровня ингибитора-1 активатора плазминогена, снижения NO и продукции эндотелиальных клеток предшественников, что сопровождается усилением дисфункции эндотелия и снижением репаративных возможностей сосудистой сети. В ряде экспериментальных работ установлено, что профибротическое и прогипертрофическое действие альдостерона не зависит от объема плазмы крови и уровня артериального давления (АД). Отмечено, что при альдостерон-индуцированном поражении мышцы сердца, выражающемся в развитии фиброза и перестройки структуры миокарда вследствие развития в сосудистой стенке коронарных артерий воспаления, наблюдается моноцитарно-макрофагальная инфильтрация в сочетании с увеличением активности медиаторов воспаления и развитием очагов фокусной ишемии и даже некроза миокарда.

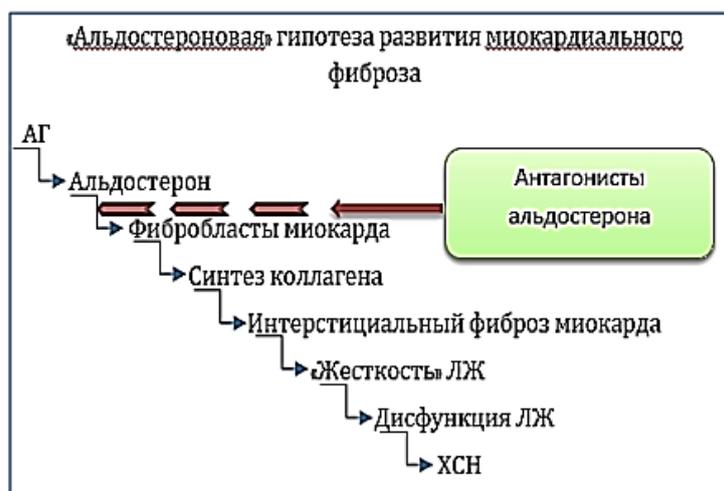
Увеличение активности провоспалительных веществ, способствует проникновению воспалительных клеток в ткань сердечной мышцы и сосудов. Следствием является развитие репаративных процессов, что реализуется в развитии репаративного фиброза миокарда [1].

Таким образом, длительный гиперальдостеронизм влечет за собой снижение числа кардиомиоцитов в единице объема миокарда с развитием гипоксии миокарда, что в итоге ведет к снижению сократительной способности сердечной мышцы [1].

Широкая распространенность, высокая инвалидизация, плохой прогноз и качество жизни определяют актуальность поиска новых подходов медикаментозного лечения пациентов, страдающих ХСН [4].

Изучено, что у больных сахарным диабетом блокада альдостерона с помощью селективного блокатора альдостерона эплеренона снижает альбуминурию в большей степени, чем на фоне лечения иАПФ [2].

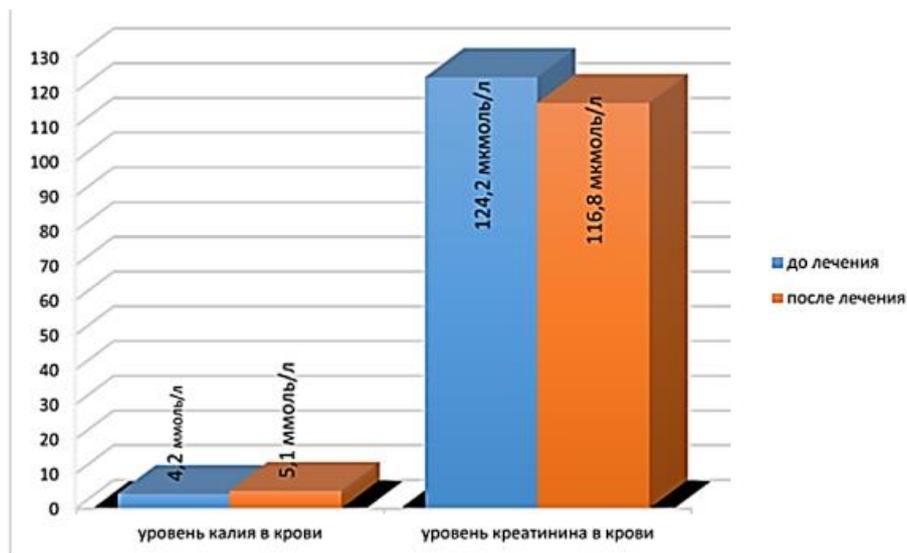
Добавление антагонистов минералокортикоидных рецепторов (АМР) к стандартной терапии, включающей ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (иАПФ) или блокаторы рецепторов ангиотензина (БРА) и бета-блокаторы (ББ), снижает как частоту госпитализации, так и смертность от сердечной недостаточности у пациентов со сниженной фракцией выброса (ФВ) левого желудочка независимо от тяжести симптомов, в том числе у больных со снижением фракции выброса левого желудочка и симптомами СН после инфаркта миокарда [4]. Назначение адекватной терапии способно снизить риск развития сердечно-сосудистых, почечных осложнений, замедлить прогрессирование течения ХСН и нарушения функции почек, а также продлить жизнь больных с ХСН и улучшить её качество.



*Рис. 1. Механизм действия антагонистов минералокортикоидных рецепторов.*

**Цель исследования.** Оценить эффективность антагонистов минералокортикоидных рецепторов на течение ХСН, на основе ретроспективного анализа историй болезни больных с ХСН.

**Материал и методы исследования:** Проведен ретроспективный анализ историй болезни больных в архивном отделе 3-клиники ТМА за 2014 год. Изучено выборочно 411 историй болезни больных с ХСН. Из них 232 (56,44%) мужчин и 179 (43,55%) женщин, средний возраст которых составил  $63,3 \pm 11,6$  лет. Всем больным были проведены общепринятые методы исследования (клинический и биохимический анализы крови, общий анализ мочи, коагулограмма, ЭКГ, ЭхоКГ, ШОКС, тест 6-ти минутной ходьбы). Пациенты были подразделены на 3 группы в зависимости от применения АМР.



*Диаграмма 1. Изменения показателей лабораторных данных*

**Результаты и их обсуждения:** В процессе ретроспективного анализа историй болезни было выявлено, что у 74,9% (n=308) больных ишемическая болезнь сердца (ИБС) и у 89,05% (n=366) артериальная гипертензия (АГ), у 30,09% (n=127) больных имелись фибрилляции предсердий, у 2,67% (n=11) атеросклеротические пороки сердца, 27,0% (n=110) из обследованных страдали СД 2 типа. Среднее систолическое артериальное давление (САД) составляло  $136,6 \pm 18,0$  мм рт. ст. и диастолическое АД (ДАД)  $78,8 \pm 18,26$  мм рт. ст. Исходный уровень ФВ был  $46,62 \pm 12,4\%$ . Средний показатель пульса составлял  $81,2 \pm 24,6$  ударов в минуту. Среднее значение глюкозы в венозной крови в пределах  $5,6 \pm 4,2$  ммоль/л. Исходный уровень общего холестерина составлял  $5,2 \pm 3,5$  ммоль/л. Исходный уровень калия составлял  $4,2 \pm 1,1$  ммоль/л и  $5,1 \pm 1,2$  ммоль/л при выходе из стационара. Исходный уровень креатинина в крови составлял  $124,2 \pm 3,1$  мкмоль/л и  $116,8 \pm 2,3$  мкмоль/л при выходе из стационара. Больные первой группы (n=195) получали верошпирон в сочетании с ББ и и-АПФ, больные второй группы (n=158) получали без антагониста альдостерона ББ и и-АПФ, а больные третьей группы (n=58) получали эплеренон в сочетании с ББ и и-АПФ. При сопоставлении и сравнении результатов больных,

получавших и не получавших АМР, было выявлено, что показатели качества жизни по ШОКС больных двух группы были достоверно хуже, а показатели толерантности к физическим нагрузкам по данным теста 6 минутной ходьбы в этой же группе был ниже, чем эти же показатели в других группах, у которых получали антагонистов альдостерона. При сравнении данных показателей среди групп, получавших эплеренон и верошпирон, значительная разница не была выявлена. Но был отмечен положительный сдвиг показателей лабораторных анализов, в частности уровни калия и креатинина в крови у пациентов группы, получавших эплеренон, в сравнении с показателями пациентов группы, получавших верошпирон (Диаграммы 1).

Выводы:

1. Полученные результаты и имеющиеся доказательства свидетельствуют об эффективности, безопасности и хорошей переносимости эплеренона у больных с ХСН.

2. Эти данные, несомненно, должны стать основанием для более широкого применения препарата в клинической практике.

3. При этом обязателен динамический контроль клинических и биохимических параметров пациента.

4. Строгое соблюдение этих рекомендаций, повышает эффективность и снижает побочных эффектов антагонистов минералокортикоидных рецепторов.

Список литературы:

1. Атрощенко Е.С. Роль альдостерона в патогенезе хронической сердечной недостаточности и эффективность применения его антагонистов. 2013. – №3. – С. 8-9.

2. Баранова Е.И., Большакова О.О., Беркович О.А. Блокада альдостерона – новая стратегия лечения резистентной артериальной гипертензии. Артериальная гипертензия. – 2008. – Т.14. – №3. – С. 206.

3. Калягин А.Н. Хроническая сердечная недостаточность: современное понимание проблемы. Применение ингибиторов ангиотензин – превращающего фермента и антагонистов АТ1-рецепторов ангиотензина // Сибирский мед. журн. – 2007. – №6. – С. 98-103.

4. Скворцов А.А. Влияние терапии нейрогормональными модуляторами на клиническое течение и «качество жизни» больных с хронической сердечной недостаточностью. 2008. – 48 с.

5. Eschalier R., McMurray J.J.V., Swedberg K., van Veldhuisen D.J., Krum H., Pocock S.J., Shi H, Vincent J., Rossignol P., Zannad F., Pitt B. от имени исследователей EMPHASIS-HF Безопасность и эффективность эплеренона у пациентов с высоким риском развития гиперкалиемии и/или ухудшения функции почек. Рациональная фармакотерапия в кардиологии 2014;10(1): P. 106-115.

УДК 614.4

**Распределение генотипов и проблемные вопросы диагностики вирусного гепатита С в Российской Федерации**

*Александр Владимирович Каулкин*

*слушатель магистратуры по специальности*

*«Управление государственным санитарно-эпидемиологическим надзором и токсико-радиологической безопасностью»,*

*Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова,*

*г. Санкт-Петербург, Россия*

*e-mail: aleksandrkaulkin@mail.ru*

*Аннотация.* Статья посвящена вопросам заболевания и диагностике вирусного гепатита С. Автор раскрывает наиболее распространенные генотипы вирусного гепатита С на территории

*Российской Федерации, от которых зависит дальнейший прогноз исхода лечения. Также обоснована необходимость проведения дополнительной диагностики для разграничения ложноположительных образцов и образцов, действительно содержащих антитела к вирусному гепатиту С.*

**Ключевые слова:** *вирусный гепатит С, генотипы вирусного гепатита С, ложноположительные образцы вирусного гепатита С, диагностические наборы.*

**Abstract.** *The article is devoted to diseases and diagnosis of viral hepatitis C. the Author reveals the most common genotypes of hepatitis C virus on the territory of the Russian Federation depends on a forecast of the outcome of the treatment. It also justifies the need for additional diagnostics for distinguishing false-positive samples and the samples indeed contain antibodies to virus hepatitis C.*

**Keywords:** *viral hepatitis C genotypes hepatitis C virus-false-positive samples of hepatitis C virus diagnostic kits.*

Основную группу больных вирусным гепатитом С (ВГС) составляют, как и при вирусном гепатите В, подростки и лица 20-29 лет. Число заразившихся в лечебно-профилактических учреждениях составляет 1-2% всех случаев инфекции. ВГС является одной из основных причин развития хронических диффузных заболеваний печени и гепатоцеллюлярной карциномы (первичного рака печени). Цирроз печени, обусловленный ВГС, занимает одно из основных мест в ряду показаний к трансплантации печени.

Определение генотипа ВГС крайне важно для прогноза исхода лечения и планирования ресурсов: для генотипов 2 и 3 средняя продолжительность лечения составляет 24 недели, для генотипа 1 и 4 – 48 недель. Согласно официальным данным, самыми распространенными

генотипами ВГС в РФ являются 1б (около половины случаев заболеваемости) и 3а (30-40%), причем их соотношение отличается по регионам: например, есть регионы, где доминирует подтип 3а, (в некоторых субъектах Южного федерального округа). По данным Центрального НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, на основе репрезентативной выборки (1928 изолятов), на территории РФ циркулируют подтипы 1а, 1б, 2 и 3а, из них наиболее распространенным является 1б (52,8%), за ним следуют 3а (36,3%), 2 (8,1%) и 1а (2,1%). Наше исследование выявило практически такое же распределение по генотипам 1б (50,3%), 3а (44,8%), 2 (4,4%), причем генотип 1б более распространен среди людей старше 50 лет. Среди молодежи превалировал генотип 3а. Исследование, проведенное в Санкт-Петербурге среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, выявило в данной социальной группе преобладание генотипа 3а, что нашло подтверждение в исследовании, проведенном НИИ эпидемиологии среди людей в возрасте 15-35 лет и среди мужчин, инфицированных ВГС при инъекционном употреблении наркотиков.

Существует определенная связь между высоким уровнем распространенности ВГС и низким уровнем жизни. Вместе с тем, даже в экономически развитых странах количество инфицированных ВГС часто превышает количество носителей HBsAg (маркер вирусного гепатита В) в несколько раз и еще больше – ВИЧ-инфицированных.

На сегодняшний день одна из наиболее важных проблем при проведении исследований на наличие антител к вирусу гепатита С (ВГС) – ложноположительные результаты. Их появление может быть связано с неспецифическим взаимодействием компонентов реакции, возможными перекрестными реакциями с другими вирусными антигенами и многими другими факторами. Существование ложноположительных результатов ставит перед лабораторным

работником задачу их разграничения с истинным выявлением анти-ВГС. Решением этой задачи служит обнаружение в образце сыворотки крови РНК ВГС. Однако отрицательный результат обнаружения РНК ВГС не позволяет говорить о наличии ложноположительного выявления анти-ВГС. Необходимо учитывать, что анти-ВГС могут изолированно циркулировать в крови пациента, который выздоровел после острого ВГС (10-15%) или у которого произошла элиминация РНК ВГС в результате проводимой терапии.

Для разграничения ложноположительных образцов и образцов, действительно содержащих антитела к ВГС, разработаны дополнительные (Supplemental) тесты. Наиболее часто в этих тестах используется принцип иммуоблота (например, тест RIBA («Ortho-Clinical Diagnostics»); «LiaTek HCV» (Organon Teknika)), когда на нитроцеллюлозной мембране адсорбируются в виде отдельных полос антигены, кодированные различными зонами РНК ВГС. Анти-ВГС взаимодействуют с адсорбированными антигенами с помощью меченных ферментом антител против Ig G человека с последующей их детекцией при помощи субстратного комплекса. Помимо иммуоблота в качестве дополнительных тестов также используют диагностические препараты для выявления анти-ВГС против конкретных антигенов, кодированных различными зонами РНК ВГС.

В настоящее время созданы и промышленно выпускаются диагностические наборы для выявления IgM анти-ВГС фирмами: «Вектор Бест»; «Диагностические системы»; «Имбио», «Abbott» и др.

#### Список литературы:

1. Лиознов Д.А. Качество жизни лиц молодого возраста, больных хроническим гепатитом С / Д.А. Лиознов, С.Л. Николаенко, О.В. Горчакова и др. // Журнал инфектологии. – 2012. – Т. 4., №2. – С. 56-59.
2. Мукомолов С.Л., Колобов А.А., Плотникова В.А. с соавт.

Использование метода серотипирования для определения генотипов вируса гепатита С, циркулирующих в Санкт-Петербурге. Тезисы международного симпозиума. – СПб-1996. – №92. – С. 266.

УДК 680. 29: 616 – 058:57. 02: 613

**Медико-биологические и социально-гигиенические аспекты  
крупного плода**

***Раиса Викторовна Ковтуненко***

*к. мед.н., доцент,*

*Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины,*

*г. Днепропетровск, Украина*

***Елена Александровна Толстикова***

*к.мед.н., доцент,*

*Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины,*

*г. Днепропетровск, Украина*

*e-mail: e.tolstikova@mail.ru*

***Ольга Владимировна Клименко***

*к.мед.н., ассистент,*

*Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины,*

*г. Днепропетровск, Украина*

***Юрий Кононович Больбот***

*д.мед.н., профессор,*

*Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины,*

*г. Днепропетровск, Украина*

*e-mail: bolbot.u@gmail.com*

*Аннотация.* В статье представлен анализ частоты рождения детей с макросомией. Описана роль некоторых медико-биологических и социально-гигиенических аспектов в развитии крупного плода.

**Ключевые слова:** крупный плод, медико-биологические аспекты.

*Abstract.* The article presents an analysis of the frequency of children born with macrosomia. It describes the role of some medical and biological and socio-sanitary aspects in the development of the child born with large weight.

**Keywords:** child born with large weight, medico-biological aspects.

Проблема крупного плода остается актуальной ввиду увеличения частоты рождения детей с массой 4000г. и более, высокими показателями перинатальной смертности и заболеваемости, а также серьезными медицинскими и социальными последствиями. В отношении причин развития крупного плода до настоящего времени данные противоречивы.

В современной медицинской литературе нет единого понятия о крупном плоде. По мнению отечественных и зарубежных ученых, плод считается крупным, если его масса составляет от 4000 до 5000 г, а гигантским – 5000 г и более, при отсутствии новообразований либо врожденных уродств и пропорциональном развитии плода [2]. С учетом классификации морфотипа по Ю. А. Князеву (1993), среди крупных плодов можно выделить следующие: гиперсомия (избыточные масса и длина тела), макросомия (избыточная длина и нормальная масса тела), пахисомия (нормальная длина и избыточная масса тела).

Частота рождения детей с массой 4000 г и более за последние десятилетия во всех странах мира колеблется в широких пределах – от 5 до 17,4%, составляя в среднем 11-14%, а частота рождения гигантов – 0,02-0,5% [3].

Тенденция к увеличению частоты рождения крупных детей рассматривается многими авторами как ускорение темпов развития, получившее название «акселерация». В последние десятилетия не ослабевает интерес исследователей к проблеме акселерации на стадии внутриутробного развития. Большинство авторов считают, что на процесс акселерации оказывают влияние генетические факторы в совокупности с факторами внешней среды, стимулирующими рост [4, 5].

Данные о влиянии времен года на развитие массы плода противоречивы. Ряд авторов полагают, что крупные дети чаще рождаются летом, чем зимой, другие такой связи не находят. Общеизвестно, что на состоянии и физическом развитии плода отражаются и социально-бытовые условия жизни родителей. Ряд исследователей отмечают зависимость крупноплодия от трудовой деятельности матери: чаще крупный плод развивался у матерей-служащих, чем у матерей, занятых физическим трудом.

**Целью работы** явилось изучение медико-биологических и социально-гигиенических аспектов проблемы крупного плода.

**Материалы и методы исследования.** Проведен анализ 595 случаев рождения крупного плода по данным родильного отделения городской больницы г.Днепропетровска. Контрольную группу составили 120 случаев рождения детей со средней массой тела 3000-3700г. Для статистической обработки полученных данных применялся пакет прикладных программ STATISTICA 6.1.

**Результаты и их обсуждение.** По результатам проведенного исследования, частота рождения детей с массой 4000 г за последние 5 лет выросла с 10,7 до 12,7%. Изучая социально-гигиеническую характеристику родителей новорожденных массой тела 4000 г и более не выявлена зависимость от трудовой деятельности матери. Так, среди

матерей, родивших крупных детей, соотношение рабочих и служащих – было одинаковым: рабочих – 44,03%, служащих – 45,6%. При анализе зависимости массы новорожденную от возраста матери обнаружено, что возраст большинства из них составлял 20-25 лет. В то же время среди матерей, родивших крупный плод, было больше женщин в возрасте 25-30 лет (34,78%) и старше 30 лет (19,32%), чем в контрольной группе (соответственно 24% и 12,5%,  $P < 0,05$ ), что отражает связь увеличения вероятности рождения крупного ребенка с возрастом матери. Влияние возраста женщин на показатели физического развития плода коррелирует с порядковым номером родов, так как с возрастом матери увеличивается число беременностей и родов [6].

Общеизвестна зависимость физического развития новорожденных от порядкового номера беременности и родов, что объясняют приспособлением материнского организма при повторных родах к функции материнства и улучшением питания плода. Но нарастание массы тела плодов с каждой беременностью не беспредельно. Самые высокие показатели массы и длины тела новорожденных отмечаются при 4-5 родах с постепенным снижением показателей при последующих родах [2, 3].

Согласно полученным данным, частота рождения детей с массой тела от 4500 до 5000 г возрастает при 6-й и более беременности, а максимальное число детей-гигантов из всех крупных плодов родилось при 3-й беременности (44,4%), Чаше крупные дети рождались при повторной беременности (68,24%). С увеличением числа беременностей существенной разницы в частоте рождении крупных детей в сравнении с контрольной группой не выявлено, и только при 6-й беременности и более частота рождения крупного ребенка выше, чем ребенка со средней массой тела, составляя соответственно 9,74% против 4,2%. Представляет интерес анализ частоты рождения крупного плода в

зависимости от порядкового номера родов. Наибольшая частота рождения ребенка с массой тела 4000 г и более (45,7%) нами отмечена при вторых родах, тогда как дети со средней ненормальной массой тела в половине случаев (50,8%) рождаются при первых родах.

Рост матерей, имеющих крупных детей, был преимущественно средним – от 160 до 170 см (63,69%), низкий рост – до 160 см – встречался достоверно реже (22,42), чем в контрольной группе (38,3%); высокий рост – 170 см и выше – выявлен у 14,11%, т. е. чаще, чем в группе женщин, имеющих детей со средненормальной массой тела ( $8,4 \pm 2,57$ ). С увеличением роста матери достоверно увеличивается масса тела плода. Между ростом матери и полом ребенка связь не установлена [ $p > 0,05$ ]. Исходная средняя масса тела до беременности у матерей, родивших крупный плод, достоверно выше этого показателя у женщин контрольной группы (соответственно 69,06 и 63,79 кг,  $p > 0,05$ ), не установлено различий этого показателя в зависимости от пола крупного новорожденного.

Выявлена зависимость между ростом отца и рождением ребенка с массой тела 4000 г и более. Рост отцов в случаях рождения детей (девочек и мальчиков) с массой тела 4000 г и более достоверно выше, чем в контрольной группе (177,21 и 173,90 см).

При корреляционном анализе показателей физического развития родителей и их детей в зависимости от пола и массы тела в случае рождения мальчика с массой тела 4500 г и более выявлена достоверная положительная зависимость массы и длины тела ребенка и сочетанного влияния массы тела и роста матери. В случаях рождения девочек корреляционные связи еще более значительны. Так, масса тела девочек достоверно зависит от роста, массы тела матери и сочетанного влияния массы тела и роста матери; длина тела этих девочек также зависит от роста, массы тела матери и сочетанного влияния роста и массы тела

матери. Нами подтверждена прямая связь между увеличением массы тела женщин за период беременности и показателями антропометрии плода. Также установлено, что увеличение массы тела за период беременности у здоровых женщин различно в зависимости от исходной длины и массы тела. Женщины низкого роста (менее 153 см) прибавляют в массе приблизительно на 1 кг меньше, чем среднего, которые прибавляют 9,5-10 кг, а женщины высокого роста – на 1 кг больше. Женщины гиперстенического телосложения прибавляют в массе 12-13%, нормостенического – 16-17%, а гипостенического – даже 22-23% от первоначальной массы. Результаты анкетирования матерей позволили установить нерациональность питания (превышение суточного рациона питания, избыток продуктов, богатых углеводами) у 44,1% женщин, родивших крупный плод, и явное перекармливание, особенно в последние недели беременности, т. е. именно в то время, когда интенсивно увеличивается масса тела плода, что свидетельствует о роли избыточного питания во время беременности в генезе большой массы плода. Нами было установлено, что во время беременности 56,68% женщин отмечали повышенный аппетит и даже явное перекармливание, употребляли большое количество продуктов, содержащих углеводы, у 35,9% женщин была выражена жажда и питание было нерациональным

Установлено, что средняя прибавка массы тела матери за время беременности увеличивается с нарастанием массы плода. Так, при массе тела плода 3700-4000 г она составляет 10,79 кг, при массе тела 4000 г и более – 12,33 кг, при средненормальной массе тела новорожденного – 9,13 кг (различия статистически достоверны). Различия в зависимости от пола детей в каждой группе не выявлены.

По данным отечественных и зарубежных авторов, в последние годы отмечается увеличение частоты ожирения среди беременных женщин, высокий процент крупных (11,6-40,3) и гигантских плодов

(0,5-4,7) у этих женщин [1,4]. Интерес акушеров-гинекологов к ожирению значительно возрос в связи с неблагоприятным влиянием избытка массы тела женщины на течение беременности, родов, развитие плода. На плод оказывают влияние эндокринно-обменные нарушения, расстройства жизненных функций организма матери. Частыми спутниками ожирения являются сахарный диабет, гипертоническая болезнь, атеросклероз.

У женщин, имевших крупный плод, ожирение встречается в 23,69+1,97% против 10% в контрольной группе, т. е. в 2,3 раза чаще; причем частота рождения крупного плода прямо пропорциональна частоте ожирения матери, а между степенью ожирения у матери и массой тела доношенных новорожденных выявлена прямая корреляционная связь. У женщин с массой тела до беременности 70 кг и более достоверно чаще рождались крупные дети. При ожирении у женщин, выявленном до беременности, масса новорожденных значительно больше, чем у детей, родившихся у матерей с этой патологией, развившейся при настоящей беременности, а масса тела ребенка матери с ожирением на 516 г больше, чем масса ребенка матери без ожирения.

Калиперометрические измерения показали, что толщина кожно-жировой складки у женщин прямо коррелирует с большой массой тела плода при рождении. Проведенное анкетирование установило, что во время беременности 56,75% женщин отмечали повышенный аппетит и даже явное переедание, употребление большого количества продуктов, содержащих углеводы, у 36% женщин была выражена жажда и питание было нерациональным. На плод оказывают влияние эндокринно-обменные нарушения, расстройства жизненных функций организма матери. Частыми спутниками ожирения являются сахарный диабет, гипертоническая болезнь, атеросклероз.

Среди эндокринной патологии матери на развитие плода существенное влияние оказывает сахарный диабет. В связи с тем что у матерей, страдающих сахарным диабетом, рождаются дети со значительной массой тела (до 5-6 кг и более), нами проведен анализ влияния этой эндокринной патологии на плод. Гестационный сахарный диабет среди 595 женщин, родивших крупный плод встретился в 5,3% случаев, тогда как в контрольной группе – 0,5%, что свидетельствует о высоком риске сахарного диабета при макросомии плода.

Сахарный диабет оказывает неблагоприятное влияние на прогноз и развитие плода, адаптацию новорожденного и является фактором риска диабета у потомства. Из других эндокринных заболеваний матери большая масса плода отмечается при заболеваниях щитовидной железы с пониженной функцией в таких случаях развивается врожденный гипотиреоз. Причиной этой патологии плода, кроме заболеваний щитовидной железы у матери могут быть порок развития щитовидной железы, генетические дефекты ферментов, участвующих в синтезе гормонов, недостаточное поступление йода в организм плода. Решающее значение в диагностике имеет определение свободного тироксина и тиреотропного гормона (ТТГ), что позволяет рано диагностировать врожденный гипотиреоз с целью своевременной терапии.

**Выводы.** Отмечается неуклонный рост частоты рождения детей с массой тела 4000 г и более. По данным проведенного исследования этот показатель за 5 лет вырос с 10,7 до 12,7%. В генезе крупного плода играет роль сочетанное влияние различных факторов внешней и внутренней среды. Установлено, что высокая частота рождения детей с массой 4000г. и более находится в прямой зависимости от конституциональных особенностей матери, ее возраста, порядкового

номера беременности и родов, наличия ожирения, нерационального питания и избыточной прибавки массы тела во время беременности.

Список литературы:

1. Слабинская Т.В. Антенатальная диагностика массы крупного плода // Здоровый новорожденный: материалы респ. науч.-практ. конф. – Екатеринбург. – 2000. – С.77-79.

2. Черепнина А.Л. Крупный плод: современная тактика ведения беременности и родов. Перинатальные исходы: автореф. дис. канд. мед.наук. – М., 2006. – 21 с.

3. Черникова Л.Н. Акушерские аспекты крупного плода // История городского мед. образования им. С.П. Боткина и современное состояние спец. мед. помощи. – Орел, 1999. – С. 205-207.

4. Чернявская Л.О. Медико-социальное исследование проблемы крупного плода: автореф. дис. канд. мед. наук. – Рязань, 2001. – 20 с.

5. Boulet S.L., Alexander G.R., Salihu H.M., et al. Macrosomic births in the united states: determinants, outcomes, and proposed grades of risk // Am.J.ObstetGynecol. – 2003. – №188(5). – P. 1372-8.

6 Stones R.W., Paterson C.M., Saunders W.J. Risk factors for major obstetric haemorrhage // Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. – 1993. – №48(1). – P. 15-8.

УДК 616.23 – 007.272 – 008.64 – 053.4:577.161.2

**Витамин D и значение его дефицита в развитии  
бронхообструктивного синдрома у детей раннего возраста**

*Болбот Юрий Конович*

*д.мед.н., профессор,*

*Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины,*

*г. Днепропетровск, Украина*

*e-mail: bolbot.u@gmail.com*

**Екатерина Константиновна Годяцкая**

ассистент,

Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины,

г. Днепропетровск, Украина

e-mail: godkaterina@mail.ru

**Аннотация.** *Статья посвящена проблеме бронхообструктивного синдрома и роли витамина D в развитии респираторной патологии у детей раннего возраста. Описаны основные внескелетные механизмы противоинфекционного действия витамина D. Приведены данные о возможном применении витамина D в качестве профилактики и адъювантной терапии бронхообструктивного синдрома у детей раннего возраста.*

**Ключевые слова:** *дети раннего возраста, бронхообструктивный синдром, витамин D.*

**Abstract.** *The article is devoted to the problem of broncho-obstructive syndrome and role of vitamin D in developing of respiratory pathology in young children. The main extraskeletal mechanisms of antiinfectious actions of vitamin D have been described. The data about the possibility of using vitamin D as a prevention and adjuvant therapy of broncho-obstructive syndrome in young children are presented.*

**Keywords:** *young children, broncho-obstructive syndrome, vitamin D.*

Патология органов дыхания, и в том числе бронхообструктивный синдром (БОС) у детей раннего возраста, остается одной из актуальных проблем современной педиатрии. Известно, что острые инфекции нижних дыхательных путей являются одной из ведущих причин детской смертности в мире и ежегодно насчитывают около 1,4 млн. случаев смерти детей младше 5 лет.

В детской популяции, по данным О.И. Ласицы (2004), бронхиальная обструкция встречается почти у 30% детей. Респираторные инфекции являются наиболее частой причиной развития БОС у детей раннего возраста [1]. Следует отметить, что частота БОС при острых респираторных заболеваниях (ОРЗ) у детей первого года жизни выросла сегодня до 50% и более, при этом 40% детей до достижения школьного возраста переносят хотя бы один эпизод БОС [2]. Наиболее часто БОС инфекционного генеза встречается при обструктивном бронхите и бронхиолите. В мировой литературе разграничение острого обструктивного бронхита и бронхиолита признается не всеми пульмонологами [1]. Так, например, в США любой первый эпизод БОС вирусной этиологии у ребенка младше 2 лет называется бронхиолитом. Среди вирусов ведущую роль играют респираторно-синцитиальный вирус (РСВ) (в половине случаев), аденовирус, вирус парагриппа [1].

У детей младше 5 лет большинство зарубежных ученых описывают три типа свистящих хрипов («wheezing»): ранние транзиторные свистящие хрипы, свистящие хрипы с поздним началом и персистирующие свистящие хрипы с ранним началом (до трех лет). Согласно другой классификации, выделяется три «wheezing» фенотипа в детском возрасте: ранние транзиторные свистящие хрипы, неатопические свистящие хрипы, или IgE-ассоциированные свистящие хрипы/астма [5, 11].

По данным Ю.Л. Мизерницкого (2010) впоследствии на фоне острой респираторной инфекции у значительного числа детей раннего возраста (у 54%) возможны повторные эпизоды обструктивного бронхита, не сопровождающиеся, однако, развитием бронхиальной астмы. Повторный БОС определяется как три и более эпизодов бронхообструкции [7], однако некоторые авторы определяют повторный

БОС как БОС с частотой эпизодов более одного за последние 12 месяцев [6]. Зарубежными учеными было установлено, что распространенность повторного БОС среди 30,093 детей в возрасте от 12 до 15 месяцев составляла 24% в Латинской Америке и 15% в Европе.

Среди известных факторов риска повторных эпизодов БОС, таких как семейный аллергоанамнез, проявления атопии, эозинофилия на сегодняшний день активно изучается роль витамина D (25(OH)D, VD) и значение его дефицита в склонности к частым респираторным заболеваниям. Исторически сложилось, что VD связывали лишь с заболеваниями костной системы, включая кальциево-фосфорный и костный метаболизм, остеопороз, переломы, состояние мышечной системы [9]. Однако биологическая роль VD не ограничивается только регуляцией костного метаболизма. Молекулярный механизм действия высокоактивного метаболита VD – 1,25-дигидроксивитамин D (1,25(OH)<sub>2</sub>D), так называемый D-гормон (кальцитриол) заключается во взаимодействии со специфическими рецепторами в тканях – рецепторами витамина D (VDR), которые широко представлены в организме и обнаружены, по меньшей мере, в 40 органах и тканях. В связи с широким распространением VDR в тканях большой научный интерес, помимо основной функции, представляют и внескелетные эффекты VD.

Некоторые исследования свидетельствуют, что дефицит VD, а именно снижение концентрации 25(OH)D в сыворотке крови ниже, чем 20 нг/мл, может способствовать тяжелому течению респираторных инфекций у детей раннего возраста. Группой канадских ученых было установлено, что среди детей с бронхиолитом или пневмонией, которых госпитализировали в отделение интенсивной терапии, средний уровень 25(OH)D в сыворотке крови был значительно ниже по сравнению с группой детей, которые получали лечение в педиатрическом отделении

(20нг/мл и 35 нг/мл соответственно) [10]. Science M. и соавт. [Science M. et al., 2013] продемонстрировали, что низкий уровень обеспеченности VD (ниже 30 нг/мл) повышает риск ОРЗ на 50% у детей 3-15 лет. Вышеуказанные масштабные клинические исследования подтверждают важность VD в обеспечении противоинфекционного иммунитета.

На сегодняшний день известны следующие механизмы противоинфекционного действия VD, которые реализуются путем прямого и опосредованного влияния активных метаболитов данного витамина на функциональное состояние врожденного и приобретенного иммунитета. VD принимает активное участие в функционировании системы врожденного иммунитета за счет продукции антимикробных пептидов (АМП), которые играют важную защитную роль в отношении респираторных патогенов, таких как вирусы, бактерии и грибки. У человека катионные АМП, функционирующие в респираторном тракте, представлены двумя основными молекулярными семействами, которые организованы дефензинами ( $\beta$ -дефензины-2) и кателицидинами (hCAP-18 и LL-37) [11]. Кателицидин активен против грамм-положительной и грамм-отрицательной флоры, грибов и микобактерий, а поэтому пациенты с сывороточным уровнем 25(OH)D менее 20нг/мл могут быть склонны к развитию пневмонии, сепсиса, нейроинфекций. Еще один предлагаемый механизм для витамин-D-опосредованного влияния на респираторную систему включает в себя адаптивный иммунитет, в том числе модуляцию антигенпрезентирующих клеток таких как макрофаги. Более того, VD является прямым и косвенным регулятором T-клеток. Известно, что экспрессированный ген VDR находят в активированных пролиферирующих T-лимфоцитах, моноцитах, макрофагах и гистиоцитах, чем обеспечивается дифференцировка моноцитов и прелимфоцитов до их зрелых форм, способных продуцировать достаточное количество интерлейкинов (IL), факторов роста и других

Са-зависимых медиаторов иммуногенеза [12]. Именно через повышение активности Т-регуляторных лимфоцитов VD играет важную роль в обеспечении баланса между Th<sub>1</sub>-типа и Th<sub>2</sub>-типа и влияет на высвобождение цитокинов. Под влиянием кальцитриола происходит снижение экспрессии Th<sub>1</sub> – (IL-2, TNF- $\alpha$ , IFN- $\gamma$ ), Th<sub>9</sub> – (IL-9) и Th<sub>22</sub> – (IL-22) цитокинов, но повышение продукции противовоспалительных Th<sub>2</sub>-ассоциированных цитокинов (IL-3, IL-4, IL-5, IL-10) [8]. Кроме Т-клеток, некоторые исследования указывают на угнетение продукции В-клетками иммуноглобулинов, в том числе IgE, под влиянием 1,25(OH)<sub>2</sub>D [4,8]. Установлено, что активация VDR ингибирует экспрессию IgE в В-клетках и усиливает экспрессию IL-10, что имеет значение для предотвращения возникновения атопии [3].

Учитывая многочисленные внескелетные эффекты витамина D, в частности на иммунную систему и легочную функцию, актуальным является вопрос о возможном применении витамина D в качестве вспомогательной терапии ОРЗ, в том числе и БОС, с целью улучшения клинического течения, сокращения сроков выздоровления, а также предупреждения развития повторных эпизодов БОС у детей раннего возраста. Доказано, что целевая концентрация 25(OH)D в сыворотке крови детей должна соответствовать уровню более 30 нг/мл для обеспечения всех положительных воздействий этого витамина на организм. Для достижения целевого уровня 25(OH)D в сыворотке крови требуется как минимум 1700 МЕ витамина D в сутки. Двойное слепое рандомизированное плацебо-контролируемое исследование, проведенное с участием японских школьников в возрасте 6-15 лет показало, что прием 1200 МЕ/сутки витамина D3 в зимнее время и ранней весной помогает предотвратить возникновение гриппа и приступов бронхиальной астмы [11].

Таким образом, в настоящее время значительно расширились представления о роли витамина D в организме человека. Развитие дефицита витамина D может способствовать развитию и ухудшать течение респираторных заболеваний в детском возрасте. Однако существует необходимость проведения дальнейших исследований для изучения всех механизмов воздействия витамина D на легочную функцию у детей раннего возраста с БОС, которые на сегодняшний день изучены недостаточно. Так, например, изучение уровня обеспеченности витамином D среди детей в зависимости от времени года, респираторной заболеваемости; установление частоты дефицита витамина D у детей с эпизодическим и повторным БОС, выявление взаимосвязей между сывороточным уровнем витамина D, степенью тяжести и частотой повторных эпизодов БОС у детей раннего возраста.

#### Список литературы:

1. Белых Н.А. Современные подходы к диагностике и терапии бронхообструктивного синдрома инфекционного генеза у детей / Н.А. Белых, Л.А. Заливная // Актуальная инфектология. – 2015. – Т.6, №1. – С. 88-93.
2. Юлиш Е.И. О факторах риска развития бронхообструктивного синдрома у детей раннего возраста/ Е.И. Юлиш, Ю.А. Сорока, О.Е. Чернышева // Здоровье ребенка. – 2012. – Т.41, №6. – С. 85-88.
3. Bantz Selene K. The Role of Vitamin D in Pediatric Asthma/ Selene K. Bantz, Zhou Zhu, and Tao Zheng // Annals of Pediatrics and Child Health. – 2015. – Vol.3, №1. P.1-7.
4. Immune Modulation by Vitamin D and Its Relevance to Food Allergy / Noor H. A. Suaini, Yuxia Zhang, Peter J. Vuillermine [et al.] // Nutrients. – 2015. – №7. – P. 6088-6108.

5. Global strategy for asthma management and prevention (updated 2014): Global Initiative for Asthma (GINA). – [Электронный ресурс] – URL: [http:// www.ginasthma.org](http://www.ginasthma.org) (дата обращения 27.01.2016).

6. Mark Chung Wai Ng. Recurrent wheeze and cough in young children: is it asthma? / Mark Chung Wai Ng, Choon How How // Singapore Med J. – 2014. – Vol.55, №5. – P.236-241.

7. Prevalence, severity, and treatment of recurrent wheezing during the first year of life: a cross-sectional study of 12,405 Latin American infants / Javier Mallol, Dirceu Solé, Luis Garcia-Marcos [et al.] // Allergy Asthma Immunol. – 2016. – Vol. 8, №1. – P. 22-31.

8. Vojinovic Jelena. Vitamin D-update for the pediatric rheumatologists/ Jelena Vojinovic, Rolando Cimaz // Pediatric Rheumatology. – 2015. – №13. – P. 2-9.

9. Vitamin D and multiple health outcomes: umbrella review of systematic reviews and meta-analyses of observational studies and randomised trials / Evropi Theodoratou, Ioanna Tzoulaki, Lina Zgaga [et al.] // BMJ. – 2014. – Vol. 348. – P.1-19.

10. Vitamin D deficiency in young children with severe acute lower respiratory infection / J.D. McNally, K. Leis, L.A. Matheson [et al.] // Pediatr. Pulmonol. – 2009. – №44. – P. 981-988.

11. Vitamin D. – 3th ed. / edited by David Feldman, J. Wesley Pike, John S. Adams – CA: Elsevier, 2011. – 2189 p.

12. Vitamin D and 1,25(OH)<sub>2</sub>D Regulation of T cells / Margherita T. Cantorna, Lindsay Snyder, Yang-Ding Lin [et al.] // Nutrients. – 2015. – №7. – P. 3011-3021.

**Эффективность комбинированной терапии с L-аргинином при хронической сердечной недостаточности, развившейся на фоне инфаркт миокарда с зубцом Q**

**Дилфуза Шаназаровна Курбанова**

*резидент 3-го курса магистратуры по направлению «Кардиология»,*

*Ташкентская Медицинская Академия,*

*г. Ташкент, Р. Узбекистан*

*e-mail: dilfuza2011@gmail.com*

**Матлуба Эшбаевна Рахимова**

*к.мед.н., доцент,*

*Ташкентская Медицинская Академия,*

*г. Ташкент, Р. Узбекистан*

*e-mail: Doc.rakhimova@mail.ru*

**Абдунаби Абдурашидович Разиков**

*старший преподаватель,*

*Ташкентская Медицинская Академия,*

*г. Ташкент, Р. Узбекистан*

*e-mail: Abdunabi.58@mail.ru*

**Аннотация.** *Изучено клинико-функциональной эффективности и действие на эхокардиографические показатели у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) на после перенесенного инфаркт миокарда с зубцом Q комбинированного лечения L-аргинином у 61 больных в возрасте от 38 до 77 лет. Выявлено, что включение донатор NO L-аргина в стандартную терапию при ХСН способствует улучшению клинико-функционального состояния больных, повышает толерантность к физической нагрузке и приводит к достоверному увеличению сократительной функции миокарда.*

**Ключевые слова:** хроническая сердечная недостаточность, L-аргинин, инфаркт миокард с зубцом-Q

**Abstract.** *Clinical and functional efficiency and effect on echocardiographic parameters were studied in patients with chronic heart failure (CHF) due to myocardial infarction with a wave Q combined treatment of L-arginin in 61 patients aged 38 to 77. It has been revealed that the inclusion of L-arginin donator NO in the standard therapy for heart failure improves clinical and functional state of patients, increases exercise tolerance and leads to a significant increase in myocardial contractility.*

**Keywords:** *chronic heart failure, L-arginin, myocardial infarction with a wave-Q.*

**Актуальность.** Результаты большинства эпидемиологических исследований свидетельствуют о том, что заболеваемость и распространённость хронической сердечной недостаточности (ХСН) ежегодно возрастает, увеличивается доля прогностически неблагоприятных больных с ишемической этиологии. Прогноз ХСН тем хуже, чем выше степень ее клинической тяжести. Так, показатель смертности в течение 1 года у больных с ХСН I–II ФК по NYHA составляет 6-10%, возрастая до 25-40% у больных с тяжелой (IV ФК по NYHA) ХСН [4]. Повышение эффективности лечения у больных с ХСН является актуальной проблемой современной кардиологии, так как именно это осложнение во многом определяет тяжесть течения и прогноз заболевания, а также качество жизни пациентов. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) в настоящее время является одной из основных причин инвалидизации и смертности населения в экономически развитых странах. В настоящее время большое внимание привлекают метаболические изменения, возникающие при неадекватном кровоснабжении миокарда. Одним из доказанных факторов патогенеза

болезни наряду с ишемией, гипоксией миокарда является избыточное образование свободных радикалов в процессе окислительного стресса. Окислительный стресс при атеросклерозе приводит к окислительной модификации липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) и к повышению в них активности процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) [8]. Окисленные ЛПНП способствуют развитию и прогрессированию эндотелиальной дисфункции за счет ингибирования синтеза и высвобождения эндотелиального оксида азота (NO), одного из основных регуляторов нормальной функции эндотелия [2]. Эндотелиальная дисфункция – первое звено в патофизиологии сердечно-сосудистого континуума, в основе которой лежит снижение синтеза NO, что обычно связано с нарушением экспрессии или транскрипции эндотелиальной NO-синтазы (eNOS), снижением доступности запасов L-аргинина для eNOS, ускоренным метаболизмом оксида азота (при повышенном образовании свободных радикалов) [9].

Аргинин – условно незаменимая аминокислота, впервые выделен в 1886 г. E. Schulze и E. Steiger, а структура его установлена E. Schulze и E. Winterstein в 1897 г. Средний суточный уровень потребления L-аргинина составляет 5,4 г. [5]. Однако главная роль внутрисердечной гемодинамики в организме человека – быть субстратом для синтеза оксида азота (NO) [9]. При низких концентрациях в плазме крови L-аргинин избирательно улучшает эндотелиальную функцию; при среднем уровне концентрации может оказывать прямую вазодилатацию вследствие стимуляции секреции инсулина и гормона роста; высокие уровни L- аргинина вызывают неспецифическую вазодилатацию [1].

**Цель исследования.** Оценить клинико-функциональной эффективности и действие на эхокардиографические показатели у больных с ХСН на фоне ишемической болезни сердца комбинированного лечения с L-аргинином.

**Материалы и методы исследования.** Было обследовано 61 больных, в том числе 45 (73,8%) мужчин и 16 (26,2%) женщин в возрасте от 38 до 78 лет с ХСН развившейся на фоне ИМ с зубцом Q. Из них 32 больных основная группа, средний возраст составил  $63,22 \pm 9,5$ , которым проводилось базисное лечение в комплексе с L-аргинином. Схема назначения L-аргинина (Тивортин): препарат вводился внутривенно капельно, в дозе 4,2%-100,0 1 раз в сутки в течение 10 дней. Все больные получили стандартную терапию ХСН: ингибиторы АПФ или АРА-II,  $\beta$ -адреноблокаторы, антагонисты альдостерона (верошпирон), петлевые диуретики и при необходимости сердечные гликозиды, антиагреганты, антикоагулянты. Другие препараты метаболического действия не назначались. В качестве контрольной группы обследовано 29 больных, средний возраст  $63,6 \pm 9,6$ , у которых базисное лечение ХСН проводилось без L-аргинина.

Всем больным (группа наблюдения и контрольный) до и после лечения наряду с общеклиническими исследованиями проводили ЭКГ, показатели внутрисердечной гемодинамики определяли с помощью ЭхоКГ. Функциональный класс (ФК) сердечной недостаточности (СН) оценивался с классификацией Нью-Йоркской кардиологической ассоциации (NYHA) [6]. В качестве теста с физической нагрузкой использовался 6-минутная ходьба по методике Guyatt. Динамика клинико-функционального состояния оценивалась по шкале, разработанной Российским многоцентровым исследованием «Фасон», и представляющая собой комплексную систему оценки факторов, влияющих на прогноз больных с ХСН – шкала оценки клинического состояния (ШОКС) [1].

**Результаты исследования и их обсуждение.** Результаты теста 6-минутной ходьбы, свидетельствующего о переносимости физической нагрузки и определяющего степень выраженности сердечной

недостаточности, а также динамика клинико-функционального состояния больных приведены в табл. 1.

Таблица 1

**Динамика клинико-функционального состояния и результаты 6-минутного теста с ходьбой у больных с ХСН**

Показатель	Группа			
	I (n=32)		II (n=29)	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Дистанция 6-минутной ходьбы, м	267,5±74,1	389,4±66,4* *	274,3±70,1	354,8±76,2*
ШОКС, балл	8,1± 1,21	4,1±1,1**	7,8± 1,3	5,3±1.04*

Примечание: \*P < 0,05, \*\* P < 0,001.

Комбинированное лечение L-аргинином достоверно улучшало клинико-функциональное состояние больных. В I группе показатели ШОКС понизились на 49,4%, а в II группе на 32,1%. А также, повышалось толерантность к физической нагрузке – увеличивалась дистанция 6-минутной ходьбы. До лечения в обеих группах за 6 мин больные проходили в среднем 270 м, после лечения L-аргинином дистанция повысилась в основном группе на 31,3%, а в контрольной группе на 22,7%.

Показатели эхокардиографии и их изменение под влиянием проводимой терапии приведены в табл. 2-3.

Таблица 2

**Изменения основных эхокардиографических показателей на фоне базисного лечения с фосфокреатином.**

Показатель	I группа (n=30)	
	До лечения	После лечения
<b>Фракция выброса левого желудочка (%)</b>	<b>53,3±8,2</b>	<b>57,3±7,1**</b>
Конечный диастолический объем (мл)	114,5±14,6	108±11,7*
Конечный систолический объем (мл)	73,4±11,2	66,4±10,3**

Примечание: \*P < 0,05, \*\*P > 0,05.

При анализе полученных данных установлено, что у больных обеих групп после лечения улучшилась как систолическая, так и диастолическая функция ЛЖ. Отмечено уменьшение средних значений КДО, КСО, что в свою очередь привело к улучшению систолической функции ЛЖ, подтвержденному достоверным увеличением сердечного выброса. Последнее проявилось достоверным улучшением сократительной функции ЛЖ в виде достоверного прироста средних значений ФВ ЛЖ.

Таблица 3

**Изменения основных эхокардиографических показателей на фоне базисного лечения без L-аргинина**

Показатель	II группа (n=18)	
	До лечения	После лечения
<b>Фракция выброса левого желудочка (%)</b>	<b>51,3±7,2</b>	<b>53,3±8,1*</b>
Конечный диастолический объем (мл)	119,5±19,6	115±15,7**
Конечный систолический объем (мл)	91,4±13,2	86,4±13,3**

*Примечание: \*P < 0,05, \*\*P > 0,05.*

Обращает на себя внимание то, что у больных I группы изменения показателей эхокардиографии после комбинированного лечения L-аргинином были более выраженными, чем во II группе. Таким образом, включение L-аргинин (Тивортин) в стандартную терапию привело к более выраженному улучшению как показателей центральной гемодинамики, так и клинико-функционального состояния больных с ХСН.

**Выводы:**

1. Включение донатор NO L-аргинина в стандартную терапию при ХСН способствует улучшению клинико-функционального состояния и снижению функционального класса ХСН

2. L-аргинин приводит к достоверному улучшению сократительной функции миокарда и повышает толерантность к физической нагрузке при сердечной недостаточности.

Список литературы:

1. Агеев Ф.Т., Даниелян М.О., Мареев В.Ю., Беленков Ю.Н. Больные с хронической сердечной недостаточностью в российской амбулаторной практике: особенности контингента, диагностики и лечения (по материалам исследования ЭПОХА-ОХСН). Журнал Сердечная Недостаточность. – 2004. – №5(1). – Р. 4-7.

2. Бувальцев В.И. Дисфункция эндотелия как новая концепция профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний // Международный мед. журн. – 2001.

3. Захаревич О.А., Леонова М.В. Изучение качества жизни у больных артериальной гипертонией. Методы оценки и значение в клинической практике // Международный медицинский журнал 2001. – №5. – С. 412-416.

4. Коваленко В.Н. и соавт. Руководство по кардиологии // Киев – 2008. – С. 1284.

5. Український хіміотерапевтичний журнал. 2012. – №3 (26) – 215 с.

6. Bella J.N., Palmieri V., Kitzman D.W., Liu J.E. et al. Gender difference in diastolic function in hypertension // Amer. J. Cardiol. – 2002. – Vol. 89, №1. – P. 1052-1056.

7. Haynes V., Elfering S.L., Squires R.J. et al. Mitochondrial Nitric-oxide synthase: role in pathophysiology // IUBMB Life. – 2003. – Vol. 55. – P. 599-603.

8. Stocker R., Keaney J.F. Role of oxidative modifications in atherosclerosis // Physiologic Review. – 2004. – Vol. 84, P. 1381-1478.

9. Visek W.J., 1986; Wu G., Morris S.M. Jr., 1998; Böger R.H., 2007.

УДК 616.12-005.4:616.12-008.64-036.12:616.895.4

**Комплексный подход к лечению хронической сердечной недостаточности с аффективными расстройствами**

***Хусниддин Шахобитдинович Кучкаров***

*магистр,*

*Ташкентская Медицинская Академия,*

*г. Ташкент, Узбекистан*

*e-mail: hus\_doc@mail.ru*

***Матлуба Эшбаевна Рахимова***

*доцент,*

*Ташкентская Медицинская Академия,*

*г. Ташкент, Узбекистан*

***Абдунаби Абдурашидович Разиков***

*ст. преподаватель,*

*Ташкентская Медицинская Академия,*

*г. Ташкент, Узбекистан*

***Мафтуна Фархадовна Салихова***

*магистр,*

*Ташкентская Медицинская Академия,*

*г. Ташкент, Узбекистан*

*Аннотация. Между тревожно-депрессивными расстройствами и патологией сердечно-сосудистой системы имеются сложные отягощающие друг друга взаимодействия: сердечная патология сопровождается увеличением частоты выявления тревожно-депрессивных расстройств, присоединение тревоги и депрессии к тяжелому ССЗ достоверно повышает риск развития тяжелых осложнений (инфаркта миокарда, нарушения мозгового*

кровообращения), общей смертности и смертности от ССЗ. По данным ряда авторов, депрессии влияют не только на смертность, но и на ухудшение функционального статуса и качества жизни (КЖ), пропорциональное числу депрессивных симптомов. Сейчас используются различные антидепрессанты. Среди них особого внимания заслуживают препараты группы антидепрессантов с принципиально иным механизмом действия по сравнению с представителями первых поколений, т.е. препараты с влиянием не на систему обратного захвата моноаминов, а на различные рецепторные структуры.

**Ключевые слова:** хроническая сердечная недостаточность, ишемическая болезнь сердца, тревожно-депрессивные расстройства.

**Abstract.** *Between anxiety and depressive disorders and disorders of the cardiovascular system are complex interaction of aggravating each other: cardiac pathology is accompanied by an increase in the detection rate of anxiety and depressive disorders, anxiety and depression accession to severe cardiovascular disease significantly increases the risk of severe complications (myocardial infarction, cerebrovascular accident) total mortality and mortality from CVD. According to several authors, depression affects not only mortality but also the deterioration of functional status and quality of life (QOL), proportional to the number of depressive symptoms. Nowadays, various antidepressants are used. Among them, special attention should be given to drugs of antidepressants with principally different mechanism of action compared to the first generation, that is, drugs with no influence on the system monoamine reuptake, but on different receptor structures.*

**Keywords:** *chronic heart failure, coronary heart disease, anxiety and depressive disorders.*

По сведениям EUROASPIRE III, среди 8580 пациентов из 22 европейских стран, которые наблюдались в течение 6 месяцев после госпитализации по поводу сердечно-сосудистых заболеваний, распространенность депрессии варьировала от 8,2 до 35,7% среди мужчин и от 10,3 до 62,5% среди женщин. Распространенность тревожных расстройств варьировала от 12,0 до 41,8% среди мужчин и от 21,5 до 63,7% у женщин [9].

Наиболее распространенными среди психических заболеваний у взрослых являются депрессивные и тревожные расстройства. Данные эпидемиологических исследований показывают, что у больных ССЗ депрессия и тревожно-депрессивные расстройства (ТДР) встречаются чаще, чем в среднем в популяции (20-40% против 2,5-10%) [11]. Депрессия связана с заболеваниями сердечно-сосудистой системы двумя механизмами: патофизиологическим и поведенческим. Воздействия вмешательств при проведении реабилитации пациентов с ишемической болезнью сердца и сочетанными депрессивными расстройствами носят биопсихосоциальную направленность и касаются каждого из этих механизмов [3].

Психоземotionalное напряжение, хронический стресс, депрессия являются факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний и в решающей степени определяют сегодня уровень смертности [2,5] от данной нозологии. В связи с этим, важное значение приобретает проблема диагностики и лечения аффективных расстройств при сердечно-сосудистых заболеваниях [1,2,4]. Сочетание депрессии и сердечно-сосудистой патологии относится к наиболее серьезным проблемам здравоохранения.

Исследования последних лет свидетельствуют, что депрессия является независимым фактором риска развития ИБС [8,10]. Также установлена высокая распространенность панических атак у пациентов с

ИБС, достигающая 10-34%, что намного превышает распространенность этих расстройств в популяции [6,7].

Сейчас используются различные антидепрессанты. Среди них особого внимания заслуживают препараты группы антидепрессантов с принципиально иным механизмом действия по сравнению с представителями первых поколений, т.е. препараты с влиянием не на систему обратного захвата моноаминов, а на различные рецепторные структуры. Одним из таких препаратов является мirtазапин – четырехциклическое производное, норадренергический и селективный серотонинергический антидепрессант (NaССА), создание которого ознаменовало собой новый этап в развитии фармакологии этих средств. Миртазапин в рамках прямых сравнительных исследований оказался достоверно более безопасным антидепрессантом, чем amitриптилин, а по сравнению с препаратами СИОЗС реже вызывал желудочно-кишечные расстройства. Однако необходимо выяснить, как влияет коррекция тревоги и депрессии мirtазапином на течение хронической сердечной недостаточности.

**Цель исследования.** Определить психологические особенности больных с хронической сердечной недостаточностью ишемической этиологии в сочетании с тревожно–депрессивными расстройствами и пути их коррекции.

**Материалы и методы исследования.** Обследовано 53 больных с ХСН ФК II III IV ишемической этиологии. Все больные получали стандартное лечение препаратами доказанной эффективности. Больные основной группы также получали мirtазапин – четырехциклическое производное, норадренергический и селективный серотонинергический антидепрессант (NaССА). Возраст обследованных больных составил от 49-89 лет. Из них 31 женщин и 22 мужчин. У всех больных проводились необходимые лабораторно–инструментальные исследования и оценено

психологическое состояние. Для оценки психологического состояния больных применялась госпитальная шкала оценки тревоги и депрессии (HADS). Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) предназначена для скринингового выявления тревоги и депрессии у пациентов соматического стационара. Шкала оценки клинического состояния при ХСН (ШОКС) помогает оценить состояние больных с учетом следующих клинических признаков: одышка, изменение веса, жалобы на перебои в работе сердца, в каком положении находится в постели, набухшие шейные вены, хрипы в легких, наличие ритма галопа, увеличение печени, отеки, уровень САД. Для определения толерантности к физической нагрузке применялся тест шестиминутной ходьбы. Исследование качества жизни проводилось по специальному опроснику Миннесотского университета (Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire LwHF 1986г.), разработанного Jay N. Cohn.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В ходе исследования было выявлено ХСН ФК II у 17(32,07%) больных, ФК III у 32(60,37%), ФК IV у 4(7,54%) больных.

Тревожно-депрессивные расстройства обнаружены у 44 (83,01%) больных, из них 20 (45,45%) имели изолированную тревогу, 8 (18,18%) имели изолированную депрессию, 16 (36,36%) имели и тревогу и депрессию. Тревожное состояние проявлялась напряжением, чувством страха, паники, дрожью, неусидчивостью, беспокойными мыслями. В свою очередь для депрессии было характерно замедление мышления, действия, отсутствие получения удовольствия от ежедневных занятий.

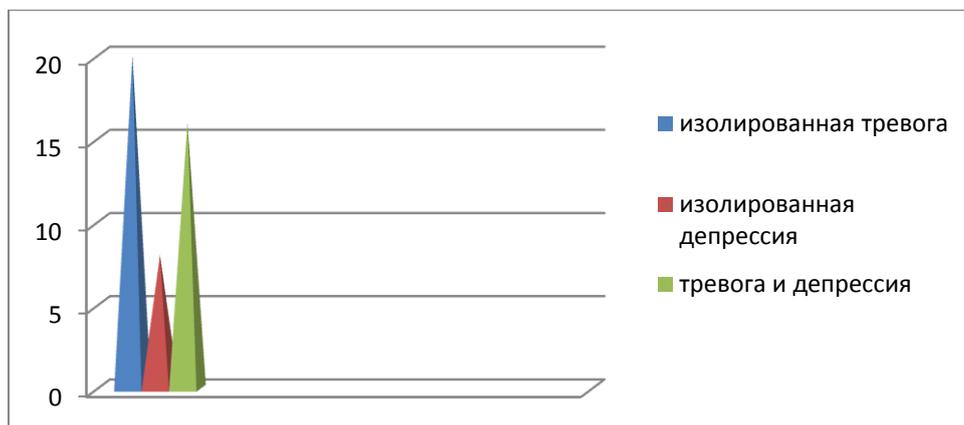


Рис. 1. Тревожно-депрессивные расстройства у больных ХСН ишемического генеза.

Чем выше был функциональный класс ХСН, тем ярче были выражены аффективные расстройства. Среди ХСН ФК II у 13(76,5%), ФК III у 30(93,75%), ФК IV у 4(100%) больных обнаружены аффективные расстройства. Изолированные тревожные расстройства наблюдались в основном у пациентов более низкого функционального класса, а изолированные депрессивные у пациентов более высокого функционального класса ХСН.

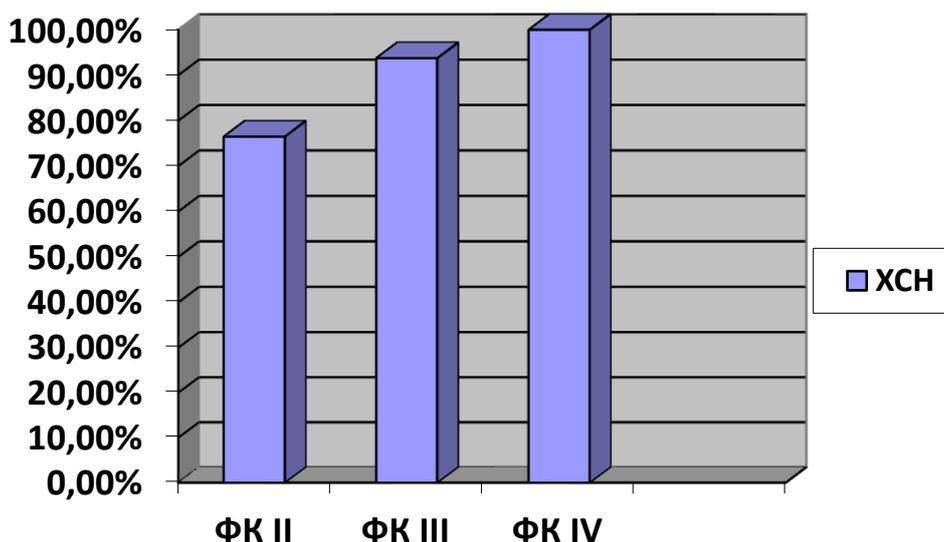


Рис. 2. Взаимосвязь функционального класса ХСН и аффективных расстройств.

Частота тревожно-депрессивных расстройств среди женщин была выше чем у мужчин (87,1% и 77,27% соответственно). Во многом это обусловлено и тем, что большая часть женщин обследованных нами имели признаки климактерического синдрома, что не всегда было выражено на фоне основного заболевания.

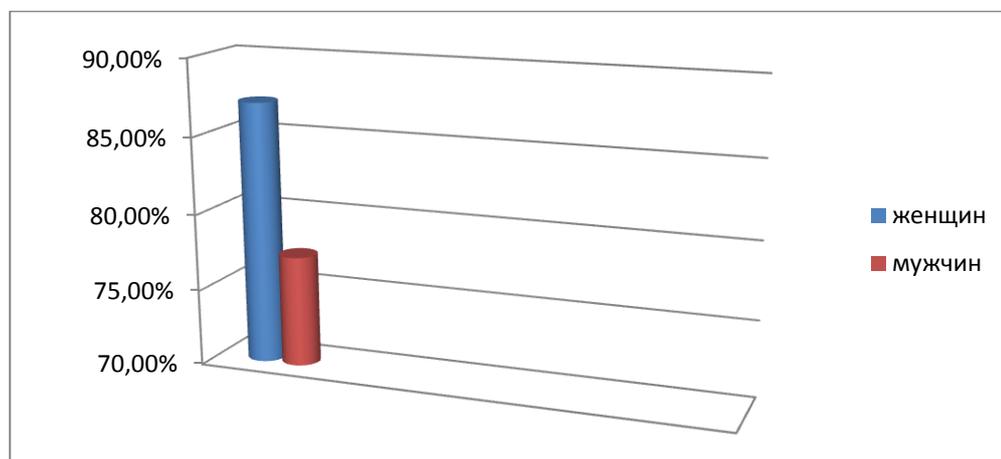


Рис. 3. Частота тревожно-депрессивных расстройств у женщин и мужчин.

При добавление к стандартной терапии ХСН ишемического генеза миртазапина, показатели уровня качества жизни, тревоги, депрессии и толерантности к физической нагрузке имели более выраженную тенденцию к улучшению по сравнению с контрольной группы.

Таблица 1

**Влияние миртазапина на исследуемые показатели**

Показатели	До лечения	После лечения
Уровень качества жизни, баллы	60,2±11,2	46,8±12,5
Уровень тревоги по шкале HADS, баллы	11,3±2,8	8,2±1,7
Уровень тревоги по шкале HADS, баллы	11,8±2,4	8,1±1,8
ШОКС, баллы	6,5±0,6	3,4±0,5

Выводы:

1. ХСН ишемического генеза часто сопровождается с тревожно-депрессивными расстройствами.

2. Чем выше функциональный класс ХСН тем больше ухудшается психическое состояние пациентов.

3. Присоединение тревожно-депрессивных расстройств замедляет положительную динамику в лечении ХСН

4. Присоединение миртазапина к стандартной терапии ХСН значительно улучшает качества жизни больных, повышает толерантность к физическим нагрузкам, и уменьшает выраженность аффективных расстройств.

#### Список литературы:

1. Коц Я.И., Либис Р.А. // Кардиология. – 1993. – Т.33, №5. – С. 66-71.

2. Оганов Р.Г. Вклад сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний в здоровье населения России // Р.Г. Оганов, Г.Я. Масленникова / Сердце. – 2003. – Т.2, №2. – С.58-61.

3. Ренин А.Н., Лебедева Е.В., Сергиенко Т.Н., Счастный Е.Д., Симуткин Г.Г. Клиническое течение заболевания у пациентов с ИБС в сочетании с тревожно-депрессивными расстройствами на фоне длительной терапии антидепрессантами.

4. Ходжаева Э.М., Шарафутдинова Г.Х., Шарапов Н.У., Назарова Л.А. Состояние церебральной гемодинамики у больных ишемической болезнью сердца в сочетании с синдромом ночного апноэ // Регионарн. кровообращ. И микроциркуляция. – 2003. – Т.2, №1. – С.47-50.

5. Чазов Е.И. Сегодня и завтра кардиологии / Е.И. Чазов // Тер. архив. – 2003. – Т.75, №9. – С.11-18.

6. Gorkin L. Quality of life among patients post-myocardial infarction at baseline in the Survival and Ventricular Enlargement (SAVE) trial / L. Gorkin, M.J. Follick, E. Geltman et al. // Qual. Life Res. – 1994. – Vol.3, №2. – P. 11-119.

7. Gottfries C.G. Late life depression / C.G. Gottfries // Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci. – 2001. – Vol.251, Suppl.2. – P. 57-61.
8. Kenefick A.L. Pain treatment and quality of life: reducing depression and improving cognitive impairment / A.L. Kenefick // J. Gerontol. Nurs. – 2004. – Vol.30, №5. – P. 22-29.
9. Pajak A., Jankowski P., Kotseva K. Depression, anxiety, and risk factor control in patients after hospitalization for coronary heart disease: the EUROASPIRE III Study // European Journal of Preventive Cardiology April. – 2013. – Vol. 20. – №2331-340.
10. Stevenson L.W. Selection and management of patients for cardiac transplantation / L.W. Stevenson // Curr. Opin. Cardiol. – 1993. – Vol.8, №3. – P. 411-418.
11. Taylor C.B. Youngblood M.E., Catellier D. et al. Effects of antidepressant medication on morbidity and mortality in depressed patients after myocardial infarction. ENRICHD trial // Arch. Gen. Psychiatry. – 2005. – Vol. 62, P. 792-798.

УДК 614.2

**Сегодняшние проблемы хронических неинфекционных  
заболеваний и пути их решения**

*Мария Красимирова Лазарова*

*ассистент,*

*факультет общественного здравоохранения,*

*Медицинский университет Софии,*

*г. София, Болгария*

*e-mail: maria.benkovska77@gmail.com*

***Аннотация.** Быстрый рост числа хронических неинфекционных заболеваний, называемых также социально значимыми, в последние десятилетия является серьезной проблемой здоровья, так как эти заболевания являются основной причиной бедности, мешают экономическому развитию и серьезно угрожают достижению целей развития в правильном направлении.*

***Ключевые слова:** хронические неинфекционные заболевания, сердечнососудистые заболевания, рак, диабет, психические заболевания, Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ).*

***Abstract.** In recent decades the rapid growth of chronic non-communicable diseases, also called socially significant, has been a major health challenge, as these diseases are a major cause of poverty, an obstacle to economic development, as well as a serious threat to the achievement of the Millennium development in the right direction.*

***Keywords:** chronic non-infectious diseases, cardiovascular diseases, cancers, diabetes, mental illness, World Health Organization (WHO).*

Самой большой проблемой, с которой сталкивается медицина и здравоохранение в XXI веке, является рост до масштабов пандемии числа хронических неинфекционных заболеваний (ХНЗ). Рост продолжительности жизни и «модернизация» образа жизни, при увеличении воздействия факторов риска хронических болезней, таких как курение, чрезмерное употребление алкоголя, недостаток физических упражнений, стресса и плохое питание, способствуют глобальной эпидемии хронических неинфекционных заболеваний. Темпы, с которыми ожирение, сахарный диабет, рак и сердечнососудистые заболевания становятся основными причинами смерти населения, в то время, как только одно поколение назад основная борьба велась с недоеданием и инфекционными заболеваниями, иллюстрируют

скорость, с которой социально-экономические и культурные изменения влияют на здоровье.

По данным ВОЗ (2010 г.), около 9 миллионов человек ежегодно преждевременно умирают от хронических неинфекционных заболеваний в странах с низкими и средними доходами. С точки зрения вероятности потенциального экономического ущерба, хронические неинфекционные заболевания являются второй наиболее серьезной угрозой для мировой экономики, по мнению Всемирного экономического форума.

По данным ВОЗ, две трети всех болезней в зрелом возрасте объясняются учеными моделью поведения или окружающей средой в детском возрасте.

Болезни системы кровообращения, злокачественные новообразования, хронические болезни легких, диабет и психические заболевания стали одной из основных причин смертности мирового населения и вот уже несколько десятилетий они являются лидерами среди причин смерти в развитых странах и в большинстве развивающихся.

Происхождение хронических неинфекционных заболеваний, вероятно, связано с несколькими механизмами в результате нарушения структуры и функций организма из-за отсутствия адаптации к постоянно изменяющимся условиям внешней и внутренней среды. Следовательно, заболевание является результатом комплекса причин, которые действуют на человека и человеческую популяцию в конкретной сложной среде, содержащей многочисленные «факторы риска».

Наиболее характерным для этих заболеваний является их массовое проявление как результат нескольких причин – эндогенных и

экзогенных причин, действующих долгосрочно в течение всей социально-биологической жизни человека.

Факторы риска не возникают изолировано друг от друга и не действуют в одиночку. Цепь событий, ведущая к неблагоприятному исходу, включает близкие и далекие причины, а также множество второстепенных факторов и элементов. Кроме того, один фактор во многих случаях носит риск более чем одного заболевания, а заболевания всегда являются результатом комбинированного действия нескольких причин и предрасполагающих факторов – т.е. «множественная причинность» болезни. Это восприятие привело к построению так называемой «причинно-следственной сети или модели» возникновения данной болезни.

Эпидемиологические исследования показали, что необходимо атаковать не только один фактор, но множество факторов риска и не только одно заболевание, а группу болезней, связанных с факторами риска. Профилактика этих заболеваний должна осуществляться не только медицинскими службами, а всеми структурами общества, т.е. иметь комплексный подход к этим эпидемиям в рамках правительственной политики, направленной в первую очередь на изменения в современном образе жизни.

**Сердечнососудистые заболевания:** Заболевания сердечнососудистой системы являются основной причиной смерти в Европе. По данным Национального центра здравоохранения приблизительно 1 из каждых 5 женщин (22%) и 1 из каждых 5 мужчин (21%) умирают от ишемической болезни сердца. Инсульт является второй наиболее распространенной причиной смерти в Европе – 1,24 миллиона смертей в Европе: 1 из каждых 6 женщин (17%) и 1 из каждых 10 мужчин (11%) в течение одного года. Сердечнососудистые заболевания являются причиной более 50% смертей среди мужчин во

многих странах, включая Болгарию. В Европейском Союзе смертность варьируется в широком диапазоне.

Начиная с 1992 года, Болгария входит в число стран с самой высокой сердечнососудистой смертностью в Европейском регионе. Настораживает тот факт, что смертность в нашей стране «омолаживается» особенно среди мужчин. Меры, которые осуществляются на национальном уровне, на данном этапе не дают значительных результатов, потому что они проводятся в первую очередь в системе здравоохранения. Общественные структуры и граждане не ведут себя активно в этом направлении, несмотря на огромные потери – людские и материальные, в результате этих заболеваний.

Профилактика включает в себя группу мероприятий по укреплению здоровья, связанных с сокращением специфических факторов риска – сокращение курения и ожирения, улучшение навыков в еде, увеличение физической активности. Они требуют институциональной поддержки, обучения населения, адекватных информационных систем для мониторинга заболеваемости и распространенности факторов риска. Эти мероприятия должны быть основаны на популяции и индивидуально ориентированы.

В июне 2007 года Европа (Европейский Совет, ВОЗ, European Heart Network, Европейское общество кардиологов) приняла «Европейский устав сердечного здоровья». Его целями являются:

1. Значительное уменьшение бремени сердечнососудистых заболеваний в Европейском регионе и уменьшение его неравномерного распределения между странами.

2. Все страны, поддерживающие Устав, активно развивают меры по изменению образа жизни людей.

3. Состояние здоровья населения Европы рассматривается не только как этический вопрос, но и в качестве основы для

экономического успеха в условиях жесткой конкуренции в мире глобализации. Это требует постоянных инвестиций в программы в области здравоохранения, направленные на повышение физической активности, улучшение питания, уменьшение вреда от алкоголя и курения, что в свою очередь приводит к снижению затрат на здравоохранение.

**Злокачественные новообразования:** Злокачественные новообразования охватывают более 700 нозологических единиц, которые представляют собой серьезную социальную проблему.

В отличие от начала XX века, когда злокачественные новообразования встречались относительно редко, сегодня они являются второй по значению причиной смерти среди мужчин, уступая только сердечнососудистым заболеваниям. В целом эти две группы заболеваний вызывают гибель 70-80% людей. За последние 40 лет число новых случаев рака в мире удвоилось.

В последние десятилетия в Болгарии число заболевших неуклонно растет, а успехи в диагностике и лечении не дают надежду на достижение эффективного контроля над их распространением.

Наиболее распространенные локализации среди мужчин – это рак легких, толстой и прямой кишки, желудка, простаты, мочевого пузыря и гортани, а среди женщин наиболее распространенными видами рака являются рак молочной железы, шейки матки, толстой и прямой кишки.

Основные факторы риска развития злокачественных опухолей связаны с факторами окружающей среды, и, в частности, ее загрязнением химическими соединениями, которые попадают в человеческое тело с пищей, водой или воздухом, т.е. около 80% этиопатогенеза человека связано с воздействием химических канцерогенов. Более ограниченную роль играет ультрафиолетовое излучение или биологические агенты – вирусы или паразиты. Ряд

перенесенных ранее болезней предрасполагают к возникновению злокачественных опухолей. Увеличение продолжительности жизни также способствует увеличению числа больных.

По оценкам Всемирной организации здравоохранения, более 40% всех случаев рака можно предотвратить с помощью профилактики. Треть из них можно предотвратить с помощью: эффективного контроля над курением и употреблением алкоголя, здорового питания, физической активности и иммунизации против вируса гепатита В и вируса папилломы человека (ВПЧ).

**Сахарный диабет:** Хроническое неинфекционное заболевание, частота которого приобретает размеры эпидемии, которая охватывает все возрасты и все народы мира. Заболевание охватывает 3-10% населения в разных странах и его частота прогрессивно увеличивается. Заболевание присутствует как в высокоразвитых, так и в развивающихся странах. В настоящее время 80% людей с диабетом живут в странах с низким и средним уровнем дохода. Многочисленные эпидемиологические исследования показали, что причины роста заболеваемости диабетом кроются в негативных изменениях образа жизни современного человека, развитии избыточного веса и ожирения, наличии хронического стресса, уменьшении физической активности, несбалансированном и неправильном питании и увеличении взрослого населения в сочетании с генетическими факторами. Образ жизни, однако, можно изменить и таким образом предотвратить проявления заболеваний, которые зависят от образа жизни.

Основные проблемы, связанные с диабетом, связаны с развитием последующих осложнений от болезни, которые могут привести к серьезным последствиям – слепоте, хронической почечной недостаточности и диализу, ампутации конечностей, сосудистым

осложнениям – ишемической болезни сердца, инфаркту миокарда, цереброваскулярной болезни, инсульту.

Современная медицинская практика требует ранней диагностики, раннего, систематического и комплексного лечения больных сахарным диабетом с непрерывным контролем сердечнососудистого риска. Профилактика включает в себя раннюю диагностику и активное лечение метаболического синдрома и ожирения с целью предотвращения сахарного диабета и сердечнососудистых заболеваний.

**Психические расстройства:** В последние годы возросло число заболевших, особенно алкогольным и наркотическим психозом, синдромом алкогольной зависимости, шизофренией, маниакально-депрессивным психозом, острыми стрессовыми и адаптационными реакциями, психосоматическими расстройствами.

В последние годы в области глобальной психиатрии происходят важные изменения, подкрепленные институтами, такими как ВОЗ и Всемирный банк. Они обусловлены тем, что в течение многих десятилетий проблема психического здоровья общества недооценивалась. Несколько исследований, проведенные под эгидой ВОЗ и Всемирного банка, показывают, насколько велика социальная нагрузка от психических заболеваний во всем мире (например, депрессия, которая в 1990 году была четвертой по значимости причиной человеческих страданий и экономических потерь в мире, ожидается, что в 2020 году она будет первой). От депрессии страдают 25-30% болгар. Исследования психического и физического здоровья неизменно показывают, что телесные болезни влияют на психическое благополучие пациента и обратно – психологические и эмоциональные проблемы и стресс часто вызывают, стимулируют и обостряют телесные страдания.

Акцентирование на профилактике, а не на лечении психических заболеваний, является приоритетным подходом общественного здравоохранения.

По этой причине в 2006 году, ВОЗ представила новую стратегию для улучшения и повышения здоровья населения посредством эффективной борьбы с хроническими неинфекционными заболеваниями на основе трех тезисов:

1. Каждое распространенное социально значимое заболевание является следствием (полностью или частично) социальных и поведенческих процессов, которые могут способствовать как его распространению, так и лечению.

2. Все поведенческие и социальные процессы потенциально могут быть изменены.

3. Успешное вмешательство, целью которого являются социальные и поведенческие изменения, может существенно снизить глобальное бремя болезней, инвалидности и преждевременной смерти.

Выводы: Своевременное выявление заболеваний и их адекватное лечение имеют значение не только для более благоприятного исхода и, следовательно, большей выживаемости и качества жизни больных, но связаны со значительными социальными и экономическими выгодами для общества в целом.

Укрепление здоровья и профилактика этих заболеваний должна стать национальной задачей для всех правительств во всем мире, так как от борьбы с ними зависит будущее народов и их благополучие.

#### Список литературы:

1. Воденичаров Ц., Попова С., Мутафова М., Шипковенска Е., Социална медицина, ИК «ГорексПрес», София, 2013. – 212 с.
2. Воденичаров Ц., Мутафова М., Шипковенска Е. и колектив, Здраве на населението в света, ИК «ГорексПрес», София, 2015. – 130 с.

3. Шипковенска Е., Христов Ж., Димитров П., Дякова М. Модерна епидемиология с медицина и здравеопазване, базирани на доказателства, «Филвест», София, 2008. – 212 с.

4. Янева Р., Радев Е., Янева Н., Информираност на студенти за значението на профилактичните прегледи, в сб. материалов XXXIII Научно-технологической сессии «Контакт 2014» на ИНГА, изд. ТЕМТО, С., 2014. – С. 184-192.

5. Епидемиология на социално-значимите заболявания. – [Електронный ресурс] – URL: <https://etilena.info/med/so/u0021.html>.

УДК 612.74:579.61

### **Нейротоксины и мышечная активность**

*Анна Николаевна Ложкина*

*к.биол.н., старший научный сотрудник,*

*Читинская государственная медицинская академия,*

*г. Чита, Россия*

*e-mail: lochkina@mail.ru*

***Аннотация.** Некоторые бактериальные нейротоксины приводят к изменению силы сокращения мышечных волокон. Ботулинический нейротоксин (BoNT) бактерий *Clostridium botulinum* используется в косметологии. Предполагается применение микродоз и токсина *Clostridium tetani*.*

***Ключевые слова:** ботулотоксин; тетаноспазмин; спор; мышечные сокращения.*

***Abstract.** Some bacterial neurotoxins cause changes contractile force of the muscle fibers. Botulinum neurotoxin (BoNT) *Clostridium botulinum* is*

*used in cosmetology. It is assumed, and the use of microdoses of the toxin Clostridium tetani.*

**Keywords:** *botulotocsin; tetanospasmin; dispute; muscular contractions.*

Многие процессы в организме человека можно разделить на конститутивные и индуцибельные [2], в т.ч. сокращения мышц, поддерживающие тонус (постоянно в той или иной степени) и запускающиеся индуктором («Я» /произвольные движения/ или рефлекторно). В.В. Скупченко полагает, что фазическая система опорно-двигательного аппарата тесно связана с холиновыми, а тоническая – с адренергическими структурами мозга [3, 4].

Некоторые привычки (условные рефлексы) в движениях или мимике настолько часты, что сокращения переходят в разряд конститутивных (повышенный тонус мышц в покое). В итоге на лице могут появиться лишние морщины. Данный косметический дефект предлагается устранять местным введением препарата «Ботокс» (Botox) [1] – ботулиническим токсином (самым сильным ядом из всех известных в токсикологии) в очень низкой дозировке. Ботулотоксин блокирует слияние ацетилхолин-содержащих гранул с пресинаптической мембраной, разрушая факторы адгезии в оболочке данных везикул; в итоге нервный импульс не проходит и мышцы не сокращаются. У больного ботулизмом развивается нисходящий паралич и перевес симпатического отдела вегетативной нервной системы (из-за угнетения парасимпатического отдела, в большей степени иннервируемого ацетилхолином; смещение баланса в сторону парасимпатки).

Противоположным ботулизму заболеванием является столбняк, вызываемый клостридиями тетани (анаэробными бактериями,

родственными клостридиям ботулиnum). Если при ботулизме мышцы расслабляются, то при столбняке, наоборот, гипертонус и спазмы мускулатуры. Условно при ботулизме больной не может вдохнуть, глотнуть и откашляться (чаще пациент умирает от пневмонии будучи на искусственной вентиляции легких), при столбняке не может выдохнуть. Столбнячный тетаноспазмин продвигается по нервным волокнам из раны в центральную нервную систему. Механизм действия тетаноспазмина [5] – блокада ингибиторов выброса нейромедиаторов; в результате – подергивания и затем спазмы мышц.

Хорошо известно, что при внезапном стрессе может появиться нечеловеческая выносливость и сила. Описан случай, когда мужчина, за которым гнался бык, перепрыгнул через забор, непреодолимый в обычной ситуации. Дерево падает на младенца, мать его отбрасывает, спасая ребенка, проявляя далеко не женскую силу. Можно предположить, что при стрессе в сокращении мускулатуры задействуются дополнительные мышечные волокна; стресс приводит к разблокировке тормозных механизмов передачи нервных импульсов. Можно ли использовать данный механизм для усиления сокращений скелетной мускулатуры, допустим, преобразовав тетаноспазмин в форму, проходящую через гематоэнцефалический барьер микрососудов мозга, – покажет будущее.

#### Список литературы:

1. Ботулотоксин (лекарство). – [Электронный ресурс] – URL: <https://ru.wikipedia.org/wiki>.
2. Ложкина А.Н. Некоторые конститутивные и индуцибельные процессы в биологии // Приоритетные научные направления: от теории к практике: Сб. мат. XIX Межд. научно-практ. конф. – Новосибирск: Изд-во ЦРНС, 2015. – С. 7-11.
3. Скупченко В.В. Фазотонный мозг. – Хабаровск, 1991. – 144 с.

4. Скупченко В.В. Мозг, движение, синергетика. – Владивосток: Изд-во Дальневосточного ун-та, 1989. – 220 с.

5. Chen C., Baldwin M.R., Barbieri J.T. Molecular basis for tetanus toxin coreceptor interactions // Biochemistry. – 2008. – V. 47, №27. – P. 7179-7186.

УДК 616.361-053-085+616.155-053-085

**Особенности спектра высших жирных кислот слюны у детей с дисфункцией желчных путей и дефицитом железа**

***Екатерина Ивановна Нагорная***

*магистр медицины,*

*Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца,*

*г. Киев, Украина*

***Татьяна Семеновна Брюзгина***

*к.мед.н.,*

*Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца,*

*г. Киев, Украина*

*e-mail: nsacha@ukr.net*

***Аннотация.*** Изучен спектр высших жирных кислот слюны у 160 детей 9-16 лет с функциональным расстройством билиарного тракта в стадии обострения, 29 из которых имели сопутствующую анемию I степени, 91 – латентный дефицит железа. Установлено повышение насыщенности липидного спектра слюны у детей с ФРБТ и ДЖ за счет увеличения миристиновой и стеариновой, снижения линоленовой и арахидоновой кислот. Выявленные изменения указывают на нарушение метаболизма ЖК и повышенный уровень ПОЛ у детей ФРБТ и ДЖ по сравнению с больными ФРБТ.

**Ключевые слова:** дети, слюна, дефицит железа, желчные пути, дисфункция

**Abstract.** *The spectrum of higher fatty acids in the saliva of 160 children 9-16 years old with functional disorders of the biliary tract in the acute stage, 29 of whom had concomitant anemia I degree, 91 – latent iron deficiency has been investigated. An increase of lipid saturation of saliva in children with FDBT and iron deficiency owing to a rise of myristic and stearic acids, reducing of linolenic and arachidonic acids was found. The revealed changes indicate a disorder in fatty acids metabolism as well as an increased level of lipid peroxidation in children with FDBT and iron deficiency compared with FDBT*

**Keywords:** *children, saliva, iron deficiency, bile ducts, disfunction.*

**Введение.** Функциональные расстройства билиарного тракта (ФБРТ) составляют 65-85% патологии желчных путей у детей [1, 4]. Большинство исследователей рассматривают ФБРТ, хронический некалькулезный и калькулезный холецистит как последовательные звенья одного патологического процесса [1, 4]. ФРБТ в детском возрасте приводит к хроническим заболеваниям билиарного тракта у взрослых, что является не только медицинской, но и социально-экономической проблемой вследствие периодических временных потерь трудоспособности, частых госпитализаций и оперативных вмешательств, по данным некоторых авторов – около 25 млн. операций в мире ежегодно, до 80% из которых холецистэктомии [4].

Дефицит железа (ДЖ) также является распространенным состоянием у детей. В странах с переходной экономикой он охватывает до 50% детей старшего возраста (ювенильный период) [5, 6]. Общеизвестным является тот факт, что ДЖ не только имеет

негативное влияние на рост и развитие детей, но и отягощает течение многих соматических патологий [6].

ФРБТ у сопровождается нарушением всасывания питательных веществ в кишечнике, а также искажением метаболических процессов в печени [3, 4, 5] – одном из основных мест аккумуляции железа, а также обмена биологически активных соединений организма, отвечающих в том числе и за такой важный процесс как перекисное окисление липидов (ПОЛ) [4]. Существует связь между ПОЛ и обменом железа в организме [6]. Основным субстратом ПОЛ являются высшие жирные кислоты (ВЖК), а спектр ВЖК отражает состояние процессов ПОЛ. Ротовая жидкость (слюна) является клинически информативной биологической средой. Установлено, что уровни жирных кислот слюны коррелируют с аналогичными показателями других биологических жидкостей, а также с клиническими проявлениями заболеваний ЖКТ [2]. Таким образом, закономерным является изучение особенностей спектра ВЖК слюны у детей с ФРБТ в сочетании с ДЖ.

**Цель исследования** – установить особенности спектра ВЖК слюны у детей с ФРБТ в сочетании с железодефицитными состояниями.

**Материалы и методы** Обследовано 160 детей 9-17 лет с ФРБТ, проходивших лечение в гастроэнтерологическом отделении ДКБ №8 Шевченковской РГА, г. Киев, по поводу обострения указанной патологии. Из них у 29 (18%) диагностировали анемию I степени, у 91 (57%) – латентный ДЖ (ЛДЖ; снижение уровня сывороточного железа (СЖ), повышение общей железо связывающей способности сыворотки крови (ОЖСС), коэффициент насыщения трансферрина ( $KHT = \text{СЖ} / \text{ОЖСС} \times 100\%$ ) ниже 17%). Как группа сравнения в исследование были включены 40 (25%) детей, которые страдали ФРБТ и согласно клинических и лабораторных данных не имели нарушений

обмена железа. Показатели периферической крови обследованных пациентов представлены в табл. 1.

Таблица 1

**Лабораторные показатели периферической крови у детей с ФРБТ**

Показатели	Дети с ФРБТ и ЖДА I ст., n=29, M±m	Дети с ФРБТ и ЛДЖ, n=91, M±m	Дети с ФРБТ, n=40, M±m
Эритроциты, ×10 <sup>12</sup>	3,44±0,03	3,91±0,02	4,04±0,03
Hb, г/л	111,64±0,8	121,20±0,9	126,60±1,8
СЖ, мкмоль/л	9,07±1,98	10,01±1,1	17,91±1,3
ОЖСС, мкмоль/л	75,23±4,8	70,54±2,5	56,52±4,5
ЛЖСС, мкмоль/л	58,24±2,1	45,1±3,0	38,3±3,2
КНТ, %	12,07±0,5	13,04±0,6	29,9±2,3

Материалом исследования у пациентов была ротовая жидкость (слюна). Слюну собирали утром натощак после полоскания ротовой полости изотоническим раствором хлорида натрия. Объем собранных проб составлял 3-5 мл. Определение жирнокислотного состава липидов в образцах проводили газохроматографическим методом на газовом хроматографе «Цвет-500» с пламенно-ионизационным детектором в изотермическом режиме.

Пики ВЖК идентифицировали путем сравнения со временем удержания стандартов ВЖК. Количественную оценку ВЖК осуществляли методом нормирования измерения плоскостей пиков метилированных производных и определяли их содержание в процентах. Идентифицировали следующие жирные кислоты (ЖК): С14:0 – миристиновая, С15:0 – пентадекановая, С16:0 – пальмитиновая, С17:0 – гептадекановая; С18:0 – стеариновая, С18:1 – олеиновая, С18:2 – линолевая, С18:3 – линоленовая, С20:4 – арахидоновая.

**Результаты исследования спектра высших жирных кислот слюны у детей с ФРБТ** представлены в табл. 2.

**Спектр высших жирных кислот слюны у детей с ФРБТ в зависимости от наличия дефицита железа (в %)**

Название ЖК	Дети с ФРБТ и ЖДА I ст. (n= 29) M±m	Дети с ФРБТ и ЛДЖ, n=91, M±m	Дети с ФРБТ, n=40, M±m
	1	2	2
C14:0	10,9±0,6*	10,3 ±0,4*	6,2±0,6
C15:0	5,9±0,9	6,0±0,7	5,3±0,3
C16:0	30,6±1,1	29,1±1,0	28,5±1,2
C17:0	2,3 ± 0,4	1,9±0,3	1,9±0,4
C18:0	16,9±0,8*	16,6±1,0*	13,7±0,4
C 18:1	23,0±1,1	21,5±1,0*	25,4±0,7
C 18:2	8,4±1,0	11,5±0,9	10,5±0,9
C18:3	1,0±0,3*	1,5±0,7*	2,5±0,5
C 20:4	1,0±0,7*	1,6 ±1,0*	2,9±0,6
∑НЖК	66,6±1,8*	63,9±1,4*	58,7±1,4
∑ННЖК	33,4±1,5*	36,1± 1,3*	41,3± 1,2
∑ПНЖК	9,4±1,3*	14,6±1,4	15,9±1,5

*Примечание: \* – разница достоверна,  $p < 0,05$  при сравнении данных в столбцах 1 и 3, 2 и 3, соответственно.*

Как видно из данных Таблицы 2, у детей с ФРБТ в фазе обострения при сопутствующем дефиците железа наблюдается повышение относительного содержания в слюне насыщенных высших жирных кислот (НЖК), в основном за счёт миристиновой и стеариновой ЖК. Уровень ненасыщенных жирных кислот (ННЖК) в слюне у указанной группы пациентов снижен, главным образом вследствие уменьшенного относительного содержания линоленовой и арахидоновой полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК).

Повышение насыщенности липидного комплекса слюны у детей с ФРБТ в сочетании с железодефицитными состояниями свидетельствует о нарушении метаболизма эссенциальных ЖК, предположительно в результате активации процессов ПОЛ в организме при сочетании дисфункции желчных путей и дефицита железа. Полученные результаты позволяют считать перспективными дальнейшие исследования по

оценке нарушений липидного метаболизма у детей с ФРБТ и ДЖ, а также разработку методов их коррекции.

Выводы:

1. У детей с ФРБТ в стадии обострения и ДЖ (латентным ДЖ или ЖДА I степени) наблюдается повышение миристиновой (C14:0) и стеариновой (C18:0) жирных кислот, а также снижение линоленовой (C18:3) и арахидоновой (C20:4) жирных кислот в слюне по сравнению с детьми с ФРБТ.

2. Повышение насыщенности липидного спектра слюны у детей с ФРБТ и ДЖ свидетельствует о нарушении метаболизма ЖК и более высоком уровне ПОЛ у этих детей по сравнению с больными ФРБТ.

Список литературы:

1. Боброва В.І., Пянкова О.В., Надточій Н.І. Епідеміологічні аспекти перебігу хронічної гастро дуоденальної патології у дітей / Сучас. гастроентерологія. – 2010. – №2. – С. 33-36.

2. Виноградова И.С., Мандров С.И., Жданова Л.А. Уровень летучих жирных кислот в слюне у детей с билиарным сладжем / Вестник Ивановской медицинской академии. – №1 – Т. 19. – 2014.

3. Лоранская И.Д. Функциональные расстройства билиарного тракта / И.Д. Лоранская. – М.: Форте принт, 2013. – 92 с.

4. Сміщук В. В. Клініко-патогенетичні механізми розвитку холелітіазу у дітей та шляхи його запобігання: автореф. дис.. канд. мед. наук: 14.01.10 / В. В. Сміщук; Нац. мед. ун-т ім. О.О. Богомольця МОЗ України. – К., 2015. – С. 18-19.

5. Laass M.W., Straub S., Chainey S., Virgin G., Cushway T. Effectiveness and safety of ferric carboxymaltose treatment in children and adolescents with inflammatory bowel disease and other gastrointestinal diseases.-2014-BMC Gastroenterol. Oct 17. – №14 – P. 184.

6. Mahoney M.C. Screening for iron deficiency anemia among children and adolescents // Amer.Fam.Physician. – 2010. – Vol. 62, – №3. – P. 671-673.

УДК 617-089: 615.82

**Медицинская реабилитация пациентов, перенесших  
эндопротезирование крупных суставов**

***Евгений Владимирович Намоконов***

*д.мед.н., профессор,*

*зав. кафедрой общей и специализированной хирургии с курсом*

*топографической анатомии и оперативной хирургии,*

*Читинская государственная медицинская академия,*

*г. Чита, Россия*

*e-mail: namokonov@mail.ru*

***Аннотация.*** Ранняя медицинская реабилитация пациентов, перенесших операции по протезированию крупных суставов значительно сокращает сроки физической нетрудоспособности больных, за счет быстрого восстановления функции конечности.

***Ключевые слова:*** пациент, реабилитация, эндопротезирование, крупные суставы.

***Abstract.*** Early medical rehabilitation of patients undergoing surgery for prosthetic large joints significantly reduces the time of the physical disability of patients, due to the rapid restoration of limb function

***Keywords:*** patient, rehabilitation, endoprosthetic replacement, large joints.

В настоящее время эндопротезирование крупных суставов конечностей по поводу их заболеваний и последствий травм является одной из наиболее успешных и экономически эффективных операций, улучшающих качество жизни пациентов [1, 2]. Однако, в послеоперационном периоде большинство хирургических клиник, занимающихся эндопротезированием, не имеют возможности для проведения полноценных послеоперационных реабилитационных мероприятий. Как правило, больные вынуждены самостоятельно восстанавливать функцию проблемного сустава, руководствуясь лишь рекомендациями лечащего врача при выписке. Это в свою очередь отрицательно сказывается на качестве жизни больного в отдаленный после операции период [3, с. 158].

Цель исследования: оценить преимущества раннего реабилитационного лечения пациентов при эндопротезировании крупных суставов.

В клинике травматологии «Дорожная клиническая больница на ст. Чита II» ОАО РЖД накоплен определенный опыт в лечении более 150 пациентов с данной патологией, включающий полноценную реабилитацию в раннем и позднем послеоперационном периодах.

Реабилитация после операции начинается с момента появления чувствительности в конечностях (операция проводится под спинномозговой, спиноэпидуральной анестезией) при адекватном обезболивании. Назначается изометрическая гимнастика конечностей (сгибание-разгибание стоп, последовательное напряжение мышц голени, бедер, ягодиц), дыхательная гимнастика. На вторые сутки пациенты обучаются правильно садиться в постели, опуская ноги на пол, и если позволяет самочувствие, передвигаться с помощью костылей. Как правило, на третьи сутки все пациенты самостоятельно обслуживают себя. На десятые сутки после снятия операционных швов

пациенты выписываются на реабилитационное лечение в центр восстановительной медицины «Карповка».

Задачами восстановительного лечения на этом этапе являются: повышение мышечной выносливости и улучшение подвижности в оперированном суставе; выработка и закрепление стереотипа движений; развитие и закрепление устойчивости и равновесия; отработка правильного режима и дозированная тренировка ходьбе; освоение свободного спуска и подъема по лестнице; обучение правильным навыкам по самообслуживанию и поведению в повседневной жизни. Реализацию этих задач обеспечивают разработанные нами комплексы лечебной гимнастики (ЛГ) и рекомендации по двигательному режиму, часть из которых носит ограничительный или запретительный характер, на протяжении всего амбулаторного периода наблюдения. Проведение физиотерапии в этом периоде не показано, в комплекс ЛГ целесообразно включение массажа и/или гидромассажа, плавания.

Главными задачами в позднем послеоперационном периоде (до 1 года) являются: повышение выносливости и укрепление параартикулярных мышечных групп; дальнейшая адаптация к повседневной и рабочей двигательной активности; восстановление профессиональных навыков и возвращение к труду ранее работавших пациентов. Основой для их реализации являются разработанные нами рекомендации по комплексному восстановительному лечению, включающие и ряд ограничений двигательной активности. Лечебную гимнастику целесообразно совмещать с упражнениями на велотренажере и в бассейне. К труду разрешаем приступить не ранее чем через 3 месяца после операции, если работа не связана с длительным пребыванием на ногах. Этот этап лечения проходит под контролем врача общей практики и физиотерапевта.

В этом периоде может быть эффективным применение лечебной грязи и других теплоносителей (парафин, озокерит). Хорошее действие оказывает также электрофорез грязевого раствора «По-кур» постоянными или импульсными (СМТ и ДЦТ) токами. Данные методики целесообразно использовать в амбулаторных или в санаторных условиях через 3-4 месяца после операции.

Суммируя все вышесказанное, можно сформулировать следующие принципы, которым необходимо следовать при лечении и реабилитации больных, перенесших эндопротезирование крупных суставов. Это своевременное начало, преемственность между врачами различных лечебных учреждений, непрерывность и комплексность, индивидуальная программа и социальная реабилитация.

#### Список литературы:

1. Валетова С.В. Алгоритм восстановительного лечения пациентов после реплантации крупных сегментов конечностей / С.В. Валетова, Л.А. Родоманова, А.Г. Полькин // Современные технологии в травматологии и ортопедии, Санкт-Петербург: «Синтез Бук», 2010. – С. 378-379.
2. Мироманов А.М. Прогностические критерии развития осложнения при переломах костей конечностей. / А.М. Мироманов, Е.В. Намоконов. – Чита: РИЦ ЧГМА, 2014. – 174 с.
3. Соколова Н.А. Реабилитация пациентов после эндопротезирования суставов. / Н.А. Соколова, Т.А. Путинцева, Л.В. Чередниченко // Труды межрегиональной научно-практической «Реабилитация хирургических больных в условиях модернизации отечественного и регионального здравоохранения», Чита, 2013. – С. 158-160.

**Влияние анемии беременных на возникновение послеродовой депрессии**

**Ж. Номин-Эрдэнэ**

*преподаватель акушерства и гинекологии,*

*Дарханской Медицинской Школы,*

*Монгольский Национальный Университет Медицинских Наук*

*г. Дархан, Монголия*

*e-mail: nominerdene@mnuims.edu.mn*

**Ц. Эрдмаа**

*Преподаватель акушерства и гинекологии,*

*Дарханской Медицинской Школы,*

*Монгольский Национальный Университет Медицинских Наук*

*г. Дархан, Монголия*

**Д. Янжинсүрэн**

*Преподаватель акушерства и гинекологии, профессор,*

*Монгольский Национальный Университет Медицинских Наук*

*г. Дархан, Монголия*

**Аннотация.** *Послеродовая депрессия встречается в 10-15% среди рожениц и чаще на 6-12 недели после родов [1, 2, 3]. На возникновение послеродовой депрессии кроме влияния таких факторов, как взаимоотношение в семье, затруднения при уходе ребёнка, финансовое положение, в современное время рассматривают во взаимосвязи с физиологической особенностью анемии беременных [4,5].*

*В развивающихся странах анемия беременных занимает 55% и в зависимости от географического расположения колеблется в пределах 35-75%. В Монголии анемия беременных наиболее часто встречается среди беременных женщин и отличается в зависимости от региона.*

Особого внимания затрагивает данные 2009 года исследования, согласно которым в правых регионах страны, особенно в Баян-Улгийском аймаке анемия беременных встречается в 76.4% среди которых тяжёлая форма анемии занимает 11,5% [1, 6].

**Ключевые слова:** анемия, гемоглобин, послеродовая депрессия.

**Abstract.** *Postpartum depression occurs in 10-15% of women in childbirth and often at 6-12 weeks after birth. On the occurrence of postpartum depression in addition to the influence of factors such as family relationships, difficulties in child care, financial position, in modern times is considered in conjunction with the physiological characteristics of pregnant women anemia. In developing countries anemia of pregnant women took 55%, and depending on the geographical location is in the range 35-75%. And in our country, anemia of pregnant women is most common among pregnant women and is different from the location of the region. Special attention affects data in 2009 a study according to which in the right parts of the country, especially in Bayan-Ulgiyskom aimag-region of the country anemia of pregnant women found in 76.4% of severe form of anemia which occupies 11.5%.*

**Keywords:** anemia, hemoglobin, postpartum depression.

Железо участвует в гормональном обмене щитовидной железы [1, 7], передаче нервных импульсов, образовании некоторых биологических активных веществ как цитокинин и интерлейкин [1, 8]. В связи с этим при недостатке железа нарушаются процессы познания, эмоции, женщина становится возбудимой или заторможенной, чувствуют себя усталой, ощущает недомогание, депрессию.

**Новизна исследования.** Впервые в условиях Монголии проведено исследование взаимосвязи между анемией и послеродовой депрессией.

**Цель исследования:** Исследовать взаимосвязи анемии беременных с послеродовой депрессией.

**Объём исследования.** В исследование принимали участие рожавшие в январе 2015 года и находящиеся в 4-8 неделях после родов.

**Методы исследования.** Послеродовая депрессия была оценена Edinburgh- (Postnatal Depression Scale) тестом-опросником с 10 вопросами.

Критерии:

- 1-8 баллы здорова
- 9-10 баллы риск образования депрессии
- свыше 11 баллов – депрессия

**Результаты исследования:** Из 94 исследованных рожениц.

1. HGB  $110\text{g/l} <$  из 62 рожениц с отсутствием анемии без депрессии 30 (49%), с риском депрессии 8 (13%) и с депрессией 24 (38%).

2. HGB  $110\text{g/l} \geq$  из 32 рожениц с анемией лёгкой степени без депрессии 6 (18.75%), риском депрессии 6 (18.75%) и с депрессией 20 (62.5%).

3. Средний возраст составляет  $29.4 \pm 10$  лет.

4. В 2013 году исследователи Azita Goshtasebi и др. Медицинского Университета Ирана провели исследование взаимосвязи между анемией беременных и возникновением послеродовой депрессии. Были исследованы всего 281 рожениц в возрасте  $26,6 \pm 4$  лет. В результатах исследования указано, что снижение уровня гемоглобина во время родов был ниже  $110\text{г/л}$  / OR 4.64, 95%, CL1.33-16.08 / увеличивает риск образования послеродовой депрессии.

Полученные данные исследования показали, что ранняя диагностика и терапия физиологических факторов, особенно анемии, дает возможность снизить риск образования послеродовой депрессии.

#### Выводы:

1. У исследованных рожениц часто встречаются послеродовая депрессия (41%).
2. Анемия беременных имеет взаимосвязь в образовании послеродовой депрессии ( $p=0.004$ ).
3. Необходимо в дальнейшем провести подробное исследование причины образования послеродовой депрессии.

#### Список литературы:

1. Жав В. Ач арвижихуйн увидас. Улаанбаатар хот. 2013 он. хуудас. – P. 284-291.
2. Эрхэмбаатар Т. Жирэмсэн үеийн эрхтэн тогтолцооны өвчин. Улаанбаатар хот. 2010 он. Хуудас. – P. 222-231.
3. Corwin E.J., Murray-Kolb L.E., Beard J.L. Low hemoglobin level is a risk factor for postpartum depression / J Nutr. – 2003. – №133: – P. 4139-4142.
4. Doucet S., Dennis C-L., Letourneau N., Blackmore E.R. Differentiation and clinical implications of postpartum depression and postpartum psychosis // J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. – 2009. – №38. – P.269-79.
5. Gjerdingen D.K., Yawn B.P. Postpartum depression screening: importance, methods, barriers, and recommendations for practice // J Am Board Fam. Med. – 2007. – №20. – P. 280-288.
6. Leung BMY, Kaplan BJ. Perinatal depression: prevalence, risks, and the nutrition link-a review of the literature // J Am Diet Assoc. – 2009. – №109. – P. 1566-1575.
7. Shariatpanaahi M.V., Shariatpanaahi Z.V., Moshtaaghi M., Shahbaazi S.H., Abadi A. The relationship between depression and serum ferritin level // Eur J Clin Nutr. 2007. – №61. – P. 532-535.

8. Wójcik J., Dudek D., Schlegel-Zawadzka M., Grabowska M., Marcinek A, Florek E, et al. Antepartum/postpartum depressive symptoms and serum zinc and magnesium levels // Pharmacol Rep. 2006. – №58. – P. 571-476.

УДК 616.379-008.64+616.146.2:616.12-009.72

**Гемодинамика и функциональное состояние почек у больных с ишемической болезнью сердца на фоне сахарного диабета II типа**

***Дониёр Хамиджонович Нурматов***

*магистрант 2 года обучения специальности «Кардиология»,  
кафедра ВОП терапии медико-педагогического факультета,*

*Ташкентская медицинская академия,*

*г. Ташкент, Узбекистан*

*e-mail: d.nurmatov88@gmail.com*

***Матлуба Эшбаевна Рахимова***

*доцент,*

*кафедра ВОП терапии медико-педагогического факультета,*

*Ташкентская медицинская академия,*

*г. Ташкент, Узбекистан*

*e-mail: doniyor\_tma@mail.ru*

***Абдулла Тиллаевич Бобоев***

*доцент,*

*кафедра ВОП терапии медико-педагогического факультета,*

*Ташкентская медицинская академия,*

*г. Ташкент, Узбекистан*

*e-mail: doniyorkardio@gmail.com*

***Аннотация.** Тесная взаимосвязь сердечно-сосудистой системы и почек привлекает большое внимание к функциональному состоянию почек при различных сердечно-сосудистых заболеваниях.*

***Ключевые слова:** ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет, почечная гемодинамика.*

***Abstract.** The close relationship of the cardiovascular system and kidneys attracted a lot of attention to the function of the kidneys in the different types of the cardio-vascular diseases.*

***Keywords:** ischemic heart disease, diabetes, kidneys hemodynamic.*

Болезни сердечно – сосудистой системы (ССС) по сей день остаются одной из наиболее частых причин инвалидности и смертности населения в индустриально развитых странах. Среди них основное место занимает ишемическая болезнь сердца (ИБС). ИБС и сахарный диабет (СД) – две взаимосвязанные патологии, которые обладают мощным взаимоусиливающим повреждающим действием, направленным сразу на несколько органов-мишеней: сердце, почки, сосуды мозга и сетчатки. Снижение функции почек негативно влияет на прогноз сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) менее 60 мл/мин/1,73м<sup>2</sup> связано с повышением сердечно-сосудистой смертности на 50% (Wannamethee S.G. et al, 2006).

Проблема взаимоотношений «сердце – почки» актуальна в современной кардиологии в связи с высокой распространенностью хронической болезни почек (ХБП) в популяции, с одной стороны, и эпидемией ССЗ – с другой [5]. Результаты исследований свидетельствуют о том, что снижение СКФ является независимым фактором риска развития ССЗ [1, 4, 6], причиной ускоренного развития патологических изменений ССС и повышает риск смертности, а также

рассматривается в качестве маркера неблагоприятного прогноза распространенных ССЗ [2, 3].

Почки являются частью микроциркуляторной системы организма, влияют на формирование АГ, особенно в сочетании с СД, сердечной недостаточностью и почечными заболеваниями [1, 4, 6]. По мере нарастания выраженности ХБП происходит прогрессирование гипертрофии левого желудочка сердца, развитие систолической и/или диастолической дисфункции, «ускорение» атеросклероза, кальцификация сосудистого русла [5]. Во Фремингемском исследовании гипертрофия миокарда левого желудочка у больных с нарушением функции почек встречается в 3-4 раза чаще, чем у больных АГ с сохранной функцией почек [7].

Ранняя диагностика ишемическая болезнь почек предопределяет успех лечения таких пациентов, позволяя не только уменьшить число случаев терминальной стадии ХБП, но и снизить количество осложненных форм ИБС (Мухин Н.А., 2009).

**Цель исследования:** Изучить изменений гемодинамики, функции почек и почечного кровотока у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) при наличии или отсутствии сахарного диабета 2 типа (СД 2).

**Материалы и методы:**

В исследование было включено 55 больных с ИБС, из них 25 больных с СД 2 и 30 без СД. Определяли показатели углеводного и липидного обменов, почечного кровотока.

Критериями включения в исследование было наличие у пациентов стабильной ИБС, диагноз которых был установлен в соответствии с рекомендациями. Группу СД 2 составили пациенты с установленным эндокринологом диагнозом СД 2 (согласно критериям ВОЗ), либо пациенты, находящиеся на терапии сахароснижающими препаратами по поводу диагностированного ранее СД 2. В группу сравнения (без СД)

были включены пациенты, у которых отсутствовало нарушение углеводного обмена по данным орального теста толерантности к глюкозе (ОТТГ) (75 г) (по критериям ВОЗ, 2006 г.).

Расчет клиренса креатинина проводили по формуле Кокрофта–Голта:

Клиренс креатинина (мл/мин) =  $[88 \times [140 - \text{возраст (годы)}] \times \text{масса тела (кг)}] / [72 \times \text{креатинин сыворотки (мкмоль/л)}]$  для женщин результат умножали на 0,85.

Расчет СКФ по цистатину С (СКФц) проводили по формуле Macisaac R.J. и соавт. (2006):

$$\text{СКФц (мл/мин/1,73 м}^2\text{)} = (84,6 - 3,2) / \text{цистатин С}$$

Определение микроальбуминурии (МАУ) в разовой порции мочи проводили с использованием тест-наборов. За МАУ в соответствии с нормативами Международной Диабетической Федерации было принято значение отношения альбумин/креатинин более 2,5 мг/ммоль креатинина у мужчин и более 3,5 мг/ммоль креатинина у женщин [8].

Всем больным были проведены общепринятые методы исследования (клинический и биохимический анализы крови, общий анализ мочи, коагулограмма, сахар и липидный спектр в крови, электрокардиограмма, ЭхоКГ, УЗИ внутренних органов, дуплексное сканирование почечных артерий, концентрацию цистатина С в сыворотке крови).

Всеми пациентами было подписано информированное согласие на участие в исследовании.

#### **Результаты исследования:**

**Клиническая характеристика пациентов.** В исследование было включено 55 пациентов с ИБС, в том числе 25 пациента с СД 2 и 30 пациента без СД.

Группы пациентов значительно не различались по возрасту, полу и

показателям АД (табл. 1). В 1-й группе СД 2 по сравнению со 2-й группой без СД отмечалась более высокая ЧСС: 74(60-90) уд/мин против 69(56-87) уд/мин ( $p < 0,01$ ).

Группы пациентов достоверно различались по содержанию глюкозы в венозной плазме натощак и HbA1c, который в группе больных СД 2 составил 7,3% (6,9–8,0), а в группе без СД 2 типа – 4,9% (4,7–6,1) ( $p < 0,001$ ) (табл. 1). Группы не различались по концентрации ОХС, ХС ЛПНП и ХС ЛПВП в сыворотке крови. Содержание триацилглицеридов (ТАГ) и медиана индекса массы тела (ИМТ) было достоверно выше в группе больных СД 2 (табл. 1).

У 45 (81,8%) больных диагностирована стабильная стенокардия напряжения функциональный класс (ФК) III, у 10 (18,2%) больных ФК IV.

Среди 25 исследованных больных с ИБС с СД 2 18 (72%) с выявленной диабетической нефропатией отмечался высокий показатель АД и ФК стабильной стенокардии напряжения.

Таблица 1

**Клиническая характеристика пациентов в группах сравнения**

Показатель	Пациенты с СД 2 (n=25)	Пациенты без СД (n=30)	p
Возраст, лет	63(56-69)	63(56-69)	нд
Пол, муж/жен	15/10	20/10	нд
САД, мм.рт.ст.	160(130-170)	130(125-145)	$p < 0,01$
ДАД, мм.рт.ст.	90(80-100)	80(75-85)	нд
ЧСС, уд/мин.	74(60-90)	69(56-87)	$p < 0,01$
ИМТ, кг/м <sup>2</sup>	31,6(27,8-35,5)	29,4(27,6-31,6)	$p < 0,05$
Глюкоза венозной крови натощак, ммоль/л	8,5(6,7-9,6)	5,4(5,0-5,8)	$p < 0,001$
Гликированный гемоглабин, %	7,3(6,9-8,0)	5,9(5,7-6,1)	$p < 0,001$
ОХС, ммоль/л	4,7(4,0-6,1)	4,2(4,0-5,2)	нд
ХС ЛПНП, ммоль/л	2,7(2,3-4,1)	2,8(2,3-3,4)	нд
ХС ЛПВП, ммоль/л	1,1 (1,0-1,2)	1,1 (1,0-1,3)	нд
ТАГ, ммоль/л	1,7 (1,4-2,5)	1,4(1,1-1,6)	$p < 0,001$

*Примечание. САД-ДАД-систолическое и диастолическое артериальное давление соответственно; ИМТ-индекс массы тела; ОХС – общий холестерин; ХС ЛПНП – холестерин липопротеинов низкой плотности, ХС ЛПВП – холестерин липопротеинов высокой плотности, ТАГ – триацилглицериды.*

Таблица 2

**Функционального состояния почек и почечного кровотока у больных ИБС с/без СД**

Показатель	Пациенты с СД 2 (n=25)	Пациенты без СД (n=30)	p
<b>Лабораторные показатели функции почек</b>			
Креатинин, мкмоль/л	78,2 (69,0–85,6)	74,2 (69,6–83,4)	нд
Клиренс креатинина, мл/мин	110,5 (90,9–137,7)	101,9 (88,7–125,9)	нд
Отношение альбумин/креатинин, мг/моль Сг	0,5 (0,01–1,7)	0,1 (0–0,6)	p<0,05
Цистатин С, мг/л	1,34 (1,25–1,53)	1,34 (1,27–1,49)	нд
СКФц, мл/мин/1,73м <sup>2</sup>	60 (52–64,7)	59,5 (52,2–63,5)	нд
<b>Данные УЗ – исследования почечного кровотока</b>			
РИ	0,8 (0,7–0,8)	0,7 (0,7–0,8)	p<0,01
ПИ	1,7 (1,4–1,9)	1,4 (1,2–1,5)	p<0,001

*Примечание: n – количество пациентов. СКФц – скорость клубочковой фильтрации, рассчитанная по цистатину-С; ПИ – пульсационный индекс; РИ – резистивный индекс.*

Группы пациентов не различались по показателям фильтрационной функции почек: концентрации креатинина и цистатина С в сыворотке крови, клиренсу креатинина и величине СКФ, рассчитанной по цистатину С (СКФц) (табл. 2). В обеих группах отмечалась отрицательная корреляционная взаимосвязь клиренса креатинина с возрастом пациентов ( $r_s=-0,65$ ;  $p<0,001$  и  $r_s=-0,56$ ;  $p<0,001$  соответственно). Кроме того, в группе больных СД 2 прослеживалась отрицательная взаимосвязь клиренса креатинина с продолжительностью заболевания СД 2:  $r_s=-0,27$ ;  $p<0,05$ .

Величина МАУ в группе больных СД 2 была в 5 раз выше, чем у больных без СД.

Выводы:

1. Полученные результаты свидетельствуют об общности и взаимосвязи патогенетических механизмов, лежащих в основе развития дисфункции почек у больных ИБС с сопутствующим СД 2.

2. Наличие одновременно факторов риска, таких как высокая АГ, возраст, мужской пол, длительность ИБС, дислипидимия, повышение глюкозы в венозной крови, повышает риска развития нарушения кровотока и гемодинамики в почках.

3. У больных с ИБС на фоне СД АГ имеет более злокачественный характер, что может привести к развитию тяжелых осложнений, угрожающих жизни больного. Для снижения АД до целевого уровня требуется назначение нескольких гипотензивных препаратов.

Список литературы:

1. Арутюнов Г.П. Проблемы нефропротекции у пациентов с артериальной гипертонией. Значение показателя микроальбуминурии для врача общей практики / Г.П. Арутюнов, Т.К. Чернявская // Артериальная гипертония. – 2005. – №3. – С. 2-7.

2. Диагностика и лечение артериальной гипертензии // Рекомендации комитета экспертов Всероссийского научного общества кардиологов. – Москва, 2010. – 34 с.

3. Кардиоренальные взаимодействия: клиническое значение и роль в патогенезе заболеваний сердечно-сосудистой системы и почек / Н.А. Мухин, В.С. Моисеев, Ж.Д. Кобалава [и др.] // Терапевтический архив. – 2004. – №6. – С. 39-46.

4. Кобалава Ж.Д. Значение различных методов оценки функционального состояния почек для стратификации сердечно-сосудистого риска / Ж.Д. Кобалава, С.В. Виллевальде, В.С. Моисеев //

Кардиология. – 2007. – №12. – С. 74-79.

5. Руденко Т.Е. Ренокардиальные взаимодействия: возможности терапевтических вмешательств / Т.Е. Руденко, И.М. Кутырина // Эффективная фармакотерапия. Урология и нефрология. –2012. – С. 57-61.

6. Шишкин А.Н. Эндотелиальная дисфункция и артериальная гипертензия / А.Н. Шишкин, М.Л. Лындина // Артериальная гипертензия. – 2008. – Т.4. – С. 315-319.

7. Fatica R.A. Incidens trends and mortality in end-stage renal disease attributed to renovascular disease in the Unated States / R.A. Fatica, K.P. Freidrich, E.W. Young // Am. J. Kidney Dis. – 2001. – Vol.37 (6). – P. 1184-1190.

8. International Diabetes Federation. Chapter 14: Kidney damage. Global Guideline for Type 2 Diabetes. Clinical Guidelines Task Force. 2005.

УДК 615.015

**Изучение устойчивости суппозиторной основы  
приготовленных на курдючном жире**

***Ойдовсүрэн Отгонтгоо***

*д.фарм.н., заведующая кафедрой фармацевтики,*

*Дарханская Медицинская Школа,*

*Монгольский Национальный Университет Медицинских Наук*

*г. Дархан, Монголия*

*e-mail: Otgontogoo@mnuims.edu.mn*

***Хухуу Оюунбаяр***

*магистр фармацевтических наук,*

*преподаватель кафедры фармацевтики,*

*Дарханская Медицинская Школа,*

*Монгольский Национальный Университет Медицинских Наук*

*г. Дархан, Монголия*

*e-mail: Ouyunbayar@mnuims.edu.mn*

**Цэвээн Даваасүрэн**

*д.фарм.н., профессор,*

*кафедра технологии и организаций фармации,*

*Институт фармаций и биомедицины, МГУМН,*

*г. Улан-Батор, Монголия*

*e-mail: Davaasuren@mnuims.edu.mn*

**Аннотация.** *В связи с повышением спроса на суппозитории, вопрос создания и поиска новых ресурсов для формирующих веществ суппозиторной основы, основание и развитие отечественного производства суппозиториев определяются как актуальные. Мы приготовили 2 новых вида суппозиторной основы полученные из натуральных сырьевых компонентов, такие как курдючный жир, стеариновая кислота из курдючного жира и пчелиного воска.*

*Из полученных суппозиторных основ приготовили суппозитори содержащие парацетамол 500мг и изучили устойчивость путем сравнения с импортными суппозиториями аналогичного содержания с основами из масла Какао и Витепсола Н35. Результат данной работы показал, что приготовленные образцы суппозиториев из нашей основы сохраняют полную устойчивость в течение года.*

**Ключевые слова:** *курдючный жир, суппозиторная основа, высокоэффективная жидкостная хроматография, содержание активного вещества.*

**Введение.** *По данным 2013 года, хотя в Монголии существуют 36 фармацевтических производителя и их продукцией покрывают почти 30*

процентов годового потребности в лекарствах, бедность и схожесть наименования их продукции указывают на потребность в поиске в национальном фармацевтическом производстве новых технологий, развитие и усиление исследовательских работ в направлении создания новых лекарственных форм из отечественных природных ресурсов.

В современных условиях нарастания потребности в суппозиторных формах лекарств отрицательно отражаются следующие показатели, как не налаженность отечественного суппозиторного производства, дефицит, дороговизна и зависимость снабжения суппозиторной основы от импорта. В связи с этим мы поставили задачу искать возможности получения отечественной суппозиторной основы.

В результате поиска в данном направлении были получены 2 новые суппозиторные основы из курдючного жира в смеси со стеариновой кислотой из курдючного жира и пчелиного воска. Необходимо изучить сравнительную устойчивость этих основ с импортным сырьем.

### **Цель работы**

Сравнительное изучение устойчивости суппозиторий приготовленных на курдючном жире с импортными основами – масло какао, Витепсол Н35.

### **Новизна и практическое значение данной работы.**

Использование отечественного ресурса для получения дешевого и неограниченного доступа к сырью для суппозиторной основы, способствовать развитию отечественного суппозиторного производства и освобождение от импортной зависимости.

### **Материал и методика работы**

Данная работа была проведена в течение 2011 -2014 гг. в лабораториях:

- Фармако-технологическая лаборатория МГУМН, Институт фармации и биомедицины
- Химическая лаборатория Химико-технологического Института при АН
- Фармацевтическая лаборатория Фармацевтического Института «Монос»
- Национальная контрольно-справочная лаборатория при Главном управлении профессионального надзора.

Определение внешнего вида, однородности, температуры плавления, время полной деформации было проведено по методике Монгольской Национальной Фармакопии (МНФ), Европейской Фармакопии (Ph.Eur), Американской Фармакопии (USP32), содержание активного вещества определено высокоэффективной жидкостной хроматографией на установке *UltiMate 3000* фирмы *Teruo*.

#### **Результаты работы:**

Для проведения данной работы мы приготовили суппозитории с содержанием 500мг парацетамола на 4 разных основах.

- Курдючный жир в смеси с пчелиным воском.
- Курдючный жир в смеси со стеариновой кислотой из курдючного жира.
- Масло какао /импортная основа.
- Витепсол Н35 /импортная основа.



*Рис. 1. Вид приготовленных суппозиториев.*

*I основа – образец А, II основа – образец В,  
III основа – образец С, IV основа – образец D.*

Для определения показателей устойчивости проводили испытания на внешний вид, однородность, температуру плавления, времени полной деформации и содержание активного вещества с периодом на 3,6,9 и 12 месяцев (табл. 1).

Таблица 1

**Результаты испытаний на устойчивость суппозиториев парацетамола 500мг с различными основами  
(в режиме реального времени 25°C±5°C, относительная влажность 60%±5%)**

Образец суппозиториев	Показатели	В момент приготовления	3 месяца спустя	6 месяца спустя	9 месяца спустя	12 месяца спустя
А	Внешний вид	Свечи желтовато-бурого цвета, с гладкой поверхностью				
	Однородность	Однородно при поперечном сечении				
	Содержание активного вещества, %	99.6±0.02	98.2±0.17	96.8±0.22	94.7±0.19	93.5±0.31
	Температура плавления, °С	37±0.59	37±0.62	37±0.71	37.5±0.75	37.5±0.4
	Время полной деформации, мин	13±0.38	13±0.29	14±0.15	15±0.22	28
В	Внешний вид	Свечи белого цвета с гладкой поверхностью				
	Однородность	Однородность при поперечном сечении	Однородность при поперечном сечении	ломкий при поперечном сечении	ломкий при поперечном сечении	ломкий при поперечном сечении
	Содержание активного вещества, %	99.2±0.01	99.2±0.24	98.9±0.41	98.8±0.44	98.7±0.12
	Температура плавления, °С	37±0.59	37±0.62	37±0.71	36.9±0.14	36.5±0.38
	Время полной деформации, мин	7±0.59	7±0.25	8±0.19	8±0.17	13±0.25
С	Внешний вид	Свечи светло-желтого цвета с гладкой поверхностью				
	Однородность	Однородно при поперечном сечении				
	Содержание активного вещества, %	99.5±0.11	99.5±0.42	98.8±0.37	98.2±0.78	94.2±0.35
	Температура плавления, °С	37.5±0.56	37.5±0.48	37±0.63	37±0.57	37±0.28

	Время полной деформации, мин	12±0.22	12±0.18	12±0.14	12±0.38	12±0.42
D	Внешний вид	Свечи желтоватого цвета с гладкой поверхностью				
	Однородность	Однородно при поперечном сечении				
	Содержание активного вещества, %	98.9±0.22	98.2±0.22	95.4±0.22	93.7±0.22	90.6±0.22
	Температура плавления, °C	38±0.17	38±0.28	38±0.25	38±0.34	38±0.46
	Время полной деформации, мин	14±0.42	14±0.22	14±0.19	14±0.11	14±0.2

Из таблицы видно что, показатели устойчивости приготовленных нами суппозиторных основ эквивалентны с импортными основами.

Один из важнейших испытаний данного исследования – определение активного вещества методом высокоэффективной жидкостной хроматографией после 12 месяцев хранения. Результаты испытания показано в рисунках 2,3,4,5,6.

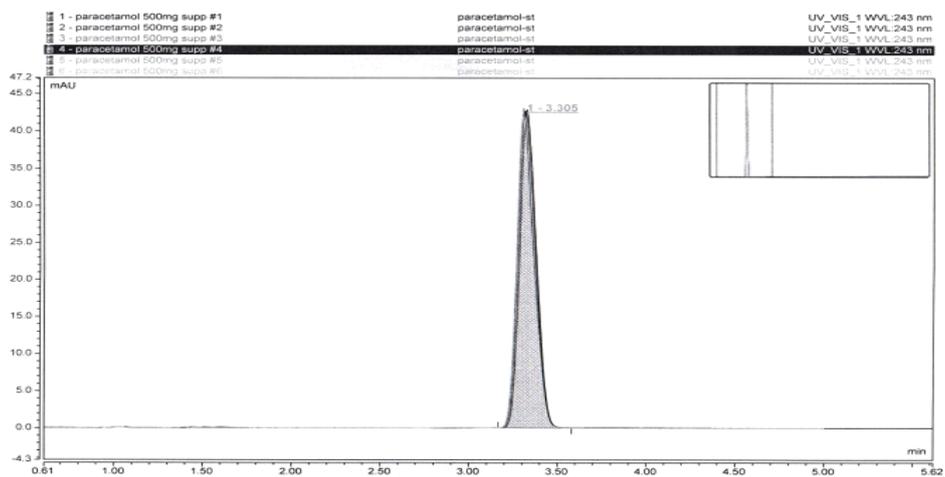


Рис. 2. Хроматограмма стандартного парацетамола.

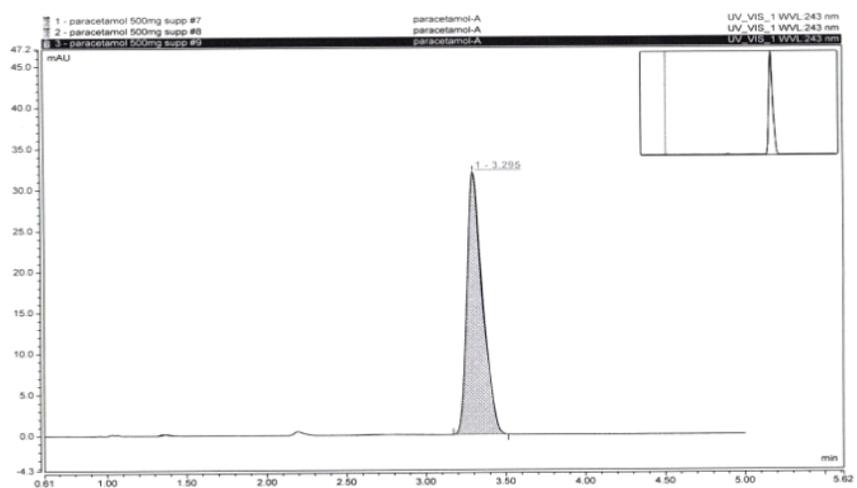


Рис. 3. Хроматограмма парацетамола в свече на основе масла Какао.

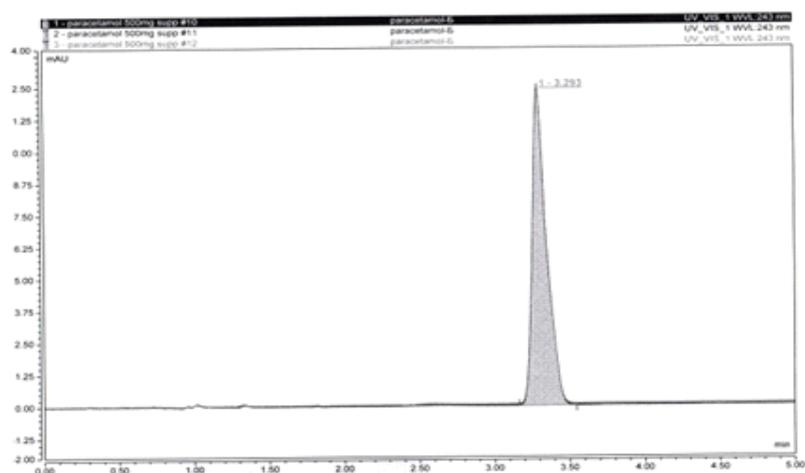


Рис. 4. Хроматограмма парацетамола в свече на основе Витепсол Н35.

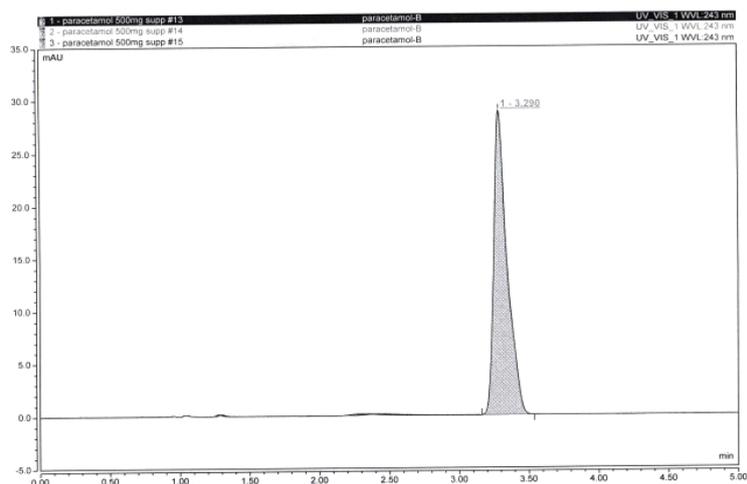


Рис. 5. Хроматограмма парацетамола в свече на испытываемой основе-I.

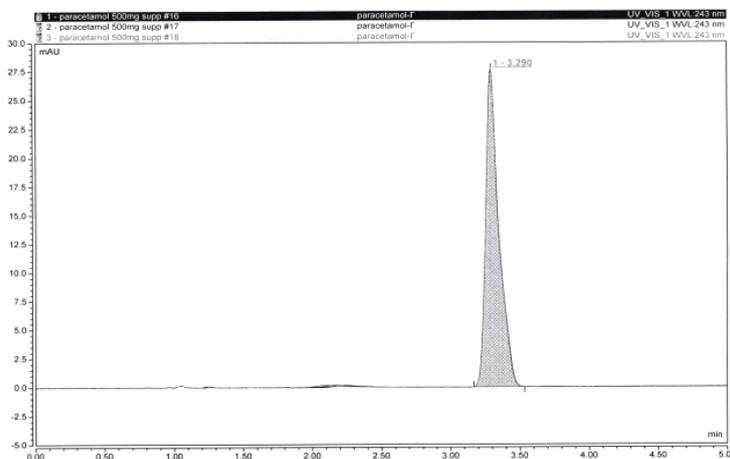


Рис. 6. Хроматограмма парацетамола в свече на испытываемой основе-II.

Активное содержания парацетамола было определено в следующих условиях: Колонa-C18, подвижная фаза-Вода:Метанол 3:1, скорость движения подвижной фазы-1.5 мл/мин, количество впрыскиваемого образца -10 мкл, среда хроматографирования- UV Детектор-243 нм. Время выдержки для всех образцов было приблизительно одинаково со стандартным парацетамолom.

Содержания парацетамола в испытываемых образцах показано в табл. 2.

Таблица 2

**Результаты испытания на содержания активного вещества в  
суппозиториях парацетамола 500мг на испытуемых основах**

Образцы	№	Площадь хроматографического пика	Среднее значение	Стандартное отклонение	Относительное стандартное отклонение, %	Содержание активного вещества, %
Стандартный парацетамол	1	4.6448	4.6543	0.0106	0.23	99.9%
	2	4.6622				
	3	4.6717				
	4	4.6506				
	5	4.6447				
	6	4.6520				
Основа-I, 500мг парацетамол	1	3.2133	3.2148	0.0013	0.04	94.2
	2	3.2158				
	3	3.2152				
Основа-II, 500мг парацетамол	1	3.0731	3.0766	0.0036	0.12	90.6
	2	3.0764				
	3	3.0803				

По данным нашего исследования суппозиторных основ приготовленных с использованием курдючного жира соответствуют требованиям стандарта.

Выводы:

Круглогодичные испытания устойчивости суппозиторий приготовленных на основе I (курдючный жир с пчелиным воском) и основе II (курдючный жир со стеариновой кислотой) в режиме реального времени, соответствовали требованиям стандарта и показатели качества эквивалентны к импортным основам масло какао и Витепсол Н35

Список литературы:

1. Дамба О., Уранзаяа Д. Үндэсний эмийн үйлдвэрлэлийн түүхэн хөгжилд хийсэн судалгаа. Эм зүйн шинжлэх ухааны хөгжил дэвшил – 50. Олон улсын эрдэм шинжилгээний бага хурал; 2011 оны 10 сарын 14; Улаанбаатар, Монгол. Эрхэс; 2011. – P. 256-264.

2. Монгол улсын Үндэсний Фармакопей. Анхдугаар хэвлэл. Улаанбаатар: Соёмбо принтинг. 2011. – P. 683-686.

3. Coben L.J., Lordi N.G. Physical stability of semisynthetic suppository bases // J Pharm Sci. – 1980. – №69. – P. 955-960.

4. European Pharmacopoeia 5th edition. Volume I. Paris: Aubin. 2005. – P. 635-638.
5. Guidance for industry Q1A(R2) Stability testing of New Drug Substances and Products. US Department of Health and Human Services, FDA. 2003.
6. Taibah University College of Health Sciences Department of Pharmacy. Pharmaceutics IV. PHR 308. – P. 2-18.
7. The United States Pharmacopeia XXXII. N.F.27.2008. – P. 222-227.
8. WHO. Technical report series. Stability testing of active pharmaceutical ingredients and finished pharmaceutical products. 2009; P. 87-117.
9. www. Pharmpress.com. Quality control of suppositories. – P. 139-158
10. Remington. The science and practice of pharmacy 21-st edition. Lippincott Williams and Wilkins. – P. 873-878.
11. Shegokar R., Singh K. *In-vitro* release of paracetamol from suppository suppositories: role of additives // J Pharm Sci. – 2010. – Vol 8, №1. – P. 57-71.

УДК 796.071.2:796.012.12:613.268

**Увеличение работоспособности спортсменов циклических  
видов спорта льняным маслом**

**Сергей Стефанович Осочук**

д.мед.н., доцент,  
заведующий научно-исследовательской лабораторией,  
Витебский государственный медицинский университет,  
г. Витебск, Р. Беларусь  
e-mail: oss62@mail.ru

**Александр Францевич Марцинкевич**  
ассистент кафедры общей и клинической биохимии,  
Витебский государственный медицинский университет,

г. Витебск, Р. Беларусь

e-mail: argentum32@gmail.com

**Михаил Петрович Королевич**

к.мед.н., доцент врач-клинический фармаколог,

Минская центральная районная больница,

г. Минск, Р. Беларусь

e-mail: korolevich44@mail.ru

**Аннотация.** Эссенциальные полиненасыщенные жирные кислоты способны увеличивать текучесть мембран и улучшать их функциональную активность. В эксперименте 14 спортсменов циклических видов спорта, в возрасте 17-18 лет, во время обеда получали по 1 столовой ложке льняного масла в течение 2-х недель. Контрольная группа из 8 человек льняное масло не получала. Обе группы обследовались на велоэргометре «Интеркард-4» до начала эксперимента и после завершения приема льняного масла. В группе принимавшей льняное масло отмечено статистически значимое ( $p < 0,025$ ) увеличение работоспособности.

**Ключевые слова:** спортсмены, льняное масло, выносливость.

**Abstract.** Essential fatty acids are able to increase membrane fluidity and to improve their functional activity. In the experiment, 14 athletes cyclic sports, at the age of  $18 \pm 1,6$  years, obtained the flaxseed oil to 2 weeks in the lunch. A control group of 8 people did not get linseed oil. Both groups were tested for bicycle «Intercard-4» before the experiment and after the reception of linseed oil. The group takes flaxseed oil indicated a statistically significant ( $p < 0,025$ ) increase in efficiency.

**Keywords:** *athletes, linseed oil, endurance.*

**Введение.** В настоящее время, не смотря на принципы олимпийского движения, спорт высоких достижений является одним из политических методов продвижения экономических интересов стран на международной арене. Лишь страны с высокоразвитыми технологиями способны на равных участвовать в состязаниях международного уровня, что при прочих равных условиях, способствует привлечению инвестиционного капитала и реализации продукции, выпускаемой этими странами. В то же время, методы подготовки спортсменов могут быть использованы, в том числе, как «технология двойного назначения» для применения в войсках специального назначения и при чрезвычайных ситуациях, что определяет чрезвычайно высокую актуальность разработки способов повышения результативности спортсменов. Вместе с тем, возможные варианты медикаментозного повышения работоспособности спортсменов ограничены Списком запрещенных субстанций и методов, который на регулярной основе обновляется Всемирной антидопинговой ассоциацией. Однако существуют и постоянно развиваются методы повышения работоспособности и выносливости спортсменов, не попадающие под классификацию допинга, в том числе, некоторые мембранопротекторы и антигипоксанты [1].

В ряду мембранопротекторов важное место отводится эссенциальным жирным кислотам  $\omega$ -3 ряда, способным увеличить текучесть мембран [2] и повлиять на функциональную активность трансмембранных белков [3, 4]. В свою очередь, оптимизация функциональной активности мембран способна увеличить работоспособность всего организма. В связи с этим, целью нашей

работы было исследование влияния льняного масла на работоспособность спортсменов циклических видов спорта.

**Материалы и методы исследования.** В исследовании принимали участие 22 спортсмена циклических видов спорта (велоспорт, легкая атлетика, биатлон) обоего пола, разделенные на экспериментальную группу, принимавшую льняное масло (14 человек, возраст  $18,0 \pm 1,6$  лет) и группу сравнения (8 человек, возраст  $17,0 \pm 1,6$  лет) не принимавшего льняное масло.

В ходе исследования спортсмены принимали в течение 14 дней льняное масло, по 14-18 грамм при приеме второго блюда во время обеда. Согласно предварительно проведенному хроматографическому анализу масло в своем составе имело  $11,2 \pm 4,2\%$  пальмитиновой (C16:0),  $13,6 \pm 5,8\%$  олеиновой (C18:1n9),  $42,2 \pm 8,1\%$  линолевой (C18:2n6),  $32,2 \pm 4,4\%$  линоленовой (C18:3n6) кислот. Производитель масла ООО «Клуб «Фарм-Эко», Республика Беларусь, г. Дрогичин.

Велоэргометрия проводилась на программно-аппаратном комплексе «Интеркард-4» перед началом эксперимента и на следующий день после последнего приема льняного масла. Увеличение нагрузки проводили каждые 3 минуты, пробу останавливали при достижении субмаксимального уровня ЧСС рассчитанного по формуле:

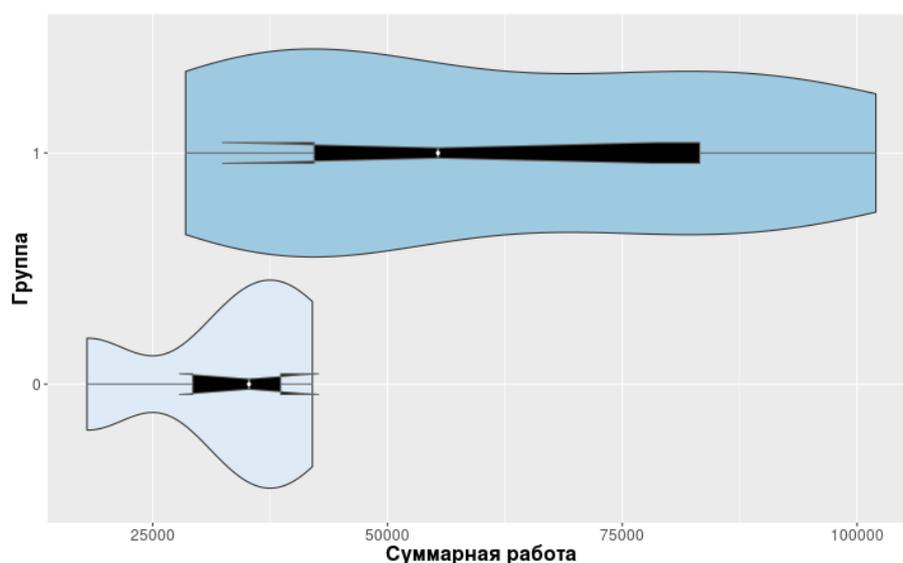
$$\text{ЧСС} = \text{ЧСС в покое} + K (215 - \text{возраст} - \text{ЧСС в покое}).$$

Где K – коэффициент поправки, он составляет 0,9 для спортсменов.

Статистическую обработку данных проводили с использованием статистического пакета R 3.2.3 в среде разработки RStudio 0.98. Полученные результаты представлены в формате  $M (Q1^{st}; Q3^{rd})$ , где M – медиана,  $Q1^{st}$  – первый квартиль,  $Q3^{rd}$  – третий квартиль. Тестирование гипотезы о нормальности закона распределения исследуемых признаков использовали критерий Шапиро-Уилка. В случае нормального

распределения и равенства дисперсий для сравнения двух выборок использовался тест Стьюдента. Данные, распределение которых отличалось от нормального анализировали при помощи теста Вилкоксона-Манна-Уитни, множественное сравнение выполняли на основе критерия Краскела-Уоллиса. Отличия считали статистически значимыми при уровне значимости  $p < 0,05$ . Возраст и пол не оказывали статистически значимого влияния на анализируемые показатели, что позволило объединить обследуемые группы.

**Результаты.** Исследование влияния приема льняного масла на работоспособность показало, что уже двухнедельный прием льняного масла статистически значимо увеличивал работоспособность спортсменов (рис. 1). В контрольной группе такого эффекта выявлено не было.



*Рис. 1. Суммарная работа, выполненная на велоэргометре «Интеркард-4» до достижения субмаксимального значения ЧСС.*

Таким образом, полученный результат позволяет сделать заключение о целесообразности включения льняного масла в диету спортсменов циклических видов спорта как средство повышающее работоспособность спортсменов.

### Список литературы:

1. Шустов Е.Б. Обоснование направлений коррекции функционального состояния спортсменов исходя из методологии экстремальных состояний / Е.Б. Шустов, Н.Н. Каркищенко, В.Н. Каркищенко // Биомедицина. – №3. – Т. 1. – 2013. – С. 26-35.
2. Whitcomb R.W. Effects of long-chain, saturated fatty acids on membrane microviscosity and adrenocorticotropin responsiveness of human adrenocortical cells in vitro/ R.W. Whitcomb, W.M. Linehan, R.A.Knazek // J Clin Invest. 1988. – №1. – Vol. 81. – P. 185-188.
3. Lee A.G. Lipid-protein interactions in biological membranes: a structural perspective / A.G. Lee // Biochimica et Biophysica Acta Biomembranes. – 2003. – Vol. 1612. – P. 1-40.
4. Введение в биомембранологию: учеб. пособие МГУ / А.А. Болдырев [и др.]. – 1990. – 208 с.

УДК 615.5

### **Сравнительное исследование влияния повязки при ожоге**

***Д. Оюунцэцэг***

*Заведующий кафедрой Медсестринского дела,*

*Дарханская Медицинская Школа,*

*Монгольского Национального Университета Медицинских Наук,*

*г. Дархан, Монголия*

*e-mail: oyuntsetseg.da.@mnims.edu.mn*

***Ц. Цэцэгсүрэн***

***Б. Хонгорзул***

***Ш. Чанцалням***

*Объединённая больница Дархан-Уул аймака,*

*г. Дархан, Монголия*

## **Research on results of different dressing methods used during burn**

***D. Oyuntsetseg***

*Lecturer of Nursing department Darkhan Medical School,  
Mongolian National University of Medical Sciences  
Darkhan, Mongolia*

***Ts' Tsetsegsuren***

***B. Khongorzul***

***Sh. Chantsalnyam***

*Joint hospital Darkhan-Uul of the aimag, Mongolia  
Darkhan, Mongolia*

***Аннотация.*** Повязки при ожогах имеют большое значение для заживления ран. На практике у нас в стране при ожоге, используя дезинфицирующие средства и мазь делаются повязки и в результате отмечается сухость кожных покровов, замедления заживления ожоговой раны и больным причиняют мучительную жгучую боль. Нынче, в США и Японий пользуется «Мокрый способ» для повязки при ожоге, в основу этого метода лежит принцип того, что человеческое тело состоит из 70% воды при этом поддерживаются влаги тканей организма и клеток, быстро регенерируются кожи и облегчает боль.

Мы провели сравнительный анализ для того, чтобы дать оценку результатом повязки разными способами при ожоге как традиционный так и мокрый. Как показывает результат, при традиционном способе 9 больным из 10 остаются шрамы, при и после повязки чувствуют мучительную боль (100%), проводят много дней в больнице (16,86±8.05) в связи с этим затраты повышаются (434052 туг).

***Ключевые слова:*** рана, повязка, мокрая повязка.

***Abstract.** Researchers found that all over the world burn injuries have become one of the lethal illnesses and; annually 265 thousand people have passed away due to burns and thousands of people lost their health and beauty. Just in Ulaanbaatar's case annually about 1200 people are treated at burns center because of various incidents. Dressing during burn has direct impact on wound healing and; because our country's current clinical practice dresses wound using cleansing solutions and medical oils on burn wounds, which causes wound to be dried, healing process to be slowed and patients to be in much longer pain.*

*In countries such as USA and Japan, moist wound healing method is used during burn, which is based on the fact that human body's 70% percent is composed of water and therefore it has consequences of keeping moisture of cells and tissues, acceleration of skin growth and benefit of easing pain in short amount of time.*

***Keywords:** burn, dress, wound, moist.*

**Research background:** Researchers found that all over the world burn injuries have become one of the lethal illnesses and; annually 265 thousand people have passed away due to burns and thousands of people lost their health and beauty. Just in Ulaanbaatar's case annually about 1200 people are treated at burns center because of various incidents [4]. In Darkhan-Uul province, at Trauma center of General hospital 138 and 239 people are hospitalized from burn injuries in 2013 and 2014 respectively with growth of patients increased 1,7 times from that of previous year [2]. Burn is a type of injury to skin other tissues caused by heat or radiation and has four classifications depending on its extent [5]. Dressing during burn has direct impact on wound healing and; because our country's current clinical practice dresses wound using cleansing solutions and medical oils on burn wounds, which causes wound to be dried, healing process to be slowed and patients to

be in much longer pain. In countries such as USA and Japan, moist wound healing method is used during burn, which is based on the fact that human body's 70% percent is composed of water and therefore it has consequences of keeping moisture of cells and tissues, acceleration of skin growth and benefit of easing pain in short amount of time.

**Goal of research work.**

Compare and assess the results of dressing methods of current clinical practice of Mongolia and moist wound healing during burn.

**Objectives of research work.**

1. Process and assess the result of dressings used in current clinical practice during burn
2. Process and assess the result of moist wound healing method during burn
3. Determine the relationship between scar left after burns and dressing methods used.

**Research originality:**

Research originality is that it determines the benefits of moist wound healing method and its comparison with dressing used under current clinical practice.

**Practical significance of research work:**

Research work's practical importance is that it proves that moist wound healing method during burn is simple and effective way of treatment as it is based on the fact that human body's 70% is composed of water and; as a result it accelerates the growth of skin without losing moisture of tissues, eases pain of patients in short amount of time, heals wounds without scars, saves money on dressing materials and shortens the duration of hospitalization and also it has positive impact on beauty and psychology of patients.

**Research work materials and methodology.**

The research is conducted among 40 patients with 2<sup>nd</sup> degree burns at Trauma unit of General hospital in Darkhan-Uul province through questionnaire, observation and documentary methods. 30 patients with dressings used in current practice and 10 patients with dressings aimed at moist wound healing are selected for control and treatment group respectively. Research is conducted from February, 2014 to February, 2015. Research results are processed through SPSS20 program.

### Research work result.

Average age of 30 patients in control group is  $38,02 \pm 20,15$  and men and women participation rate was 46,7% and 53,3% respectively and; average age of 10 patients in treatment group is  $27,58 \pm 21,55$ , and men and women participation rate was 40% and 60% respectively.

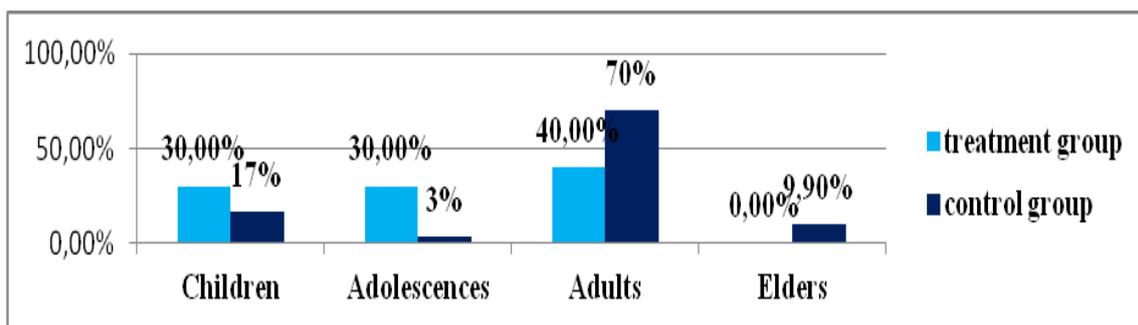


Figure 1. Ages for both groups

30 patients in control group have been hospitalized for average day of  $16,86 \pm 8,05$ , however 10 patients in treatment group have been hospitalized for average day of  $7,5 \pm 2,79$ , which is 2,24 times less than that of control group.

Table 1

### Duration of hospitalization for both groups

	Treatment group	Control group
Average day of hospitalization	$7,5 \pm 2,79$	$16,86 \pm 8,05$
Maximum duration	5 days	8 days
Minimum duration	14 days	40 days

Control group patients said that after removal of dressings the wound bled and caused great pain and it itched greatly on contact with cleansing solution; the treatment group patients said that it itches mildly when showered with water.

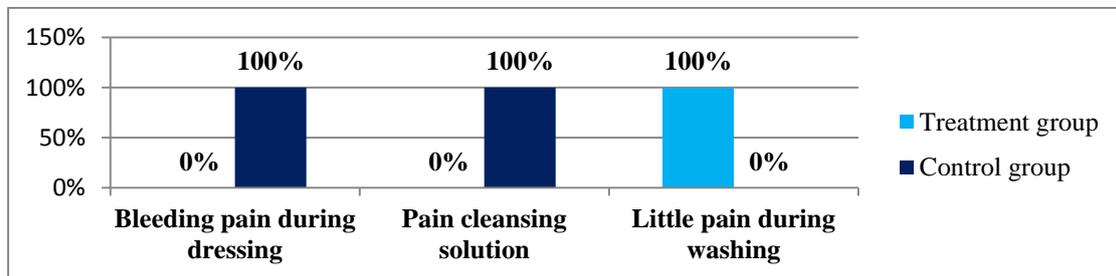


Figure 2. Uneasiness during dressing for both groups

After dressings control group patients said that pain continues through a night and 97,6% went under contraction and on the other hand treatment group patients said that pain went away instantly.

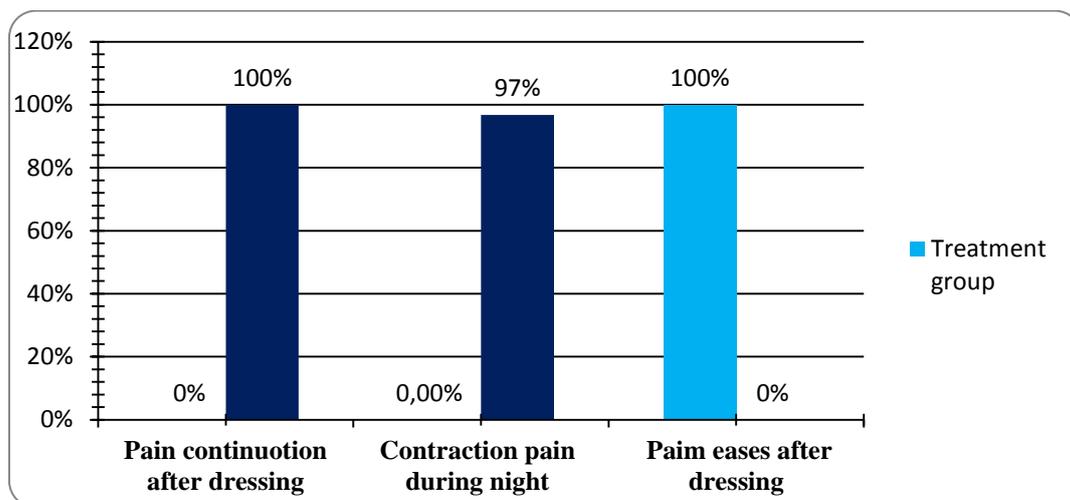


Figure 3. Uneasiness faced with both groups after dressings is made

97,6% of control group patients has used at least 6 times pain killer during their hospitalization however treatment group has used pain killer at maximum 5 times.

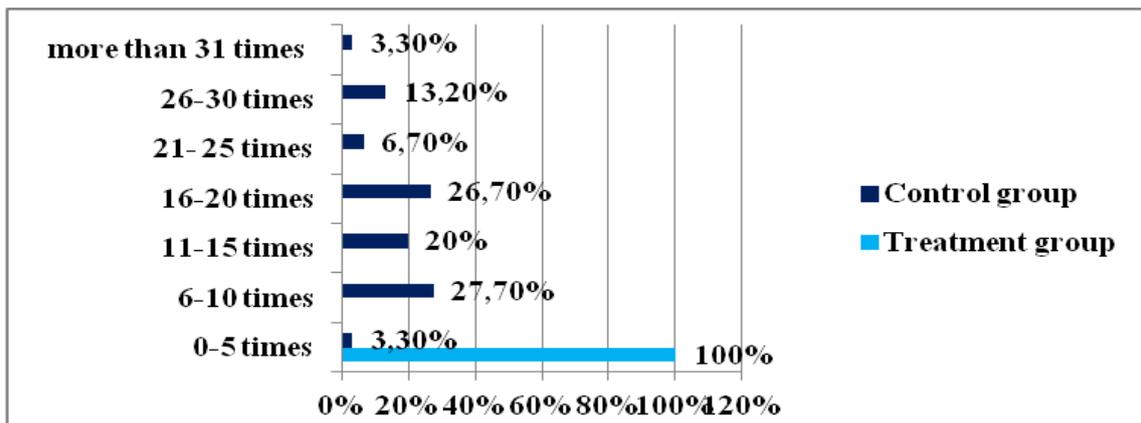


Figure 4. Frequency of pain killer usage for both groups

For control group, 86,7% is left with scars and for treatment group 20% is left with scars after burn wounds.

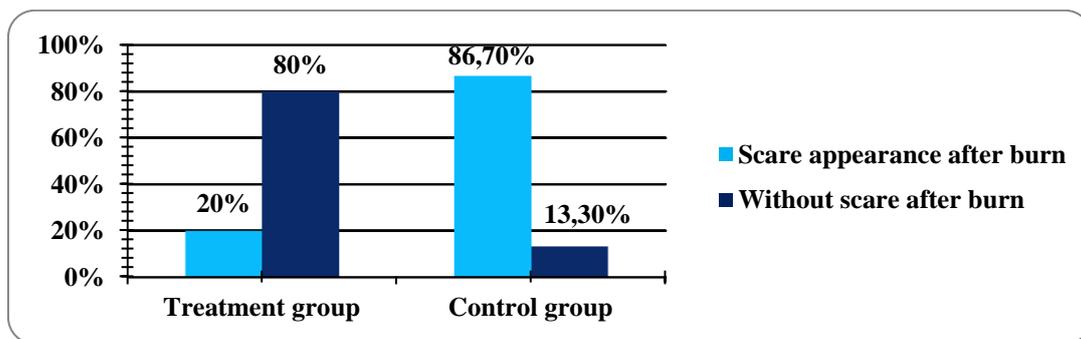


Figure 5. Scare appearance after burn for both groups

The costs of dressing for control and treatment group were 434,052 MNT and 61,970 MNT respectively. Even though the number of people in treatment group were three times less than that in control group and; if the number of people in both groups were equal, the cost of dressing for treatment group would be still 248,142 MNT less than that for control group

Table 2

Costs of dressings for both groups

	Minimum cost	Maximum cost	Average cost for per person	Total cost
Treatment group	3900 ₮	10620 ₮	6197.0±2155.2	61 970 ₮
Control group	5000 ₮	40200 ₮	14468.4±9519.6	434 052 ₮

OR=20 indicates that dressing method during burn wound has great influence on scar appearance after wound healing. 8 out of 10 people and 1 out of 10 people healed without scars in treatment and control group respectively according to intensive indicators. Relationship between scar after burn and dressing method is determined using Pearson's correlation coefficient and  $r=1$  shows that there is a direct relationship between them.  $P<0.01$

### **Conclusion:**

1. 9 out 10 people treated with dressing method under current clinical practice during burn healed with scar, there were great pain during and after dressing (100%), many days of hospitalization caused high cost (434,052 MNT) and then this method proven to be less efficient.

2. 8 out of 10 people with treatment of moist wound healing during burn are healed without scars, there were less pain during dressing and no pain expressed after dressing, the cost was at reasonable level (61,970), the wound healed in less amount of time ( $7,5\pm 2,79$ ) and proven to be effective method.

3. Appearance of scar after wound healing is directly related with dressing method undertaken ( $r=1$ )  $P<0.01$

### **References:**

1. Анагаах ухааны статистикийн судалгааны арга зүй ба арга. Л.Буджав. УБ. 2000 Statistical methodology in Medical science. L. Budjav. UB. 2000.

2. «ГЭМТЛИЙН тасагт хэвтэгсэдийн бүртгэл» 2013, 2014 он «Registration of patients at Trauma unit» 2013, 2014.

3. Статистикийн шинжилгээ судалгаа хийх гарын авлага. Л.Мягмар, Ш.Ариунболд, С.Амартүвшин. УБ. 2007 Statistical analysis guidelines. L. Myagmar, Sh. Ariunbold, S. Amartuvshin. UB. 2007.

4. Боолтын зүй. Г.Д. Дудкевич. УБ. 1971 Dressing methods G. D. Dudkechiv. UB. 1971.

5. American Burn Association. White Paper. Surgical management of the burn wound and of skin substitutes. Copyright. 2009. www.ameriburn.org.

6. <http://www.who.int>.

УДК 616.25-002.3-036.1-07

**Анализ клинических наблюдений по определению тяжести состояния больных эмпиемой плевры с помощью диагностического комплекса «ЦИТО-ЭКСПЕРТ»**

***Антон Юрьевич Пономарев***

*к.мед.н.,*

*Пермский государственный медицинский университет*

*им. ак. Е.А. Вагнера,*

*г. Пермь, Россия*

*e-mail: ukmz69@mail.ru*

***Юрий Николаевич Маслов***

*д.мед.н., профессор,*

*Пермский государственный медицинский университет*

*им. ак. Е.А. Вагнера,*

*г. Пермь, Россия*

*Аннотация. Проведено клинико-лабораторное исследование больных эмпиемой плевры различной этиологии. Для оценки показателей системной интоксикации использовали комплекс «ЦИТО-ЭКСПЕРТ». Результаты сравнивали с показателями шкалы SAPS-II. Предлагаемая методика является оперативным методом определения эндогенной интоксикации.*

**Ключевые слова:** эмпиема плевры, оценка интоксикации.

**Abstract.** *Clinical and laboratory assay was carried out concerning pleural empyema in different etiology patients. For assess indexes of systemic intoxication was used the «CITO-EXPERT» complex. The results were compared with SAPS II scale indications. The offered technique is an operative method of definition the endogenic intoxication.*

**Keywords:** *pleural empyema, intoxication.*

**Актуальность.** Острая эмпиема плевры относится к числу наиболее тяжелых форм острой хирургической патологии: смертность при ней достигает 40% [4]. Лечение эмпием плевры является многокомпонентным комплексом оперативных и консервативных мероприятий, эффективность применения которого во многом определяется адекватным контролем состояния пациента. Для оценки тяжести состояния больного традиционно используются известные шкалы (SAPS II, SOFA, APACH II), однако в последнее время особый интерес клиницистов вызывают приборные экспресс-методы, основанные на измерении различных физических, морфометрических, биохимических либо биологических показателей [1, 2, 3, 4]. К этим методам можно отнести и оценку тяжести состояния пациента с помощью автоматизированного аналитического комплекса «ЦИТО-ЭКСПЕРТ» (разработка НТУ «Инженерно-технический центр», г. Ижевск). В основу работы данного комплекса положены регистрация и оценка подвижности клеток крови в знакопеременном электрическом поле, что позволяет судить об уровне клеточного потенциала.

**Цель работы:** оптимизация результатов лечения эмпиемы плевры на основе использования методики определения микроэлектрофоретической подвижности эритроцитов больного с помощью диагностического комплекса «ЦИТО-ЭКСПЕРТ» для оценки

тяжести состояния и эффективности проводимых лечебных мероприятий.

**Задачи исследования:**

1. Оценка фонового уровня и динамики электрокинетических характеристик эритроцитов периферической крови как критерия тяжести состояния больных эмпиемой плевры.

2. Оценка возможности применения комплекса «ЦИТО-ЭКСПЕРТ» для косвенной оценки степени эндотоксикоза и мониторингования тяжести состояния больных эмпиемой плевры.

**Материалы и методы.** Проведено обследование двух групп пациентов. В группу наблюдения вошло 22 больных эмпиемой плевры, находившихся в торакальном отделении Пермской краевой клинической больницы.

У большинства пациентов был установлен диагноз: острая постпневмоническая эмпиема плевры с бронхоплевральным (бронхоторакальным) свищем; в 5 случаях развитие эмпиемы явилось следствием травмы; у 1 больного – следствием несостоятельности эзофагогастроанастомоза, а в одном случае эмпиема сопровождала злокачественное новообразование нижней доли легкого.

Комплексную оценку динамики тяжести состояния больных осуществляли по 15 параметрам (шкала SAPS II), таким как причина заболевания, наличие сопутствующей патологии, показатели шкалы Глазго, возраст, систолическое АД, число сердечных сокращений, температура,  $PaO_2/FiO_2$ , диурез, уровень мочевины, лейкоцитоз крови, уровни калия, натрия, билирубина крови,  $HCO_3$ .

Кроме того, всем пациентам с кратностью не менее трех раз (от 3 до 9 раз как в предоперационном, так и в постоперационном периоде) проводилось исследование микроэлектрофоретической подвижности эритроцитов периферической крови (всего 241 исследование). Для

проведения микроэлектрофореза использовали комплекс «ЦИТО-ЭКСПЕРТ» (Ижевск), обеспечивающий возможность регистрации и оценки параметров движения живых клеток под действием знакопеременного электрического поля с заданными характеристиками. Предметом анализа являлись живые клетки (эритроциты) с их индивидуальными биоритмами, метаболизмом, реакциями на раздражители и т.п. Адекватная оценка точности измерений с учетом этих факторов может производиться только в зонах относительной временной стабильности данных объектов и измеряемых показателей, что обеспечивается оригинальной конструкцией электрофоретической камеры прибора.

Пробу венозной крови разводили в 0,3М растворе сахарозы в соотношении 1:200. Затем 10 мкл полученного разведения помещали в камеру электрофоретической ячейки прибора. Каплю накрывали покровным стеклом. Электрофоретическую ячейку помещали на предметный столик светового микроскопа таким образом, чтобы центр рабочей камеры, содержащей клеточный препарат, был совмещен с оптической осью микроскопа.

С помощью исполнительного блока на электроды, размещенные по краям ячейки, подавали постоянный (знакопеременный) ток напряжением 28в с частотой смены полярности на электродах 0,25 Гц. Для оценки показателей электрофоретической активности эритроцитов (процент подвижных клеток и амплитуда их движения) использовали микроскоп «Биолам» с цифровой окулярной видеокамерой WEBBERS MYscope 130M. Запись и обработку данных проводили на компьютере «Intel Core i5» с оригинальным пакетом программ NTUComplex.

Осуществляя слежение за течением клинического процесса и динамикой амплитуды движения эритроцитов и процента подвижных

клеток, делали суждения и выводы о репрезентативности данных показателей.

Статистическую обработку полученных данных осуществляли с помощью критерия Стьюдента и критерия Вилкоксона. Статистически значимыми считали различия при  $p$  менее 0,05.

**Результаты и обсуждение.** Все больные поступали в клинику в тяжелом состоянии. До этого момента больные находились на лечении в лечебных организациях по месту жительства от 10 до 106 дней (в среднем 30,7 суток). Сроки госпитализации в ПККБ составили от 18 до 44 дней (в среднем, 24,3 дня). Больные выписывались для дальнейшего лечения в лечебные организации по месту жительства (полного выздоровления не наступило ни в одном случае).

Если оценить динамику показателей шкалы SAPS II в целом по группе наблюдения, то можно отметить (табл.1), что в результате проводимого лечения состояние больных статистически значимо улучшилось (снижение балльной оценки на 3,9 балла). Электрофоретические показатели также отразили позитивную динамику: амплитуда колебаний живых клеток повысилась с  $24,92 \pm 1,70$  мкм до начала целенаправленной терапии до  $33,08 \pm 1,62$  мкм после ее окончания. Различия амплитуды движения эритроцитов и изменений показателей шкалы SAPS II до и после лечения статистически значимы по критериям Стьюдента и Вилкоксона: критерий Стьюдента ( $Pst$ ) составил менее 0,001, а критерий Вилкоксона – менее 0,001 для обеих групп признаков.

Отсутствие четких корреляций между этими двумя методами в ряде случаев объяснимо наличием нетипичной клинической ситуации, крайне тяжелого течения заболевания и длительных сроков лечения этих больных до поступления в Краевую больницу; больные поступали с признаками эндогенной интоксикации и полиорганной дисфункции.

Таблица 1

**Изменение электрофоретических свойств эритроцитов и показателей шкалы SAPS II до и после лечения у больных эмпиемой плевры**

№ п/п	№ истории болезни	Срок лечения до поступления в ПККБ (сутки)	Срок лечения в ПККБ (сутки)	Амплитуда движения эритроцитов, мкм		SAPS II		$\Delta$ SAPSII
				до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	
1	31257/1213	14	18	24,48	44,21	19	15	4
2	29605/1155	46	20	24,55	29,8	28	24	4
3	27088/1055	60	26	24,23	30,29	19	15	4
4	30416/1179	30	21	4,72	14,51	20	20	0
5	27446/1070	17	18	26,25	44,22	19	15	4
6	30849/1198	14	23	25,98	35,97	24	20	4
7	28426/1107	28	38	23,43	22,9	12	8	4
8	33374/1441	20	20	16,37	33,65	19	19	0
9	32447/1402	6	18	6,53	25,31	12	8	4
10	32633/1412	28	33	22,8	33,96	15	19	-4
11	30630/1184	21	42	29,4	22,59	32	32	0
12	7882/278	106	29	23,69	31,88	17	11	6
13	8721/308	19	15	30,46	39,72	19	14	5
14	7806/274	10	15	18,01	28,73	15	14	1
15	8647/306	30	15	32,53	41,19	18	15	3
16	13530/473	30	12	28,12	32,25	26	17	9
17	16194/567	30	44	27,64	30,65	25	20	5
18	17758/619	45	30	24,24	29,59	20	15	5
19	7787/306	28	22	33,06	35,91	18	15	3
20	8691/339	30	14	33,44	38,82	18	15	3
21	8815/373	104	22	32,83	39,63	21	15	6
22	9341/367	9	15	35,47	42,07	16	8	8
Ср.		32,95	23,18	24,92±1,70	33,08±1,62*	19,64±1,04	16,09±1,16**	3,9

Примечание: \* $P_{st} < 0,001$ ,  $P_W < 0,001$  \*\*  $P_{st} < 0,001$ ,  $P_W < 0,02$ .

Учитывая все опытные данные, считаем, что в целом эффективность оценки степени эндогенной интоксикации при эмпиеме плевры с помощью комплекса «ЦИТО-ЭКСПЕРТ» близка к 100%, включая случаи, когда патология являлась осложнением панкреонекроза, новообразований и туберкулеза легкого; Разрешающая способность методики достоверно высока.

Сопоставление данных, полученных при использовании достаточно сложной в подсчете, а также громоздкой в техническом исполнении шкалы SAPS II с результатами, полученными с помощью комплекса «ЦИТО-ЭКСПЕРТ», позволяет судить о предлагаемой методике как об оперативном методе определения эндогенной интоксикации. Числовые значения амплитуд, отражающие средние показатели поверхностного заряда клеток венозной крови, оперативнее и точнее коррелировали с тяжестью состояния пациентов, оцениваемой по обобщенным клиническим показателям, чем значение шкалы SAPS II. Это позволяет рекомендовать методику оценки уровня эндогенной интоксикации при эмпиеме плевры с помощью комплекса «ЦИТО-ЭКСПЕРТ» для широкого внедрения в сеть лечебно-профилактических организаций.

#### Список литературы:

1. Амарантов Д.Г., Баландина И.А., Нагаев А.С. Способ прогнозирования острой метапневмонической неспецифической эмпиемы плевры у больных с острой деструктивной пневмонией // Патент РФ №2282193 от 20.08.2006 г.

2. Боровкова Н.В., Перцев А.С., Рей С.И., Ильинский М.Е., Хватов В.Б. Исследование апоптоза лимфоцитов методом проточной цитометрии у больных с полиорганной недостаточностью // Цитоморфометрия в медицине и биологии: фундаментальные и прикладные аспекты: Материалы II Московской региональной научно-

практической конференции (с международным участием). – М., 2009. – С. 10-11.

3. Кауров Б.А., Потапова С.Г., Шишина Р.Н. Сравнительный корреляционный анализ морфоцитометрических показателей эритроцитов периферической крови у больных хроническим пиелонефритом и хронической почечной недостаточностью // Цитоморфометрия в медицине и биологии: фундаментальные и прикладные аспекты: Материалы II Московской региональной научно-практической конференции (с международным участием). М., 2009. – С. 42-44.

4. Логинов С.Н. Оптимизация тактики и методов лечения больных острой неспецифической эмпиемой плевры: автореф. дисс. ... к.мед.н., Пенза, 2012. – 24 с.

УДК 616.71-007.24:61.018.4]-08-053.2:613.86

**Оптимизация лечения несовершенного остеогенеза у детей:  
роль психологического аспекта**

*Алексей Сергеевич Почкайло*

*к.мед.н., доцент,*

*Белорусская медицинская академия последипломного образования,*

*г. Минск, Р. Беларусь*

*e-mail: apochk@rambler.ru*

*Аннотация. В статье рассматривается значение психологического аспекта в комплексном лечении детей, страдающих несовершенным остеогенезом.*

*Ключевые слова: несовершенный остеогенез, дети, психологическая помощь.*

***Abstract.** The article discusses the importance of the psychological aspect in treatment of children with osteogenesis imperfecta.*

***Keywords:** osteogenesis imperfecta, children, psychological help.*

Одним из перспективных и бурно развивающихся в последние годы направлений современной белорусской педиатрии является организация оказания медицинской помощи детям с нарушениями костной минерализации, включая пациентов, страдающих несовершенным остеогенезом (НО) – редким врождённым заболеванием соединительной ткани, вызванным мутацией в генах, кодирующих синтез коллагена. Известно, что НО встречается у 1 из 10-20 000 родившихся живыми, с одинаковой частотой у обоих полов, поэтому предполагаемое расчётное количество пациентов в белорусской популяции может составлять от 250 до 500 пациентов (к настоящему моменту зарегистрировано около 50 семей). Заболевание характеризуется повышенной ломкостью костей, предрасположенностью к переломам при минимальной травме или в её отсутствие, развитием прогрессирующих деформаций костей, широким спектром экстраскелетных проявлений; его тяжесть варьирует от бессимптомных до перинатально-летальных форм. НО может наследоваться ребёнком от предков либо развиваться вследствие спонтанной, впервые возникшей, мутации. Этиотропная терапия НО с последующим полным излечением к настоящему времени недоступны. Комплексное лечение включает модификацию образа жизни и окружения пациента, применение симптоматической терапии, укрепляющей костную ткань (включая назначение лекарственных средств из группы бисфосфонатов), ортопедические вмешательства, физиотерапию и др. Ведение пациента мультидисциплинарной

командой специалистов является оптимальной и общепризнанной в мире стратегией оказания помощи при НО [1, 2, 3, 4].

Особую, «пронизывающую» все аспекты, роль в диагностике, лечении и реабилитации пациентов с НО играет оказание психологической и психотерапевтической помощи ребёнку и его семье; психолог/психотерапевт обязательно включаются в состав мультидисциплинарной команды специалистов. Значимость психотерапии и психопрофилактики детерминирована многообразием и остротой психологических проблем, встающих перед семьёй и поражёнными заболеванием её членами, непосредственным влиянием психологического компонента на своевременность начала и эффективность лечения, качество жизни ребёнка, страдающего НО.

Потребность в помощи психолога возникает задолго до рождения ребёнка и обусловлена рядом профильных проблем. При наличии заболевания у потенциального родителя следует помнить, что такой человек с рождения сам подвергается влиянию всего комплекса проблем (включая социальные и психологические), присущих жизни людей с данным заболеванием. Одной из них является удовлетворение потребности в продолжении рода. Осведомлённость пациента о сути своего заболевания, пути и частоте его наследования потомками, сопоставление своего жизненного пути и проецирование его на своих будущих детей, необходимость принятия решения о реализации права на продолжение рода является непростой психологической проблемой. Часто этот вопрос возникает в процессе медико-генетического консультирования (как вступающих, так и вступивших в брак лиц), предоставления пациенту всей информации по заболеванию и планированию семьи. Особой остротой характеризуются ситуации информирования семьи о выявлении заболевания в период внутриутробного развития и необходимости прерывания беременности.

Это возможно как в семье, заблаговременно владеющей информацией о риске наследования ребёнком заболевания от страдающего им родителя, так и в здоровой семье, столкнувшейся с впервые возникшей мутацией. Ещё одним аспектом проблемы (учитывая обострённое желание родителей иметь здорового ребёнка) является планирование рождения последующих детей при наличии опыта рождения в семье ребёнка с НО. Потребность в квалифицированной психологической помощи в этих случаях не вызывает сомнений.

Рождение ребёнка само по себе является значимым стрессом для любого родителя. Появление в семье больного ребёнка, особенно – страдающего неизлечимым заболеванием, многократно усугубляет психологическую травму. Учитывая вариабельность тяжести заболевания, возможен широкий спектр клинических ситуаций – от внутриутробной гибели плода (или ребёнка – вскоре после родов) до рождения внешне здорового ребёнка. Роль и содержание работы психолога в случае внутриутробной гибели ребёнка очевидна. В типичной и наиболее распространённой ситуации в течение нескольких недель после родов при анализе внешних симптомов НО (голубой цвет склер, признаки внутриутробно или перенесенных в родах переломов и др.), а также на основании манифестирующих патологических переломов (иногда – данных семейного анамнеза) верифицируется и сообщается родителям диагноз. Зачастую, тяжесть состояния ребёнка в первые недели-месяцы после рождения, обусловленная основным заболеванием (а нередко – многочисленной и тяжёлой сопутствующей патологией – недоношенностью и т. д.) определяет необходимость изоляции его от матери для проведения интенсивной терапии, что создает дополнительную психотравмирующую ситуацию. В любом случае перед семьёй встает серьёзная психологическая проблема – осознания ситуации и принятия ребёнка, страдающего неизлечимым

хроническим заболеванием. Своевременность и доступность квалифицированной психологической помощи на этом этапе имеет важнейшее значение, позволяя предупредить возникновение ряда серьёзных последствий, включая отклонения в психическом и соматическом здоровье родителей, суицидальные проявления, отказ от ребёнка, нанесение ему вреда. Следует отметить также огромную роль в решении подобных психологических проблем раннего и эффективного взаимодействия между семьями и родителями таких детей, между больными детьми, в рамках групп взаимопомощи, общественных инициатив и объединений, личных контактов, что, несомненно, заслуживает поощрения и содействия со стороны специалистов. Важно привлекать к работе с родителями, впервые узнавшими о заболевании у своего ребёнка, наиболее подготовленных и владеющими психологическими навыками родителей из числа пациентских организаций. Одним из наиболее острых моментов нередко становится первое знакомство молодых родителей с детьми (из пациентских сообществ, совместно госпитализированными и др.), страдающими тяжёлыми формами заболевания, с яркими внешними проявлениями патологии – когда родители впервые получают для себя ответ на мучительный вопрос – какой может быть судьба их собственного больного ребёнка, стоящего пока в начале жизненного пути. Кроме того, особенностью современного общества является широкое владение и доступность информационных технологий, что позволяет родителям оперативно и самостоятельно получать любую информацию об имеющемся у ребёнка заболевании (нередко оказываясь психологически не готовыми к её получению). Во всех этих ситуациях следует помнить о ценности раннего профессионального вмешательства, позволяющего минимизировать последствия таких психотравмирующих ситуаций. С другой стороны, широкое внедрение информационных технологий

оказывает и положительное влияние в контексте взаимодействия пациентов между собой и специалистами, включая возможность дистанционного получения пациентом и его родителями психологической помощи.

Важно обратить внимание в контексте обсуждаемой проблемы и на межличностные взаимоотношения супругов в семье, столкнувшейся с проблемой рождения больного ребёнка. Специалисту, работающему с семьёй, важно обратить внимание и на это направление работы, поскольку подобная жизненная ситуация нередко приводит к разрыву семейных отношений, неготовности супругов сохранить брак и совместно воспитывать больного ребёнка. Особая ситуация возникает при рождении больного ребёнка в семье, где один из родителей (возможно – и родственники по его линии) страдает НО и предположительно передает дефектный ген своему потомку. Даже при наличии доверительных и прочных отношений между супругами нередко приходится иметь дело с глубокими психологическими проблемами, развивающимися в связи с ощущением таким родителем своей «вины» перед унаследовавшим заболевание ребёнком и другими членами семьи. Возможна и ситуация сокрытия одним из супругов наличия у себя наследственного заболевания. В этом случае рождение ребёнка, у которого диагностируется эта патология, становится моментом запоздалого информирования второго супруга об имевшей место проблеме. Роль психолога в профилактике и содействии урегулированию подобных внутрисемейных психологических проблем очевидна.

Наряду с общими, типичными для семьи с неизлечимо больным ребёнком, психологическими проблемами, консультирующему семью с НО психологу приходится сталкиваться с рядом специфических проблем. Одной из таких является боязнь родителей причинения вреда

ребёнку, страдающему НО. Поскольку основным проявлением заболевания является повышенная хрупкость костей, неизбежно стремление родителей создать для ребёнка оберегающие условия. Нередко возникающие в таких случаях «гиперопека», страх перед любым «лишним» прикосновением к ребёнку приводят к искусственно создаваемой иммобилизации, разобщению ребёнка с родителями, дефициту невербальных методов их взаимодействия. Это не только способно нарушать развитие малыша, но и негативно сказывается на состоянии его скелета, поскольку для своего роста и укрепления костной ткани необходимо движение. Страх перед возникновением новых переломов у ребёнка возникает у родителей не только в первые месяцы после его рождения. Даже успешно преодолевшие этот психологический барьер родители снова сталкиваются с этой проблемой при направлении ребёнка в дошкольное учреждение, школу, университет. Более того, препятствия со стороны родителей к расширению двигательной/социальной активности ребёнка нередко сочетаются с соответствующими опасениями и со стороны медицинских работников. Всё это ведёт к необоснованной изоляции ребёнка, снижению качества его жизни, нарушению развития и социальной адаптации, снижению доступности медицинской помощи и доступа к образованию. Важно помнить, что в силу ряда причин (тяжесть заболевания, отсутствие лечения, безбарьерного окружения, специализированных вспомогательных средств для передвижения, частые переломы и др.) дети с НО подвержены длительной изоляции и иммобилизации в домашних условиях либо в условиях учреждений здравоохранения. Поэтому крайне важно при наличии возможности и отсутствии противопоказаний обеспечивать им максимальное расширение, как двигательной активности, так и социальной вовлеченности, преодолевая при помощи специалиста-психолога

возможные надуманные запреты, фобии и предубеждения, способствуя инклюзии ребёнка.

Ещё одной специфической проблемой является обоснованная необходимость применения для медикаментозного лечения детей с НО препаратов (бисфосфонаты), не имеющих к настоящему времени достаточной доказательной базы их эффективности и безопасности в этой возрастной категории (в режиме «off label»). На существующую психотравмирующую ситуацию, связанную с рождением больного ребёнка, накладывается новая – родителям необходимо сделать нелёгкий выбор между естественным желанием всеми силами помочь своему ребёнку и страхом нанести вред применением хоть и единственно возможного, но не до конца исследованного метода лечения. Только квалифицированное вмешательство психолога в сочетании с исчерпывающей информацией, исходящей от лечащего врача, позволяет получить осознанное согласие родителей на проведение такого лечения, избежать необоснованного отказа от лечения, повысить их комплаентность и сделать убеждёнными сторонниками доктора в борьбе с болезнью.

Перед ребёнком, страдающим НО, как и перед другими детьми с ограниченными возможностями, встаёт множество других типичных психологических проблем, связанных с низкой самооценкой, неуверенностью в собственных силах и возможностях, недостаточной толерантностью общества к нуждам и пребыванию в нём таких детей, недостаточной способностью к социальной адаптации, взаимоотношениям со сверстниками вследствие вынужденной длительной изоляции такого ребёнка, частого воспитания в условиях неполной семьи (чаще – воспитания матерью в отсутствие отца, оставившего семью при рождении больного ребёнка). Наличие в большинстве случаев ярких внешних проявлений заболевания

(несовершенный дентиногенез, голубой цвет склер, костные деформации, задержка физического развития, нарушение слуха) усугубляет риск возникновения широкого спектра типичных психологических проблем, связанных с адаптацией и интеграцией больного ребёнка в общество. Со временем к этим аспектам прибавляются проблемы, связанные с продолжением рода, обсуждённые выше и замыкающие патологический круг психологических проблем пациента или семьи с НО.

Таким образом, раннее квалифицированное ведение пациента с НО и его семьи психологом в составе мультидисциплинарной команды, применение всего спектра современных психопрофилактических и психотерапевтических методик с учетом специфики работы с данным контингентом пациентов, овладение специалистами, оказывающими медицинскую помощь таким пациентам, основными навыками и особенностями психологической работы с ними, последовательно и успешно внедряемые в настоящее время в практику отечественного здравоохранения, обеспечивают повышение качества жизни и эффективности лечения, эффективную социальную адаптацию этих пациентов.

#### Список литературы:

1. Метод применения бисфосфонатов в лечении детей с несовершенным остеогенезом: инструкция по применению: утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 06.03.2014 г. – Минск, 2014. – 30 с.
2. Несовершенный остеогенез: патогенез, классификация, клиническая картина, лечение / В.В. Поворознюк [и др.] // Ортопедия, травматология и протезирование. – 2009. – №4. – С. 110-117.
3. Guide to osteogenesis imperfecta for pediatricians and family practice physicians / The NIH of the U.S. DHHS. – 2007. – 32 p.

4. Osteogenesis imperfecta. A translational approach to brittle bone disease / J.R. Shapiro [et al.]. – Amsterdam: Elsevier, 2014. – 555 p.

УДК 614.2

**Диагностика оперативного управления в отделении  
университетской многопрофильной больницы для активного  
лечения**

***Янка Петкова Проданова***

*доцент, Образовательная и научная степень «Доктор»,*

*факультет общественного здоровья,*

*Медицинский университет – г. София, Болгария*

*e-mail: dryprodanova@abv.bg*

***Мариана Пенкова Радичева***

*главный ассистент, Образовательная и научная степень*

*«Доктор», медицинский факультет,*

*Тракийский университет,*

*г. Стара Загора, Болгария*

*e-mail: trenkovadoc@abv.bg*

***Аннотация.** В статье рассматриваются вопросы оперативного управления в здравоохранении посредством анализа стиля руководителя отделения Университетской больницы.*

***Ключевые слова:** оперативное управление, лечебные учреждения, здравоохранение, стиль управления.*

*The article deals with the operational management in health care by analyzing the style of the head department of the University Hospital*

***Keywords:** operational management, hospital, Healthcare, management style.*

**Введение.** В условиях экономического и финансового кризиса, а так же и ужесточенной конкуренции услуг в области здравоохранения, управленческий стиль оперативного менеджера (в том числе и руководителя отделения) становится определяющим фактором для оценки и процветания организации. Управленческий стиль руководства, в соответствии с которым менеджер выполняет свои управленческие обязанности и функции, формируется на основании нескольких элементов. В отличие от стратегической, оперативная неэффективность подлежит корректировке и преодолевается относительно легко, так как она заключается в рутинной ежедневной деятельности [4]. В данном смысле логично и целесообразно направить фокус современного менеджера на «диагностику и лечение» управления на оперативном уровне.

**Цель** исследования заключается в изучении стиля руководителя отделения в одной Университетской больнице в Болгарии.

**Предмет, объект, охват и время анализа:** Предметом исследования является стиль управления оперативного менеджера. Объект исследования – все работающие в отделении данной Университетской больницы в Болгарии. Период сбора информации – 7-11 сентябрь 2015 г.

**Инструментарий, материал:** Данные собраны на основании прямой анкеты. Объем исследуемых лиц – 29 человек из 29 работающих в отделении (7 врачей, 15 медицинских сестер и 7 санитаров). Анкета содержит 10 закрытых вопросов. Данные проанализированы на основании обработки статистической программы IBM SPSS version 20.

**Результаты:** 90% респондентов считает, что их руководитель ясно распределяет функции и централизует управление только в кризисных ситуациях. Остальные 10% думают, что он централизует

руководство, стремясь постоянно быть в течении всех деталей работы. В особенности три группы должностей (врачи, медицинские сестры и санитары) – 86% врачей и санитаров и 93% медицинских сестер оценивают положительно способности своего руководителя ясно распределять функции и делегировать ответственность и членам экипа.

На вопрос относительно реакции начальника в критической ситуации 90% респондентов считает, что он ищет решение проблемы совместно с подчиненными; 7% воспринимают более жесткие методы руководства; а 3% – указывают, что ему трудно справиться с обязанностями. В обособленных трех группах должностей (врачи, медицинские сестры и санитары) не установлены различия – 86% врачей и санитаров и 93% медицинских сестер определяют своего руководителя как менеджера, который ищет решение проблемы в соответствии с мнением подчиненных.

Мы проанализировали и отношение руководителя отделения к советам и возражениям служащих. Приблизительно 80% служащих считает, что начальник обращается к ним за советом, даже в тех случаях, когда ситуация этого не требует. 17% – обращается за советом у подчиненных при необходимости, 3% – не допускает совет подчиненных. По должностям следует следующее распределение: 86% врачей, 93% мед. сестер и 43% санитаров считают, что шеф советуется со служащими даже, когда обстоятельства не требуют этого.

Почти 80% подчиненных думает, что руководитель не только контролирует работу, но всегда отмечает положительные и поощряет высокие результаты. 10% респондентов воспринимает своего шефа как постоянно контролирующего и строгого указывающего на пропуски в работе. 86% врачей и санитаров и 73% мед. сестер на мнении, что их руководитель оказывает контроль и поощряет хорошие результаты.

Для 14% респондентов, их начальник интересуется только производственными и экономическими результатами организации. На совершенно противоположном мнении 10% служителей. 76% анкетированных убеждены, что он успеет сбалансировать ситуацию. В трех группах, за исключением врачей, наблюдаются различия в ответах на данный вопрос – большинство врачей (86%), мед. сестер (87%) и менее чем половина санитаров (43%) определяют руководителя как балансирующего между результатами и хорошими взаимоотношениями.

Менше чем 86% служителей отмечает, что их начальник распределяет ответственность в соответствии с функциями и компетенциями медицинского экипажа. Для 10% руководитель перераспределяет часть ответственности на подчиненных или на более высокопоставленных, а для 3% анкетированных – он берет на себя всю ответственность. По группам – 71% врачей, 93% мед. сестер и 86% санитаров оценивают способности своего руководителя распределять ответственность в соответствии с функциями и компетентностью обеих сторон.

Распределение ответов на вопрос об отношении к подчиненным: 79% респондентов считает, что их руководитель старается, чтобы служители имели высокую профессиональную квалификацию, по мнению 14% анкетированных, он ценит выше преданность служителей, а 7% указывает, что для него не имеет существенного значения с какими людьми он работает. По группам – 86% врачей, 87% мед. сестер и 57% санитаров уверены в том, что их начальник старается постоянно повышать квалификацию своих подчиненных.

Удел респондентов, которые считают, что руководитель отделения часто обращается к подчиненным с просьбой и советами приблизительно 65%. Для 21% начальник категорически приказывает. 14% отмечает, что шефу часто приходится увещать подчиненных

исполнять данную работу. В обособленных группах – 87% врачей и санитаров и 73% мед. сестер оформлено мнение, что начальник обращается к подчиненным с просьбой и советами.

На основании анкеты мы хотели исследовать и способы принятия управленских решений. Мнение 69% респондентов связано с тем, что руководитель решает возникшие проблемы в сотрудничестве с подчиненными. 10% анкетированных указывает на то, что он единолично принимает решения, а для 21% он решает только рутинные вопросы и не обращает внимание на существующие проблемы. По должностям – 71% врачей, 73% мед. сестер и 57% санитаров считает, что менеджер решает проблемы в сотрудничестве с подчиненными.

Преобладающее число респондентов (69%) на мнении, что шеф не демонстрирует превосходство. 24% определяют его, как независимого, а только 7% считает, что он не уважает мнение подчиненных. По должностям – 86% врачей, 67% мед. сестер и 57% санитаров на мнении, что их руководитель демонстрирует свое превосходство над служащими.

**Выводы:** Руководитель отделения придерживается демократического стиля управления. Он поддерживает удовлетворительный коммуникативный уровень с подчиненными. Как недостаток в его работе можно отметить, что в желании мотивировать служащих, он укорачивает дистанцию «шеф-подчиненный» и этим угрожает управлению и исполнению задач.

**Заключение:** В соответствии с видными стратегиями в области управления здравоохранением Воденичаров Ц. и Б. Борисов текущих потребностей и важности проводимой реформы здравоохранения в нашем здоровье требует нового поколения менеджеров здравоохранения в качестве агентов перемен и предпринимательства [2]. Ряд показателей деятельности, документация и анализы, а так же и

эмпирические исследования, указывают убедительно на существование дефицита управленческой и лидерской компетенции на всех уровнях системы здравоохранения [1]. Здравоохранение является сложной системой, которая включает в себя деятельности по управлению, финансированию и предоставлению медицинских услуг с целью улучшения статуса здоровья населения данного государства [5]. Для успешного передвижения с настоящего к будущему статусу лечебной институции необходимы не только знания, но и умения, так как отмечает генерал Драгомиров: « ...в практике суть не в том, чтобы знать, а в умении применять» [3].

#### Список литературы:

1. Балканска П. Защо е необходим модел за развитие на лидерски компетенции в сферата на здравеопазването. Здравна политика и мениджмънт, 2011. – №3. – С. 19-25.
2. Воденичаров Ц., Борисов В., Гладилов С., Чамов К., Кръшков Д. Модел за ефективно развитие на българското здравеопазване. Здравен мениджмънт, 2008. – Т.8. – №1. – С. 53-61.
3. Михневич Н. Стратегия, кн. 1., Санкт Петербург. – 1906. – С. 64.
4. Принципи на стратегически стил на мислене. Трите «П». – [Электронный ресурс] – URL: <http://87.120.8.30:14252/printsipi-na-strategicheski-stil-na-mislene-trite-p-dokument-t12932.html/> (дата обращения 26.10.2015).
5. Сиджимова Д. Эффективное здравоохранение – условие экономического процветания нации и государства. – [Электронный ресурс] – URL: <http://vsoa.esrae.ru/pdf/2013/10/776.pdf> (дата обращения 26.10.2015).

**Двадцатилетний опыт работы кабинета амбулаторного приема  
детей донецкого региона с онкогематологической патологией**

***Елена Владимировна Пшеничная***

*к.мед.н., доцент,  
заведующая кафедрой педиатрии и неонатологии,  
Донецкий национальный медицинский университет  
им. М. Горького, г. Донецк*

***Екатерина Николаевна Марченко***

*ассистент кафедры педиатрии и неонатологии,  
Донецкий национальный медицинский университет  
им. М. Горького, г. Донецк*

***Светлана Александровна Юлдашева***

*гематолог отделения онкогематологии для детей,  
Институт неотложной и восстановительной хирургии  
им. В.К. Гусака, г. Донецк,*

***Елена Вячеславовна Бордюгова***

*к.мед.н., доцент,  
доцент кафедры педиатрии и неонатологии,  
Донецкий национальный медицинский университет  
им. М. Горького, г. Донецк*

***Александра Петровна Дудчак***

*к.мед.н., доцент,  
доцент кафедры педиатрии и неонатологии,  
Донецкий национальный медицинский университет  
им. М. Горького, г. Донецк*

***Анна Валериевна Дубовая***

*к.мед.н.,  
доцент кафедры педиатрии и неонатологии,*

*Донецкий национальный медицинский университет  
им. М. Горького, г. Донецк  
e-mail: doneck.pediatrics-fipo@list.ru*

**Аннотация.** В статье представлены принципы организации амбулаторной помощи детям с онкогематологической патологией на базе Института неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака г. Донецка.

**Ключевые слова:** дети, онкогематология, ремиссия, реабилитация.

**Abstracts.** The principles of the organization of ambulatory care for children with Cancer and Blood pathology at the Institute of emergency and reconstructive medicine named after V.K. Gusak are presented.

**Keywords:** children, oncohematology, remission, rehabilitation.

Гематология – один из наиболее динамично развивающихся разделов медицинской науки [3, 4]. В 70-е гг. XX века Rauet и соавт., D. Pinkel сообщили о первых случаях излечения от острого лейкоза и сформулировали принципы программной полихимиотерапии, а уже в начале 80-х гг. у большого количества больных острым лейкозом появился шанс пережить 5-летний рубеж при полной клинико-гематологической ремиссии, граничащей с выздоровлением [5, 6]. Достигнутые успехи позволили детскую гематологию официально выделить в отдельную специальность в 1988 г. [1, 2]. В соответствии с рекомендациями по организации стационарной и амбулаторной помощи детям с патологией кроветворных органов в 1992 г. в Донецкой области были открыты отделение онкогематологии для детей (ООГД) на 40 коек и консультативный кабинет в поликлинике, которые затем вошли в

состав отдела онкогематологии Института неотложной и восстановительной хирургии им. В. К. Гусака (ИНВХ).

Донецкий регион – область с развитой индустриальной инфраструктурой, представленной угольной, химической, металлургической промышленностью, машиностроением и др., что определяет экологическое неблагополучие. Онкологическая заболеваемость детей в регионе составляет 81,5 на 100000 детского населения, заболеваемость гемобластозами – 5,5 на 100000 детского населения, заболевания системы крови встречаются с частотой 351 на 10000 детского населения. Это большая группа больных, требующая специализированного лечения и длительного диспансерного наблюдения.

С 1992 г. ООГД работает по единым международным протоколам лечения, которые представляют собой модифицированные для отечественных условий стандартизированные программы диагностики и лечения гемобластозов, опухолей лимфоидной ткани, центральной нервной системы, солидных новообразований и др. кооперативной группы BFM (Берлин, Франкфурт, Мюнхен), имеющей более чем 30-летний опыт работы и наилучшие отдаленные результаты. Благодаря внедрению протокола лечения острого лимфобластного лейкоза (ОЛЛ) (ALLIC BFM – 2009) безрецидивная выживаемость больных с ОЛЛ более 5 лет повысилась с 8% до 78%; с острым миелобластным лейкозом (AML BFM-2003) – с 5% до 50%; неходжкинскими лимфомами (NHL BFM-95) – с 5% до 90%; лимфогранулематозом (дети до 15 лет – DAL-HD-90, GPOH-HD-95, после 15 лет – GHSG-LPHD – ABVD и BEACOPP) – с 82% до 99%; гистiocитозами (LCH-III) – с 85% до 95%.

В связи с увеличением количества детей, получивших лечение по поводу злокачественных новообразований, актуальным стал вопрос их

дальнейшей диспансеризации, что позволило бы не только своевременно диагностировать рецидив заболевания, но и минимизировать последствия химиолучевой терапии на организм ребенка. Динамическое наблюдение детей после завершения интенсивного стационарного курса лечения возложено на врача кабинета амбулаторного приема.

В функциональные обязанности врача детского онкогематологического кабинета поликлиники ИНВХ входит: консультация больных с подозрением на заболевания крови, направленных педиатрами, их амбулаторное обследование; лечение дефицитных анемий; консультация, обследование и лечение больных с реактивными состояниями системы крови (лимфаденопатия, инфекционный мононуклеоз и др.); первичная диагностика гемобластозов, направление на госпитализацию, оформление истории болезни. После выписки из стационара больных гемобластозами – проведение поддерживающей химиотерапии с еженедельной коррекцией дозы цитостатиков, лечение больных хроническим миелолейкозом препаратом гливек; лабораторный контроль гемограммы, профилактика побочного действия цитостатиков, лечение уже возникших осложнений, направление на консультацию к смежным специалистам, проведение плановых лабораторных и инструментальных обследований. Врач-гематолог осуществляет наблюдение онкогематологических больных в состоянии ремиссии после отмены химиотерапии до передачи больного в терапевтическую службу. Гематолог поликлиники продолжает лечение и наблюдение в динамике пациентов с иммунной патологией крови (тромбоцитопеническая пурпура, гемолитические анемии), продолжение программной терапии больных приобретенной апластической анемией препаратом циклоsporин А. Важный раздел

работы – анализ отчетов главных городских и районных педиатров по гематологической патологии. Количество онкогематологических больных, находившихся под наблюдением в 1993-2013 гг., отражено на рис. 1.

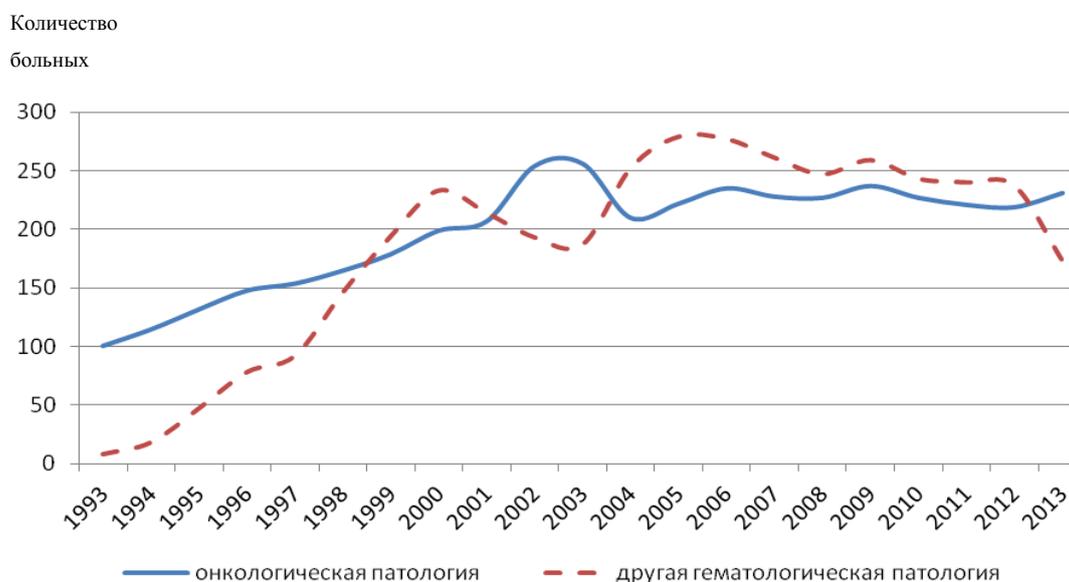


Рис.1. Количество онкогематологических больных в 1993-2013 гг.

За период 1993-2013 гг. диспансерная группа онкогематологических больных выросла более чем в 4 раза, прежде всего за счет увеличения продолжительности жизни больных гемобластозами, внедрения новых эффективных методов лечения апластической анемии, приобретенных гемолитических анемий, больных с врожденной наследственной патологией крови. Предполагается дальнейший рост диспансерной группы, в основном за счет увеличения количества онкогематологических больных с длительной стойкой ремиссией. Больных со сверхдлительной ремиссией продолжают наблюдать «взрослые» онкогематологи. За период работы гематологического кабинета количество пациентов, ежегодно консультированных гематологом, увеличилось более чем в 2 раза (с 1860 чел. в 1993 г. до 4236 чел. в 2013 г.). Структура детского

гематологического амбулаторного приема: лейкомоидные реакции – 1%, лимфаденопатии – 10%, реактивные состояния системы крови – 15%, онкогематологические заболевания – 45%, аплазии кроветворения – 1%, тромбоцитопеническая пурпура – 13%, дефицитные анемии – 11%, иммунные гемолитические анемии – 3%, наследственные заболевания системы крови – 1%.

Для удобства работы с диспансерной группой больных и сохранения всей информации о пациентах существует единая история болезни. После выписки из стационара ее передают в поликлинику и продолжают записи о состоянии больного и амбулаторном лечении. Врач амбулаторного приема ведет индивидуальный лист онкогематологического больного. В нем отмечает сроки проведения химиотерапии, перерывы в лечении, осложнения, возникшие в ходе лечения, заключения врачей-консультантов, данные инструментальных обследований в динамике наблюдения. Работа с индивидуальным листом позволяет быстро получить основную информацию о больном и принять решение о дальнейшей тактике ведения пациента.

Таким образом, накопленный за 20 лет работы опыт лечения онкогематологических больных, наличие подготовленного врачебного и среднего медицинского персонала позволяет осуществлять полноценную современную программную терапию пациентам с гемобластомами, иммунными заболеваниями системы крови, приобретенными апластическими анемиями, что улучшает выживаемость больных и повышает качество их жизни.

#### Список литературы:

1. Детская онкология. Национальное руководство. Под ред. М.Д. Алиева, В.Г. Полякова, Г.Л. Менткевича, С.А. Маяковой. М.: Издательская группа РОНЦ, Практическая медицина, 2012. – 684 с.

2. Острый лейкоз у детей / Н.В. Нагорная, Е.В. Вильчевская, А.П. Дудчак [и др.] // Здоровье ребенка. – 2013. – №2 (45). – С. 23-26.

3. Румянцев А.Г. Специализированная помощь детям и подросткам с гематологическими и онкогематологическими заболеваниями в Российской Федерации: организация и эффективность / А.Г. Румянцев, В.М. Чернов // Гематология и трансфузиология. – 2001. – Т.46, №3. – С. 42-47.

4. Сисла Б. Руководство по лабораторной гематологии: Пер с англ. / Под общей ред. А.И. Воробьева. – М.: Практическая медицина, 2011. – С. 37-39, 174-190.

5. Kaushansky K. Williams Hematology. – 8th ed. – McGraw-Hill Professional, 2010. – 2460 p.

6. Marshall A. Lichtman. Williams Hematology. – 7th ed. – McGraw-Hill Professional, 2007. – 1856 p.

УДК 615.035

**За или против употребления антиоксидантов – исследование  
среди студентов Медицинского факультета Фракийского  
университета гор. Стара-Загора**

*Мариана Пенкова Радичева*

*Тракийский университет, Медицинский факультет,*

*г. Стара Загора, Болгария*

*Аннотация. В результате естественных метаболических процессов в организме человека непрерывно образуются реактивные соединения кислорода. Свободные радикалы накапливаются при физических нагрузках, при возникновении воспалительных процессов в организме, курении сигарет, под влиянием радиации, УФ-излучения,*

загрязнителей окружающей среды, при приеме некоторых лекарств, при стрессе разного происхождения. Если не произойдет инактивация свободных радикалов, они могут повредить все клетки и органы.

**Ключевые слова:** *употребление антиоксидантов.*

**Abstract.** *Reactive oxygen compounds are formed constantly in the human body as a result of normal metabolic processes. Accumulation of free radicals becomes especially under physical stress, in inflammatory processes in the smoking of cigarettes under the influence of radiation, UV light, environmental pollutants, certain drugs, stress of different nature. If free radicals are not inactivated they can damage all cells and organs.*

**Keywords:** *use antioxidants.*

**Введение:** Кислород необходим для жизни человека, поскольку без него мы не можем жить. Как это ни парадоксально, но кислород входит также в токсические реакции, которые поражают клетки и могут привести к их гибели [6, 9, 8]. В ходе эволюции у человека развились мощные защитные механизмы и выносливость к вредному воздействию кислорода, благодаря чему его токсичные эффекты сводятся к минимуму. В большинстве случаев кислород оказывает вредное воздействие из-за образования и активности высокореактивных соединений кислорода, большая часть которых являются свободными радикалами, будучи нестабильными и очень реактивными химическими видами. Свободные радикалы и другие реактивные соединения кислорода вызывают цепные реакции окисления в организме, которые поражают клетки [5, 4, 7]. В нашем организме образуется более 2 кг вредных соединений кислорода в год [8, 10]. В результате естественных метаболитных процессов в организме человека непрерывно образуются реактивные соединения кислорода. Свободные радикалы накапливаются при физических нагрузках, при возникновении

воспалительных процессов в организме, курении сигарет, под влиянием радиации, УФ-излучения, озона, загрязнителей окружающей среды, при приеме некоторых лекарств, при стрессе разного происхождения. Если не произойдет инактивация свободных радикалов, они могут поразить все клеточные составляющие.

Вредное воздействие свободных радикалов связано с процессами старения [5, 7, 8, 10]. Свободные радикалы становятся причиной развития катаракты у пожилых людей, а равно и связанного с возрастом поражения сетчатки глаза, называемого макулярная дегенерация. Нарушения иммунитета, возникающие с возрастом, тоже связаны с реактивными кислородными соединениями [6, 8]. Окисление, причиной которого становятся свободные радикалы, играет роль при болезнях сердечно-сосудистой системы, вызывая, с одной стороны, развитие атеросклероза и поражения, наступающие во время инфаркта миокарда и мозгового инсульта, с другой стороны. Вредное действие свободных радикалов является одной из основных причин развития опухолей [6, 7, 9]. Окисление сказывается на развитии некоторых неврологических заболеваний, таких как болезнь Паркинсона и дискинезии; под его воздействием увеличивается неблагоприятный эффект травматических повреждений, невротоксинов. Реактивные соединения кислорода поражают спермовые клетки, снижая их количество и ухудшая качество спермы. При сильных физических нагрузках (тяжелой физической работе, активных занятиях спортом) возрастает потребление кислорода, по причине чего накапливаются свободные радикалы, способные вызвать поражение мышц. Свободные радикалы играют роль и в возникновении воспалительных заболеваний, таких как ревматоидный артрит, гломерулонефрит.

**Пища могла бы стать нашей эффективной защитой.**

Организм человека обладает несколькими механизмами защиты от свободных радикалов и иных реактивных соединений кислорода. Одним из наиболее важных приемов защиты является ряд **внутриклеточных энзимов**. Минералы селен, цинк, марганец и медь входят в их структуру или ими определяется активность данных энзимов. Недостаточный прием этих минералов говорит о плохой энзимной антиоксидантной защите.

Другой важный прием защиты заключается в способности группы **соединений с низким молекулярным весом непосредственно соединяться со свободными радикалами, обезвреживая их**. Внеклеточное действие оказывает водорастворимый витамин С, а действие жирорастворимых витамина Е и каротинов распространяется на клеточные мембраны и липопротеины, в которых содержится большое количество жирных кислот. Коэнзим Q тоже является мембранным антиоксидантом [6, 7, 10].

**Флавоноиды и другие полифенольные соединения** имеют ярко выраженное антиокислительное действие и обезвреживают свободные радикалы. Данные антиоксиданты содержатся в пищевых продуктах. И вот почему питание является основным фактором создания лучшей защиты от окислительного действия свободных радикалов и других реактивных кислородных соединений, снижения риска появления основных современных «убийц» человека – инфаркта миокарда, мозгового инсульта и раковых заболеваний [4-10]. Чем богаче пища витаминами С и Е, каротинами, коэнзимом Q, биофлавоноидами и минералами селен и цинк, тем устойчивее будет наш организм к воздействию опасных соединений кислорода. Многочисленными исследованиями была доказана прочная связь между потреблением определенных пищевых продуктов, являющихся богатым источником антиоксидантных веществ, и заболеваемостью и смертностью в

результате болезней сердечно-сосудистой системы и опухолей. Овощи и фрукты имеют особо важное значение, поскольку являются основными источниками антиоксидантов.

Полезная еда для нашей антиоксидантной защиты

- Морковь, томаты, салат, латук, шпинат, щавель, петрушка, зеленый лук и чеснок, абрикосы, тыква – богатое содержание каротинов;

- Апельсины, грейпфрут, лимоны, киви, красный и зеленый перец, клубника, малина, чай и повидло из шиповника, брокколи – богатое содержание витамина С;

- Подсолнечное масло, оливковое масло, грецкие орехи, миндаль, лесные орехи – богатое содержание витамина Е;

- Мясо (нежирное), рыба и другие морепродукты, цельнозернистый (черный) хлеб, фасоль, чечевица, соя – богатое содержание цинка, селена, коэнзима Q;

- Красное вино, черный виноград, брусника, ежевика, лук, зеленый и черный чай, какао, кофе, яблоки – богатое содержание биофлавоноидов и иных полифенольных антиоксидантов.

Ежедневно необходимо съедать как минимум 400 граммов фруктов и овощей для того, чтобы они были способны оказать защитное действие от развития болезней сердечно-сосудистой системы и раковых заболеваний. Полезно их съедать в свежем виде, чтобы не терялась большая часть витаминов при консервировании и готовке. Это касается и растительных масел; их лучше и полезнее употреблять в виде салатных масел. Мясо можно употреблять в небольшом количестве, притом нежирное, не более 3 раз в неделю. Помимо полезных минералов, обладающих антиоксидантным действием, и иных необходимых для организма питательных веществ, мясо содержит жир,

богатый насыщенными жирными кислотами, увеличивающими уровень холестерина в крови, а тем самым и риск развития атеросклероза.

По результатам исследования А. Андоновой среди студентов Медицинского факультета было установлено, что имеется «положительная тенденция к приему фруктов и овощей у респондентов, причем 40% из них два раза в день едят фрукты, а 37% – овощи, а приблизительно половина опрошенных студентов один раз в день едят фрукты и овощи. Более 2/3 студентов потребляют молочные продукты от 1 до 3 раз в день. Раз в день мясо потребляют 37,5% опрошенных студентов» [1].

**Целью** настоящего исследования является анализ знаний студентов, обучающихся по разным медицинским специальностям на Медицинском факультете, об антиоксидантах и определение их отношения к употреблению антиоксидантов.

**Материал и методы:** Для целей исследования использовались метод анкетирования и статистические методы. Объектом исследования стали 29 студентов Медицинского факультета Фракийского университета гор. Стара-Загора. Из них 28 – женщины, 1 – мужчина. Распределение дано в табл. 1.

*Таблица 1*

**Распределение опрошенных по полу**

Пол	Абсолютное число	Относительная доля (%)
Мужчина	1	10%
Женщина	28	90%

### **Результаты и обсуждение:**

Для команды исследователей особый интерес представляла оценка студентов состояния своего физического (табл. 2) и психического здоровья (табл.3).

Таблица 2

## Самооценка состояния физического здоровья

Как Вы сами оцениваете состояние своего физического здоровья?	Абсолютное число	Относительная доля (%)
отлично	0	0
очень хорошо	13	44,8
<b>хорошо</b>	<b>16</b>	<b>55,2</b>
плохой	0	0,0
очень плохой	0	0

Производит сильное впечатление, что в отличие от физического здоровья, оцененного как очень хорошее (44,8%±) и хорошее (55,2%), 62,1% опрошенных оценили состояние своего психического здоровья как хорошее, а 37,9% высказались более негативно, оценив его как плохое.

Таблица 3

## Самооценка состояния психического здоровья

Как Вы сами оцениваете состояние своего психического здоровья?	Абсолютное число	Относительная доля (%)
отлично	0	0
очень хорошо	0	0
<b>хорошо</b>	<b>18</b>	<b>62,1</b>
плохой	11	37,9
очень плохой	0	0

## Витамины и минералы в таблетках – за или против?

В группу наиболее важных для организма антиоксидантов входят витамин С, витамин Е и селен, причем каждый из них имеет антиоксидантное действие, а совместно они превращаются в настоящее богатство для организма. Витамин Е укрепляет сердечно-сосудистую и иммунную системы, снижает артериальное давление и риск рака, облегчает дыхание. Кроме того, витамин Е способствует улучшению зрения у пациентов, страдающих диабетом. Чаще используется совместно с витамином С и селеном, благодаря чему они лучше усваиваются организмом, а их полезное действие возрастает. Рекомендуемая суточная норма потребления составляет с 400 по 800 мг.

Витамин С является мощным антиоксидантом, который борется со стрессом, участвует в образовании костей и тканей, стимулирует иммунную систему, способствует быстрому заживлению ран, сохраняет упругость кожи. Поскольку витамин С не синтезируется в организме, особо важно, чтобы он поступал с пищей. Рекомендуемая суточная норма потребления составляет с 200 по 500 мг. Селен помогает справляться со стрессом, поддерживает функцию щитовидки (щитовидной железы), способствует более быстрому восстановлению пораженных клеток и защищает от рака. Совместно с витамином Е селен действует как мощный антиоксидант. Рекомендуемая суточная норма потребления для подростков и взрослых составляет 55 микрограммов.

Сидя на диете для снижения веса или соблюдая специфический диетический режим как часть лечения определенной болезни, а также при высоком уровне вредных веществ в окружающей среде и при слишком больших физических нагрузках, обеспечить питание, богатое в должной мере антиоксидантами, довольно затруднительно. В данном случае рекомендуется помогать организму, добавляя в пищу антиоксидантные витамины, минеральные вещества в таблетках, капсулах или в виде сиропа. Таким образом, в наибольшей мере увеличивается способность организма защищаться от вредных свободных радикалов. Химический состав синтетических витаминов и минералов такой же, что и у натуральных пищевых продуктов, биологическое действие то же самое. Передозировки же следует избегать, поскольку любое полезное вещество в большом количестве может иметь вредный эффект.

В связи с этим С. Ключукова прокомментировала о том, что: «Налицо ряд предпосылок, непосредственно сказывающихся на обучение студентов-медсестер данным темам, а именно: количество

академических учебных часов по лечебному и диетическому питанию, демографические показатели, такие как старение населения, личная мотивировка и подготовленность студентов и др. [3, с.190].

Кат отметила Н. Иванова, «негативные последствия какого-либо заболевания бывают физического и психического характера, связанного с состоянием здоровья (физического и психического), финансового характера (покупка медикаментов, пребывание в больнице, временная или постоянная нетрудоспособность) и социального характера (перемены в семейной среде, социальной группе, трудовом правоотношении)» [2, с.164]. Приблизительно 2/3 студентов (62,1%) считают, что успешно справляются, не принимая антиоксиданты в таблетках и соблюдая здоровый образ жизни (табл. 2).

В заключение, студенты Медицинского факультета хорошо проинформированы о проблемах, связанных с антиоксидантами и здоровьем человека. Они предпочитают регулярные физические нагрузки и здоровое питание употреблению таблеток, как заместительной терапии антиоксидантами.

#### Список литературы:

1. Андонова А. За студентското хранене. Варна, 2014., Варненски медицински форум, Т. 3, пр.41. – С. 94-97.

2. Иванова Н., Фракийский университет, медицинский колледж, «Стратегии и инновации в развитии медицинского образования», роль профессиональной подготовки когнитивной задачи создания потенциала для творчества в будущее медицинских специалистов» Стара Загора 2012. – С. 164.

3. Кючукова С. Нутрициологията и будущие медсестры, XXX научно-технологична сессия КОНТАКТ 2012, изд. ТЕМТО, 2012.

4. Ames B.N. Micronutrients prevent cancer and delay aging // Toxicol Letters. – 1998. – №102. – P. 103-105.

5. Behe P., Segal A.W. The function of the NADPH oxidase of phagocytes, and its relationship to other NOXs // Biochem Soc Trans. – 2007. – №35(Pt 5). – P. 1100-1103.

6. Galaris D., Pantopoulos K. Oxidative stress and iron homeostasis: mechanistic and health aspects // Crit Rev Clin Lab Sci. – 2008. – 45(1). – P. 1-23.

7. Grune T, Berger MM: Markers of oxidative stress in ICU clinical settings: present and future. Curr Opin Clin Nutr Metab Care 2007.

8. Ramassamy C: Emerging role of polyphenolic compounds in the treatment of neurodegenerative diseases: a review of their intracellular targets // Eur J Pharmacol. – 2006. – №545(1). – P. 51-64.

9. Valko M., Leibfritz D., Moncol J., Cronin M.T., Mazur M., Telser J. Free radicals and antioxidants in normal physiological functions and human disease // Int J Biochem Cell Biol. – 2007. – 39(1). – P. 44-84.

10. Wintergerst E.S., Maggini S., Hornig D.H. Contribution of selected vitamins and trace elements to immune function // Ann Nutr Metab. – 2007. – №51(4). – P. 301-23.

УДК 616.12+616-0054:616.12-009.72: 616.36-004-085

**Механизмы влияния патологии гепатобилиарной зоны на  
сердечно-сосудистую систему**

*Мадина Боходировна Рахимова*

*резидент 1 курса магистратуры по направлению Кардиологии,*

*Ташкентская Медицинская Академия,*

*г. Ташкент, Р. Узбекистан*

*e-mail: madinka.rakhimova@gmail.com*

*Матлуба Эшбаевна Рахимова*

*к.мед.н., доцент,*

*Ташкентская Медицинская Академия,*

*г. Ташкент, Р. Узбекистан*

*e-mail: Doc.rakhimova@mail.ru*

**Абдулла Тиллаевич Бабаев**

*к.мед.н., доцент,*

*Ташкентская Медицинская Академия,*

*г. Ташкент, Р. Узбекистан*

*e-mail: Doc.babaev@mail.ru*

**Аннотация.** В статье приведены данные ретроспективного исследования с участием 1870 больных с ишемической болезнью сердца (стабильная стенокардия ФК II- IV), из них 214 больных с ИБС в сочетании с заболеваниями гепатобилиарной системы. В проведенном анализе выявлены механизмы поражения сердца и нарушения его деятельности при гепатобилиарной патологии.

**Ключевые слова:** ишемическая болезнь сердца, жировой гепатоз, дисфункция желчевыводящих путей, фиброз печени, гепатомегалия, атеросклероз.

**Abstract.** The article presents a retrospective analysis involving 1870 patients with coronary heart disease (stable angina FC II- IV), of which 214 patients with ischemic heart disease in combination with diseases of the hepatobiliary system. Carried investigations has result of the heart injures mechanisms in hepatobiliary pathology.

**Keywords:** chronic coronary heart disease, fatty hepatosis, bile passages disfunction, liver fibrosis, hepatomegaly, atherosclerosis.

Ишемическая болезнь сердца на сегодняшний день является одной из основных причин инвалидизации и смертности взрослого населения. В настоящее время сердечно-сосудистые заболевания

играют решающую роль в эволюции общей смертности в мире. Смертность от болезней системы кровообращения в Узбекистане стоит на первом месте среди всех летальных исходов. Так, стандартизированный коэффициент смертности по причине болезней кровообращения на каждые 100000 человек в 2012 году составил 754,2 по Узбекистану и 706,9 по Республике Каракалпакстан, а показатель смертности от ИБС – 308,9 и 268,5 соответственно (государственный Комитет Республики Узбекистан по статистике, 2008г. «Здравоохранение в Узбекистане: факты и цифры», 2008г.).

Для современной практической медицины характерна полиморбидность – сочетания различных патологий внутренних органов, оказывающих существенное влияние на развитие и клинические проявления основного заболевания. На протяжении многих лет неизменный научный и практический интерес вызвала связь заболеваний желчных путей и сердечно-сосудистой системы. Еще в середине первой половины XX столетия основоположник клинического мышления С.П. Боткин указывал на взаимосвязь заболеваний желчевыводящих путей и сердца.

Вопросы взаимоотношения между билиарной и сердечно-сосудистой системами постоянно находятся в поле зрения клиницистов. Но в литературе нет единого мнения о том, является ли рефлекторная стенокардия при билиарной патологии проявлением чисто функциональных нарушений коронарного кровообращения или она все-таки опосредована сопутствующим атеросклерозом коронарных артерий [7, 9]. Часть исследователей [2, 5] утверждает, что чаще всего наблюдается параллельное развитие двух процессов – холецистита и атеросклероза коронарных артерий и считают, что кроме рефлекторной причинно-следственной связи необходимо помнить и о роли

эндогенных гуморальных факторов, роднящих патологию кардиоваскулярной и желчевыводящей систем.

В развитии дискинезии желчевыводящих путей имеет значение нарушение нервной регуляции билиарного тракта и нарушение состава желчи. Резервуар желчи – желчный пузырь – находится под постоянным сложным влиянием нервной и эндокринной системы [2, 7]. Всё это не только приводит к гиперхолестеринемии, но и к рефлекторно возникающему при усиленных сокращениях желчного пузыря коронарному спазму. Спазм в сочетании с гиперхолестеринемией и особенно с атерогенной дислипидемией приводят к развитию и прогрессированию атеросклероза [7, 9].

**Цель исследования:** изучить механизмы влияния патологии гепатобилиарной зоны на сердечно-сосудистую систему.

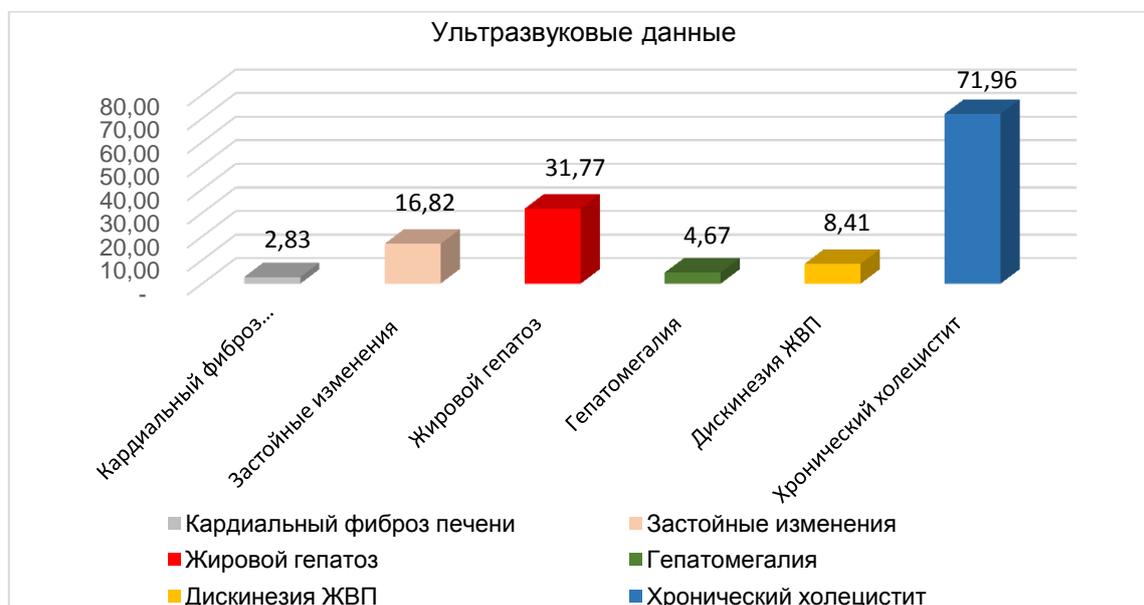
**Методы исследования:** Проведен ретроспективный анализ историй болезни больных в архивном отделе 3 – Клиники ТМА за 2013-2015 годы. Изучено 1870 историй болезни больных ИБС, получавших стационарное лечение в отделении кардиологии. Всем больным были проведены общепринятые методы исследования (клинический и биохимический анализы крови, общий анализ мочи, коагулограмма крови, ЭКГ, УЗИ печени и желчного пузыря). Верификация диагноза проводилась на основании объективных критериев приведенных в МКБ-10.

В ретроспективное исследование были включены результаты обследований 1870 больных. Из них были выделены 214 (11,44%) больных с ИБС, имеющие в сопутствующем заболевании патологию гепатобилиарной системы. Возраст больных составил в среднем  $62 \pm 9,8$  лет. Набор пациентов проводился параллельно в три подгруппы, разделенных по функциональным классам ИБС, стабильная стенокардия напряжения (II-IV). Численность каждой подгруппы при

завершении исследования составила: I-я – больные со стенокардией напряжения ФК II – 60 (28,03%), II-я – больные с СН ФК III – 116 (54,2%), III-я – больные с СН ФК IV – 48 (22,42%).

У 120 (56,1%) больных ишемической болезнью сердца были выявлены изменения в печени по типу кардиального фиброза – 6 (2,83%), застойных изменений в печени – 36 (16,82%), жирового гепатоза – 68 (31,77%), гепатомегалии – 10 (4,67%). У 172 (80,4%) больных были выявлены изменения билиарной системы: дискинезия желчевыводящих путей по гипомоторному типу – 18 (8,41%), хронический холецистит 154 (71,96%) (Диаграмма 1). Нарушения в желчевыделительной системе у больных с ИБС сочетались с ультразвуковыми признаками поражения печени и желчного пузыря. К основным ультразвуковым признакам хронического холецистита относят увеличение размеров и деформацию желчного пузыря, утолщение и уплотнение его стенок. При анализе результатов в 92,3% случаях отмечалось утолщение стенок желчного пузыря в среднем до  $3,7 \pm 0,2$  мм при норме 1-2, но не более 3 мм. Уплотнение стенок найдено у 88,5% пациентов, а наблюдение увеличения размеров происходило в 76,9% случаях.

Диаграмма 1



В ходе исследования был проведен анализ уровня ферментов и билирубина, коагулограммы, липидного спектра, которые в свою очередь являются одним из показателей наличия патологии гепатобилиарной системы. Проведенный анализ биохимических данных показал следующие результаты: среднее значение ПТИ составило  $89,6 \pm 5,5$ , среднее количество тромбоцитов –  $235 \pm 9,8 \times 10^3$ . Анализ уровня ферментов показал: средний показатель АЛТ составил  $0,298 \pm 0,15$  мкмоль\л, из них у 186(87,2%) больных повышения уровня данного фермента не наблюдалось, тогда как у 28(12,8%) больных отмечалось умеренное повышение АЛТ до  $0,562 \pm 0,08$  мкмоль\л. Средний показатель общего билирубина составил  $16,4 \pm 4,4$  ммоль\л, при норме 3,4-20,5 ммоль\л. При исследовании липидного спектра было отмечено повышение среднего значения уровня холестерина у исследуемых больных, а именно  $5,25 \pm 1,7$  ммоль\л. Это дает нам право судить о том, что рефлекторное влияние из желчных путей на сердце способствует развитию и прогрессированию атеросклероза и ухудшению коронарной микроциркуляции под влиянием гиперлипидемии.

При изучении инструментальных данных были выявлены следующие, характерные для изучаемой патологии изменения. Показатели среднего систолического давления составили  $141 \pm 15,4$  мм рт ст, среднего диастолического –  $88,7 \pm 7,04$  мм рт ст, средняя частота сердечных сокращений составила  $80,5 \pm 13,3$  уд в мин, при чем у 49 (23%) больных была отмечена брадикардия (ЧСС от 60 и ниже уд в мин). Наличие у больных повышенных цифр артериального давления, а также брадикардии дает нам право судить о преобладании регуляции симпатической нервной системы и развитии холецисто-кардиального синдрома у больных ИБС в сочетании с хроническим холециститом.

Учитывая особенности изменений вегетативного статуса больных с ИБС в сочетании с гепатобилиарной патологией, был проведен анализ нарушений ритма, проводимости, коронарного кровообращения у исследуемых больных. В нашем случае у 81 (37, 85%) больных были выявлены рубцовые изменения в миокарде, что свидетельствует о перенесенном ранее инфаркте миокарда, у 47 (21,96%) больных были выявлены нарушения проводимости, у 63 (29,43%) больных – нарушения ритма по типу желудочковых и предсердных экстрасистол, мерцательной аритмии, пароксизмальной тахикардии. Из проведенных исследований можно судить о том, что в основе ухудшения сердечной деятельности лежит регуляторный механизм, имеющий прямую связь с билиарной патологией.

Выводы:

В проведенном нами ретроспективном анализе историй болезни было сделано следующее заключение:

1. Из 1870 больных у 214 (11,44%) была выявлена патология гепатобилиарной зоны, а именно: кардиальный фиброз печени, жировой гепатоз, гепатомегалия, дискинезия желчевыводящих путей по гипомоторному типу, хронический холецистит.

2. Данные ферментативных анализов показали повышение показателей АЛТ до  $0,562 \pm 0,08$  мкмоль\л у 28 (12,8%) больных, что подтверждает патологию гепатобилиарной зоны.

3. Анализ липидного спектра показал повышение показателя холестерина –  $5,25 \pm 1,7$  ммоль\л, что дает нам право судить о том, что рефлекторное влияние из желчных путей на сердце способствует развитию и прогрессированию атеросклероза и ухудшению коронарной микроциркуляции под влиянием гиперлипидемии.

4. Анализ инструментальных данных показал повышение средних цифр артериального давления, наличие брадикардии у 49 (23%)

больных, а также нарушения ритма и проводимости, что связано с влиянием регуляторных механизмов желчного пузыря на сердечно-сосудистую систему.

#### Список литературы:

1. Григорьева И.Н. основные фактора риска желчнокаменной болезни // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2007. – Т.17. – №6. – С. 17-21.

2. Драпкина О.М., Дуболазова Ю.В. Статины и печень: тупик или новые горизонты // Рус.мед.журн. – 2009. – №17(4). – Р. 210-14.

3. Иванченкова Р.А. Хронические заболевания желчевыводящих путей. М.: Атмосфера, 2006. – 424 с.

4. Мараховский Ю.Х., Мараховский К.Ю. Гастроэнтерологические аспекты обмена холестерина и их клинико-патофизиологическое значение // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2006. – Т.16. – №6. С. 41-55.

5. Национальное Общество по изучению Атеросклероза (НОА). Российское сообщество кардиосоматической реабилитации и вторичной профилактики (РосОКР). Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации V пересмотр. Российское кардиологическое сообщество (РКО). Москва, 2012.

6. Панфилов Б.К. Билиарно-кардиальный синдром-холециститное сердце. – Москва, 1986. – 241 с.

7. Подымова С.Д. Патогенетическая роль эссенциальных фосфолипидов в терапии алкогольной болезни печени // Consilium medicum. Экстра-выпуск. 2001. – С. 3-5.

8. Полунина Т.Е., Маев И.В. Неалкогольная жировая болезнь печени: эпидемиология, патогенез, диагностика, лечение // *Cosilium medicum. Гастроэнтерология.* – 2012. – №1. – С. 35-40.

9. Шерлок Ш., Дули Дж.. Заболевания печени и желчных путей: практическое руководство // Пер.с англ. под ред. Апросиной З.Т., Мухина Н.А.. Москва: Гэотар-Мед. – 2002. – 859 с.

10. Kim W.R., Brown R.S., Terrault N.A., El-Serag H. Burden of the liver disease in the United States: summary of a work ship // *Hepatology.* – 2002. – №36. – P. 227-42.

11. Portincasa P., Moschetta A., Palasciano G. From lipid secretion to cholesterol crystallization in bile. Relevance in cholesterol gallstone disease // *Ann. Hepatol.* – 2002. – Vol.1, №3. – P. 121-128.

УДК 616.12-008.46:616-005.4-02-08

**Определение влияние информационных вмешательств на  
повышение комплаентности пациентов к не медикаментозным  
методам лечения у больных с хронической сердечной  
недостаточностью ишемической этиологии**

*Нигора Уруновна Рахматова*

*магистр,*

*Ташкентская Медицинская Академия,*

*г. Ташкент, Р. Узбекистан*

*e-mail: Kardiolog\_nigoraurunovna@yahoo.com*

*Матлуба Эшбаевна Рахимова*

*доцент,*

*Ташкентская Медицинская Академия,*

*г. Ташкент, Р. Узбекистан*

*e-mail: Doc\_rakhimova@mail.ru*

**Абдунаби Абдурашидович Разиков**

*ст. преподаватель,*

*Ташкентская Медицинская Академия,*

*г. Ташкент, Р. Узбекистан*

*e-mail: Abdunabi\_58@mail.ru*

**Аннотация.** *Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) – является одним из самых тяжелых и прогностически неблагоприятных осложнений, развивающийся в результате различных заболеваний сердечно-сосудистой системы, как правило, приводящих к прогрессирующему снижению насосной функции сердца и постоянной гиперактивации нейрогормональных систем. Среди возможных причин декомпенсации ХСН и сохраняющегося высокого уровня смертности больных особая роль отводится низкой комплаентности пациентов предписанному терапевтическому режиму и отсутствию строгого выполнения врачебных рекомендаций, касающихся диеты и образа жизни. При этом не последнюю роль играет низкая информированность пациента о своем заболевании, незнание больными и их родственниками элементарных методов и правил контроля и самоконтроля, пренебрежительное отношение к созданию атмосферы здорового образа жизни и другие объективные и субъективные факторы.*

**Ключевые слова:** *хроническая сердечная недостаточность, комплаентность;*

**Abstract.** *Chronic heart failure (CHF) – is one of the most severe and adverse prognostic complications developing as a result of various diseases of the cardiovascular system, usually leading to a progressive decline in the pumping function of the heart and the constant hyperactivation of neurohormonal system. Among the possible causes of CHF decompensation*

*and high level of mortality, there is a specific role of the low compliance of patients to prescribed therapeutic regimen and the absence of strict compliance with medical recommendations, in regard to diet and lifestyle. It is not the last role the lowest degree of patient awareness, ignorance of elementary methods and rules of control and self-control, dismissive attitude towards creating an atmosphere of healthy lifestyles and other objective and subjective factors are not least of importance.*

**Keywords:** *chronic heart failure, compliance*

В лечении хронической сердечной недостаточности (ХСН) важную роль играет комплаентность пациентов к терапии. Несмотря на повсеместное внедрение во врачебную практику эффективных средств лечения, смертность при ХСН остается по-прежнему высокой [2]. Среди возможных причин несоответствия доказанной эффективности современных препаратов и сохраняющегося высокого уровня смертности больных ХСН, особая роль отводится низкой комплаентности пациентов предписанному терапевтическому режиму и отсутствию строгого выполнения врачебных рекомендаций, касающихся диеты и образа жизни [7]. Неудовлетворительная комплаентность к терапии является наиболее частой причиной декомпенсации больных ХСН и ассоциируется с повышенной летальностью [1]. Одним из эффективных методов повышения комплаентности больных к лечению ХСН ишемического генеза, стали программы лечения сердечной недостаточности, важнейшей частью которых являются информационные вмешательства пациентов и их родственников на тему выполнения медикаментозных и не медикаментозных методов лечения [3].

**Целью исследования является** определение влияние информационных вмешательств пациентов с ХСН ишемического генеза, на повышение комплаентности к не медикаментозным методам лечения.

**Материал и методы.** Обследовано 120 больных ХСН I – II стадии, I – III функциональный класс (ФК) с ишемической этиологии, находившихся на лечении в кардиологическом отделении 3-клиники Ташкентской Медицинской Академии. Все пациенты методом случайных выборки были рандомизированы в две группы (табл. 1): группа I (60 больных) – активного ведения, из них I ФК мужчины 14; женщины 6; II ФК мужчины 16; женщины 4; III ФК мужчины 17; женщины 3; группа II (60 больных) – стандартного ведения, из них I ФК мужчины 15; женщины 5; II ФК мужчины 14; женщины 6; III ФК мужчины 15; женщины 5. С пациентами I группы (активного ведения), определена информированность о не медикаментозных методах лечения, до и после проведения 4 индивидуальных занятий, по 30 мин, на тему выполнения не медикаментозных методов лечения. Пациенты II группы (стандартного ведения) получали стандартное лечение без индивидуальных занятий. Средний возраст больных I группе составил  $60,6 \pm 2,4$ ; а II группы  $63,4 \pm 2,6$ ; средний индекс массы тела (ИМТ) больных I группе I ФК  $28,8 \pm 1,2$ ; II ФК  $31,2 \pm 1,4$ ; III ФК  $34,6 \pm 1,8$ ; II группе I ФК  $29,4 \pm 1,5$ ; II ФК  $32,4 \pm 1,6$ ; III ФК  $30,8 \pm 1,4$ ; полученные результаты по ШОКС на I группе I ФК  $1,5 \pm 0,8$ ; II ФК  $4,7 \pm 1,2$ ; III ФК  $7,5 \pm 1,4$ ; II группе I ФК  $1,8 \pm 0,6$ ; II ФК  $5,2 \pm 1,6$ ; III ФК  $8,5 \pm 1,8$ .

*Таблица 1*

**Клиническая характеристика больных с хронической сердечной недостаточностью**

	Группа I (n=60)			Группа II (n=60)		
	I ФК (n=20)	II ФК (n=20)	III ФК (n=20)	I ФК (n=20)	II ФК (n=20)	III ФК (n=20)
Мужчины	14	16	17	15	14	15
Женщины	6	4	3	5	6	5
Средний	$60,6 \pm 2,4$			$63,4 \pm 2,6$		

возраст, годы						
Продолжительность ХСН, годы	4,2±1,8			6,2±1,6		
Индекс массы тела кг/м <sup>2</sup>	28,8±1,2	31,2±1,4	34,61,8	29,41,5	2,4±1,6	30,8±1,4
Средний балл по ШОКС, баллы	1,5±0,8	4,7±1,2	7,5±1,4	1,8±0,6	5,2±1,6	8,5±1,8

Всем больным было проведено общеклиническое обследование. ХСН диагностировали и оценивали в соответствии с Национальными рекомендациями ВНОК И ОССН по диагностике и лечению ХСН (2014) [7]. В качестве нагрузочного теста, с целью оценки функционального статуса больных, использовали тест с шестиминутной ходьбой. Для оценки выраженности клинических признаков ХСН применялась Шкала Оценки Клинического Состояния больных (ШОКС) в модификации В.Ю. Мареева (2000) [4].

Для изучения информированности о методах немедикаментозного лечения ХСН, больным был предложен ряд вопросов, касающихся необходимости ограничения поваренной соли, ежедневного контроля массы тела, регулярной физической активности, и варианты ответов («да», «нет», «не знаю»). COMPLIANCE больных к лечению оценивали методом прямого опроса и полуструктурированного интервью. Были заданы следующие вопросы о приверженности больных к выполнению рекомендаций по самоконтролю: «Имеете ли Вы дома весы?», «Как часто Вы следите за своим весом?» (варианты ответов: ежедневно, через день, 1-2 раза в неделю, 1-2 раза в месяц, реже/не слежу), «Как часто Вы делаете физические упражнения?» (более 4 раз в неделю, 2-3 раза в неделю, 2-3 раза в месяц, менее 1 раза в месяц/никогда), тип физической нагрузки, «Ограничиваете ли Вы прием поваренной соли?» (всегда, большую часть времени, иногда, никогда), «Курите ли Вы?» (да, нет, бросил курить). Все больные получали стандартное лечение.

**Результаты и их обсуждение.** Анализ информированности больных к не медикаментозному методу лечения ХСН, до проведения индивидуальных занятий в обеих группе, показал низкий уровень знаний больных о не медикаментозных методах лечения. На 1-вопрос 65 (54,1%) больных ответили «Да»; 20 (16,6%) больных ответили «Нет»; 35 (29,1%) больных ответили «Не знаю». На 2-вопрос 102 (85%) больных ответили «Да»; 5 (4,1%) больных ответили «Нет»; 13 (10,8%) больных ответили «Не знаю», 3-вопрос больные ответили следующим образом: 86 (71,6%) больных ответили «Да»; 19 (15,8%) больных ответили «Нет»; 15 (12,5%) больных ответили «Не знаю»; на последний 4-вопрос получены следующие ответы: 73 (60,8%) больных ответили «Да»; 15 (12,5%) больных ответили «Нет»; 32 (26,6) больных ответили «Не знаю».

Таблица 2

**Информированность больных о немедикаментозных методах лечения ХСН до индивидуальных занятия**

Вопросы	Ответы					
	Группа I (n=60)			Группа II (n=60)		
	Да n (%)	Нет n (%)	Не знаю n (%)	Да n (%)	Нет n (%)	Не знаю n (%)
1. Необходимо ли больному с ХСН ежедневно контролировать вес?	65 (54,1)	20 (16,6)	35 (29,1)	72 (60)	19 (15,8)	29 (24,2)
2. Должны ли Вы ограничить употребление поваренной соли?	102 (85)	5 (4,1)	13 (10,8)	92 (76,6)	4 (3,3)	24 (20)
3. Необходима ли больному с ХСН регулярная физическая активность?	86 (71,6)	19 (15,8)	15 (12,5)	79 (65,8)	16 (13,3)	25 (20,8)
4. Необходимо ли посоветоваться с врачом, если Ваш вес увеличился на 2-3 кг за 1-2 дня?	73 (60,8)	15 (12,5)	32 (26,6)	69 (57,5)	17 (14,1)	34 (28,3)

После проведенных индивидуальных занятий с пациентами, были получены следующие результаты: На 1-вопрос 117 (97,5%) больных ответили «Да»; 1 (0,83%) больных ответили «Нет»; 2 (1,6%) больных ответили «Не знаю». На 2-вопрос 115 (95,8%) больных ответили «Да»; 2 (1,66%) больных ответили «Нет»; 3 (2,5%) больных ответили «Не знаю»; на 3-вопрос больные ответили следующим образом: 114 (95%) больных ответили «Да»; 1(0,83%) больных ответили «Нет»; 5 (4,17%) больных ответили «Не знаю»; на последнюю 4-вопрос получено следующие ответы: 116 (96,6%) больных ответили «Да»; 1 (0,83%) больных ответили «Нет»; 3 (2,5%) больных ответили «Не знаю».

Ответы пациентов на вопросы, оценивающие информированность больных о самоконтроле и образе жизни при ХСН после индивидуальных занятий представлены в табл. 3.

Таблица 3

**Информированность больных о не медикаментозных методах лечения  
ХСН после индивидуальных занятия**

Вопросы	Ответы					
	Группа I (n=60)			Группа II (n=60)		
	Да n (%)	Нет n (%)	Не знаю n (%)	Да n (%)	Нет n (%)	Не знаю n (%)
1. Необходимо ли больному с ХСН ежедневно контролировать вес?	117 (97,5)	1 (0,83)	2 (1,6)	72 (60)	19 (15,8)	29 (24,4)
2. Должны ли Вы ограничить употребление поваренной соли?	115 (95,8)	2 (1,66)	3 (2,5)	92 (76,6)	4 (3,3)	24 (20)
3. Необходима ли больному с ХСН регулярная физическая активность?	114 (95)	1 (0,83)	5 (4,17)	79 (65,8)	16 (13,3)	25 (20,8)
4. Необходимо ли посоветоваться с врачом, если Ваш вес увеличился на 2-3 кг за 1-2 дня?	116 (96,6)	1 (0,83)	3 (2,5)	69 (57,5)	17 (14,1)	34 (28,3)

После проведения мероприятий по повышению приверженности к не медикаментозному лечению, показатели указывают что уровень соблюдения указанных рекомендаций врача, прямопропорционально зависит от уровня информированности пациента.

Сочитание не медикаментозных и медикаментозных методов лечение больных с ХСН приводит к снижению прогрессирования заболевания, улучшению эффективности лечения и качество жизни.

Выводы:

1. Проводимая программа информационных вмешательств больных с ХСН ишемической этиологией о не медикаментозном методе лечения, способствует повышению комплаентности пациентов к не медикаментозной терапии и уменьшению числа неблагоприятных событий, улучшению эффективности медикаментозного лечения и прогноза заболевания.

2. Показана экономическая эффективность используемой программы, что подтверждается снижением числа повторных госпитализаций.

Список литературы:

1. Биккинина Г.М. Приверженность к лечению у пациентов с различным типом отношения и мотивацией к приему медикаментов / Г.М. Биккинина, Э.Р. Исхаков // Современные наукоемкие технологии. 2007. – №4. – С. 94-95.

2. Бирюкова Л.А. Факторы, определяющие приверженность к лечению больных ишемической болезнью сердца: Автореф. дис. . канд. мед. наук / Л.А. Бирюкова. Астрахань. – 2009. – 22 с.

3. Конради А.О. Значение приверженности, к терапии в лечении кардиологических заболеваний / А.О. Конради // Справочник поликлинического врача. 2007. – Т. 4. – №6. – С. 21-25.

4. Мареев В.Ю., Даниелян М.О., Беленков Ю.Н. От имени рабочей группы исследования ЭПОХА-О-ХСН. Журнал Сердечная Недостаточность. 2013.

5. Митрофанова И.С. Новые пути повышения эффективности лечения больных хронической сердечной недостаточностью / И.С. Митрофанова, Я.И. Коц, Л.Г. Вдовенко // Журнал Сердечная Недостаточность. 2007. – Т. 9. – №4. – С. 164-166.

6. Национальные рекомендации ВНОК И ОССН по диагностике и лечению ХСН (третий пересмотр) // Журнал Сердечная Недостаточность. 2009. – Т. 10. – №2. – С. 64-103.

7. Национальные рекомендации по диагностике и лечению хронической сердечной недостаточности ВНОК и ОССН, 2014.

УДК 616.12+616-0054+616.12.044+616.2.03+616.34+007.43-031

**Особенности течения ишемической болезни сердца в сочетании с патологией гастродуоденальной зоны**

*Маишхура Абдуламахмудовна Сайфиддинова*

*резидент 1 курса магистратуры по направлению Кардиологи,*

*Ташкентская Медицинская Академия,*

*г. Ташкент, Р. Узбекистан*

*e-mail: medic.girl2607@gmail.com*

**Абдугаффор Гадаевич Гадаев**

*д.мед.н., профессор*

*Ташкентская Медицинская Академия,*

*г. Ташкент, Р. Узбекистан*

*e-mail: Gadaev.@mail.ru*

**Матлуба Эшбаевна Рахимова**

к.мед.н., доцент

Ташкентская Медицинская Академия,

г. Ташкент, Р. Узбекистан

e-mail: Doc.rakhimova@mail.ru

**Абдунаби Абдурашидович Разиков**

старший преподаватель,

Ташкентская Медицинская Академия,

г. Ташкент, Р. Узбекистан

e-mail: abduhabi.58@mail.ru

**Аннотация.** В статье приведены данные ретроспективного исследования с участием 300 пациентов с ишемической болезнью сердца в сочетании с патологией гастродуоденальной зоны. Изучены истории болезни больных получивших стационарное лечение с 2013 по 2015 гг в 3-клинике ТМА с основным диагнозом ИБС в сочетании с патологией гастродуоденальной зоны. Установлена прямая корреляционная связь между ИБС с патологией гастродуоденальной зоны, частотой встречаемости гастрита, язвенной болезни, гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, эзофагита, аксиальной грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.

**Ключевые слова:** ишемическая болезнь сердца, Язвенная болезнь, гастроэзофагеальной рефлюксной болезнь, гастрит, аксиальная грыжа, отверстие диафрагмы, эзофагит.

**Abstract.** The paper presents a retrospective study involving 300 patients with ischemic heart disease in combination with gastroduodenal pathology. Case histories of patients who underwent hospital treatment from 2013 to 2015 in the 3 clinical TMA with a primary diagnosis of ischemic heart disease in combination with gastroduodenal pathology. A direct

*correlation between coronary artery disease with pathology of gastroduodenal zone and occurrence of gastritis, peptic ulcer disease, gastroesophageal reflux disease, esophagitis, esophageal axial hernia.*

**Keywords:** *coronary heart disease, peptic ulcer disease, gastroesophageal reflux disease, gastritis, axial hole diaphragm hernia, esophagitis.*

Одной из серьезных проблем здравоохранения во всем мире является неуклонный рост ишемической болезни сердца (ИБС) и ассоциированных с ней гастродуоденальных заболеваний. Наиболее частыми возможными итогами гастродуоденальной патологии со стороны сердечно-сосудистой системы являются: артериальная гипертензия (АГ), ИБС, хроническая сердечная недостаточность.

Смертность от болезней сердечно-сосудистой системы во всем мире в том числе Узбекистане стоит на первом месте среди всех летальных исходов. Так, стандартизированный коэффициент смертности по причине болезней кровообращения на каждые 100000 человек в 2012г составил 754,2 по Узбекистану и 706,9 по республике Каракалпакстан, а показатель смертности от ИБС-308,9 и 268,5 соответственно.

Проблема сочетанных болезней имеет большое значение для современной клинической медицины. Нозологическая синтропия актуальна в первую очередь по отношению к широко распространенной и социально-значимой патологии сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта. В литературе активно обсуждается проблема прогрессивного роста количества больных ишемической болезнью сердца (ИБС) и язвенной болезнью (ЯБ). ЯБ относится к частым заболеваниям (страдает от 5 до 15%, в среднем, 7-10% взрослого населения) и занимает второе место после ИБС. Среди сочетанных

заболеваний внутренних органов около 52% приходится именно на сочетание ИБС и ЯБ. Подобная комбинация нередко приводит к запоздалой диагностике заболеваний в связи с их атипичным течением. Взаимное отягощение и прогрессирование рассматриваемых заболеваний основывается на объединении некоторых патологических звеньев. В возникновении сочетания ИБС и язвенной болезни большую роль играют генетическая предрасположенность и общие факторы риска.

Наиболее агрессивным фактором риска, который в 70-80% случаев приводит к развитию язвенной, в 85-90% – к развитию хронического гастрита является *Helicobacter pylori* (*H. pylori*). Доказано, что хроническая инфекция *H. pylori* увеличивает риск коронарной болезни сердца в течение жизни. О связи ИБС и гастродуоденальной патологии свидетельствуют многочисленные исследования.

Инфекция *H. pylori*, активирующая как локальный, так и системный воспалительный процесс, может рассматриваться в качестве возможного дополнительного фактора риска развития и обострения ИБС.

Нозологическая синтропия актуальна, прежде всего, по отношению к распространенной и социально-значимой патологии сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта. В литературе по-прежнему обсуждается проблема роста количества больных с сочетанием ИБС и язвенной болезни гастродуоденальной зоны (ЯБ). Среди сочетанных заболеваний у пожилых людей около 52% приходится именно на сочетание ИБС и ЯБ. Подобная комбинация нередко приводит к запоздалой диагностике заболеваний в связи с их атипичным течением, увеличению числа осложнений, в частности, инфаркта миокарда и желудочного кровотечения.

Нестабильное течение ИБС, как выяснилось, сопровождается повышением микробной обсемененности слизистой оболочки гастродуоденальной зоны. У больных с нестабильным течением ИБС рост степени обсеменения слизистой оболочки антрального отдела желудка ассоциируется с развитием повторных коронарных событий.

Согласно имеющимся данным, заболевания желудочно-кишечного тракта рассматриваются как неблагоприятный фактор развития и течения ИБС. При сочетании ЯБ и ИБС видоизменяется характер болевого синдрома, эндоскопическая картина, а также выявляется широкий спектр факторов риска ИБС. ЯБ в сочетании с ИБС, характеризуется существенными нарушениями системы гемостаза, которые зависят от морфологических изменений в слизистой оболочке и проявляются усилением коагуляционного потенциала, снижением антикоагуляционной и фибринолитической функции крови и признаками патологического внутрисосудистого свертывания. Корреляционные связи между *H. pylori* и показателями коагуляционной и антикоагуляционной систем гемостаза могут свидетельствовать о возможном влиянии *H. pylori* инфекции на течение ИБС.

**Цель исследования:** Целью нашего ретроспективного анализа было выявление количества больных с ИБС в сочетании с патологией гастродуоденальной зоны и определить степени взаимосвязь этих патологии с ИБС с патологией.

**Материал и методы:** С этой целью нами были изучены 2636 историй болезни, получавших лечение в отделении кардиологии и кардиореабилитации 3-клинике ТМА за 2014-2015 годы. Патология желудочно-кишечного тракта выявлена у 300 больных (11%). Из них пациенты (173 мужчины и 127 женщин) в возрасте от 33 до 91 лет (в среднем – 61,6 лет). Всем больным были проведены общепринятые методы исследования (клинический и биохимический анализы крови,

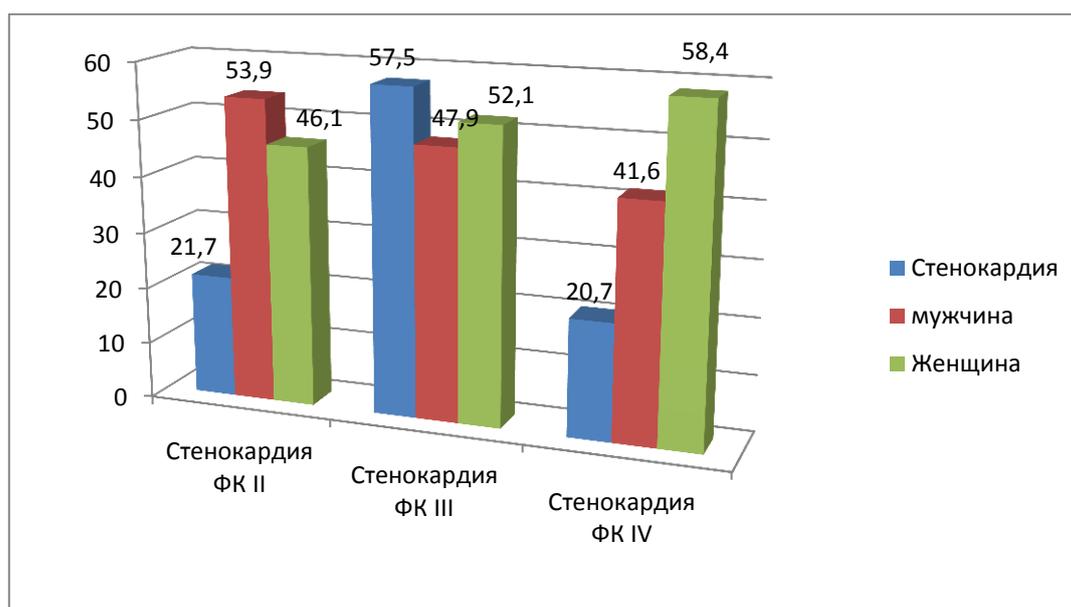
коагулограмма крови, ЭКГ, УЗИ печени, ЭФГДС). Верификация диагноза была проведена на основании субъективных и объективных критериев, а также результатов лабораторно-инструментальных исследований приведенных в МКБ-10.

### Результаты исследования:

В ретроспективное исследование вошли результаты обследований 300 больных, средний возраст которых составлял  $62,6 \pm 9,9$  года. Из них 127 женщин (42,3%) и 173 мужчин (57,7%). Длительность анамнеза заболевания (ИБС) колебалась от 4 до 12 лет. Гипертоническая болезнь (ГБ) выявлена у 295 пациентов (98,3%), из них 128 (42,7%) женщины и 167 (55,7%) мужчины, у 219 (73%) больных выявлено ГБ II –III степени. Среднее систолическое артериальное давление (САД) составляло 148,0 мм рт. ст. диастолическое АД (ДАД) 86,9 мм рт.ст. Средний показатель пульса составлял 79,7 ударов в минуту. У 290 (96,6%) больных диагностировалась стабильная стенокардия напряжения функциональный класс (Ф/К) II 63 (21,8%), (Ф/К) III 167 (57,5%), у 60 (20,7%) больных (Ф/К) IV.

Диаграмма 1

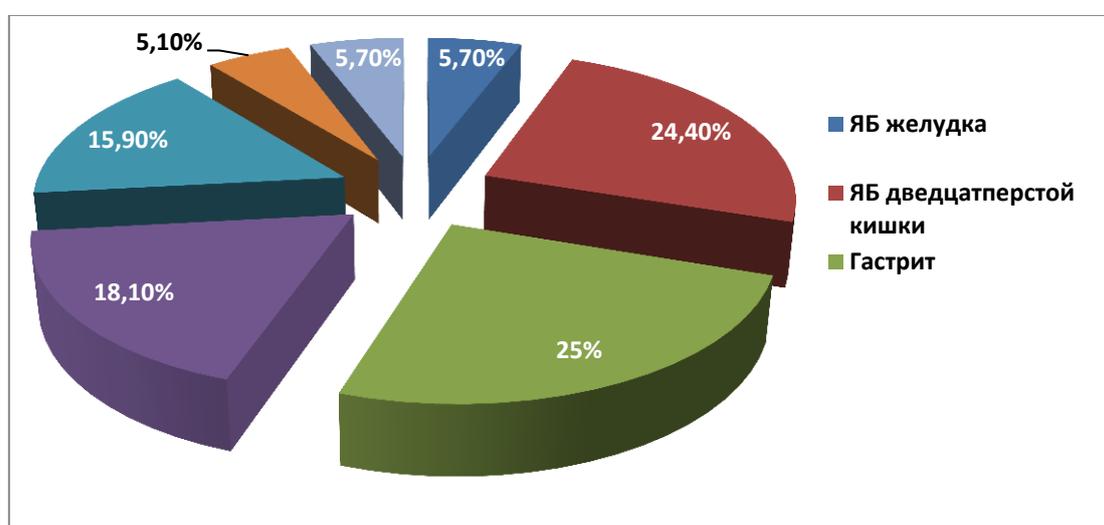
Распределение больных стабильной стенокардией напряжения по полу



ИБС в сочетании с гастродуоденальной патологией (ГДП) выявлена у 176 (58,7%) пациентов, из них 10 (5,7%) ЯБ желудка, 43 (24,4%) ЯБ 12 перстной кишки, 44 (25,0%) гастрит, 32 (18,1%) гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЕРБ), 28 (15,9%) аксиальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, эзофагит 9 (5,1%), дуоденит 10 (5,7%). Среди исследованных 300 больных у 176 (58,7%) отмечается ИБС в сочетании с ГДП. Из 176 больных ЭФГДС было проведено 72 (40,9%) больным, а 104 (57,9%) больным из за тяжести состояние по ИБС исследование не проведено. Диагноз установлен на основании жалоб, объективных данных и анамнеза. У больных с ГДП диагностированы более высокие ФК ИБС. Из-за обострения ГДП им не были назначены антиагреганты и антикоагулянты.

*Диаграмма 1*

**Диагнозы, установленные у больных ИБС по результатам эндоскопического исследования**



**Выводы:**

1. Патология желудочно-кишечного тракта на фоне ИБС составили 11%.

2. Среди заболеваний желудочно-кишечного тракта патология гастродуоденальной зоны у больных ИБС составляет 58,7%.

3. Коморбидность ИБС и ГДП, независимо от тяжести ГДП, проявляется в ухудшении клинического статуса и качества жизни больных.

4. Особенности сочетанного течения ИБС и ГДП необходимо учитывать при диагностике и лечения таких пациентов.

#### Список литературы:

1. Алексеева О.П., Пикулев Д.В., Долбин И.В. Ишемическая болезнь сердца и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: синдром взаимного отягощения (Клиническая иллюстрация) // Клинические перспективы в гастроэнтерологии, гепатологии. – 2012. – №3. – С. 31-34.

2. Демографический ежегодник России (официальное издание Федеральной службы государственной статистики) 2000-2011 / Стат. сб. // Росстат.

3. Маев И.В., Самсонов А.А. Язвенная болезнь // М.: Миклош. – 2009. – 428 с.

4. Осадчий В.А., Сергеев А.Н., Рассказова Ю.А., Буланова Т. Ю. Клинико-морфологические особенности гастродуоденальных эрозий и язв, ассоциированных с нестабильной стенокардией и значение физиологических нарушений в их генезе // Российский кардиологический журнал. – 2012. – №5(97). – С. 34-39.

5. Симонова Ж.Г., Мартусевич А.К.,Тарловская Е.И. Сочетанная патология сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта // Киров. – 2013. – 132 с.

6. Хворостинка В.Н., Колесникова Е.В, Цивенко О.И. Особенности течения язвенной болезни, ассоциированной с ишемической болезнью сердца // Український терапевтичний журнал. – 2005. – №4. – С. 52-56.

7. Государственный комитет Республики Узбекистан по статистике, 2008г. «Здравоохранение в Узбекистане: факты и цифры» 2008, Ташкент. – 33 с.

8. Fagoonee S. et al. Potential link between Helicobacter pylori and ischemic heart disease: does the bacterium elicit thrombosis? // Minerva Med. – 2010. – Vol. 101, №2. – P. 121-125.

УДК 616.248.07

**Оценка влияние обучающих программ на прогноз течения  
заболевания и параметры качества жизни у больных бронхиальной  
астмой**

***Муборак Саидабдуллаевна Салаева***

*к.мед.н., завуч кафедры по подготовки врача общей практики по  
терапевтическому профилю,  
Ташкентская Медицинская Академия,  
г. Ташкент, Р. Узбекистан  
e-mail: muborak.salaeva@tma.uz*

***Наргиза Мирза-Бахтиярхоновна Абдурахманова***

*ассистент кафедры по подготовки врача общей практики по  
терапевтическому профилю,  
Ташкентская Медицинская Академия,  
г. Ташкент, Р. Узбекистан  
e-mail: nargiza.abdurahmanova@tma.uz*

***Аннотация.*** Многие нормативные документы, касающиеся диагностики, профилактики и лечения заболеваний, указывают на необходимость исследований по улучшению качества медицинской

помощи населению. Важное место занимает качества жизни в оценке качества медицинской помощи (КМП).

**Ключевые слова:** бронхиальная астма, качества жизни, обучающие программы.

**Abstract.** Many normative documents concerning diagnostics, prevention and treatment of diseases indicate the need of researches on improvement of quality of medical care to the population. The important place occupies qualities of life in an assessment of the quality of medical care (QMC).

**Keywords:** bronchial asthma, qualities of life training programs.

Обучающие программы, направленные на достижение комплайенса между пациентом и врачом, обеспечивают более благоприятное течение заболевания, что подтверждается динамикой клинико-функциональных показателей и параметров КЖ у больных БА и это согласуется с данными других исследований [1, 3, 5]. В итоге, учет КЖ пациентов может привести к улучшению качества медицинского обслуживания в целом. Именно поэтому ВОЗ указывает, что в настоящее время имеется острая необходимость в культурной адаптации опросников к различным экономическим формациям и языковым группам. Полное доверие к врачу, тесное сотрудничество с врачом и выполнение всех врачебных рекомендаций способствовало более интенсивному снижению основных клинических проявлений заболевания в ходе динамического наблюдения и более четкая стабилизация показателей функции внешнего дыхания с прирост показателей ЖЕЛ и ОФВ1 [2,4].

**Цель исследования.** Оценить влияние обучающих программ на прогноз течения заболевания и параметры качества жизни у больных бронхиальной астмой.

**Материал и методы.** Оценку функции внешнего дыхания (ФВД) проводили методом компьютерной пневмотахометрии на аппарате «Pneumoscore» (Erich Jaeger, Германия). Показателей функции внешнего дыхания (ФВД) – объем форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1), форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ), мгновенных максимальных объемных скоростей при выдохе 25, 50 и 75% ФЖЕЛ (МОС25, МОС50, МОС75), выраженных в процентах от должных величин, пиковая скорость выдоха, соотношение ОФВ1 к ФЖЕЛ (тест Тиффно) была изучена у 113 больных БА. Функциональное состояние вегетативной нервной системы оценивали по данным кардиоинтервалографии (КИГ) по Р.М. Баевскому (1976). Основными анализируемыми показателями кардиоинтервалограммы явились: ИВТ – исходный вегетативный тонус, ВР – вегетативная реактивность (Р.К.Азимов с соав., 2000). Качество жизни определяли по Сизтлскому опроснику, включающему 29 вопросов, оценивающих физическое, эмоциональное состояние, профессиональной пригодности и удовлетворенности лечением. В динамике наблюдения через 1 год обследовано 25 больных БА. Критериями оценки состояния служили: оценка параметров качества жизни, данные клинико – функционального обследования (ФВД, КИГ).

**Результаты исследования.** Процесс обучения больных БА четко отражается на характере течения заболевания. Результаты исследования показали, что у больных БА, охваченных обучающими программами, в динамике значительно снижается интенсивность клинических проявлений заболевания. Так, интенсивность кашля у больных БА, в группе обучения, снизилась с  $1,10 \pm 0,10$  до  $0,40 \pm 0,10$  баллов, кашель с мокротой уменьшился в 2,8 раза (с  $1,0 \pm 0,10$  до  $0,35 \pm 0,15$  баллов,  $p < 0,001$ ), в 2,3 раза сократились частота пробуждений ночью из-за

одышки (с  $0,70 \pm 0,20$  балла до  $0,30 \pm 0,10$  балла,  $p < 0,05$ ) и число приступов удушья (с  $0,70 \pm 0,10$  до  $0,35 \pm 0,05$  баллов,  $p < 0,01$ ).

Таблица 1

**Динамика интенсивности клинических проявлений у больных БА,  
охваченных обучающимися программами (в баллах)**

Симптомы	Больные БА, охваченные обучающимися программами n=10		
	Исходно	Через 2 месяц	P
Кашель	$1,10 \pm 0,10$	$0,40 \pm 0,10$	$< 0,001$
Кашель с мокротой	$1,0 \pm 0,10$	$0,35 \pm 0,15$	$< 0,001$
Одышка ночью	$0,70 \pm 0,20$	$0,30 \pm 0,10$	$< 0,05$
Одышка днем	$1,30 \pm 0,10$	$0,80 \pm 0,10$	$< 0,001$
Число приступов за сутки	$0,70 \pm 0,10$	$0,35 \pm 0,05$	$< 0,01$

Положительная динамика клинических проявлений нашла четкое отражения и в динамике показателей функции внешнего дыхания (табл. 2). У больных БА, охваченных обучающимися программами, установлена стабилизация функциональных показателей с тенденцией их повышения. Так, в данной группе больных БА отмечался прирост показателей ПСВ, ОФВ1, ЖЕЛ и ИТ на 19,3%, 22,4%, 13,2% и 8,2%, соответственно. Тогда как в группе контроля отмечено снижение показателей ПСВ, ОФВ1, ЖЕЛ и ИТ на 1,9%, 12,4%, 7,2% и 4,7%.

Таблица 2

**Изменение вентиляционных показателей у больных БА**

Показатели, В %	Группы обследуемых БА					
	Охваченные обучением n=14			без обучение (контроль) n=7		
	Исходно	ч-з 2 м-ц	P	Исходно	ч-з 2 м-ц	P
ЖЕЛ	$86,0 \pm 9,3$	$97,4 \pm 4,2$	$> 0,5$	$74,5 \pm 16,5$	$69,1 \pm 17,5$	$> 0,5$
ОФВ1	$69,5 \pm 12,3$	$85,1 \pm 9,5$	$> 0,5$	$54,2 \pm 18,3$	$47,5 \pm 18,9$	$> 0,5$
ОФВ1/ЖЕЛ	$67,3 \pm 12,5$	$72,8 \pm 11,9$	$> 0,5$	$61,5 \pm 18,4$	$58,6 \pm 18,6$	$> 0,5$
ПСВ	$66,8 \pm 12,5$	$79,7 \pm 10,7$	$> 0,5$	$52,0 \pm 18,9$	$53,0 \pm 18,9$	$> 0,5$
МОС 25	$41,0 \pm 13,1$	$52,0 \pm 13,3$	$> 0,5$	$37,0 \pm 18,2$	$26,5 \pm 16,7$	$> 0,5$
МОС 50	$42,7 \pm 13,2$	$51,9 \pm 13,3$	$> 0,5$	$28,9 \pm 17,1$	$24,5 \pm 16,2$	$> 0,5$
МОС 75	$47,4 \pm 13,3$	$62,2 \pm 12,9$	$> 0,5$	$33,1 \pm 17,8$	$30,8 \pm 17,4$	$> 0,5$

Показатели МОС75, МОС50 и МОС25 отражающие обструкцию периферических отделов бронхиального дерева, у больных БА,

охваченных обучением, возрастали на 31,2%, 21,5% и 26,8%, соответственно. Тогда как в группе контроля отмечено снижение данных показателей на 6,9%, 28,3% и 15,2%.

Отмечаются и выраженные изменение адаптационно – компенсаторных механизмов регуляции организма (табл. 3. и табл. 4.).

Таблица 3

**Изменение исходного вегетативного тонуса у больных БА (в %)**

Показатели ИВТ	Больные БА					
	Охваченные обучением n=14			без обучения (контроль) n=7		
	Исходно	ч-з 2 м-ц	P	Исходно	ч-з 2 м-ц	P
ЭТ	4(28,6±12,1)	8(57,1±13,2)	>0,1	3(42,8±18,7)	1(14,3±13,2)	>0,2
ВТ	1(7,1±6,9)	-	-	1(14,3±13,2)	-	-
СТ	1(7,7±7,1)	3(21,4±11,0)	>0,2	-	3(42,8±18,7)	-
ГСТ	8(57,1±13,2)	3(21,4±11,0)	<0,05	3(42,8±18,7)	3(42,8±18,7)	-

В динамике наблюдения в группе больных БА, охваченных обучающим программой с активным самоконтролем, отмечено увеличение числа больных в состоянии эйтонии в 2,0 раза, (с 28,6±12,1% до 57,1±13,2%) симпатикотонией в 2,8 раза, (с 7,7±7,1% до 21,4±11,0%). Число больных в состоянии гиперсимпатикотонией достоверно уменьшилось в 2,7 раза, (с 57,1±13,2%, до 21,4±11,0%,  $p<0,05$ ). Данные изменения отражают восстановление адаптационных возможностей организма. В группе контроля, напротив, нарастало напряжения адаптационных возможностей, что характеризовалось уменьшением в 3,0 раза с состояния эйтонии (с 42,8±18,7%, до 14,3±13,2%), роста числа больных с симпатикотонией (42,8±18,7%).

Анализ параметров КЖ у больных БА, которые прошли курс обучающих программ, показало разительные изменения параметров качества жизни (рис.1). У больных охваченных обучающей программой с активным самоконтролем, отмечено достоверное улучшение всех параметров КЖ: физическое состояние больных данной группы характеризовалось улучшением оценки на 56,5%, эмоциональное

состояние на 86,9%, профессиональной адаптированности – на 80,8% и удовлетворенности лечением – на 90,0%. У больных БА группы контроля прирост в параметрах качества жизни был значительно ниже и соответственно составил – 31,9%; 33,3%; 28,0% и 40,0%.

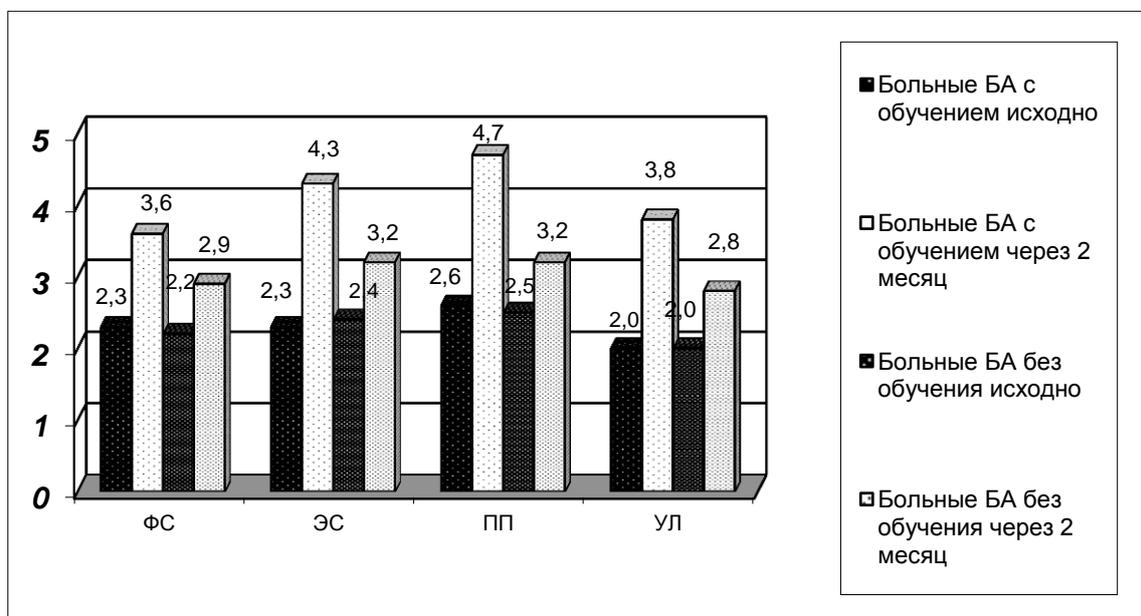


Рис.1. Характеристика параметров качества жизни у больных БА (в баллах).

Результаты наблюдения за больными БА, охваченными обучающими программами, в отдаленной период (через год) показали их более высокую адаптированность и лучшее клинико-функциональные параметры, определяющее стабильное и контролирующее течение заболевания (табл. 5).

У больных БА, прошедших обучение и проводящих мероприятия активного самоконтроля, отмечена более стойкая стабилизация функциональных параметров дыхания, что определялось приростом показателей ОФВ1 на 16,3%, времени задержки дыхания в 2,1 раза, экскурсии грудной клетки – на 194,6%.

Клинические данные показатели подтверждались высокой оценкой теста по контролю над астмой (АСТ –  $24,7 \pm 0,4$  балла) и

определяли у больных состояние хорошего контроля над астмой у 78,6% больных и полного контроля у 21,4% больных БА. Отмечено, что потребность в мероприятиях «неотложной помощи» и число госпитализаций по поводу заболевания уменьшились в 2,8 раза.

Таблица 5

**Характеристика клинико – функциональных показателей и параметров качества жизни в динамике наблюдения через год больных БА**

Параметры	Больные БА					
	Охваченные обучением n=14		P	Без обучения n=10		P
	Исходно	Ч-з год		Исходно	Ч-з год	
ОФВ1, % от должного	72,4±11,6	84,2±9,3	>0,05	70,9±16,7	65,4±12,6	>0,05
Число обострений (раз в год)	5,2±1,7	2,1±1,6	<0,01	4,8±1,5	4,2±1,6	>0,05
Число госпитализаций (раз в год)	3,1±1,4	1,2±0,5	<0,05	3,6±0,9	2,8±1,1	>0,05
Потребность в «неотложной» помощи (раз в год)	4,6±0,9	1,6±0,7	<0,01	4,2±0,7	4,5±0,4	>0,05
Оценка АСТ (контроль за астмой, балл)	20,4±0,9	24,7±0,4	<0,02	20,2±1,1	18,2±1,4	>0,05
Параметры КЖ (в балл): ФС	2,4±0,06	4,3±0,04	<0,05	2,4±0,05	2,6±0,4	>0,05
ЭС	2,4±0,04	4,5±0,02	<0,001	2,4±0,6	3,0±0,9	>0,05
ПП	2,7±0,04	5,0±0,03	<0,001	2,6±0,05	3,6±0,06	<0,01
УЛ	2,2±0,05	4,2±0,03	<0,05	2,0±0,4	2,6±0,7	<0,05

Стабилизация клинико – функциональных параметров в течении заболевания нашла отражение и в изменениях параметров КЖ. Уровень физического состояния больных данной группы возрос на 62,5%, эмоционального – на 100% и удовлетворенности лечением – на 100%.

**Заключение.** Таким образом, обучающие программы больных ХОБЛ с активным самоконтролем более эффективно способствуют восстановлению клинико-функциональных показателей, адаптационно-компенсаторных возможностей организма, улучшают параметры

качества жизни, снижают индекс тяжести течения болезни, количество госпитализаций, вызовов скорой медицинской помощи и обострений заболевания.

Тесный контакт с врачом и способность больного в результате самоконтроля видеть результат своего лечения мотивирует его на дальнейшее мотивированное действие к лечению.

#### Список литературы:

1. Канопкина Л.И., Ботвиникова Л.А., Онищенко Т.С. Качество жизни больных хроническим обструктивным бронхитом: влияние длительного обучения и комплексной реабилитации // 12-й Национальный конгресс по болезням органов дыхания – Москва. – 2002. 11-15 ноябрь. – С. 138.

2. Суховская О.А., Илькович М.М., Игнатъев В.А. Исследование качества жизни при заболеваниях органов дыхания // Пульмонология. – 2003. – №1. – С. 96-100.

3. Червинская А.В., Александров А.Н., Дерпгольц Г.В., Степанова Н.Г. Галоаэрозольная терапия в реабилитации больных с патологией дыхательных путей // Пульмонология. – 2000. – №4. – С. 48-52.

4. Чолурова Р.А., Винников Д.В., Бримкулов Н.Н.<sup>2</sup> Эффективность реабилитационной программы с образовательным компонентом у больных хроническими обструктивными заболеваниями легких // 15-й Национальный конгресс по болезням органов дыхания. – Москва. – 2005. 29 ноябрь-2 декабрь. – С. 127.

5. Щегольков А.М., Марочкина Е.Б., Арсений Т.В., Чернышев А.В. Оптимизация программ медицинской реабилитации больных ишемической болезнью сердца с сопутствующими заболеваниями легких // 15-й Национальный конгресс по болезням органов дыхания. – Москва. – 2005. 29 ноябрь-2 декабрь – С. 127.

УДК 616.12-008.46:616.12-005.4:616.12-009.72-085

**Оценка эффективности селективного ингибитора I<sub>f</sub>-каналов  
синусового узла (кораксан) у больных хронической сердечной  
недостаточностью ишемической этиологии**

***Мафтуна Фархадовна Салихова***

*магистр,*

*Ташкентская Медицинская Академия,*

*г. Ташкент, Р. Узбекистан*

*e-mail: maftuna.rakhimova@gmail.com*

***Рахимова Матлуба Эшбаевна***

*доцент,*

*Ташкентская Медицинская Академия,*

*г. Ташкент, Р. Узбекистан*

*e-mail: doc.rakhimova@mail.ru*

***Абдугаффар Гадаевич Гадаев***

*профессор,*

*Ташкентская Медицинская Академия,*

*г. Ташкент, Р. Узбекистан*

*e-mail: Gadayev\_1941@mail.ru*

***Рустам Исматуллаевич Туракулов***

*магистр,*

*Ташкентская Медицинская Академия,*

*г. Ташкент, Р. Узбекистан*

*e-mail: Rustam\_434@mail.ru*

*Аннотация.* Обследовано 60 больных (37 мужчин и 23 женщины) с ХСН ишемической этиологии. Все обследуемые больные разделены на 2 сопоставимые группы. В первой группе больным (n=34) для снижения

ЧСС был назначен селективный ингибитор  $I_f$ -каналов синусового узла (СУ) кораксан 7,5 мг/сут, второй группе ( $n=26$ ) – сердечный гликозид – дигоксин в дозе 0,25 мг/сут и кораксана 7,5 мг/сут. Через неделю от начала лечения в обеих группах больных наблюдалось снижение ЧСС и ФК ХСН.

**Ключевые слова:** хронической сердечной недостаточность, кораксан.

**Abstract.** Surveyed 60 patients (37 men and 23 women) with chronic heart failure of ischemic etiology. All surveyed patients were divided into two matched groups. In the first group of patients ( $n = 34$ ) to reduce the heart rate has been appointed as a selective inhibitor of the sinus node  $I_f$ -channel (SD) Coraxan 7.5 mg/day, the second group ( $n = 26$ ) - a cardiac glycoside – digoxin 0.25 mg/day and Coraxan 7.5 mg/day. Within a week of starting treatment in both groups of patients had a decrease in heart rate and FC CHF.

**Keywords:** chronic heart failure, coraxan.

Эпидемиологические исследования показали, что, несмотря на повсеместное внедрение во врачебную практику самых эффективных средств терапии ХСН – ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента (иАПФ) и бета-блокаторов, однолетняя смертность больных в этой популяции остается по-прежнему высокой, достигая 30% в год [7]. В результате 10-летнего наблюдения выявлено, что распространенность ХСН в популяции растет в среднем на 1,2 человека на 1000 населения в год за счет более высокой подверженности ХСН мужчин в возрастной группе от 40 до 59 лет и женщин в возрастной группе от 70 до 89 лет [1,3,5].

В последние годы среди факторов риска сердечно-сосудистых осложнений все большее внимание уделяется высокой частоте

сердечных сокращений (ЧСС), которая, всего лишь более 70 уд/мин, признана независимым фактором риска ХСН. Эта зависимость также прослеживается в популяциях пожилых людей, пациентов с ГБ, сахарным диабетом, больных, перенесших операцию коронарного стентирования [10]. Синусовая тахикардия (СТ) – достаточно частое нарушение сердечного ритма, но в клинической практике врачи нередко не обращают на него внимания. Между тем СТ часто приводит к значительному снижению уровня качества жизни (КЖ), нарушениям сократительной способности миокарда, влияет на толерантность к физической нагрузке (ТФН) и может со временем способствовать развитию морфологических изменений в сердце. В частности, описана так называемая тахикардиомиопатия, т.е. дилатация прежде всего левого желудочка (ЛЖ) и снижение фракции выброса (ФВ) в ответ на длительную тахикардию, которые могут регрессировать при восстановлении оптимальной ЧСС. Соответственно, снижение ЧСС будет приводить к благоприятному прогнозу заболевания, повышению ТФН и к улучшению уровня КЖ. Нередко, даже несмотря на титрацию доз бета – блокаторов (ББ), ЧСС у больных ХСН остаётся повышенной, что является дополнительным основанием для поиска новых подходов к терапии. Это обосновывает целесообразность применения препаратов, избирательно контролирующих ЧСС и не ухудшающих функциональное состояние организма, в частности селективного ингибитора If-каналов синусного узла ивабрадина. Ивабрадин, снижая ЧСС, увеличивает время диастолической перфузии миокарда через коронарные артерии, уменьшает потребление кислорода миокардом, сохраняя адаптацию их к физической нагрузке [2, 8, 7, 9].

Последние крупные рандомизированные клинические исследования, такие как SHIFT, BEAUTIFUL, показали, что ивабрадин при стабильной стенокардии напряжения и ХСН в группе больных с

ЧСС > 70 уд/мин способен влиять на некоторые важные конечные точки: частоту развития инфаркта миокарда, внутрикoronарные вмешательства, частоту госпитализаций и другие, что позволило включить этот препарат в соответствующие клинические рекомендации [2, 4, 9].

**Цель исследования:** Оценка эффективности стандартной терапии в сочетании с селективным ингибитором I<sub>f</sub>-каналов синусового узла (кораксан) и дигоксина у больных хронической сердечной недостаточностью ишемической этиологии с тахикардией.

**Материал и методы.** В исследование были включены 60 больных (37 мужчин и 23 женщин) с ХСН ишемической этиологии (II и III ФК по NYHA). Критерии включения: ХСН ишемической этиологии I-III стадии (по Василенко-Стражеско), II-IV функциональные классы (ФК) (по NYHA) с синусовой тахикардией, получавшие стационарное лечение в отделениях кардиологии и кардиореабилитации 3-клиники Ташкентской медицинской академии. Критерии исключения: ХСН другой этиологии, фибрилляция предсердий, нестабильные формы ИБС, инфаркт миокарда. Диагноз ХСН устанавливался на основании Национальной рекомендации ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН (третий пересмотр). Средний возраст больных составил 64,7±5,2 лет. Средняя продолжительность болезни составляла 6 лет (2-9 лет). КЖ больных и выраженность ХСН оценивалась по шкале оценки клинического состояния (ШОКС) в модификации В.Ю. Мареева в баллах, определение толерантности к физической нагрузке тестом шестиминутной ходьбы (ТШХ).

Статистический анализ полученных данных проводился с использованием t-критерия Стьюдента и метода линейных корреляций.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Всем больным, согласно вышеупомянутым рекомендациям было проведено

стандартное обследование ХСН. У всех больных диагностирован ИБС. Из них 49 (81,7%) страдали с гипертонической болезнью (ГБ) в течение более 10 лет и 14 (23,3) сахарным диабетом, 37 (61,7%) из обследованных один раз и 17 (28,3%) из них два раза перенесли инфаркт миокарда. В амбулаторных условиях в 67% больные принимали фуросемид, 39,3% – ИАПФ, 28% –  $\beta$ -блокаторов, 21% антагонисты рецепторов ангиотензина II, 18,4% – верапамион 25-100 мг в день, 17,4% – дигоксин. Но эти препараты принимались нерегулярно и в неадекватной дозе. Контроль со стороны врача общей практики был нерегулярным. Более 50% (34) больных после выписки из стационара через 1,5-2 месяца самостоятельно уменьшали дозу и количество рекомендованных препаратов или вовсе прекращали их принимать. Из анамнеза пациентов выяснилось, что в среднем частота госпитализаций на 1 больного составляет 2,2 раза в год, из них 73,2% приходится на госпитализации в экстренном порядке по поводу утяжеления СН, 26,8% – в плановом порядке.

В условиях стационара все больные получали необходимое медикаментозное (ингибиторы АПФ,  $\beta$ -адреноблокаторы, антагонисты рецепторов ангиотензина II, антагонисты рецепторов альдостерона, диуретики, антиагреганты, антикоагулянты, по необходимости нитраты) лечение в зависимости от степени выраженности признаков ХСН, фоновых и сопутствующих заболеваний. А так же получали необходимые рекомендации по немедикаментозной терапии. Все обследуемые больные разделены на 2 сопоставимые группы. В первой группе больным (n=34) для снижения ЧСС был назначен селективный ингибитор I<sub>f</sub>-каналов синусового узла (СУ) кораксан 7,5 мг/сут, второй группе (n=26) – сердечный гликозид – дигоксин в дозе 0,25 мг/сут и кораксана 7,5 мг/сут. Клиническая характеристика пациентов, включенных в исследование, приведена в табл. 1.

**Клиническая характеристика пациентов, включенных в исследование**

Параметры	Группы	
	кораксан (n =34)	дигоксин+ кораксан (n =26)
Средний возраст	65,7 ±5,2	63,7 ±4,7
Мужчины (66,7%)	20	17
Женщины (33,3%)	14	9
Индекс массы тела, кг/м <sup>2</sup>	28,0 ± 4,7	29,2 ± 3,1
Предшествующий инфаркт миокарда, %	67,5	69,3
Сахарный диабет, %	27	30
Артериальная гипертензия, %	65	66
Средняя ЧСС, уд/мин	79,4 ± 9,6	82,7 ± 9,4
Средняя ФВ левого желудочка, %	43 ± 4,1	39 ± 2,1
Среднее АД систолическое, мм рт. ст.	125 ± 7,3	120 ± 5,1
Среднее АД диастолическое, мм рт. ст.	84,7 ± 4,6	75,7 ± 5,6

Средний показатель ЧСС в покое в первой группе 79,4±9,6, во второй 82,7±9,4 ударов в 1 мин, АД – 125/84 и 120/76 мм.рт.ст. соответственно. Повышение общего холестерина было отмечено у 52 (86,7%) больных, в основном за счет ХС ЛПНП. Анализ результатов ЭхоКГ показал, что большинство пациентов обеих групп имели увеличенные размеры левого предсердия (4,9 мм), левого желудочка (медиана конечного систолического размера – 4,4 мм, медиана конечного диастолического размера – 6,1 мм), а также сниженную ФВ до 43±4,1% в первой и 39±2,1% во второй. Во вторую включили в основном больных с ФВ ≤ 40%.

Через 10 дней от начала лечения ЧСС составила: в I группе – 69±3 уд/мин, во II группе – до 73±5,6 уд/мин (p<0,05). Через 1 мес. лечения средняя ЧСС составила 64±3 и 70±4 уд/мин соответственно (p<0,001). Из-за снижения АД до 85/60 мм.рт.ст. троих больных с первой группы перевели во вторую. Им отменили прием β- блокатора, снизили дозу ингибиторов АПФ и назначили дигоксин.

Снижение ФК ХСН в первой и второй группе больных наблюдалось через неделю. Показатель качества жизни больных по ШОКС до лечения составил в первой группе – 12, а во второй – 13 баллов. После проведенного 10 дневного курса лечения эти показатели снизились на 5 и 7 баллов соответственно. Эти результаты дали возможность снизить дозу ББ, а также петлевых и тиазидных диуретиков.

Показатели ТШХ были до лечения в первой группе 192 м, во второй – 185 м. На фоне лечения эти показатели составили – 310, 280 метров соответственно ( $p < 0,001$ ). И по другим показателям после лечения в каждой группе наблюдалась положительная динамика.

Таким образом, улучшения клинического состояния у пациентов с ХСН можно добиться с помощью применения ингибитора I<sub>f</sub>-каналов кораксана в комплексе с базисной терапии. Кораксан не снижает исходный уровень АД и уменьшает ЧСС, улучшает КЖ больных. Сочетание кораксана с дигоксином при лечении больных с ХСН даёт такие же результаты, как при комбинации кораксана с ББ, но не снижая при этом АД. Это дает возможность рекомендовать комбинацию кораксана с дигоксином больным с ХСН с синусовой тахикардией, с низким уровнем АД и ФВ < 40%.

Своевременное лечение больных ХСН с учащенной ЧСС приводит к устранению симптомов декомпенсации болезни и улучшению качества их жизни.

#### Список литературы:

1. Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю., Агеев Ф.Т. Эпидемиологические исследования сердечной недостаточности: состояние вопроса // Журнал Сердечная Недостаточность. 2002. – Т.3. – №2. – С. 57-58.
2. Влияние приема кораксана на клинические исходы у больных с хронической сердечной недостаточностью: результаты

рандомизированного исследования SHIFT (Systolic Heart failure treatment with the If inhibitor ivabradine Trial). Доказательная кардиология. 2010. – №4. – С. 4-11.

3. Национальные рекомендации ОССН, РКО и РНМОТ по диагностике и лечению ХСН (четвертый пересмотр) // Журнал Сердечная недостаточность. – 2013. – Т.14, №7(81). – С. 379-472.

4. Dickstein K., Cohen-Solal A., Filippatos G., et al. ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008: the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association of the ESC (HFA) and endorsed by the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM) // Eur J Heart Fail. – 2008. – №10. – P. 933-989.

5. Jhund P.S., Macintyre K., Simpson C.R., et al. Long-term trends in first hospitalization for heart failure and subsequent survival between 1986 and 2003: a population study of 5.1 million people // Circulation. – 2009. – №119. – P. 515-523.

6. MERIT-HF Study Group. Effect of metoprolol CR/XL in chronic heart failure: Metoprolol CR/XL Randomised Intervention Trial in Congestive Heart Failure (MERIT-HF) // Lancet. – 1999. – №353. – P. 2001-2007.

7. Iong P., Vowinckel E., Liu P.P. et al. Prognosis and determinants of survival in patients newly hospitalized and mortality for heart failure: a population – based study // Arch Intern Med. – 2002. – №162(15). – P. 1689-1694.

8. Lechat P. Heart rate and cardiac rhythm relationships with bisoprolol benefit in chronic heart failure in CIBIS II Trial // Circulation. – 2001. – №103. – P. 1428-1433.

9. McAlister F.A., Wiebe N., Ezekowitz J.A., et al. Meta-analysis: beta-blocker dose, heart rate reduction, and death in patients with heart failure // Ann Intern Med. – 2009. – №150. – P. 784-794.

10. Swedberg K., Komajda M., Bohm M., et al. Rationale and design of a randomized, double-blind, placebo-controlled outcome trial of ivabradine in chronic heart failure: the Systolic Heart Failure Treatment with the I(f) Inhibitor Ivabradine Trial (SHIFT) // Eur J Heart Fail. – 2010. – №12. – P. 75-81.

УДК 616-085

### **Комбинированная терапия гиперреактивности бронхов**

*Алишер Урокович Солиев*

*ассистент кафедры внутренних болезней,*

*Бухарский государственный медицинский институт,*

*г. Бухара, Р. Узбекистан*

*e-mail: solal@yandex.ru*

*Аннотация.* В исследование были включены 26 больных с гиперреактивностью бронхов, ранее принимавших неоднократно лечение, от которого улучшение не наблюдалось. Больные жаловались на длительный кашель, иногда мучительный кашель, свистящие дыхание, одышка, частое простудное состояние. Возраст больных было от 2 до 56 лет, среди них – 13 мужчин, 13 женщин, из них 18 детей, 8 взрослых. Больные принимали синглон или бризези в дозах соответствующих возрасту, вечером 1 раз в день, в течение 10 дней, при необходимости принимали длительно. Больные принимали ингаляцию, в составе которой были 5 мл гепарина, 2 мл фуросемида, 0,1%-1 мл атропин сульфата, через день, в 5 сеансов. Больные с

*затяжным и хроническим кашлем ингаляции принимали каждый день, в течение 10 дней. Ингаляция проводили с помощью ультразвукового ингалятора Альбеда ИН-7.*

*После 5 сеанса у 23 (88,5%) больных кашля не было почти или были единичными, которые на качество жизни больных не влиял. У 2 (7,7%) больных исчезновение кашля на 95%, наблюдался только после 10 сеанса. У 1 (3,8%) больного уменьшение симптомов гиперреактивности бронхов было достигнуто всего лишь на 30%. После 5 сеанса у нее продолжались ночные приступы, которые были легче по тяжести. 96% больные эффективно избавились от кашля.*

*У 12 (46%) больных в легких были сухие, распространенные хрипы. У больных с гиперреактивностью бронхов может наблюдаться длительный кашель, но сухие хрипы в легких определяется не у всех. У всех больных были устранены сухие хрипы в легких. У 1 больного был длительный кашель, приступы ночной одышки напоминающие бронхиальной астмы. Но у нее не было сухих хрипов в легких.*

*Комплексное применение антилейкотриенов и ингаляция гепарина, фуросемида, атропина сульфата является эффективным и безопасным методом лечения гиперреактивности бронхов и у детей, и у взрослых.*

**Ключевые слова:** *гиперреактивность бронхов; кашель; антилейкотриены; гепарин; фуросемид; атропин сульфат; ультразвуковой ингалятор.*

**Abstract.** *In a study was included 26 patients with bronchial hyperresponsiveness. They used some course of treatment before combination therapy, which was inefficient. Patients had next complains: prolonged cough, sometimes nerve-racking cough, wheezing, shortness of breath, frequent inflammation of the upper respiratory ways. The patients' age was between 2 and 56 years, among them – 13 men, 13 women, including*

*18 children, 8 adults. Patients took singlon or brizezi age-appropriate doses, one in the evening once a day for 10 days. Sometimes, if it is necessary we recommended these drugs for a long time. In patients we use inhalation of 5 ml heparin, furosemide 2 ml, 0.1% – 1 ml of atropine sulfate, every other day, in 5 procedure. In patients with chronic cough we used inhalation every day for 10 days. Inhalation was carried out using an ultrasonic nebulizer Albedo IN-7.*

*After 5 procedure 23 (88.5%) patients did not have a cough or they were very few and they are not affected to the quality of the life of patients. In 2 (7.7%) patients cough decreased to 95%, after 10 procedure. In 1 (3.8%) patient symptoms of bronchial hyperresponsiveness decreases only to 30%. After 5 procedure her night attacks continued, but they were easier. in 96% patients the results of treatment of the cough was very effective.*

*In 12 (46%) patients were common dry wheezing in the lung. In patients with bronchial hyperresponsiveness may be a prolonged cough, but dry rales in the lungs had only some of them. In all patients, dry rales in the lungs were removed. 1 patient had a long coughing, night attacks of dyspnea, like a bronchial asthma. But she did not have dry wheezing.*

*The combined using of antileukotrienes and inhalation of heparin, furosemide, atropine sulfate is an effective and safety method of treatment of the bronchial hyperreactivity in children and adults.*

**Keywords:** *bronchial hyperreactivity; cough; anti-leukotrienes; heparin; furosemide; atropine sulfate; Ultrasonic Nebulizer.*

В развитии обструкции бронхов существенна роль эпителия дыхательных путей. У больных бронхиальной астмой обнаруживается снижение продукции бронходилатирующих факторов, обусловленное повреждением, десквамацией эпителия, в том числе на фоне вирусной инфекции. Десквамация эпителия ведет к обнажению нервных

окончаний, а воздействие на них медиаторов воспаления приводит к бронхиальной гиперреактивности и рефлекторному бронхоспазму [4].

Кашель является самым частым симптомом острых респираторных заболеваний (ОРЗ) у детей. Безусловно, кашель – это защитный рефлекс, направленный на восстановление проходимости дыхательных путей. Гиперсекреция вязкой слизи, отек и бронхоспазм приводят к развитию бронхообструктивного синдрома, который ухудшает течение и прогноз болезни [2].

При лечении воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей местному введению лекарственных препаратов придается большое значение. Дело в том, что препараты, во-первых, воздействуют непосредственно на очаг воспаления, во-вторых, создается оптимальная концентрация необходимого лекарственного средства в очаге воспаления и, в-третьих, отсутствует системное поражение.

Эффективность применения ингаляционной терапии не вызывает никакого сомнения. Она оказывает непосредственное воздействие лекарственными веществами на слизистую оболочку верхних дыхательных путей. При всасывании слизистой оболочкой лекарственных веществ во время ингаляции оказывается воздействие на весь организм [1].

Важным звеном патогенеза бронхиальной обструкции является повышение чувствительности и реактивности рецепторного аппарата. Различные заболевания дыхательных путей характеризуются разной частотой и степенью нарушения чувствительности и реактивности бронхов (Лукина О.Ф., 2003; Глыбин А.С., 1999; Стручков Л.В. и др., 1996; Клемент Р.Ф., 1994; Рис Дж., 1994) [5, 6].

При бронхиальной астме бронхообструктивный синдром (БОС) является ведущим симптомокомплексом, определяющим течение и прогноз заболевания [3].

**Материалы и методы.** В исследование были включены 26 больных с гиперреактивностью бронхов, раньше принимавших неоднократное лечение, от которого улучшение не наблюдалось. Больные жаловались на длительный кашель, иногда мучительный кашель, свистящее дыхание, одышка, частое простудное состояние. Возраст больных было от 2 до 56 лет, среди них – 13 мужчин, 13 женщин, из них 18 детей, 8 взрослых. Больные принимали синглон или бризези в дозах соответствующих возрасту (до 6 лет по 4 мг, 6-12 лет по 5 мг, старше 12 лет по 10 мг), вечером 1 раз в день, в течение 10 дней, при необходимости принимали длительно. Больные принимали ингаляцию, в составе которой были 5 мл гепарина, 2 мл фуросемида, 0,1%-1 мл атропин сульфата, через день, в 5 сеансов. Больные с затяжным и хроническим кашлем ингаляции принимали каждый день, в течение 10 дней. Ингаляция проводили с помощью ультразвукового ингалятора Альбеда ИН-7.

#### **Результаты исследования и обсуждение.**

Продолжительность кашля имеет особое значение при гиперреактивности бронхов. Так как, длительный кашель влияет на качество жизни больных. Длительность кашля у больных отображена в таблице №1.

*Таблица 1*

**Длительность кашля до лечения**

Количество больных	Длительность кашля	%
12	1 год и больше	46
14	До 1 года	54
3	1 месяц	11,5
4	2 месяц	15,4
1	4 месяц	3,8
2	5 месяц	7,7
1	10 месяц	3,8
3	2 недели	11,5

Данные таблицы №1 показывают, что почти половина больных страдали кашлем больше года. Это требует разработку эффективных методов лечения гиперреактивности бронхов.

При аускультации легких распространенные, сухие, свистящие хрипы наблюдались у 14 (54%) больных. Из них 9 (64%) были детей, 5 (36%) были взрослых. У 16 (61,5%) больных были ночные кашли. Удушье было только у 2 (7,7%) больных.

Выраженность клинических проявлений гиперреактивности бронхов, особенно кашель, у пациентов на фоне лечения снижалась. В таблице №2 приведены данные показывающие уменьшение кашля в динамике на фоне лечения.

Таблица 2

**Уменьшение кашля на фоне лечения**

	После 1 сеанса	После 2 сеанса	После 3 сеанса	После 4 сеанса	После 5 сеанса	После 10 сеанса
Количество больных	6 (23%)	7 (27%)	4 (15,4)	5 (19,2%)	1 (3,8%)	2 (7,7%)
% уменьшение кашля	81,6%	91,4%	85%	91%	95%	95%

Из таблицы видно уже после 1-го, 2-го сеанса эпизоды кашля стали резко уменьшатся. После 5 сеанса у 23 (88,5%) больных кашля не было почти или были единичными, которые на качество жизни больных не влиял. У 2 (7,7%) больных исчезновение кашля на 95%, наблюдался только после 10 сеанса. Больные страдали от кашля в среднем 3,5 года. У 1 (3,8%) больного уменьшение симптомов гиперреактивности бронхов было достигнуто всего лишь на 30%. Больная страдала ночными приступами удушья в течение 4 месяцев. Прежде у нее не было ни каких приступов кашля или удушья. После 5 сеанса у нее продолжались ночные приступы, которые были легче по тяжести. Из таблицы №2 видно, что 96% больных эффективно избавились от кашля.

У 12 (46%) больных в легких были сухие, распространенные хрипы. У больных с гиперреактивностью бронхов может наблюдаться длительный кашель, но сухие хрипы в легких определяется не у всех.

Таблица 3

**Исчезновение сухих хрипов в легких после ингаляции**

	После 2 сеанса	После 3 сеанса	После 4 сеанса	После 5 сеанса	После 8 сеанса
Количество больных	2 (16,7%)	5 (41,6%)	9 (75%)	11 (91,6%)	12 (100%)

Из этой таблицы видно, что у 100% больных были устранены сухие хрипы в легких. У 1 больного был длительный кашель, приступы ночной одышки напоминающие бронхиальной астмы. Но у нее не было сухих хрипов в легких.

У 2 (7,7%) больных на фоне лечения были наблюдаемы слабость и тахикардия. Слабость была связана с гипокалиемией, как результат побочного действия фуросемида, а тахикардия – результат побочного действия атропина.

Заключение:

Комплексное применение антилейкотриенов и ингаляция гепарина, фуросемида, атропина сульфата является эффективным и безопасным методом лечения гиперреактивности бронхов и у детей, и у взрослых. При появлении слабости и тахикардии, фуросемид и атропин сульфат не применяется. Уже после первого сеанса кашель резко уменьшается, исчезают сухие хрипы в легких, улучшается качество жизни больных.

Список литературы:

1. Анютин Р.Г. Местное введение лекарственных препаратов при воспалительных заболеваниях верхних дыхательных путей // Журнал лечащий врач. – №10. – 2006. – С. 86-87.

2. Барденикова С.И., Зайцева О.В., Новожилова Л.Н. и др. / Лечение кашля у детей с острыми респираторными заболеваниями // Журнал лечащий врач. – №6. – 2008. – С. 98-100.

3. Волков И.К., Лукина О.Ф., Фесенко И.Д., Чахоян А.Н. Современные принципы лечения бронхообструктивного синдрома при хронических заболеваниях легких у детей // Журнал лечащий врач. – №8 – 2003. – С. 40-42.

4. Геппе Н.А. Комбинированная терапия бронхиальной обструкции у детей // Журнал Лечащий врач. – №6. – 2009. – С. 34-39.

5. Самохвалова Ю.А. Распространенность синдрома бронхиальной гиперреактивности и бронхиальной астмы у детей Южно-Уральского региона: автореф. канд. мед. наук, Челябинск, 2005. – 19 с.

6. Селюк М.Н., Козачок Н.Н., Селюк О.В. Современные алгоритмы диагностики и лечения кашля // Пульмонология. – 2013. – №3(304). – С. 40-42.

УДК 616.12-008.318-08:616.127-005.8:577.11

**Нарушение ритма и проводимости в остром периоде инфаркта миокарда на фоне метаболического синдрома**

***Сардорхон Собирхон угли Султанхонов***

*магистр кардиологии, 3-клиника,*

*Ташкентская медицинская академия,*

*г. Ташкент, Р. Узбекистан*

*e-mail: sultanhonov@gmail.com*

***Дониёр Рафикович Харисов***

*магистр кардиологии, 3-клиника,*

*Ташкентская медицинская академия,*

*г. Ташкент, Р. Узбекистан*

*e-mail: don.harisov@gmail.com*

**Матлюба Эшбаевна Рахимова**

*доцент, к.мед.н., 3-клиника*

*Ташкентская медицинская академия,*

*г. Ташкент, Р. Узбекистан*

*e-mail: matlyuba.rakhimova@tma.uz*

**Аннотация.** В статье рассматриваются статистические данные частоты встречаемости некоторых видов нарушения ритма и проводимости в остром периоде инфаркта миокарда, особенности развития тех или иных нарушений ритма и проводимости при наличии и отсутствии сопутствующего метаболического синдрома, рассмотрены вопросы ранней диагностики и предотвращения аритмий при инфаркте миокарда на фоне метаболического синдрома.

**Ключевые слова:** нарушение ритма и проводимости, острый инфаркт миокарда, метаболический синдром, распространённость, прогноз, профилактика.

**Abstract.** Statistical data on frequency of some rhythm and conduction disturbances in patients with acute myocardial infarction, features of rhythm and conduction disturbances in patients in presence and absence of concomitant metabolic syndrome are discussed in this article. Moreover, approaches for prognosing and preventing arrhythmias are suggested.

**Keywords:** rhythm and conduction disturbances, acute myocardial infarction, metabolic syndrome, prevalence, prognosis, prevention.

**Введение.** В ряде развитых стран заболевания сердечно-сосудистой системы лидируют среди причин заболеваемости, инвалидизации и смертности, хотя их встречаемость в различных регионах подвержена изменчивости. По данным ВОЗ, ежегодно

умирают от кардиоваскулярных причин приблизительно 3.8 млн. мужчин и 3.4 млн. женщин, причем 1/4 умерших составляют люди в возрасте до 65 лет [3,5].

До сегодняшнего дня проведено несколько клинических исследований, демонстрирующих широкую распространенность метаболического синдрома (МС) среди больных ИМ. Метаболический синдром – комплекс метаболических, гормональных и клинических нарушений, в основе которых лежит инсулинорезистентность (ИР) и компенсаторная гиперинсулинемия (ГИ), абдоминальное ожирение, нарушения липидного, пуринового обменов и артериальная гипертензия (АГ). Пристальное внимание клиницистов различных специальностей к МС объясняется высокой распространенностью, многокомпонентностью данного синдрома и большим риском развития сердечно-сосудистых осложнений. МС выявляется приблизительно у 20% взрослых и 45% лиц, старше 50 лет. Распространенность МС при ИМ варьирует от 37% (Япония) до 50% (США, Франция). Следует отметить, что частота встречаемости МС у больных ИМ моложе 45 лет возрастает и составляет около 60% [2,4].

При анализе индивидуального влияния каждого из компонентов МС на риск развития осложнений инфаркта миокарда установлено, что гипергликемия является независимым предиктором развития кардиогенного шока, а гипергликемия и низкие значения холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) – острой сердечной недостаточности [6].

При изучении влияния МС на прогноз инфаркта миокарда установлено, что присутствие МС достоверно увеличивает риск развития смертельного исхода в течение ближайших 3-х лет на 29%, а кардиоваскулярных событий, в том числе фатальных аритмических осложнений, на 23% [1].

У больных с МС, получающих пероральные сахароснижающие средства или сенситайзеры инсулина, необходима их отмена в остром периоде ИМ с назначением инсулина короткого действия по уровню гликемии [1, 6]

**Цель нашего исследования:** определить частоту и вид аритмических осложнений у больных с острым ИМ на фоне МС.

**Материалы и методы:** Для достижения поставленной цели изучено 134 историй болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении в отделении кардиореанимации 3-клиники Ташкентской медицинской академии с диагнозом острый инфаркт миокарда с элевацией сегмента ST. Локализация и величина очага некроза учитывались, но не рассматривались в качестве критериев включения или исключения в исследования; половые и возрастные особенности так же не учитывались. Исключались из исследования больные с сопутствующими патологиями, которые самостоятельно могли бы влиять на ритм и проводимость сердца (врождённые и приобретённые пороки сердца, кардиомиопатии, хронические обструктивные заболевания лёгких, сахарный диабет, постинфарктный кардиосклероз и др.): 33 истории не участвовали в исследовании в связи с наличием критериев исключения. Все истории изучались на предмет наличия сопутствующего МС. Диагноз МС установили в соответствии с рекомендациями ВНОК согласно которым обязательно наличие основного критерия – абдоминальное ожирение (в нашем ретроспективном анализе мы пользовались значениями ИМТ, соответствующие значениям: ожирение 1 и 2 степени) и двух любых дополнительных критериев АГ (АД  $\geq$  140 и 90 мм рт. ст.), увеличение уровня триглицеридов ТГ  $\geq$  1,7 ммоль/л, уровень холестерина (ХС) липопротеидов высокой плотности ЛВП  $\leq$  1 ммоль/л у мужчин,  $\leq$  1,2 ммоль/л у женщин, холестерин липопротеидов низкой плотности – ЛНП

$\geq 3,0$  ммоль/л, уровень глюкозы в плазме крови натощак  $\geq 6,1$  ммоль/л, нарушения толерантности к глюкозе (уровень глюкозы в крови через 2 часа после еды от 7,8 ммоль/л до 11,1 ммоль/л). В дальнейшем, после анализа историй все пациенты разделены на 2 группы: основную и контрольную. В основную группу вошли 24 больных с ИМ на фоне МС, 77 пациента с ИМ без сопутствующего МС составили контрольную группу. Все истории болезни изучались на предмет наличия нарушений ритма, зафиксированных на ЭКГ или дневниковых записях (на основании ЭКГ-мониторирования). Выявленные аритмические осложнения классифицированы и систематизированы.

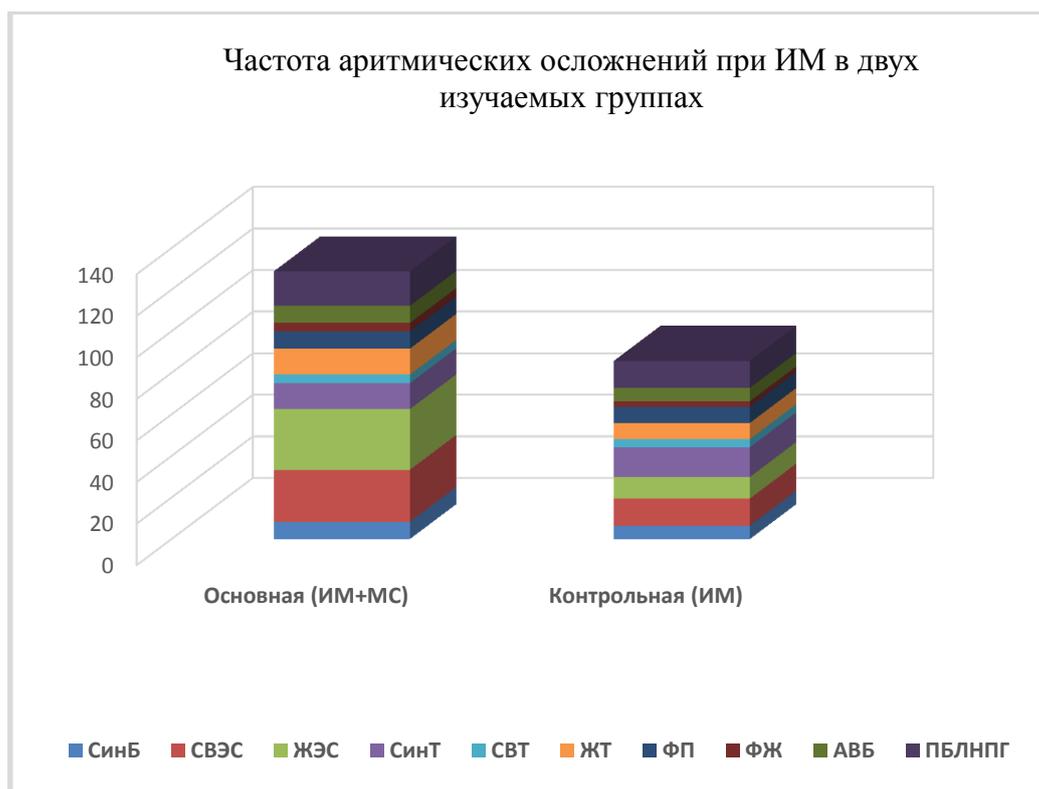
**Результаты.** После окончания анализа аритмические осложнения в различных комбинациях выявлены в 45,8% случаев в основной группе и в 33,7% – в контрольной. Данные о частоте выявленных нарушений ритма и проводимости сердца занесены в таблицу (табл. 1) и проиллюстрированы в диаграмме (диаграмма 1).

Таблица 1

**Частота развития различных нарушений ритма и проводимости у больных с инфарктом миокарда на фоне метаболического синдрома и без него\***

Вид аритмии \ Группа	Основная (ИМ+МС) (24 чел)	Контрольная (ИМ) (77 чел)
СинБ	8,3%	6,5%
СВЭС	25%	13%
ЖЭС	29,2%	10,4%
СинТ	12,5%	14,3%
СВТ	4,1%	3,9%
ЖТ	12,5%	7,8%
ФП	8,3%	7,8%
ФЖ	4,1%	2,6%
АВБ-1	4,1%	3,9%
АВБ-2	–	1,3%
АВБ-3	–	1,3%
ПБЛНПГ	16,6%	13%

*Примечание: \* – СинБ-синусовая брадикардия, СВЭС-суправентрикулярная экстрасистолия, ЖЭС-желудочковые экстрасистолы, СинТ-синусовая тахикардия, СВТ-суправентрикулярная тахикардия, ЖТ-желудочковая тахикардия, ФП-фибрилляция предсердий, ФЖ-фибрилляция желудочков, АВБ-1(2,3)-атриовентрикулярная блокада I(II,III) степени, ПБЛНПГ-полная блокада левой ножки пучка Гиса.*



**Выводы.** Согласно полученным данным, аритмические осложнения инфаркта миокарда у пациентов с сопутствующим МС наблюдаются достоверно чаще, чем в контрольной группе (45,8% против 33,7%). В основной группе наблюдалось значительное увеличение риска развития СВЭС (25% против 13%), ЖЭС (29,2% против 10,4%), ЖТ (12,5% против 7,8%) и ФЖ (4,1% против 2,6%). В связи с повышенным риском развития аритмических осложнений (в том числе фатальных), необходимо постоянное мониторирование электрической активности сердца у больных с ИМ на фоне МС. Целесообразно раннее назначение бета-адреноблокаторов и коррекция уровня глюкозы крови инсулином короткого действия.

Список литературы:

1. Hyperglycaemia in acute coronary syndromes: risk-marker or therapeutic target / R.Anantharaman, M. Heatley, C. Weston // Heart. 2008. Epub. ahead. of print.

2. Metabolic Syndrome and Risk of Cardiovascular Events After Myocardial Infarction / G. Levantesi [et al.] // Journal of the American College of Cardiology. – 2005. – Vol. 46. – P. 277-283

3. Preconditioning and postconditioning: new strategies for cardioprotection / D. J. Hausenloy, D. M. Yellon // Diabetes, Obesity and Metabolism. – 2008. – Vol. 10. – P. 451-459.

4. Prevalence and Impact of Metabolic Syndrome on Hospital Outcomes in Acute Myocardial Infarction / M. Zeller [et al.] // Arch. Intern. Med. – 2005. – Vol. 165. – P. 1192-1198.

5. Prevalence of metabolic syndrome in young patients with acute MI: does the Framingham Risk Score underestimate cardiovascular risk in this population / S. Zarich [et al.] // Diabetes and Vascular Disease Research. – 2006. – Vol. 3. – P. 103-106.

6. What glucose target should we aim for in myocardial infarction / N.W. Cheung, V.W. Wong, M. McLean // Diabetes research and clinical practice. – 2008. – Vol. 80. – P. 411-415.

УДК 613.2

**Здоровое питание как первый шаг в профилактике  
метаболического синдрома**

*Ал. Трайковска*

*кафедра профилактики,*

*Факультет общественного здравоохранения,*

*Медицинский университет Софии, Болгария*

*г. София, Болгария*

*Т. Димитров*

*кафедра физиотерапии,*

*Факультет общественного здравоохранения,*

*Медицинский университет Софии,*

*г. София, Болгария*

***Евг. Иванов***

*к.мед.н.,*

*кафедра медицинской педагогики,*

*Факультет общественного здравоохранения,*

*Медицинский университет Софии,*

*г. София, Болгария*

***Аннотация.*** *Метаболический синдром (МС) является клиническим состоянием, которое характеризуется группой аномалий, включая висцеральное ожирение, гиперинсулинемию и инсулинорезистентность, сахарный диабет 2 типа, дислипидемию, артериальную гипертензию, жировую дистрофию печени и повышение мочевой кислоты, коагулянтное состояние.*

*В частности, наличие МС связано с двух до четырех кратным увеличением сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности, связанной с заболеванием даже при отсутствии клинически очевидных сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета.*

*Ключевую роль когнитивных процессов в успехе при потере веса играет здоровое питание. Новые когнитивные процессы и стратегии должны быть включены в традиционные методы изменения образа жизни в целях осуществления помощи пациентам при создании навыков в пользу долгосрочных изменений в образе жизни.*

***Ключевые слова:*** *метаболический синдром, ожирение, факторы риска, здоровое питание, изменения в образе жизни.*

***Abstract.*** *The metabolic syndrome (MS) is a clinical condition characterized by a cluster of abnormalities, including visceral obesity, hyperinsulinemia and insulin resistance, type 2 diabetes, dyslipidemia,*

*hypertension, fatty liver, and elevated uric acid, a procoagulant state, whose borders are only provisionally set by different international agencies.*

*In particular, the presence of MS is associated with a two- to four-fold increase of cardiovascular disease-related morbidity and mortality, even in the absence of clinically evident cardiovascular disease, or diabetes mellitus.*

*The first step of the key role of cognitive processes in the success of weight loss is a healthy eating. The maintenance suggests that the new cognitive procedures and strategies should be included in the traditional lifestyle modification, in order to help patients build a mind-set favouring long-term lifestyle changes.*

**Keywords:** *metabolic syndrome, obesity, risk factors, healthy eating, lifestyle modification.*

Одним из самых значимых факторов риска для метаболизма в организме является питание. Оно определяется факторами окружающей среды и поведением в обществе. Согласно многочисленным научным наблюдениям, опубликованных в болгарской и мировой литературе, питание является одним из первых шагов в профилактике ожирения и МС. Как и другие поведенческие факторы: физическая активность, стресс, хронические заболевания, нравы, обычаи, религия, быт – питание можно сознательно регулировать.

Метаболический синдром представляет собой сочетание самых важных факторов сердечно-сосудистого риска – нарушение гликемии натощак и диабет, висцеральное ожирение, повышенный уровень липидов и повышенное кровяное давление. Около  $\frac{1}{4}$  взрослых во всем мире имеют метаболический синдром и таким образом имеют трехкратное увеличение сердечно-сосудистого риска, вдвое повышенную смертность от инфаркта и инсульта и в пять раз более высокий риск развития диабета, по сравнению с людьми без

метаболического синдрома. Патогенетические факторы – это резистентность к инсулину, висцеральное ожирение, генетические факторы, низкая физическая активность, старение и гормональные изменения. Метаболический синдром, который не установлен и не лечился, приводит к быстрому и прогрессивному развитию атеросклеротических поражений, сердечно-сосудистых заболеваний и сахарному диабету.

Избыточный вес и ожирение характеризуются чрезмерным накоплением жировой ткани в различных анатомических зонах тела. Он определяется по индексу массы тела (ИМТ).

Большая медико-социальная роль ожирения определяется не только его широким распространением, но и его влиянием на появление целого ряда заболеваний, таких как невротические проявления, гипертония, сахарный диабет, нарушенная функция желудочно-кишечной и мочевыделительной системы, изменения опорно-двигательного аппарата, которые на более позднем этапе приводят к САПР и МСБ. Часто у молодых пациентов адипозитет имеет функциональную природу, которая с возрастом, наряду с сопровождающей полиморбидностью может привести к дегенеративной прогрессивной социально значимой патологии.

Снижение массы тела является первым шагом в борьбе с метаболическим синдромом (МС) и другими социально значимыми хроническими неинфекционными заболеваниями.

Бесспорный факт, что здоровое снижение веса приводит к значительному улучшению клинических показателей пациентов.

Физическая активность играет решающую роль в профилактике МС. Кардио-респираторные упражнения снижают риск сердечно-сосудистой смертности у пациентов с МС. Количество и интенсивность

физических упражнений регулирует уровень липидов, ответственных за сердечно-сосудистые заболевания.

С особым интересом рассматривается профилактика МС и его осложнения в свете концепции обмена пероксидов, в соответствии с которой это представляет дисбаланс между метаболитами перекисного окисления липидов и активными компонентами антиоксидантной защиты. Считается, что физиологические состояния, такие как ПОЛ (СОД), имеют каскадные биохимические эффекты: активация деятельности фагоцитов, антигипоксические эффекты, стимуляция митохондриального окисления, регуляция клеточного транспорта, деление клеток, синтез биологически активных веществ, ферментов, гормонов, ПГ и их производных. Вредными факторами риска являются ионизирующие излучения, вирусные и микробные токсины, интоксикации – табак, алкоголь, авитаминоз, стресс и мн. др. Они приводят к резкому увеличению процессов перекисидации.

Здоровое питание вместе с режимом физической активности и соматопсихическим состоянием должны быть приспособлены к индивидуальным требованиям каждого человека в целях достижения оптимальной профилактики социально значимых заболеваний.

### **Какие продукты предпочесть?**

Употребление большего количества продуктов, богатых витаминами, минералами и биологически активной клетчаткой, тонизирует организм, дает ему то, что ему нужно для поддержания хорошего здоровья. Новыми тенденциями в питании является употребление:

- фруктов и овощей;
- цельно зерновых продуктов, таких как овсянка, цельно зерновой хлеб, коричневый рис;
- морепродуктов, нежирного мяса, птичьего мяса и яиц;

– продуктов без жира или с низким содержанием жиров – молока и брынзы или их заместителей (например, соевого или рисового молока), которые имеют высокое содержание витамина D и кальция

– бобовых, орехов и семян.

### **Ешьте меньше нездоровой пищи.**

Некоторые пищевые продукты содержат много калорий, но бедны витаминами, минералами и клетчаткой, в которых нуждается наше тело. Сочетания сахара, насыщенных жиров и очищенных злаков чрезвычайно калорийны, но не содержат никаких полезных пищевых веществ. Рекомендации здорового питания подразумевают ограничение следующих продуктов:

– подслащенные напитки и десерты

– продукты с маслом, жиром или другими жирами, которые остаются твердыми при комнатной температуре

– белый хлеб, рис и макаронные изделия, которые изготовлены из очищенного зерна

### **Советы по снижению веса**

– Ведение дневника питания.

– Составление списка покупок и его соблюдение. **Не покупайте еду, когда вы голодны.**

– Не храните продукты с высоким содержанием жира или сахара в вашем доме.

– Ешьте маленькими порциями. В ресторане съедайте половину порции, а остальное возьмите с собой.

– Ешьте за столом. Выключите телевизор, который отнимает ваше внимание, и вы можете объесться.

– Будьте реалистами по отношению к целям вашего похудения. Старайтесь снижать вес постепенно.

– Ищите поддержку со стороны семьи и друзей.

– Ожидайте неудач и не вините себя, если восстановите несколько килограммов.

– Добавьте умеренно интенсивный и даже тяжелый труд к вашему плану похудения. Этот вид деятельности увеличивает частоту сердечных сокращений и ускоряет обмен веществ. Примером этого является быстрая ходьба, плавание и танцы.

### **Руководство по здоровому питанию.**

Диета для пациентов с МС играет значительную роль в защите их здоровья. С небольшими изменениями с течением времени можно создать хорошие привычки питания. Вот несколько простых правил:

– Ешьте рано. Ешьте, когда проснетесь. Не пропускайте завтрак.

Попробуйте мюсли с фруктами, обезжиренное молоко и йогурт. Другим примером полезного завтрака являются каши, зерна злаков или цельное зерно злаков от 3 до 5 граммов клетчатки на порцию. Попробуйте его с йогуртом или нежирным молоком и темными фруктами.

– Ешьте часто. Ешьте маленькими порциями.

Например, вместо того, чтобы обильно питаться один или два раза в день, ешьте небольшие количества пищи каждые 3-4 часа. Это поможет сохранить высокими ваши энергетические уровни. Редкий прием пищи может заставить организм функционировать в «стресс режиме» между приемами пищи.

– Ешьте больше клетчатки. Ешьте больше необработанных фруктов, цельного зерна, орехов, авокадо и овощей в начале дня. Эти богатые клетчаткой продукты сделают вас жизнеспособными в течение всего дня.

– Фрукты и овощи. Ешьте больше свежих фруктов и овощей. Они богаты каротинами, которые способствуют профилактике рака и метаболического синдрома. Вот некоторые примеры полезного

завтрака: 1/2 стакана фруктов и овощей, 1 стакан листовых овощей, 1/4 стакана сухофруктов и 300 мл фруктового или овощного сока. Помните, что выбранные фрукты и овощи должны быть свежими! Обработка удаляет питательные вещества и, как правило, добавляет нездоровые консерванты.

– Заказывая салаты, всегда заказывайте приправу отдельно. Калорийность салата с приправой может достигать 1000 калорий! Избегайте больших количеств цельных и/или кремообразных салатных соусов. Попробуйте заменить их рисовым уксусом, бальзамическим уксусом, лимонным соком или сальца.

– Контролируйте порции. Когда едите не дома, контролируйте размер порций. Если они слишком большие, разделите их с кем-нибудь или возьмите часть домой.

– Ненасыщенные жиры. Используйте оливковое масло или другие ненасыщенные жиры. Избегайте сухих молочных или растительных жиров, таких как масло и маргарин. Важно увеличить количество ненасыщенных жиров за счет насыщенных. Пытайтесь использовать в основном полиненасыщенные жиры из источников, богатых омега-3 или омега-6 или мононенасыщенные жиры из оливкового масла, рапса или другие первичные масла.

– Омега-3 и Омега-6 жиры. Лучшие омега-3 жиры содержатся в таких источниках, как рыбий жир, особенно при приеме в EPA или DHA форме. Формы ALA омега-3 жирных кислот также полезны, но поглощаются телом неэффективно. ALA жиры из грецких орехов, льняного семени и соевых бобов являются полезными, когда составляют важную часть вашей диеты. Поддерживайте разумный баланс между потреблением омега-6 и омега-3 масел (например, менее 10:1). Примеры омега-6 источников включают кукурузное масло, шафрановое масло, подсолнечное масло, хлопковое масло и соевое

масло. Все они являются хорошим выбором при борьбе с метаболическим синдромом.

– Мононенасыщенные жиры. Мононенасыщенные жиры очень полезны. Примерами являются оливковое и рапсовое масло и орехи. Большинство орехов богаты мононенасыщенными жирами, но имеют высокое содержание калорий, поэтому следует употреблять их в умеренных количествах.

– Ограничьте потребление: красного мяса, молочных продуктов (особенно молока, сыра и масла), майонеза и десертов из теста. Баклажаны и тофу являются отличными заменителями мяса.

– Цельно зерновые продукты. Ограничьте или совсем не ешьте хлеба с едой, если это он не из цельного зерна. Тем не менее, если вы решили поесть хлеба, обмакните его в оливковое масло вместо сливочного масла или маргарина. Настоящий цельно зерновой хлеб содержит 3 или более граммов клетчатки в одной порции. Выберите цельно зерновые макаронные изделия вместо белой пасты. Если вы едите пиццу, выбирайте с тонкой коркой, легким сыром и овощами.

– Супы. Избегайте кремообразных супов.

– Алкоголь. Ограничьте потребление алкоголя до 1 раза в день для женщин и до двух раз в день для мужчин. Чистый алкоголь составляет в среднем около 200 калорий на одну дозу, а добавляя фруктовый сок, вы принимаете еще 100 калорий. Вино является хорошей альтернативой, в среднем около 90 калорий на стакан.

– Животные жиры и мясо. Избегайте или сократите потребление животных жиров и мяса.

– Избегайте жареной пищи, приготовленных на гриле продуктов питания и мясопродуктов, таких как салями. Они содержат большое количество «пустых» калорий, содержит вредные жиры и консерванты и очень мало питательных веществ.

– Тушеные продукты. Тушеные продукты, приготовленные только в соевом соусе или оливковым масле, являются лучшим выбором, но старайтесь не использовать большого количества масла.

Ожирение все большего числа людей показывает необходимость уменьшения веса тела путем изменения привычек питания и повышения физической активности. Использование «неоптимизированных диет» и «экстремальных диет» является неэффективным в долгосрочном плане вследствие приема низкого уровня калорий и большого содержания жиров.

Реальной целью в борьбе с ожирением является снижение веса тела на 7%-10% в течение 6-12 месяцев. Долгосрочная поддержка полученного веса затем достигается регулярной физической активностью.

Комплексное изменение поведения включает в себя: полезные навыки питания (мотивация, планирование питания, чтение этикеток, регулярное питание, снижение размера порций, саморегулирование).

Основное внимание должно уделяться пользе от социальной поддержки, управлению стрессом и роли регулярной физической активности. Не смотря на то, что знание и образование имеют решающее значение, они недостаточны для реализации правильного контроля, и поэтому нужна профессиональная помощь (например, консультации по правильному питанию).

Таким образом, для поддержания метаболических изменений в долгосрочном плане необходимы программы, направленные на изменение образа жизни, а также на правильное питание и физическую активность.

Разработка эффективной, устойчивой стратегии питания для снижения избыточного веса, является важной и полезной для здоровья

населения. Необходимо свести к минимуму риск ложных и опасных диет для потери веса.

#### Список литературы:

1. Горанова-Спасова Р., Фактори за повишаване ролята на медицинските професионалисти в промоцията на естественото хранене. В: Сб. доклади от 33 НТС «КОНТАКТ 2014», С. изд. Темпо, 2014. – С. 177-183.

2. Визев Кр., Визева М., Марков Д., Иванов Е., Воденичарова А., Янакиева А., Марков П., Радев Е., Димитров Т.. Биосоциално значение на увеличаване продължителността на живота. XXXII-ра научно-технологична сесия ИНГА, С, 2013. – С. 38-41.

3. Визев Кр., М. Визева, А.Воденичарова, Е. Иванов. Социално-здравни аспекти на преждевременното стареене ИНГА, 2013г.

4. Димитров Т., Янакиева А., Трайковска А.– Наднорменото тегло и затлъстяването – приоритетен проблем на превантивната медицина, сп. «Здраве и наука», бр.3, С., 2012.

5. Димитров Т. Средства за масова комуникация при здравното възпитание и образование. XXXIV-та научно-технологична сесия ИНГА, С., 2014. – С. 325-328.

6. Димитрова А., Хаджиделева Д., Гавраилова Д., Веселинова Т. Хрителен режим по време на климактериума. XXXVI-та научно-технологична сесия ИНГА, С., 2015, С. 199-204.

7. Попов Т., Балканска П., Александрова М., Младенова С., Иванов Е., Трендафилова А., Успешное старение – миф или реальная возможность, В: сб. Система национальной безопасности в эпоху «Великой трансформации», Красноярск, 2015.

8. Проданова Я., Трайковска А., Димитров Т. Физическа активност и здравословен начин на живот – мотивация, потребности и

интереси (анализ на анкета). XXXVI-та научно-технологична сесия ИНГА, С., 2015. – С. 58-63.

9. Трайковска А., Гериловска С. Промени на начина на живот при пациенти с метаболитен синдром. XXXV – та научно-технологична сесия ИНГА, С., 2015. – С. 190-195.

10. Иванов Е. Промоция на здравето като медико – социален проблем, Медицински меридиани, 2014г., бр. 1, С. 15-18.

11. Марков П., Марков Д., Воденичарова А., Визева М., Байкова Д.. Ролята на социалните фактори за промени в стила на живот и хранене. XXXVI-та научно-технологична сесия ИНГА, С., 2015. – С. 238-242.

12. Младенова С.Г., Чанева Е., Иванов С. Экологические знания медицинских работников как фактор в области охраны окружающей среды и качества жизни, В: сб. Актуальные проблемы образования и общества, Ярославль, Русия, 2014. – С. 29-31.

13. DalleGraveR, Calugi S., Centis E., Marzocchi R., El. Ghoch M., Marchesini G. Life style modification in the management of the metabolic syndrome: achievements and challenges. 2010. – №2. – №3. – P. 373-85.

14. Peter M. Janiszewski, Travis J. Saunders, Robert Ross. Themed Review: Lifestyle Treatment of the Metabolic Syndrome // Am J Lifestyle Med. 2008. – №2(2). – P. 99-108.

**Эффективность внутривенного введения препарата железа при хронической сердечной недостаточности с анемией**

**Рустам Исмагуллаевич Туракулов**

магистр,

Ташкентская Медицинская Академия,

г. Ташкент, Р. Узбекистан

e-mail: Rustam\_434@mail.ru

**Матлуба Эшбоевна Рахимова**

доцент,

Ташкентская Медицинская Академия,

г. Ташкент, Р. Узбекистан

e-mail: doc.rakhimova@mail.ru

**Абдугаффар Гадаевич Гадаев**

профессор,

Ташкентская Медицинская Академия,

г. Ташкент, Р. Узбекистан

e-mail: Gadayev\_1941@mail.ru

***Аннотация.** В проведенном нами исследовании внутривенное введение препарата железа Венофера в течение 10 дней позволило увеличить уровень гемоглобина и значительно снизить степень железодефицита. Коррекция дефицита железа в нашем наблюдении способствовало быстрой компенсации пациентов в стационаре и более выраженному снижению функционального класса ХСН. Через 6 месяцев наблюдения в группе пациентов, которые в стационарных условиях получали стандартное лечение с в/в введением Венофера не наблюдалось ухудшение состояния и ФК ХСН сохранялся достоверно более низким ( $p=0,021$ ).*

**Ключевые слова:** хроническая сердечная недостаточность, железодефицитная анемия.

**Abstract.** In our study intravenous iron product Venofer within 10 days allowed to increase hemoglobin levels and significantly reduce the level of iron deficiency. Correction of iron deficiency in our observation contributed to the rapid compensation patients in the hospital and a more pronounced reduction in the functional class of CHF. After 6 months of observation in the group of patients who received standard inpatient treatment with intravenous of the iron preparation was not observed deterioration CHF FC and remained significantly lower ( $p = 0.021$ ).

**Keywords:** chronic heart failure, anemia.

**Актуальность проблемы:** Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) как потенциально фатальная стадия любого кардиоваскулярного заболевания не только демонстрирует устойчивый рост в общей популяции, но и отличается существенными экономическими затратами системы здравоохранения в отношении улучшения клинического статуса пациентов, повышения качества их жизни, снижения риска наступления неблагоприятных клинических исходов (Mosterd A., Hoes A.W. 2007 McMurry J.J., 2010). В настоящее время количество больных ХСН увеличивается во всех развитых странах. Это обусловлено повышением выживаемости пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, в частности, перенесших острый коронарный синдром и, таким образом, объективно предрасположенных к развитию ХСН, а также неуклонной тенденцией к нарастанию в популяции доли населения старших возрастных групп [1,2]. Распространенность ХСН в европейской популяции достигает 2,0%, в США – 2,2%, а в России – 6% и значительно увеличивается с возрастом [8,10].

Несмотря на широкий выбор препаратов в лечении ХСН частота госпитализации от СН и случаи смерти неотъемно растут. Одной из причин утяжеления течения СН и развития резистентности к проводимой терапии является анемия. Распространенность анемии у больных ХСН по данным многоцентровых (ELITEII, ValHeFT, COPERNICUS, VEST, COMET и др.) и клинических исследований составляет от 10 до 55%, при этом однозначно анемия рассматривается как фактор, негативно влияющий на течение, прогноз и исход ХСН [3,4]. Так, обследование более 7,5 тысяч больных в исследовании CHARM показало, что больные ХСН с анемией имеют значительно более высокие показатели общей смертности и смертности из-за ухудшения течения ХСН, при этом сопутствующая анемия свидетельствовала о неблагоприятном прогнозе ХСН, независимо от значений фракции выброса (ФВ) [7]. Фремингемское исследование показало, что анемия является независимым фактором риска для ХСН [6], а результаты недавно проведенного анализа исследования SOLVD продемонстрировали, что уровень гематокрита (Ht) являлся независимым фактором смертности при ХСН. За 33 месяца наблюдения смертность составила 22, 27 и 34% при значениях гематокрита 40–44, 35–39 и менее 35 соответственно [9]. Коррекция на исходные клиничко-демографические параметры была проведена у 83,1% участников исследования. В результате многофакторного анализа анемия оставалась независимым предиктором общей смертности у больных ХСН. Таким образом, были сделаны следующие выводы: анемия присутствует у одной трети больных ХСН и является независимым предиктором общей смертности. При этом анемия сохраняет свое неблагоприятное прогностическое значение – как при систолической, так и при диастолической ХСН [5]. Это подтверждено также в метаанализе современных исследований, проведенном Groenveld и

соавторами. Анализу подверглись 34 исследования, включившие 153-180 пациентов. Всего анемия отмечена у 37,2% больных ХСН. Время наблюдения в различных исследованиях колебалось от 6 месяцев до 5 лет. Риск смерти при ХСН с анемией оказался почти в 2 раза выше, чем у больных без анемии. Общая смертность составила 46,8% у пациентов с анемией против 29,3% у больных без нее [5]. Эти данные указывают, что для стабилизации состояния больных ХСН с анемией необходимо устранить его причину и проводить соответствующую терапию.

**Цель исследования:** Изучить особенности течения хронической сердечной недостаточности на фоне ИБС с железодифицитной анемией, определить пути коррекции лекарственной терапии.

**Материалы и методы исследования:** Было обследовано 75 больных с ХСН ишемической этиологии, находившихся на стационарном лечении в отделении кардиологии и кардиореабилитации 3 клиники ТМА. В исследование вошли пациенты с II-III ФК ХСН по NYHA. В первой группе было 19 пациентов (47,5%) II ФК и 21 (52,5%) III ФК, во второй – 22 (63,0%) и 13 (37,0%) пациентов соответственно. Длительность заболевания составила от 1 года до 9 лет.

Всем больным проводились общие клинические и лабораторно-инструментальные методы исследования. Функциональный класс ХСН устанавливался на основании Нью-Йоркской классификации – NYHA. У всех пациентов проводилась оценка качества жизни по Миннесотскому опроснику для пациентов с ХСН. Клиническое состояние пациентов оценивалось по Шкале клинического состояния при ХСН (ШОКС) (модификация Мареева В.Ю., 2000)

Согласно цели и задачам все исследуемые больные были разделены на следующие группы: первую основную группу (I) составили 40 больных, которым проводилось базисное лечение в комплексе с железом (III) гидроксид сахарозным комплексом – венофер

по 100 мг внутривенно капельно в течение 10 дней в условиях стационара. Расчет вводимой дозы проводили индивидуально по формуле, принятой для лечения венофером (общий дефицит железа = масса тела, кг x (180-уровень Hb пациента, г/л) x (0,24 +500мг). Все больные получали стандартную терапию ХСН: ингибиторы АПФ или АРА-II, β-адреноблокаторы, антагонисты альдостерона (верошпирон), при необходимости петлевые диуретики, сердечные гликозиды, антиагреганты и антикоагулянты. В качестве контрольной группы обследовано 35 больных без анемии, которые получали только базисную терапию ХСН.

В исследование были включены пациенты с уровнем Hb в крови менее 130 г/л у мужчин и менее 120 г/л у женщин, что расценивается как анемия согласно критериям ВОЗ [11]. В исследование не включались больные ХСН другой этиологии, с ОИМ, неспецифическими заболеваниями легких в стадии обострения, онкологическими, гематологическими заболеваниями, кровотечениями, различными жизнеугрожающими нарушениями ритма и проводимости.

**Результаты собственных исследований:** Средний возраст пациентов в первой группе составил  $65,3 \pm 16,2$ , во второй  $64,2 \pm 12,8$  лет, количество женщин превышало количество мужчин в обеих группах. Основной причиной ХСН была ишемическая болезнь сердца. По всем показателям группы были сопоставимы.

У больных в I группе средний уровень гемоглобина составил  $102,4 \pm 9,99$  г/л, средний уровень ферритина –  $107,7 \pm 95,6$  мкг/л, сатурации трансферрина  $10,3 \pm 7,2\%$ . Показатели сывороточного железа до начала лечения оказались лишь немного ниже нормы –  $7,12 \pm 3,26$  мкмоль/л. По остальным лабораторным показателям пациенты обеих групп достоверно не различались (табл. 1).

**Исходные лабораторные показатели пациентов**

Показатель	Группа I (с анемией) n=40	Группа II (без анемией) n=35
Гемоглобин, г/л	102,4±8,72	128,3±7,81
Гематокрит, %	34,2±2,1	39,1±2,3
Эритроциты, $\times 10^{12}$ /л	3,62±0,41	4,3±0,32
Лейкоциты, $\times 10^9$ /л	7,2±1,42	7,31±1,03
Тромбоциты, $\times 10^9$ /л	251,7±54,3	280±40,2
Креатинин, мкмоль/л	67,4±12,7	65,9±11,3
Глюкоза, ммоль/л	5,3±1,1	4,8±0,92
СОЭ, мм/ч	14,7±3,6	13,4±2,8
АЛТ, ед/л	32,3±7,4	30,4±9,14
АСТ, ед/л	24,2±8,1	22,3±10,2

Всем пациентам проводилось ЭхоКГ исследование. У пациентов обеих групп исходно имелось нарушение систолической функции левого желудочка. Так, средняя ФВ ЛЖ в группе с анемией была 48,3±1,9%, в группе без анемии – 51,0±2,5%, средний КДР в первой группе составило 6,02±0,83 см, а во второй – 5,97±2,5 см, средний КСР – 4,69±2,37 см и 4,75±0,67 см соответственно. После 6 месячного наблюдения по ЭхоКГ показателям сердца существенных различий в обеих группах больных не выявлено. Однако фракция выброса левого желудочка достоверно увеличилась у всех наблюдаемых больных обеих групп. В первой – с 48,3±1,9% до 53,2±1,9%, ( $p=0,041$ ), а во второй – с 51,0±2,5% до 55,2±2,8% ( $p=0,894$ ).

Несмотря на то, что пациенты после выписки из стационара не получали пероральных препаратов железа, через 6 месячного наблюдения в первой группе вышеперечисленные показатели достоверно увеличивались. Это показывает что, эффект от проводимой терапии сохраняется достаточно долго. Об этом свидетельствует и средний уровень гемоглобина, который через 6 месяцев в первой группе составил 123,9±14,4г/л, ( $p<0,001$ ). В течение исследования достоверных

различий в показателях функции печени и почек в обеих группах не выявлено.

За период наблюдения не было повторных госпитализаций из-за обострения основного заболевания и его осложнений.

У всех пациентов проводилась оценка качества жизни для пациентов с ХСН.

По результатам оценки КЖ по Миннесотскому опроснику до лечения средний балл в группе с анемией составил ФК II-54, ФК III-67 баллов, в группе без анемии ФКII-32, ФКIII-42 баллов. После лечения в первой группе средний балл составил ФК II-30, ФК III-37, во второй -24 и 4 соответственно ( $p=0,02$ ).

Средний балл по ШОКС в группе с анемией составил 7 баллов, в группе сравнения – 5,5. После лечения в первой группе средней балл составил 3,2, во второй – 2,9 ( $p=0,05$ ).

Тест 6 минутной ходьбы проводился в начале исследования и через месяц. Показатели данного теста были до лечения в первой группе ФК II – 324 м, ФК III 162 м, во второй – 395 и 256 м. После лечения эти показатели составили – 368 и 214 метров в первой, 416 и 284 во второй группе соответственно ( $p<0,001$ ). И по другим показателям после лечения в каждой группе наблюдалась положительная динамика.

Таким образом, своевременная коррекция даже слабой анемии у больных с ХСН привела к значительному улучшению сердечной функции и снижению функционального класса согласно NYHA, к улучшению качества жизни, а также переносимости физических нагрузок. В заключении необходимо отметить, что коррекция анемии не заменяет базисное лечение ХСН, но, возможно, является очень важным дополнением к терапии.

### Список литературы:

1. Национальные рекомендации ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН (второй пересмотр) [Текст] // Журнал Сердечная Недостаточность. – 2007, Т.8. – №1. – С.4-41.
2. Рахимов А.З. Клиническое значение использования негликозидного инотропного препарата левосимендана в комплексном лечении больных ИБС с хронической сердечной недостаточностью. – [Электронный ресурс] – URL: <http://www.dissercat.com/content/klinicheskoe-znachenie-ispolzovaniya-neglikozidnogo-inotropnogo-preparata-levosimendana-v-ko>.
3. Andrew A. House, MikkoHaapio, JohanLassusetal. Therapeutic Strategies for Heart Failure in Cardiorenal Syndromes // Am. J. Kidney Dis. – 2010. – Vol. 56(4). – P. 759-773.
4. Ezekowitz J.A., McAlister F.A., Armstrong P.W. Anemia is common in heart failure and is associated with poor outcomes // Circulation. – 2003. – Vol. 21. – P. 223-225.
5. Groenveld H.F., Januzzi J.L., Damman K. et al. Anemia and Mortality in Heart Failure Patients. A Systematic Review and Meta-Analysis // J. Am. Coll. Cardiol. – 2008. – Vol. 52. – P. 818-827.
6. Haas JD, Brownlie T. Iron deficiency and reduced work capacity: a critical review of the research to determine a causal relationship. J Nutr 2001; 131: 676S–88S.
7. McMurray, Karl Swedberg, Salim Yusuf et al. Effect of Candesartan on Cause-Specific Mortality in Heart Failure Patients: The Candesartan in Heart failure Assessment of Reduction in Mortality and morbidity. Circulation. 2004;110:2180-2183.
8. Mosterd A., Hoes A.W. Clinical epidemiology of heart failure // Heart. – 2007. – Vol. 93. – P. 1137-1146.

9. PhilipJong,SalimYusuf,Michel F. Rousseau et al.Effect of enalapril on 12-year survival and life expectancy in patients with left ventricular systolic dysfunction: a follow-up study // The Lancet. – 2003. – №361: – P. 1843-1848.

10. Tendera M. Epidemiology, treatment, and guidelines for the treatment of heart failure in Europe // Eur. Heart J. – 2005. – Vol. 7 (Suppl. J.). – P. 5-9.

11. World Health Organization: Nutritional anaemias: report of a WHO Scientific Group. Geneva, Switzerland: World Health Organization. – 1968.

УДК 618.2-083

**Исследование факторов риска репродуктивного здоровья  
девочек-подростков**

***Н. Уянга***

*кафедра Фундаментальных наук,  
Дарханской Медицинской Школы,  
Монгольский Национальный Университет Медицинских Наук  
г. Дархан, Монголия  
e-mail: uyanga.n@mnuims.edu.mn*

***Б. Мэндхүү***

*Кафедра Биомедицины,  
Дарханской Медицинской Школы,  
Монгольский Национальный Университет Медицинских Наук  
г. Дархан, Монголия  
e-mail: mendkhuu@mnuims.edu.mn*

***П. Дуламжав***

*Кафедра Медицинских наук,  
Дарханской Медицинской Школы,*

**Аннотация.** По-определению ВОЗ подростками называют 10-15 летних, а в целом популяция от 15-24 считается молодёжью, по статистическим данным 2013 года Монголии молодёжь занимает более четверти населения страны [5].

Под понятием репродуктивного здоровья понимают не только нормальное функционирование органов репродукции, но и физическую, интеллектуальную и социальную полноценность личности. На подростков также влияет недостаточная информированность их о репродуктивном здоровье, необдуманные поступки, нехватки им умения принятия мудрого решения. Им необходимы умения защищать себя от различных поведенческих факторов риска.

**Ключевые слова:** подросток вопросы репродуктивного здоровья, девочки-подростки, риск факторы, нежелательная беременность, аборт.

**Abstract.** In the definition of the WHO called teenagers 10-15 years, and the whole population of young people is considered to be 15-24, Therefore statistics 2013 Mongolia youth takes more than a quarter of the population [5]. Under the concept of reproductive health is understood not only the normal functioning of reproductive organs, but also the physical, intellectual and social usefulness of personality. In teenagers lack of awareness also affects their reproductive health, rash acts, they lack the ability to making wise decisions. They need the ability to layer is to protect yourself from a variety of behavioral risk factors.

**Keywords:** adolescent reproductive health, teenage girls, the risk factors, unwanted pregnancy, abortion.

**Введение.** Репродуктивное здоровье служит основой физической, интеллектуальной и социального состояния личности, пары, семьи, социально-экономического развития нации. В 1994 году на международной конференции «Развитие населения» указано, что под понятием репродуктивного здоровья понимают не только нормальное функционирование органов репродукции, но и физическую, интеллектуальную и социальную полноценность личности.

Под понятием репродуктивное здоровье объединены процессы оплодотворения, беременности, родов, периоды новорожденности, детства, подростка и все дальнейшие периоды жизни мужчины и женщины до старости лет. Понятие репродуктивное здоровье состоит из 5 основных частей включая вопросы материнства, планирования семьи, профилактика от аборта, лечение, инфекции передающейся половым путём /ИППП/ (в том числе от ВИЧ/СПИДа) и охрана репродуктивного здоровья [5].

Среди населения Монголии 51.4% занимают женщины, 17.4%-подростки, в которых 48.9% из них 10-19 летние девушки. У 69853 женщин детородного родного возраста беременность закончилась родами. Из рожавших женщин 3,8-4% или 2699 случаев были роды 15-19 летних [7].

Подросткам необходимо дать целостные знания об образе жизни, репродуктивном здоровье, привить им умения и навыки здорового образа жизни, с учётом их физической и психологических особенностей.

Данная тема, затрагивающая актуальные вопросы среди подростков была выбрана нами также в связи с тем, что за год примерно 5000 девочек-подростков становятся беременными, из которых у 2000 девочек-подростков беременность прерывается абортom.

**Цель исследования:** Определить уровень знания подростков о репродуктивном здоровье и факторах риска, уточнить их отношение к назревшей актуальной проблеме.

**Задачи исследования:**

1. Оценить уровень знания подростков о репродуктивном здоровье
2. Изучить факторы риска репродуктивного здоровья подростков
3. Исследовать положительные и негативные стороны отношений подростков к назревшей актуальной проблеме.

**Методы исследования.** В исследование вошли всего 169 респондентов от 13-23 лет города Дархана, включая 93 студенток Медицинской Школы и Аграрного Университета и 76 учениц средней школы. Исследование проведено методами случайного отбора и анкетирования, данные результатов обработаны на программе SPSS-20. Определение уровня знаний о репродуктивном здоровье проведено по шкале Ликерта.

**Результаты исследования:**

Уровень знаний подростков о репродуктивном здоровье [5] показаны в табл. 1.

Таблица 1

## Уровень знаний подростков о репродуктивном здоровье

	Планирование семьи		О понятии рождаемости		О репродуктивном здоровье подростков		О /ИППП/ СПИДе)		Об аборте		О бесплодии		Вопросы джендера	
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
<b>Недостаточное</b>	55	32,5%	67	39,6%	51	30,2%	45	26,6%	73	43,2%	91	53,8%	75	44,4%
<b>Достаточное</b>	83	49,1%	77	45,6%	78	46,2%	86	50,9%	65	38,5%	57	33,7%	65	38,5%
<b>Очень хорошее</b>	31	18,3%	25	14,8%	40	23,7%	38	22,5%	31	18,3%	21	12,4%	29	17,2%

*Фактические цифры показаны в цифрах и процентах п, %*

Основными источниками информации о репродуктивном здоровье респондентки назвали друзей 42,6%, родителей 39,6%, врачей и медработников 49,1%, средства массовой информации, сайты 39,6%, телевидение и радио 22,5%. Сомнения вызывают правильности информации, получаемых от друзей, если от уроков здорового образа жизни и преподавателей получают 39,6%, от других источников 10,1% всей информации. Информация получаемая от родителей составляет 39,6%, что схожи с показателями исследователей Б.Наранцэцэг, Б.Далантай, Р.Уранчимэг, а остальные показатели несколько выше, что возможно, связано с увеличением активности СМИ.

Изучение факторов риска репродуктивного здоровья во взаимосвязи с последствиями. Из факторов риска репродуктивного здоровья 65,7% назвали не желательную беременность, 60,9% ИППП, 40,8% депрессию, 50,3% аборт.

Из причин, приводящих к факторам репродуктивного возраста назвали 57,4% алкоголизм, 48,5% слабость самозащиты, 42,6% недостаточная информация о средствах контрацепции, 38,5% недостаточная забота со стороны родителей, 23,7% любопытство, 29,6% настойчивость друзей, 30,2% доверительное отношение к друзьям, 17,8% финансовая нужда, 24,9% интерес к противоположному полу из-за возвратной особенности.

Исследовать положительные и негативные стороны отношений подростков к назревшей актуальной проблеме.

В каком случае вы решитесь на аборт: если во время обучения 58,6%, при поступлении в новую работу 42,6%, не замужем 58%, от случайного полового отношения 70,4%, давления от полового партнёра 58,6%, страх от родителей 33,7%, чувство стыда и стеснения от друзей 42%, не желательная беременность 62,1%, изнасилование 69,8%, употребление алкоголя 65,1%.

На вопрос какое самое правильное решение при нежелательной беременности 56,8% считают роды, 43,2% аборт. На вопрос об аборте негативно ответили при 62,1% что пожизненное, грустное, психофизиологическое воспоминание, 47,9% убийство, 29% прервут до процесса органогенеза и 24,3% под давлением, 19% положительно ответили, что несмотря на давления других будут рожать. На подходящие периоды в планировании семьи отмечают 9,5% в годы студенчества, 22,5% при продолжении обучения, 9,5% по-окончании обучения 31,4% после выпуска, 27,2% не могут сказать. На вопрос как вы оцените себя, закончите школу бек парня, 89,9% ответили, что в будущем встретят друга на всю жизнь, 10,1% будут торопиться сподружиться, недооценят себя и будут ненавидят себя.

На вопрос о половом отношении до замужества 25,4% не допускают каких-либо отношений, а 74,6% нь считают возможным если дружат, любишь или собираются жениться.

Таблица 2

**Взаимосвязи между вопросами исследования**

	Изучение факторов последствий		Изучение факторов риска		Уровня знаний о репродуктивном здоровье	
	r	p	r	p	r	p
Определение источника информации	0.576**	0.0001	0.583**	0.0001		
Изучение факторов последствий			0.654**	0.0001		
Отношение к вынашиванию ребёнка в определённых условия			0.216**	0.0001		
Отношение к аборту					-0,677	0,0001

*Примечанин: В таблице показаны корреляционный коэффициент и статистическая значимость (r=0.216-0.654, p<0.0001).*

Достаточное получение информации о репродуктивном здоровье от различных источников находятся в прямой взаимосвязи с последствиями и уровнем знания о риск факторах. ( $r=0.576^{**}$ ,  $p=0.0001$ ) ( $r=583^{**}$ ,  $p=0.0001$ )

Вопрос вынашивания ребёнка в любой случае находится в прямой связи слабой силы с факторами риска. ( $r=0.216^{**}$ ,  $p=0.005$ ).

Выводы:

1. По-сравнению с данными других исследователей, уровень знаний о репродуктивном здоровье повышен, что возможно с увеличением количества СММ.

2. Достаточное получение информации о репродуктивном здоровье от различных источников находятся в прямой взаимосвязи с последствиями и уровнем знания о риск факторах. ( $r=0.576^{**}$ ,  $p=0.0001$ ) ( $r=583^{**}$ ,  $p=0.0001$ )

Подростки свою будущую семейную жизнь представляют себе счастливой (89,9%), но раннее вступление в половые связи до замужества в связи с социальной психологией и глобализацией нарушают нашу священную традицию монголоков, подвергают себя к рискам нежелательной беременности, аборта, ИППП, депрессии.

Список литературы:

1. Анагаах ухааны боловсрол сэтгүүл, УБ, 2009.
2. Ганчимэг.Ө, SPSS програм суралцах гарын авлага, УБ, 2009.
3. Дэлгэржав.М, Сурган хүмүүжүүлэх сэтгэл судлал, УБ, 2011.
4. ЕБС-ийн сурагчдын эрүүл мэндийн зан үйлийг тодорхойлох, УБ, 2011.
5. Өсвөр үеийнхэнд ээлтэй нөхөн үржихүйн эрүүл мэндийн үйлчилгээ, УБ, 2005.
6. <http://www.uyerhel.com>.
7. <http://www.wikimon.mn/content/46572.shtml>.

8. ДЭМБ: БЗДХ-аас сэргийлэх ба хянах дэлхийн стратеги
9. Б.Сувд, Одгэрэл Ц., Гандолгор Ө.«УБ хотын залуучуудын бэлгийн замаар дамжих халдварын талаарх мэдлэг, хандлага.
10. Өсвөр үеийнхэнд ээлтэй нөхөн үржихүйн эрүүл мэндийн үйлчилгээ, УБ, 2005.
11. Ганчимэг.Ө, SPSS програм суралцах гарын авлага, УБ, 2009.
12. Дэлгэржав.М, Сурган хүмүүжүүлэх сэтгэл судлал, УБ, 2011.
13. ЕБС-ийн сурагчдын эрүүл мэндийн зан үйлийг тодорхойлох, УБ, 2011.
14. Анагаах ухааны боловсрол сэтгүүл, УБ, 2009.
15. Uyerhel.com.

УДК 616.61-008.64:616.12-06.

**Особенности кардиоренальных взаимоотношений при  
хронической болезни почек**

***Феруза Искандаровна Халметова***

*ассистент кафедры по подготовке ВОП,*

*Ташкентская Медицинская Академия,*

*г. Ташкент, Узбекистан*

*e-mail: feruza.khalmetova@tma.uz*

*Аннотация. В статье обсуждается влияние почечных механизмов нефрогенной артериальной гипертензии на частоту регистрации гипертрофии сердца. Артериальная гипертензия (АГ) у больных с хронической почечной патологией является следствием повреждения и нарушения функции почек, участвующих в поддержании водно-солевого и циркуляторного гомеостаза.*

**Ключевые слова:** хроническая болезнь почек, артериальная гипертензия.

**Abstract.** *The authors discuss the role of renal mechanisms of nephrogenic arterial hypertension in myocardial hypertrophy development. Arterial hypertension (AH) in patients with chronic renal pathology is a result of a damage and impaired function of the kidneys involved in the maintenance of the water-salt and circulatory homeostasis.*

**Keywords:** *chronic illness of kidneys, arterial hypertension.*

Понятие кардиоренального синдрома, существующее в кардиологии и нефрологии, становится все более актуальным в связи с углублением изучения механизмов развития хронической почечной недостаточности и улучшением нефрологической помощи больным [1, 4, 11, 18, 20, 21].

Как известно кардиоренальный синдром связан со структурно-функциональными изменениями сердца и почек, метаболическими нарушениями, нейрогуморальной и воспалительной активацией, нарушениями липидного и минерального обменов [2,3,12,13,15,19].

При этом важную роль играет эндотелиальная дисфункция, системная провоспалительная и нейрогуморальная активация и некоторые другие факторы. Доказано взаимное негативное влияние дисфункции почек и сердца [4, 10, 14], выражающееся в появлении и прогрессировании артериальной гипертензии и прогрессирующее снижение почечной функции при нарастании хронической сердечной недостаточности (ХСН), склонность к сосудистым катастрофам [4,6,7,16,17]. В связи с тем, что установленным является тот факт, что около половины больных хронической болезнью почек (ХБП) погибают от сердечно-сосудистой патологии. (Семидоцька Ж. Д., Оспанова Т.С., 2002, Томилина Н.А., 2005).

Среди причин кардиоренального синдрома, влияние которых осуществляется уже на ранних этапах его развития, особого внимания заслуживает артериальная гипертония.

При артериальной гипертонии хроническая перегрузка ЛЖ приводит к возникновению структурно-морфологических перестроек миокарда, объединяющихся понятием «ремоделирование», для которого характерно наличие гипертрофии, дилатации и изменение геометрии полостей сердца и миокарда в целом, а также ультраструктуры миокарда, что является, в конечном счете, ремоделированием миокарда. Ремоделирование миокарда является тем неотъемлемым субстратом, которым определяет возникновение и прогрессирование сердечной недостаточности [4,5,8,9].

В последние годы среди причин ремоделирования сердца рассматриваются негемодинамические факторы, ряд из которых, возможно, оказывает непосредственное воздействие на миокард: высокое потребление поваренной соли (Ferreira D.N. и соавт., 2010), фактор роста фибробластов-23 (ФРФ-23), продуцируемый остеоцитами в избыточном количестве при ХБП [Seiler S. и соавт., 2009], альдостерон [Edwards N.C. и соавт., 2009], ангиотезин II [Tikellis C. и соавт., 2011], мозговой натрийуретический пептид [Chrysohoou S. и соавт., 2011] и др. Риск развития сердечно-сосудистых осложнений, в том числе и прогрессирования хронической сердечной недостаточности (ХСН), увеличивается при снижении скорости клубочковой фильтрации (СКФ) менее 90 мл / мин (Дядык А.И., 2005). Для оценки СКФ применялись нереферентные (клиренс креатинина) или суррогатные (расчетные формулы по уровню креатинина в сыворотке крови) методы. Указанные способы измерения СКФ, как известно, дают результаты, плохо согласующиеся между собой, а во многих случаях и с данными эталонных методов [Смирнов А.В. и соавт., 2011; Hallan S. и соавт.,

2004; Froissart M. и соавт., 2005; Ma Y.C. и соавт., 2006; Ibrahim S. и соавт., 2008]. Для характеристики стадий ХБП используется показатель СКФ, а не уровень креатинина в крови. Это связано с тем, что практически нормальный уровень креатинина (до 100 мкмоль/л) может наблюдаться при СКФ от 60 до 140 мл/мин. Поэтому, установленная в некоторых работах зависимость между степенью снижения СКФ и отдельными признаками ремоделирования сердца [Шутов А.М. и соавт., 2003; Томилина Н.А. и соавт., 2007; Кутырина И.М. и соавт., 2008; Verma A. и соавт., 2007; Glowńska I. и соавт., 2008; Gutiérrez O.M. и соавт., 2009; Patel P.C. и соавт., 2009; Arnoł M. и соавт., 2010], оспариваются рядом исследователей [Зелвеян П.А. и соавт., 2001; Kiatchoosakun S. и соавт., 2008; Eckardt K.U. и соавт., 2009; Siddiqi L. и соавт., 2010; McQuarrie E.P. и соавт., 2011], причем одним из основных аргументов в споре служит указание на неточность и неадекватность использованных методов оценки СКФ. С момента создания и внедрения концепции ХБП (2002) было опубликовано много работ, в которых оценивалась связь между степенью снижения СКФ и признаками ремоделирования сердца у таких пациентов [Шутов А.М. и соавт., 2003; Мухин Н.А. и соавт., 2007; Томилина Н.А. и соавт., 2007; Кутырина И.М. и соавт., 2008; Verma A. и соавт., 2007; Glowńska I. и соавт., 2008; Gutiérrez O.M. и соавт., 2009; Patel P.C. и соавт., 2009; Arnoł M. и соавт., 2010 и мн. др.].

Исследования показали, что поддержка целевого уровня артериального давления (АД) у больных ХБП позволяет существенно замедлить темп снижения СКФ и вероятность развития ССН (Иванов Д. Д., 2007, Топчий И.И., 2008).

Однако, до настоящего времени ученые не имеют единой точки зрения относительно взаимного влияния нарушения функции почек в патогенезе артериальной гипертензии (АГ) при ХБП (Мухин Н. А.,

2006). Вопрос первичности и стадийности АГ у нефрологических больных остается открытым (Недогода С. В., 2007).

В многочисленных исследованиях изучались возможности фармакологической коррекции развития и прогрессирования ХСН у нефрологических больных. Среди современных антигипертензивных препаратов, имеющих органопротекторные свойства, основное место занимают ингибиторы АПФ (ИАПФ) и антагонисты рецепторов ангиотензина II (АРА II) (Томилина Н. А., 2005, Glassock RJ, 2008). Установлено, что препараты данных групп не только эффективно снижают АД, но и также благотворно влияют на внутривисцеральную гемодинамику (Ciulla MM, 2004, McKinnon M., 2006, Richards N., 2008). Поэтому важное значение имеет выбор рациональной антигипертензивной терапии с учетом не только его гипотензивного, а также кардио-и нефропротективного эффектов (Нетяженко В. С., 2009).

В последнее время для лечения АГ у больных ХБП также с успехом используется дигидропиридиновый АК (антагонист кальция) третьего поколения – амлодипин. В отличие от коротко действующего нифедипина, он не вызывает внутриклубочковой гипертензии, расширяя как афферентную, так и эфферентную артериолы клубочка, а также не ведет к значимой активации симпатической нервной системы.

Ранее полагали, что классические ББ ( $\beta$ -адреноблокаторы) кроме контроля системного АД не оказывают никакого нефропротективного действия и даже снижают СКФ (скорость клубочковой фильтрации). Однако дальнейшими исследованиями было доказано, что современные ББ не вызывают угнетения почечного кровотока и не снижают, а наоборот улучшают почечные функции. Результаты мета-анализов сравнительных клинических исследований, выполненных в группах гипертензивных больных с ХБП диабетического и недиабетического происхождения, показывают, что по способности снижения

микроальбуминурии или клинически выраженной протеинурии иАПФ превосходят обычные  $\beta$ -адреноблокаторы примерно в 2,0-2,5 раза.

По данным Европейской почечной ассоциации (European Renal Association), поражение сердечно-сосудистой системы являются наиболее частой причиной смерти больных ХБП. Риск смерти от ССЗ повышается при наличии уже диагностированных ССЗ, сахарного диабета, хронической болезни почек (ХБП). У большинства пациентов наблюдается сочетание нескольких факторов КВР, например обусловленных определенным образом жизни или связанных патогенетически (Шальнова С.А. и соавт., 2005; Mancía G. et al., 2009). Часто выявляют комбинацию следующих факторов КВР: курение, избыточная масса тела, АГ, поражение почек, гиперхолестеринемия.

В недавних эпидемиологических исследованиях продемонстрировано, что до терминальной стадии ХБП доживают лишь около 10% больных. Так, кардиоваскулярная смертность среди лиц с ХБП 2-5-й стадии в 5–20 раз выше, чем в общей популяции. Среди причин смерти пациентов с ХБП 4–5-й стадии инфаркт миокарда (ИМ) составляет 7-15%, внезапная кардиальная смерть, обусловленная фатальными нарушениями ритма сердца, – 12–27%, хроническая сердечная недостаточность – 3-5% (Mancía G. et al., 2009).

Таким образом, механизмы развития и медикаментозная коррекция ХСН у пациентов в предиализной ХБП остаются недостаточно изученными.

Поэтому комплексное исследование сердечно сосудистых осложнений при ХБП, их вклад в развитие и прогрессирование ХБП и ХСН, дифференцированный подход к лечению пациентов с указанной патологией является важной и актуальной проблемой, которая требует решения.

### Список литературы:

1. Каюков И.Г., Дегтерева О.А. Методы диагностики функционального состояния почек. Методические указания/ Рябов С.И., ред. – JL, 1988. – 48 с.
2. Каюков И.Г., Есаян А.М., Кучер А.Г., Ермаков Ю.А. Роль функционально-гемодинамических механизмов в прогрессировании хронического гломерулонефрита // Нефрология. 1998. – Т.2, №1. – С. 7-13.
3. Кузьмин О.Б., Пугаева М.О., Чуб С.В. Легкая дисфункция почек у больных с эссенциальной гипертонией: клинические проявления и лекарственная терапия // Нефрология. 2004. – Т.8, №3. – С. 15-21.
4. Куршубадзе Э.М.А., Власенко О.А // Особенности ремоделирования миокарда левого желудочка у больных хроническим кардиоренальным синдромом 4 типа. Власенко вісник хну імені в. Н. Каразіна. 2012. – №998.
5. Лапач С.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием excel / С.Н. Лапач, А.В. Чубенко, П.Н. Бабич. – [2-е изд.] – К.: морион, 2001. – С. 408.
6. Масляева Л.В. Особенности ремоделирования сердца и сосудов у больных гипертонической болезнью и сахарным диабетом 2 типа / Л.В. Масляева, Л.А. Резник, С.Н. Коваль [и др.] // Укр. Терапевт. Журн. – 2005. – №3. – С. 62-66.
7. Мухин Н. А. Основополагающий этап развития отечественной научной нефрологии (к 50-летию монографии Е.М. Тареева «Нефриты») // Тер. арх. – №6. – С. 5-10.
8. Рентц Дун Б., Андерсон Ш., Бреннер Б. Гемодинамические основы прогрессирования почечных болезней // Современная нефрология. II международный нефрологический семинар. – М., 1997. –

C. 162-172.

9. Смирнов А.В., Каюков И.Г., Добронравов В.А., Кучер А.Г. Острое повреждение почек и острая почечная недостаточность: некоторые уроки международных инициатив // Нефрология. – 2008. – Т. 12, №3. – С. 7-12.

10. Томилина н.а., Бикбов б.т. // Терапевтический архив. – 2005. – №6. – С. 87-92.

11. Bagshaw S.M. Epidemiology of cardiorenal syndromes: workgroup statements from the 7th adqi consensus conference / s. M. Bagshaw, d. N. Cruz, n. Aspromonte [et al.] // Nephrol dial transplant. – 2010. – V. 25. – P. 1406-1616.

12. Bongartz I.G. The severe cardiorenal syndrome: «guyton revisited» / I. G. Bongartz, m. J. Cramer, p. A. Doevendans, [et al.] // Eur. Heart J. – 2005. – V. 26. – P. 11-17.

13. Cohn J.N. Structural basis of heart failure: ventricular remodeling and its pharmacological inhibition / J.N. Cohn // Circulation. – 1995. – Vol. 91. – P. 2504-2507.

14. Coll B. Cardiovascular risk factors underestimate atherosclerotic burden in chronic kidney disease: usefulness of non-invasive tests in cardiovascular assessment / B. Coll, A. Betriu, M. Martinez-alonso [et al.] // Nephrol dial transplant. – 2010. – V. 20. – P. 3017-3025.

15. Davenport a. Adqi 7th: the clinical management of the cardio-renal syndromes: workgroup statements from the 7th adqi consensus conference / A. Davenport, S.D. Anver, A. Mebazaa [et al.] // Nephrol dial transplant. – 2010. – V. 25. – P. 2094-2106.

16. Ferreira D.N. Katayama I.A. // salt-induced cardiac hypertrophy and interstitial fibrosis are due to a blood pressure-independent mechanism in wistar rats the journal of nutrition 2010.

17. Mccullough p. A. Cardiovascular disease in chronic kidney disease

from cardiologist's perspective / p. A. Mccullough // curr opin nephrol hypertens. – 2004. – V. 13. – P. 591-600.

18. Mccullough p. A. Prevention of cardiorenal syndromes: workgroup statements from the 7th adqi consensus conference / P.A. Mccullough, M. Hoapio, S. Manvad [et al.] // Nephrol dial transplant. – 2010. – V. 25. – P. 1777-1784.

19. Nobria A. Cardiorenal interactions: insights from the escape trial / A. Nobria, V. Hosselblad, a. Stebbins [et al.] // J.A. Coll. Cardiol. – 2008. – V. 51. – P. 1264-1268.

20. Sarnav M.J. Kidney disease as a risk factor for development of cardiovascular disease: a statement from the american heart councils in kidney and cardiovascular disease, high blood pressure research, clinical cardiology and epidemiology and prevention / m. J. Sarnav, a. S. Levey, schoolwerth [et al.] // circulation. – 2003. – V. 108. – P. 2154-2169.

21. Seiler S., Heine G.H., Fliser D. Clinical relevance of fgf-23 in chronic kidney disease // Kidney international. – 2009. – №114. – P 34-42.

УДК 616.329/.072.1-058

**Анализ заинтересованности молодого населения в  
прохождении фиброэзофагогастродуоденоскопии**

***Наталья Игоревна Храмова***

*к. мед.н., асс. кафедры общественного здоровья и здравоохранения,*

*Пермский государственный медицинский университет*

*им. ак. Е.А. Вагнер,*

*г. Пермь, Россия*

*e-mail: renelve@mail.ru*

**Татьяна Равилевна Калашикова**

студентка 5 курса,

Пермский государственный медицинский университет

им. ак. Е.А. Вагнер,

г. Пермь, Россия

e-mail: [tatianagadel@gmail.com](mailto:tatianagadel@gmail.com)

**Аннотация.** Рассмотрены основные мотивы разных групп молодого населения для прохождения фиброэзофагогастродуоденоскопии (ФЭГДС) или отказа от нее, в том числе, в зависимости от выраженности клинических симптомов. Установлено, что студенты медицинского университета пройдут ФЭГДС при наличии неотложных медицинских показаний – 13 (62%) либо усилении выраженности клинических симптомов – 11 (53%). Большинство молодых людей, воздерживающихся от прохождения ФЭГДС, пойдут на эту процедуру при усилении выраженности клинических симптомов – 8 (40%). Статистически значимой разницы в мотивации между группами студентов медицинского университета и других учебных учреждений, не проходивших ФЭГДС, не выявлено. Чаще диспептические явления встречались в группе молодых людей, пришедших на ФЭГДС ( $p=0.048$ ).

**Ключевые слова:** фиброэзофагогастродуоденоскопия; ФЭГДС, заболевания ЖКТ; молодое население.

**Abstract.** The main motives of different groups of young people to undergo esophagogastroduodenoscopy (EGDS) or abandon it, including the dependence on the severity of clinical symptoms, are analyzed. It is found that the students of the medical university will undergo EGDS in case of an emergent medical condition – 13 (62%) or an increase of the severity of clinical symptoms – 11 (53%). Most young people abstaining from EGDS

would undergo the procedure in the amplification of clinical symptoms – 8 (40%). Statistically significant difference in motivation between groups of medical and other students are not found. Most frequency of dyspeptic symptoms occurred in the group who came to EGDS ( $p = 0.048$ ).

**Keywords:** *esophagogastroduodenoscopy; EGDS, gastrointestinal diseases; young people.*

**Актуальность.** Фиброзофагогастроуденоскопия (ФЭГДС) – наиболее информативный метод исследования верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), который позволяет врачу изучить состояние пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. До этого исследования предварительный диагноз, поставленный терапевтом или гастроэнтерологом, остается под вопросом. Иногда только после проведения ФЭГДС и проведения биопсии слизистой можно говорить об окончательном диагнозе [2].

В структуре общей заболеваемости взрослого населения болезни органов пищеварения занимают 3-е место после заболеваний органов дыхания и кровообращения, показатель заболеваемости в 2014 году составил 110,2 случая на 1000 населения, отмечается рост показателя по сравнению с 2013 годом на 23,2% [1].

**Целью** работы было оценить уровень и критерии заинтересованности молодого населения в прохождении фиброзофагогастроуденоскопии.

**Материалы и методы.** Проведено анкетирование молодого населения в возрасте от 20 до 25 лет. Разработанная нами анкета состояла из 7 пунктов, содержащих вопросы по оценке заинтересованности в прохождении ФЭГДС. Всего опрошено 3 группы в возрасте от 20 до 25 лет: студенты ГБОУ ВПО «ПГМУ им. ак. Е.А. Вагнера» (5 мужчин и 16 женщин); молодые люди других учебных

учреждений, не проходившие ФЭГДС (4 мужчины и 16 женщин); пациенты, прошедшие ФЭГДС, (8 мужчин и 12 женщин). Группы были сопоставимы по возрасту, полу, социальному положению. Всего был опрошен 61 человек. Для обработки данных использовались пакеты Microsoft Excel и Statistica 8.0. Для анализа различий между группами использовался критерий Фишера. Статистически значимым считалось различие при  $p < 0.05$ .

### **Результаты и обсуждение.**

При анализе анкет студентов медицинского университета установлено, что они пройдут ФЭГДС при наличии неотложных медицинских показаний 13 (62%), либо усилении выраженности клинических симптомов 11 (53%) (табл. 1).

*Таблица 1*

**Мотивация студентов ПГМУ для прохождения ФЭГДС**

Условие	Число респондентов	
	(абс.)	(%)
Обезболивание перед процедурой	1	5%
Если ФЭГДС будет проводить высококвалифицированный специалист	8	38%
Наличие неотложных медицинских показаний	13	62%
Усиление выраженности клинических симптомов	11	52%

При этом большую часть студентов-медиков, которая не пошла на ФЭГДС, диспепсические явления беспокоят редко: 1 раз в месяц – 7 (33%), практически никогда – 7 (33%), более чем у половины отсутствуют хронические заболевания желудочно-кишечного тракта – 14 (67%). Этим можно объяснить, что большая часть из них не считает нужным проходить исследование (табл.2).

*Таблица 2*

**Частота выраженности диспепсических симптомов студентов ПГМУ**

Частота выраженности симптомов	Число респондентов	
	(абс.)	(%)
Ежедневно	3	14%

1 раз в неделю	1	5%
1 раз в месяц	7	33%
Реже 1 раза в месяц	3	14%
Практически никогда	7	33%

При анализе анкет молодых людей, воздерживающихся от прохождения ФЭГДС, установлено, что они пойдут на эту процедуру, если ее будет проводить высококвалифицированный специалист – 5 (25%), при наличии неотложных медицинских показаний – 5 (25%), либо при усилении выраженности клинических симптомов – 8(40%) (табл.3).

Таблица 3

**Мотивация воздержавшихся молодых людей для прохождения ФЭГДС**

Условие	Число респондентов	
	(абс.)	(%)
Обезболивание перед процедурой	2	10%
Если ФЭГДС будет проводить высококвалифицированный специалист	5	25%
Наличие неотложных медицинских показаний	5	25%
Усиление выраженности клинических симптомов	8	40%

Среди пациентов, согласившихся на ФЭГДС, лишь двое (15%) обратились на процедуру самостоятельно, без направления от врача. Все остальные были направлены терапевтом или гастроэнтерологом – 17 (85%) (табл. 4).

Таблица 4

**Причина прохождения ФЭГДС**

Условие	Число респондентов	
	(абс.)	(%)
Регулярно прохожу ФЭГДС 1 раз в полгода/год	1	5%
Назначение лечащего врача	16	80%
Самостоятельно обратился в связи с выраженностью клинических симптомов	3	15%
Нет выраженных клинических симптомов, но беспокоюсь о своем здоровье	0	0%

Молодые люди, пришедшие на ФЭГДС, отмечают постоянные или ежедневные диспептические явления – 10 (50%), это намного чаще тех, кто не проходил ФЭГДС (таблица 5). Среди молодых людей, не проходивших ФЭГДС, ежедневные диспептические явления встречаются намного реже – 4 (20%). При этом более половины пациентов страдают хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта – 12 (60%).

Статистически значимой разницы по мотивации у групп студентов медицинского университета и молодых людей, не проходивших ФЭГДС, выявлено не было ( $p>0.05$ ). Чаще диспептические явления встречаются в группе молодых людей, пришедших на ФЭГДС ( $p=0.048$ ).

Таблица 5

**Частота выраженности диспепсических симптомов у пациентов**

Частота выраженности симптомов	Число респондентов	
	(абс.)	(%)
Ежедневно	10	50%
1 раз в неделю	7	35%
1 раз в месяц	2	10%
Реже 1 раза в месяц	0	0%
Практически никогда	1	5%

Большинство пациентов уже проходили ФЭГДС – 13 (65%) (таб. 6) и в случае назначения процедуры врачом пойдут на неё – 12 (60%).

Таблица 6

**Мотивация пациентов для прохождения ФЭГДС**

Условие	Число респондентов	
	(абс.)	(%)
Обезболивание перед процедурой	0	0%
Если ФЭГДС будет проводить высококвалифицированный специалист	0	0%
Наличие неотложных медицинских показаний	7	35%
Усиление выраженности клинических симптомов	1	5%
Если назначит врач	12	60%

Таким образом, большая часть молодых людей, не обучающихся в медицинском университете, заинтересована в прохождении ФЭГДС только при назначении процедуры лечащим врачом – 12 (60%) либо при наличии неотложных медицинских показаний – 7 (35%) (см. табл. 6).

**Выводы.** Таким образом, для того, чтобы вовремя направить «молодого» пациента на ФЭГДС, не дожидаясь усиления выраженности клинических проявлений или появления неотложных показаний, то есть ухудшения и утяжеления патологии, необходимо организовать своевременную консультацию врача, который определит наличие показаний для проведения этой процедуры и выдаст направление на ее проведение. При этом целесообразна организация обследования студентов терапевтами, что производится, например, при проведении ежегодных профилактических осмотрах. При наличии медицинских показаний будет назначена ФЭГДС с последующей консультацией узкого специалиста, врача гастроэнтеролога. Этот алгоритм может быть реализован как по полису обязательного медицинского страхования, так и в платном порядке.

#### Список литературы:

1. Беляева Ю.Н. Болезни органов пищеварения как медико-социальная проблема // Материалы II Всероссийской недели медицинской науки с международным участием, 2013 г. – Режим доступа. – URL: <http://medconfer.com/node/2493> (дата обращения 16.12.2015).

2. Сайт ГБУЗ МО «Подольской районной больницы», раздел: Эндоскопические методы исследования, Опубликовано: 28.04.2015. Режим доступа. – URL: <http://www.rp-podolsk.ru/news/n306.html> (дата обращения 12.12.2015).

**Изучение потребления лекарств снижающих артериальное  
давление**

**Батром Хулан**

*преподаватель кафедры фармацевтики,*

*Дарханская Медицинская Школа,*

*Монгольский Национальный Университет Медицинских Наук,*

*г. Дархан, Монголия*

**Хухуу Оюунбаяр**

*преподаватель кафедры фармацевтики*

*Дарханская Медицинская Школа,*

*Монгольский Национальный Университет Медицинских Наук,*

*г. Дархан, Монголия*

*e-mail: khulan.b@mnumts.edu.mn*

**Аннотация.** В последние годы число заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний растет в мировом и региональном масштабе. В связи с этим актуальным является улучшение в руководстве снабжения лекарственным средством населения, в том числе льготного отпуска лекарственных средств.

**Ключевые слова:** сердечно-сосудистые заболевания, лекарственное средство, льготный отпуск лекарственных средств, амлодипин, симвастатин.

**Abstract.** In recent years, the number of morbidity and mortality from cardiovascular disease is increasing globally and locally. In this regard, the right direction of drug supply of the population is most important, including the preferential release of essential medicines.

**Keywords:** cardiovascular disease, cardiovascular medicine, preferential release of essential medicines, amlodipine, simvastatin.

**Введение.** По данным ВОЗ и МЗ Монголии сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) занимают 2-ое место в общей массе заболеваемости и 1-ое место в причине смертности. И является актуальной проблемой для всех специалистов медицинской и фармацевтической отраслей.

Из всех сердечно-сосудистых заболеваний наиболее распространенным является атеросклероз сердечных сосудов. На основе этой причины развиваются симптомы такие как: повышение АД, инфаркт миокарда, инсульт головного мозга и т.д, которые приводят к осложнениям с летальным исходом. Для 62% случаев инсульта головного мозга и 49% осложнений коронарных артерий, основной причиной заболевания является артериальная гипертензия.

Определено, что сравнительное изучение статистических данных ССЗ, объем и номенклатуры отпущенных по льготными рецептами ССсредств в Дархан-Уул аймаке, Монголий является достойным внимания.

**Цель данной работы.** Изучения объема и номенклатуры ССсредств по льготным рецептам и сравнения результатов со статистическими данными ССЗ Дархан-Уул аймака.

**Методика работы.** Использовали методов количественного и качественного анализа.

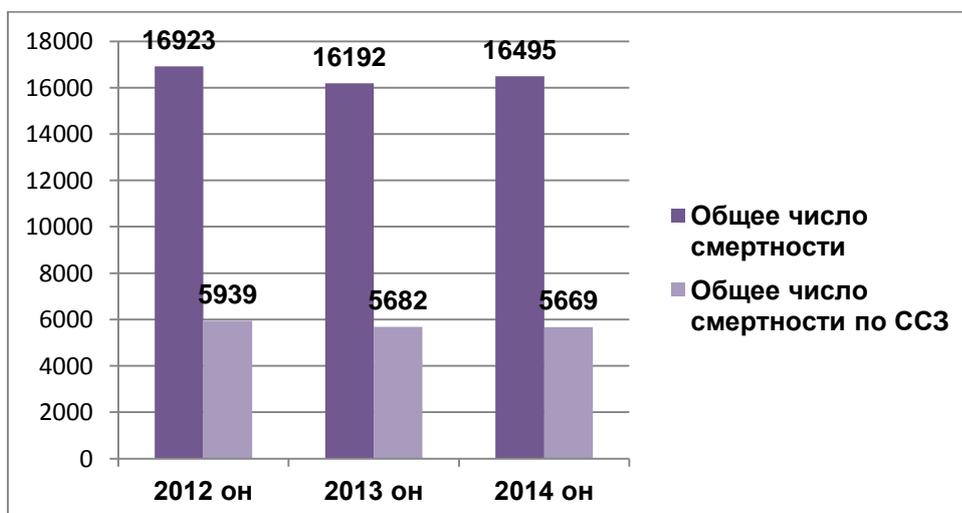


Рис. 1. Ситуация ССЗ в Монголии.

### Из отчета заболеваемости Монголии 2014 года: /

– Смертность населения от не инфекционных заболеваний обусловленных неправильным образом жизни занимает 72% от общей смертности в нашей стране и, в том числе 69,2% для мужчин возраста моложе 70 лет, для женщин 54,4%. Этот показатель занимает 7-ое место в списке стран с высокими показателями смертности среди населения.

В период 2013-2015 гг. в общем объеме лекарств льготного отпуска доминируют следующие 7 наименований, которые относятся к группе ССредств:

Амлодипин 5мг

Амлодипин 10мг

Лозартан 50мг

Лозартан 100мг

Симвастатин 10мг

Симвастатин 20мг

Симвастатин 40мг

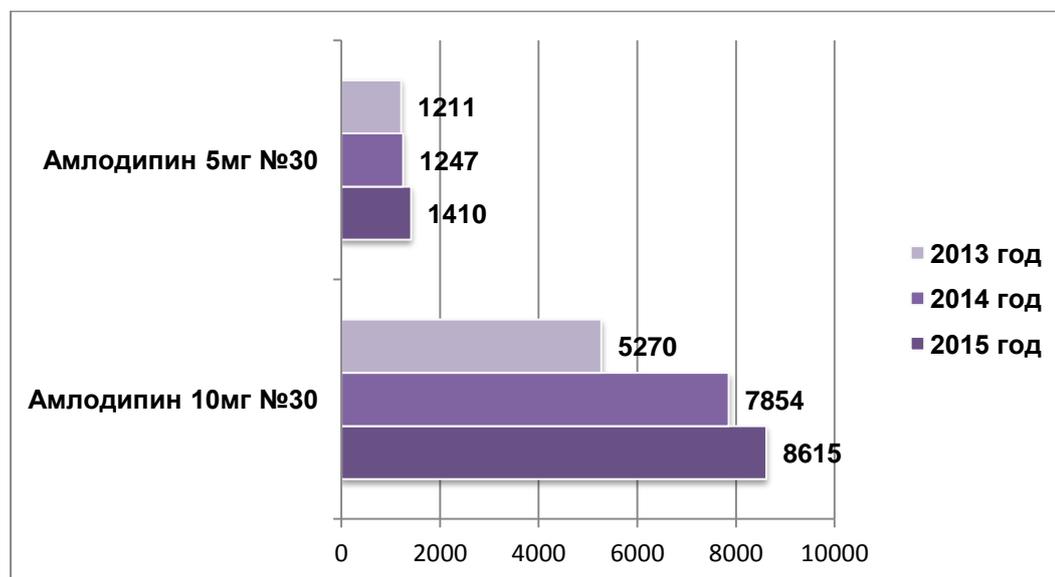


Рис. 2. Применение Амлодипина.

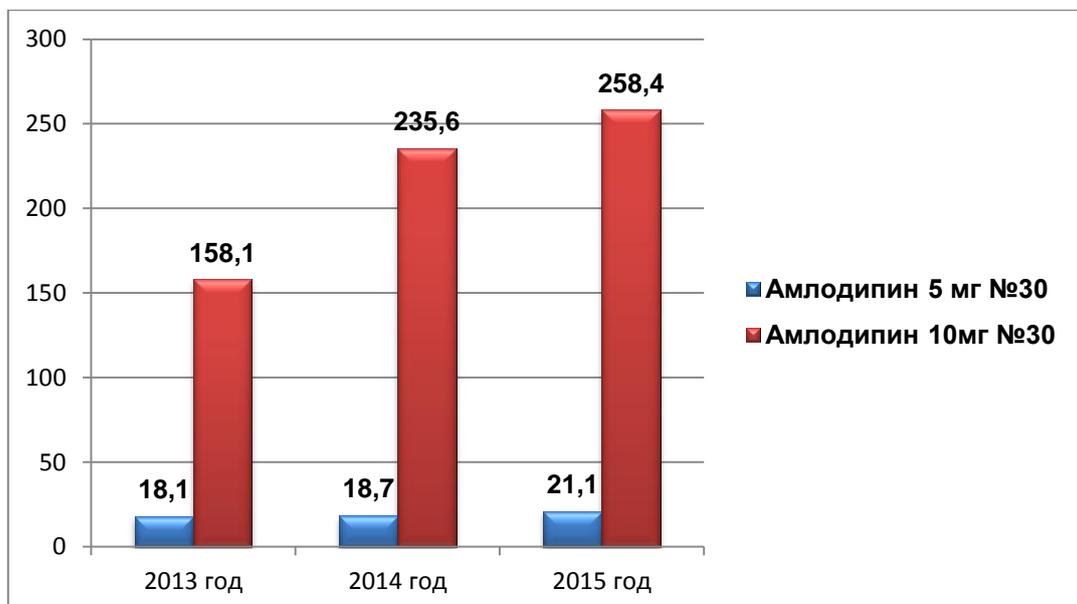


Рис. 3. Применение Амлодипина (в милл.тугриках).

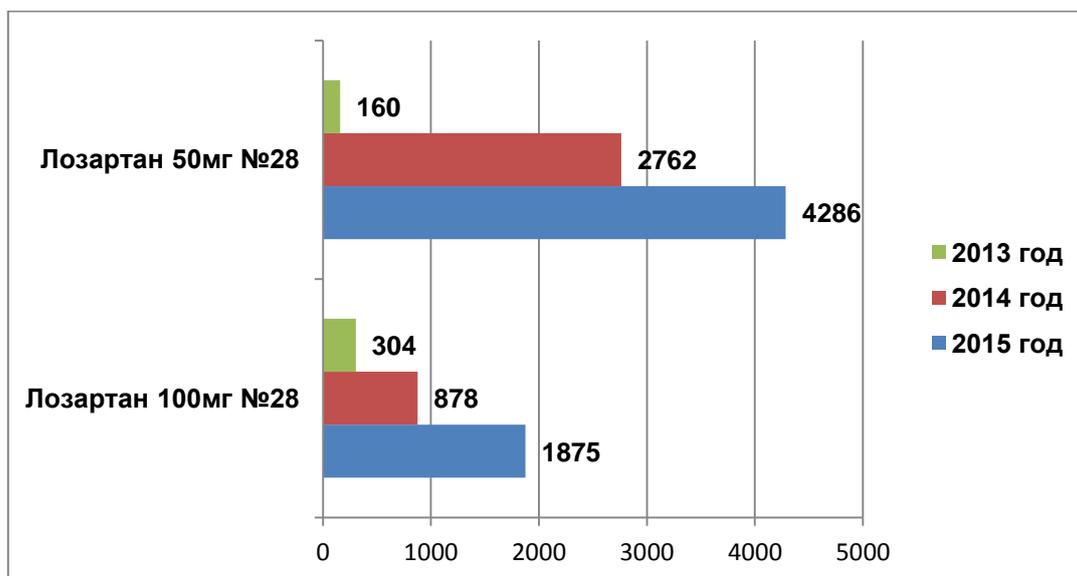


Рис. 4. Применение Лозартана.

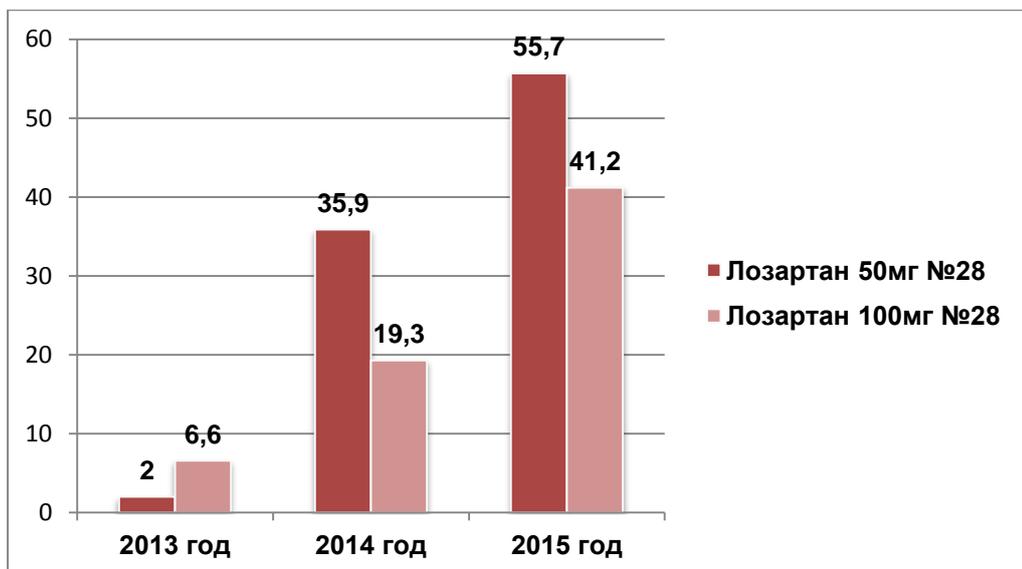


Рис. 5. Применение Лозартана (в милл. Тугриках).

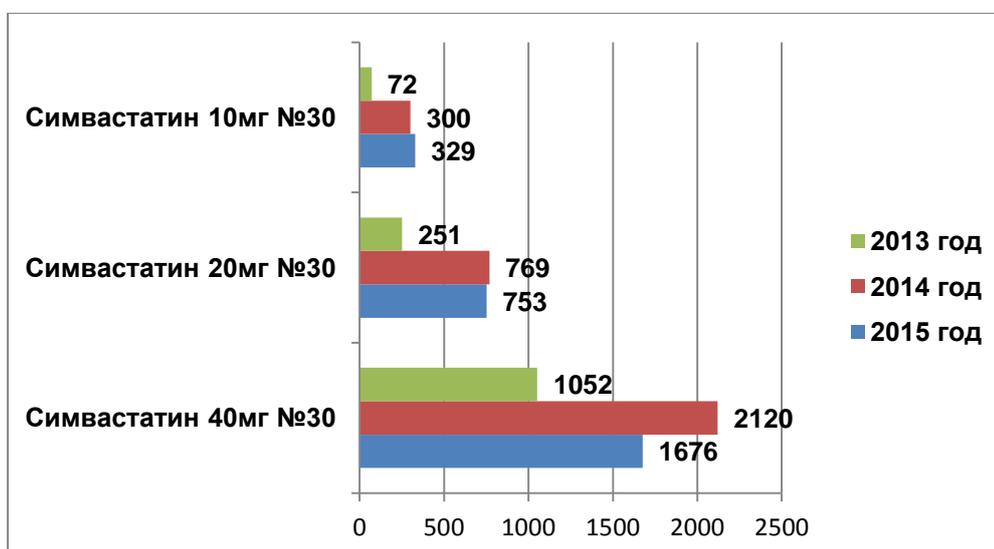


Рис. 6. Применение Симвастатина.

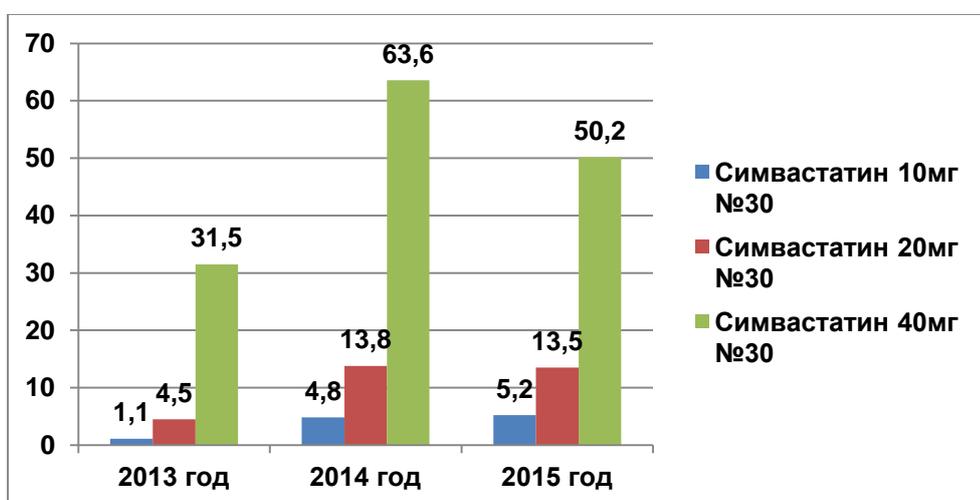


Рис. 7. Применение Симвастатина (в милл. тугриках).

Выводы:

В общем объеме отпущенных по льготе лекарств 71,5% занимают 7 наименования лекарств прописанных для больных сердечно-сосудистых патологией. Результат исследования соответствует статистическим данным высокого уровня ССЗ в нашем аймаке.

УДК 364.050.4

### **Влияние энергетических напитков на здоровье молодёжи**

*Дарья Михайловна Чичканова*

*Иркутский государственный университет,*

*г. Иркутск, Россия*

*e-mail tchichanowa.darya@yandex.ru*

*Аннотация.* В статье рассматривается медико-социальный аспект потребления энергетических напитков, их воздействие и влияние на здоровье молодых людей. Описаны характеристики и виды энергетических напитков, рассмотрены их свойства.

**Ключевые слова:** *здоровье, энергетические напитки, молодёжь.*

**Abstract.** *This article is devoted medical social aspect to use of energetic drinks, its influence to the health of young people. Describe the forms and types of energetic drinks, to review its characteristics.*

**Keywords:** *health, energetic drinks, young people.*

В последние годы в медико-социальной работе всё большую актуальность приобрела профилактика разных зависимостей, в том числе зависимости от энергетических напитков. Часто средства повышения активного бодрствования использует молодёжь, танцуя на дискотеках и вечеринках, потому что энерготоники способны избавить

от сонливости, придать энергичности и сил на длительное время. Полезны ли эти напитки? Отрицательное влияние энергетиков на организм человека доказано медициной, люди, употребляющие энергетика, должны знать о последствиях своего чрезмерного увлечения.

Все энергетики обладают бодрящим действием – основное свойство, ради чего были изобретены эти напитки. У людей двойное отношение к энергетикам: восторженное – у молодёжи и скептическое – у врачей. Энергетиками активно пользуются студенты, когда вынуждены много времени бодрствовать при подготовке к сессии, люди, увлекающиеся активным фитнесом, водители, вынужденные управлять транспортом ночью, работники и посетители ночных клубов, танцполов и баров. После употребления энергетиков сонливость и вялость пропадают, можно активно работать или танцевать долгое время без усталости.

Естественно, производители этих напитков утверждают, что влияние энергетиков на организм человека – только позитивное, никакого вреда организму. Всего одна баночка – организм наполнен бодростью и работоспособностью. Но учёные и многие медики доказали, что вред энергетических напитков для организма очевиден.

В составе энергетиков:

1. Кофеин – главное действующее вещество любого энергетика, стимулирующее активность, деятельность головного мозга и мыслительные процессы, деятельность сердечнососудистой системы. Для здорового организма за день можно выпить до 2 баночек напитка-энергетика, в больших дозах кофеин ведёт к истощению нервной системы и сердечной деятельности, сильно повышает / резко понижает артериальное давление, вызывает головную боль. При заболеваниях сосудов, сердца, ЦНС, гипертонии энергетика противопоказаны.

2. Таурин – второй главный компонент энергетиков в большом количестве. Накапливается в тканях мышц и улучшает обменные процессы в них. Таурин обладает противосудорожными свойствами, однако последние исследования показали, что таурин никакого положительного стимулирующего воздействия на организм человека не оказывает. В больших количествах таурин способен вызвать перевозбуждение нервной системы и её истощение, а в сочетании с алкоголем усиливает воздействие, приводя к серьёзным сбоям в работе сердечнососудистой и нервной систем. Противопоказан людям с высокой нервной возбудимостью, употребляющим алкоголь.

3. Карнитин. Его положительные свойства: усиление обмена веществ, снижение утомляемости мышц и окисление жирных кислот в организме. При превышении дозы может вызвать боли в области желудка, диспепсию, слабость в мышцах и резкое снижение давления.

4. Женьшень, гуарана: их тонизирующие свойства обеспечивают быстрое выведение из мышечной ткани молочную кислоту, что важно при физических нагрузках. Экстракты гуараны и женьшеня способны избавить от боли в мышцах при чрезмерных нагрузках, придать сил, повысить активность организма и сопротивляемость болезням. В больших количествах и регулярно, напитки с экстрактами гуараны и женьшеня могут спровоцировать различные нарушения деятельности сердечно-сосудистой и нервной систем, повысить давление и привести к развитию гипертонии, стимулировать развитие раковых клеток.

5. Витамины группы В нормализуют работу нервной системы и головного мозга. Недостаток витаминов В губительно сказывается на организме, чтобы получить их, достаточно ввести в рацион продукты, содержащие дрожжи, отруби и хлеб грубого помола, печень и яйца. Избыток витаминов группы В в энергетике, не может повысить умственную деятельность, как заявлено в рекламе напитков.

Повышенное содержание витамина В увеличивает сердечный ритм и провоцирует тремор конечностей.

6. Матеин входит в состав чая мате, помогает избавиться от чувства голода и способствует снижению веса из-за расщепления жиров.

Положительное влияние энергетиков на организм человека: дают человеку ощущение бодрости и энергию; можно выбрать как энергетики с большим содержанием кофеина, так и с большим содержанием витаминов и углеводов. Напитки с кофеином помогут справиться с сонливостью, а витаминно-углеводные повысят выносливость при больших физических нагрузках. Большое содержание витаминов и глюкозы (витамины стимулируют жизненно важные процессы в организме, глюкоза быстро проникает в кровь и даёт энергию мышечной ткани и органам, мозгу). Эффект воздействия энергетиков длится до 4 часов, усиливается присутствием в напитках углекислого газа. Удобная упаковка напитков, позволяющая принимать из во всех ситуациях: в пути, в машине, на танцполе / спортзале, когда невозможно выпить чашечку кофе / чая.

Отрицательное же влияние:

1. При повышении дозы напитков более 2 баночек в день, может значительно повысить артериальное давление, уровень сахара в крови из-за чего появляется гипертония и сахарный диабет.

2. В некоторых странах Европы энергетики продаются только в аптеках, потому что зафиксированы случаи смерти после употребления энергетиков.

3. Витамины энергетиков не образуют сбалансированный комплекс.

4. У людей с заболеваниями сердца, сосудов, нервной системы, поджелудочной железы, печени / при предрасположенности к этим заболеваниям, энергетики могут вызвать обострение болезни.

5. Энергетик не даёт энергию, только открывает энергетические каналы самого организма. Человек не получает энергию, а использует свои внутренние ресурсы. В итоге истощение, нервное перевозбуждение, при регулярности употребления энергетиков повышенная усталость, бессонница, раздражительность, нервные срывы, депрессия [6].

6. Кофеин при регулярном употреблении вызывает истощение сил организма. Хуже, что организм привыкает к дозам кофеина, со временем требует её повышения. Избыток кофеина способствует учащению мочеиспускания, что выводит соли из организма в больших количествах.

7. Переизбыток витаминов группы В могут вызвать нарушения нервной системы (тремор конечностей, слабость, частое сердцебиение).

8. Таурин и глюкуронолактон содержится в 2 банках энергетика в количестве, превышающем в 500 раз нормальную дневную дозу этих аминокислот. В сочетании с кофеином способны сильно истощить нервную систему человека. Учёные продолжают исследования воздействия этих веществ на организм.

9. Кофеин, углекислота и другие составляющие энергетиков раздражают стенку желудка и могут привести к язве желудка и двенадцатиперстной кишки, гастриту. Разбивает нервную систему и способен вызывать привыкание [6].

Кроме этих ингредиентов в состав энергетических напитков входят: сахар, глюкозы, фруктоза, сахароза, амортизаторы, стабилизаторы, красители, пищевые и вкусовые добавки. Вредны ли дополнения сами по себе? Да, причиняют вред организму [2].

Рекомендации к употреблению энергетиков: Употреблять 1-2 баночки напитка за день. Между приёмами энергетиков должен быть перерыв в несколько дней. Нельзя употреблять энергетики после занятий спортом, только за час до тренировок. Нельзя после физических занятий, чтобы не давить на сердце, работающее на высоких частотах. Частое употребление энергетических напитков повышает артериальное давление. Нельзя употреблять людям с хроническими заболеваниями, детям и подросткам, беременным (угроза выкидыша) и кормящим женщинам, пожилым. Во время употребления энергетиков нельзя пить кофе и чай; алкогольные напитки и смешивать с ними энергетики (усилит отравляющий эффект спиртного на организм). Смешивание энергетических напитков с другими энергетиками в составе с кофеином, может привести к непредсказуемым последствиям. После принятия энергетиков организму нужно время восстановления. В этот период необходимо хорошее питание и никакого алкоголя. Чем больше энергетиков было употреблено, тем больше времени нужно для восполнения резервов организма.

Влияние энергетиков на организм человека. Вначале – бодрость на несколько часов, однако может быть резкое ухудшение (бессонница, раздражительность, подавленность, мигрень, потеря ориентации, депрессия). Каждый энергетический напиток газированный, что провоцирует кариес, увеличивает уровень сахара в крови, понижает защитные силы иммунной системы организма. Признаки передозировки: нервозность, апатия и депрессия, психическое возбуждение, хроническое нарушение сердечного ритма [1].

Последствия регулярного употребления энергетических напитков: смертельные случаи из-за инфаркта миокарда, суицидальное поведение, несчастные случаи из-за неожиданной потери сознания, судороги, кровотечение, ослабление слуха; внезапное развитие многих фобий;

потеря работоспособности и концентрации внимания. Аритмия, мигрень и тяжёлые формы психических расстройств; диарея и продолжительная рвота [4].

В ноябре, FDA опубликовала данные о 13 смертельных и 90 клинических случаях, связанных с употреблением 5-Hour Energy – сверхконцентрированного энергетического напитка, – за последние 5 лет. Помимо этого, FDA объявила о 21 инциденте, из-за употребления энергетических напитков Red Bull. «Инциденты» включали инфаркт, конвульсии, и (самое пугающее) один случай спонтанного выкидыша. Страшный след за напитками Monster – FDA объявила о 5 смертях, связанных с данным энергетиком. Эти сообщения – не первый обвинительный приговор в адрес популярных среди молодёжи напитков. В конце 2011 года институт изучения наркомании и психических расстройств при департаменте здравоохранения США (SAMHSA) раскрыл данные о 13,000 случаях обращения за скорой медицинской помощью, связанных непосредственно с энергетическими напитками за 2009 год.

В 2010 г. 6 штатов запретили продажу и распространение энергетика Four Loco после госпитализации из-за этого нескольких человек (большинство – студенты), однако почти все скончались в больницах. Этот напиток – смесь кофеина, таурина, алкоголя и гуараны («затмение в банке» – опасная способность скрывать эффект от употребления алкоголя). Под давлением FDA компания изъяла кофеин из компонентов напитка [4].

Широко распространённые напитки, как Red Bull, Monster, Rockstar и 5-Hour Energy не содержат алкоголя, но это не ставит их по безопасности на одну полку с яблочным соком.

«Старый-добрый» кофеин остаётся основным химическим и самым опасным ингредиентом всех неблагоприятных напитков.

Употребление его больших дозах стремительно повышает кровяное давление и вызывает «кофеиновую интоксикацию», приводящую к печальным последствиям (тахикардия, аритмия, сердечный приступ, в случае с 5-Hour Energy, 13 летальных исходов). Соединение кофеина и сахара практически всегда вызывает обезвоживание. Большой объём сахара мешает организму усваивать воду, в то время как кофеин – сильнейшее мочегонное – выгоняет из тела больше воды, чем требуется. Энергетические напитки, как и другие наркотики (а кофеин – наркотик), оказывают разное влияние на разных людей. Для здорового взрослого 1-2 глотка энергетического напитка не должен нанести вреда. Проблема в том, что эти напитки зачастую становятся объектами злоупотребления.

Согласно журналу «Consumer Reports»: одна бутылочка (60 г) 5-Hour Energy содержит 215 мг кофеина. На своём официальном вебсайте 5-Hour Energy заявляет, что в порции их напитка столько же кофеина, сколько в большом стакане кофе: 100-150 мг. Звучит подозрительно, не так ли? Изучая содержание кофеина в 27 популярных энергетических напитках, Consumer Reports обнаружил, что истинный объём этого ингредиента занижался в среднем на 20%. Five-Hour Energy содержит гуарану – растение с колоссальным содержанием кофеина и таурина. В натуральном виде добывается из мяса животных и рыб и обладает полезными свойствами (поддержание неврологического развития и регулирование минеральных солей в крови). Насколько помогает улучшению атлетических и умственных способностей у взрослых – неизвестно. Five-Hour Energy содержит аминокислоты L-тирозин и L-фениланин, схожие по действию с таурином. Хотя эти компоненты безопасны для употребления в отдельности, эффект от их одновременного приёма + кофеин и сахар, совершенно неизвестен.

За 2011-2013 гг. Иркутская область в «лидерах» по отравлению слабоалкогольными напитками и энергетиками. 170.000 случаев острых

отравлений, 43,6тыс. (25,7%) с летальным исходом. В чёрном списке Приангарье, Республика Бурятия и Красноярский край [3].

Five-Hour Energy заявляет, что содержит 0 г. сахара, другие бренды умалчивают свои показатели. Red Bull и Monster умудряются помещать 27 г сахара в каждую банку напитка, в то время как у Rockstar содержание сахара доходит до 30г. на порцию. Выброс такого количества глюкозы в кровь быстро поднимают уровень инсулина и сахара в крови до умопомрачительных высот. Последствия частого высокого уровня сахара в крови (гипергликемия), может способствовать усыханию мозга, диабету 2 типа, в последствии, развитию слабоумия.

Так, влияние энергетиков на организм человека больше всего отрицательное – негативные факторы превышают позитивные в 2 раза. Энергетики нельзя употреблять ежедневно, иначе приведут к истощению нервной системы, результат от их применения будет противоположный.

Чрезмерное употребление энергетических напитков приносит вред организму, а умеренное может оказывать положительное влияние на повышение тонуса организма.

Во всём нужно соблюдать меру, особенно в употреблении энергетиков, чтобы не навредить себе. Лучше вести активный образ жизни и соблюдать режим дня. Профилактика и преодоление зависимостей – комплексные мероприятия, где большую роль играют медучреждение, органы соцзащиты.

#### Список литературы:

1. Ваш Айболит Влияние энергетиков на организм человека [Электронный ресурс] / сайт – <http://www.vashaibolit.ru/408-vliyanie-energetikov-na-organizm-cheloveka.html> (дата обращения 23.01.2016).
2. Вред энергетических напитков [Электронный ресурс] / сайт –

3. <http://webdiana.ru/jenskoe-zdorovye/budem-zdorovi/4471-vred-energeticheskikh-napitkov.html> (дата обращения 25.01.2016).

4. Кутергина Е. Как выгнать «Ягуара» с прилавков магазина [Электронный ресурс] / сайт – <http://www.lesohimik.ru> (дата обращения 22.01.2016).

5. Зелепухина Л.П. Влияние энергетических напитков на организм человека // Современные научные исследования и инновации. 2012. №2 [Электронный ресурс] / сайт – <http://web.snauka.ru/issues/2012/02/7064> (дата обращения: 20.01.2016).

6. Кармачевский О. Энергетические напитки: бодрость взаимы [Электронный ресурс] / сайт – <http://medportal.ru/budzdorova/winner/1033> (дата обращения: 21.01.2016).

7. С. Брин. Энергетические напитки: опасные и непредсказуемые [Электронный ресурс] / сайт – <http://zdorovie.com/blog/energeticheskie-napitki-opasnye-i-nepredskazuemye/19564> (дата обращения: 23. 01.2016).

УДК 616.5

### **Ожоги у детей в Улан-Баторе**

***Нансалмаа Шагдарсурэн***

*Национальный Научно-Исследовательский Центр*

*Травматологии и Ортопедии,*

*г. Улан-батор, Монголия*

*e-mail: nansalma@yahoo.com*

***Эрдэнэчимэг Эрдэнэбаяр***

*Монгольский Национальный Университет Медицинских Наук,*

*г. Улан-батор, Монголия*

***Сандуйжав Рувжир***

*Монгольский Национальный Университет Медицинских Наук,*

г. Улан-батор, Монголия

**Шагдарсүрэн Рувжир**

Национальный Научно-Исследовательский Центр

Травматологии и Ортопедии,

г. Улан-батор, Монголия

**Аннотация.** В статье рассматриваются вопросы распространение и факторы риска тяжёлых ожогов у детей 0-5 лет. В Ожоговом Центре, Национальный Научно-Исследовательского центра Травматологии и Ортопедии (ННИЦТО) случаи ожогов, в том числе обожжённые дети в возрасте 1-2 года, выросли в последние 10 лет и составляет 52% из всех детских ожогов ( $p < 0.001$ ). Большую долю среди госпитализированных детей (0-5) из-за ожогов составляли мальчики – 80.9%. Соотношение полов – 4.3:1. А также мы сравнили продолжительность госпитализации со степеней повреждение поверхности: госпитализации длится в среднем 22 дней если поверхностные повреждения составляют меньше 10%. А если выше 40%, то смерть поступает быстро и госпитализация продолжается в среднем 0-4 дней  $p < 0.001$ .

**Ключевые слова:** ожог, распространение, факторы риска, предотвращать.

**Abstract.** This article is devoted to assess the epidemiological distribution and the risk factors of severe childhood burns. The study was involved all children aged 0-5 years, who were admitted to the Burn Center during 2004-2013. A structured questionnaire was developed, including risks associated with personal, equipment and environmental factors were identified from patient records. The overall incidence of burn admissions among 0-5 years increased by 1,8 times in 2004-2008 and 2009-2013, mainly due to a 3.2 times increase among 0-1 year olds. ( $p < 0.0001$ ) Boys 80.9%

*more likely to be the victim of the burn than girls 4.3;1. Around 52% of all severe burn was in 1-2 years old. ( $p<0.0001$ ) Mostly 99% of burns occurred at home. Scalds from hot water, liquids accounted for 92.3% of all burns. The mean hospital stay for burn covering <10% of the TBSA had 22 days, but child for serious burns affecting a TBSA >40%, the mean hospitalization period was 4 days (most of them died)  $p<0.0001$ .*

**Keywords:** *burns, epidemiology, risk factors, prevention.*

В зависимости от географического расположения ожоговые факторы риска бывают разными. Но в большинство случаев алкоголь, курение, открытый огонь, горячие блюда и чай, кипятик, нагревательные и нефункциональные электрические приборы являются факторами риска. В развивающихся странах 75% детей получают ожоги от кипятика, горячей воды и пара. А в развивающихся странах причины ожога считаются термос, кипятик, горячие блюдо и чай, радиатор и др. [1]. Поверхностные повреждения зависят от причины ожога, механизма травмы и возраста ребенка. Дети в возрасте от 0 до 4 страдают от ожогов больше всех, так как они более подвижны, но неуклюжесть является главной причиной. С возрастом случаи бытовых ожогов среди детей уменьшаются. Но зато мальчики становятся жертвами ожогов пламенем или огня. Финляндские ученые провели 11 летнее исследование и доказали, что дети до 3 больше всех, т.е. 100% страдают от кипятика, а дети в возрасте 11-16 лет, 50% стали жертвами огня [2].

В Монголии, ожог у детей от 0 до 5лет тоже смотрится как первой причины травмы. В 2013 году детская смертность от ожогов составляла 26%. По статистическим данным последних 10 лет ННИЦТО, всего было госпитализированы 112225 человек, 9741(8.7%) из них зарегистрирован как ожоговые травмы. И 5799 (59.5%) случаи детские ожоги в возрасте до 5 лет. А также летальность среди детей была

247(62.2%).

Таким образом, целью нашего исследования явилось изучить распространение и факторы риска тяжелых ожогов у детей младшего возраста (0-5 лет).

### **Методы и материалы исследования.**

Истории болезни за последние 10 лет (2004-2013), госпитализация и смерти детей в возрасте 0-5 лет из-за ожоги зарегистрированные в ожоговом центре ННИЦТО. Мы проводили исследование по дескриптивному/оценочно-описательному методу и постарались изучить распространение ожоговых болезни и их факторы риска по 12 показателей: возраст, пол, жильё, месяц, день недели, время получения травмы, продолжительность госпитализации, степень повреждения поверхности тела и ожога, место повреждения, исход ожога, прогноз болезни и.т.д).

Разрешение на данное исследование выдан этическим комитетом Монгольского Национального Университета Медицинских Наук, этическое собрание №14-14/1А датированное 17 Июня, 2014.

### **Результаты и обсуждения.**

По данным Ожогового центра ННИЦТО Монголии, были зарегистрированы 6046 случаи детских ожогов: ожоговые травмы 5799 (59.5%), летальность – 247(62.2%). Но некоторые истории были потеряны и поэтому данное исследование основывается на 5497 истории болезни.

С каждым годом случаев возрастает ( $p=0.000$ ). Число госпитализации составляет 1915 (34.8%) в 2004-2008 гг., 2009-2013 – 3584 (65.2%) и в последние пять лет число случаев резко возрастает – в 1.8 раза. Среди лечащихся число детей в возрасте до 1 года составляет 3.2 раза больше (на 15.8%), но дети 1-2 года являются самой рискованной группой, т. е. число случаев составляет 2880 или 52%.

(рис.1).

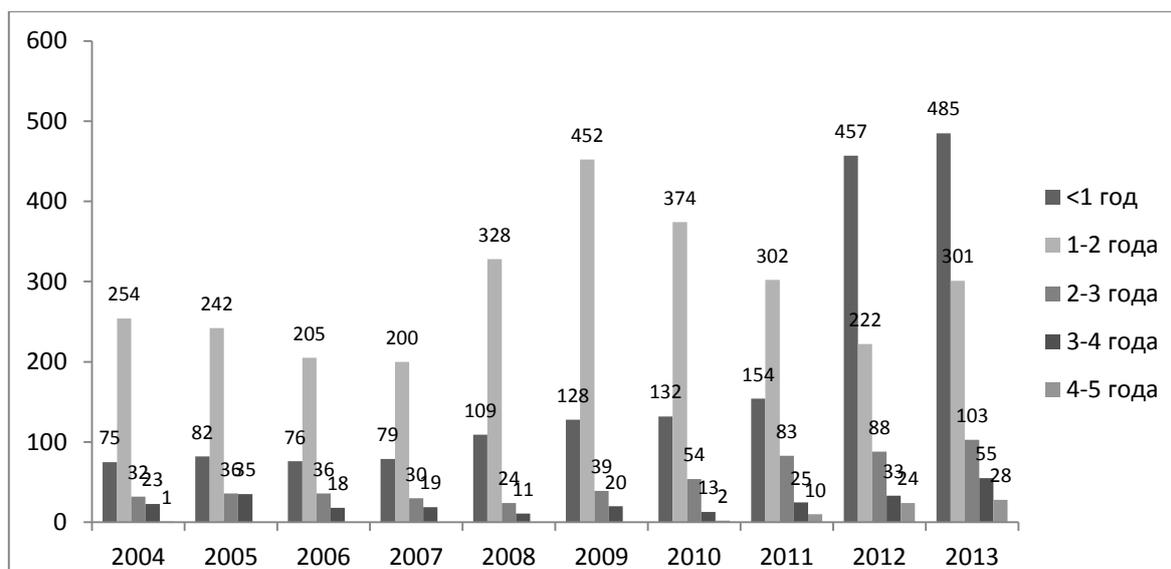


Рис.1. Госпитализация и смертность детей в возрасте 0-5 лет в ННИЦТО, 2004-2013 гг., по возрастной группе.

Большую долю среди госпитализированных детей (0-5 лет) из-за ожогов составляли мальчики – 80.9% (4449): соотношение полов – 4.2:1 и во всей возрастной группе число мальчиков было больше ( $p < 0.63$   $\chi^2 = 2,6$ ); Мальчики 1-2 года – 42% (2329) (табл. 1).

Первое место ожоговых случаев занимает кипяток – 92.3% (5079), из них 81% (4109) были мальчики. На втором месте – бытовые ожоги, прикосновение к горячим приборам: 2.8% (159) из них получили тяжёлые ожоги и 84% (134) – мальчики. С возрастом случаи ожогов пламенем растут и 66% (58) из них мужского пола. Из всех детей с ожогом электронных приборов мальчики составляют 83% (66) ( $p < 0.01$ ) (табл 1).

Таблица 1

Причины ожогов у детей 0-5 лет, по возрасту и полу, 2004-2013 гг.,  
ННИЦТО

Причина	<1		1-2 года		2-3 года		3-4 года		4-5 лет	
	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж
Кипяток	1347	305	2193	518	376	83	149	36	44	13

Электричество	12	1	35	6	8	7	11	3		
Горячий пар, Газ	5	2	4	1	2	0	3	0	1	0
Обогреватели	18	5	14	3	4	1	5	0		
Бытовые горячие приборы	62	9	56	12	10	4	4	0	2	0
Взрывные вещи			3	2	2	1	5	2		
Пламя	8	2	20	9	17	8	18	10	3	2
Уксус	0	1	3	0	1	1	3	3		
Всего	1452	325	2328	551	420	105	198	54	50	15

Ожоги от кипятка в основном происходят дома, а 0,8% (18) – вне дома. 31(46%) случаев получили ожог пламенем на улице, ожог уксусом – 9(75%), 26%(22) – ожоги от электронных приборов на улице ( $p < 0.0001$ ) (рис. 2).

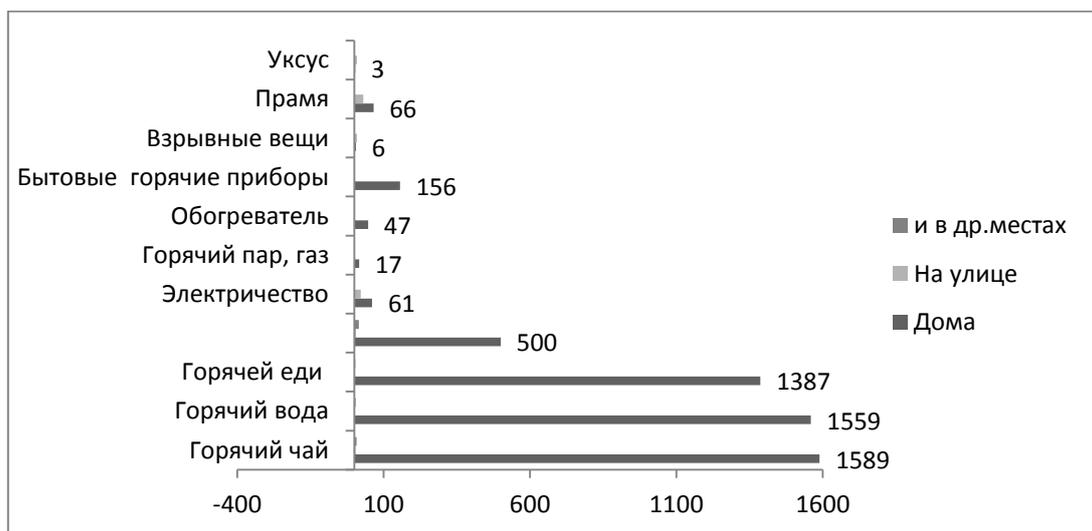


Рис. 2. Причина и место получения ожогов детей в возрасте 0-5 лет, 2004-2013 гг., ННЦИТО.

Бытовые ожоги происходили в основном в 11-12.00 дня, и вечером 19-20.00. А пик уличных ожогов 15.00 дня ( $p < 0.007$ ) (Рис. 3)

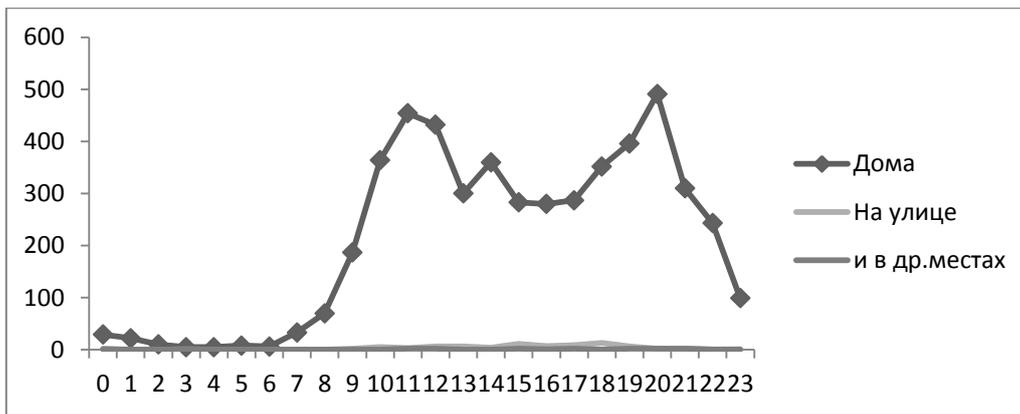


Рис. 3. Место и Время получения ожога среди детей 0-5 2004-2013 гг., ННЦИТО.

Чтобы рассчитать степень тяжести ожога мы сравнили продолжительность госпитализации со степенью повреждения поверхности и ожога. В результате видим, что если степень повреждения поверхности составляет меньше 10%, то среднее количество койко-днейт – 20-24 (1211); степень повреждения поверхности 40% и больше – 0-4 (22) койко-дней. Из этого исследует, что чем выше степень тяжести ожога, тем меньше дней госпитализации, т.е смертность детей с тяжелыми ожогами поступает в короткое время ( $p < 0.0001$ ) (рис.4).

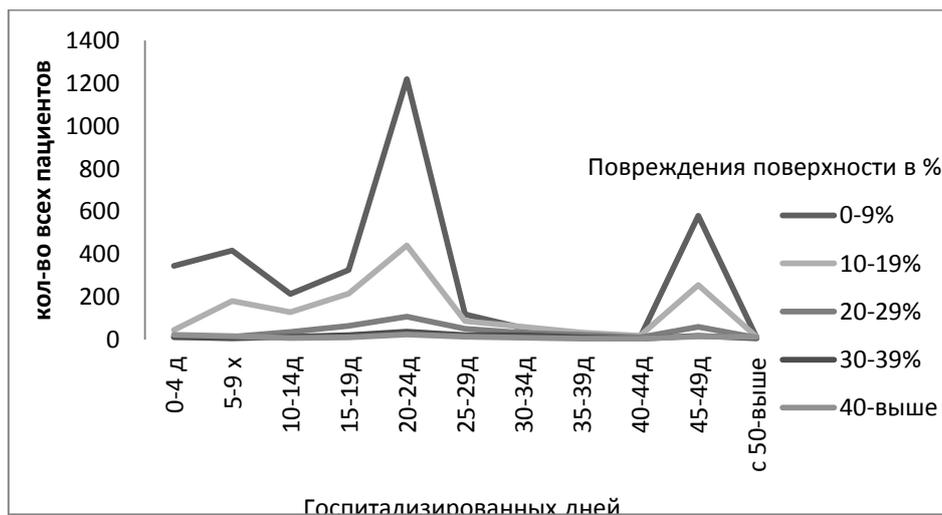


Рис. 4. Госпитализация и смертность детей от ожога в возрасте 0-5 лет, по степень повреждения поверхности в процентах и по средний койко-день. 2004-2013 гг., ННЦИТО.

Ожоговый центр при НИИЦТО Монголий оказывает большую долю медицинских услуг при ожогах и ожоговых болезнях. Наша работа показывает, что за последние 10 лет ожоговые случаи среди детей в возрасте 0-5 лет увеличилось, так что они составляют 56%. То есть  $\frac{1}{2}$  из всех ожоговых случаев относится к детям 0-5 лет, и  $\frac{1}{2}$  из них – дети 1-2 лет, так как именно в этом возрасте они начинают ходить. Причины ожогов зависят от возраста детей: дети младшего возраста больше всего становятся жертвами термических ожогов, как кипятков. А старшем возростом дети страдают от пламенного ожога и электрических приборов (китайский горячий горшок). Ожоги от электрических приборов являются риском фактора смертности [3]. Наше исследование показало, что мальчики больше всех страдают от ожогов, так как они очень подвижны. Данный результат согласуется с другими. В развитых странах, на пример, в Арабские Эмираты, дети в возрасте 0-5 лет, особенно мальчики получают ожог от кипятка дома (69%) [4].

Дети в основном получают ожоговые травмы дома (99%). Это объясняется тем, что большинство из них живут в юртах, монгольское национальное жильё. А также по нашим гипотезам современная структура жилья, гостинный в месте с кухней, тоже имеет конкретное влияние на бытовые ожоги [5].

Мы исследовали, что пик час ожоговых травм это период обеда и ужина. Ученные других стран твердят, что во время еды происходят ожоговые травмы. В 2003 году, в Бангладешт провели исследование и результаты показали, что детей в возрасте 1-4 лет больше всех становятся жертвами ожога и по определению времени травмы – 9-15 часа. 90% из этих случаев происходил на кухне, дома [6]. По степени ожога, продолжительность госпитализации длится в среднем 22 дней если повреждение поверхности составляет меньше 10%. А если выше 40%,

то смерть поступает быстро и госпитализация продолжается в среднем 0-4 дней. Если сравнить данные, то они сходятся с другими странами, как Чехия. Там госпитализация длится в среднем 16 дней, если повреждения поверхности меньше 10%, но а дети с повреждениями поверхности были госпитализированны 91 день. Мальчики с тяжелыми ожоговыми травмами лечились долго [7].

Для уменьшения ожоговых травм и болезней надо проводить образовательную программу для родителей и детям. А также государство должен обратить внимание на снабжения больниц, в том числе организовывать современную ожоговую приёмную.

#### Список литературы:

1. Michael Peck., Charles Mock at al. A WHO plan for burn prevention and care.2008; 2: P. 2-3.
2. Papp A et al. Paediatric ICU burns in Finland 1994–2004 // Burns. 2008. – Vol. 34. – P. 339-344.
3. Saffle JR., Davis B., Williams P at al. Recent outcomes in the treatment of burn injury in the United States. JBICR 1995;16: P. 219-232.
4. Michal G., Hani O.Eid., Firkri M.Abu-Zidan. Epidemiology of burns in the United Arab Emirates: Lessons for prevention. Burn, May 2014, Volume 40, Issue 3, P. 500-505.
5. Chung ECH et al. Burn injuries in China: a one year survey at the United Christian Hospital // Hong Kong Practice. 1996. Vol.18. S.631–636.
6. Mashreky S.R., Rahman A. Epidemiology of childhood burn: Yield of largest community based injury survey in Bangladesh // Burns. 2008. Vol.34. – №6. – P. 856-62.
7. Alexander Martin., Michal Grivna at al. Severe childhood burns in the Czech Republic: risk factors and prevention.WHO. 2009.87. S. 374-38.

**Повторные бактериальные осложнения ОРВИ у детей:  
этиологические аспекты и современные подходы к терапии**

**Ольга Викторовна Шварацкая**

*к.мед.н., ассистент,*

*Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины,*

*г. Днепропетровск, Украина*

*e-mail: olbelava@gmail.com*

**Анна Владимировна Карпенко**

*аспирант,*

*Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины,*

*г. Днепропетровск, Украина*

*e-mail: pedia2@i.ua*

***Аннотация.** В статье рассмотрены вопросы повторных бактериальных осложнений ОРВИ в детском возрасте. Изучалась микробиологическая структура осложнений, а также изучены уровни лактоферрина, лизоцима, секреторного иммуноглобулина А, человеческого кателицидина в ротоглоточном секрете у детей, переносящих ОРВИ с развитием бактериальных осложнений. Описывается взаимосвязь особенностей состояния местной резистентности слизистых оболочек верхних дыхательных путей и причинных агентов бактериальных осложнений ОРВИ.*

***Ключевые слова:** острые респираторные вирусные инфекции, острый средний отит, риносинусит, лизоцим, дети.*

***Abstract.** The study is to investigate the issue of recurrent bacterial complications of upper respiratory infections in childhood. We studied the microbial structure of these complications, and levels of lactoferrin, lysozyme, secretory immunoglobulin A, human cathelicidin were determined*

*in oropharyngeal secretions in children who were suffering complicated URI. Correlations between state of the local resistance of the upper respiratory tract mucous membranes and the etiological agent of complicated URI are described.*

**Keywords:** *upper respiratory infection, acute otitis media, rhinosinusitis, lysozyme, children.*

**Актуальность.** Рецидивирующие бактериальные осложнения острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) являются проблемой, характерной для определенного контингента детей, у которых они могут способствовать нарушению процессов становления нормального иммунного ответа, а также негативно влиять на социальную адаптацию ребенка и успешность школьного обучения. Необходимость проведения повторных и длительных курсов антибиотикотерапии при частых бактериальных осложнениях ОРВИ приводит к увеличению медикаментозной нагрузки на организм, способствуя возрастанию рисков возникновения побочных и аллергических реакций, а также повышает стоимость лечения ОРВИ [3]. Все перечисленное наделяет указанную проблему существенным медико-социальным значением. Склонность к рецидивирующим бактериальным осложнениям ОРВИ может быть связана в том числе с изменением местной резистентности слизистых оболочек верхних дыхательных путей (ВДП) у некоторых детей.

**Цель исследования.** Таким образом, целью исследования стало изучение структуры патогенов при повторных бактериальных осложнениях ОРВИ у детей в зависимости от состояния локальной защиты слизистых оболочек (ВДП).

**Материалы и методы исследования.** Было обследовано 104 ребенка в возрасте от 3-х до 18-ти лет, проживающих в г.

Днепропетровск, в период ОРВИ, которая осложнилась развитием острого гнойного среднего отита или риносинусита. Выделены две группы исследования: I – 64 ребенка с частотой бактериальных осложнений ОРВИ 2 и менее случаев в течение последнего года; II – 40 детей с частотой бактериальных осложнений ОРВИ 3 и более эпизодов в год. Было проведено бактериологическое исследование назофарингеальных мазков и отделяемого из очага воспаления, а также определение уровней человеческого кателицидина (hCAP/LL-37), секреторного иммуноглобулина А (sIgA), лизоцима и лактоферрина в ротоглоточном секрете в динамике трижды: в начале развития бактериального осложнения, в конце заболевания и в интеркуррентном периоде. В качестве референтных использованы показатели, полученные у 30 здоровых детей, которые не болели ОРВИ в течение последнего месяца.

**Результаты и обсуждение.** Структура бактериальных осложнений ОРВИ в обеих группах исследования была подобной: острый риносинусит выявлялся в 64,7% случаев и проявлялся у детей младшей возрастной группы чаще воспалением носоглоточной миндалины, а у старших детей – воспалением придаточных пазух носа. Частота выявления острого среднего отита составила 35,3%. Структура осложнений в целом совпадала с данными литературы [1,2]. Частота выявления возбудителя при остром риносинусите – 68,5% случаев, при остром среднем отите – в 61,5% случаев, что совпадает с данными Американской ассоциации педиатров [4, 5].

При сравнении показателей состояния местной резистентности слизистых оболочек верхних дыхательных путей детей I и II групп исследования существенных различий в концентрациях hCAP/LL-37, sIgA и лактоферрина в динамике заболевания выявлено не было. Так, при первом исследовании содержание hCAP/LL-37 составило

65,68±7,20 нг / мл и 46,75±6,93 нг / мл; лактоферрина – 64,11±3,24 мкг/мл и 53,93±3,77 мкг / мл соответственно в I и II группе ( $p>0,05$ ); при втором исследовании hCAP/LL-37 в I группе составило 16,83±3,09 нг / мл, во II – 11,16±3,14 нг / мл; лактоферрина – 16,98±2,09 мкг / мл и 13,93±1,38 мкг / мл соответственно ( $p >0,05$ ). Существенные различия касались лишь уровня лизоцима: содержание его в ротоглоточном секрете детей II группы был достоверно ниже по сравнению с I группой и контрольными значениями как в начале развития бактериального процесса (21,84 ± 2,12 пг / мл во II группе против 36,94 ± 2,60 пг / мл в первой группе и 37,72 ± 2,23 пг / мл в контроле,  $p <0,001$ ), так и в интеркуррентном периоде (19,29 ± 1,33 пг / мл против 26,24 ± 1 85 пг / мл в первой группе,  $p <0,05$ ), а в конце заболевания был сопоставим с контрольными значениями и также достоверно ниже показателей I группы (48,26 ± 3,29 пг / мл против 64,72 ± 2, 93 пг / мл в первой группе,  $p <0,01$ ).

При сравнении микробиологической картины у детей с редкими и частыми бактериальными осложнениями ОРВИ было отмечено, что во II группе в качестве возбудителя бактериального процесса достоверно чаще выделялся *St. aureus* по сравнению с I группой (45,0% против 28,1% соответственно,  $p <0,01$ ), и достоверно реже - *S. pneumoniae* (15,0% против 31,3%,  $p <0,01$ ).

При изучении состояния местной резистентности слизистых оболочек верхних дыхательных путей в связи с видом причинного патогена выявлены следующие особенности.

У детей I группы исследования прогрессирующее снижение содержания hCAP/LL-37 сопровождало развитие стафилококковой инфекции (в начале заболевания hCAP/LL-37 60,51 ± 1,09 нг / мл против 65, 68 ± 7,20 в среднем по этой группе ( $p> 0,05$ ) в конце заболевания – 1,82 ± 0,03 нг / мл против 16,83 ± 3,09 нг / мл в среднем по группе ( $p$

<0,01)), и сохранялось в интеркуррентном периоде. Снижение содержания лизоцима и sIgA сопровождалось развитием *H. parainfluenzae*. В то же время у детей с высоким содержанием факторов местной защиты слизистой основном были выделены патогены первой линии – пневмококк и гемофильная палочка.

У детей с повторными бактериальными осложнениями ОРВИ прослеживались схожие зависимости между уровнями защитных факторов интеркуррентного периода и определенными причинными агентами в развитии осложнений ОРВИ: дети с более низкими концентрациями исследуемых факторов были более склонны к развитию парагемофильной и стафилококковой инфекции, дети с более высокими – к присоединению пневмококков и гемофил. Однако в первые дни развития бактериальных осложнений у детей-носителей патогенов «второй линии» уровни человеческого кателицидина, лизоцима и лактоферрина оказывались выше, чем у детей, у которых был выделен пневмококк или гемофильная палочка. Так, уровень человеческого кателицидина hCAP/LL-37 у детей, у которых была определена стафилококковая инфекция, в начале развития бактериального процесса составил  $58,85 \pm 3,87$  нг / мл, парагемофильная инфекция –  $62,12 \pm 4,31$  нг / мл, тогда как у детей с пневмококковой и гемофильной инфекцией –  $43,71 \pm 2,23$  нг / мл и  $53,41 \pm 3,44$  нг / мл соответственно ( $p < 0,01$ ). Уровень лизоцима у детей-носителей *St. aureus* при исследовании в первые дни развития бактериального осложнения составил  $38,34 \pm 4,65$  пг / мл, у детей с отитом или синуситом, вызванным *Str. pneumoniae* –  $22,14 \pm 2,33$  пг / мл ( $p < 0,05$ ). Содержание лактоферрина в ротоглоточном секрете при наличии *H. parainfluenzae* составило  $67,53 \pm 5,54$  мкг / мл, при выявлении *Str. pneumoniae* –  $54,03 \pm 5,43$  мкг / мл ( $p < 0,05$ ). Однако уже в конце заболевания дети, у которых были выделены патогены первой линии,

снова демонстрировали более высокий уровень для большинства защитных факторов, кроме секреторного иммуноглобулина А.

Как уже упоминалось, золотистый стафилококк и парагемофильная палочка – патогены, характерные для хронических процессов, каковые более типичны для детей со исходно сниженной местной резистентностью слизистых оболочек. Повышение уровней факторов местной резистентности у таких детей в начале заболевания может отражать активацию защитных процессов в ответ на активацию хронического патогена, однако вскоре наступает истощение функционального резерва, особенно заметное в конце заболевания.

Учитывая изложенное, у 36 детей, склонных к повторным бактериальным осложнениям ОРВИ, был использован в местной терапии ОРВИ препарат, содержащий лизоцим (Лисобакт), что способствовало снижению частоты развития бактериальных осложнений ОРВИ на 19,8%, сокращению продолжительности основных симптомов заболевания на 1,7 дня.

**Выводы.** Таким образом, у детей с повторными бактериальными осложнениями ОРВИ в качестве возбудителей достоверно чаще встречаются агенты, типичные для хронических процессов (золотистый стафилококк), и реже – патогены, типичные для острых заболеваний (пневмококк), что может свидетельствовать о наличии хронических очагов инфекции в таких детей. Также в них существует недостаточность факторов местной защиты слизистых оболочек верхних дыхательных путей, особенно лизоцима. Повышение уровней факторов местной резистентности слизистых оболочек верхних дыхательных путей у этих детей в начале заболевания при наличии стафилококковой или парагемофильной инфекции может отражать активацию защитных процессов в ответ на активацию хронического

патогена, однако впоследствии возникает истощение функционального резерва, особенно выраженное в конце заболевания.

Все изложенное дает патогенетическое обоснование для использования в местной терапии бактериальных осложнений ОРВИ у детей с повторными бактериальными осложнениями ОРВИ препаратов, содержащих лизоцим.

#### Список литературы:

1. Кривопустов С. П. Острый средний отит у детей: взгляд педиатра на проблему // Дитячий лікар. – 2010. – №1. – С. 12-18.

2. Крючко Т. А. Острый средний отит у детей: современный взгляд на проблему / Т. А. Крючко, Т. В. Шпехт, О. Я. Ткаченко // Здоровье ребенка. – 2010. – №2 (23). – С. 7-10.

3. Нестерова И.В. Проблемы лечения вирусно-бактериальных респираторных инфекций у «часто и длительно болеющих» детей. – Лечащий врач. – 2009. - №6. – С. 40-43.

4. The Diagnosis and Management of Acute Otitis Media. Allan S. Lieberthal, Aaron E. Carroll, Tasnee Chonmaitree et al. Pediatrics 2013;131(3): P. 964-999.

5. Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Management of Acute Bacterial Sinusitis in Children Aged 1 to 18 Years. Ellen R. Wald, Kimberly E. Applegate, Clay Bordley et al. Pediatrics 2013;132(1): P. 262-280.

**Функциональное состояние дыхательной системы у мужчин,  
проживающих в сельской местности, в зависимости от возраста**

**Марина Александровна Щербакова**

*к.биол.н.,*

*старший преподаватель кафедры анатомии и физиологии,*

*Витебский государственный университет им. П.М. Машерова,*

*г. Витебск, Р. Беларусь*

**Марина Ивановна Бутько**

*Студентка 5 курса биологического факультета,*

*Витебский государственный университет им. П.М. Машерова,*

*г. Витебск, Р. Беларусь*

**Аннотация.** В статье рассматриваются изменения функционального состояния дыхательной системы у мужчин, проживающих в сельской местности, в зависимости от возраста.

**Ключевые слова:** дыхательная система, функции внешнего дыхания, сельское население, спирография, пневмотахометрия.

**Abstract.** In article changes of a functional condition of respiratory system at the men living in a countryside, depending on age are considered.

**Keywords:** respiratory system, functions of external breath, rural population, spirometric, pneumotachometry.

**Введение.** Функциональное состояние – это совокупность наличных характеристик физиологических и психофизиологических процессов, во многом определяющих уровень активности функциональных систем организма, особенности жизнедеятельности, работоспособность и поведение человека.

Поскольку функциональные состояния представляют собой сложные системные реакции на воздействие факторов внутренней и внешней среды, их оценка должна быть комплексной и динамичной. Наиболее существенными для выявления специфики того или иного состояния служат показатели деятельности тех физиологических систем, которые являются ведущими в процессе выполнения физической нагрузки [1].

В настоящее время установлено, что в системе внешнего дыхания происходят закономерные инволютивные перестройки, связанные с процессами старения. Грудная клетка, дыхательные пути и легкие претерпевают структурные и функциональные изменения, приводящие к уменьшению бронхиальной проходимости, жизненной емкости легких, увеличению физиологического мертвого пространства, ухудшению вентиляционно-перфузионных отношений и созданию условий для последующего развития патологий. Сегодня неоспоримым является факт взаимосвязи возрастных изменений и частоты возникновения заболеваний дыхательной системы [2].

На сегодняшний день с целью улучшения функционального состояния дыхательной системы применяются различные методики респираторной гимнастики, дыхательные тренажеры, гипоксические или гиперкапнические факторы. Однако не так часто в их основу положен учет возрастных изменений организма и величин парциального давления углекислого газа в альвеолярном воздухе, что определяет необходимость дальнейшего изучения данного вопроса.

**Цель.** Изучить изменения функционального состояния дыхательной системы у мужчин, проживающих в сельской местности, в зависимости от возраста.

**Материалы и методы исследования.** Спирометрия, пневмотахометрия, статистический, описательный, сравнительно-сопоставительный.

Спирометрия – это важнейший способ оценки функции внешнего дыхания. Данным методом определяется жизненная емкость легких, легочные объемы, а также объемная скорость воздушного потока. При проведении спирометрии человек вдыхает и выдыхает с максимальной силой. Наиболее важные данные дает анализ экспираторного маневра – выдоха. Легочные объемы и емкости называются статическими (основными) дыхательными показателями.

Задачами функционального исследования параметров внешнего дыхания является раннее выявление нарушений дыхания на доклинической стадии и их дифференциальная диагностика, оценка обоснованности и эффективности проводимого лечения, определение прогноза заболевания и проведение экспертизы трудоспособности. Эти задачи решаются как при исследовании ФВД, включающем спирографию и пневмотахографию, так и с использованием более сложных методов, позволяющих изучать показатели механики дыхания и газообмена в лёгких [3].

Исследование проводилось среди респондентов, проживающих в сельской местности. Были сформированы экспериментальные группы по возрастам (меньше 30 лет – 144 чел.; 30-39 лет – 37 чел.; 40-49 лет – 63 чел.; 50-59 лет – 162 чел.; старше 60 лет – 155 чел.). Исследование ФВД проводилось на аппарате «МАС-1» (Республика Беларусь), с помощью которого определялись 15 объемов и емкостей: ЖЕЛ (жизненная емкость легких (л)),  $PO_{вд}$  (резервный объем вдоха (л)),  $PO_{выд}$  (резервный объем выдоха (л)), ДО (дыхательный объем (л)), МОД (минутный объем дыхания (л)), ЧД (частота дыхания в минуту), ФВД (функция внешнего дыхания), ФЖЕЛ (форсированная жизненная

емкость легких (л)), ОФВ<sub>1</sub> (объем форсированного выдоха за первую секунду (л)), ИТ (индекс (тест) Тиффно (%)), ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЕЛ (отношение ОФВ<sub>1</sub> к ФЖЕЛ (%)), ПОС<sub>выд</sub> (предельная объемная скорость выдоха (л/с)), МОС<sub>25</sub> (максимальная объемная скорость при выдохе 25% ЖЕЛ (л/с)), МОС<sub>50</sub> (максимальная объемная скорость при выдохе 50% ЖЕЛ (л/с)), МОС<sub>75</sub> (максимальная объемная скорость при выдохе 75% ЖЕЛ (л/с)), СОС<sub>25-75</sub> (средняя объемная скорость выдоха на уровне 25-75% ЖЕЛ (л/с)) [2].

**Результаты исследования.** Состояние атмосферного воздуха в сельской местности является одной из наиболее значимых экологических проблем для мирового сообщества. Это связано с тем, что здоровье людей напрямую зависит от качества окружающей среды. Поэтому необходимость охраны природных ресурсов (окружающей среды), в том числе и качественного состава воздуха, является актуальной медико-экологической задачей.

Загрязнение атмосферного воздуха воздействует на здоровье человека и на окружающую среду различными способами – от прямой и немедленной угрозы до медленного и постепенного разрушения различных систем жизнеобеспечения организма. Во многих случаях загрязнение воздушной среды нарушает структурные компоненты экосистемы до такой степени, что адаптационные процессы не в состоянии вернуть их в первоначальное состояние и в результате механизм гомеостаза не срабатывает [4].

Из полученных данных следует, что с увеличением возраста респондентов более выражены нарушения функции лёгких. Возраст менее 30 лет не оказывал статистически достоверного влияния на изменения величин определявшихся функциональных показателей.

В возрастной группе от 30 до 39 лет снижаются ЖЕЛ на 8% ( $89,67 \pm 7,65\%$ ), ОФВ<sub>1</sub> на 2% ( $88,76 \pm 6,68\%$ ), ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЕЛ на 1%

(77,43±1,79%), индекс Тиффно на 7%, ФЖЕЛ на 4% (96±7,86%) выше нормы. В этой группе показатели резервного объема выдоха уменьшаются в 1,08 раз и выходят за границы нормы (1,39±0,18 л) (норма 1,5 л). Кроме того, установлено снижение скорости показателей форсированного выдоха: ПОС<sub>выд</sub> на 14% (69,71±7,33%), МОС<sub>25</sub> на 14% (67,38±6,58%), МОС<sub>50</sub> на 6% (70,71±5,87%), МОС<sub>75</sub> на 7% (65,24±7,79%) и СОС<sub>25-75</sub> на 4% (71,95±6,4%). Средние значения уровня проходимости средних бронхов указывают на дыхательную недостаточность у респондентов первой степени.

В возрасте 40 – 49 лет у мужчин основной группы снижены показатели ЖЕЛ на 16% (81,1±3,55%), ОФВ<sub>1</sub> на 19% (67,54±4,25%), ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЕЛ на 11% (66,9±2,2%), ПОС<sub>выд</sub> на 24% (59,59±4,23%), МОС<sub>25</sub> на 32% (49,08±4,51%), МОС<sub>50</sub> на 31% (45,15±4,56%), МОС<sub>75</sub> на 30% (42,67±5,23%), СОС<sub>25-75</sub> на 29% (46,92±4,51) и РО<sub>выд</sub> в 1,43 раза (0,94±0,13 л).

Показатели максимальной объемной скорости при выдохе 50 и 75% ФЖЕЛ и СОС<sub>25-75</sub> свидетельствуют о наличии дыхательной недостаточности 2 степени.

У мужчин, проживающих в сельской местности, от 50 лет и старше, подвергающихся воздействию относительно невысоких концентраций вредных веществ, средние значения всех показателей, кроме ДО (л) и МОД (л), оказались достоверно ниже, чем норма. Все показатели системы вентиляции легких указывают на наличие 1 – 3 степени дыхательной недостаточности. Резервный объем вдоха у лиц 50-59 лет уменьшился в 1,4 раза и составил 1,85±0,1 л.

У мужчин основной группы 50-59 лет наблюдается снижение ЖЕЛ на 13% (83,85±2,29%), ФЖЕЛ на 6% (86,73±2,46%), ОФВ<sub>1</sub> на 19% (67,55±2,98%), ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЕЛ на 15% (63,27±1,92%), индекса Тиффно на 26% (62,3±2,02%), ПОС<sub>выд</sub> на 31% (52,95±2,69%), МОС<sub>25</sub> на 35%

(46,29±2,98%), МОС<sub>50</sub> на 30% (46,11±3,32%), МОС<sub>75</sub> на 32% (40,65±3,26%) и СОС<sub>25-75</sub> на 29% (47,58±3,4%). Средние значения ЖЕЛ, ФЖЕЛ, ОФВ<sub>1</sub>, ПОС<sub>выд</sub>, МОС<sub>25</sub> и СОС<sub>25-75</sub> соответствуют первой степени дыхательной недостаточности. При этом величины бронхиальной проходимости на уровне крупных и средних бронхов указывают на вторую степень дыхательной недостаточности у респондентов основной группы в возрасте 50-59 лет.

Максимальные отклонения от контрольных значений были диагностированы у респондентов старше 60 лет. Достоверно снижаются ЖЕЛ на 26,8% (70,5±2,61%), ФЖЕЛ на 15,3% (77,01±2,82%), ОФВ<sub>1</sub> на 26,2% (60,13±3,06%), ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЕЛ на 16,5% (61,69±1,92%), ПОС<sub>выд</sub> на 37,1% (46,47±2,67%), МОС<sub>25</sub> на 40,7% (40,31±2,86%), МОС<sub>50</sub> на 36,1% (40,38±3,06%), МОС<sub>75</sub> на 38,8% (33,69±2,38%) и СОС<sub>25-75</sub> на 35,5% (40,88±2,99%). Средние значения ФЖЕЛ и ОФВ<sub>1</sub> соответствуют 1 степени, ЖЕЛ, ПОС<sub>выд</sub>, МОС<sub>25</sub>, МОС<sub>50,75</sub>, СОС<sub>25-75</sub> – 2 степени дыхательной недостаточности [5].

Таким образом, ФВД у мужчин в зависимости от возраста изменяется следующим образом: до 30 лет не наблюдалось изменения; в возрасте 30 – 39 лет объемные и скоростные показатели имеют тенденцию к изменению; в возрасте от 40 до 49 лет выявляются легкие изменения вентиляционной способности лёгких, а умеренные и значительные в возрасте 50 – 59 и старше 60 лет.

**Выводы.** Болезни органов дыхания напрямую зависят от состояния окружающей среды и занимают одно из ведущих мест в структуре заболеваемости, инвалидности и смертности населения [6].

Функциональные методы исследования занимают ведущее место в диагностике состояния дыхательной системы, поскольку позволяют выявить респираторные нарушения, которые существенно опережают клинические и рентгенологические проявления болезни. В настоящее

время считается, что функциональные методы исследования способствуют раннему выявлению болезней органов дыхания и их предупреждению [7].

Анализ состояния ФВД у мужчин позволил выявить особенности функционального состояния (ЖЕЛ снизился на 13%; отношение  $ОФВ_1/ФЖЕЛ$  снизилось на 5% по сравнению с нормой;  $СОС_{25-75}$  на 23%).

Функции внешнего дыхания у мужчин в зависимости от возраста изменяется следующим образом: до 30 лет не наблюдалось изменения; в возрасте 30-39 лет объемные и скоростные показатели имеют тенденцию к изменению; в возрасте от 40 до 49 лет выявляются легкие изменения вентиляционной способности лёгких, а умеренные и значительные в возрасте 50-59 и старше 60 лет.

#### Список литературы:

1. Зиневич А.Н. Приборные методы исследования органов дыхания / А.Н. Зиневич. – Л.: Лен. ГИДУВ, 1991 – 18 с.
2. Исследование функции внешнего дыхания: методическое пособие / А.А. Бова [и др.]. – Мн.: МГМИ, 1995. – 107 с.
3. Щербакова М.А. Актуальные эколого-гигиенические проблемы и основные факторы риска условий труда в ковровом производстве / М.А. Щербакова // Вест. Витебск. гос. мед. ун-та. – 2006. – Т. 5. №1. – С. 89-93.
4. Щербакова М.А. Влияние антропогенных факторов окружающей среды на дыхательную систему человека / М.А. Щербакова // Здоровье: под. ред. И.М. Прищепа. – Витебск. 2004. – С. 88-97.
5. Щербакова М.А. Оценка влияния загрязнения атмосферного воздуха на заболеваемость населения болезнями органов дыхания в

системе социально-гигиенического мониторинга: метод. рекомендации / М.А. Щербакова. – Витебск: ВГУ имени П.М. Машерова, 2013 – 40 с.

6. Щербакова М.А. Патологическая изменчивость респираторной системы человека в современных условиях / М.А. Щербакова // Экологическая антропология: Ежегодник: материалы X Междунар. науч.-прак. конф. «Отдаленные последствия Чернобыльской катастрофы: экологические, медицинские и социальные аспекты. Реабилитация пострадавших», Минск, 25-27 сент. 2002 г. / Беларус. гос. пед. ун-т, Беларус. комитет «Дети Чернобыля»; под. ред. Т.В. Белоокой. – Минск, 2003. – С. 94-96.

7. Щербакова М.А. Уровень заболеваемости бронхиальной астмой и хроническим бронхитом как маркер экологической ситуации в городской среде / М.А. Щербакова // Экология – 2003: тез. молодежной Междунар. конф. Архангельск, 17-19 июня 2003 г. / Российская академия наук. Ин-т экологических проблем Севера УрО РАН; отв. ред. Ф.Н. Юдассин. – Архангельск. 2003. – С. 298.

УДК 616.12-008.46; 616.146.2

**Состояние почечной гемодинамики и функции почек  
у больных с хронической сердечной недостаточностью**

***Феруз Хусанович Элмурадов***

*Резидент второго курса магистратуры по направлению  
«Кардиология»,*

*Ташкентска Медицинска Академия,*

*г. Ташкент, Р. Узбекистан*

***Абдигаффор Гадаевич Гадаев***

*Резидент второго курса магистратуры по направлению  
«Кардиология»,*

*Ташкентска Медицинска Академия,*

*г. Ташкент, Р. Узбекистан*

***Матлуба Эшбаевна Рахимова***

*Резидент второго курса магистратуры по направлению*

*«Кардиология»,*

*Ташкентска Медицинска Академия,*

*г. Ташкент, Р. Узбекистан*

***Абдунаби Абдирашидович Разиков***

*Резидент второго курса магистратуры по направлению*

*«Кардиология»,*

*Ташкентска Медицинска Академия,*

*г. Ташкент, Р. Узбекистан*

*e-mail: Fer\_uzbek@mail.ru*

***Аннотация.*** *Проспективный анализ показывает, что во многих случаях нарушение функций почек является параллельной патологией при ХСН, которое ухудшает прогноз заболевания и требует особого внимания в коррекции лечения.*

***Ключевые слова:*** *Хроническая сердечная недостаточность, хроническая болезнь почек, кардиоренальный синдром.*

***Abstract.*** *Prospective analysis shows that in many cases, kidney dysfunction is parallel pathology in CHF, which worsens the prognosis of the disease and requires special attention in the correct treatment.*

***Keywords:*** *Chronic heart failure, chronic kidney disease, cardiorenal syndrome.*

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является одной из наиболее важных медико-социальных проблем. Актуальность этой темы обусловлена прогрессирующим и прогностически неблагоприятным

течением ХСН, её высокой распространенностью среди населения [1] и постоянно увеличивающимися финансовыми расходами на лечение больных.

Распространенность этого заболевания увеличивается с возрастом и достигает 10-20% у лиц в возрасте 70-80 лет [2]. В будущем в связи со старением популяции и увеличением выживаемости больных с различной сердечно-сосудистой патологией ожидается, что количество больных с ХСН еще более возрастет.

Прогноз у больных с ХСН крайне неблагоприятный. По международным данным, смертность среди них в 4-8 раз выше, чем в общей популяции соответствующего возраста, и сравнима или даже превосходит смертность от таких онкологических заболеваний, как рак молочной и предстательной железы, колоректальный рак [3]. У больных с ХСН IV ФК NYHA смертность в течении полугода достигает 44%. При не тяжелой ХСН в течение 4 лет с момента постановки диагноза живет лишь половина больных [4].

В последние годы было показано, что к значительному ухудшению прогноза при ХСН считается нарушения функции почек, которое приводит к повышению концентрации креатинина в сыворотке крови и снижению скорости клубочковой фильтрации (СКФ) [5]. Нарушения функции почек являются важным фактором риска развития прогрессирования ХСН. Результаты эпидемиологических и популяционных исследований свидетельствуют о том, что даже самые ранние субклинические нарушения функции почек приводит к резкому ухудшению состояния пациентов с ХСН [6].

Назначение адекватной терапии способно снизить риск развития сердечно-сосудистых и почечных осложнений, замедлить прогрессирование нарушения функции почек. В настоящее время продолжают исследования взаимосвязи между состоянием почечного

кровотока и показателей сердечной гемодинамики при ХСН, которое считается важным для определения прогноза.

**Цель исследования:** Целью нашего исследования было изучить изменения функционального состояния почек и почечной гемодинамики, их взаимосвязь с выраженностью клинической симптоматики у больных с ХСН.

**Материал и методы.** Обследовано 20 пациентов (11 мужчины и 9 женщин) с клиническими проявлениями ХСН, находившихся на стационарном лечении в отделениях кардиологии и кардиореабилитации 3-клиники ТМА, в возрасте 51-83 лет, средний возраст –  $66,8 \pm 9,8$  лет. Из исследования были исключены больные с острой сердечной недостаточностью, острым инфарктом миокарда, нестабильной стенокардией, идиопатической кардиомиопатией, перикардитами, ревматическими пороками сердца, миокардитами. Всем больным были проведены общепринятые методы исследования (клинический и биохимический анализы крови, общий анализ мочи, ЭКГ, ЭхоКГ, дуплексного сканирования почечных артерий). Диагностику и оценку ХСН проводили согласно с Национальными Рекомендациями ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН (2012). Клубочковую фильтрацию рассчитывали по формуле Cockcroft-Gault. Согласно NKF Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease (2002). Эхокардиография проводилась в В- и М-режимах импульсным датчиком 2,5-3,5 МГц, измерения проводили согласно рекомендациям американского эхокардиографического общества. Почечную гемодинамику оценивали с помощью ДСПА конвексным датчиком с частотой 2,5-5,0 МГц с полипозиционным положением больного.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы Statistica for Windows. Достоверность различий между параметрами определяли по критерию t Стьюдента.

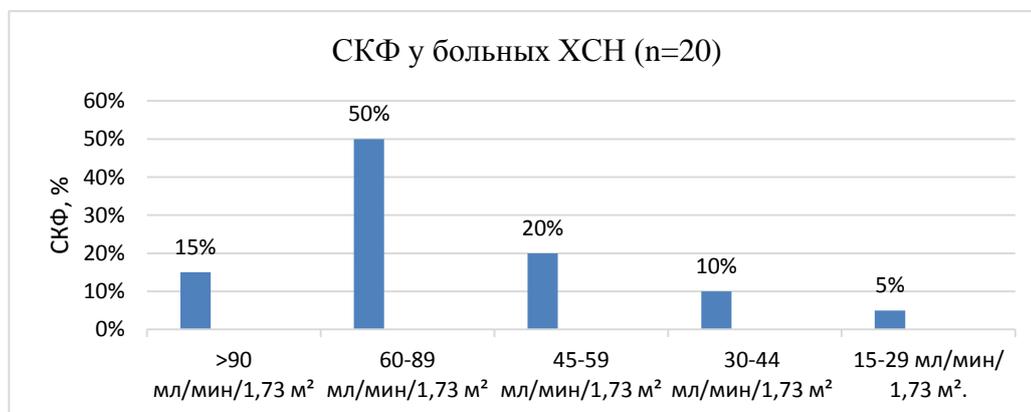


Рис. 1. Распространенность степеней ХБП среди больных ХСН.

**Результаты исследования:** В ходе исследования среди больных с ХСН у 15% была выявлена СКФ >90 мл/мин/1,73 м², у 50% – 60-89 мл/мин/1,73 м², у 20% – 45-59 мл/мин/1,73 м², у 10% – 30-44 мл/мин/1,73 м² и у 5% – 15-29 мл/мин/ 1,73 м² (Рисунок 1). Таким образом, ХБП со СКФ <60 мл/мин/ 1,73 м² наблюдалась у 35% больных с ХСН. Анализ возрастных особенностей распространенности ХБП среди больных с ХСН показал рост частоты снижения СКФ с увеличением возраста больных, а так же при нарастании ФК ХСН. Линейные ( $V_{ps}$ ,  $V_{ed}$ ) и объемные скорости кровотока ( $CO_{к_{общ}}$ ,  $CI_{к_{общ}}$ ,  $CO_{к_{баз}}$ ,  $CI_{к_{баз}}$ ) у большинства больных с ХСН были ниже, а пульсационный (PI) и резистивный индексы (RI) – выше, чем у здоровых лиц ( $p < 0,001$ ). Линейные скорости кровотока, индексы периферического почечного сопротивления и параметры объемного почечного кровотока коррелировали с показателями сократительной функции сердца и проявлениями дисфункции почек. Средний ФК ХСН составляло  $2,2 \pm 0,8$  у больных с нормальной СКФ почек, при ассоциированной ХБП этот показатель был выше ( $2,6 \pm 0,7$ ;  $p < 0,001$ ). У больных с ХСН, ассоциированной с ХБП, чаще наблюдалась анемия, при этом уровень

гемоглобина снижался по мере нарастания тяжести ХБП. Проведенный многофакторный регрессионный анализ показал независимую связь концентрации гемоглобина и СКФ ( $p < 0,01$ ). Эхокардиографические показатели такие как конечный диастолический размер (КДР) составлял  $51,43 \pm 6,4$  мм и конечный систолический размер (КСР)  $35,6 \pm 4,5$  мм ( $p < 0,1$ ) у больных ХСН, в то время при ассоциированные с ХБП эти показатели были  $52,1 \pm 8,0$  мм,  $38,0 \pm 7,0$  мм ( $p < 0,06$ ), соответственно. При оценке структурных изменений сердца установлено, что больные ХСН наличием и отсутствием ХБП не различались по величине ФВ левого желудочка.

**Заключение:** Течение хронической сердечной недостаточности, ассоциированной с хронической болезнью почек, характеризуется более тяжелыми клиническими проявлениями и течением заболевания. Результаты показывают, что во многих случаях нарушение функций почек является параллельной патологией при ХСН, которое ухудшает прогноз заболевания и требует особого внимания в коррекции лечения.

#### Список литературы:

1. Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю., Агеев Ф.Т. Эпидемиологическое исследование сердечной недостаточности: состояние вопроса // Сердечная недостаточность. – 2002. – С. 95.
2. Мареев В.Ю. Основные достижения в области понимания, диагностики и лечения ХСН в 2003 году // Сердечная недостаточность. – 2004. – С. 102.
3. Напалков Д.А., Сулимов В.А., Сеидов Н.М. Хроническая сердечная недостаточность: смещение фокуса на начальные стадии заболевания // Лечащий врач. – 2008. – С. 98.
4. Резник Е.В., Гендлин Г.Е., Сторожаков Г.И. «Дисфункция почек у больных с хронической сердечной недостаточностью: патогенез,

диагностика и лечение» // Сердечная недостаточность, Т.6. – №6(34), 2005. – С. 45-50.

5. Marenzi G., Lauri G., Guazzi M. et al. Cardiac and renal dysfunction in chronic heart failure: relation to neurohumoral activation and prognosis // Am J Med Sci. 2001. Vol. 321 (6). – P. 359-366.

6. Smith GL, Lichtman JH, Bracken MB et al. Renal impairment and outcomes in heart failure: systematic review and meta-analysis. J Am Coll Cardiol. 2006. – P. 198.

УДК 316.648

**Формирование здорового образа жизни методами социальной работы у несовершеннолетних из неблагополучных семей**

**Ольга Евгеньевна Андрющенко**

*к.соц.н., доцент,*

*доцент кафедры социальной работы и педагогики,*

*Волгоградский государственный университет,*

*г. Волгоград, Россия*

*e-mail: maimail@list.ru*

**The formation of healthy lifestyle by social work's among adolescents from disadvantaged families**

**Olga Evgenevna Andryushchenko**

*candidate of sociological sciences, associate professor,*

*associate Professor of social work and pedagogy,*

*Volgograd state University, Volgograd, Russia*

**Аннотация.** Работа посвящена анализу эффективности коммуникативного тренинга как средства формирования здорового образа жизни у подростков из неблагополучных семей. Автором представлены результаты социологического исследования.

**Ключевые слова:** социальная работа, здоровый образ жизни, социальная служба, коммуникативный тренинг, семейное неблагополучие.

**Abstract.** This paper analyzes the effectiveness of communication training as a means of formation of healthy lifestyle among adolescents from

*disadvantaged families. The author presents the results of sociological research.*

**Keywords:** *social work, healthy lifestyle, social services, communication training, family well-being.*

The level of health of modern Russian youth, children and adolescents, the trends of the disability of the younger generation, their unequal access of parents to quality medical treatment and care, lack of primary prevention, and, most importantly, social and public importance of the health of the young generation for prosperous development determine a research interest in the topic.

Theoretical and methodological base of the research consists of the works of Russian scientists in the field of healthy lifestyle and problems of its formation (V.I. Zhuravleva, Yu.P. Lisitsin), youth as an object of social work (U.A. Zinova, S.Y. Ivanova, R.V. Karabut, V.A. Lukov), analyses of social work in the process of healthy lifestyle formation (O.Yu. Gerasimov, M.Zh. Esirkepov, A.V. Martynenko, Y.P. Shurygina).

Analyzes theoretical and methodological approaches allowed us to define a healthy lifestyle as a way and form of individual human life, aimed at the preservation and promotion of health and includes elements such as moving activity, proper nutrition, sleep, medical care, and the absence of addictive behavior [3]. The attitude of the younger generation to the need to preserve and strengthen health, to live a healthy life due to an objective (the example of parents and friends of the same age, the influence of the media) and subjective factors (personal motivation) [2].

It was found that the means (tools) and methods (conversation, lectures, interactive games, communication training) social work in the process of formation of healthy lifestyle of the younger generation aimed at

consolidating the positive health-promoting attitudes and skills of behavior [4, 5].

As shown by the analysis of the literature, the basis of motivation of behaviour of the young generation in their own health and attitudes to it are diverse, sometimes conflicting themselves needs [1]. The feature of maintaining a healthy lifestyle from the perspective of psychosocial work is that it is influenced by different activities and motives, directly not connected with the valuable attitude to health. Accordingly, health-preserving behavior has been stable and mostly unconscious compared with models of behavior, based on conscious motivation of individuals.

As empirically documentable criteria of adequacy/inadequacy of a healthy lifestyle to minors, we were interested in the following items:

- cognitive level – knowledge of the younger generation about healthy lifestyles, knowledge of significant risk factors and antierica, the understanding of the role of health in ensuring the efficiency of life and longevity;

- on an emotional level – the level of concern for their health;
- on motivational and behavioral levels, the interest is estimation of the importance of leading healthy lifestyles, the extent to which the actions and behaviour of the young person with the requirements of the healthy lifestyle.

Directly the empirical study included 2 questionnaires to minors, one of which was the control. In piloting the survey involved 50 people aged from 14 to 17 years, of which 52% were girls and 48% boys. It should be noted that before questioning the parents of all the adolescents were introduced to the questionnaire and expressed their consent to survey their children.

The results of these studies among adolescents allowed to make the following conclusions:

1. The older the adolescent, the effect of both objective and subjective reasons it is not satisfied with the state of his health.

2. Identified gender differences in responses about their health as a social value: for example, girls are more aware of the importance of their health and consider it as a terminal value, it is not associated with future maternal function, since the presence of healthy children in the future is the least popular answer among teenagers.

3. Those adolescents who considers himself a supporter of healthy lifestyles, in practice not in compliance with its basic principles. It is most vividly observed in relation to nutrition, physical fitness and the presence of harmful habits.

4. Much of the surveyed adolescents many factors that hinder the healthy lifestyle, largely due to the lack of motivation to a healthy lifestyle that, as the study showed, can be corrected to varying degrees by competent professionals in social work.

Program communicative trainings included sessions on such topics as «Learn to say no», «My routine», «Edible-inedible», «Sports and exercise», «Habits that are killing us». The control assessment has revealed that teenagers on certain criteria developed skills and attitudes in healthy lifestyle criteria such as excellent self-rated health (twice), assessment of own capacity to improve their level of Wellness (2.5 times), regular exercise (at 50%). There is a decrease in Smoking and irregular diet.

#### References:

1. Andryuschenko O.E. The Specificity of young people's attitudes to health as social values / O.E. Andryuschenko // the Society and the continuous human welfare // proceedings of International scientific Symposium «Society and lifelong well-being». Edited by G. A. Barysheva, L. M. Borisova, national research Tomsk Polytechnic University. Tomsk, 2014. – P. 84-87.

2. Zhuravleva V.I. Adolescent Health: a sociological analysis / I.V. Zhuravleva. – M.: Institute of sociology of the Russian Academy of Sciences, 2009. – 240 p.

3. Sadovnikov E.S. the Technologization of the process of formation of healthy lifestyle / E. S. Sadovnikov, O. E. Andryuschenko // Theory and practice of physical culture. – 2013. – №10. – P. 59-62.

4. Rysev S.V. Methods and techniques of communicative training / S. V. Rysev // Science and culture of Russia. – 2013. – Т. 2. – №1. – S. 117-118.

5. Chuksina I.G. fundamentals of technology communication training / Chuksina I. G. // proceedings of the Baltic state fishing fleet Academy: psychological and pedagogical science. – 2014. – №1 (27). – P. 89-91.

УДК 376

**Особенности отношения студентов к лицам с ограниченными возможностями здоровья**

***Юлия Ивановна Ардашова***

*к.пед.н., доцент кафедры социальной работы,  
Забайкальский государственный университет,*

*г. Чита, Россия*

*e-mail: Ms.ardashova@bk.ru*

***Сергей Тихонович Кохан***

*к.мед.н., доцент, заведующий научно-образовательного центра  
«Экология и здоровье человека»*

*Забайкальский государственный университет, г. Чита, Россия*

*e-mail: Ispsmmed@mail.ru*

***Аннотация.** В статье представлены результаты исследования отношения студенческой молодежи к инвалидам. Статья написана по итогам международного дискуссионного круглого стола «Доступность профессионального образования для лиц с ограниченными возможностями здоровья», целью которого являлось предоставление возможности участникам высказать свою точку зрения по проблеме обеспечения доступности профессионального образования для лиц с инвалидностью. Круглый стол проходил в Забайкальском государственном университете 2 декабря 2015 года и был посвящен Международному дню инвалидов. В статье также рассматриваются вопросы организации комплексного сопровождения студентов с инвалидностью и формирования доступной среды для инвалидов в вузе.*

***Ключевые слова:** лица с ограниченными возможностями здоровья, инвалидность, инклюзивное образование, студенческая молодежь, доступная среда, профессиональное образование.*

***Abstract.** The article presents the results of a study relationship of students with disabilities. The article is written on the basis of an international round table discussion «The availability of vocational training for persons with disabilities», which aims to provide an opportunity for participants to express their views on the issue of ensuring the availability of vocational education for persons with disabilities. The round table was held in the Trans-Baikal State University December 2, 2015 and was dedicated to the International Day of Disabled Persons. The article also deals with the organization of complex support students with disabilities and creating an accessible environment for people with disabilities in high school.*

***Keywords:** persons with disabilities; disability; inclusive education; students; accessible environment; vocational education.*

Сегодня, несмотря на произошедшие в последние годы положительные сдвиги в отношении к инвалидам в России, существуют значительные социально-психологические и личностные барьеры у студентов с инвалидностью, получающих профессиональное образование. Педагогическая практика показывает, в инклюзивных студенческих группах нередко возникают напряженные или даже конфликтные ситуации. В процессе стихийной интеграции студентов с ограниченными возможностями здоровья в образовательное пространство обычного вуза, толерантное отношение как социальная норма усвоена далеко не всеми участниками учебного процесса (учащимися и преподавателями). В связи с этим, требуется исследование особенностей отношения студенческой молодежи к лицам с ограниченными возможностями здоровья, для обеспечения возможности планирования, организации и проведения целенаправленной работы по формированию адекватного образа студента с ограниченными возможностями в современном образовательном социуме [1, 2, 3, 4].

Для исследования особенностей отношения студентов Забайкальского государственного университета к лицам с ограниченными возможностями здоровья был проведен анкетный опрос, в котором приняли участие – 200 человек (100%). Анкета включала 18 вопросов, предусматривающих открытые и закрытые варианты ответов. Опрашивались наиболее доступные респонденты – студенты разных факультетов, с 1-го по 4 курс (бакалавры), очной формы обучения. Размер и состав стихийной выборки заранее был не известен, и определялся только одним параметром – активностью респондентов. На момент проведения исследования в Забайкальском государственном университете всего обучалось 30 студентов с инвалидностью.

**Количество студентов с инвалидностью, обучающихся в Забайкальском  
государственном университете в 2015 г**

С нарушением зрения	С нарушением слуха, речи	С нарушениями опорно-двигательного аппарата	На кресле-коляске	С нервно-психическими заболеваниями	С соматическими заболеваниями	Нарушения не указаны
3 чел.	6 чел.	6 чел.	-	-	6 чел.	12 чел.
Итого: 30 чел.						

При проведении опроса выявлено положительное отношение большей части студентов (86%) к лицам с ограниченными возможностями здоровья, 4% – с жалостью, 2% – отрицательно и раздражительно, 8% – затруднились ответить. Отметим, что изменения в отношении к инвалидности включают как изменения в системе ценностей (равенство в правах, равные возможности и условия жизни), так и полную интеграцию инвалида во все сферы жизни общества (доступная среда, развитая инфраструктура). Необходим сдвиг в современном общественном сознании для восприятия инвалидов не как «особых», «других», уязвимых и обездоленных, а как равных, «как все», но нуждающихся в особых условиях для развития и самореализации, которые обязано обеспечивать общество.

По мнению студентов, современное общество относиться к инвалидам безразлично (57%), а 39% респондентов оценили как дружественное. Отношение к людям с проблемами может служить индикатором общественного развития.

В зданиях вуза отсутствуют пандусы, условия и оборудование в помещениях для учебных занятий и физической культурой для студентов с инвалидностью. Так считают 54% опрошенных респондентов, остальные 46% затруднились ответить. Важно осуществлять меры по проектированию и формированию доступной среды для предоставления инвалидам возможности достижения и

сохранения максимальной независимости, реализации физических, умственных, социальных и профессиональных способностей и вовлечения во все аспекты жизни общества. В помещениях вуза отсутствуют пандусы, лифты, специальные поручни, комнаты отдыха, стулья в коридоре, указатели для ориентации (тактильные, слуховые, зрительные), специальная мебель, предметы освещения и т.д. Переоборудование зданий несет в себе довольно существенные затраты, недостаточны ресурсы (финансовые, административные, кадровые, информационные и др.). Вузу в современных сложных условиях, все же необходимо определить существующие барьеры архитектуры своих корпусов и постепенно находить реальные способы повышения уровня их доступности.

45% опрошенных респондентов указали, что студентам с инвалидностью больше всего подходит способ обучения совместно с учащимися без инвалидности, 22% – на дому с преподавателем, 19% дистанционное обучение, 14% – способ обучения определяется пожеланием и личным выбором студента с инвалидностью. Способы обучения, когда не требуется присутствие студента, изолирует инвалида и не создает условия для его социальной адаптации, социализации и интеграции в общество.

Среди проблем, которые могут возникнуть у студентов с ограниченными возможностями здоровья с обучением, были выделены следующие:

- преодоление психологического барьера (50,5%);
- проблемы, связанные с ограниченными возможностями перемещения в пространстве (63%);
- недостаточно средств для оплаты за обучение (50%);
- к инвалидам относятся иначе, чем к здоровым людям (35%);

– ограниченный доступ инвалидов к социальным ресурсам и образовательным, в том числе (19%).

По мнению учащихся, в большинстве случаев адаптация студентов с инвалидностью в коллективе проходит сложно и длительно по времени 78%. Успешной адаптации студентов с инвалидностью в коллективе будет способствовать формирование особой образовательной реабилитационной среды, когда внедряются специальные учебные программы, дидактические средства, методическое обеспечение с учетом специфических потребностей студентов с ВОЗ, а также применяются специальные технологии (в том числе обеспечение комплексным медико-социальным, психолого-педагогическим сопровождением и консультированием). Министерством образования и науки России были утверждены Методические рекомендации по организации образовательного процесса для обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в образовательных организациях высшего образования, в том числе оснащенности образовательного процесса от 08.04.2014, №АК-44/05вн, в которых прописано «создание в образовательной организации высшего образования структурного подразделения, ответственного за обучение инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья или придание соответствующих полномочий и ответственности существующим структурным подразделениям. Таким подразделением может быть центр (отдел, отделение, служба и т.п.) инклюзивного образования. Основная цель деятельности структурного подразделения, ответственного за обучение инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья: создание условий по обеспечению инклюзивного обучения инвалидов по программам высшего образования.

Студенты считают, что преподаватели адекватно, как и ко всем другим, относятся к студентам с инвалидностью, оказывая при необходимости им поддержку.

У большинства студентов 95% нет друзей с инвалидностью, что является свидетельством сохранения изолированности людей с ограниченными возможностями здоровья в обществе.

У инвалидов возникает потребность при обучении в специальных учебниках, видеоматериалах (чтобы учебный материал был более доступным). Такой ответ представили 91% опрошенных студентов.

Студентам с инвалидностью, по мнению учащихся, должны оказываться в вузе следующие виды помощи:

1. помощь при трудоустройстве (21%);
2. предоставление жилья (12%);
3. повышенная стипендия (15%);
4. создание условий для комфортного обучения (50%).

Наиболее актуальными проблемами людей с ограниченными возможностями здоровья студенты считают:

1. проблемы в обучении– 68,5%;
2. проблемы в общении– 43%;
3. проблемы планирования семьи– 30,5%;
4. материальные проблемы– 24%;
5. проблемы при трудоустройстве– 20,5%;
6. проблемы организации досуга– 13,5%.

По мнению студентов, чаще всего человек с инвалидностью в процессе трудоустройства и поиска подходящей работы сталкивается с такими проблемами как:

1. состояние здоровья– 94%;
2. отказ работодателя в приеме на работу– 49%;
3. отсутствие специально оборудованных рабочих мест– 35,5%;

4. отсутствие работы по специальности – 9%;
5. низкий уровень заработной платы– 6,5%;
6. удаленность места работы– 6%.

Умение работы на компьютере поможет человеку с инвалидностью найти работу (59%). Компьютерное образование востребовано не только в работе, ее поиске, но и в обучении, повышении квалификации или на отдыхе, т.е. позволит стать мобильнее, образованнее, успешнее.

Студенческая молодежь пожелала улучшить условия профессионального образования студентов с инвалидностью следующим образом:

1. Специальное оборудование учебного помещения;
2. Установка лифтов;
3. Создание определенного режима обучения;
4. Разработка специальных программ обучения;
5. Дополнительная подготовка и специализация преподавателей;
6. Использование современных технических и программных средств обучения.

Большинство респондентов выступают за то, чтобы у инвалидов была возможность посещать театры, музеи, стадионы (96,5%), заниматься спортом (48%). Студентам неизвестно о видах спорта для инвалидов, которые культивируются в вузе, в котором они обучаются (100%).

По полученным результатам проведенного исследования, можно заключить следующее: в современных условиях готовность студенческой молодежи к интеграции с инвалидами еще недостаточна. Многие из опрошенных студентов вуза (41%) все же считают, что инвалиды должны обучаться на дому с преподавателем, дистанционно, что означает отсутствие желания признать их полноправными членами

общества. Следовательно, требуется организация соответствующей целенаправленной педагогической просветительской работы со студентами в вузе.

#### Список литературы:

1. Елисеева И.Г. Что такое инклюзивное образование: метод, система, педагогическая инновация? «Открытая школа», №2. – 2012. – 36 с.

2. Реабилитация, социализация и интеграция инвалидов в общество: Учебное пособие для студентов специальности социальная работа / под ред. В.В. Харабета – Мариуполь – Чита: МФ ООО «Типография «Новый мир», 2012. – 304 с.

3. Социальная работа: история, теория и практика: монография / В.В. Харабет [и др.] под ред. В.В. Харабета, А.И. Андрющенко. – Мариуполь: ПГТУ, 2015. – 390 с.

4. Социальная работа с инвалидами: Учебное пособие / С.Т. Кохан, А.В. Патеюк, Е.М. Кривошеева и др. – Чита: Типография ЗабГУ, 2016. – 280 с.

УДК 364

#### **Исследование аспектов социальной защиты мужчины- бродяги**

*Эрхэмбаяр Ариунцэцэг*

*преподаватель инфекционных болезней,*

*Дарханская Медицинская Школа,*

*Монгольский Национальный Университет Медицинских Наук,*

*г. Дархан, Монголия*

*e-mail: E\_ariunaal7@ yahoo.com*

**М. Дарьмаасүрэ**  
преподаватель кафедры социального здоровья,  
Дарханская Медицинская Школа,  
Монгольский Национальный Университет Медицинских Наук,  
г. Дархан, Монголия  
e-mail: dm\_baagi@yahoo.com

**Аннотация.** В последние годы вследствие появления неравенства в вопросах образования, здоровья и занятости мужчины и женщины, в их роли в семейной и социальной жизни наблюдаются негативные влияния, требующие особого внимания для исследования. В статье затрагиваются социально-психологические аспекты мужчин-бродяг.

**Ключевые слова:** одиночка, центр, возраст, безработица, документы.

**Abstract.** In recent years owing to emergence of an inequality in questions of education, health and employment of the man and woman, in their role in family and social life the negative influences requiring special attention for research are observed. In article social and psychological aspects of male tramps are affected.

**Keywords:** single, center, age, unemployment, documents.

**Введение:** Среди мужчин всё чаще наблюдаются случаи снижения ответственности перед семьёй, кроме отставания в уровне образования от женщины, злоупотребляют вредными привычками, страдают различными заболеваниями учащаются случаи среди них попадания в аварию и совершения преступлений. Также в связи с безработицей, бедностью, пьянством увеличиваются число бродяг, бомжей<sup>5</sup>. Методом многоступенчатого, случайного отбора в исследование были взяты 47 мужчин Сонгинохайрханского района

города Уланбатора и 55 мужчин города Дархана, всего 102 мужчин, зарегистрированных в службах социальной защиты данных городов. В возрастном отношении 32,7% составляют 50-59 летние мужчины-одиночки из Сонгинохайрханского района города Уланбатора, средний возраст  $53.0 \pm 10,4$ . Среди мужчин-одиночек города Дархана 51% занимают 50-59 летние, 15% от 60-65 летние, средний их возраст  $54.29 \pm 8.6$ . Разницы между средним возрастом мужчин-бродяг городов Уланбатор и Дархана не наблюдалось ( $p < 0.342$ ).

При исследовании занятости и материальных доходов, 57.4% мужчин-одиночек города Дархана и 41.1% города Уланбатора были безработными и не имели каких-либо доходов ( $p < 0.461$ ). Из исследованных мужчин-бродяг города Уланбатора 87.2% из них временно живут в специальном районном центре службы социальной защиты, тогда как мужчины-бродяги из города Дархана вследствие отсутствия специального центра социальной защиты, 40.4% из них временно проживают в траншеях, 38.3% подъездах, 36.1% подвалах.

**Обоснование исследования:** В последние годы вследствие появления неравенства в вопросах образования, здоровья и занятости мужчины и женщины, в их роли семейной и социальной жизни наблюдаются негативные влияния, требующие актуального внимания исследования<sup>1</sup>. Большинство из-них остаются вне от различных льгот социальной защиты как пенсия, льготные образовательные и медицинские услуги, что служит нарушением их права.

Согласно неофициальным данным в нашей стране живут более 4000 бездомных граждан. К сожалению их число растёт с каждым годом. Из всех 2542 людей живущих в Сонгино хайрхан районном центре службы социальной защиты города Уланбатора, приблизительно 700 из них составляют мужчины-бродяги.

В городе Дархане в службе соцзащиты зарегистрированы приблизительно 500 мужчин-бродяг. В связи с этим была поставлена задача исследования социальной и психологической аспектов этих людей.

**Цель исследования:** Определить социальные и психологические факторы, влияющие на мужчин-бродяг

**Задачи** 1. Определить особенностей образа и условий жизни мужчины-бродяги

2. Выяснить психологические особенности мужчины-бродяги и факторов влияющих на них

3. Выявить актуальные вопросы социальной защиты мужчины-бродяги

**Новизна исследования:** Заключается в установлении особенностей условий жизни, состояний психики и социальной защиты мужчины-бродяги города Уланбатора и Дархана.

**Практическое значение исследования:** Материалы работы могут послужить основой исследования по-выявлению социально-психологических аспектов мужчин-бродяг в стране.

**Материалы и методы исследования: Объем исследования.**

– 47 мужчины-бродяги, зарегистрированные в центре службы соцзащиты города Дархана, временно проживающих в траншеях, подъездах и подвалах.

– 55 мужчины-бродяги города Уланбатора временно проживающих в специальном районном центре службы социальной защиты.

Всего в исследование были охвачены 102 мужчины-бродяги.

**Методы исследования:**

1. Методом многоступенчатого, случайного отбора в исследование были взяты мужчины-бродяги Сонгинохайрханского района города Уланбатора и Дархана.

2. Исследование были проведены методами дескриптивного одномоментного анализа и методами аналитического исследования.

3. В исследовании были использованы следующие методы:

– Метод опроса: По-специально разработанной опросником с 15 вопросами были оценены возрастной состав, доходы, жизненные условия, вредные привычки, психологические факторы.

– Методом собеседования: были опрошены 30 человек города Уланбатора, временно проживающих в специальном районном центре службы социальной защиты и 280 мужчин-бродяг города Дархана.

4. Таблицы, графики и данные исследования были обработаны с помощью программ Microsoft Word, Excel, Power Point

5. Статистические данные обработаны программой SPSS – 17.0 методом Пирсоны Хи квадрата с последующим учётом значения  $p < 0,05$  статистически обоснованы.

#### **Этические основы исследования.**

С точки зрения этики исследования были взяты официальные разрешения от службы соцзащиты, а также от самых мужчин-бродяг городов Уланбатор и Дархана.

*Таблица 1*

#### **Сравнительный анализ возраста, образования и условий жизни**

Показатели	Всего	Район Сонгинохайрхан города Уланбатора	Город Дархан	Р значение
		n%	n%	
<b>Возрастной состав</b>				
30-39 лет	15	11 (20.0)	4 (8.5)	0.342
40-49 лет	18	14 (25.4)	4 (8.5)	
50-59 лет	42	18 (32.7)	24(51)	
60-65 лет	21	12 (21.8)	15(31.9)	
<b>Уровень образования</b>				
Низшее	38	22(40.0)	16(34.0)	0.124

Неполное среднее		9(16.3)	12(25.5)	
Полное среднее	19	10(18.2)	9(19.1)	
Специально среднее	10	6(10.9)	4(8.5)	
Высшее	14	8(14.5)	6(12.7)	
<b>Трудоустройство, материальные доходы</b>				
Не имеют дохода	66	39(41.1)	27(57.4)	0.461
На пенсии	56	49 (4.2)	7(14.9)	
Пенсия по инвалидности	25	12(12.6)	13(27.7)	
<b>Условия жизни</b>				
Траншеи	24	5 (9.0)	19(40.4)	0.135
Подъезды	18	-	18(38.3)	
Подвалы	19	2 (3.6)	17(36.1)	
Центр социальной защиты	48	48 (87.2)	-	

**Результаты исследования.** В нашем исследовании возрастном отношении 32,7% составляют 50-59 летние мужчины-одиночки из Сонгинохайрханского района города Уланбатора, средний возраст  $53.0 \pm 10,4$ . Среди мужчин-одиночек города Дархана 51% занимают 50-59 летние, 15% от 60-65 летние, средний их возраст  $54.29 \pm 8.6$ . Разницы между средним возрастом мужчин-бродяг городов Уланбатор и Дархана не наблюдалось ( $p < 0.342$ ).

При исследовании занятости и материальных доходов, 57.4% мужчин-одиночек города Дархана и 41.1% города Уланбатора были безработными и не имели каких-либо доходов ( $p < 0.461$ ). Из исследованных мужчин-бродяг города Уланбатора 87.2% временно живут в специальном районном центре службы социальной защиты, тогда как мужчины-бродяги города Дархана вследствие отсутствия специального центра защиты, 40.4% из них временно проживают в траншеях, 38.3% подъездах, 36.1% подвалах.

## Сравнительное исследование образа жизни и умения

Показатели	Всего	Район Сонгинохайрхан города Уланбатора.	Город Дархан	Р значение
		n%	n%	
<b>Причины одиночества</b>				
Низкий прожиточный уровень	10(45.4)	7 (46.6)	3(43.0)	0.0001
Неуверенность в себе	4(18.1)	2(13.3)	2(28.5)	
Отсутствие каких- либо доходов, питания	8(36.6)	6(40.0)	2(28.2)	
<b>Причины бродяжничества</b>				
Из-за отсутствия своего дома	15(14.7)	8(14.5)	7(14.9)	0.006
Ненавидят родные	22(21.5)	10(18.2)	12(25.5)	
Бросили жена и дети	56(54.9)	33(60.0)	23(48.9)	
Социальное отчуждение	9(8.8)	4(7.3)	5(10.6)	
<b>Применение алкоголя</b>				
Постоянно выпивают	79(77.4)	48(87.0)	31(66.0)	0.640
Иногда	25(24.5)	9(13.0)	16(44.0)	
<b>Причины алкоголизма</b>				
Не благополучное семейное положение	45(44.1)	22(40.0)	23(48.9)	0.243
Не допонимание	34(33.3)	19(34.5)	15(31.9)	
Безработица	23(22.5)	14(25.5)	9(19.2)	
21-свыше лет	42(41.1)	14(25.5)	28(59.6)	

В нашем исследовании причину своего одиночества 46.6% из района Сонгинохайрхан города Уланбатора и 43% с города Дархана связывают с низким прожиточным уровнем / $p=0.0001$ /. Отсюда можно заключить, что причиной бродяжничества служат отсутствие каких-либо материальных доходов и низкий прожиточный уровень.

### Негативные эмоции, проявляемые у мужчины-бродяги.

Если в нашем исследовании психологического состояния, у мужчин-бродяги из района Сонгинохайрхан города Уланбатора наблюдалось, что 18.2% из них падают духом, 16.4% постоянное беспокойствие, 16.4% постоянная агрессивность, то у мужчин-бродяг из города Дархана отмечено, что 8% из них падают духом, 12.8% постоянное беспокойствие, 12.8% постоянная агрессивность. Из данных исследования видно, что у мужчин-бродяг в основном преобладают негативные эмоции. Если причину своего постоянного стрессового состояния мужчины-бродяги из города Дархана 25,5% из них связывают с безработицей, 23,4% отсутствием питания, 21,3% отсутствием крыши над головой и 17% с одиночеством, то из района Сонгинохайрхан города Уланбатора 27,3% из них связывают с неуверенностью в будущее, 23,6% отсутствием крыши над головой, 20% отсутствием питания / $p=0,73$ /.

**Результаты исследования 1.** Из исследованных мужчин-бродяг города Уланбатора 87.2% из них временно живут в специальном районном центре службы социальной защиты. Среди мужчин-бродяг из города Дархана 40.4% из них временно проживают в траншеях. Вследствие отсутствия специального центра социальной защиты, в холодное время года мужчины бродяги вынуждены проживать в тёплых траншеях, подъездах и подвалах / $p<0.153$ /.

Среди мужчин-бродяг наблюдалось, что 64.0% из них безработные, 77.4% постоянно выпивают. /  $p<0.640$ /

2. Постоянное стрессовое состояние мужчин-бродяг связаны 43.4% с отсутствием питания, 44.9% отсутствием крыши над головой / $p<0,73$ /.

Из-за постоянного стресса 48.0% из них падают духом, у 29.2% постоянное беспокойствие, говорящих о преобладании среди них негативной эмоции.

3. Среди мужчин-бродяг у 49.0% из района Сонгинохайрхан города Уланбатора и 42.6% из города Дархан из-за отсутствия официальных документов гражданина не могут получать различные льготы социальной защиты / $p=0,01$ /.

Выводы:

1. Необходима регистрация всех бродяг в стране, в том числе мужчин-одиночек.

2. Необходимо выдать мужчинам-бродягам гражданского документа для обеспечения их права участия в социальной жизни.

3. Необходимы совместные усилия государственных и негосударственных организаций для мужчин-бродяг в проведении мероприятий по-социализации, обучения навыкам труда и их трудоустройству.

Список литературы:

1. Батжаргал Ж. «Монгол эрэгтэйчүүдийн нийгмийн үнэлэмж» УБ, 2009.

2. Буянжаргал Т «Гэр бүлийн сициологи» 2005. УБ.

3. Бямбасүрэн С. «Согтуурал ба архидалт» 1988. УБ.

4. Ганчимэг «SPSS хичээлийн гарын авлага» 2008 он. УБ.

5. Сарангэрэл Д. «Гэр бүлийн эрх зүй» 2007он. УБ.

УДК 364.044.43

**Социокультурная реабилитация инвалидов**

*Александр Николаевич Бадмаев*

*студент,*

*социологический факультет,*

*Забайкальский государственный университет,*

*г. Чита, Россия*

*Научный руководитель: Сергей Тихонович Кохан,  
к.мед.н., доцент,  
заведующий научно-образовательным центром  
«Экология и здоровье человека»,  
Забайкальский государственный университет,  
г. Чита, Россия  
e-mail: ispsmed@mail.ru*

***Аннотация.** В статье представлена необходимость проведения социокультурной реабилитации для полноценной интеграции инвалидов в общество. Показана деятельность волонтеров, которые уверены, что для всех добровольцев поздравления больных детей это огромный источник собственной радости. Многим детям инвалидам помощь волонтеров даёт силы двигаться дальше, менять что-то в своей судьбе.*

***Ключевые слова:** социокультурная реабилитация, дети инвалиды, волонтерское движение.*

***Abstract.** The article describes the need for socio-cultural rehabilitation for full integration of the disabled into society. It is shown that the activity of volunteers who believe that congratulations to all the volunteers of sick children is a huge source of private joy. Many volunteers help children with disabilities gives strength to move on, to change something in his life.*

***Keywords:** socio-cultural rehabilitation of children with disabilities, the volunteer movement.*

Социокультурная реабилитация относится к числу наиболее актуальных и востребованных сфер общественной практики социально-культурной деятельности и становятся неотъемлемым компонентом

программы реабилитации лиц с ОВЗ [1].

Социокультурная реабилитация инвалидов представляет собой комплекс мероприятий и условий, позволяющих им адаптироваться в стандартных социокультурных ситуациях: заниматься посильной работой, находить и использовать нужную для практической деятельности и развлечений информацию; адекватно участвовать в ситуациях общения и пользования доступными средствами массовой информации, книгами; ухаживать за собой, расширять возможности интеграции в обычную социокультурную жизнь [4].

Эти люди живут рядом с нами, но живут в своем особом мире, о существовании которого могут не догадываться даже ближайшие соседи. Они могут быть душевно богатыми и очень талантливыми и людьми, но общество их упорно отвергает. За рубежом их называют «люди с особенными потребностями», или «люди с ограниченными возможностями». У нас их называют «инвалиды».

Инвалидность – это проблема не только одного отдельного человека, но и всего общества в целом. Это проблема отношения общества к конкретному человеку с ограниченными возможностями, отношения к инвалидности как к социальному явлению, поддержки и социальной защиты инвалидов [3].

Жизнь инвалидов замыкается в круг: они зачастую просто не могут покинуть четырёх стен своей квартиры, или больничной палаты. Они могут и готовы учиться и работать, они хотят общения, и ждут его, но часто общество не хочет замечать их проблем. Что-то мешает сделать здоровым людям шаг навстречу. Человеку с особенными потребностями надо немного помочь, чтобы он чувствовал себя, как все, мог найти своё место в жизни.

Особенно острой и животрепещущей является круг проблем, который касается инвалидов – детей. Проблема общения и

взаимодействия детей-инвалидов и членов их семей с внешним миром, проблема их адаптации – одна из самых актуальных в наше время [2].

Проблема детей-инвалидов касается почти всех сторон нашего общества – от законодательных актов и социальных организаций, которые призваны оказывать помощь этим детям, до человеческой, моральной атмосферы, в которой живут их семьи. Положение самой незащищенной части нашего общества является лакмусовой бумажкой благополучия, или, вернее, неблагополучия, общества; а наше отношение или отсутствие отношения к таким детям является индикатором наших человеческих, моральных проблем, с которыми мы живем.

Чем же отличается ребенок, который «не такой как все»? Может ли он воспитываться, обучаться и творчески развиваться? Опыт показывает – может. В этих детях раскрываются таланты, подчас даже не мыслимые. Из средств массовой информации мы знаем о таких случаях с детьми-инвалидами: девочка без рук и ног рисует прекрасные картины, мальчики-инвалиды с обычными детьми играют в футбол, девочка с синдромом Дауна пишет замечательные стихи. Дети-инвалиды более наделены способностями сопереживать чужую боль и радость, они восприимчивы как к добру, так и к злу, поэтому важно с какой личностью они соприкасаются в своей жизни [8].

Остается фактом то, что дети-инвалиды в нашей стране практически изолированы. Если они живут в интернатах – путь к общению со сверстниками для них фактически закрыт. Но даже если они остаются в семье, только некоторым удаётся разорвать замкнутый круг изоляции и одиночества. Даже если семьи с детьми – инвалидами находят единомышленников, объединяются в группы, то всё равно, как правило, круг их общения замыкается, оставаясь изолированным от мира здоровых людей [7].

Болезнь ребёнка – это не только страдания ребёнка. Рядом с ним борются, любят и страдают близкие ему люди. По их словам, когда натыкаешься на стену непонимания, кажется, что уже нет сил, не хочется никого видеть, ни с кем общаться. Это состояние, как трясина, незаметно затягивает, уничтожая и без того сокращающийся круг общения [6].

У этой проблемы есть человеческий, нравственный, духовный аспект, по большому счету это фундамент всех социальных инициатив. Нам необходимо помнить, что эти дети являются людьми, это не абстрактные единицы, а реальные дети, имеющие лицо и характер. Чтобы общество услышало проблемы детей-инвалидов и их семей – это задача первостепенной важности.

Опыт показывает, что помощь ребёнку с ограниченными возможностями эффективна в том случае, если она адресована именно к нему, а не к абстрактной единице, если в основе помощи положены личные, человеческие отношения. В этом случае наиболее актуальной сферой деятельности является социально-культурная реабилитация и поддержка. Забота о социальном и культурном обустройстве инвалидов, их приобщении к богатствам общечеловеческой культуры, к самодеятельному ремеслу и творчеству всегда были свойственны передовым слоям общества [8].

В наше время большое развитие получил институт социального волонтерства, так как добровольцы несут в себе огромный потенциал для социализации детей. Уполномоченный при президенте РФ по правам ребёнка Павел Астахов считает, что волонтерство и наставничество являются важными направлениями в социальной адаптации детей с ограниченными возможностями здоровья. По его словам, в настоящее время активно обсуждается идея шефства высших учебных заведений над интернатами.

Так, волонтеры ЗабГУ студенческого социально – экологического отряда «Ойкос» института социальных наук, психологии и педагогики, социологического факультета под руководством заслуженного врача России Сергея Кохана уже несколько лет шефствуют над детьми-инвалидами с нарушениями слуха. Одним из направлений работы отряда является их социокультурная реабилитация, проводится комплекс мероприятий, направленных на восстановление культурного статуса инвалида как личности: создание психологических механизмов, которые способствуют развитию и адаптации детей – инвалидов в стандартных социокультурных ситуациях.

Нарушение слуха – это всегда серьезная проблема и для ребенка, и для его родителей. Тяжело осознавать, что недуг возводит между таким ребенком и окружающими людьми незримую преграду, изолирует его от мира. Однако это вовсе не значит, что жизненный удел такого ребенка – одиночество и изоляция. За полноценное существование неслышащего ребенка можно и нужно бороться. Дети с нарушенным слухом должны жить вместе со слышащими, и иметь равные с ними возможности. Это одна из главных задач обучения и воспитания таких детей.

Неслышащие малыши – совершенно обычные дети. Они так же любят бегать, играть, танцевать, веселиться и шалить, экспериментировать с разными предметами, строить, лепить и рисовать. Глухой малыш обязательно должен принимать самое активное участие в концертах для родителей, праздничных утренниках и прочих подобных мероприятиях. Он может читать стихотворения, танцевать, играть на каком-нибудь музыкальном инструменте. Это тоже важный шаг в социализации детей с нарушением слуха – публичность учит их преодолевать стеснительность и страх перед большой аудиторией [5].

В дни новогодних и рождественских праздников, чудес ждут все.

Кажется, сейчас в дверь постучит добрый Дедушка Мороз и принесёт много счастья в своём красном мешке.

Волонтерами отряда «Ойкос» в конце 2015 года был организован и проведен новогодний утренник для слабослышащих и глухих детей. Студенты подготовили сценарий «Новогодние приключения у елки» и поставили целое представление. К сожалению, шутки и теплые слова поздравлений, были услышаны маленькими участниками утренника только с помощью сурдопереводчика, который постоянно поддерживал общение между детьми и волонтерами. Но общая атмосфера праздника была настолько радостной, искренней и доброжелательной, что и без слов было понятно – дети очень рады вниманию и заботе, которое оказали им студенты.

Волонтеры социально-экологического отряда «Ойкос» уже несколько лет в роли Деда Мороза, Снегурочки и сказочных персонажей приходят к детям-инвалидам, чтобы подарить им радость и тепло человеческого общения. Больные дети, в отличие от здоровых, не столь притязательны, многие ограничены в общении, и для них само по себе внимание сказочных персонажей – огромная радость. Студенты рассказывают, что они навещают совсем маленьких и уже достаточно взрослых ребят, которые понимают, что перед ними обычный человек, переодетый в костюм сказочного деда. Даже осознавая это, ребята стараются себя не выдавать: учат стихи, водят хороводы, дарят долгожданным гостям сделанные своими руками подарки.

Радость волонтеры дарят не только больным детям, но и их родителям. Мама и папа нечасто видят, как искренне улыбается ребёнок. Для них это всегда огромное счастье и маленькая победа. Наверное, поэтому родители и сами отгадывают загадки, водят хороводы вокруг ёлки, читают стихи и загадывают желания. Ведь все мы так ждём новогодней сказки и рождественских чудес!

Волонтеры уверены: для всех добровольцев поздравления больных детей – ещё и огромный источник собственной радости. Оказывается, это так легко – дарить счастье, просто надев костюм и выучив роль Деда Мороза, Снегурочки или доброго ангела. Каждый ощущает, что, пусть ненадолго, он может скрасить момент чьей-то непростой жизни. Многим это даёт силы двигаться дальше, менять что-то уже в своей судьбе.

Может быть, когда мы немного больше узнаем о детях «с ограниченными возможностями» они перестанут быть чужими, и кто-то сможет хотя бы просто улыбнуться встреченному в парке малышу на инвалидной коляске. Если кто-то поможет маме поднять коляску по лестнице, придержит входную дверь в подъезде, или возьмет шефство над детьми-инвалидами будет совсем замечательно.

Поверьте, что Вас не раз потом вспомнят добрым словом, а Вашей душе станет немного теплее от света, который так щедро готовы дарить наши необычные дети.

#### Литература

1. Гудина Т.В. Организационные условия социокультурной реабилитации Инвалидов / Журнал «Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова» Выпуск №3 / том 15 / 2009.

2. Кичерова М.Н. Социальная реабилитация инвалидов в современных условиях // Вестник Самарского государственного университета. Гуманитарная серия 2007, №5 (55). С.132-142.

3. Комплексная реабилитация инвалидов: Учебное пособие для студ. Высш. Учеб. Заведений / Т.В. Зозуля, Е.Г. Свистунова, В.В. Чешехина; под ред. Т.В. Зозули. – М.: «Академия», 2005. – 304 с.

4. Социокультурная реабилитация инвалидов: методические рекомендации/ под общ.ред. В.И.Ломакина. М., 2002. – 144 с.

5. АЛП-Медиа, 7ya@alp.ru, <http://www.7ya.ru>. Леонгард Э.И.
6. <http://www.neboleem.net/stati-o-detjah/7101-reabilitacija-detej-invalidov.php>
7. <http://www.pravmir.ru/deti-invalidy-socialnye-problemy-i...>
8. <http://www.scienceforum.ru/2013/14/1781>

УДК 364.044.42

### **Медико-социальные технологии в работе с приемной семьей**

*Александровна Алевтина Баландина*

*магистр специальности социальная работа,  
Забайкальский государственный университет,  
г. Чита, Россия*

*Научный руководитель: Сергей Тихонович Кохан*

*к.мед.н., доцент,  
заведующий научно-образовательным центром  
«Экология и здоровье человека»,  
Забайкальский государственный университет,  
г. Чита, Россия*

***Аннотация.** В статье показано, что взаимоотношения между приемными родителями, а также между приемными родителями и приемными детьми в будущем могут стать моделью семьи приемного ребенка. В силу этого очень важен подбор приемных родителей. Примером такой работы является Центр по подготовке и сопровождению замещающих семей по программе «Шаг навстречу» созданный на базе ГУСО «Читинский центр помощи детям, оставшимся без попечения родителей «Апельсин» Забайкальского края.*

*В этом центре могут получить бесплатную помощь абсолютно все семьи, когда-либо взявшие под опеку, усыновившие или удочерившие ребенка.*

***Ключевые слова:** приемные семьи, программа «Шаг навстречу», центр «Апельсин».*

***Abstract.** In article it is shown that relationship between adoptive parents, and also between adoptive parents and adopted children in the future can become model of a family of the adopted child. Owing to this fact selection of adoptive parents is very important. An example of such work is the Center for preparation and maintenance of the replacing families for the Step Towards program «The Chita center of the help to children without parental support created on the basis of «Orange» of Zabaykalsky Krai. In this center all families which ever took under guardianship, which adopted or adopted the child can receive the free help.*

***Keywords:** foster care, the program «Step Forward» center «Orange».*

Приемная семья является самостоятельной формой семейного воспитания детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Ее основу, как показывает практика, составляют супруги, пожелавшие взять чужих детей в семью на воспитание. Как правило, это заботящиеся друг о друге и о своих близких лица, которые осознают свою ответственность за судьбу чужих детей. Они понимают сложность и ответственность своей роли как приемных родителей. Взаимоотношения между приемными родителями, а также между приемными родителями и приемными детьми в будущем могут стать моделью семьи приемного ребенка. В силу этого очень важен подбор приемных родителей [2, 3, 4, 5].

Приемными родителями на практике чаще всего выступают супруги, имеющие своих детей. Поэтому приемные дети с первых

минут проживания в приемной семье на примере приемных родителей и их детей учатся строить свои взаимоотношения как со взрослыми, так и с другими детьми [1, 2].

Работа с приемной семьей ведется различными и учреждениями и ведомствами: органами опеки и попечительства, учреждениями здравоохранения, образования и социальной защиты. В настоящее время основная работа с приемной семьей осуществляется специализированными центрами и службами семейного устройства и службами сопровождения детей и приемных семей [2, 3, 4, 5].

Работа центра (службы) сопровождения выстраивается следующим образом. До перехода ребенка на постоянное проживание в семью происходит предварительная работа [1]. Она включает в себя:

- знакомство с личным делом воспитанника. Эта процедура помогает изучить прошлую жизнь ребенка: где он жил, кто были его кровные родители, почему ребенок оказался в государственном учреждении, в каких условиях проживал до помещения в учреждение, какой отпечаток его прошлая жизнь наложила на его эмоциональное, психическое состояние и т.д. Кроме этого, знакомство с личным делом помогает лучше понять причину определенного поведения ребенка. Например, если ребенок испытал на себе физическое насилие, то он может проявлять агрессию по отношению к окружающим. Может переносить тот уклад жизни, который он видел в кровной семье, на новую, замещающую семью;

- знакомство с картами семьи, заполненными анкетами, кандидатов в приемные родители. Это необходимо для того, чтобы как можно больше узнать об индивидуальных особенностях самих кандидатов, об особенностях их семейного уклада, о правилах, установленных в семье, о режиме дня, месте и времени работы, об интересах и многом другом

– непосредственное знакомство ребенка и семьей, которая решила взять к себе данного ребенка происходит при совместном участии специалистов центра (отдела) сопровождения семьи.

Проводятся беседы с кандидатами, наблюдение за общением ребенка с кандидатом в приемные родители, на этом этапе специалисты налаживают доверительный контакт с кандидатами в приемные родители. Кроме этого, происходит закрепление за ребенком и семьей специалистов из отдела сопровождения.

До помещения ребенка в семью каждый кандидат получает полную информацию о ребенке от специалистов центра (отдела). Доведение полной информации о ребенке до кандидата в замещающие родители – это необходимая мера при работе с замещающими семьями [1, 4, 5].

Консультации тех же специалистов по ребенку получают и специалисты центра (отдела), так как полученная информация помогает при планировании работы с семьей, при сопровождении ребенка и семьи, после помещения ребенка в данную семью. Она помогает решать многие проблемы в воспитании и развитии ребенка, находящегося в замещающей семье.

Сопровождение приемных семей осуществляется, по запросу (по запросу управления опеки и попечительства или приемного родителя, опекуна или усыновителя), по ситуации.

Основными направлениями центра (службы) сопровождения приемных семей являются: посещение детей в семьях, детских садах, общеобразовательных школах, проведение индивидуальных бесед с детьми и приемными родителями; проведение занятий, коррекционно-развивающих игр, консультаций специалистов с детьми и замещающими родителями; наблюдение за ходом адаптации и проживания ребенка в замещающей семье, предупреждение негативных

моментов в поведении детей и их взаимоотношениях с замещающими родителями; методическое сопровождение замещающих семей (семинары, консультации, индивидуально-методические консультации: устные и письменные); приглашение детей с приемными родителями на различного рода мероприятия; оказание материальной помощи замещающим семьям; консультирование приемных родителей по правовым вопросам; разработка методических рекомендаций для приемных родителей по вопросам воспитания, развития, особенностям поведения детей; проведение мониторинга развития детей проживающих в приемных семьях осуществляется всеми специалистами центра (службы): врачом-педиатром, врачом-стоматологом, врачом-психиатром (по запросу), педагогом-психологом, учителем-дефектологом, учителем-логопедом, социальным педагогом. Методики проведения мониторинга применяются в зависимости от возраста и от выявленных проблем или нарушений в личностном развитии. Результаты мониторинга обсуждаются на консилиуме [2, 3, 4, 5].

На сегодняшний день действует большое количество Центров и Служб сопровождения приемных семей.

Хорошим примером работы такого центра является Центр по подготовке и сопровождению замещающих семей по программе «Шаг навстречу» созданный **на базе** ГУСО «Читинский центр помощи детям, оставшимся без попечения родителей «Апельсин» Забайкальского края.

Получить бесплатную помощь здесь могут абсолютно все семьи, когда-либо взявшие под опеку, усыновившие или удочерившие ребенка.

Центр работает по нескольким направлениям: «Школа приемных родителей», подготовка ребенка к передаче в замещающую семью и комплексное сопровождение замещающей семьи.

В Центре работают специалисты первой и высшей квалификационной категории, с большим опытом работы с детьми-сиротами. Оказываются медико-психолого-педагогические, социальные и юридические услуги замещающим семьям.

Одно из направлений работы Центра – это подготовка в «Школе приемных родителей» лиц, желающих принять на воспитание в свою семью ребенка, оставшегося без попечения родителей. Приходят в школу по разному: кого-то направляют специалисты органов опеки, кто-то приходит сам, только задумавшись о приемном ребенке. Есть и такие, кто взял ребенка, но желает прослушать курс школы. Занятия рассчитаны на 62 часа, занятия проводятся в основном в выходные дни, но если группа предлагает свое расписание, специалисты готовы поменять свои графики работы. Это не просто курс лекций, это тренинги, практические занятия, диспуты, беседы, упражнения, игры. Еще не все кандидаты в приемные родители нашли себе малышей. Есть и такие, кто вообще отказался от приема ребенка, и это тоже результат. Ведь возвращают детей переоценившие свои возможности родители.

Оказывается комплексная помощь «кризисным» семьям, в которых уже воспитывается приемный ребенок.

Семейный кризис – состояние, когда семья не может справиться с ситуацией, так как привычные модели поведения оказываются неэффективными. Для работы с такой семьей подключаются все специалисты, проводится диагностика, консультирование, патронаж, тренинги. Также специалисты очень часто выезжают в школы, детские сады, для того чтобы встретиться с педагогами, которые работают с данной категорией детей, составляем планы сотрудничества. Сопровождение ведется не только с теми семьями, которые прошли обучение в «Школе приемных родителей», в Центр может обратиться

любая семья с приемным ребенком. Не важно 2, 3 или 10 лет назад они взяли ребенка.

В центре организован «Клуб приемных родителей» – это форма сопровождения семей. Все желающие родители и дети встречаются, проводят вместе праздники, устраивают круглые столы, родительские гостиные по обмену опытом, выезжают вместе на природу, помогают новеньким. Клубом руководит приемная мама. Ей удается наладить сотрудничество со многими организациями нашего города.

Специалисты центра решают все вопросы, которые могут возникнуть у родителей. И даже если специалисты не могут дать консультацию, она какая-то очень специфическая, приглашаются специалист из других центров, чтобы они могли оказать квалифицированную помощь и ответить на все вопросы родителей.

Вся работа осуществляется в межведомственном взаимодействии с другими учреждениями и службами поэтапно и планомерно, с учетом особенностей семьи и ребенка. Задача центра объединить усилия приемных родителей и специалистов, работающих с приемной семьей, с тем, чтобы помочь ребенку адаптироваться к жизни в новых условиях, найти свое место в приемной семье, войти в контакт со своим новым окружением и всячески его поддерживать.

#### Список литературы:

1. Брускова Е.С. Семья без родителей. / Е.С. Барсукова – Москва: Центр развития социально-педагогических инициатив и SOS. – Интернационал, 2006. – 111 с.
2. Брутман В.И. Некоторые современные тенденции социальной защиты детей-сирот и вопросы профилактики социального сиротства / В.И. Брутман, А.А. Северный. – Москва.: «Владос», 2006. – 125 с.
3. Реабилитация, социализация и интеграция инвалидов в общество: Учебное пособие для студентов специальности социальная

работа / под ред. В.В. Харабета – Мариуполь – Чита: МФ ООО «Типография «Новый мир», 2012. – 304 с.

4. Социальная работа: история, теория и практика: монография / В.В. Харабет [и др.] под ред. В.В. Харабета, А.И. Андрющенко. – Мариуполь: ПГТУ, 2015. – 390 с.

5. Социальная работа с инвалидами: учебное пособие / С.Т. Кохан, А.В. Патеюк, Е.М. Кривошеева и др. – Чита: Типография ЗабГУ, 2016. – 280 с.

УДК 364.044.4

**Опыт социальных учреждений Забайкальского края  
в системе профилактики безнадзорности и правонарушений  
несовершеннолетних**

*Алевтина Александровна Баландина*

*магистр специальности социальной работы,  
Забайкальский государственный университет,*

*г. Чита, Россия*

*e-mail: Alevtina240878@mail.ru*

*Научный руководитель: Сергей Тихонович Кохан*

*к.мед.н., доцент,*

*заведующий научно-образовательного центра*

*«Экология и здоровье человека»*

*Забайкальский государственный университет,*

*г. Чита, Россия*

*e-mail: ispsmed@mail.ru*

*Аннотация. В статье представлены показатели по несовершеннолетним, состоящим на учете в органах профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних за 2013-2015г.*

*Рассмотрен опыт работы социальных учреждений с детьми, оказавшимися в трудной жизненной ситуации. Специалисты социальных учреждений находят новые, интересные формы работы с несовершеннолетними, которые развивают, воспитывают, социализируют ребенка, способствуют раскрытию его внутреннего потенциала.*

**Ключевые слова:** *дети, безнадзорность, реабилитация, трудная жизненная ситуация.*

**Abstract.** *The article presents the figures for minors who are registered in bodies of prevention of child neglect and juvenile delinquency in Transbaikalian state for 2013-2015. The experience of the work of social agencies with children in difficult life situations considered in this article. Specialists of social establishments are finding new and interesting forms of the work with juveniles which develop, educate, are engaged in socializing the child and contribute to the disclosure of its internal capacity.*

**Keywords:** *children, neglect, rehabilitation difficult is vital a situation.*

Детская безнадзорность порождает тенденции опасные для подрастающего поколения и общества в целом: массовые нарушения прав детей, рост ранней алкоголизации и наркомании подростков, ведущих к увеличению числа преступлений, совершенных несовершеннолетними.

В Забайкальском крае число правонарушений среди несовершеннолетних заметно сокращается. По данным Минсоцзащиты за 2015год наблюдается положительная динамика. Численность несовершеннолетних состоящих на учете в Подразделениях по делам несовершеннолетних в 2015г. составила 2050 человек тогда, как в 2014г. она составляла 2200 человек. Численность несовершеннолетних состоящих на учете в Комиссии по делам несовершеннолетних и защите

прав в 2015г. составила 1990 человек, в 2014г. она составляла 2150 человек. Но при этом выявлены аддитивные расстройства на ранних стадиях у несовершеннолетних, заключенных под стражу и осужденных к отбыванию наказаний без лишения свободы, в 2014г. 75 человек, а в 2015г. 100 человек, исходя из этого следует отметить, что пресечение мер в виде лишения свободы отрицательно сказывается на психическом состоянии несовершеннолетнего и на его личности в целом [3, с.2-3].

В Забайкальском крае создана достаточно разветвленная сеть специализированных ведомств, учреждений и подразделений, работающих в направлении профилактики детской и подростковой безнадзорности и преступности. Социальные учреждения края используют разнообразные формы профилактики и реабилитации в работе с безнадзорными детьми и подростками: планируют и организуют жизнедеятельность детей и осуществляют их воспитание, проводят повседневную работу, обеспечивающую создание условий для их социально-психологической реабилитации, социальной и трудовой адаптации. Обучающимся детям оказывается помощь в учебе, дети вовлекаются в спортивные секции, а также художественное и научно-техническое творчество, функционируют кружки, проводятся занятия по рекомендациям психолога; социальный педагог осуществляет комплекс мероприятий по воспитанию, образованию, развитию и социальной защите личности в учреждениях и по месту жительства несовершеннолетних, ведется база несовершеннолетних детей находящихся в трудной жизненной ситуации; осуществляются заезды на оздоровление в течении года в ГАУСОРЦ: Шиванда, Орловский, Спасатель, Ургучан, Сосновый Бор; организуется трудовая деятельность детей – в летний период формируются трудовые бригады; ведется организация медицинской работы, наблюдение за физическим развитием и состоянием здоровья детей, профилактика заболеваний,

пропаганда здорового образа жизни; обеспечивается психологическая защищенность детей: проводятся занятия - индивидуальные, групповые, занятие в темной сенсорной комнате, работа на Активациометре, т.о. поддерживается и укрепляется психическое здоровье и психологический комфорт несовершеннолетних; ведется непрерывная работа с семьей несовершеннолетнего: психологическое работа с родителями ребенка (консультации, беседы, тренинги), юридическое консультирование, помощь в трудоустройстве, оформление документов, регулярно проводятся патронажи: плановые, контрольные, экстренные [2, 13-14].

Наряду с традиционными формами работы специалисты учреждений, ищут новые подходы в решении поставленных задач.

Так, например ГУСО «Краснокаменский социально – реабилитационный центр для несовершеннолетних «Доброта», 28 сентября 2015 года провел экспресс фотоконкурс «Лучший город на Земле» по инициативе специалистов Службы сопровождения несовершеннолетних, находящихся в конфликте с законом, ГУСО «Краснокаменский социально – реабилитационный центр для несовершеннолетних «Доброта». Участниками конкурса стали несовершеннолетние, находящиеся в трудной жизненной ситуации и подростки, оставшиеся без попечения родителей. Цель конкурса – организация досуга несовершеннолетних, воспитание любви к своему городу, развитие активной жизненной позиции и творческих способностей. Организаторами мероприятия выступили отдел культуры, спорта и молодежной политики, отдел по связям с общественностью и СМИ Администрации городского поселения «Город Краснокаменск», ГУСО «Краснокаменский социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Доброта», детская художественная школа. Согласно поданным заявкам в конкурсе

приняли участие 3 команды: ГУСО КСРЦ «Доброта», ГУСО КЦПДОПР «Забота», учащиеся МАОУ «СОШ №1». В каждой команде по 5 подростков, в возрасте от 12 до 17 лет. Команды возглавили волонтеры из объединения «Стань ближе». Организаторами конкурса были вручены задания командам. Задания были и интересными и сложными одновременно, команде Центра «Доброта» досталась тема «Осень в городе», Центра «Забота» – «Памятники Краснокаменска», МАОУ «СОШ №1» – «Дети». Помимо выполнения фотографий им необходимо было разработать концепцию издания брошюр, календарей или другой печатной продукции со своими фотоработами. Также было определено время, за которое команды должны были выполнить полученные задания. Участники конкурса сделали фотографии по заданной теме, а самые активные самостоятельно разработали концепцию создания календарей и брошюр со своими фотоработами. Участниками была проделана большая творческая работа, командам вручены дипломы, памятные призы и торты с изображением темы того задания, которое выполняли ребята. Также было принято решение отпечатать календарь «Осень», как лучшую конкурсную работу, небольшим тиражом.

Конкурс фотоэкспресс «Лучший город на Земле» показал, как много в нашем крае талантливых ребят. Опыта проведения такого конкурса пока нет, но организаторами конкурса выражено желание повторить его в следующем году [4].

Сегодня по видам оказываемых социальных услуг и категориям населения, которым они предоставляются, социальные центры являются многопрофильными учреждениями, они занимают особое место в системе профилактики и реабилитации безнадзорных и беспризорных детей. Эти учреждения активно внедряют как традиционные технологии, так и новые методы и формы работы, направленные на успешную социализацию и адаптацию безнадзорных детей [1,31-32].

### Список литературы:

1. Дармодехин С.В. Безнадзорность детей в России / С.В. Дармодехин // Инспектор по делам несовершеннолетних. – 2011. – №12. – С. 31-32.
2. Краевая долгосрочная целевая программа «Правильный выбор (2013–2015 годы)» [Электронный ресурс]. – Утв. правительством Заб. края от 26.02.2013г. №89. – URL: <http://минсоц.Забайкальский край.рф/programmy.html>.
3. Панов А.М. Социальная работа с неблагополучными семьями / А.М. Панов // Социальная работа. – 2010. – №12. – С. 13-14.
4. Стадник А.С. Экспресс фотоконкурс «Лучший город на земле»: официальный сайт / ГУСО. «Краснокаменский социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Доброта» – URL: <http://dobrota.zabguso.ru/> (дата обращения: 26.01.2016).

УДК 614.446

### **Социальные аспекты недостаточной эффективности вакцинопрофилактики гепатита В у взрослых**

**Светлана Викторовна Барамзина**

*к.мед.н., доцент кафедры инфекционных болезней,  
Кировская государственная медицинская академия,*

*г. Киров, Россия*

*e-mail: sw3837@mail.ru*

*Аннотация. В Кировской области наметилась тенденция к снижению заболеваемости хроническим гепатитом В у взрослых. Дополнительная вакцинация взрослых от гепатита В не привела к ожидаемой серьёзной убыли числа больных хроническими формами.*

*Одной из причин этого является низкий (20,3-64%) охват взрослого населения прививками. Проведённый опрос «наивного» взрослого населения КО показал низкий уровень знаний в вопросах эпидемиологии и исходов ХГВ, удовлетворительный – в вопросах вакцинопрофилактики ГВ. Возраст респондентов не влиял на уровень знаний по эпидемиологии, вакцинопрофилактики и исходов ГВ.*

**Ключевые слова:** *хронический гепатит В, дополнительная вакцинация взрослых, осведомлённость населения по вопросам эпидемиологии ГВ*

**Abstract.** *In the Kirov region there has been a downward trend in the incidence of chronic hepatitis B in adults. Additional adult vaccination against hepatitis B has not led to a serious decline expected number of patients with chronic forms. One reason for this is the low (20,3-64%) adult vaccination coverage of the population. It conducted a survey of "naive" adult KO showed a low level of knowledge of the epidemiology and outcomes of chronic hepatitis B, satisfactory – in matters of HB vaccination. Age of the respondents had no effect on the level of knowledge on the epidemiology, vaccination and hepatitis B outcomes.*

**Keywords:** *chronic hepatitis B, vaccination is more adult, awareness of the population on the epidemiology of hepatitis B.*

По данным Роспотребнадзора, в России число больных хроническими формами HBV- инфекции велико – около 8 млн. человек. ¼ взрослых, инфицированных в детстве, позднее умирают от гепатокарциномы или цирроза печени. Вероятность развития ГЦК у больных, инфицированных HBV, в 100 раз выше, чем в общей популяции [1,2]. В мире около 600 000 человек ежегодно умирает от острых или хронических последствий гепатита В. С 1982 года в мире для профилактики гепатита В используется вакцина.

Иммунопрофилактика гепатита В эффективно предотвращает HBV и HDV-инфекцию, на 95% защищает от её хронических последствий и является первой вакциной против ГЦК [3]. Системной вакцинации взрослого населения РФ не проводилось до 2007 года, прививались лишь группы риска [4,5]. Хроническая HBV-инфекция остаётся пока неизлечимым заболеванием, поэтому на первое место выходят вопросы улучшения качества вакцинации гепатита В. Вакцинопрофилактика гепатита В у взрослых является добровольной и необязательной, поэтому требует разъяснительной работы с населением. Медицинскому сообществу также необходимо иметь представление об уровне санитарно-гигиенических знаний наивного населения в зависимости от возраста. В настоящее время в России проведены лишь единичные исследования по оценке осведомлённости взрослых по вопросам парентеральных вирусных гепатитов.

**Цель исследования:** изучить влияние дополнительной вакцинации взрослых от HBV-инфекции 2007-2010 гг. на заболеваемость хроническим гепатитом В на примере Кировской области; оценить уровень осведомлённости «наивного» населения по вопросам эпидемиологии, течения, исходов, вакцинопрофилактики гепатита В и в зависимости от возраста.

**Материалы и методы:** Для оценки эпидемического процесса при ХГВ у взрослых в зависимости от проводимой вакцинации были использованы данные Роспотребнадзора в России и Кировской области (КО) по регистрируемой инфекционной заболеваемости за период с 1999-2014 г.г., Гос. докладов о сан.-эпид. обстановке в РФ за 1998-2014 г.г., в Кировской области за 2006-2014 г.г.

С целью определения уровня знаний «наивного» населения в отношении эпидемиологии, течения, исходов острого и ХГВ, вакцинопрофилактики ГВ были опрошены, методом случайной выборки

850 человек в возрасте от 16 до 80 лет в 2013-15 гг., из них 448 женщин ( $52,7 \pm 1,7\%$ ) и 402 мужчины ( $47,3 \pm 1,7\%$ ) (рабочие, служащие, школьники, частные предприниматели, студенты не медицинских ВУЗов, пенсионеры). Из них для сравнения было выделено 2 группы: 18-35 лет (1 гр.) и 36-59 лет (2 гр.). Анонимный опрос респондентов проводился при помощи оригинальной анкеты. Статистическая обработка данных проводилась на персональном компьютере с использованием лицензионных программных средств Microsoft Excel. Рассчитывали средние величины ( $\bar{p}$ ), ошибку средней величины ( $m_p$ ), достоверность различий определяли с помощью критерия Пирсона  $\chi^2_k$ .

**Результаты и обсуждение.** Введение всеобщей вакцинации новорожденных в 1997 году, дополнительной вакцинации взрослых в 2007-2010 гг. позволило значительно снизить регистрируемую заболеваемость ОГВ и числа носителей HbsAg среди детей и взрослых как в России, так и в КО [6,7,8]. Установлено, что с 1994 по 2014 годы регресс заболеваемости по ОГВ у взрослых в РФ составил 17,7 раз ( $25,1-1,42^0/00000$  нас.) и 28,8 раза ( $10,94-0,38^0/00000$  нас.) раза в регионе. Число носителей HbsAg среди взрослых в КО за тот же период снизилось в 39,5 раз с  $149,97 - 3,8^0/00000$  нас. Особенностью эпидемического процесса при парентеральных вирусных гепатитах в России и регионе является рост числа впервые выявленных ХВГ. В КО за последние 5 лет наблюдалась устойчивая тенденция к росту числа взрослых с впервые выявленными ХГВ и С с 56,0 в 2007 г. до  $59,7^0/00000$  нас в 2014 г. При сравнении с российскими показателями, в КО зарегистрирован более высокий уровень впервые выявленных случаев ХГВ в 2014 г. (в РФ 11,3 и  $16,5^0/00000$  нас.).

В рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» 2006-2008 г.г. предполагалось путем дополнительной вакцинации против гепатита В (25 млн. чел.) снизить заболеваемость вирусным гепатитом В

в РФ в 3 раза. Дополнительная иммунизация 2007 года, затронула лиц в возрасте 18-35 лет, непривитых и не болевших ранее. Иммунопрофилактика ГВ привела к значительному снижению числа больных острым и ХГВ среди детей, но менее выражено повлияла на количество взрослых с ХГВ [6]. Так, в 2006 г. показатель заболеваемости ХГВ у взрослых в КО составил  $21,2^0/00000$  нас., а в 2014 г. –  $16,5^0/00000$  нас.

Каковы вероятные причины, которые не позволяют значительно снизить заболеваемость ХГВ у взрослых в России и КО? Стабильность уровня заболеваемости ХГВ у взрослых в значительной степени вызвана реактивацией процесса в группе носителей HbsAg и переходом их в регистр больных ХГВ [5,6]. Улучшение диагностики вирусных гепатитов, связанной с широким внедрением в практику методов ПЦР (в формате real time), фиброэластометрии печени повышает частоту выявления хронических форм HBV- инфекции. По данным многолетних собственных наблюдений, регулярно, при случайном обследовании, регистрируются пациенты среднего и зрелого возраста с малосимптомным течением ХГВ, не прошедшие вакцинацию от HBV-инфекции и не имеющие протективного иммунитета.

В ходе реализации программы по дополнительной вакцинации взрослых от ГВ в КО с 2007 года ежегодно увеличивалось число привитых, но изначально иммунная прослойка в этой возрастной группе была крайне низкой. За последние 5 лет, увеличился охват вакцинацией лиц 18-35 лет с 62,6% в 2008 году до 91% в 2012 году; в возрасте 36-59 лет – с 16,3% до 63,0%. В 2012 году в КО было провакцинировано 74,8% взрослого населения в возрасте до 59 лет [5]. Однако в 15 из 39 районов области охват прививками взрослых против гепатита В составляет от 43,1-52,4%, что значительно ниже среднего показателя по КО, и создает серьёзную угрозу дальнейшего распространения

инфекции. В КО показатели охвата вакцинацией за 2010-2012 гг. лиц от 18-35 лет были несколько выше, чем в РФ – 80,2 – 84,1 – 88,5% соответственно, в возрасте 36-59 лет 44,7 – 50,8 – 59,5%. Поэтому приоритетным направлением в работе по профилактике ГВ на 2013-15 годы в КО и России является продолжение массовой иммунизации взрослых против HBV-инфекции с достижением охвата прививками не менее 80% [5,6].

Учитывая низкий охват вакцинацией лиц 39-56 лет и с целью установления осведомлённости «наивного» населения по различным вопросам вирусного гепатита В и специфической вакцинопрофилактики были опрошены 850 человек, жителей Кировской области. Большинство опрошенных были в возрасте 17-25 и 26-40 лет (36,35 и 32,0% случаев), в 41-60 лет – 23,29% случаев, дети (14-16 лет) и пожилые лица 61-80 лет составили по 4,35 и 4% респондентов. Большинство опрошенных (41%) имели высшее; 30% – среднее и 29% средне-специальное образование. Средний возраст респондентов составил  $45,4 \pm 10,3$  года. Из них лиц 18-35 лет было 481, а в возрасте 36-59 лет – 253 чел. Распределение по полу соответствовало общей группе.

О существовании вакцины для профилактики гепатита В знают 71,4% опрошенных; до сих пор 26,6% взрослых считают, что вакцина не существует и 2% вообще затрудняются в ответе. В необходимости и важности специфической профилактики гепатита В убеждены 81,7% респондентов; 18,3% – полагают, что данная процедура бесполезна. Отличительной особенностью вакцинации взрослых является добровольность и осознанная необходимость этой процедуры, отсутствие сплошной вакцинации вследствие неорганизованности большей части населения. Вероятно эта ситуация также связана с крайне низкой осведомлённостью населения о неблагоприятных последствиях для человека при контакте с HBV-вирусом.

68,9% участников опроса не знают о последствиях острого и ХГВ или ошибаются в ответах. Только 31,1% респондентов располагают частичными знаниями о неблагоприятных исходах ОГВ и ХГВ. Из них, 15,8% ошибочно считают, что ОГВ в 50% случаев приводит к хронизации.

«Наивное» население крайне низко информировано в отношении механизмов и путей передачи HBV-инфекции. Наиболее полный ответ был получен лишь в 7,2% случаев, частично правильные ответы с указанием различных факторов передачи инфекции в рамках парентерального механизма дали 23% респондентов.

Подавляющее большинство участников (73,5%) не имеют представления о механизмах и факторах риска передачи HBV – вируса. Исследование показало, что «наивное население» не видит опасности, которую в себе несёт HBV-инфекция. Только 4,6% опрошенных отметили опасность контактов с вирусом ГВ.

Большинство респондентов (71,41%) знают о существовании вакцины против ГВ и 81,76% считают, что данная она важна для профилактики ГВ. Однако 2% взрослого населения не имеют представления о профилактике гепатита В, а 17,29% считают, что данная вакцина не нужна. Знания взрослых о потенциальных исходах HBV -инфекции крайне низкие или не верные. Так о риске формирования ХГВ в 10% случаев и в дальнейшем цирроза печени указали лишь  $8,35 \pm 0,95\%$  случаев; по мнению  $15,88 \pm 1,25\%$  респондентов ХГВ развивается в 50% случаев, не знают ответа на вопрос  $59,29\% \pm 1,5\%$ , Часть респондентов знают об исходах ГВ – циррозе и раке печени: развитие ХГВ возможно по мнению 22,7% человек, отсутствие хронизации процесса при контакте с вирусом гепатита В у (4,59%), возможность развития ХГВ, цирроза печени и ГЦК у (8,35%), неосведомленными в данном вопросе являются

(59,89%). Самые интересные данные при анализе анкет были получены в отношении лечения вирусных гепатитов: 40,9% респондентов неправильно считают, что стойкое исчезновение ДНК вируса гепатита В из крови возможно, однако с этим не согласны 57%; 2% респондентов признают себя некомпетентными в данном вопросе.

Проведённый анализ ответов на вышеперечисленные вопросы показал отсутствие достоверных отличий в 2 возрастных группах 18-35 и 36-59 лет. В целом можно отметить, что неправильных ответов было несколько больше в старшей возрастной группе. Так на вопрос «Существует ли специфическая вакцинопрофилактика ГВ? и Важна ли она?» неправильный ответ «нет» дали  $30,8 \pm 2,85 / 26,82 \pm 2,02$  и  $19,39 \pm 2,44 / 17,67 \pm 1,74\%$  опрошенных. Затруднялись с ответами на данные вопросы чаще респонденты 2 группы –  $1,46 \pm 0,55 / 2,66 \pm 0,99$  и  $0,83 \pm 0,41 / 1,52 \pm 0,75\%$ . На вопрос «Можно ли полностью вылечить больного с ХГВ?» правильно ответили в большинстве случаев в обеих группах «нет» –  $55,93 \pm 2,26$  и  $55,89 \pm 3,06\%$  участников; не ориентировались в вопросе – в  $1,87 \pm 0,62$  и  $1,9 \pm 0,84\%$  случаев.

Таким образом, в Кировской области наблюдается тенденция к медленному снижению заболеваемости ХГВ у взрослых и, благодаря иммунизации против гепатита В (2007-2010 гг.). Дополнительная вакцинация взрослых от HBV-инфекции, проведённая в 2007-2010 гг., не привела к значительному снижению числа больных ХГВ. Вероятно, одной из причин этого явления явился низкий (20,3-64%) охват взрослого населения в КО и РФ прививками против гепатита В, особенно в возрасте 36-59 лет. Проведённый опрос «наивного» взрослого населения КО показал низкий уровень знаний в вопросах эпидемиологии и исходов ХГВ, удовлетворительный – в вопросах вакцинопрофилактики ГВ. Не получено достоверных различий в осведомлённости лиц в возрасте 18-35 и 36-59 лет по всем

предлагаемым вопросам анкеты. Необходима дальнейшая работа по актуализации знаний по вопросам профилактики ГВ, особенно в старшей возрастной группе, и выяснению иных вероятных причин низкого охвата прививками от ГВ.

Список литературы:

1. Международный альянс по борьбе с гепатитом // Информационный бюллетень ВОЗ. 2012. – №1.
2. Гепатит В // Информационный бюллетень ВОЗ. 2015. – №204
3. Зверев В.В. Профилактика первичного рака печени с помощью вакцины против гепатита В // Бюллетень «Вакцинация. Новости вакцинопрофилактики», №3(15). – 2001. URL: <http://medi.ru> (дата обращения 12.01.2014).
4. Барамзина С.В. Хроническая HCV и HBV- инфекция у детей: динамика показателей заболеваемости за 5-летний период наблюдения / С.В. Барамзина // Материалы всероссийского ежегодного конгресса «Инфекционные болезни у детей: диагностика, лечение и профилактика». – Журнал Инфектологии (приложение). – 2012. – Т.4, №4. – С.47.
5. Данные официальной статистики по инфекционной заболеваемости в Кировской области и РФ за 1994-2014 г.г. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.43.rospotrebnadzor.ru> и <http://rospotrebnadzor.ru> (дата обращения 12.01.15).
6. Шахгильдян И.В. Вакцинопрофилактика гепатита В в России: прошлое, настоящее, будущее/ Шахгильдян И.В., Михайлов М.И., Онищенко Г.Г// – М.: Тезисы докладов VIII Российской конференции: Вирусные гепатиты проблемы эпидемиологии, диагностики, лечения профилактики. – 2009. – С. 67.

**Учет особенностей медико-социальной помощи пожилым  
людям**

***Николай Федорович Басов***

*д.пед.н., профессор,*

*заведующий кафедрой социальной работы,*

*Костромской государственной университет им. Н.А. Некрасова*

*г. Кострома, Россия*

*e-mail: abba99@yandex.ru*

***Аннотация.*** Характеризуется понятие «здоровье» как явление не только медицинское, но и социальное. Раскрываются направления и содержание медико-социальной помощи пожилым людям.

***Ключевые слова:*** пожилые люди, медико-социальная помощь, здоровье старшего поколения, социальная работа, социальные службы, дома (отделения) милосердия, геронтологические центра, социально-оздоровительные центры.

***Abstract.*** The concept of «health» is characterized as a phenomenon, not only medical, but also social. The directions and the content of the medical and social assistance for elderly people are revealed.

***Keywords:*** elderly people, medical and social assistance, health of the older generation, social work, social services, Houses (departments) of the Mercy, Gerontology Centers, social and sanitary centers.

В науке существует около 100 определений здоровья. Однако наиболее распространенное получило понятие здоровья, принятое еще в 1960-е гг. Всемирной организацией здравоохранения. Здоровье – это состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов. Хотя на бытовом и житейском уровне широко распространено понятие

здоровья лишь как отсутствие болезней. Между тем понятие «здоровье» – это явление не только медицинское, но и социальное.

Давно доказано, что с возрастом число болезней увеличивается. По данным, предоставленными Минздравсоцразвития еще в 2010 г. на одного пожилого человека приходилось от 3,5 до 7 хронических заболеваний, 74% пожилых людей вынуждены постоянно принимать лекарственные средства, 50% испытывают затруднения при ходьбе и подъеме по лестнице, более 30% испытывают затруднения при самообслуживании, 8% людей пожилого возраста не выходят из своих квартир, а 5% не покидают постели. Подсчитано также, что до 80% пенсионеров по старости нуждаются в медико-социальной помощи [2, 220].

При тяжелых и хронических болезнях требуется помощь семьи или приходящих людей. Особая роль в таких случаях отводится социальным работникам, социальным службам.

Предметное развитие геронтологической социально-медицинской помощи осуществляется в современной России с 1999 г. В 2006 г. в рамках проекта «Здоровье» проведены массовые комплексные медицинские осмотры и обследования лиц пожилого возраста, приняты меры по их оздоровлению.

Правовую основу медико-социальной помощи пожилым людям составляют резолюции Всемирной организации здравоохранения, принципы ООН в отношении пожилых людей (1991), Практическая стратегия ООН «Глобальные цели по проблемам старения на период до 2001 года». Основные стратегии деятельности в этой области изложены в Оттавской хартии укрепления здоровья (1986), в Мадридском международном плане действий по проблемам старения (2002) и др. Важное значение имеют закон «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» (2011), а также законы «Об основах

социального обслуживания граждан в Российской Федерации» (2013) и «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов (1995). На основе этих документов правительством нашей страны разработаны нормативные положения, конкретизирующие различные аспекты гериатрической помощи. Эти документы регламентируют создание новых гериатрических учреждений. В 1995 г. (приказы МЗРФ №33 и №294) утверждены новые специальности – гериатр и специалист по социальной работе для оказания психиатрической и наркологической помощи, что связано с большой потребностью лечения пожилых людей.

Минздрав России разработал концепцию развития здравоохранения и медицинской науки, а также программу ее реализации. Перед органами управления здравоохранением поставлена задача создать гериатрическую службу как целостную систему оказания медицинской помощи пожилым, разработать и внедрить отраслевую программу «Здоровье старшего поколения». Большое значение имела федеральная целевая программа «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007-2011 гг.)».

В апреле 2014 г. была утверждена новая редакция федеральной программы «Развитие здравоохранения до 2020 года». Планируется увеличение финансирования здравоохранения; снижение смертности с 13 на 1000 человек до 11,4 в 2010 г.; снижение потребления алкоголя на душу за год – с 12,5 л. этанола, до 10 л.; снизить число курильщиков с 37,1% до 26,0%. Продолжительность жизни должна увеличиться с 71,4 в 2014 г. до 74,3 лет в 2020 г.

Важно, чтобы социально-медицинская помощь была максимально приближена к людям старшего возраста. Для этого необходимо совершенствовать и развивать амбулаторно-поликлиническое обслуживание, открывать гериатрические кабинеты, консультативные гериатрические и медико-социальные центра.

Комплекс социально-медицинских мер направлен на максимальное стимулирование подвижности больных и способности их к самообслуживанию. Определение конкретных организационных форм и объема социально-медицинской помощи пожилым людям следует осуществлять дифференцированно – исходя из возраста, особенностей расселения, состояния здоровья клиентов и других факторов.

Многие пожилые люди нуждаются в советах по личной гигиене, подбору одежды, обуви, правильному питанию, двигательному режиму, лечебной физкультуре, активной общественной жизни и т.д. В последние годы в системе социального обслуживания в рамках всероссийской программы «Здоровье старшего поколения» успешно действуют социально-оздоровительные центры. Они созданы для осуществления в стационарных условиях социально-оздоровительных и профилактических мероприятий, продления возможности самореализации людей пожилого возраста путем укрепления здоровья, повышения физической активности, а также нормализации психического статуса. Деятельность таких центров строится на основе методических рекомендаций, утвержденных постановлением Минтруда и социального развития от 27 июля 1999 г. Положительный опыт в этом направлении работы накоплен в Краснодарском крае, Владимирской, Костромской, Ростовской, Ярославской областях и некоторых других регионах.

Для социальной поддержки наиболее слабых здоровьем (пожилых) граждан в стране создаются дома милосердия. Они появились в 1993 г. после обобщения первого положительного опыта в регионах (Пермская, Псковская, Ярославская обл.) и на основе решения Минсоцзащиты от 11 октября 1993 г. Почти во всех стационарных учреждениях Российской Федерации открыты отделения милосердия.

Основной деятельностью их является осуществление медицинского ухода, поддержки жизнедеятельности очень старых и больных людей.

В июле 1999 г. был издан приказ Минздрава России №297 «О совершенствовании организации медицинской помощи гражданам пожилого и старшего возрастов в Российской Федерации». В соответствии с этим документом в стране организовались гериатрические центры, гериатрические больницы и отделения, а также учреждения медико-социальной помощи (хосписы, дома и отделения сестринского ухода и т.д.).

Таким образом, граждане старшего возраста приобрели возможность получать медицинскую и медико-социальную помощь не только в лечебно-профилактических учреждениях общего профиля, но и в специализированных учреждениях, предназначенных для оказания помощи различным категориям пожилых лиц.

К специализированным учреждениям гериатрического профиля относятся госпитали ветеранов войн, больницы и реабилитационные центры, специальные отделения для ветеранов войн. В большинстве регионов нашей страны созданы, кроме всего, гериатрические центры и больницы. Многие из них возникли в ходе реализации отраслевой программы «Здоровье старшего поколения».

В последние годы специалисты, характеризую особенности позднего возраста, используют понятие «психическое старение», которое сопровождается нарастанием психических нарушений, затрагивающим такие процессы как восприятие, мышление, память, внимание, воображение, психомоторику.

В Мадридском международном плане действий по проблемам старения, принятом в 2002 году, в качестве цели выдвинуть создание всеобъемлющей системы услуг по охране психического здоровья пожилых людей, которое оказывает воздействие на физическое

здоровье и наоборот. Такие события как потеря близких, снижение социально – экономического статуса в связи с выходом на пенсию или инвалидности обуславливают изоляцию, утрату независимости, одиночество и психологический дистресс у пожилых людей [2, 213].

Кроме того, пожилые люди могут подвергаться плохому обращению, включая физическое, психологическое, эмоциональное, финансовое, материальное, а также серьезное пренебрежение к человеческому достоинству и неуважение. Плохое обращение с пожилыми людьми может вызвать не только физический ущерб, но и психологические последствия, включая депрессию и тревогу.

#### Список литературы:

1. Басов Н.Ф. Веричева О.Н. Технологии социальной реабилитации инвалидов / Актуальные проблемы реабилитологии / Под ред. Н.Ш. Валеевой – Казань, 2011. – С. 14-36.

2. Басов Н.Ф. Особенности здоровья старшего поколения // Социальная геронтология: практикум / Н.Ф. Басов. – Кострома: КГУ им. Н.А. Некрасова, 2013. – С. 205-240.

3. Басов Н.Ф. Особенности медико-социальной помощи пожилым людям // Триединство здоровья нации, качества жизни и гармонического общества как основа устойчивого развития России в XXI веке: Материалы международного конгресса, 12-14 сентября 2014 г.: в 2-х т. Т.1. – М.: Кострома, КГУ им. Н.А. Некрасова, 2014. – С. 177-180.

4. Басов Н.Ф., Смирнова Е.Ю. Социальная помощь Русской православной церкви семье // Социальная работа с семьей: учебное пособие / Под ред. Н.Ф. Басова – Кострома: КГУ им. Н. А. Некрасова, 2015. – С. 385-403.

5. Басов Н.Ф. Учет психологических особенностей людей пожилого возраста в социальной работе // Вестник КГУ им. Н.А. Некрасова – 2013 – №3. – С. 153-157.

6. Басов Н.Ф. Учет психологических особенностей людей пожилого возраста в социальной работе // Психолого-социальная работа в современном обществе: проблемы и решения: сборник материалов международной научно-практической конференции, 23-24 апреля 2015 / под общ. ред. Ю.П. Платонова. – СПб.: СПб ГИПСР, 2015. – 471 с.

7. Басов Н.Ф., Веричева О.Н. Социальная работа с семьей пожилых // Социальная работа с семьей: учебное пособие / Под ред. Н.Ф. Басова. – Кострома: КГУ им. Н.А. Некрасова, 2015. – С. 10\92-218.

8. Психологическое здоровье и пожилые люди. Информационный бюллетень Всемирной организации здравоохранения. – №381. – сентябрь 2015.

УДК 316.422

**Особенности экономической социализации личности в  
современных условиях**

***Виктор Николаевич Блохин***

*ст. преподаватель,*

*Белорусская государственная сельскохозяйственная академия,*

*г. Горки, Беларусь*

*e-mail: vik-1987@bk.ru*

***Аннотация.*** *Статья предназначена для преподавателей, студентов и иных лиц, интересующихся вопросами формирования личности, процессами экономической социализации человека. Целью исследования является изучение особенностей экономической*

*социализации личности в современных, трансформационных условиях развития российского общества. Обращается внимание на последствия резких экономических преобразований, на серьезные отличия в условиях экономической социализации современной молодежи.*

**Ключевые слова:** *экономическая социализация, личность, молодежь, современные условия, трансформация.*

**Abstract.** *This article is intended for lecturers, students and other people interested in issues of identity formation, the process of economic socialization. The purpose of this research is study the features of the economic socialization of the individual in modern conditions of transformation of Russian society. Draws attention to the consequences of rapid economic change, serious differences in the conditions of economic socialization of today's youth.*

**Keywords:** *economic socialization, person, youth, modern conditions, transformation.*

К важнейшим проблемам формирования личности относится изучение ее места в структуре производительных сил. Достаточно сложным является вопрос отражения в психологии человека различных форм собственности – общенародной, кооперативной, общественных организаций и личной – психологические вопросы распределения и потребления, проблемы потребностей человека, закономерности их зарождения, развития и т.д. [3, 9].

Современное общество характеризуется нестабильностью, высокой социальной динамикой и неопределенным вектором социальных изменений. Для личности трансформация общества выступает как ряд неясных, непредсказуемых ситуаций, создающих невозможность даже ближайшего прогнозирования своей судьбы.

Информатизация общества и развивающиеся сетевые коммуникации приводят к снижению статуса социальной принадлежности как источника и фактора социализации, т. е. лишают личность привычной социальной идентичности. Масштабные изменения в современном российском обществе связаны с переходом к рыночной экономике, что привело к экономическим девиациям (гиперинфляция, безработица, нищета, личностный кризис) и проявлениям маргинальности.

Присутствие в российском обществе нескольких видов культуры приводит к конфликту в системе экономических ценностей – труд, деньги, товар, потребление, спекуляция и др. [1, 6].

Собственность как экономический феномен и связь собственности с личностными сферами находится в фокусе внимания целого ряда исследований. Разделение собственности на индивидуальную и коллективную (групповую) предполагает, что индивидуальная собственность может носить характер личной, а также частной собственности, а коллективная (групповая) – общинной и общественной собственности.

Процесс формирования частной собственности развертывался в ходе экономического развития общества на базе развивающейся личной собственности, что обусловило в некоторых случаях утрату обособленности понятий.

С точки зрения экономической социализации, отношения личной собственности формируются на этапе первичной социализации (в детстве), а отношения частной собственности могут появиться лишь на этапе вторичной социализации.

В своем развитии личная собственность прошла два этапа: на первом она вытеснила коллективную собственность, превращаясь в доминирующую форму собственности. На втором этапе развитие товарных отношений привело к проникновению экономических

отношений в организацию самого процесса производства и формировало институт частной собственности, завоевавшей в течение XIII-XVII веков все страны Европы [2, 32].

Сегодня частную собственность определяют как форму собственности, которая подразумевает защищенное законом право физического или юридического лица, либо их группы на предмет собственности.

Первой формой частной собственности принято считать античную модель собственности, земельные участки при которой могли продаваться, дариться и обмениваться, но только согражданами, при этом государство могло ограничивать размеры земельных участков находящихся в собственности у граждан. Античная форма собственности была распространена во всех греческих государствах древности, за исключением Спарты и Крита, где была установлена государственная собственность на землю. В V – III вв. до н. э. появилась частная собственность и в Риме, где она долгое время сосуществовала с родовой собственностью.

В настоящее время право частной собственности – одно из важнейших, фундаментальных личных прав человека [4, 87].

Наделив собственность социальным значением, мы можем предполагать, что трансляция этого значения, а также воспроизводство и трансформация отношений, связанных с владением той или иной собственностью, составляет содержание экономической социализации.

Таким образом, отношения собственности по-прежнему могут выступать как более-менее точная характеристика социальной группы, к которой принадлежит человек как член общества, а также выражать индивидуально-психологические особенности индивида. В традиционных институтах социализации ребенок будет получать информацию относительно того, чем он владеет (что является его

собственностью, его «физическим Я») и какие возможности он обретает благодаря владению своей собственностью.

Необходимо отметить, что и российские, и западные психологи отмечают высокую потребность граждан России и Восточной Европы в предметах, обеспечивающих высокий социальный статус, полезность вещи уходит на второй план. Элементы показного, «престижного» поведения и потребления в Западной Европе уже не считаются приемлемыми. Подобные изменения происходили под влиянием развития экономики на Западе. Однако данные трансформации формировали и личность, как бы изменяли фокус концентрации ее внимания, перемещая с внешнего, формального, ролевого, на внутреннее (проблемы, связанные с саморазвитием и индивидуальными ценностями).

В России, в условиях резких социально-экономических перемен экономическая социализация детей обгоняет экономическую социализацию взрослых [3, 16].

Главной особенностью современных социальных изменений в России является сочетание скорости и радикализма проводимых реформ с отсутствием у них единого вектора, что в целом определяется как социальная нестабильность, которая для обыденного человека воспринимается, прежде всего, как абсолютная неопределенность ситуации. Особое значение это имеет для молодого поколения, которое проходит целый ряд социальных выборов. Отсутствие общепринятых ценностей и нормативных моделей подводят молодого человека к вопросу самоопределения, где он обнаруживает, что установленные общественные ориентиры дают противоречивую информацию, а то и не работают вовсе. Подобное положение выдвигает новые требования и подходы к проблеме социализации молодежи, подчеркивает особую важность формирования моделей социального поведения без опоры на

общепринятые стандарты, конструирования персональной системы ценностей и идентификационных структур. Это приводит к необходимости креативного поведения, включенного во множественные коммуникации, постоянно выходящего за пределы своего индивидуального «Я». Образ изменяющегося социального мира неизбежно вызывает изменяющиеся представления человека о самом себе в нем.

В период социально-экономических кризисов происходит рассогласование социально-психологических и экономических детерминант экономического сознания, самосознания и поведения. В кризисные периоды объективная потребность в материальных ресурсах, как правило, возрастает, однако представители многих социальных групп проявляют прямо противоположную тенденцию – снижают субъективную значимость материальных ценностей. Личность как бы «отступает» на надежные и проверенные позиции – к базовым ценностям как устойчивым компонентам самоопределения, к ценностям предыдущего этапа жизни или ранее пережитого социально-экономического уровня. Возникает феномен непоследовательного или «колебательного» экономического поведения субъекта, который характерен, в первую очередь, для личности с противоречивой, конфликтной системой ценностей.

Основными особенностями современных социально-экономических изменений, непосредственно влияющих на экономическую социализацию личности, являются:

- переход экономических и социальных функций от капитала к информации;
- не собственность, а уровень знаний становится ведущим фактором социальной дифференциации;

– новое общество отличает симбиоз социальных организаций и информационных технологий.

Приоритетными каналами социализации в условиях трансформации общества являются рынок труда, институт предпринимательства, СМИ и сетевые коммуникации. Рынок труда и осуществляющийся на нем спрос – предложение, а также наличие свободных рабочих мест, позволяют реализовать конкретные пожелания в своей будущей работе, а также реализовать определенный уровень знаний. Рынок труда проверяет личные качества молодежи как моральные, так и деловые, их культурные миры и профессиональные умения. Цель этого института – обеспечить молодежь социальными качествами, которые будут востребованы в течение всей активной жизни. Для СМИ как канала социализации характерно то, что большинство из них принадлежит или подчиняется масс-медиа монополиям, и очень большое пространство отдается рекламе. Реклама выступает сильным раздражителем, формируя у многих людей четко выраженную потребительскую идеологию, стремление к неограниченному потреблению, а иногда и к противоправному или делинквентному поведению. Это закладывает потенциальную опасность в будущем, как для конкретного человека, так и для общества в целом [5, 6].

Таким образом, экономическая направленность личности является ведущим фактором социализации, в котором представлены интегрированный образ экономического будущего, а также система экономических установок. Особую важность экономическая социализация имеет для молодого поколения. Трансформации общества могут оказать негативное влияние на экономическое поведение и привести к распространению девиантного поведения среди молодежи. Задача семьи, государства, общественных организаций –

способствовать успешной экономической социализации личности, пропагандировать правовое поведение, стимулировать мотивацию молодежи на достижение высокого социального статуса и развитие финансовой грамотности.

#### Список литературы:

1. Биисова Г.И. Формирование нравственных ценностей учащихся в новом информационном пространстве // Факторы социализации личности учащихся в условиях современного промышленного города / Под ред. Сергеевой Т.Е. – Орск.: Изд-во ОГТИ, 2009. – С. 6-10.

2. Вяткин А.П. Психология экономической социализации личности: субъектно-ролевой подход – Иркутск: Из-во Иркутского Гос. Ун-та, 2010. – 401 с.

3. Радина Н.К. Первичная экономическая социализация: конструирование Я и обретение собственности // Профессиональное самосознание и экономическое поведение личности. Труды III международной научной интернет-конференции март-июнь – Омск, 2009. – С. 9-23.

4. Райзберг Б.А., Лозовский Л.Ш., Стародубцева Е.Б. Современный экономический словарь. 5-е изд., перераб. и доп. – М.: ИНФРА-М, 2007. – 495 с.

5. Сергеева Т.Е. Проблема исследования факторов социализации личности учащихся // Факторы социализации личности учащихся в условиях современного промышленного города / Под ред. Сергеевой Т.Е. – Орск.: Изд-во ОГТИ, 2009. – С. 5-6.

**Образовательная среда как составляющая часть физической  
интеграции и адаптации лиц с ограниченными возможностями  
здоровья**

***Ирина Юрьевна Богатырёва***

*магистр специальности социальная работа,  
Забайкальский государственный университет,  
г. Чита, Россия*

***Научный руководитель: Сергей Тихонович Кохан***

*к.мед.н., доцент,  
заведующий научно-образовательным центром  
«Экология и здоровье человека»,  
Забайкальский государственный университет,  
г. Чита, Россия  
e-mail: ispsmed@mail.ru*

***Аннотация.*** Образование, несомненно, оказывает существенное влияние на мировоззрение и его непосредственное формирование, определение жизненных целей, способствует развитию адаптивных способностей к изменяемым условиям окружающей действительности, гармонизирует жизнь человека с длительными заболеваниями или инвалидностью в социуме. Качественная организация процесса социально-психологической адаптации (защитное средство личности, с помощью которого устраняются или ослабляются: беспокойство, внутреннее психологическое напряжение, дестабилизационные состояния, возникающие при взаимодействии человека с окружающими его людьми или обществом в целом) детей очень важна в общеобразовательных учреждениях

***Ключевые слова:*** образование, адаптация, инвалидность, дети.

***Abstract.** Education, of course, has a significant influence on the world and its immediate formation, defined-tion goals in life, contributes to the development of adaptive capacity to the changing reality, harmonizes the life of a person with long-term illnesses or disabilities in co-tsiume. Qualitative organization of the process of socio-psychological adaptation (protective agent of the person, through which eliminates or reduces restlessness, inner psychological tension, destabilizing the state, arising from the interaction of the forehead-century with the people around him or society at large) children is very important in educational institutions*

***Keywords:** education, adaptation, disability, children.*

На данном этапе развития общества усиливается социальное расслоение, которое находит отражение и в образовательной системе. Интеграция лиц с ограниченными возможностями здоровья (далее ОВЗ) в образовательное пространство является глобальным процессом, который требует колоссальных усилий. Именно готовность общества и государства видоизменить систему отношений к людям с ОВЗ является основой этого глобального процесса, цель которого реализовать их права на предоставление им равных возможностей в различных областях жизнедеятельности, в том числе в образовательной среде. Согласно ст. 43 основного закона РФ у нас есть право на образование, закрепленное на государственном уровне [2], а главная задача государства создать благоприятные условия для получения образования, в том числе и для лиц с ОВЗ, так как по нашему мнению именно комфортная образовательная среда является одной из составляющих частей благоприятной интеграции и адаптации лиц с ОВЗ [1].

Многие западные специалисты в области образования пришли к мнению, что способствовать лучшему развитию

конкурентоспособности инвалидов и сохранению их прав будет именно инклюзивный образовательный процесс. Ежедневно взаимодействуя в обществе у лиц с ОВЗ более естественно протекают процессы интеграции и адаптации в общественную жизнь с раннего детства. Приоритетными направлениями, способствующими развитию образовательной системы в Российской Федерации являются решение проблем лиц с ОВЗ: создание благоприятных условий для успешной социализации и адаптации, создание равных начальных возможностей для развития различных категорий, в том числе для детей с ограниченными возможностями.

В настоящее время в Российской Федерации насчитывается около 15 млн. лиц имеющих отклонения в развитии (11% населения страны). Более 2 млн. детей с ограниченными возможностями (8% детей), из них около 700 тыс. дети-инвалиды.

Получение детьми с ОВЗ образования является одним из основных и неотъемлемых условий их успешной социализации, обеспечения их полноценного участия в жизни общества, эффективной самореализации в различных видах профессиональной и социальной деятельности.

Полноценное образование для детей с ОВЗ означает наличие созданных условий для вариативного вхождения в те или иные социальные роли, расширения рамок свободы выбора при определении своего жизненного пути [1, 4, 5, 6].

Тенденция к изоляции от общества часто проявляется у детей с ОВЗ. Раньше этому содействовала сегрегационная система образования. Несмотря на то, что в настоящее время ситуация частично изменилась, у детей с ОВЗ по-прежнему выявляется нарушение способности включаться в нормальный процесс жизнедеятельности. Отклонения в развитии личности детей с ОВЗ вызывают нарушения в области

познания и коммуникации, также они могут приводить и к нарушению их эмоционально-волевой сферы, что, в свою очередь, может стать причиной возникновения патологических форм поведения и активности. Чувство боязни, обиды, страха, стыда – эмоциональные состояния, зачастую проявляющиеся у ребенка с ОВЗ. Самооценка у данной категории детей также оказывается затронутой: данные многих психологических исследований констатируют такой факт, что большинство детей с ОВЗ имеют заниженную самооценку, значительно меньшая часть – адекватную, и очень редко встречается самооценка завышенная [1, 4, 5, 6].

Образование, несомненно, оказывает существенное влияние на мировоззрение и его непосредственное формирование, определение жизненных целей, способствует развитию адаптивных способностей к изменяемым условиям окружающей действительности, гармонизирует жизнь человека с длительными заболеваниями или инвалидностью в социуме. В соответствии с Федеральным Законом №273-ФЗ, ч. 4 ст. 79 говорит о том, что: образование учащихся с ОВЗ может быть как совместно с другими обучающимися, так и в отдельных организациях, осуществляющих образовательную деятельность, группах, классах и т.д. [3], и можно сделать вывод о том, что есть несколько возможных вариантов, а именно: организовать полностью инклюзивное образование лиц с ОВЗ (например, в общих классах), отдельные классы в образовательных учреждениях или же создать отдельные (специальные, коррекционные) образовательные учреждения для данной категории лиц. Специфика организации обучения детей с ОВЗ в образовательных учреждениях общего типа такова, что это позволяет не помещать детей на длительный срок в интернатное учреждение, а создать условия для их проживания и воспитания в семье и обучать их в образовательных учреждениях, находящихся по месту жительства

ребёнка и его родителей, что будет способствовать постоянному общению с остальными детьми, что благоприятно влияет на решение проблем, связанных с социальной адаптацией и интеграцией [1, 4, 5, 6].

Процесс адаптации, как образовательной, так и социальной, учащихся с ОВЗ находится под пристальным общественным вниманием, а число лиц школьного возраста, имеющих те или иные ограничения здоровья примерно 15% от общего числа учащихся школьного возраста. Согласно прогнозам ученых, есть риск, что количество учащихся с ОВЗ будет расти. Успешность проведения процесса включенности детей с отклонениями в развитии зависит не только от степени и характера физических и психических нарушений наблюдающихся у них, но и от степени эффективности индивидуальных образовательных программ, обучающих технологий, которые должны учитывать эти нарушения, а также от отношения окружающих, от образовательной среды, в которой находится ребенок с ОВЗ. Поэтому очень важна качественная организация процесса социально-психологической адаптации (защитное средство личности, с помощью которого устраняются или ослабляются: беспокойство, внутреннее психологическое напряжение, дестабилизационные состояния, возникающие при взаимодействии человека с окружающими его людьми или обществом в целом) детей с ОВЗ в общеобразовательных учреждениях [1, 4, 5, 6].

#### Список литературы:

1. Боровик С.С. Адаптация лиц с ограниченными возможностями здоровья в образовательных учреждениях / С.С. Боровик // Молодой ученый. – 2015. – №11. – С. 1283-1285.
2. Конституция Российской Федерации. Принята на всенародном голосовании 12 декабря 1993 г. – М.: Эксмо, 2013. – 63 с.
3. Об образовании в Российской Федерации: Федеральный закон

Российской Федерации от 29.12.2012 г. №273-ФЗ // Российская газета. – 2012. – №5976 (31.12.2012 г.).

4. Реабилитация, социализация и интеграция инвалидов в общество: Учебное пособие для студентов специальности социальная работа / под ред. В.В. Харабета – Мариуполь – Чита: МФ ООО «Типография «Новый мир», 2012. – 304 с.

5. Социальная работа: история, теория и практика: монография / В.В. Харабет [и др.] под ред. В.В. Харабета, А.И. Андрющенко. – Мариуполь: ПГТУ, 2015. – 390 с.

6. Социальная работа с инвалидами: учебное пособие / С.Т. Кохан, А.В. Патеюк, Е.М. Кривошеева и др. – Чита: Типография ЗабГУ, 2016. – 280 с.

УДК 613

**Об инклюзивном добровольчестве  
как ресурсе по формированию культуры здорового образа  
жизни**

***Вера Ивановна Богдановская***

*к.,пед.н., доцент кафедры социальной работы*

*Хакасский государственный университет им. Н.Ф. Катанова,*

*г. Абакан, Россия*

*e-mail: Bogdanovskaya\_Vera@mail.ru*

***Аннотация.** «Инклюзивное добровольчество – волонтеры завтрашнего дня» – опыт по вовлечению в различные добровольческие проекты молодых людей с ограниченными возможностями здоровья представлен в данной статье. В статье рассматривается инклюзивное добровольчество как новейшая технология социальной работы по*

*формированию культуры здорового образа жизни молодежи. Какую пользу обществу могут приносить лица с ограниченными возможностями здоровья и как помочь им социализироваться в это трудное время. На их примере можно мотивировать молодых людей относиться к своему здоровью бережно и целенаправленно развивать в себе культуру здорового образа жизни.*

**Ключевые слова:** *инвалид, лицо с ограниченными возможностями здоровья, инклюзивное добровольчество, здоровый образ жизни, социальное партнерство.*

**Abstract.** *«Inclusive volunteering – volunteers of tomorrow» – experiment on involvement in various voluntary projects of young people with limited opportunities of health is presented in this article. In article inclusive volunteering as the newest technology of social work on formation of culture of a healthy lifestyle of youth is considered. What benefit persons with limited opportunities of health can bring to society and how to help them to be socialized in this hard time. On their example it is possible to motivate young people makes thrifty use of the health and purposefully to develop in itself culture of a healthy lifestyle.*

**Keywords:** *The disabled person, the person with limited opportunities of health, inclusive volunteering, a healthy lifestyle, social partnership.*

В последнее десятилетие в современном обществе произошло большое количество социальных, культурных, а также экономических изменений. Вследствие этого возникла тенденция все большего увеличения количества социальных проблем и возрастания социального неблагополучия. Поэтому, большое значение для населения стали иметь организации, учреждения, а также службы, целью которых является оказание социальной помощи. Однако, вследствие очень широкого спектра проблем населения, а также большого числа клиентов, в

организациях все больше и больше востребуется волонтерская (добровольческая) деятельность. У социальных служб возрастает необходимость привлечения на добровольческую работу большего количества волонтеров. При этом очень большое значение имеет мотивация, стремление волонтеров добровольно работать в той или иной социальной службе. Часто добровольцы, обладая подходящими для социальной работы культурными нормами и ценностями, не имеют необходимого стимула, мотивации для полноценной добровольческой деятельности. В то же время для специалистов социальных служб и организаций актуальной становится значимой проблема отбора волонтеров на добровольческую деятельность.

Волонтерство – деятельность по своей природе просоциальная в целевом, процессуальном, содержательном, технологическом компонентах. Включаясь в волонтерскую деятельность, человек стремится на безвозмездных основах повлиять на трансформацию современного ему общества, сделать его лучше. Молодежь – традиционно наиболее социально активная демографическая группа, которая может стать (и в частных случаях является сейчас) основой крупномасштабного волонтерского движения.

Вопрос о потенциале использования молодежной волонтерской деятельности может рассматриваться как минимум в двух аспектах: влияние молодежного волонтерства на конкретно – историческую ситуацию, сложившуюся в обществе; влияние волонтерства на саму личность молодого человека, включающегося в данную деятельность.

Главная цель – вовлечь людей с ограниченными возможностями здоровья разных групп инвалидности в добровольческий процесс. Инновационные технологии это принципиально новые способы, совокупность методов, осуществляемых в каком-либо процессе.

Термин инклюзивное добровольчество – сравнительно новый. Но развиваться в этом направлении молодежь готова, технические средства здесь не могут решить всего, поэтому в первую очередь важно межличностное общение. Инклюзивное добровольчество – «волонтеры завтрашнего дня» – это те, кто сам когда-то нуждался в помощи.

В истории человечества есть масса примеров добровольной и бескорыстной помощи, оказываемой человеком или группой людей отдельным людям или обществу в целом. Помощи, не преследующей цели извлечения прибыли, получения оплаты или карьерного роста и основанной на идее бескорыстного служения гуманным идеалам человечества. Она может иметь различные формы: от традиционных видов взаимопомощи, помощи бездомным детям до совместных усилий тысяч людей, направленных на преодоление последствий стихийного бедствия, урегулирование конфликтных ситуаций. Она может включать в себя действия, предпринимаемые на местном и общенациональном уровнях, а также на уровне международного сообщества в целом, которые осуществляются, невзирая на границы.

Молодым инвалидам найдется место в любой сфере деятельности. Прежде всего, надо понимать его аспект заболевания.

Молодыми инвалидами являются граждане в возрасте 14-30 лет, которые имеют нарушения здоровья, обусловленные заболеваниями, дефектами, последствиями травм. В настоящее время молодые люди с ограниченными возможностями делятся на несколько групп: с нарушением интеллекта, с психическими заболеваниями и ранним аутизмом, с нарушением опорно-двигательного аппарата, нарушением слуха, зрения и с комплексным сочетанием нарушений. Инвалидность в молодом возрасте можно определить и как состояние стойкой социальной дезадаптации, обусловленное хроническими заболеваниями или патологическими состояниями, резко ограничивающими

возможность включения молодого человека в адекватные возрасту воспитательные, социальные, политические и экономические процессы, в связи с этим возникает постоянная необходимость в дополнительном уходе за ним, помощи или надзоре.

В последнее время, когда речь идет о положении молодых инвалидов в России, все чаще употребляется термин «социальная депривация». Он подразумевает лишение, ограничение, недостаточность тех или иных условий, материальных и духовных ресурсов, необходимых для выживания молодежи, обусловленное в первую очередь низким уровнем жизни. Особенно остро депривация сказывается на молодых инвалидах [1]. Инвалидность затрудняет возможность полноценных социальных контактов человека, а отсутствие достаточного круга общения приводит к дезадаптации, которая в свою очередь, ведет еще к большей изоляции и, соответственно к недостаткам развития.

За последние годы число молодых людей с ограниченными возможностями в стране постоянно увеличивается. Это означает, что рост количества молодых инвалидов становится проблемой не только отдельных людей, и даже не части населения, а всего общества в целом. Обостряется проблема социальной защиты молодых инвалидов, которая представляет собой деятельность государства и общества по ограждению этой категории граждан от социальных опасностей, недопущению ухудшения положения лиц с ограниченными возможностями.

Инвалидность молодежи значительно ограничивает их способности к самообслуживанию, передвижению, ориентации, обучению, общению, трудовой деятельности в будущем. Кроме того инвалидность, будь то врожденная либо приобретенная, ограничивает положение молодого человека в обществе. Социальный статус обычно

определяется позицией индивида в группе или группы во взаимоотношениях с другими группами (некоторые ученые используют термин «социальная позиция» как синоним социального статуса). Социальный статус является также определенной совокупностью прав, привилегий и обязанностей молодого инвалида. Все социальные статусы подразделяются на два основных типа: те, которые предписываются индивиду обществом или группой независимо от его способностей и усилий, и те, которые личность достигает своими собственными усилиями.

Социальный статус молодых людей с особыми потребностями характеризуется определенными показателями: состоянием здоровья, материальным положением, уровнем образования, спецификой занятости и особенностями организации досуговой деятельности [2]. В этом случае возникает вопрос – как можно стать добровольцем с ограниченными возможностями? Инклюзивное добровольчество дает возможность всем молодым людям с ограниченными возможностями полном объеме участвовать в жизни общества.

Инклюзивное добровольчество базируется на основных принципах:

- ценность человека с ограниченными возможностями здоровья не зависит от его способностей и достижений;
- каждый человек с ограниченными возможностями здоровья способен чувствовать и думать.
- каждый человек с ограниченными возможностями здоровья имеет право на общение и на то, чтобы быть услышанным.

Важно вовлекать добровольцев с ограниченными возможностями здоровья те сферы деятельности, которые не оплачиваются, но остаются важными для достижения целей программы [3]. Например, работа на компьютерной технике во время поисков или поздравлений, посещение

больных в больницах, доставка продуктов старикам, которые уже не могут выходить из дома, работа с детьми в школе или привлечение внимания к историческому памятнику, беседы в социальных сетях о здоровом образе жизни и тех ошибках, которые не стоит повторять и т.д. Любая работа может выполняться добровольцами по их мере возможности, не причиняя вреда их здоровью.

Причины быть волонтером у молодых людей с ограниченными возможностями могут быть разными, и вот основные:

- идея, благородная идея, отражающая важность и принципы деятельности. Именно идея определяет, будет ли человек понимать, что он делает и зачем, появятся ли у него гордость, самоуважение и удовлетворение от работы и результатов деятельности;

- внутренняя психологическая потребность быть нужным. Волонтерское движение позволяет реализовать эту потребность, ощутить свою полезность особенно у молодого поколения с ограниченными возможностями;

- потребность в общении. Если подбирается классная, веселая компания и в ней интересно и комфортно, то хочется быть рядом. Расширяется круг общения. Именно это часто становится основной причиной работы в качестве волонтера;

- интерес, работа волонтером зачастую связана с нестандартными подходами и новыми возможностями себя реализовать [4];

- антураж, начинающих больше интересуют внешняя привлекательность движения (кепки, футболки, значки и т.п.), чем идея, цели или конечный результат, особенно это касается детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья;

- карьера, авторитет и самореализация. Сюда относится возможность улучшить свое социальное положение в карьерной или межличностной сфере. Будучи волонтером, можно установить новые

связи, научиться новому и за счет этого приобрести уважение и вес в обществе. Зачастую именно в инклюзивном волонтерском движении проявляются некоторые способности, например, руководящие или организаторские;

- творческие возможности, можно проявить себя в различных видах деятельности вне зависимости от возраста;

- решение своих проблем. Если профиль организации совпадает с твоими проблемами – то это выход. Если чувствуешь себя никчемным замухрышкой -иди в волонтеры, там можно изменить ситуацию. Есть проблемы с общением -иди в волонтеры, найдешь новых друзей и единомышленников.

- досуг, когда время можно тратить двумя способами – с пользой и без. Первый вариант – это инклюзивное волонтерское движение [5].

С чего начинается инклюзивное волонтерское движение?

Все начинается с идеи помогать кому-либо, желания или необходимости сделать так же, как у кого-то и осознания того, что ты сегодня нужен.

Как правило, вначале собирается инициативная команда молодых людей с ограниченными возможностями, затем к ней присоединяются остальные, которые либо проходят предварительное обучение, либо сразу подключаются к работе.

Инклюзивное добровольчество – это та модель нашего общества, которая будет повсеместно существовать в России через 10-15 лет благодаря государственным программам и нашим стремлениям как общественного сектора. К сожалению, пока есть определенные проблемы, с которыми повседневно сталкиваются люди с ограниченными возможностями здоровья. Речь идет и о доступной среде: пандусы, плавающие светофоры и так далее, и о психологических

моментах, потому что не везде и не всегда общество готово на равных общаться и работать вместе с инвалидами.

Часто в качестве мотива для волонтерской работы выступает потребность в контактах с другими людьми и преодоление чувства одиночества. Волонтерство отвечает естественной потребности быть членом группы, ценностям и целям которой волонтер может полностью соответствовать. Факторы мотивации отражены в результатах опроса («Добровольцы – ценный источник», М. Олчман, П. Джордан. Университет Джона Хопкинса, 1997г.):

- Хочу помогать нуждающимся людям – 61%
- Надеюсь научиться чему-то новому – 46%
- Хочу иметь какое-то занятие – 41%
- Для собственного удовольствия – 31%
- Хочу познакомиться с новыми людьми – 29%
- Хочу ответить людям за добро добром – 11%
- Хочу бороться с определенной проблемой – 7%
- У меня есть свободное время – 4%

#### Инклюзивное волонтерство в Великобритании

Типичные виды деятельности волонтеров с ограниченными возможностями здоровья в социальной сфере:

- работа с детьми и молодежью, например, в детских садах, школах, группах свободного времени, молодежных клубах;
- помощь представителям этнических меньшинств через консультирование и сопровождение;
- помощь бездомным;
- сбор средств.

Самые частые виды деятельности волонтеров с ограниченными возможностями здоровья – это сбор средств, работа в комиссиях и комитетах, преподавание и обучение. Добровольная работа занимает

примерно 2,5 часа в неделю. Что касается соотношения полов, то существенного различия в количестве мужчин и женщин нет. Но мужчины больше, чем женщины заняты в таких областях, как спорт, работа в правлениях организаций, консультирование. Женщины же, в свою очередь, чаще работают в таких областях как фандрайзинг, работа с детьми, школьное образование, здравоохранение и социальные услуги общего характера.

Наибольший рост числа волонтеров отмечается в возрастных группах от 18 до 24 лет и от 45 до 65 лет. Добровольцы с ограниченными возможностями здоровья в основном работают в общественных организациях – местных организациях и филиалах национальных организаций. В Великобритании наибольшее в Европе число волонтеров работает в национальных общественных организациях. В государственных организациях волонтеры занимаются непосредственным оказанием социальных услуг.

Волонтерская деятельность – это широкий круг деятельности, включая традиционные формы взаимопомощи и самопомощи, официальное предоставление услуг и другие формы гражданского участия, которая осуществляется добровольно на благо широкой общественности без расчёта на денежное вознаграждение.

Подводя итог, следует еще раз подчеркнуть, что проблема развития инклюзивного волонтерского движения имеет значительный масштаб, поэтому все мы – государственные структуры, общество в целом и каждый гражданин в отдельности – должны объединить усилия по оказанию гуманитарной помощи, технического содействия, соблюдению прав человека с ограниченными возможностями здоровья, повышению уровня благосостояния, демократизации общества и укреплению мира.

Инклюзивное волонтерство стремится к достижению двух важных результатов:

- помогает в создании стабильного и сплоченного общества;
- дополняет услуги, предоставляемые правительством (и бизнесом – когда эти услуги нерентабельны, но необходимы обществу).

Инклюзивное волонтерство рассматривается как форма гражданского участия в общественно полезных делах молодых людей с ограниченными возможностями здоровья, способ коллективного взаимодействия и эффективный механизм решения актуальных социально-значимых проблем.

#### Список литературы:

1. Гагарина В.В. Волонтер – это звучит гордо!/В.В. Гагарина // Вестник благотворительности. – 2007. – №10. – С. 12.
2. Вишневский Ю.Р., Шанко В.Т. Социология молодежи. Нижний Тагил. 1995 г.
3. Важдаева, Н. Дело добровольное / Н. Важдаева // Новые известия. – 2007. – 24 авг.
4. Волонтерство // Мама.ru: Сообщество родителей [Электронный ресурс]. Электрон. текстовые данные. Режим доступа: // <http://www.mama.ru/club/inomama/2453/92569/>
5. Арович, Я. Методы работы с волонтерами / под ред. М.Ю. Киселева, И.И. Комаровой // Школа социального менеджмента: Сборник статей. – Москва: Карапуз, 2004.

**«Паспорт здоровья студента» как средство формирования  
ценностного отношения к своему здоровью**

*Елена Викторовна Булгакова*

*преподаватель физической культуры,*

*Читинский педагогический колледж,*

*г. Чита, Россия*

*e-mail: bulg.family.ru@mail.ru*

***Аннотация.** В «Паспорте здоровья студента» представлены тесты контроля и оценки уровня физических возможностей студентов. Анализ результатов поможет педагогу внести коррективы в образовательный процесс, сделать обучение дифференцированным, избежать травм, переутомлений, повысить уровень физической подготовленности студентов.*

***Ключевые слова:** паспорт здоровья студента, обучение, здоровье.*

***Abstract.** In «The passport of health of the student» tests of control and an assessment of level of physical capacities of students are presented. The analysis of results will help the teacher to introduce amendments in educational process, to make training differentiated, to avoid injuries, reexhaustions, to increase the level of physical fitness of students.*

***Keywords:** passport of health of the student, training, health.*

Содержание паспорта имеет чёткую выраженную познавательную и практическую направленность и реализуется на основе практико-ориентированных форм и методов организации занятий по физической культуре, что в свою очередь влияет на формирование не только профессиональных, но и общих компетенций, включающими в себя ряд

способностей требований к результатам освоения основной профессиональной образовательной программы.

Разработанный материал может быть использован педагогами физической культуры при контроле и оценке уровня физической подготовленности, и внедрении здоровосберегающих технологий в образовательный процесс.

По данным медицинских учреждений (социальный запрос) и важной проблемой современной системы образования, является факт снижения показателей и состояния физического здоровья в процессе обучения в общеобразовательной школе. С каждым годом увеличивается рост заболеваемости. Среди выпускников школ отмечается только 10-15% практически здоровых, тогда как более 60% имеет различный уровень функциональных нарушений и психоэмоционального напряжения, поэтому модель образования включает в себя задачи сохранения и укрепления здоровья обучающихся.

По окончании учебного заведения обучающиеся выпускаются с поставленным диагнозом, что требует проведение срочных мер по внедрению в образовательный процесс здоровосберегающих технологий. По данным Федеральной службы статистики у них отсутствует мотивация к сохранению и укреплению здоровья, здорового образа жизни и становится проблемой воспитания здорового поколения.

В Уставе Всемирной организации здравоохранения говорится, что «здоровье – это состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов». Современное направление физического воспитания направлено именно на главные составляющие здоровья

человека, которыми являются духовное и физическое здоровье обучающихся, его состояние.

Духовное здоровье человека зависит от умения определять свое положение в окружающем мире, свое отношение к какому-либо определенному лицу, вещи, области знаний. Достигается духовное здоровье просвещением, умением жить в согласии с самим собой, с родными, с друзьями и другими людьми, умением прогнозировать свое поведение с учетом личных желаний, возможностей и обязанностей.

*Физическое здоровье* – это естественное состояние организма, обусловленное нормальным функционированием всех его органов и систем. Если хорошо работают все органы и системы, то и весь организм человека (система саморегулирующаяся) правильно функционирует и развивается.

Физическое здоровье воздействует на духовную жизнь, и духовный контроль дает необходимые условия для поддержания физического здоровья. Здоровье человека во многом зависит от человека и его поведения, от его образа жизни, который складывается из рационального организованного труда и отдыха, оптимального двигательного режима, соблюдения правил и требований личной гигиены, психогигиены, рационального питания, культуры общения и поведения, отсутствия вредных привычек, стремления к самосовершенствованию, саморазвитию.

Духовное и физическое здоровье должны постоянно находиться в гармоническом единстве, ибо это неотъемлемые части индивидуального здоровья человека.

При поступлении в Читинский педагогический колледж обучающиеся в начале учебного года проходят медицинский осмотр, по данным которого можно судить об уровне физического здоровья. Таким образом, выяснено, что 45% имеют ряд различных заболеваний.

Значительная часть, а это 30% страдает хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта, почек и сердца. 15% имеют слабое зрение, сахарный диабет, изменение функций щитовидной железы.

Поэтому среди задач физического воспитания в колледже на первое место поставлена задача укрепления здоровья обучающихся, посредством развития навыков программирования и коррекции своего физического здоровья.

Таким образом, появилась такая необходимость разработать и внедрить «Паспорт здоровья студента», который составлен и направлен на формирование ценностного отношения к своему здоровью, воспитание здоровых и физически подготовленных студентов колледжа посещающих занятия физической культурой.

Его можно использовать как в группах разных специальностей основной медицинской группы, так и для студентов с различными заболеваниями, которые относятся к специальным медицинским группам.

*«Паспорт здоровья студента» разработан на основе «Карточки здоровья ребенка», «Дневника здоровья учащегося», в содержание которого входит:*

1. Анкетные данные студента, выявление его самочувствия.
2. Памятка и информация студенту.
3. Индивидуальные показатели физического развития, уровни физической подготовленности студентов.
4. Проведение функциональных проб для оценки состояния сердечнососудистой системы, системы дыхания, вестибулярной устойчивости.
5. Комплексная оценка и самооценка уровней здоровья студента.

Студенты и преподаватель физической культуры с паспортом работают на всем протяжении обучения от начала поступления, и до

окончания учебного заведения. Нормативные показатели и уровни физического здоровья и физической подготовленности выражены в таблицах. Медицинский работник ведет контроль результатов и наблюдает за ходом всех мероприятий.

Два раза в год, в конце сентября и в мае после медосмотра, принятия преподавателем контрольных нормативов, все занимающиеся группы заполняют в паспорте необходимые таблицы комплексной оценки и самооценки студента уровней здоровья. Данные фиксируются различными цветами. Результаты, которые соответствуют низкому развитию, отмечают, синим цветом, среднему – зеленым, высокому – красным. После того как сделаны необходимые отметки, медицинский работник оценивает и дает согласие на дальнейшее исследование, при этом подписывая таблицы. Так же преподаватель по физической культуре 1 раз на начало учебного года проводит функциональные пробы, результаты которых также заносятся в таблицы. Можно делать сводные протоколы по группам, определять показатели отдельно девушек и юношей, сравнивая результаты ранее принятыми.

*С помощью внедрения «Паспорта здоровья студента» в учебно-воспитательном процессе должно положительно повлиять на:*

1. Становление эффективно функционирующей мобильной системы на занятиях физической культуры в формировании мотивации здорового образа жизни.

2. Выявление не только физической подготовленности, но и других функциональных возможностей организма.

3. Осознанное и ответственное отношение участников образовательного пространства к своему здоровью.

4. Формирование устойчивая ориентация на самосохранительное поведение, здоровый образ жизни.

5. Улучшение здоровья студентов колледжа, качества их жизни, повышение здоровьесберегающей активности, эффективности обучения на основе формирования ценностного отношения к своему здоровью.

6. Внедрение современной системы диспансеризации и мониторинга физического состояния студентов посредством лично-ориентированного подхода.

7. Формирование в колледже открытой, гибкой здоровьесберегающей, воспитательно-образовательной среды.

8. Так как «Паспорт здоровья студента» составлен и первоначально рассчитан на четыре года, а применяется он второй год, то о существенных результатах можно говорить лишь по окончании его внедрения. Пока паспорт дает возможность отследить изменения показателей и уровня физического развития, физической подготовленности, проанализировать эффективность и влияние планирования учебно-воспитательного процесса, работу педагога физической культуры, позволяет констатировать уровень заболеваемости, уровень здоровья и физической подготовленности студентов. Данные отражают индивидуальные особенности студентов, динамику их развития на период обучения и дают возможность педагогу физической культуры дифференцированно и лично-ориентированно работать над повышением уровня физической подготовленности занимающихся.

#### Список литературы:

1. Кофман Л.Б. Настольная книга учителя физической культуры. – Москва. «Физкультура и спорт», 1998 г.

2. Организация и методика проведения занятий в специальной медицинской группе. Методическое пособие / Автор-составитель: В.К. Геберт. – Чита: ЧИПКРО, 2004 г.

3. Физическое воспитание учащихся, отнесенных по состоянию здоровья и физическому развитию к специальной медицинской группе. Методическое пособие / Автор-составитель: Седов А.А. – Чита: ЧГПИ, 1991 г.

4. Янсон Ю.А. Библиотека учителя. Уроки физической культуры в школе. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2005 г.

5. Янсон Ю.А. Библиотека учителя. Физическая культура в школе. Настольная книга учителя. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2004 г.

6. Интернет ресурсы:

– [school2kis.narod.ru/standart.html](http://school2kis.narod.ru/standart.html)

– [es145.perm.ru/fiznorm.htm](http://es145.perm.ru/fiznorm.htm)

– [es145.perm.ru/fiznorm.htm](http://es145.perm.ru/fiznorm.htm)

– [lady-in-school.ru/](http://lady-in-school.ru/)

– [es145.perm.ru/fiznorm.htm](http://es145.perm.ru/fiznorm.htm)

– [school4.minusa.ru/DswMedia/2-11.docx](http://school4.minusa.ru/DswMedia/2-11.docx)

– [vredotdiet.ru/97-tipy-konstitucii-cheloveka.html](http://vredotdiet.ru/97-tipy-konstitucii-cheloveka.html)

УДК 611.08

**Комплексная оценка женщин, занимающихся лечебной физической культурой, методом стабилотрии**

*Екатерина Владимировна Бут-Гусаим*

*студентка 4 курса,*

*Полесский государственный университет,*

*г. Пинск, Р. Беларусь*

*e-mail: butgusaim.katerina@list.ru*

**Людмила Леонидовна Шебеко**

*к.мед.н., доцент,*

*Полесский государственный университет,*

*г. Пинск, Р. Беларусь*

**Аннотация.** В статье рассматриваются вопросы организации занятий лечебной физической культурой у женщин 35-55 лет, направленных на тренировку функции равновесия, и оценку их эффективности методом стабилотрии.

**Ключевые слова:** стабилотрия, качество функции равновесия, девиации, устойчивость, моторная память, вариационная пульсометрия.

**Abstract.** The article touches upon the issue of organising medical physycal activities and valuation of its efficiency using the stabylometry method.

**Keywords:** stabylometry, the quality of balance function, deviation, stability, motor memory, variation pulse measurement.

**Введение.** Деятельность человека в значительной степени определяется способностью экономно удерживать определенные позы, изменять их, добиваясь гармонии в движениях. Оценка биомеханических и функциональных показателей человека в процессе поддержания им вертикальной позы – суть метода стабилографических исследований. Удержание равновесия человеком в вертикальной позе является динамическим феноменом, который является результатом взаимодействия вестибулярной и зрительной сенсорных систем, суставно-мышечной проприорецепции и высших отделов центральной нервной системы. Компьютерная стабилография является универсальным методом, позволяющим оценивать и следить в динамике за изменениями функций в ходе тренировочного процесса при занятиях различной направленности, в том числе и в группах здоровья. Контроль функционального состояния занимающихся имеет важное значение как для дозирования нагрузки, выявления предзаболеваний,

исключения состояния перетренированности, так и для оценки динамики показателей.

**Цель исследования.** Представляло интерес изучить эффективность занятий лечебной физической культуры у женщин 35-55 лет, занимающихся в группе здоровья, методом стабилотрии.

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 20 женщин, из них занимающихся по специальной методике в группе ЛФК на базе УО «ПолесГУ» – 10 исследуемых, женщин, занимающимися не регулярно самостоятельными видами двигательной активности – 10 исследуемых.

При опросе женщин было установлено, что среди занимающимися не регулярно самостоятельными видами двигательной активности наиболее распространенными являются оздоровительная ходьба, тяжелый физический труд на работе (например, массажист), сельскохозяйственные работы, реже нерегулярное посещение бассейна, ледового дворца.

Занятия в группе здоровья проводились 2 раза в неделю, длительность занятия 1 час. При проведении занятий большая часть времени уделялась использованию адаптированных методик фитбол-гимнастики, степ-аэробики и хатха-йоги, которые предполагают использование упражнений для развития функции равновесия, повышения функциональных адаптационных резервов организма, стрейчинга и расслабления мышц.

Оценка функции равновесия и ее динамики, исследование моторной памяти, вариабельности сердечного ритма проводилось методом стабилотрии с использованием аппарата «Стабилан-01-2».

**Результаты исследования.** Методом стабилотрии оценивались следующие показатели, представленные в таблице 1:

- качество функции равновесия (%);

- величина девиации в сагиттальной, фронтальной плоскости;
- отношение отклонений вперед-назад, влево-вправо (тест на устойчивость).

Таблица 1

**Результаты стабилотрии**

Занимающиеся/ Показатель	Группа ЛФК (n=10)	Занимающиеся самостоятельно (n=10)
Среднее значение КФР	76%	74%
Девиации в сагиттальной, фронтальной плоскости	80% в пределах нормы	23% в пределах нормы
Отношение отклонений вперед-назад, влево-вправо	> нормы 40% в пределах нормы 50% < нормы 10%	> нормы у 20% в пределах нормы 40% < нормы 40%

Из приведенных данных видно, что КФР (качество функции равновесия) у женщин, занимающихся по предложенной методике выше, чем у женщин, занимающихся самостоятельными видами физической активности. Следовательно, качество функции равновесия является тренируемой составляющей координационных способностей.

По результатам теста с поворотом головы у женщин, занимающихся по предложенной методике, увеличение девиаций во фронтальной и сагиттальной плоскостях наблюдалось у 40% занимающихся, что говорит об отрицательном влиянии воздействия. У женщин, не занимающихся в группе ЛФК, увеличение девиаций во фронтальной и сагиттальной плоскостях наблюдалось у 30% занимающихся, что говорит об отрицательном влиянии воздействия. И соответственно, имеющихся нарушениях кровообращения головы со стороны противоположной ее повороту. Соответственно, при проведении занятий ЛФК требуется особое внимание уделять подбору комплексов упражнений, регулярности занятий, контролю веса и режима питания.

Тест корреляции стабилотрамм и дыхания, выявляющий наличие дыхательной составляющей в стабилотрамме показал, что 50% женщин, занимающихся по предложенной методике, имеют мозжечковые нарушения, исследуемые раскачивались в такт дыханию. У 60% женщин, не занимающихся в группе ЛФК, было выявлено наличие дыхательной составляющей в стабилотрамме.

Тест со ступенчатым воздействием, оценивающий реакцию человека, показал, что 30% женщин, занимающихся по предложенной методике, имеют ускоренную реакцию, 30% обладают замедленной реакцией, остальные занимающиеся с нормальной скоростью реакции. 70% женщин, не занимающихся по предложенной методике, обладают замедленной реакцией, 30% занимающихся с нормальной скоростью реакции. Данная методика является психологической, но имеет отношение к подвижности человека, так как проверялась скоростью внимания и выполнением определенного двигательного действия в ответ на знакомый сигнал.

Тест на определение ведущего полушария человека показал, что 90% женщин, занимающихся по предложенной методике, относятся к правополушарному типу. 90% женщин, не занимающихся по предложенной методике, относятся так же к правополушарному типу. Соответственно, можно сделать вывод, что повышенная активность какого-либо полушария не влияет на выбор конкретного вида физической активности. Правое полушарие отвечает за творчество, воображение, двигательные способности.

Кроме того оценивались следующие показатели:

– исследование моторной памяти человека и оценки уровня чувствительности при управлении телом (тест со ступенчатым отклонением). Результаты пробы представлены в таблице 2;

– исследование variability сердечного ритма (тест «Вариационная пульсометрия»). Результаты пробы представлены в табл. 3.

Таблица 2

**Результаты теста со ступенчатым отклонением**

Занимающиеся/ Показатель	Группа ЛФК (n=10)	Занимающиеся самостоятельно (n=10)
Среднее количество шагов при выполнении	15 шагов	10 шагов
Средний прирост при выполнении	21 мм	16 мм
Справились с тестом	60%	50%

По результатам теста со ступенчатым отклонением, уровень проприоцептивной чувствительности выше у женщин, занимающихся ЛФК. Соответственно, дифференциация двигательных действий на занятиях по ЛФК способствует увеличению запаса необходимых движений и повышает уровень проприоцептивной чувствительности.

Исследование в тесте «Вариационная пульсометрия» позволяет определить следующие показатели у исследуемых:

- ЧСС;
- зоны по величине ЧСС (тахикардия, нормосистолия, брадикардия);
- показатель функции автоматизма сердца;
- вегетативный гомеостаз.

Таблица 3

**Вариационная пульсометрия**

Показатель	Женщины группы ЛФК (n=10)	Женщины, занимающиеся самостоятельно (n=10)
ЧСС	81 уд/мин	85 уд/мин
Зоны по величине ЧСС	Нормосистолия – 100%	Нормосистолия – 70% Тахикардия – 30%
Показатель	Нарушение автоматизма	Нарушение автоматизма

функции автоматизма сердца	умеренное – 20% Умеренная синусовая аритмия – 80%	умеренное – 20% Умеренная синусовая аритмия – 80%
Вегетативный гомеостаз	Сохранен – 90% Умеренное преобладание СНС – 10%	Сохранен – 70% Умеренное преобладание СНС – 30%

Тест на исследование variability сердечного ритма показал, что ЧСС у женщин группы ЛФК в покое в среднем на 4 уд/мин меньше, чем у женщин, занимающихся нерегулярно. У женщин группы ЛФК по показателю величины зон ЧСС нормосистолия – 100%, а у женщин, занимающихся не регулярно, 30% исследуемой группы имеют тахикардию.

Выводы:

1. Качество функции равновесия является тренируемой составляющей координационных способностей. Показатель КФР у женщин, занимающихся регулярно, выше.

2. Девиации в сагиттальной, фронтальной плоскости у женщин, занимающихся по предложенной программе регулярно, наблюдаются на 57% случаев меньше, чем у женщин, занимающихся самостоятельными видами двигательной активности.

3. Наличие дыхательной составляющей в стабิโลграмме на 10% выше в группе занимающихся не регулярно, что свидетельствует о нарушении контроля устойчивости.

4. Скоростью внимания и выполнением определенного двигательного действия в ответ на знакомый сигнал выше у женщин занимающихся регулярно.

5. Уровень проприоцептивной чувствительности выше у женщин, занимающихся ЛФК.

6. ЧСС у женщин группы ЛФК в покое в среднем на 4 уд/мин меньше, также вегетативный гомеостаз сохранен в большем числе

случаев, поэтому регулярные занятия способствуют нормализации работы ССС.

#### Список литературы:

1. Арьков В.В. Сравнительный анализ параметров стабилотрии у спортсменов разной специализации. / В.В. Арьков. – Бюлл. экспериментальной биологии и медицины. – 2009. – 194 с.

2. Доценко В.И. Об актуальности и ведущих аспектах исследования позной регуляции методом компьютерной статокинезиметрии (стабилотрии) в клинической практике / В.И. Доценко. – 2008. – 39 с.

3. Качинский А.Н. Исследования координаторных способностей спортсменов национальных команд Республики Беларусь, с помощью стабилотрии / А.Н. Качинский, С.Л. Пристром, О.В. Петрова. – Минск, 2002. – 223 с.

4. Кононова Н.А. Функциональная компьютерная стабилотрия в дифференциальной диагностике периферических и центральных вестибулярных расстройств / Н.А. Качинский. – Москва, 2006. – 20 с.

5. Скворцов Д.В. Стабилотрия – функциональная диагностика функции равновесия, опорно-двигательной системы и сенсорной системы // Функциональная диагностика. – 2004. -№3. – С. 78-84.

УДК 364.016

#### **Исследование технологий используемых в работе с инвалидами по зрению в Забайкальском крае**

***Виктория Вадимовна Буянова***

*магистр, кафедра социальной работы,*

*Забайкальский государственный университет,*

*г. Чита, Россия*

*e-mail: buyanova\_victoria@mail.ru*

*Научный руководитель: Андрей Владимирович Патеюк*

*д.мед.н., профессор,*

*Забайкальский государственный университет,*

*г. Чита, Россия*

*e-mail: pateykand@yandex.ru*

***Аннотация.** В статье рассмотрены причины и последствия потери зрения, также изложены особенности развития незрячих людей. Также уделяется внимание деятельности Забайкальской краевой организации «Всероссийского общества слепых».*

***Ключевые слова:** инвалид по зрению, Забайкальская краевая организация «Всероссийского общества слепых», реабилитация, интеграция, адаптация.*

***Abstract.** The article discusses the causes and consequences of vision loss, also outlined features of the development of blind people. Also, attention is paid to the activities of the Transbaikal regional organization «All-Russian Society for the Blind».*

***Keywords:** visually impaired, Transbaikal regional organization «All-Russian Society for the Blind», rehabilitation, integration and adaptation.*

Современная социально-экономическая ситуация в Российской Федерации отмечена рядом существенных для общественного развития неблагоприятных факторов, связанных с проявлением негативных тенденций, касающихся увеличения социальной дифференциации, масштабов и глубины бедности, недостаточной значимости в структуре доходов населения оплаты труда. В таких условиях увеличивается численность социально незащищенных групп населения, нуждающихся в социальной помощи в виде различных мер поддержки со стороны государства и общества [4, 5].

Рост числа инвалидов по зрению является одной из государственных проблем, которая зависит от множества различных факторов, требующего комплексного ее решения. Потеря зрения для человека приводит к изменениям его прежнего ритма жизни, проявляется внутренний дискомфорт, отрицательные психологические проявления, а также происходит изменения в поведении и психики. Если не оказать своевременную помощь незрячему, то нарушения приведут не только к ухудшению психологического благополучия, но и негативно скажутся на системе его жизнедеятельности. Наблюдается также, что в нашей стране инвалиды по зрению не востребованы обществом. У них нет возможности в полной мере проявить свои способности, а также трудоустроиться [3, 4, 5].

Отметим, что забота о слепых уходит своими корнями в историю. После архаического периода становления практики социальной работы, забота о незрячих становится деятельностью нравственной, древнейшей и является гуманистической традицией. Тогда слепым предоставлялась помощь, подготовка их к трудовой жизни, шло развитие сети учреждений для оказания медицинской помощи. Вместе с тем открывались училища для слепых, заведения для обучения взрослых, приюты для малолетних слепых, общежития для слепых работников и работниц, убежища для престарелых (не способных к труду) [4, 5, 6].

В Федеральном законе №181 от 24 ноября 1995г «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» понятие «инвалид» рассматривается как «лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты»[1].

Причины потери зрения различны: наследственная патология

зрения, травмы, глазные заболевания, несчастные случаи, алкоголизм, наркомания и неблагоприятные условия жизнедеятельности. Из этого следует, что у инвалидов по зрению имеются свои проблемы, потребности, возможности и особенности.

Общероссийская общественная организация инвалидов «Всероссийское ордена Трудового Красного Знамени общество слепых», которая осуществляет свою деятельность на всей территории Российской Федерации, в Забайкальском крае имеет свой филиал. Это Забайкальская краевая организация «Всероссийского общества слепых», которая находится в г. Чита. Сокращенное название – ЗКО ВОС [2].

Целью создания Забайкальской краевой организации «Всероссийского общества слепых» является защита интересов и прав инвалидов по зрению. Также участие в государственной политике в отношении людей с ограниченными возможностями здоровья, содействие в их профессиональной, социальной, медицинской реабилитации и интеграции. Кроме этого помощь в получении образования, приобщения к культуре, труду, спорту, а также улучшение бытовых и материальных условий [2].

В период с 2014 г. по 2015 г. Забайкальская краевая организация «Всероссийского общества слепых» организовала несколько реабилитационных мероприятий, приуроченных к Дню Инвалида, празднованию Нового года, Дню защитника Отечества, а также Международному женскому дню. В рамки мероприятия входило чаепитие, вручение подарков как инвалидам по зрению, так и их несовершеннолетним детям, выступление с поздравлениями фольклорного театра «Забайкалье», артистов Краевой Филармонии, воспитанников Детского центра эстетического воспитания «Орнамент». Кроме этого были организованы концерты с участием хора ветеранов ВОС «Поющие сердца» и собственной музыкальной группы. Также были проведены

соревнования по игре в шахматы и шашки, соревнования по игре в дартс и выставка прикладного творчества незрячих. Наряду с этим обязательным мероприятием было посещение инвалидов по зрению Атамановского дома-интерната для престарелых и инвалидов.

В настоящее время Забайкальская краевая организация «Всероссийского общества слепых» является победительницей грантов среди общественных организаций с проектом «Талант может быть незрячим». В рамках проекта было приобретено необходимое количество компьютерной техники для издания методической литературы, которая направлена на развитие творческих способностей инвалидов по зрению. Итоги конкурса были оглашены 15 мая 2015 г.

Кроме того мы можем отметить, что деятельность незрячих людей разнообразна. Инвалиды по зрению уделяют внимание воспитанию детей и внуков, ведут здоровый образ жизни, занимаются общественными работами, а также творчеством.

Более того незрячим довольно часто приходится обращаться за помощью к родственникам или знакомым. Это связано, в первую очередь, с состоянием здоровья; во-вторых, с трудностью передвижения на улице и в общественном транспорте; в-третьих, невозможностью без посторонней помощи посещать медицинские учреждения или библиотеку, также оформить необходимые документы и другое. К тому же не всегда вовремя родственники или знакомые могут оказать помощь инвалиду. Следовательно, им приходится ждать некоторое время, чтобы получить необходимую помощь. Многие незрячие прибегают к услугам социальных работников за содействием в бытовом обслуживании, приготовлению пищи или посещению магазинов [4, 5, 6, 7].

Забайкальская краевая организация «Всероссийского общества слепых» оказывает помощь в получении образования, предоставляет

возможность посещать культурные мероприятия общества, заниматься творчеством, принимать участие в различных конкурсах и соревнованиях, общаться и приятно проводить свободное время. К тому же в последнее время они стали организовываться реже. Как правило, организация встреч приурочена к праздничным датам или событиям. Постоянно реабилитационные мероприятия, концерты, знакомства не проводятся. Это связано не только с недостатком времени, но и с привлечением специалистов и добровольцев, которые взяли бы на себя ответственность за организацию и проведение данных мероприятий.

Вместе с тем было отмечено, что у Забайкальской краевой организации «Всероссийского общества слепых» в настоящий момент нет возможности осуществлять деятельность за пределами собственного клуба. То есть выезжать с подопечными на природу, ходить в походы, посещать городские культурно-массовые мероприятия, бывать на выставках, концертах или экскурсиях.

Следует отметить, что в Забайкальской краевой организации «Всероссийского общества слепых» состоят незрячие, которые проживают в домах-интернатах и домах для инвалидов. Следовательно, у них нет возможности посещать лично данную организацию. Поэтому их навещают с общества слепых председатель совместно со специалистом по социальной работе. Цель таких визитов заключается в оказании помощи и поддержке, если это необходимо, также консультации по вопросам, связанным с деятельностью общества, кроме этого это общение и знаки внимания, и вручение небольших подарков. Как правило, эти встречи бывают редко. Это связано с финансовыми трудностями и привлечением спонсоров для данного мероприятия.

Аналогичная трудность возникает и с оказанием натуральной помощи детям и инвалидам по зрению, которые проживают в городской

и сельской местности.

Таким образом, можно сделать вывод о том, применение различных технологий социальной работы должны быть направлены на формирование у незрячего адекватного отношения к себе и своему заболеванию, снижение напряженности и страха, поддержание физического и психологического здоровья незрячего. Также научить находить решение в конфликтных ситуациях, взаимодействовать с окружающими людьми, кроме этого способствовать успешной адаптации инвалида.

Отметим, что для инвалидов по зрению необходимо создать такие условия, которые способствовали бы их интеграции в общество, а также необходимо материальное обеспечение, которое было бы не ниже благосостояния зрячих людей. Дать таким людям возможность получать образование, трудоустроиваться, быть полезными и нужными обществу. Забайкальская краевая организация «Всероссийского общества слепых» предпринимает необходимые меры, для улучшения качества жизни инвалидов по зрению, разрабатывает реабилитационные мероприятия, программы, оказывает материальную поддержку и помощь, а также защищает права незрячих. Но следует отметить, что обществу необходима поддержка со стороны спонсоров и добровольцев.

#### Список литературы:

1. Федеральный закон №181 «О защите прав инвалидов в Российской Федерации» от 20.07.1995 (с изменениями и поправками).
2. Общероссийская общественная организация инвалидов «Всероссийское ордена Трудового Красного Знамени общество слепых» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.vos.org.ru/>.
3. Реабилитация, социализация и интеграция инвалидов в общество: Учебное пособие для студентов специальности социальная работа / под ред. В.В. Харабета – Мариуполь – Чита: МФ ООО

«Типография «Новый мир», 2012. – 304 с.

4. Социальная работа: история, теория и практика: монография / В.В. Харабет [и др.] под ред. В.В. Харабета, А.И. Андрющенко. – Мариуполь: ПГТУ, 2015. – 390 с.

5. Социальная работа с инвалидами: Учебное пособие / С.Т. Кохан, А.В. Патеюк, Е.М. Кривошеева и др. – Чита: Типография ЗабГУ, 2016. – 280 с.

6. Холостова Е.И. Технологии социальной работы: учебник – Москва.: ИНФРА-М, 2008. – 400 с.

7. Ярская-Смирнова Е. Р. Социальная работа с инвалидами: Учебное пособие для вузов по направлению и специальности «Социальная работа» / Москва: Просвещение. – 2009. – С. 280.

УДК 364.04

**Социально-медицинская помощь  
маломобильным группам детей и молодежи**

***Ольга Николаевна Веричева***

*к.пед.н., доцент,*

*Костромской государственной университет им. Н.А. Некрасова,*

*г. Кострома, Россия*

*e-mail: overicheva@yandex.ru*

***Аннотация.** В статье рассматриваются вопросы организации социальной работы с маломобильными группами молодежи, определяется значение социально-медицинской помощи данной категории населения.*

***Ключевые слова:** социально-медицинская помощь, медико-социальная работа, маломобильные группы молодежи.*

***Abstract.** In the article the questions of organization of social work with the disabled youth, is determined by the value of socio-medical care of this category of the population.*

***Keywords:** socio-medical care, medical social work, mobility-impaired groups of youth.*

Маломобильные группы молодежи – молодые люди, испытывающие затруднения при самостоятельном передвижении, получении услуги, необходимой информации или при ориентировании в пространстве. К маломобильным здесь отнесены: молодые инвалиды и молодые люди с временным нарушением здоровья. Чаще всего к этой группе многие авторы относят так же детей с ограниченными возможностями здоровья и молодежь в возрасте от 14 до 35 лет, имеющую инвалидность или временные нарушения здоровья.

В Российской Федерации в настоящее время насчитывается около 13 млн. инвалидов, что составляет около 8,8 процента населения страны, и более 40 млн. маломобильных граждан – 27,4 процента населения [2].

Медико-социальная помощь оказывается маломобильным группам молодежи. Она включает профилактическую, лечебно-диагностическую, реабилитационную, протезно-ортопедическую и зубопротезную помощь, а также меры социального характера по уходу за больными членами семьи и инвалидами.

Медико-социальная помощь оказывается медицинскими работниками, специалистами по социальной работе и другими специалистами в учреждениях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, а также в учреждениях социального обслуживания населения.

Содержание медико-социальной помощи определяют законы Российской Федерации: «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (2011), «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации» (2013), «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (1992).

Согласно Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ (редакция от 28.12.2013) каждый член семьи имеет право на медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую ему без взимания платы в соответствии с программой государственных гарантий. Она включает в себя:

выбор врача и выбор медицинской организации; профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в медицинских организациях в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям; получение консультаций врачей-специалистов; облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами; получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, выбор граждан, которым в интересах члена семьи может быть передана информация о состоянии его здоровья; получение лечебного питания в случае нахождения члена семьи на лечении в стационарных условиях; защиту сведений, составляющих врачебную тайну. Медицинская помощь маломобильным группам молодежи включает: возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании медицинской помощи; допуск адвоката или законного представителя для защиты своих прав; допуск священнослужителя, а в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях – на предоставление условий для отправления религиозных обрядов,

проведение которых возможно в стационарных условиях, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок медицинской организации.

Медико-социальная помощь маломобильным группам молодежи в учреждениях социального обслуживания населения заключается в предоставлении социально-медицинских услуг. В соответствии с Федеральным законом «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации» от 28 декабря 2013 года №442-ФЗ социально-медицинские услуги, направлены на поддержание и сохранение здоровья получателей социальных услуг путем организации ухода, оказания содействия в проведении оздоровительных мероприятий, систематического наблюдения для выявления отклонений в состоянии их здоровья. Социально-медицинские услуги предоставляются маломобильным группам молодежи в учреждениях социального обслуживания населения: комплексных центрах социального обслуживания населения, центрах социальной помощи семье и детям и др.

В *комплексных центрах социального обслуживания населения* социально-медицинские услуги предоставляются в отделениях медико-социального обслуживания на дому. Социально-медицинские услуги включают проведение медицинских процедур (перевязки, обработка пролежней), подкожные и внутримышечные введения лекарственных средств в соответствии с назначением врача, санитарно-гигиеническую помощь (обтирание, гигиенические ванны), кормление ослабленных больных. Медико-социальную помощь оказывают медицинская сестра, посещающая пожилого человека или инвалида не реже 3 раз в неделю, социальный работник, патронирующий клиента 3-4 раза в неделю.

В *доме-интернате* для граждан пожилого возраста и инвалидов проводится первичная медицинская помощь, лечение хронических

заболеваний по назначению специалистов. Экстренную, плановую и специализированную помощь оказывают врачи-специалисты закрепленных лечебно-профилактических учреждений органов здравоохранения. Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является добровольное согласие молодого человека, проживающего в доме-интернате.

В реабилитационном центре для детей с ограниченными возможностями организуется медико-социальная, социально-психологическая, социально-педагогическая помощь. Отделение медико-социальной реабилитации проводит патронаж семей, имеющих детей и подростков с ограниченными возможностями. Специалисты отделения помогают родителям соблюдать непрерывность реабилитационных мероприятий и социальной адаптации ребенка и семьи, обучают родителей навыкам проведения реабилитационных мероприятий в домашних условиях, знакомят с основами медико-социальных знаний.

В учреждениях социального обслуживания населения проводятся следующие формы медико-социальной помощи маломобильным группам молодежи: обеспечение горячим питанием для школьников из семей, попавших в трудную жизненную ситуацию; организация оздоровительного отдыха для детей и молодежи из семей, попавших в трудную жизненную ситуацию.

Для маломобильных групп молодежи, нуждающихся в психиатрической помощи в соответствии с Федеральным законом «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 02 июля 1992 года №3185-1 (в последней редакции от 28 декабря 2013 №421-ФЗ) предусмотрены следующие виды психиатрической помощи и социальной поддержки: неотложная психиатрическая помощь; консультативно-диагностическая, лечебная, психопрофилактическая, реабилитационная помощь во внебольничных и стационарных

условиях; все виды психиатрической экспертизы, определение временной нетрудоспособности; социально-бытовая помощь и содействие в трудоустройстве членов семей, страдающих психическими расстройствами;

решение вопросов опеки; консультации по правовым вопросам и другие виды юридической помощи в психиатрических и психоневрологических учреждениях; социально-бытовое устройство инвалидов и престарелых, страдающих психическими расстройствами, а также уход за ними; обучение инвалидов и несовершеннолетних, страдающих психическими расстройствами; психиатрическая помощь при стихийных бедствиях и катастрофах.

Для обеспечения маломобильных групп молодежи, страдающих психическими расстройствами, психиатрической помощью и их социальной защиты государство создает все виды учреждений, оказывающих внебольничную и стационарную психиатрическую помощь, по возможности по их месту жительства; организует общеобразовательное и профессиональное обучение несовершеннолетних, страдающих психическими расстройствами, а также лечебно-производственные предприятия для трудовой терапии, обучения новым профессиям и трудоустройства на этих предприятиях граждан, страдающих психическими расстройствами, включая инвалидов, а также специальные производства, цеха или участки с облегченными условиями труда. В настоящее время происходит установление обязательных квот рабочих мест на предприятиях, в учреждениях и организациях для трудоустройства граждан, страдающих психическими расстройствами; применяются методы экономического стимулирования для предприятий, учреждений и организаций, предоставляющих рабочие места для членов семей, страдающих психическими расстройствами.

Новым видом профессиональной деятельности, куда входит медико-социальная помощь является медико-социальная работа с маломобильными группами молодежи. Она направлена на восстановление, сохранение и укрепление здоровья молодого человека.

Медико-социальная работа как профессиональная деятельность формируется на стыке здравоохранения и социальной защиты населения, имеет много общего с деятельностью медицинских работников. При этом медико-социальная работа не должна заменять собой лечебную работу, что делает необходимым четкое разграничение действий социальных и медицинских работников.

Целью медико-социальной работы является достижение максимально возможного уровня здоровья, функционирования и адаптации маломобильных групп молодежи с физическими и психическими отклонениями, а также из социально неблагополучных семей.

Медико-социальная работа с маломобильными группами молодежи включает: осуществление государственной политики по обеспечению гарантий нуждающимся гражданам в области медицинской помощи; обеспечение социальной защиты прав граждан в вопросах охраны здоровья; формирование здорового образа жизни; оказание медико-социальной помощи семье и отдельным ее членам; организация медицинской помощи и ухода за больными; участие в проведении медико-социальной экспертизы; проведение медико-социальной реабилитации больных и инвалидов; проведение социальной работы в психиатрии, наркологии, онкологии, гериатрии и других областях медицины; обеспечение доступа к информации по вопросам здоровья, состояния среды обитания, качества продовольствия и сырья; медико-социальный патронаж; участие в разработке целевых комплексных программ медико-социальной

помощи нуждающимся группам населения; в контроле гарантированного объема и качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования и т. д.

Функции медико-социальной работы с маломобильными группами молодежи можно разделить на следующие виды: медико-ориентированные, социально-ориентированные, смешанные.

К *медико-ориентированным функциям* относятся: организация медицинской помощи и ухода за больными, оказание медико-социальной помощи, медико-социальный патронаж, оказание медико-социальной помощи хроническим больным, организация паллиативной помощи умирающим, вторичная профилактика, санитарно-гигиеническое просвещение, информирование клиента о его правах на медицинскую помощь и порядке ее оказания с учетом специфики проблем.

*Социально-ориентированные функции* включают в себя: обеспечение социальной защиты прав молодого человека в вопросах охраны здоровья и оказания медико-социальной помощи; оформление опеки и попечительства; участие в осуществлении реабилитационных программ; информирование членов семьи о льготах, пособиях и других видах социальной защиты. Социально-ориентированные функции также включают в себя: содействие молодежи в решении социально-бытовых и жилищных проблем; обеспечение доступа информации по вопросам здоровья, состояния среды обитания, качества продовольственного сырья и продуктов питания.

*Смешанные функции* предполагают формирование установки молодежи на здоровый образ жизни; ее планирование; проведение медико-социальной экспертизы; осуществление медицинской, социальной и профессиональной реабилитации молодых инвалидов; проведение социальной работы в психиатрии, наркологии, онкологии,

гериатрии, хирургии и других областях клинической медицины; содействие предупреждению распространения ВИЧ-инфекции и обеспечение социальной защиты инфицированных и членов их семей; социально-правовое консультирование; участие в разработке комплексных программ медико-социальной помощи нуждающимся семьям на разных уровнях; обеспечение преемственности при взаимодействии специалистов смежных профессий в решении проблем клиентов.

Таким образом, медико-социальная помощь маломобильным группам молодежи может рассматриваться как комплекс социально-медицинских услуг, направленных на их обслуживание с целью решения проблем и трудных жизненных ситуаций, профилактики расстройств, улучшения состояния здоровья и повышения качества жизни. Для улучшения качества медико-социальной помощи молодежи большое значение имеет создание управляемого рынка услуг, представленного рядом поставщиков государственного и негосударственного секторов экономики.

#### Список литературы:

1. Vericheva O.N. Health and social care to young people with disabilities in a family environment // Materials of XI International scientific-practical conference «Science and innovation – 2015» Vol. 7. Pedagogical science. Physical education and sport. Music and art: Przemysl. Science and Research. С.112. – С. 53-59.

2. Постановление Правительства РФ №1297 от 1 декабря 2015 г. «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011-2020 годы».

3. Технологии социальной работы с молодежью: учебное пособие / Под ред. Н.Ф. Басова. – М.: КНОРУС, 2016. С. 392.

**Социальное самочувствие пожилого человека –  
в центре внимания благотворительной организации**

**Валентин Александрович Владимирцев**

*к.пед.н., директор,  
Магнитогорский городской  
благотворительный общественный фонд «Металлург»,  
заслуженный работник социальной защиты населения РФ,  
г. Магнитогорск, Россия*

**Флюра Альтафовна Мустаева**

*д.соц.н., ведущий специалист,  
г. Магнитогорск, Россия*

**Лариса Владимировна Сулова**

*заведующая социальным отделом,  
Магнитогорский городской  
благотворительный общественный фонд «Металлург»,  
г. Магнитогорск, Россия,  
e-mail: fmust@mail.ru*

***Аннотация.** В статье освещается опыт реализации благотворительной программы социальной поддержки пожилых людей, реализуемой Магнитогорским городским благотворительным общественным фондом «Металлург», основные направления и мероприятия которой существенно влияют на социальное самочувствие пожилого человека.*

***Ключевые слова:** пожилой человек, социальное самочувствие, благотворительная организация, благотворительная программа.*

***Abstract.** In the article the experience of realization of a charitable program of social support of elderly people carried out by the Magnitogorsk*

*city charitable fund «Metallurg» is described. The basic directions and actions of the program essentially influence the social well-being of an elderly person.*

**Keywords:** *an elderly person, social well-being, a charitable organization, a charitable program.*

В научной литературе последних лет все чаще используется понятие «социальное самочувствие». Сегодня говорят о социальном самочувствии российского общества в целом, о социальном самочувствии отдельных категорий российских граждан. В условиях социально-экономической нестабильности, характерной для современного этапа развития российского общества, возрастает социальная напряженность и неопределенность, снижается качество и уровень жизни практически всех категорий населения, и, в первую очередь, пожилых людей, наблюдается снижение психологической устойчивости, чувства защищенности, уверенности в завтрашнем дне.

В изучении понятия «социальное самочувствие» ученые выделяют два подхода: социально-психологический и социологический. Психологический подход основывается на рассмотрении социального самочувствия как индивидуального или группового феномена, возникающего у человека или группы людей под влиянием объективных обстоятельств их жизнедеятельности и являющегося их целостным отражением [2].

В рамках социологического подхода социальное самочувствие характеризуется как «относительно устойчивая эмоциональная реакция субъекта на воздействие социальной среды и условий его жизнедеятельности». Оно «выступает результатом осознания и переживания человеком смысла и значимости различных сторон жизни», «вырастает из непосредственных условий бытия человека,

определяющих степень удовлетворения его многообразных потребностей, возможностей развертывания индивидуальной жизни, самоутверждения и самореализации» [5].

Социальное самочувствие в аспекте, изучаемом социологией, как отмечает Т. Лондаджим [3], включает в себя ощущения человеком удовлетворенности его состоянием здоровья (последнее во многом зависит от ряда социальных факторов, таких, как уровень потребления, развитие здравоохранения и состояние медицинского обслуживания и др.), материальным положением, социальным статусом, правовой защищенностью, обустроенностью семьи, межличностными отношениями, а также состоянием политической, социально-экономической, экологической, межнациональной ситуации в регионе проживания и в стране в целом.

На социальное самочувствие пожилого человека (а на сегодняшний день это человек, молодые и зрелые годы которого пришлись на время строительства социалистического общества, затем развала социалистического строя и перехода страны на рельсы рыночной экономики, которому очень непросто было адаптироваться к новым условиям капиталистического общества) влияют и те социально-экономические процессы, которые происходят в обществе, и резкая поляризация населения (при которой большинство пожилых людей оказались на грани нищеты), и, несомненно, состояние его физического здоровья. Согласно данным ВОЗ, а также результатам многочисленных социологических исследований, основной социальной проблемой людей пожилого возраста является проблема здоровья.

Актуальность проблемы здоровья у пожилых людей обусловлена постоянным ростом инфляции и ростом цен не только на продукты питания и товары первой необходимости, но и на медикаменты, так необходимые практически каждому человеку пожилого возраста;

маленьким размером пенсионных выплат, не способных обеспечить даже минимально приемлемый образ жизни пожилого человека; создание и стремительное развитие частного сектора в медицине, рост числа коммерческих медицинских центров, пользоваться услугами которых пожилые люди, как правило, не в состоянии ввиду высокой платы за медицинские услуги; снижение качества предоставления медицинских услуг государственными учреждениями здравоохранения за счет их недостаточного финансирования; дефицит врачей узкой специализации в небольших городах и сельских районах, а отсюда большие очереди в поликлиниках, в которых пожилым людям зачастую приходится просиживать или даже простаивать часами, и т.д.

Пожилые люди сегодня – это та категория населения, которая требует усиленного внимания со стороны как родственников (если они есть у пожилых людей), так и в целом общества и государства. В последние годы «пожилые люди стали отдельной демографической, социальной и медико-биологической категорией, требующей специального подхода к решению своих проблем» [1].

Специальный подход, учитывающий психологические особенности и насущные потребности людей пожилого возраста, осуществляется в деятельности Магнитогорского городского благотворительного общественного фонда «Металлург», реализующего благотворительные программы, объектом которых являются, в том числе, и пожилые люди. Социальное самочувствие пожилых людей определяется, с одной стороны, уровнем их жизни, а, с другой, объемом и качеством предоставляемых им фондом социальных услуг.

Благотворительная программа «Забота» была разработана с учетом основной цели государственной политики в отношении граждан старшего поколения и лиц с ограниченными физическими возможностями – это устойчивое повышение уровня и качества жизни.

Реализация программы направлена на решение специфических проблем этих категорий: ухудшение состояния здоровья, снижение способности к самообслуживанию, неустойчивое материальное положение, утрата привычного социального статуса. Данная благотворительная программа охватывает более 30 тысяч человек: пенсионеров, инвалидов и малообеспеченных категорий граждан промышленных предприятий, учреждений бюджетной сферы города и близлежащих сельских районов.

Проблема материального благополучия очень актуальна у пожилых людей. Согласно результатам социологического исследования социального самочувствия граждан пожилого возраста, проведенного в Белгородской области [4], «пенсия большинству пожилых людей не обеспечивает даже минимальный прожиточный уровень жизни. 80% респондентов отметили, что живут от пенсии до пенсии, иногда приходится брать в долг».

Такого же мнения придерживаются пенсионеры – участники программы «Забота» МГБФ «Металлург». В рамках программы более 16 тысяч неработающих пенсионеров промышленных предприятий и учреждений города дополнительно к пенсии ежемесячно получают материальную помощь, размер которой составляет от 400 до 825 рублей. Часть пожилых людей (пенсионеров бюджетной сферы города – учреждений здравоохранения, образования, физкультуры и спорта) – получает еще и дополнительную социальную поддержку: в виде ежеквартальной материальной помощи, лечения в медицинском центре, бесплатного питания в столовой «Ветеран» фонда «Металлург». Мониторинг качества предоставляемых фондом социальных услуг свидетельствует о том, что для участников благотворительной программы «Забота» такая помощь со стороны фонда «Металлург» является существенным дополнением к их очень небольшой по сумме

пенсии. Приведем в качестве примера высказывание Н. (73 года): «Я живу одна. Сына похоронила 37 лет назад, и внуков у меня нет. Есть только дальние родственники, которые живут в Тульской области. Фактически мне не помогают, только звонят иногда, и то очень редко. Пенсия маленькая, жить на нее очень трудно. Обидно, конечно, всю жизнь работала, а теперь... А вот фонд «Металлург» мне помогает. Вы знаете, даже настроение поднимается: хоть и немного это – 600 рублей, а очень существенно. Ведь и лекарства сейчас какие дорогие! И путевку мне дали, я лечилась в их медицинском центре. Спасибо директору фонда, что заботятся о нас – стариках».

Для рассмотрения заявлений по оказанию материальной помощи пенсионерам при фонде создана медицинская комиссия. К работе в ней привлечены ведущие специалисты здравоохранения города. Продолжена реализация программы «Сохрани свое здоровье», направленная на содействие деятельности в сфере профилактики и охраны здоровья людей пожилого возраста. Так как в преклонном возрасте человек приобретает целый ряд возрастных заболеваний, то большое количество заявлений от пожилых людей поступает в медицинскую комиссию с просьбой оказать материальную помощь на обследование, приобретение медикаментов и средств реабилитации инвалидов и ветеранов, протезирование и лечение зубов в стоматологических центрах и учреждениях города, проведение высокотехнологичных операций по эндопротезированию суставов, установке кардиостимуляторов и др.

Программой предусмотрено лечение и отдых неработающих пенсионеров и инвалидов в курортных зонах Урала, Башкирии и Северного Кавказа: профилактории «Южный», санатории «Юбилейный», «Ассы», «Металлург» г. Ессентуки, доме отдыха «Березки», оздоровительном комплексе «Уральские Зори». Также фонд

предоставляет возможность пожилым людям, стоящим на учете в фонде «Металлург», пройти курс лечения в гериатрическом центре АНО «Центральная медико-санитарная часть».

Особо следует сказать о социальной поддержке такой категории участников благотворительной программы «Забота», как пенсионеры, награжденные правительственными наградами, заслуженные пенсионеры, бывшие руководители предприятий. Для данной категории разработаны дополнительные меры социальной поддержки: ежемесячная материальная помощь, поздравление с Днем рождения в виде продуктовых наборов и промышленных товаров через магазины фонда, лечение и отдых в санаториях-профилакториях, обследование и лечение в АНО «ЦМСЧ».

Совместно с Советами ветеранов ОАО «Магнитогорский металлургический комбинат» (основной благотворитель фонда) и других учреждений-благотворителей ежегодно для пожилых людей проводятся вечера отдыха на базе Дворца культуры, посвященные Новому году и Рождественским праздникам, Дню защитника Отечества, Международному женскому дню 8 Марта, Дню победы, Дню металлурга, Дню пожилых людей, Международному дню инвалида. Ежегодно в таких мероприятиях принимают участие более 10 тысяч ветеранов, пенсионеров. По окончании мероприятий все участники получают праздничные продуктовые наборы. Пенсионерам, ограниченным в движении, продуктовые наборы приносят и вручают у них дома.

Повышению эмоционального тонуса пожилых людей, значительно влияющего на их социальное самочувствие, способствует и участие их в совместном проекте фонда «Металлург», ОАО «Магнитогорский металлургический комбинат» и драматического театра им. А.С. Пушкина – «Театральный город». Целью проекта

является улучшение качества жизни пожилых людей и вовлечение их в театральную, культурную жизнь города. Для большинства пожилых людей посещение театра становится важным событием, к которому надо готовиться, доставать свои бывшие когда-то нарядными вещи, настраиваться на получение удовлетворения от общения не только с артистами, но и зрителями – своими сверстниками. К тому же, это в какой-то степени, хоть и разовое, но решение проблемы одиночества.

Ежемесячно для пенсионеров проводятся литературно-музыкальные гостиные, творческие встречи с участием народных фольклорных коллективов, шоу-групп, студентов балетной студии хореографического училища, коллективов художественной самодеятельности с организацией концертной программы. Особенно популярными среди пожилых людей являются такие конкурсы, как «Нам года – не беда», «Дары осени», «А ну-ка бабушки!», в которых люди пожилого возраста в полной мере проявляют свои таланты и способности. Проведение таких мероприятий помогает восполнить дефицит общения, разнообразить повседневный досуг, что также влияет на социальное самочувствие людей пожилого возраста.

Так как старшее поколение привыкло (и любит) читать периодику, фондом «Металлург» ежегодно оформляется неработающим пенсионерам подписка на популярную в городе газету «Магнитогорский металл». Быть в курсе городских событий – очень важно для людей старшего поколения.

Таким образом, повышению социального самочувствия пожилых людей в рамках благотворительной программы фонда «Металлург» способствуют: ежемесячная материальная помощь, ежеквартальная материальная помощь пенсионерам бюджетных организаций (здравоохранение, народное образование, физкультура и спорт), оздоровление и лечение в санаториях, профилакториях, домах отдыха, в

медицинском центре фонда, содействие в проведении дорогостоящих операций и лечения, адресная материальная помощь, бесплатное питание в столовой «Ветеран», вечера отдыха, поздравление с юбилейными датами, выделение слуховых аппаратов, инвалидных колясок и т.д. Пожилые люди – получатели социальных услуг благотворительного фонда «Металлург» – не чувствуют себя забытыми и никому не нужными, что крайне необходимо людям в таком возрасте.

#### Список литературы:

1. Арстангалиева З.Ж. Возраст как фактор здоровьесбережения // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2012. – Т.2. –№11. – С. 865.
2. Крысько В.Г. Словарь-справочник по социальной психологии. – СПб.: Питер, 2008. – 416 с.
3. Лондаджим Т. Социальное самочувствие иностранных студентов, обучающихся в российских вузах (Гендерный аспект) // Женщина в российском обществе. 2011. – №4. [Электронный ресурс]. Режим доступа: [http:// womaninrussia.ru/content/sotsialnoe-samochuvstvie-inostrannykh-studentov-obuchayushchikhsya-v-rossiiskikh-vuzakh-gend](http://womaninrussia.ru/content/sotsialnoe-samochuvstvie-inostrannykh-studentov-obuchayushchikhsya-v-rossiiskikh-vuzakh-gend).
4. Поленова М.Е., Свищева И.К. Социальная защищенность и социальное самочувствие пожилых людей // Евразийское Научное Объединение. 2015. – Т.2. – №6(6). – С. 123-126.
5. Социальное самочувствие и положение пожилых людей в регионе / под общ. ред. д-ра социол. наук, проф. Н.М. Байкова, д-ра психол. наук, проф. Л.В. Кашириной. – Хабаровск: ДВАГС, 2012. – 186 с.

**Реабилитация спортсменов: проблемы и перспективы**

**Светлана Викторовна Власова**

*к.мед.н., доцент,*

*Полесский государственный университет,*

*г. Пинск, Р. Беларусь*

*e-mail: s\_v\_vlasova@mail.ru*

***Аннотация.** В статье рассматриваются актуальные вопросы организации и проведения реабилитации атлетов на основании проведенного исследования 308 спортсменов.*

***Ключевые слова:** спортсмен, реабилитация, Международной классификации функционирования, здоровье, тренер.*

***Abstract.** The article deals with actual issues organizing and conducting the rehabilitation of athletes on the basis the conducted research 308 athletes.*

***Keywords:** athlete, Rehabilitation, International Classification of Functioning, Health Coach.*

***Актуальность.** Спорт вообще и спорт высших достижений в особенности, являясь в Республике Беларусь преимущественно профессиональным видом деятельности, предъявляет особые требования к организму занимающихся и не безразличен для здоровья [1,13, 6,8, 9].*

*Современная наука к настоящему времени все больше обозначает «приоритет здоровьесберегающего направления процесса многолетней подготовки спортсменов различных специализаций как основы для повышения его эффективности» [3, 5].*

Данный тезис является отражением современных тенденций развития общества и цивилизации в целом, характеризующихся преобладанием психологии потребителя во всех сферах жизни, включая, спорт, снижением уровня популяционного здоровья и здоровья атлетов, численности спортивного резерва, вызванного демографическими изменениям, достижением предельных для человека нагрузок в спортивной деятельности атлетов, а также значительное снижение резервов адаптации к физическим нагрузкам [13, 5, 8, 12, 4, 11, 15].

Между тем, до последнего времени вопросы ускоренного старения, заболеваемости, травматизма и инвалидизации в спорте освещались недостаточно [1], а вместе с ними отсутствовал практический интерес спортивной медицины к реабилитационным технологиям. Согласно литературным данным и практическому опыту автора, до сих пор в сборных командах практически всего постсоветского пространства адекватная и эффективная системы профилактики и восстановления атлетов, что приводит к значительным потерям перспективных молодых и действующих высококвалифицированных спортсменов, на подготовку которых уходят значительные финансовые средства и время [3, 9, 14].

Физическое отсутствие адекватного количества спортивного резерва («скамейки запасных») в связи с особенностями демографической ситуации Беларуси является сегодня серьезным вызовом времени [13, 2]. Беларусь считается «старой страной» по классификации ООН, так как людей старше 60 лет уже в 2010 году было около 20%.

Если сравнить индекс ротации «спортивной» части Олимпийской команды России за прошедший Олимпийский цикл 2008-2012 годов он составил 62% или почти 2/3 ее предыдущего состава. Обновление

команд по гребле на байдарках и каноэ – 71%, по академической гребле – 43%, плавание – 47%.

В команде Беларуси среди призеров по гребле – спортсмены, которые уже не первую Олимпиаду отстаивают честь нашей страны и завоевали не одну олимпийскую медаль. Средняя продолжительность «спортивной карьеры» в данном случае только подтверждает выдающиеся способности и генетические задатки призеров, а корреляция между числом золотых медалей по итогам Олимпийских игр по видам спорта и долей населения стран в возрасте до 14 лет [2] одновременно заставляет задуматься о некоторых социально-демографических проблемах и необходимости их решения.

Важно уточнить, что в практике спортивной медицины принято считать, ”что все профилактические, лечебные и реабилитационные мероприятия должны проводиться на основе данных углубленного медицинского обследования атлетов, результирующей составляющей которого является заключение о допуске обследованных к тренировочной деятельности [4,11]. При этом процесс самого обследования и его результаты принципиально и фактически формальны и не востребованы основными заказчиками мероприятий – тренерами и спортсменами. Безразличие к своему здоровью и здоровью своих воспитанников культивировалось годами. Это дополняется особенностями координационных взаимоотношений в системе спортсмен-тренер-врач и существующим, до сих пор, в республике двойным подчинением врачей спортивных команд Министерству спорта и туризма РБ и Министерству здравоохранения РБ. Затрудняется адекватное материально-техническое обеспечение как лечебно-диагностической деятельности, так восстановление спортсменов команд по объективным и субъективным причинам.

Противоречивое отношение вызывает прямая финансовая зависимость и связь благосостояния тренера с успехами спортсменов, которая с одной стороны должна его мотивировать на совершенствование профессиональной деятельности и результативности учебно-тренировочного процесса, а с другой стороны, оказывает негативное влияние на здоровье спортсмена, «используемого» с целью завоевания побед и бонусов.

Безусловно, стремление к финансовому благополучию тренера и атлета похвально, но не всегда способствует активному долголетию спортсменов, ускоряя процесс истощения функциональных резервов организма излишней нагрузкой коммерческих стартов и отсутствием необходимого периода восстановления.

Следует отметить «временные» особенности финансирования медицинского обеспечения спортивной подготовки в структуре Олимпийского цикла, а также тотальное нежелание спортсменов вкладывать свои средства в сохранение и укрепление своего же здоровья для сохранения необходимого качества жизни после завершения спортивной карьеры.

В связи с отрицанием на разных уровнях заболеваемости атлетов, их последствий и целесообразности реабилитации, проводимые восстановительные мероприятия носят эпизодический характер, что неизбежно ведет к дезадаптации, перенапряжению функциональных систем, снижению результативности профессиональной деятельности, повторным неучтенным травмам, а иногда и гибели молодых перспективных спортсменов, что определяет актуальность рассматриваемой темы.

Стоит отметить значительные усилия специалистов различных сфер спорта, заинтересованных здоровьесберегающем контенте соревновательной деятельности спортсменов [6, 7, 8, 10, 12].

Однако, анализ англоязычных и русскоязычных публикаций последних десяти лет подтверждает отсутствие единства взглядов, терминологии, подходов, отсутствие системного начала в вопросах экспертно-реабилитационной диагностики, организации и проведения реабилитации спортсменов, отраженных в результатах единичных исследований. Особую актуальность приобретает данный аспект исследования в современных социально-экономических условиях и в период апробации принципиально новых экспертных подходов к оценке функций и структур организма, активности и участия, контекстовых факторов и доменов на основе Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья.

Вышеперечисленное и определило актуальность нашего исследования, *целью* которого стало совершенствование спортивной подготовки на основе изучения организационно-технологических особенностей экспертно-реабилитационной диагностики и реабилитации спортсменов-гребцов.

*Материал и методы.* Нами были изучены данные анамнеза и результаты клинико-функциональных исследований, виды и особенности проведения реабилитации, проведено анкетирование 308 спортсменов-гребцов, учащихся учреждения «Пинская СДЮШОР по гребным и парусным видам спорта» первичной профсоюзной организации учреждения образования «Полесский государственный университет» в период с 2012 по 2015 годы.

*Результаты и обсуждение.* По результатам исследования только у 7% исследуемых имеются прямые указания в документации на проведения реабилитационных мероприятий. При этом формирование программы реабилитации не дифференцировано и носит общий характер. Основной акцент смещен в сторону кардиореабилитации и не допуска к занятиям спортом. Результаты анкетирования позволяют

говорить о низкой информированности учащихся о целях, задачах и системе реабилитационной помощи, о чем свидетельствуют указания только 5% респондентов на заинтересованность в восстановительных мероприятиях, при том, что 87% спортсменов не считают необходимым на это тратить время.

Вместе с тем, не вызывает сомнения соответствующий уровень профессионального здоровья как составляющая высокой результативности и надежности спортсменов.

Риски травматизма и развития соматической патологии зачастую требуют «групповые и массовые варианты профилактическо-реабилитационных мер». Однако в большинстве случаев «данный процесс требует сугубо индивидуального подхода, учета особенностей личности, ее функционального, психического и социального статуса и выработки на этой основе адекватной стратегии и соответствующей тактики действий» [13].

Вышеперечисленные результаты свидетельствуют о формировании проблемного поля и препятствуют поэтапному переходу от научно-теоретических разработок в области реабилитологии спорта, преимущественно посттравматической, к практическим действиям. А если это случается, то используются в реальности малоэффективные или неадекватные методики восстановления.

*Таким образом,* сохранение и приумножение спортивного потенциала неразрывно связано с совершенствованием экспертно-реабилитационной диагностики общего состояния здорового и больного спортсмена, сопряженных с системой реабилитационных мероприятий на всех уровнях жизнедеятельности атлетов.

Понимание и признание проблемного поля реабилитации нетравматических нарушений у спортсменов открывает новые возможности для изучения и разработки данного направления.

### Список литературы:

1. Бабаев М.А. Особенности профессиональной спортивной деятельности и риск развития ускоренного старения [Текст] / М.А. Бабаев и др. // Успехи геронтологии. – 2010. – №4. – С. 652-656.

2. Власова С.В. К вопросу о спортивном долголетии [Текст] / С.В. Власова // Здоровье для всех: материалы пятой международной научно-практической конференции, УО «Полесский государственный университет», г. Пинск, 25-26 апреля 2013 г. / Национальный банк Республики Беларусь [и др.]; редкол.: К.К. Шебеко [и др.] – Пинск: ПолесГУ, 2013, Часть 2. – С.153-156.

3. Гладков В.Н. Некоторые особенности заболеваний, травм, перенапряжений и их профилактика в спорте высших достижений [Текст]/ В.Н. Гладков// М.: Советский спорт, 2007. – 386 с.

4. Граевская Н. Д. Спортивная медицина: курс лекций и практические занятия [Текст] / Н. Д. Граевская, Т. И. Довлатова. – М.: Сов. Спорт, 2005. – 299 с.

5. Деревоедов В.В. Профессиональные заболевания в спорте высших достижений [Текст] / В.В. Деревоедов. – М: ЛФК и массаж, спортивная медицина. – 2008. – №8 (56). – С. 3-6.

6. Дорофеева Е.Е. Современные представления о методах реабилитации и метаболической защиты спортсменов высокого класса [Текст] / Е.Е. Дорофеева, И.В. Карпенко // Теорія і практика фізичного виховання: Науково-методичний журнал. – Донецк: ДонНУ. – 2013. – №2. – С. 133-138.

7. Дудник Е.Н. Интервальная гипоксии-гипероксическая тренировка в реабилитации и повышении уровня работоспособности спортсменов с синдромом перетренированности [Текст] / Е.Н. Дудник, О.С. Глазачев, Л.А. Ярцева, Л.И. Колбая, А.В. Смоленский // СпортМед-2009: материалы междунар. науч. конф. по вопросам состояния и

перспективам развития медицины в спорте высших достижений. – М., 2009. – С. 55-56.

8. Завитаев С.П. Здоровьесберегающая методика спортивной подготовки юных хоккеистов [Текст] / автореф. дис ... канд. пед. наук: 13.00.04 «Теория и методика физического воспитания, спортивной тренировки, оздоровительной и адаптивной физической культуры» / УГАФК– Челябинск, 2004. – 22 с.

9. Кашуба В. А. Профилактика и реабилитация в современном спорте: проблемы и пути их решения [Текст] / В. А. Кашуба, С. С. Люгайло // Методология, теория и практика в современной медицине, биологии, фармацевтике, ветеринарии: материалы Международной научно-практической конференции (Новосибирск, 1 октября 2013). – Новосибирск: ООО агентство «Сибпринт», 2013. – С. 47-56.

10. Кашуба В.А. Технологии, сберегающие и корригирующие здоровье, в системе подготовки юных спортсменов [Текст] / В.А. Кашуба, П.А. Яковенко, Т.А. Хабинец // Спортивная медицина. – К., 2008. – №2. – С.140-147.

11. Макарова Г.А. Спортивная медицина [Текст] / Г. А. Макарова // М.: Сов. Спорт, 2003 – 478 с.

12. Орловская Ю.В. Теоретико-методологическое обоснование профилактическо-реабилитационного направления в системе подготовки спортивного резерва (на примере специализации баскетбол) [Текст] /: Автореф. дис ... док. пед. наук: 13.00.04/ МГАФК. – Малаховка, 2000. – 22 с.

13. Орловская Ю.В. Профилактическо-реабилитационные технологии в системе подготовки спортсменов: основные положения, перспективы развития и использования [Текст] / Ю.В. Орловская // Теория и практика физической культуры. – 2000. – №11. – 32 с.

14. Челноков В.А. Инновационные пути медицинской профилактики болезней позвоночника в спорте высших достижений [Текст] / В.А. Челноков// Вестник спортивной науки. – 2008. – №4. – С. 93-96.

15. Ghosh P. The Biology of the Intervertebral Disc. – CRS Press, Inc. Boca Ration, Florida. Vol. 1. – 1991. – 245 p. Vol. 2. – 1991. – 207 p.

УДК 614

### **Социальная интеграция инвалидов**

***Кристиян Герасимов***

*эксперт СО, факультет общественного здравоохранения,*

*Медицинский университет Софии,*

*г. София, Болгария*

*e-mail: krisko\_1149@abv.bg*

***Биляна Герасимова***

*эксперт СО, факультет общественного здравоохранения,*

*Медицинский университет Софии,*

*г. София, Болгария*

*e-mail: krisko\_1149@abv.bg*

***Аннотация.*** Социальная интеграция инвалидов представляет собой сложный процесс, который требует настойчивости, упорства и самоотверженности. Национальные стратегии по интеграции этих лиц направлены на повышения их занятости, обучение и равные возможности для всех. Доступ к образованию и достойные условия жизни. Считается, что доступность и интеграция не является проблемой определенной социальной группы или категории, а является

*важной предпосылкой для улучшения положения всех людей и широкой общественности.*

**Ключевые слова:** *социальная интеграция, люди с ограниченными возможностями, сферы дискриминации инвалидов.*

**Abstract.** *Social integration of persons with disabilities is a complex process that requires persistence, perseverance and dedication. National strategies for the integration of these persons are intended to increase their employment, training and equal opportunities for all. Access to education and decent living conditions. It is believed that accessibility and integration are not looking for a particular social group or category, an important prerequisite for improving the situation of all people and the general public.*

**Keywords:** *social integration, Persons with Disabilities Areas of discrimination against the disabled*

**Введение.** В национальных законах предусмотрены различные критерии, характеристики и классификации, применяемые при причислении человека к категории инвалидов. По некоторым законам оценивается полное или частичное отсутствие сенсорных, физических или психических способностей. В некоторых законах в качестве фактора нетрудоспособности отмечается возраст. Эти определения также отражают влияние культурного, социального, экономического и природного характера, с которыми сталкивается человек из-за своей инвалидности. Среди этих последствий следует отметить следующие: неспособность надлежащим образом выполнять свои функции в определенной сфере общественной жизни и ограниченные возможности получить образование, реабилитацию и занятость.

Принято следующее определение термина: Инвалидом считается любой человек, страдающий постоянно или длительное время функциональными нарушениями физического или психического

характера, которые, принимая во внимание возраст и социальное окружение этого человека, приводят к значительным потерям и трудностям для его семьи, социальной, образовательной или профессиональной интеграции и эффективным осуществлением прав человека.

**Сферы дискриминации инвалидов.** Болезненные состояния у человека, который не реабилитирован, ухудшаются. Если на своем рабочем месте он был подвергнут дискриминации из-за инвалидности или ему отказали в получении работы, он окажется в более зависимом и изолированном положении. Если система образования не учитывает конкретную ситуацию инвалида, он будет отвергнут этой системой и окажется в более зависимом и более изолированном положении. Его инвалидность будет прогрессировать из-за отсутствия профессиональной подготовки. Если культурные и спортивные мероприятия будут соответствовать только стандартному человеку, т.е. категории, в которую не входят инвалиды, он окажется вне культуры и спорта. Если транспортные средства, тротуары и здания не доступны для него, он не может свободно перемещаться. Одним словом, именно эти барьеры и дискриминация будут в значительной мере способствовать увеличению и обострению инвалидности, отделяя людей от общества, превращая их в обузу. Это наглядно показывает важность борьбы за максимальную самостоятельность и независимость инвалидов, не только ради них самих, но и ради всего общества в целом.

К сожалению, идеи и концепции равенства и полного участия людей с ограниченными возможностями находят большее развитие на теории, но не и на практике. Во всех странах и при любых условиях жизни последствия инвалидности портят жизнь людям с ограниченными физическими возможностями в совершенно неприемлемой степени. Многие барьеры и ограничения существуют в

областях, имеющих первостепенное значение для нас, как гражданского общества. Если, сидя в инвалидном кресле, человек готов принять участие в публичном мероприятии, которое затрагивает социальные, культурные или политические вопросы, но не в состоянии войти в зал заседаний, так как здание является недоступным для него, тем самым нарушаются его гражданские права. Когда человек из-за его неработоспособности исключен из рабочей силы, он подвергается дискриминации как человек. Если в какой-либо развивающейся стране создана система общего образования, но дети-инвалиды не охвачены этой системой, их права нарушаются.

Очень часто люди с ограниченными возможностями находятся в особенно неблагоприятных условиях в следующих сферах и областях:

– **Просвещение** – во всех странах мира инвалиды не всегда имеют доступ к системе образования, а часто их не принимают в школу так, как других людей. Такая политика проводится в условиях профессиональной подготовки и в высшем образовании.

– **Работа** – во многих случаях рабочие места физически недоступны для людей, страдающих тяжелой формой инвалидности. Часто работодатели не понимают, что физический недостаток не всегда приводит к умственной отсталости.

– **Транспорт** – дискриминационным является отсутствие доступных видов транспорта, что мешает самостоятельной жизни инвалидов.

– **Жилищные условия** – с недоумением можно отметить, что в настоящее время, даже в высокоразвитых странах, строятся здания без каких-либо сооружений для инвалидов и инвалидных колясок.

– **Здания** – для инвалидов затруднен доступ в: общественные и административные здания, рестораны, кинотеатры, театры, библиотеки,

спортивные сооружения и др. Кроме архитектурных барьеров, инвалиды часто не допускаются владельцами этих заведений.

– **Культурные барьеры и доступ к образованию** – культурные барьеры являются одним из основных факторов, препятствующих интеграции и обеспечению полного участия людей с ограниченными возможностями во всех сферах общественной жизни. ООН утверждает, что образование должно быть осуществлено в рамках возможного в обычных школах без какой-либо дискриминации по отношению к детям и взрослым инвалидам. В некоторых случаях, инвалидность сама по себе не является препятствием для ребенка получить образование в общей системе. В некоторых странах официально принято детей-инвалидов обучать в специальных школах, что является формой дифференциации. В других случаях – барьером для посещения школы является отсутствие подходящих транспортных средств. Барьеры архитектурного свойства имеют тот же эффект, затрудняя доступ к школе, в том числе доступ к туалетам.

– **Безработица** – безработица является одним из существенных проблем, от которой страдают инвалидов. Безработица среди инвалидов в две-три раза выше, чем среди здоровых лиц. Во многих странах (как и у нас) работодатели получают субсидии при предоставлении рабочего места инвалиду. Безработица ставит людей с ограниченными возможностями за чертой бедности. Чрезвычайно высокий процент безработных инвалидов заставляет их попрошайничать или, в лучшем случае, соглашаться на самую низкооплачиваемую работу. В некоторых странах инвалидам запрещено вступать в профсоюзы, если они хотят начать работу.

**Национальная программа занятости и профессиональной подготовки для людей с ограниченными возможностями.**

Существуют многочисленные проблемы, с которыми сталкиваются лица с ограниченными возможностями в Болгарии при реализации их права на труд. Из-за существующего высокого уровня безработицы в стране, отсутствия адаптированной среды, отсутствия возможностей для получения образования и профессиональной подготовки. Все это делает людей с ограниченными возможностями неконкурентоспособными на рынке труда. Основная цель государственной программы состоит в обеспечении занятости безработным с ограниченными возможностями трудоспособного возраста для преодоления их социальной изоляции.

Для достижения этой цели программа предусматривает создание и адаптацию рабочих мест для людей с ограниченными возможностями в обычной рабочей среде и обеспечение прямого доступа к ним; создание подразделений по трудотерапии на специализированных предприятиях; профессиональное обучение для лиц с ограниченными возможностями для увеличения их возможностей для работы и развития независимой хозяйственной деятельности лицами с ограниченными возможностями посредством соответствующей подготовки и консультирования.

**Национальная программа «От социальной помощи к занятости», в рамках которой осуществляется деятельность «личного помощника».**

Самой популярной частью этой программы является деятельность «личного помощника», направленная на улучшение положения лиц с ограниченными возможностями или тяжелобольных, а также уменьшение количества безработных в таких семьях. В большинстве случаев, уход за людьми с ограниченными возможностями, делает невозможным его родственникам найти работу, а в рамках программы их нанимают на работу как «личных помощников» для ухода за их

близкими. Нанятые в рамках программы получают вознаграждения в размере минимальной заработной платы.

### **Программа занятости учителей в образовании детей с ограниченными возможностями.**

По официальным данным Социального министерства около 2500 детей-инвалидов школьного возраста не посещают школу. Неофициально это число значительно выше. Главным приоритетом правительственной программы занятости учителей является интеграция детей с ограниченными возможностями, которые имеют особые образовательные потребности, в обычных школах и обеспечение занятости безработным учителям, привлекая их к обучению детей с различными формами инвалидности.

### **Национальная стратегия по обеспечению равных возможностей для инвалидов.**

Отмена дискриминационных практик и установление отношений равенства для людей с ограниченными возможностями является наиболее важным принципом в стратегии. В соответствии с международными стандартами и традициями, среди ее основных задач стоят: предотвращение возникновения инвалидности или ухудшения уже существующих; равные права, которые получают инвалиды, которые соответствуют и равным обязанностям; соблюдение всеми прав и высших интересов детей с ограниченными возможностями. Стратегия провозглашает, что люди с ограниченными возможностями должны быть стимулированы, чтобы жить самостоятельно в соответствии с собственными убеждениями и желаниями.

Большое значение имеет взаимосвязь между целями «полного участия» инвалидов и стратегии предоставления гарантий «равенства возможностей». Важны, как отношения, так и связь между этими двумя целями. Вот некоторые из самых серьезных требований, поставленных

организациями инвалидов – обеспечение максимальной автономии и независимости инвалидов. Полное развитие способностей инвалидов, а не выделение характеристики людей, как традиционно это делается, различных типов инвалидностей или недостатков.

Сформулированные идеи новой политики по отношению к людям с ограниченными возможностями, также отражены в представленных в Народном Собрании законах о лицах с ограниченными возможностями, одним из которых является именно закон об интеграции этих людей в обществе.

Новая философия при интеграции лиц с ограниченными возможностями заключается в следующем:

– Принимается новая терминология, в которой термины «инвалид» и «инвалидность» заменяются словами «лица имеющие повреждения» и «степень повреждения». Эти изменения в терминологии стремятся изменить как настроения и предрассудки в обществе, так и мнение самих инвалидов по отношению к их (само) определению и социальной роли.

– Не допускается прямая или косвенная дискриминация в отношении людей с ограниченными возможностями.

– Предлагается новая оценка степени повреждения, которая будет индивидуальной и не может быть основана только на медицинских показателях.

– Определяется институциональная структура, ответственная за реализацию политики для людей с ограниченными возможностями, как на национальном, так и региональном уровне и способы финансирования этой политики.

– Особое внимание уделяется профилактике и предупреждению инвалидности, образованию и профессиональной подготовке и интегрированному обучению детей с ограниченными возможностями в

обычных школах, а также социальным услугам для лиц с ограниченными возможностями, занятости и созданию условий для доступной архитектурной среды.

Выводы:

Ряд инициатив правительства показывают, что Болгария проявляет амбиции страны идти в ногу с европейскими тенденциями в поиске решений проблем людей с ограниченными возможностями.

Эти инициативы являются важными, поскольку инвалидность это социальное явление, социальный факт, с которым сталкиваются все общества. Это система процессов и явлений, которые приводят к многочисленным и разнообразным проблемам.

До недавнего времени, инвалидность, рассматриваемая в первую очередь как социальный факт, как социальный конструкт, формирующий определенный социальный статус и как столкновение личности с многочисленными и разнообразными социальными барьерами, не имела четкого определения ни с точки зрения общественной практики и социальной политики, ни с социологической точки зрения, что сильно затрудняло ее исследование и предложение адекватных и эффективных решений существующих проблем.

Конечно, социальная категория инвалидов построена или состоит из многих социальных общностей, больших и малых социальных групп с разными – иногда диаметрально противоположными, часто персонифицированными – проблемами и потребностями.

Список литературы:

1. Борисов В., Глутникова З., Юрукова К. Социална медицина за студенти по медицина. С., 1994.

2. Добрева Е. Щтрихи от медийния образ на хората с физически увреждания // Електронно списание LiterNet, №11 (36), <[litenet.bg/publish7/edobreva/shtrihi.htm](http://litenet.bg/publish7/edobreva/shtrihi.htm)>.

3. Ивков Б. За някои основни аспекти на социалната политика към и социалната работа с инвалиди в България в контекста на новия закон за интеграция на хората с увреждания // Обществено подпомагане и социална работа в България. История, институции, идеологии, имена. Бл., 2005.
4. Стоева Б. и др. Хората с увреждания и техните права в Европейския съюз, ГЕПИ 2004, С., 2004.
5. <http://www.nsi.bg/SocialActivities/Press.htm>.

УДК 364.048.2

### **Профилактика ВИЧ-инфекции в молодежной среде**

***Наталья Викторовна Ёлгина***

*студентка 4-го курса,*

*Иркутский государственный университет,*

*г. Иркутск, Россия*

*e-mail: natali4ka-1994@mail.ru*

*Аннотация.* В данной научной статье рассматривается технология профилактики ВИЧ-инфекции, а именно характеристика этой технологии, ее основные формы и методы, а также инновационные формы, которые относительно недавно нашли свое применение на практике.

*Рассматривается творческий подход в профилактике ВИЧ-инфекции, такая инновационная форма как форум-театр, направленная на осознание и поиск решения проблемы путем постановки спектаклей на актуальные темы.*

**Ключевые слова:** профилактика; технология; молодежь; превентивное образование.

***Abstract.** In this scientific article the technology of prevention of HIV infection, namely the characteristic of this technology, its main forms and methods, and also innovative forms which relatively found recently the practical application is considered.*

*Creative approach in prevention of HIV infection, such innovative form as a forum theater, directed on understanding and search of a solution by statement of performances on hot topics is considered.*

***Keywords:** prevention; technology; youth; preventive education.*

В настоящее время проблема ВИЧ/СПИД является очень актуальной как для России, так и для всего мира в целом. Неутешительным фактом является то, что данная проблема в большинстве своем затрагивает людей молодого, а значит трудоспособного и репродуктивного возраста. Развитие эпидемии ВИЧ-инфекции приводит к усугублению социальных, экономических, психологических и других проблем современного общества.

На сегодняшний день не создана вакцина против ВИЧ, а специальные препараты способны лишь замедлить прогрессирование ВИЧ-инфекции, поэтому основным путем предотвращения эпидемии ВИЧ-инфекции является просветительская деятельность, направленная на уменьшение степени риска, а также на повышение мотивации к здоровому образу жизни.

Каждый человек должен знать, в первую очередь, о существовании этой проблемы, о путях передачи ВИЧ-инфекции, уметь оценивать свой собственный риск, избегать опасных ситуаций и научиться защищать себя и своих близких. Именно поэтому необходимо как можно раньше внедрять необходимые мероприятия по противодействию этой проблеме, а значит осуществлять профилактику, которая в дальнейшем поможет сохранить ресурсы и человеческие

жизни, а также минимизировать усилия на преодоление и смягчение последствий ВИЧ.

Профилактика является технологией социальной работы, представляющая собой комплекс мероприятий по предупреждению каких-либо ситуаций в жизни человека, в нашем исследовании имеется в виду профилактика ВИЧ-инфекции, следовательно – это система мероприятий, направленных на предупреждение заражения людей ВИЧ-инфекцией [2].

На сегодняшний день самой эффективной мерой профилактики ВИЧ является превентивное образование. Оно дает людям знания об опасности, которая им угрожает, о том, как эту опасность можно предотвратить. Безусловно, этого недостаточно для того, чтобы изменить поведение человека. Необходимо изменять менталитет и культуру людей, обучать навыкам ответственного отношения к своему здоровью и поддерживать мотивацию к снижению степени уязвимости к заболеванию, а также формировать толерантное отношение к людям, живущим с ВИЧ.

Профилактическая работа подразумевает не только работу с основной целевой группой (подростками и молодежью), но и с их ближайшим окружением – родителями и педагогами – по информированию их о спектре проблем, связанных с инфицированием ВИЧ, в целях создания благоприятных условий для формирования и поддержания безопасного поведения подростков и молодежи.

Профилактическая работа может осуществляться посредством различных форм и методов – от индивидуальных бесед до широкомасштабных просветительских и коммуникационных технологий, однако она всегда должна быть постоянной и всеобъемлющей, а ее компоненты должны сочетаться и дополнять друг друга.

Как показывает практика наибольший эффект от профилактических мероприятий достигается при сочетании нескольких форм и методов профилактической работы. Например, такие обучающие мероприятия как информационные сессии и тренинги сочетаются с более зрелищными мероприятиями – конкурсами, фестивалями и т. д.

Основным концептуальным замыслом профилактической работы является активное вовлечение молодежи в профилактическую деятельность через создание эффективных команд из числа обученных молодых добровольцев – равных инструкторов, способных передавать свои знания, умения, убеждения своим сверстникам, а также участвовать в организации и проведении комплексных мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции на территории проживания [1, с.16].

В практике профилактики ВИЧ-инфекции среди молодежи наиболее эффективным методом является обучение по принципу «равный-равному». В основе данного принципа лежит теория изменения поведения, которая утверждает, что люди способны меняться благодаря влиянию близких, а также людей равного социального статуса, которые уже изменили свой образ жизни и, которые служат хорошим примером для других. Особенно это подтверждается в случае с молодыми людьми. Для них, как правило, мнение ровесника наиболее ценно, нежели чем мнение взрослого человека.

Обучение по данному принципу представляет собой процесс, посредством которого уже обученные в течение какого-то времени молодые люди самостоятельно проводят неформальные (информационно-просветительские) встречи со своими сверстниками.

Практика доказала, что обучающие программы с использованием принципа «равный – равному» являются оптимальными для пропаганды здорового образа жизни среди молодежи. Обучение по принципу

«равный – равному» является важным и эффективным подходом в программах профилактики ВИЧ-инфекции по многим причинам [1,с. 23].

Помимо данного метода существует множество и других различных форм и методов профилактики ВИЧ/СПИД. Это лекции, беседы, различные ролевые игры, акции, семинары, тренинги и многое другое. Эти формы профилактики являются распространенными и применяются в работе практически со всеми социальными группами населения.

Что касается инновационных методов профилактики, то в нашей стране относительно недавно нашел свое применение творческий подход к профилактике важнейших социальных проблем.

Одной из методик, где применяется творческий подход, является форум-театр. Эта методика является интерактивным способом профилактики социальных проблем и, в частности, ВИЧ/СПИДа.

Сущность методики форум-театра – это поиск в рамках предложенного спектакля вместе с участниками и участницами путей решения проблемы или выхода из сложной ситуации. Форум-театр дает возможность не только осознать проблему и сформировать отношение человека к негативному явлению, но и получить навыки поиска путей для решения проблемы с использованием собственного опыта и опыта других людей, включая возможности подсознания и эмоционального интеллекта [3].

Таким образом, профилактика ВИЧ-инфекции среди молодежи является важнейшей системой мероприятий, которая направлена на просвещение и информирование молодежи, обучение молодежи навыкам безопасного поведения посредством различных методов, а также формирование и поддержание условий, которые позволили бы молодежи практиковать более ответственное поведение.

Участие молодежи в профилактических программах в области ВИЧ/СПИДа является эффективной формой работы, молодежь, таким образом, проявляет свою активную гражданскую позицию и свою заинтересованность к данной проблеме. Творческий подход к профилактике ВИЧ-инфекции является одним из ярких примеров реализации участия молодежи в профилактической работе. Овладение различными инновационными методиками, а также их дальнейшее применение на практике среди молодежи может стать очередным шагом в развитии социальной работы.

#### Список литературы:

1. Практическое руководство по организации социального обслуживания пациентов с ВИЧ-инфекцией / А.А. Злобин, С.В. Смирнов, М.С. Онуфриева, Е.Ю. Степанова, М.В. Рукавишников, В.П. Балакирев, А.И. Кузьмин, Н.А. Кошелева. – М.: Экстрим Дизайн Студия, 2011. – 100 с.

2. Профилактика ВИЧ-инфекции в молодежной среде [Электронный ресурс] // Российский красный крест: сайт. URL: [http://www.redcross-irkutsk.org/upload/catalog/files/products/Modul\\_1-3.pdf](http://www.redcross-irkutsk.org/upload/catalog/files/products/Modul_1-3.pdf). (дата обращения: 10.02.2016).

3. Форум-театр [Электронный ресурс] // Школа равных возможностей: сайт. – URL: [http://www.gender.ua.org/ru/forum\\_theatre.php](http://www.gender.ua.org/ru/forum_theatre.php). (дата обращения: 11. 02. 2016).

**Иппотерапия в реабилитации детей-инвалидов (на примере  
общественного благотворительного фонда Тихомировых)**

**Софья Анатольевна Ерёменко**

*студентка,*

*Иркутский государственный университет,*

*г. Иркутск, Россия*

*e-mail: er.Sophia@mail.ru*

***Аннотация.** В статье рассматривается реабилитация детей с синдромом Дауна, ДЦП, различными интеллектуальными нарушениями с помощью иппотерапии. А также социально-психологический и физиологический аспект влияния иппотерапии на ребенка.*

***Ключевые слова:** иппотерапия; реабилитация; инвалид.*

***Abstract.** The article deals with the rehabilitation of children with Down syndrome, cerebral palsy and various intellectual disabilities using hippotherapy. As well as socio-psychological and physiological aspects of influence of hippotherapy on a child.*

***Keywords:** hippotherapy; rehabilitation; disabled.*

О пользе верховой езды знали еще с древних времен: первые труды, в которых говорится о концепции иппотерапии, принадлежат древнегреческому ученому Гиппократу, однако как дисциплина иппотерапия сформировалась в 1960 годах в Швейцарии и Германии.

В России иппотерапия как метод реабилитации появилась лишь в 1991, когда свою работу начал центр «Живая Нить».

В Иркутской области так же находится центр по реабилитации детей-инвалидов с помощью верховой езды «Фонд Тихомировых», появившийся в 2000 году. В нем дети с тяжелыми нарушениями

здоровья бесплатно получают услуги иппотерапии. Также в центре есть своя спортивная команда, которая участвует в соревнованиях по конному спорту и нередко выигрывают призовые места.

Иппотерапия – это лечебная гимнастика на лошадях. Иппотерапия включает в себя не только физические нагрузки, но и общение с животным, что предполагает получение психологической разгрузки и новых эмоций для ребенка. Лошадей для такого вида реабилитации подбирают спокойных и уравновешенных, происходит тщательный отбор животных. Обычно иппотерапия применяется к детям, которые имеют следующие диагнозы: ДЦП, синдром Дауна, различные формы интеллектуальной недостаточности и др.

Физиологический аспект воздействия верховой езды: температура лошади выше, чем температура человека, она составляет примерно 37,5-38,5 градусов Цельсия. Движение идущего животного разогревает мышцы ног всадника, что приводит к усилению кровотока во всем организме, а также улучшает кровоснабжение головного мозга. Ходьба животного имитирует движения человека, при этом у ребенка функционируют все группы мышц. Это формирует динамический стереотип, который всадник-инвалид затем переносит и в свою повседневную жизнь [1].

Также в Фонде Тихомировых было разработано новое направления реабилитации, которое получило название артиппотерапия. Этот метод заключается в том, что ребенок-инвалид не просто управляет лошастью, но и сидя спиной по направлению ее движения, получает задания разложить цветные камешки на деревянной доске в заданном порядке.

Психосоциальный уровень воздействия: общение с лошастью формирует личность ребенка, управление ей дает навык оценки ситуации, доверие к лошади, затем перестает в доверие и к людям,

которые его окружают. Сидя верхом на таком высоком и сильном животном, которое воспринимает команды ребенка, он и сам чувствует себя сильным, а главное здоровым.

На территории фонда проводятся занятия по адаптивному конному спорту, где дети получают более серьезные навыки общения с животными. Свои достижения они могут показать на открытом чемпионате Сибирского федерального округа, который организует сам фонд.

Фонд Тихомировых действует на территории Иркутской области более 15 лет. В нем более 50 детей получают бесплатные услуги по иппотерапии, также некоторые из воспитанников организации имеют спортивные разряды.

Иппотерапия – это новый метод в реабилитации инвалидов, который показал свою эффективность на практике. Но не стоит забывать, что она не является панацей, реабилитация ребенка инвалида требует разнообразные меры для предотвращения его замкнутости, а также в поддержание его нормального физического и социально-психологического состояния.

#### Список литературы:

1. Иркутский общественный благотворительный Фонд Тихомировых по реабилитации детей инвалидов с помощью верховой езды [Электронный ресурс] URL:<http://www.tihomirovy.com/> (дата обращения: 23.01.2015).

2. Решетникова Е.В., Туринцева Е.А. Природо-ресурсные технологии в социальной реабилитации: монография / Е.В. Решетникова, Е.А. Туринцева, – Иркутск: Оттиск, 2014. – 87 с.

**Медицинские последствия во время и после наводнения**

***Р. Етова***

*факультет общественного здравоохранения,  
Медицинский университет Пловдива,  
г. Пловдив, Болгария*

***Д. Тодорова***

*факультет общественного здравоохранения,  
Медицинский университет Софии,  
г. София, Болгария*

***Цв. Михайлова***

*факультет общественного здравоохранения,  
Медицинский университет Софии,  
г. София, Болгария*

***Аннотация.** Наводнение это катастрофическое положение, которое прямо или косвенно отрицательно сказывается на населении как реальная угроза жизни и здоровью людей.*

*В статье сделан обзор медицинских последствий во время и после наводнения и указаны ведущие факторы риска. Важными среди этих факторов являются факторы гигиены. Наводнения создают ряд предпосылок для развития эпидемий со значительными медицинскими последствиями (малярия, дизентерия, холера, брюшной тиф, гепатит и т.д.). Увеличивается доля вирусных заболеваний и стрессовых расстройств. Некоторые из медицинских последствий продолжаются в течение месяцев после наводнения.*

*Особенности этого бедствия влияют на управление чрезвычайными ситуациями при наводнениях. Гигиена и противоэпидемическое обеспечение населения после наводнения*

является приоритетным направлением в деятельности медицинского персонала и является основной задачей учреждений в странах, пострадавших от наводнений.

**Ключевые слова:** наводнения, факторы риска гигиены, инфекционные заболевания, стрессовые расстройства.

**Abstract.** *The flooding is a disaster situation, which direct and indirect adverse impacts on the population by creating a real danger for the life and health of people.*

*An overview of medical consequences during and after the flood, as are referred to the leading risk factors. An important place among these factors take hygiene factors. Floods create a number of prerequisites for the development of outbreaks with significant medical consequences (malaria, dysentery, cholera, typhoid, hepatitis, etc.).*

*Increased percentage of viral diseases and stress disorders. Some of the medical consequences continue months after the floods.*

*The peculiarities of this disaster have an impact on the management of disaster situations. Sanitary-antiepidemic providing the population after the flood is a priority direction in the activity of staff and is the main task of the institutions in the countries affected by the floods.*

**Keywords:** *flood, hygiene risk factors, infectious disease, stress disorders.*

Наводнения являются распространенными стихийными бедствиями. Они наносят огромный вред, затрагивая жизни и здоровье людей, городские районы, плодородные сельскохозяйственные угодья и леса, флору и фауну. Отрицательное воздействие наводнений на здоровье человека сложно и многогранно. Ущерб здоровью человека может быть нанесен непосредственно приливной волной или быть результатом факторов длительного действия. Наводнения наносят

ущерб окружающей среде, забивают водоочистные сооружения, приводят к затоплению объектов токсичными отходами и др. Ущерб, который причиняется наводнениями окружающей среде, прямо или косвенно влияет и на здоровье человека.

По данным EM-DAT (Международная база данных по чрезвычайным ситуациям (ЧС), созданная в научно-исследовательском центре ЧС при Католическом университете Бельгии), затопление является наиболее распространенным стихийным бедствием (рис. 1) [15].

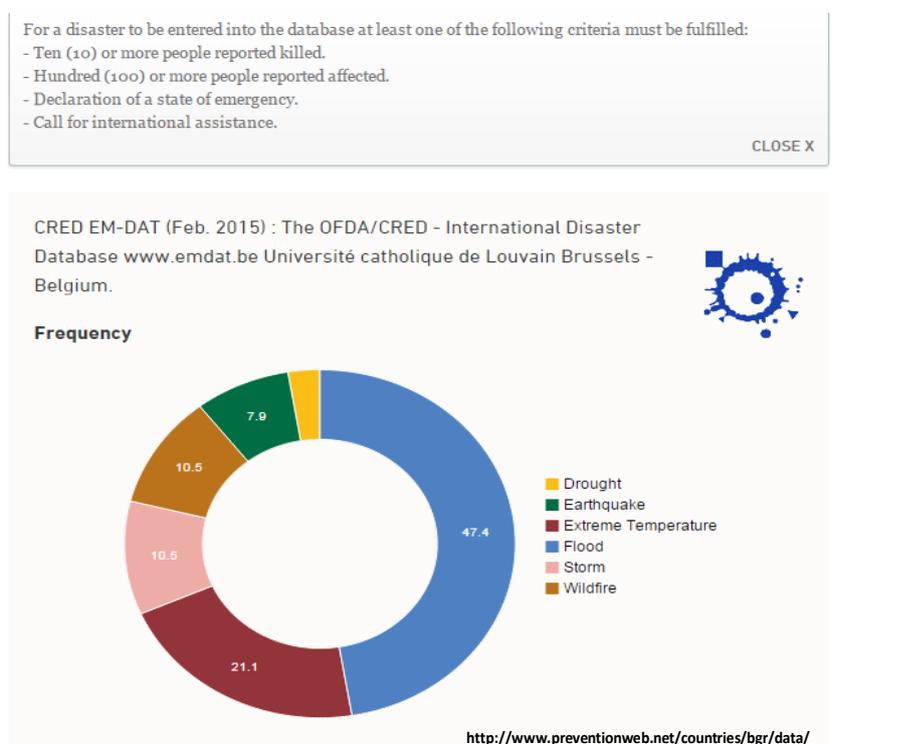
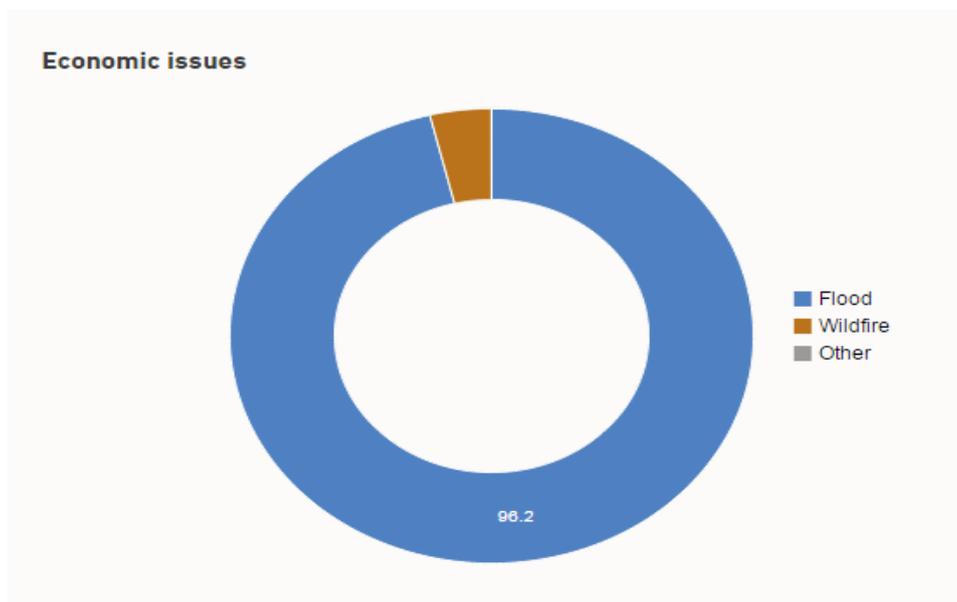


Рис. 1. Распределение ЧС по частоте (по данным EM-DAT).

Из рисунка видно, что ведущие по частоте бедствия – это наводнения (47,4%), далее следуют бедствия, связанные с высокими температурами (21,1%), одинаковые части (10,5%) занимают штормы и пожары. На землетрясения приходится лишь 7,9%.

Наводнения являются бесспорным лидером с точки зрения экономических потерь (98,2%), далее следуют пожары (1,8%) и др. (рис. 2)



*Рис. 2. Распределение ЧС по экономическим потерям (по данным EM-DAT)  
Нанесенные наводнениями материальные и экономические потери влияют на население по многим направлениям.*

- Повреждение инфраструктуры здравоохранения, что приводит к потере доступа к медицинской помощи и невозможность получения непрерывной медицинской помощи;
- Отсутствие чистой, питьевой воды – результат загрязнения и потери возможности очистки воды очистными сооружениями;
- Повреждение инфраструктуры водоснабжения;
- Уничтожение или повреждение имущества и жизненно важных объектов;
- Серьезное повреждение сельскохозяйственных культур;
- Нарушение снабжения пищевыми продуктами;
- Нарушение возможности работать и таким образом получать средства к существованию;
- Эвакуация населения с ее последствиями – переполненность в местах размещения, адаптация к новым условиям, стресс и тоска по дому;

– Стресс от общения со страховыми агентствами, реконструкция домов и др. [13].

Медицинские последствия при наводнениях получаются непосредственно через контакт с паводком или косвенно, в результате воздействия на инфраструктуру, экосистему, запасы пищи и воды, систему социальной поддержки. Медицинские последствия могут возникнуть непосредственно во время наводнения, а также дни, недели или месяцы после прошедшего наводнения [10].

В структуру причиненного вреда жизни и здоровью населения в результате наводнения входит:

- Утопление;
- Травмы в результате: контакта с мусором и подводными объектами в воде, провалов в скрытые шахты, разрушения зданий, поражения электрическим током и т.д.;
- Сердечные приступы и другие острые заболевания сердечнососудистой системы;
- Вирусные заболевания;
- Респираторные, кожные и глазные инфекции;
- Психические расстройства;
- Стресс.

В зависимости от времени их возникновения, медицинские последствия делятся на две группы – во время наводнения и после наводнения.

#### **Медицинские последствия во время наводнения.**

Непосредственными (прямыми) последствиями для здоровья в результате быстрого роста уровня воды являются: утопление, травмы, вывихи, ушибы, рваные раны, далее следуют ссадины, ушибы, гипотермия, поражение электрическим током, инфекции верхних дыхательных путей, кожные высыпания и укусы насекомых и

животных. Риск для здоровья может нести в себе эвакуация раненых, потеря работников здравоохранения, инфраструктуры здравоохранения, нехватка лекарственных средств и материалов. Реально существует опасность прямого заражения патогенными микроорганизмами, приводящее к развитию столбняка в ранах, аспирационной пневмонии и др.

Затопление районов и орошение почвы загрязненной водой, представляет опасность для сельскохозяйственных культур и, следовательно, создает финансовые и медицинские проблемы, связанные с питанием людей и животных.

При наводнении вода может уничтожить промышленные объекты и привести к утечке ядохимикатов или загрязнителей и, следовательно, стать причиной отравления различными химическими веществами [5].

Во время наводнений преобладают пострадавшие с асфиксией, с острыми нарушениями дыхательной и сердечнососудистой системы, с травмами мягких тканей, с сотрясением головного мозга и др. Большая часть жертв развивают и психические расстройства во время наводнения (20). Часто случаются укусы животных, что приводит к инфицированию ран и бешенству.

При катастрофических наводнениях возможно как наличие чистых форм поражений, так и комбинированные поражения (например: травма + утопление + переохлаждение + острая стрессовая реакция) [18].

#### **Медицинские последствия после наводнения.**

К косвенным медицинским последствиям, которые возникают в течение различных длительных периодов после затопления, относятся: инфицированные раны, осложнения после травм, отравления химическими веществами, плохое психическое здоровье, инфекционные заболевания и голод.

При наводнении основным механизмом передачи заболеваний является фекально-оральный, особенно в районах, где население не имеет доступа к чистой воде и санитарии. Разрушенная канализация, загрязненные при наводнении источники воды и разрушенная инфраструктура приводят к развитию заболеваний, в основном желудочно-кишечного тракта с патогенами: E-coli, дизентерии, сальмонеллеза. Растет число энтероколитов, холеры, дизентерии и неспецифического поноса. После наводнения развиваются: вирусный гепатит А, брюшной тиф, паратиф, полиомиелит и лептоспироз и другие заболевания. Собрание большого числа выживших индивидуумов в одном месте приводит к повышению заболеваемости гриппом, корью, менингитом и туберкулезом [11].

Наводнения в большинстве случаев вызывают вторичные осложнения и имеют долгосрочные последствия. На инфекционную заболеваемость влияет и прерывание вакцинации, отсутствие адекватных средств личной гигиены, нарушение ряда систем, что облегчает передачу инфекционных заболеваний в воде, пище, через дыхание и путем контакта [8].

Изменяются места размножения виновников вирусных заболеваний или источников инфекции (малярии, лихорадки денге и т.д.). Связь между наводнениями и вирусными заболеваниями сложна. Многие инфекции, которые передаются комарами, находят благоприятные условия для их развития в стоячей воде после наводнения (лужах, прудах, озерах). Из-за блокировки стоков стоячая вода становится причиной развития многих инфекционных заболеваний [1].

Через несколько недель после наводнения наиболее распространенными являются желудочно-кишечные заболевания, проблемы с сердцем, болезни органов дыхания, высокое кровяное

давление, почечные инфекции, боли в суставах, мышечные судороги, потеря или увеличение веса, аллергии и др.

Последующие медицинские последствия могут быть и результатом плесени. В зданиях, которые долгое время были затоплены (в зависимости от продолжительности вывода воды и дренажных мер) часто появляется плесень. Вдыхание является наиболее распространенным механизмом возникновения заболеваний от плесени, но возможно также при контакте с кожей и проглатыванием. Большинство грибковых спор имеют размер, который позволяет им оседать в верхних и нижних дыхательных путях [2]. Плесень производит аэрозольные споры и токсины, которые являются вредными для здоровья людей. В затопленных домах наблюдается повышение уровня *Cladosporium*, *Aspergillus*, *Penicillium*, *Alternaria*, *Stachybotrys* и других видов грибов [14].

Значительное влияние оказывают наводнения и на психическое здоровье, которое включает тревогу, панические атаки, повышенные уровни стресса, от легкой до тяжелой депрессии, вялость, проблемы со сном, повышенное употребление алкоголя или наркотиков, гнев, перепады настроения, повышенную напряженность и мысли о самоубийстве [6]. Анализируя данные о психических заболеваниях, было показано, что 37,5% жертв наводнений страдают нарушением адаптации, 21,5% имеют депрессию, 12% – панику, 11,25% – страдают посттравматическим стрессовым расстройством и 5,5% страдают от беспокойства [4].

Сделана психологическая характеристика 34 000 жертв наводнения 07.07.2012 г., случившегося в Крымско-Краснодарском районе. Изучены психические расстройства у лиц в течение от 7 дней до 30 дней после наводнения. Средний возраст исследованных была от 36 до 50 лет. Со стрессовой ситуацией удалось справиться только 9,7%

опрошенных. У 40,3% жертв наблюдается высокая степень дистресса, у 18,6% случаев – агрессия, интрузивность – у 12,5%, тревожность у 12,0% опрошенных, у 22,3% – депрессия, межличностные тревоги у 5%. Часто случаются фобии и психотизм [19]. При наводнениях женщины более уязвимы, чем мужчины и они больше страдают от психических расстройств [16].

Отсутствие исследований в развивающихся странах может повлиять на более низкий уровень психиатрических служб и отсутствие научного экспертного опыта по эпидемиологии психического здоровья.

В долгосрочном плане, в структуре медицинских последствий от наводнений ведущими являются хронические заболевания, психические расстройства, заболевания, связанные с бедностью, в том числе недоедание из-за нехватки продовольствия или здоровой пищи.

#### **Действия до, во время и после наводнения.**

Особенности наводнения влияют на управление бедственными ситуациями от наводнений.

В периоды до затопления, работа менеджеров состоит в сборе и анализе данных для оценки риска затопления и населения, подвергающегося риску, планирования и ресурсного обеспечения деятельности, которые будут осуществляться при наводнении и др.

Определены семь основных категории действий, связанных со здоровьем людей, которые должны быть проведены при угрозе наводнения:

- Действия в семье и обществе;
- Действие относительно здоровья и санитарно-гигиенического просвещения;
- Действия по предупреждению эвакуации;
- Действия по наблюдению и контролю заболеваний;
- Действия по оказанию медицинской помощи;

- Действия по защите инфраструктуры;
- Действия и нормативные акты для защиты водоснабжения [7].

Действия учреждений до, во время и после наводнений включают:

- медицинские бригады, медицинские приюты, учреждения для амбулаторного лечения;
- Услуги скорой помощи, в том числе хорошо оборудованные машины скорой помощи, автобусы, использование транспортных компаний;
- Транспортные команды – фургоны или небольшие грузовики для перемещения легко раненых пострадавших или материалов;
- Команды для быстрого развертывания палаток и технического обслуживания оборудования;
- Использование вагонов для инвалидных колясок, носилок и персонала для долгосрочного ухода;
- Предоставление GPS-мобильных телефонов телекоммуникационными компаниями;
- Предоставление фармацевтическими компаниями медикаментов и медицинского оборудования.
- Профилактические меры – обучение населения для преодоления медицинских последствий при наводнении [17].

В случаях больших наводнений необходима массовая иммунизация. Ряд зарубежных источников отмечают, что иммунизация в таких ситуациях создает ложное чувство безопасности, поскольку это приводит к пренебрежению мерами гигиены и хорошей санитарии. Вакцины должны быть, доказано, эффективны, с высокой степенью безопасности и низкой реактогенностью. Они должны быть легко применены для обеспечения быстрой и длительной защиты людей всех возрастов. Быть в достаточных количествах, чтобы охватывать все население, находящееся под угрозой [12].

В некоторых странах (Китай) использовалась анкета для определения состояния здоровья тех, кто обратился за медицинской помощью после наводнения. Она содержит восемь различных блоков вопросов, связанных с качеством жизни: физическим функционированием; ограничением из-за физической болезни; телесной болью; общим восприятием здоровья; жизнеспособностью; социальным функционированием; ограничениями, связанными с эмоциональными проблемами; психическим здоровьем. Так структурированный вопросник дает оценку состояния здоровья индивидуума и способность адекватно и быстро справиться с медицинскими последствиями во время и после наводнения [9].

Результаты исследования психологических особенностей 34000 пострадавших от наводнения в Крымско-Краснодарском крае свидетельствуют о необходимости срочной медицинской помощи при ликвидации последствий наводнения, в частности помощи специалистов психиатров, психотерапевтов и психологов с целью предотвращения возникновения осложнений [20].

Симптомы ПТСР сохраняются от 2 до 5 месяцев после наводнения. Учитывая это, медицинские работники и социальные службы должны быть осведомлены о психологическом воздействии наводнений. Медицинские службы и клиницисты должны сотрудничать при разработке реалистичных и экономически эффективных мер и мероприятий [3].

Выводы:

Повышенное внимание к уязвимости при наводнениях, к воздействию наводнений на общественное развитие, экономику и здоровье необходимо для преодоления медицинских последствий во время и после наводнения.

Комплексный подход к событиям и мероприятиям, связанным с медицинскими последствиями при наводнениях, является приоритетом для борьбы с ними.

Сосредоточение внимания институций с точки зрения гигиены и противоэпидемического обеспечения является предпосылкой для быстрого решения медицинских последствий при наводнениях.

Своевременная консультативно-методическая и практическая ликвидация последствий при наводнениях является обязательной для снижения медицинских последствий при наводнениях.

#### Список литературы:

1. Ahern M., Kovats R. S., Wilkinson P., Roger Few R., and Matthies F., Global Health Impacts of Floods: Epidemiologic Evidence, *Epidemiol Rev* 2005; 27: P. 36-46.

2. Brandt M., et. al., Mold Prevention Strategies and Possible Health Effects in the Aftermath of Hurricanes and Major Floods, 2012, 23-26.

3. Clemens S.L., et. al. Summer of sorrow: measuring exposure to and impacts of trauma after Queensland's natural disasters of 2010–2011, *MJA* 2013; 199: P. 552-555.

4. David GC McC., Ainsley Moore A., and Walker M., The water/health nexus in disaster medicine: I. Drought versus flood, *Current Opinion in Environmental Sustainability*, 3:2011, P. 480-485.

5. Du W., FitzGerald G.J., Clark M., Hou X.Y., Health Impacts of Floods, <http://pdm.medicine.wisc.edu> Prehospital and Disaster Medicine, May – June 2010.

6. Edmund Penning-Rowsell, Sue Tapsell, Theresa Wilson, Key Policy Implications of the Health Effects of floods, Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2005, P. 209-210.

7. Few R. et. al. Health and flood risk: A strategic assessment of adaptation processes and policies, Tyndall Centre for Climate Change Research, Technical Report, 2005, P. 17.

8. Ivers L.C. and Ryan E.T., Infectious diseases of severe weather-related and flood-related natural disasters, *Curr Opin Infect Dis*, 2006, 19, 408-414.

9. Jun Wu, Jian Xiao, Tong Li and others, A cross-sectional survey on the health status and the health-related quality of the elderly after disaster in Bazhong city, Sichuan, China, Wu et al. *BMC Public Health*, 2015, P. 3-8

10. Menne B., Brown L., Murray V., Floods and health, Fact sheets for health professionals, World Health Organization, Regional office for Europe, 2014, P. 1.

11. Noji Ek., Flooding and human health, The dangers posed are not always, *BMJ*, volume 321, 2000, 1167.

12. Noji E.K., Public health issues in disasters, *Crit Care Med* Vol. 33, №1, 2005.

13. Schmidt W, Skala, M. Morbidity surveillance following the Midwest Flood – Missouri, *Morbidity and Mortality Weekly Report* 4248,1993, P. 797-798.

14. Taylor J., et.al. Flood management: Prediction of microbial contamination in large-scale floods in urban environments, *Environment International* 37, 2011, P. 1019-1029.

15. The OFDA/CRED-International disaster database. Mortality. In: Internationally reported losses. Resource of URL: <http://www.preventionweb.net/countries/bgr/data>.

16. Waelveerak W., The quality of life of flood survivors in Thailand, Nakhon Pathom Rajabhat University, *Australasian Emergency Nursing Journal* 17, 2014, P. 19-22.

17. Wiedrich T.W., Critical Systems for Public Health Management of Floods, North Dakota, Journal Public Health Management Practice, 19(3), 2013, P. 259-265.

18. Канев К., Драгнев В. и кол. Характеристика на бедствена ситуация от наводнение, Медико-тактическа характеристика на бедствените ситуации, изд. Ирита, София 2007, P. 33.

19. Погодина М.Г., Особенности психологических характеристик и психических нарушений у жителей Крымска Краснодарского края, пострадавших от наводнения 2012 года. The journal of scientific articles «Health&education millennium», 2014, volume 16, №2, P. 72-74.

20. Сахно И.И., Сахно В.И., Медицина катастроф (организационные вопросы), Москва, ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2002, P. 301.

УДК 378.172:613.88

**Половое воспитание студентов как медико-социальная  
проблема современности**

***Инна Ивановна Ефременко***

*зав. кафедрой анатомии и физиологии,*

*Витебский государственный университет им. П.М. Машерова,*

*г. Витебск Беларусь*

*e-mail: inna.efremenko2012@yandex.by*

***Валентина Юрьевна Качан***

*студентка 6 курса биологического факультета,*

*Витебский государственный университет им. П.М. Машерова,*

*г. Витебск Беларусь*

***Аннотация.*** В статье рассматриваются вопросы полового воспитания подрастающего поколения, формирования у молодых людей

*ценностного отношения к своему здоровью. Представлены результаты анонимного опроса молодёжи по вопросам регулирования рождаемости.*

**Ключевые слова:** *здоровье, контрацепция, половое воспитание молодежи.*

**Abstract.** *The article considers questions of sex education of the rising generation and questions of forming of young people's attitude to their health. The results of the anonymous Gallup poll of young people on issues relating to birth control.*

**Keywords:** *health, contraception, sex education of young people.*

Современные медицинские и социологические исследования свидетельствуют об ухудшении здоровья детей в период полового созревания [3, с. 21]. Особую опасность в последние годы приобретает прогрессивный рост у подрастающего поколения венерических и гинекологических заболеваний, нарушений в сексуальном развитии, частоты случаев асоциального полового поведения (половой распущенности, проституции, сексуальной агрессивности, абортов) [1, с.14].

Одной из причин сложившегося положения является то, что сами дети в этот период плохо заботятся о своем здоровье и приобретают немало вредных привычек. Способствует этому как неблагоприятная обстановка в семье, так и учеба в школе, чаще всего не приносящая подросткам удовлетворения. В то же время важно заметить, что именно в подростковом возрасте у человека не только формируется сексуальность, но и активно вырабатывается свой (индивидуальный) образ жизни [1, с.16]. И от того, как это происходит, в значительной степени зависит качество его последующей жизни (собственное здоровье, здоровье будущих детей, благополучие семьи и многое

другое). Вот почему именно в период полового созревания важно побудить и научить человека укреплять собственный организм, заняться саморегуляцией и, конечно, правильно управлять своей сексуальностью.

Одним из самых тяжёлых последствий сексуального бескультурья является крайне низкая контрацептивная культура, в результате чего ведущим методом планирования и регулирования рождаемости в постсоветских странах был и до сих пор остаётся искусственный аборт [2, с.26]. Почти во всех странах бывшего СССР, после его распада, произошла сексуальная революция. Молодые люди стали более сексуально активными, однако их знания в вопросах контрацепции остаются на низком уровне.

К сожалению, анализ педагогической практики показывает, что половым воспитанием подрастающего поколения сегодня ни родители, ни учителя в школе должным образом не занимаются. Половое воспитание осуществляется в лучшем случае эпизодически в форме «сексуального информирования» (этим чаще всего занимаются медицинские работники в центрах репродуктивного здоровья, гинекологических отделениях детских больниц, иногда в школах). Однако «информационный» подход недостаточен, так как он не способствует. Об этом, в частности, свидетельствуют наши предварительные исследования. Было проведено анонимное анкетирование 97 студентов 1-4 курсов факультетов физического воспитания и спорта и педагогического факультета Витебского государственного университета имени П.М. Машерова.

Анонимный опрос молодёжи по вопросам, регулирования рождаемости проводился по следующей анкете (варианты ответов в анкете приводятся в сокращенном виде):

№	Вопросы анкеты	Девушки n=81	Юноши n=16
1.	Ваш возраст:	17-24	18-21
2.	Какой способ контроля рождаемости более приемлем для вас? – контрацепция	87,7	93,8
3.	Из каких источников вы узнали о контрацепции? -от родителей -от друзей -из средств массовой информации (специальная литература, газеты, интернет и т.д.)	12,3 32,1 88,9	6,2 25,0 81,3
4.	Контрацепция является обязанностью: -обоих партнёров	91,4	93,8
5.	Какие виды контрацепции вы знаете? – КОК – презервативы – ВМС	82,7 79,0 46,2	81,3 93,8 75,0
6.	Какой вид контрацепции является на ваш взгляд более удобным? Почему? – КОК – презервативы – нет ответа – супружеская верность	27,2 45,7 18,5 –	25,0 68,8 – 6,2
7.	Какой вид контрацепции является на ваш взгляд более надёжным? – презерватив – КОК – не знаю – нет ответа	27,2 14,8 4,9 23,5	31,3 - - 6,2
8.	Есть ли какой-нибудь вид контрацепции, дающий 100% гарантию? Если да, то какой? – презерватив – не знаю	8,6 3,7	6,2 -
9.	Стоит ли вводить в программу обучения вопросы, касающиеся полового воспитания (в частности контрацепции)? – да – нет	95,1 4,9	100,0 –
10.	Если да, то, в каком возрасте стоит рассматривать эти вопросы? 13-15 лет	71,6	56,3
11.	Как вы оцениваете свои знания в этой области по 10-бальной шкале? 6 баллов 7 баллов 8 баллов 9 баллов 10 баллов	19,8 24,7 23,5 8,6 7,4	6,2 25,0 – 43,8 12,5

Таким образом, из результатов анкетирования видно, что студенты практически ничего не знают о новых методах контрацепции (имплантаты, вагинальное кольцо и т.д.). 95,1% девушек и 100% юношей считают, что необходимо просвещать подростков в вопросах контрацепции. На вопрос «Ваши предложения» наиболее частым ответом было то, что такие занятия необходимо проводить в устной форме (в форме беседы) с использованием слайдов, презентаций и т.д.

Большинство из опрошенных студентов впервые узнали о контрацепции из СМИ (девушки – 88,9%, юноши – 81,3%). Это свидетельствует о том, что контрацептивная культура их родителей, друзей находится на низком уровне, а разговаривать с врачами они стесняются.

По данным анонимного опроса, девушки-подростки считают, что идеальный контрацептив должен быть надёжным (83,1%), безопасным для здоровья (63,2%), экономически доступным (36,2%) и удобным в применении (29,3%). Медицинская точка зрения предусматривает для контрацепции у подростков максимальную надёжность, защиту от инфекций, передаваемых половым путем, и обратимость – возможность быстрой отмены метода в случае желания забеременеть.

#### Список литературы:

1. Кузнецов М.Т. Любовь и нравственность в воспитании юношества. – Минск: 2000.
2. Радецкая Л.Е. Путеводитель по контрацепции. – Москва: Медицинская литература, 2005.

**Специфика физического воспитания студенческой молодежи с  
ослабленным зрением**

*Инна Ивановна Ефременко*

*зав. кафедрой анатомии и физиологии,*

*Витебский государственный университет им. П.М. Машерова,*

*г. Витебск Беларусь*

*e-mail: inna.efremenko2012@yandex.by*

***Аннотация.** В статье рассматриваются причины, вызывающие нарушения зрения у студенческой молодежи, принципы построения методик лечебно-оздоровительной физической культуры при ослаблении зрения у подрастающего поколения.*

***Ключевые слова:** здоровье, нарушение зрения, физическое воспитание студенческой молодежи.*

***Abstract.** The article considers reasons causing vision disorder of students and principles of construction of methods of therapeutic physical education of the low-visioned rising generation.*

***Keywords:** health, vision disorder, physical education of students.*

Значительная часть студентов страдает близорукостью. Она имеет тенденцию к прогрессированию, особенно у старшеклассников или студентов старших курсов. Это вызвано, очевидно, большой психо-эмоциональной и зрительной нагрузкой, недостаточной двигательной активностью, нарушением гигиенических условий труда и быта.

Таким образом, среди множества причин, вызывающих нарушения зрения, можно выделить три основных фактора риска. Это: любое психическое, умственной или физическое перенапряжение;

неправильное питание; изменения нормального кровообращения и иннервации глаза.

*Любое психическое, умственной или физическое перенапряжение* вызывает усиленное воздействие на глазное яблоко, глазные мышцы, нервы и сосуды, которое приводит к нарушению зрения. Степень этих нарушений во многом зависит от состояния нервной системы человека, его темперамента. Напряжённое психическое и умственное состояние, порождённое чрезмерной работой, тревогой и другими явлениями, а также физическое перенапряжение, усиливают напряжённое влияние на мозг и всю нервную систему. В результате тесной взаимосвязи между нервами глаза и центральной нервной системой развиваются различные виды нарушений зрения.

На глаза оказывают влияние изменения, развивающиеся в отдельных органах и системах. Так установлено, что воспалительное состояние глаз: конъюнктивит, воспаление радужной оболочки, является не только болезнями, поражающими глаза, но и служат симптомами общего дисбаланса организма, вследствие неправильного питания.

*Неправильное питание* оказывает влияние и на физиологические процессы зрения. В результате неправильного питания нарушаются обменные процессы и в организме задерживаются вредные вещества. Они могут мешать нормальной аккомодации и приводить к удлинению глазного яблока и ухудшать зрение. Это может проявляться в виде близорукости или дальнозоркости, астигматизма или разной степени рефракции.

Возможной причиной нарушений зрения могут быть *изменения нормального кровообращения и иннервации глаза*. Основную роль в развитии механических нарушений в нормальном кровоснабжении и проведении нервных импульсов играют мышцы шеи, особенно в её

задней части. Находясь в сокращённом состоянии, они действуют на шейные позвонки, затрудняя нормальную функцию главных нервов и сосудов, ограничивая приток крови к голове и главному яблоку. Поэтому во всех этих случаях необходимо полностью расслабить мышцы спины к шеи, ликвидировать нарушения в позвоночной системе, как за счёт физических упражнений, так и за счёт массажа [1].

На развитие зрительных нарушений оказывают влияние возраст, профессия и образ жизни (гиподинамия, курение, употребление алкоголя и наркотиков).

Результаты наблюдений и исследований физического развития и физической подготовленности студентов, страдающих близорукостью, показали удовлетворительное их физическое развитие и очень слабую физическую подготовленность.

В связи с этим, таких студентов надо правильно распределять по медицинским группам (обязательна консультация окулиста).

*Задачами физического воспитания* студентов с близорукостью до 3-х диоптрий (лёгкая степень) и от 3,5 до 6-и диоптрий (средняя степень) являются:

1. укрепление здоровья;
2. повышение уровня физического развития и физической подготовленности;
3. профессионально-прикладная физическая подготовка;
4. профилактика прогрессирования близорукости;
5. сдача нормативных комплексов по физическому воспитанию.

В качестве решения этих задач можно использовать следующие формы физического воспитания:

- обязательные и факультативные занятия;
- самостоятельные занятия, включающие меры по закаливанию организма;

- специальные упражнения для аккомодационных мышц;
- общие физкультурно-массовые мероприятия.

Принципы построения методик лечебно-оздоровительной физической культуры при ослаблении зрения у подрастающего поколения, включают:

1. систематическое воздействие физических упражнений и последовательность их применения;
2. регулярность воздействий;
3. длительность применения физических упражнений;
4. постепенное увеличение физической нагрузки на протяжении, как отдельной процедуры, так и всего лечебного курса;
5. индивидуализация физических упражнений в зависимости от возраста пола, состояния здоровья занимающихся;
6. сочетание общей и специальной тренировки во время курса лечения.

Интенсивность специальных упражнений из различных комплексов целесообразно увеличивать постепенно:

- 1-2 занятия – по 2 упражнения выполнять по 1 разу;
- Начиная с 3-го занятия – те же 2 упражнения выполнять по 2 раза;
- Затем через каждые третьи занятия добавлять по 1 упражнению и довести их до 5-и, выполняя каждое упражнение по 2раза.

По этой методике рекомендуется заниматься 1,5-2 месяца; в течение следующего месяца довести число повторений каждого упражнения до трех [2].

Для школьников, страдающих близорукостью, курс лечебно-оздоровительной физической культуры целесообразно разделить на два периода -подготовительный и основной (тренировочный).

*Подготовительный период* – 12-15 дней. Основными задачами в этот период являются:

1. общее укрепление организма;
2. адаптация к физической нагрузке;
3. активизация функций сердечно-сосудистой и дыхательной систем;
4. улучшение осанки;
5. укрепление мышечно-связочного аппарата;
6. повышение эмоционального состояния детей.

Дачный период характеризуется преимущественно выполнением обще-развивающих упражнений и постепенным увеличением специальной тренировки для разгибателей головы и туловища.

Особое внимание уделяется обучению правильному дыханию (правильным дыханием считается полное дыхание, включающее весь дыхательный аппарат). Начинают обучение с освоения статического дыхания, а затем постепенно усложняют различные сочетания дыхания с движениями. Динамические дыхательные упражнения должны быть просты по построению, выполняться свободно без усилий.

К специальным упражнениям в этом периоде относятся дыхательные и корригирующие упражнения, а также упражнения укрепляющие своды стопы [3].

Основной (тренировочный) период – длится 2,5 месяца. Задачами этого периода являются:

1. укрепление мышечно-связочного аппарата;
2. улучшение функциональных связей между основными системами организма (кровообращение, дыхание);
3. улучшение кровоснабжения тканей и глаза
4. укрепление мышечной системы глаза;
5. улучшение обменных и трофических процессов в глазу;

б. укрепление склеры.

На фоне общеразвивающих дыхательных и корригирующих упражнений применяются также, специальные, упражнения, укрепляющие наружные мышцы глаза. Эти упражнения должны быть строго дозированы. Вначале их повторяют 2 раза, а затем доводят число повторений до 4-6 раз.

Целесообразно выполнять упражнения для наружных мышц глаза одновременно с общеразвивающими упражнениями [4].

Для проведения лечебных и профилактических мероприятий при различных видах нарушений зрения используются многочисленные системы и комплексы естественных методов воздействия на все факторы риска. Только настойчивое внимание к уменьшению психоэмоционального и физического перенапряжения, снижению неблагоприятных последствий нарушения кровообращения и иннервации глаза, к ослаблению напряженности глазных мышц и соблюдение рациональной диеты, может привести к положительным результатам – к возвращению нормального зрения.

Список литературы:

1. Велитченко В.К. Физкультура для ослабленных детей: Методическое пособие. – М.: Терра-Спорт, 2000.
2. Аветисов Э.С. «Близорукость» – М.: Медицина, 2005г.
3. Епифанов В.А. Лечебная физическая культура. – М.: Медицина, 2007 г.
4. Булич Э.Г. Физическое воспитание в специальных медицинских группах. – М.: Высшая школа, 2005 г.

**Методика пропаганды ценностей здорового образа жизни в  
студенческой среде высшего учебного заведения**

*Людмила Петровна Журавлева*

*ст. преподаватель кафедры физического воспитания,  
Забайкальский государственный университет,*

*г. Чита, Россия*

*e-mail: juravlevalp@mail.ru*

**Аннотация.** В статье рассматривается организация пропаганды ценности здорового образа жизни и физической культуры в студенческой среде высшего учебного заведения, предлагается направленная на это экспресс-программа.

**Ключевые слова:** методика, здоровый образ жизни, пропаганда, ценности, студенческая среда.

**Abstract.** In article the organisation of propagation of value of a healthy way of life and physical training in the student's environment of a higher educational institution is considered, the express program directed on it is offered.

**Keywords:** a technique, a healthy way of life, propagation, values, the student's environment.

Актуальность пропаганды ценностей здорового образа жизни среди молодых россиян обусловлена крайне неблагоприятными показателями состояния здоровья молодежи, распространенностью «вредных привычек», общей неблагоприятной демографической ситуацией. «Проблема здорового образа жизни населения России является комплексной и проявляется, в частности, в утрате жизненных перспектив, массовом характере разрушительных для здоровья

пристрастий и зависимостей». Здоровый образ жизни представляет собой обобщенный эталон жизнедеятельности современного человека как результат его развития, аккумулирующий позитивные ценности физического, психического, социального, культурного благополучия. Здоровый образ жизни рассматривается как условие и целостный показатель общей культуры личности и включает в себя ее духовно-нравственное, интеллектуальное и физическое развитие в их единстве [4, с. 6]. В данную категорию возможно включение всего, что «способствует выполнению человеком функций в оптимальных для здоровья условиях и выражает ориентированность личности в направлении формирования, сохранения и укрепления как индивидуального, так и общественного здоровья» [2, с. 36].

Сложность обсуждения проблем здоровья и здорового образа жизни в студенческой среде ВУЗа обусловлена рядом аспектов:

1. У молодежи преобладает отношение к здоровью как к инструментальной, а не терминальной ценности. Иными словами, они склонны рассматривать здоровье не как ценность, ради которой следует прикладывать усилия и отказываться от «вредных привычек», а скорее как разменную монету, которую можно расходовать по своему усмотрению. Типичное рассуждение подростков о здоровье звучит примерно так: «Здоровье – это когда ничего не болит, поэтому я могу делать все, что хочу».

2. Ярко выраженные хронические заболевания, накладывающие серьезные ограничения на жизнедеятельность и причиняющие перманентное неудобство, у большинства студентов еще отсутствуют. Риск обрести их в отдаленном будущем обладает слабым мотивационным потенциалом, т.к. для студентов характерна разорванность временной перспективы, при декларируемом интересе к своему будущему в реальности они исходят из краткосрочных планов.

3. Ориентация на референтную группу сверстников, в которой обсуждение заболеваний и демонстрация связанных с ними поведенческих ограничений, как правило, не приветствуется.

4. Физическая культура в том аспекте, как она преподается в ВУЗах (за исключением физкультурно-спортивных ВУЗов), в подавляющем большинстве случаев не ассоциируется со здоровьем.

Само понятие «здоровый образ жизни» трактуется молодежью крайне узко, в большинстве случаев сводясь к небольшому числу шаблонных суждений типа «не пить, не курить», «делать утром зарядку». К сожалению, почти не встречается понимание этого явления как системы жизненных ценностей устойчивых привычек (как в области занятия физической культурой, так и в других жизненных сферах), направленных на мотивацию к укреплению здоровья и фактически способствующих повышению его уровня. В реальности, к основным компонентам, здоровый образ жизни относят оптимальный двигательный режим, рациональное питание, режим дня, тренировку иммунитета, соблюдение половой и психосексуальной культуры, отсутствие вредных привычек, психогигиену учебного процесса.

Необходимо обеспечивать положительное влияние на здоровье участников образовательного процесса через [4, с. 12]:

- учет возрастных, физиологических и психологических особенностей обучающихся;
- мотивацию участников учебно-воспитательного процесса на сохранение здоровья.

Формирование установки на поддержание здорового образа жизни не может быть сведено к фактическим знаниям или умениям (например, умение рационально планировать режим дня), а подразумевает акцентирование внимания на ценностно-мотивационной сфере личности. В рамках валеологии под «мотивацией к здоровому образу

жизни» понимается потребность в здоровье, осознание ценности здоровья [3, с. 43].

Именно формирование интереса к физической культуре личности и мотивации к ней целесообразно сделать ключевым тезисом пропаганды идей здорового образа жизни. Во-первых, это понятие достаточно полно интегрирует основные ценности и бытовые привычки, необходимые для поддержания здорового образа жизни. Во-вторых, она открывает широкие возможности не только для обсуждения этой темы, но и для активного привлечения молодежи к занятиям. В-третьих, в сознании молодых людей физическая культура и спорт – сфера, представляющая собой интуитивно понятную модель жизненной реальности, на примере которой можно обсуждать круг проблем, широко выходящих собственно за область тренировок и соревнований.

Для реализации роли физической культуры и спорта как «проводника» идей здорового образа жизни необходимо акцентировать внимание на мотивационных механизмах физкультурно-спортивной деятельности. Выделяют такие группы мотивов занятия физической культурой, как: оздоровительные, двигательно-деятельностные, соревновательно-конкурентные, эстетические, коммуникативные, познавательно-развивающие, творческие профессионально-ориентированные психолого-значимые, воспитательные, культурологические [5].

Нами разработана и предлагается экспресс-программа (длительность 6 а.ч., участники – студенты 1-3 курсов) пропаганды ценностей здорового образа жизни с опорой на физическую культуру личности.

Краткое содержание программы, примеры практических заданий:

Раздел 1. Что такое здоровье? Здоровье и медицина.

Эволюция определений здоровья. Мониторинг состояния

здоровья современной молодежи. Здоровье и медицина. Противоречия между ситуациями, когда возможности медицины максимальны, и ситуациями, когда фактически следует наибольшее число обращений к врачам.

Тема для групповых дискуссий:

Почему, по данным ВОЗ, вклад медицины в здоровье нации лишь 10% Аргументы за и против этой цифры.

Пример практического задания: заполнить таблицу 1 (при необходимости – проконсультироваться с родителями, тренером, врачом). По возможности, сгруппировать риски следующим образом: связанные с наследственностью, обусловленные образом жизни, выделенные в связи с текущим состоянием здоровья и заболеваниями, имевшими место в прошлом.

*Таблица 1*

Наиболее вероятные для меня риски, связанные со здоровьем	Какие внешние и внутренние факторы дают основание выделить именно эти риски?	Рекомендации по профилактике

Раздел 2. Здоровье, наследственность и среда.

Проблема соотношения наследственности и среды. Наследственные заболевания. Наследственность как диапазон реагирования организма на условия среды. Факторы риска и их предотвращение. Факторы физической микросреды и их влияние на здоровье. Рациональная организация питания. Здоровье и экологические проблемы [1, с. 139].

Пример практического задания – мониторинг собственного питания. В течение трех дней фиксировать все потребленные продукты и напитки. Провести вычисление калорийности, соотношения основных

групп питательных веществ в рационе. Сравнить полученные показатели с физиологическими рекомендациями.

### Раздел 3. Здоровье и образ жизни.

Образ жизни как совокупность ценностей и поведенческих привычек. Принципы структурирования времени активной жизнедеятельности, «тайм-менеджмент». «Вредные привычки», механизмы их возникновения и деструктивные последствия.

Пример практического задания: мониторинг собственного бюджета времени. В течение дня фиксировать каждые 10 минут, на какого рода деятельность они потрачены. Подсчитать время отдельно для каждой категории: обучение, саморазвитие (в т.ч. тренировки), общение (разделить на реальное и общение с помощью технических средств), отдых (разделить на связанный и не связанный с физической активностью). При наличии времени «безделья», когда какая-то содержательная активность вообще не велась, выделить в отдельную категорию. Построить график. Сформулировать личные рекомендации по оптимизации бюджета времени.

### Раздел 4. Здоровье и физическая активность.

Механизмы воздействия физической активности на здоровье. Гиподинамия, ее последствия. Мотивация занятий физической культурой и спортом. Многообразие форм двигательной активности, рекомендации по их выбору. Основные принципы организации физкультурно-спортивных занятий. Физическая культура и спорт как средство воспитания личности.

Пример практического задания: мониторинг физической активности. В течение трех дней подряд фиксировать время собственной двигательной активности. (Пояснение: к этому относятся тренировки, прогулки быстрым шагом, катание на лыжах, велосипеде и т.п., а также интенсивная физическая работа, например колка дров.

Бытовая деятельность незначительной интенсивности, например уборка в доме, в качестве времени физической активности не считается). Фиксировать ЧСС каждые 10 минут времени физической активности. Вычислить средние показатели времени активности в день и ЧСС в процессе ее осуществления. Сравнить полученные результаты с физиологическими рекомендациями.

Раздел 5. «В здоровом теле здоровый дух». Или наоборот?

Роль психологических факторов в сохранении здоровья. Стрессы и их преодоление. Социально-психологическое окружение как фактор, влияющий на здоровье. Роль целей, ценностей, установок. Эффекты плацебо и «анти-плацебо» (появление реальных симптомов при убежденности, что заболеешь). Психологическая адаптация к заболеваниям, мотивация на излечение и профилактику.

Пример практического задания: участие в подборке упражнений социально-психологического тренинга по темам «Планирование и целеполагание», «Саморегуляция».

Итоговое практическое задание: дискуссия на тему: «Здоровье не купишь – его разум дарит».

Пропаганда ценностей здорового образа жизни должна начинаться из семьи, родителей, школы и в дальнейшем, как следствие, в более зрелом возрасте закрепляться в стенах ВУЗа. К сожалению, ВУЗ не может оградить своих студентов от пагубного влияния окружающей среды. Мы не в силах повлиять на экологическую обстановку в стране, не имеем возможности контролировать, чем питаются студенты и какую воду пьют, но мы просто обязаны привить молодежи основы здорового образа жизни и поведения. Нельзя допустить, чтобы будущий гражданин искусственно калечил свое здоровье, переутомляясь на занятиях и работе, приобретал вредные привычки, получал травмы, связанные с несоблюдением техники безопасности, ведь речь идет о

здоровье не отдельных граждан, а всего общества в целом. Поэтому методика пропаганды ценностей здорового образа жизни среди молодежи остается актуальной по сегодняшний день и требует эмпирической базы для дальнейших исследований.

#### Список литературы:

1. Журавлева Л.П. Технологии социальной работы с различными группами населения: сборник научных статей V международной научно-практической интернет конференции // Формирование экологической культуры будущих учителей в пространстве ВУЗа. ЗабГУ, 2015. – 299 с.

2. Казин Э.М. Основы индивидуального здоровья человека: Введение в общую и прикладную валеологию: Учеб. пособие для студентов вузов. М.:ВЛАДОС, 2000. – 190 с.

3. Куинджи Н. Н. Валеология: Пути формирования здоровья школьников: Метод. пособие. М.: Аспект Пресс, 2001. – 139 с.

4. Осадчая Н.В. Воспитание у студентов вузов потребности и навыков здорового образа жизни. Автореф. дисс. ... к.п.н. – М., 2005. – 23 с.

5. Шмыгова О.В. Формирование мотивации занятий физической культурой у студентов. 2014. – Режим доступа. – URL: <http://nsportal.ru/shkola/raznoe/library/2014/05/18/formirovaniemotivatsiizanyatiy-fizicheskoy-kulturoy-u-studentov>.

**Анализ тренировочных нагрузок в беге на выносливость по зонам интенсивности на различных этапах подготовки**

**Наталья Николаевна Засим**

*преподаватель кафедры физической культуры,  
Брестский государственный университет им. А.С. Пушкина,  
г. Брест, Р. Беларусь*

**Екатерина Игоревна Гурина**

*ст. преподаватель кафедры физической культуры,  
Брестский государственный университет им. А.С. Пушкина,  
г. Брест, Р. Беларусь*

**Павел Петрович Калинец**

*преподаватель кафедры физической культуры,  
Брестский государственный университет им. А.С. Пушкина,  
г. Брест, Р. Беларусь*

*e-mail: Kuzjawka.555@yandex.by*

**Аннотация.** В статье описан анализ тренировочных нагрузок в беге на выносливость по зонам интенсивности на различных этапах подготовки у студентов. Также процентное соотношение объемов бега по всем пяти зонам интенсивности нагрузок.

**Ключевые слова:** кроссовый бег; частота сердечных сокращений; зона интенсивности нагрузок; тренировка.

**Abstract.** This article describes an analysis of training loads in running endurance by zones of intensity on the various stages of preparation of the students. Also, the percentage of the volume of runs in all five areas of stress intensity.

**Keywords:** motocross race; heart rate; stress intensity zone; training.

**Введение.** Кроссовый бег в настоящее время включает в себя элемент быстроты до такой степени, что тренировка для соревнований по холмам и долинам носит удивительное сходство с классической тренировкой для выступления на средних и длинных дистанциях на дорожке стадиона. Однако медленный бег для одного может быть достаточно быстрым для другого. Это зависит от индивидуальных особенностей бегунов [1, с.15].

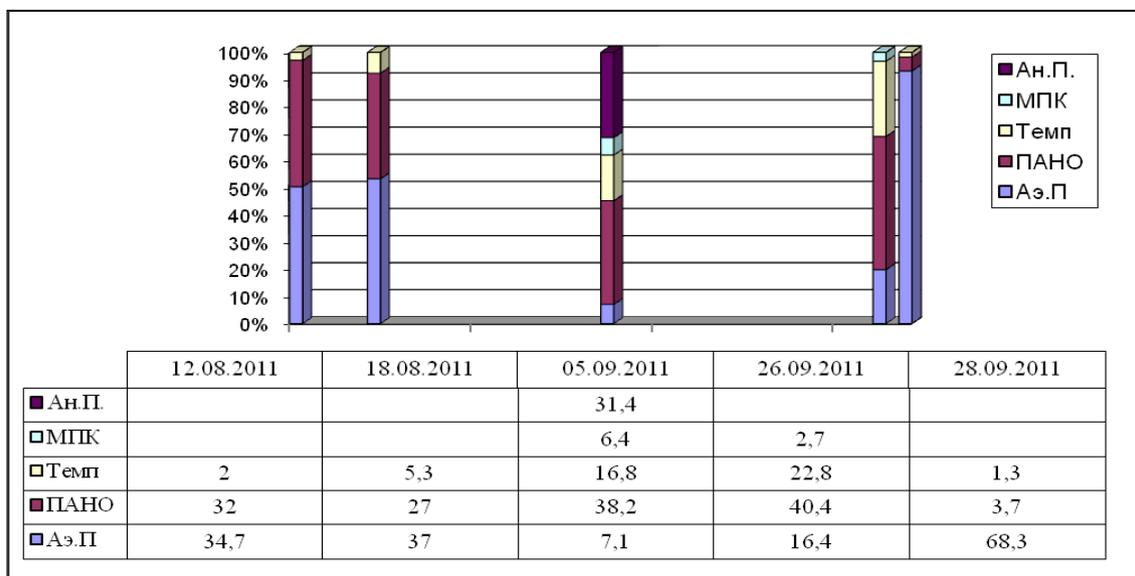
Важно чёткое планирование тренировочного воздействия на аэробную и анаэробную системы. Обязательно нужно учитывать все закономерности адаптации организма к физическим нагрузкам. Современные методики тренировки требуют не только качественного определения класса работ, но и полного количественного профиля всех тренируемых функциональных характеристик по их энергетическим составляющим [2, с.125].

Цель работы: выявить особенности применения кроссового бега на разных этапах подготовки бегунами-студентами.

Методы исследования: анализ литературных источников и дневников спортсменов, наблюдение с использованием программно-технического комплекса «Вектор-4».

Данное исследование проводилось с августа 2011 года по февраль 2012 года, и оно включало в себя контроль за функциональным состоянием спортсмена и процентным соотношением тренировочных нагрузок по зонам интенсивности. Планирование тренировочного процесса было составлено и осуществлено под руководством старшего преподавателя кафедры легкой атлетики, плавания и лыжного спорта А.И. Шутеева. Исследование проводилось на разных этапах подготовки, и сравнивались с данными модельной характеристики процентного соотношения зон интенсивности, предложенных и разработанных А.В. Шаровым [2, с.126].

Всего на втягивающем этапе подготовки было проанализировано 5 тренировок (рисунок 1) с разным вкладом зон интенсивности нагрузки. Процентное соотношение интенсивности нагрузок тренировки 12.08. 18.08. и 28.09.2011 года соответствуют модельным показателям, предложенных в разработках А.В. Шарова.

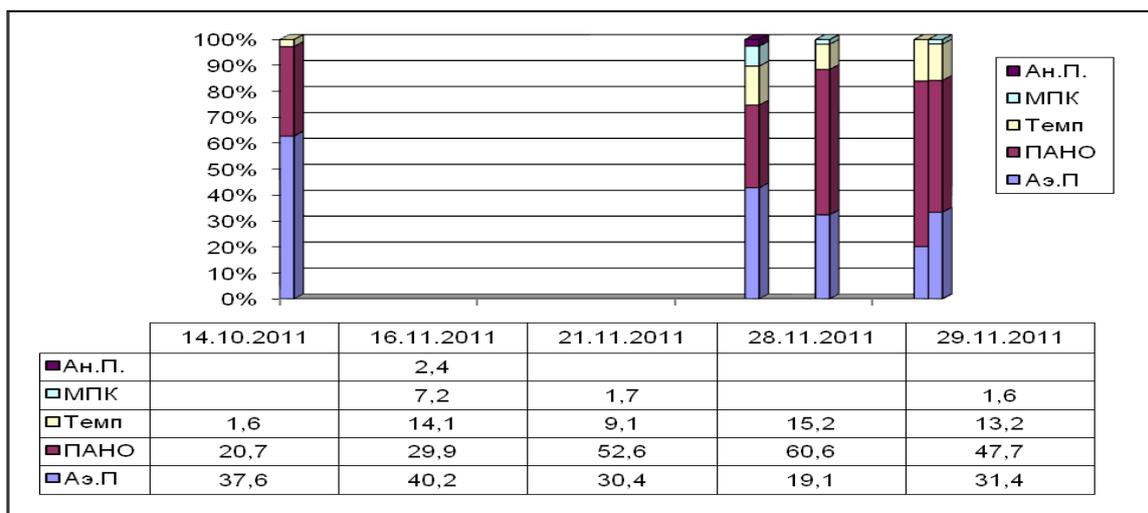


*Рис. 1. Изменение вклада различных зон интенсивности в общем объеме бега на базовом этапе подготовки.*

А вот тренировка, проводимая 05.09.2011 года, не соответствует модельным показателям так, как все показатели выше, что может привести к нарушению адаптационных процессов спортсмена, если вовремя не восстановиться. Тренировка, проводимая 26.09.2011 года – выполнялась с целью определения соотношения ЧСС и скорости бега (по 400м, увеличивая скорость на 4 с каждый круг). Поэтому данное процентное соотношение не сравнивалось с модельными.

Наиболее характерной тренировка была проведена 28 сентября 2011 года. Распределение по зонам интенсивности было таковым: аэробный бег 68,3%, ПАНО – 3,7%, темповый бег – 1,3%. Данная тренировка полностью соответствует модельным показателям.

Таким образом, на втягивающем этапе подготовки процентное соотношение зон интенсивности соответствовало внутрисистемному уровню интеграции 1-го, 2-го и 3-го уровня. То есть тренировки были аэробной направленности, а так же включали в себя и бег в зоне ПАНО. На базовом этапе было проведено 5 тренировочных занятий, каждое из которых решало определённые задачи. Увеличиваются объёмы в режиме ПАНО и темпа (рисунок 2).



*Рис. 2. Изменение вклада различных зон интенсивности в общем объеме бега на втягивающем этапе подготовки.*

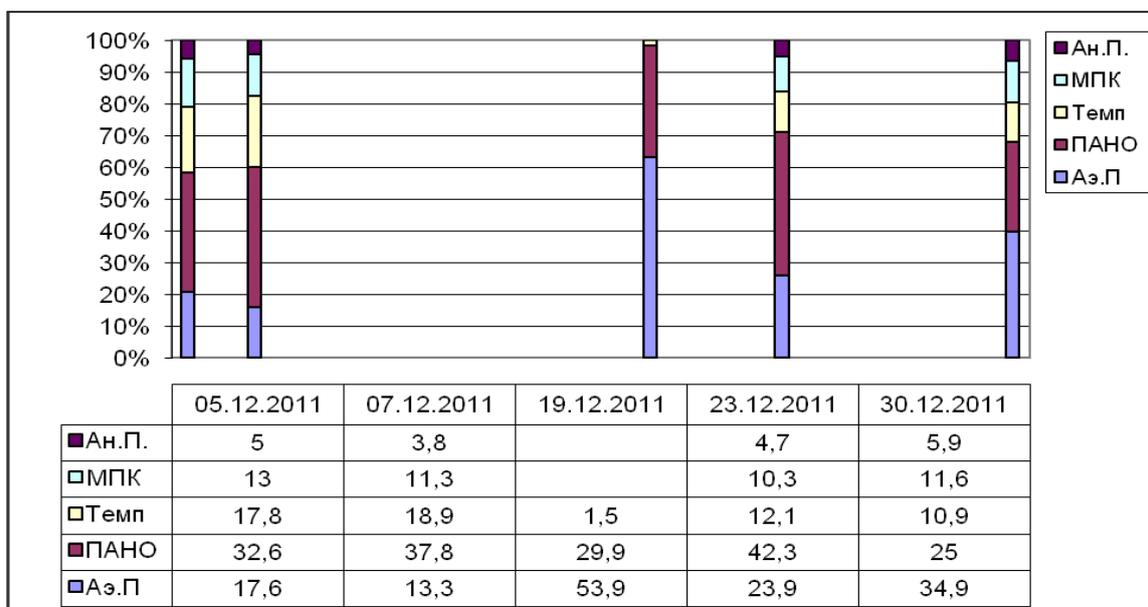
Тренировки, проводимые 14.10., 16.11., 28.11., 29.11.2011 года соответствуют показателям модельной характеристики, а тренировка, проводимая 21.11.2011 года, не совпадает по показателям темпового бега и МПК (данные гораздо ниже).

Наиболее характерным было следующее распределение воздействий: бег в аэробном режиме – 31,4%, ПАНО – 47,7%, темп – 13,2%, МПК – 1,6%, анаэробный режим 1%.

Таким образом, базовый этап подготовки включает в себя кроме внутрисистемных уровней интеграции и межсистемную 1-го уровня. То есть нагрузка постепенно увеличивается, интенсивность тренировок повышается. Построение тренировочных нагрузок соответствует

модельным показателем. И именно на данном этапе закладывается так называемая «база», что позволяет в дальнейшем планировать нагрузки, позволяющие подвести спортсмена к высоким спортивным результатам.

На специальном этапе подготовки было проанализировано 5 тренировочных занятий (рисунок 3), которые отражают основную структуру построения тренировочных занятий.



*Рис. 3. Изменение вклада различных зон интенсивности в общем объеме бега на специальном этапе подготовки.*

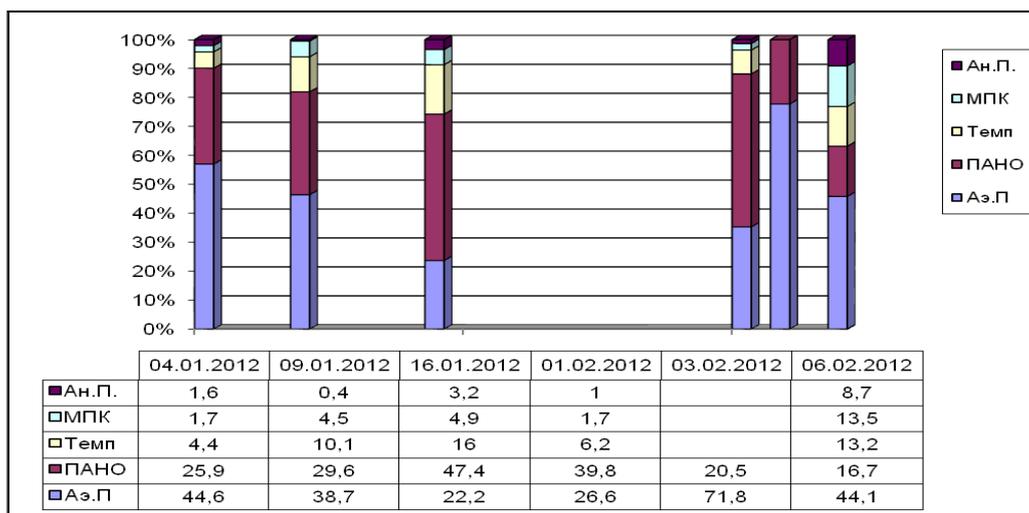
Одна тренировка имела восстановительный характер, а остальные – развивающий, что говорит о большой значимости адаптационных процессов, происходящих на данном этапе подготовки и подготовленности спортсмена к перенесению данных нагрузок.

Из рисунка можно видеть, что увеличивается объём бега в зоне ПАНО, МПК и в режиме анаэробного энергообеспечения. Процентное соотношение зон интенсивности тренировок, проводимых 5, 7, 19 и 30 декабря соответствуют модельным показателям, а данные показатели в тренировке 23.12. в зоне ПАНО составляет 42,3%, что не соответствует модельным показателям (норма 25-37%). Наиболее характерным было следующее распределение воздействий: аэробный порог – 13,3%, ПАНО

– 37,8%, темп – 18,9%, МПК – 11,3%, бег в анаэробном режиме – 3,8%. Данное процентное распределение является оптимальным для спортсменов, у которых не прерывался тренировочный процесс по каким-либо причинам, которые могут появиться на данном этапе в связи с увеличением объема и интенсивности работы. Организм спортсмена на данном этапе склонен к различным заболеваниям, так как иммунитет ослаблен. В целях профилактики этого необходимо применять средства, способствующие укреплению иммунитета спортсмена и поддержанию организма при высоких физических нагрузках.

Таким образом, на специальном этапе подготовки адаптационная система организма на физические нагрузки реагирует адекватно. Ко всем системным уровням интеграции, которые были на предыдущих этапах подготовки, добавляется и межсистемная интеграция 2-го уровня. Парциальный вклад всех зон интенсивности кроме ПАНО соответствует модельным показателям. Использование большого объема бега в зоне ПАНО может привести к травматизму. В дальнейшем в результате этого у испытуемой появились болевые ощущения в области левого колена (старая травма), из-за которой пришлось немного снизить нагрузку.

Всего за специальный этап было проанализировано 6 тренировок (рисунок 4) с разным вкладом зон интенсивности нагрузки.



*Рис. 4. Изменение вклада различных зон интенсивности в общем объеме бега на соревновательном этапе подготовки.*

По данным показателям можно выделить то, что на специальном этапе увеличивается объём бега в зоне МПК и темпа. Также на каждой тренировке используется бег в зоне ПАНО, чередуя его с ускорениями. На соревновательном этапе подготовки процентное соотношение зон интенсивности реальных показателей с модельными имеют некоторые несоответствия в зонах ПАНО и темпового бега [35]. В реальных показателях они превышают процент примерно в полтора раза. Остальные зоны имеют соответствующий процент с модельными показателями.

Наиболее характерным было следующее распределение воздействий: общий объём бега за тренировку составил 14 км, аэробный бег 44,1%, ПАНО – 16,7%, темп – 13,2%, МПК – 13,5%, анаэробный бег – 8,7%. Данное процентное соотношение способствует оптимальному приходу спортсмена к «пику» спортивной формы и, как следствие, достижению высокого спортивного результата на соревнованиях.

**Вывод.** Таким образом, парциальный вклад отдельных зон интенсивности на соревновательном этапе подготовки не соответствует модельным показателям и можно судить о том, что организм выполняет

нагрузку выше, чем положено на данном этапе. Это может привести к перетренированности. Также на данном этапе подготовки функциональная система организма не всегда успевала восстанавливаться к последующей тренировке большой нагрузки. По дальнейшему разбору и анализу тренировок можно говорить о том, что такому результату способствовал не совсем рационально построенный тренировочный процесс. Тренировки, проводимые на соревновательном этапе, были высокой интенсивности. Очень превышал процент бега в зоне МПК и ПАНО, эти данные не соответствовали модельным показателям. Реальные показатели парциальных вкладов тренировочных занятий мало соответствовали модельным, что и явилось основной причиной таких результатов.

#### Список литературы:

1. Алексеев Г.А. Влияние тренировочных нагрузок различной направленности на изменение показателей специальной работоспособности бегунов на средние дистанции: Автореф. дисс. ... канд. пед. наук. / Г.А. Алексеев – М.: 1981. – 24 с.

2. Шаров А.В. Методы тренировки как способы развертывания и интегрирования функциональной структуры соревновательного действия в беге на средние и длинные дистанции // Ученые записки: Сб. реценз. Науч. Трудов. Вып. 7. – Минск. БГАФК, 2003. – С. 121-130.

**Динамика показателей работоспособности студентов на  
оздоровительных занятиях по фитнесу**

***Наталья Николаевна Засим***

*преподаватель кафедры физической культуры,  
Брестский государственный университет  
им. А.С. Пушкина,  
г. Брест, Р. Беларусь*

***Иван Михайлович Гузаревич***

*преподаватель кафедры физической культуры,  
Брестский государственный университет  
им. А.С. Пушкина,  
г. Брест, Р. Беларусь*

***Сергей Сергеевич Лукашевич***

*преподаватель кафедры физической культуры,  
Брестский государственный университет  
им. А.С. Пушкина,  
г. Брест, Р. Беларусь*

*e-mail: Кузjawka.555@yandex.by*

***Аннотация.*** В статье описана динамика показателей работоспособности студентов на оздоровительных занятиях по фитнесу во вне учебное время. Определение функционального состояния студентов проводилось с помощью модифицированной пробы Руфье.

***Ключевые слова:*** работоспособность студентов; проба Руфье; фитнес; функциональная система.

***Abstract.*** The article describes the dynamics of the students' performance indicators on health fitness classes in outside school hours.

*Determination of the functional state of students was conducted using a modified sample Rufe.*

**Keywords:** *performance of students; Rufe standard; fitness; functional system.*

**Введение.** В настоящее время проблема здоровья населения оказалась в ряду приоритетных национальных проблем многих стран. Угроза здоровью в первую очередь исходит от снижения функциональных возможностей сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Имеется множество различных методик по оценке функционального состояния кардиореспираторной системы организма и как ее производного – аэробной выносливости, отражающей степень соматического здоровья индивида [2, с.152].

Фитнес является одним из эффективных и привлекательных для студенток систем физических упражнений оздоровительной направленности (Т.С. Лисицкая, Л.В. Сиднева, 2002, 2003). Несмотря на совершенствование современных фитнес-технологий и большого количества разработанных фитнес программ, анализ литературы показывает, что большинство из них не адаптированы к процессу физического воспитания вузов и не составлены с учетом возрастных особенностей и физической подготовленности студенток [1, с.51].

Одним из способов определения реакции кардиореспираторной системы на физическую нагрузку занимающихся является модифицированная проба Руфье [3, с.15].

Цель работы. Определить динамику работоспособности студенток непрофильных специальностей на занятиях по фитнесу с помощью пробы Руфье.

Нами использовался метод анализа литературных источников, педагогическое наблюдение, тестирование функциональной подготовки с помощью пробы Руфье.

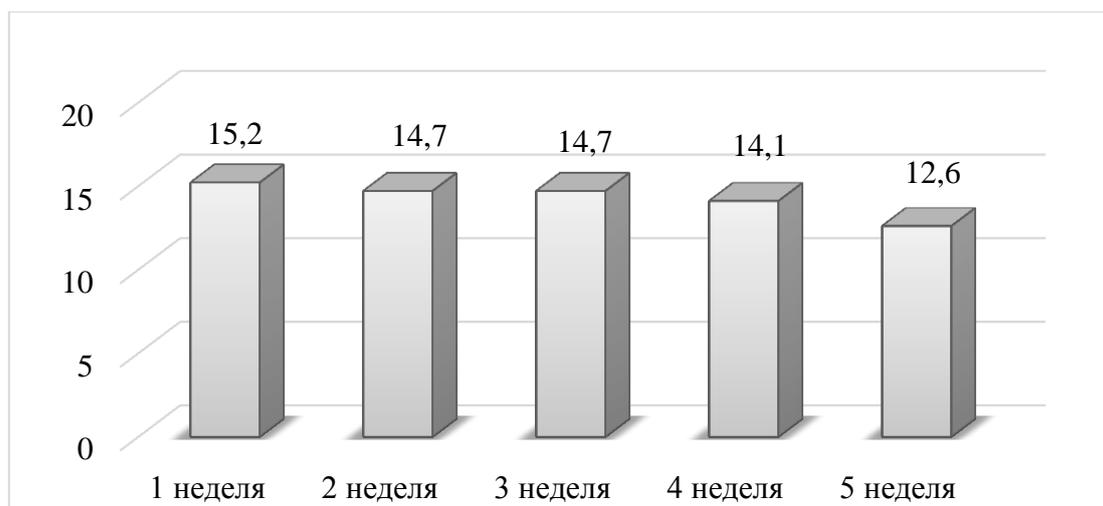
**Содержание.** На базе БрГУ имени А.С. Пушкина проводятся платные услуги для студентов непрофильных специальностей. Одним из таких занятий является фитнес, который проводится два раза в неделю в вечернее время. Нами было исследовано 31 человек основной группы здоровья с помощью пробы Руфье до тренировки и после тренировки. До тренировки после пятиминутного отдыха пальпаторным методом «прощитывали» частоту сердечных сокращений (ЧСС), затем студенты выполняли 30 приседаний за 45 секунд. Сразу после приседаний замерялась ЧСС, и третий замер проводился через 45 секунд отдыха. Данное исследование мы проводили каждый вторник в 17.30 (до тренировки) и в 18.20 (после тренировки) пять недель. Индекс Руфье считали по формуле:  $ИР = (4(P1 + P2 + P3) - 200) / 10$ . Оценка индекса Руфье проводится по четырём категориям[2]:

- диапазон «0-10» – отлично
- «10-16» – хорошо
- «16-20» – удовлетворительно
- «20 и более» – неудовлетворительно.

Занятия по фитнесу длились 50 минут. Разминка имела аэробную направленность и длилась в течение 15 минут. В основной части занятия использовались статические и статодинамические упражнения на некоторые группы мышц, а именно: на мышцы ног, рук, спины и брюшного пресса. В заключительной части студенты выполняли упражнения на гибкость в медленном темпе, а затем 5 минут находились в спокойном состоянии.

Из всех занимающихся 15 человек пришло в первый раз и никаким видом спорта раньше не занимались. Их динамика показателя

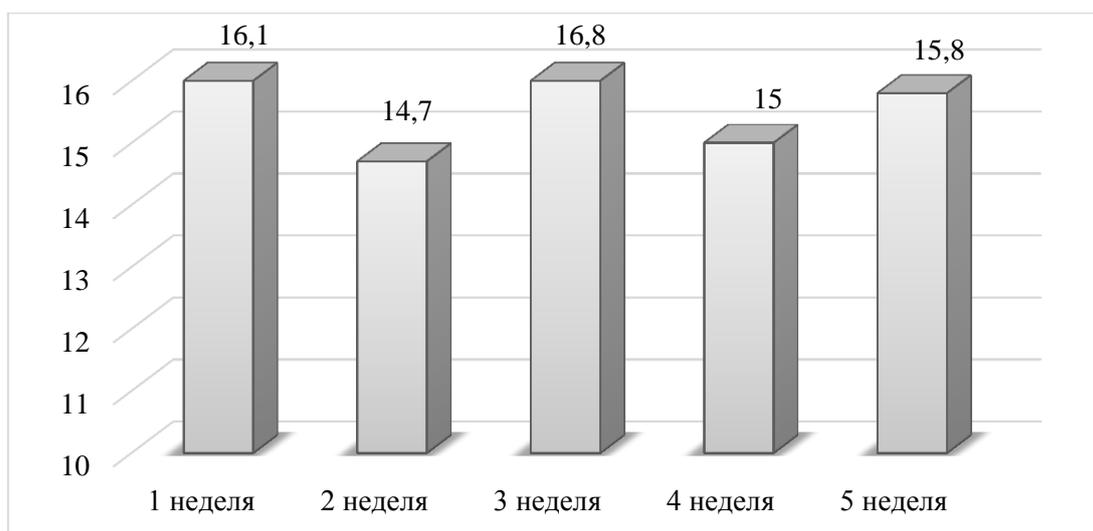
работоспособности по индексу Руфье за пять недель изменилась в лучшую сторону. Так, среднее значение индекса Руфье до тренировки практически у всех занимающихся улучшался каждую неделю на 0,5 единицы, что говорит о хорошем воздействии занятий по фитнесу на функциональную систему занимающихся (рисунок 1). На первом и на последующих занятиях показатели индекса Руфье были такими: 15,2, 14,7, 14,7, 14,1 и 12,6.



*Рис. 1. Динамика показателей работоспособности студентов 1 группы основной группы здоровья за 5 недель на занятиях по фитнесу до тренировки.*

После тренировки у этой же группы показатели нестабильны и имели «волнообразные» значения: 16,1, 14,7, 16,8, 15 и 15,8 (рисунок 2). Результаты до тренировки относятся к категории «хорошо», а после тренировки «удовлетворительно и хорошо» каждую неделю чередуется.

Ко второй группе относятся те студенты, которые кроме занятий по фитнесу ходят три раза в неделю на занятия по оздоровительному бегу и спортивному ориентированию. У этой группы прослеживается такая динамика: до тренировки показатели индекса Руфье (ИР) стабильны и колеблются в пределах одной единицы (12,3, 11,4, 10,6, 10,6 и 11,6).

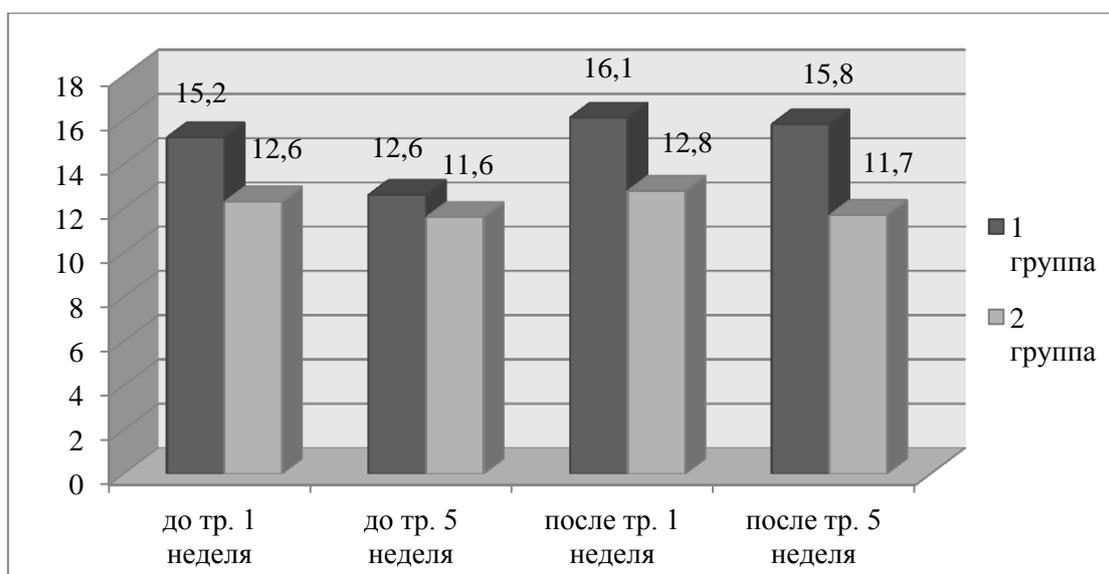


*Рис.2. Динамика показателей работоспособности студентов 1 группы основной группы здоровья за 5 недель на занятиях по фитнесу после тренировки.*

Все показатели находятся в зоне «хорошо». После тренировки показатели незначительно выше, чем до тренировки, и, также, колеблются в пределах одной единицы (12,8, 12,2, 13, 12,3 и 11,7).

Данная разбежка не высока т.к. у студентов, занимающихся дополнительно в секции оздоровительного бега, выше уровень функциональной подготовленности. А это значит, что улучшить работоспособность функциональной системы более подготовленных студентов гораздо сложнее, чем улучшить состояние сердечнососудистой системы менее подготовленных студентов к физическим нагрузкам [1, 2].

Как мы могли заметить, колебания ИР первой группы более значительны, чем колебания ИР второй группы. Но, общие показатели этих групп отличаются показателем индекса Руфье. Так, у первой группы показатель до тренировки равен 15,2, а у второй группы 12,3, что, в среднем на 3 единицы лучше. А на пятой неделе тренировок показатели первой и второй группы улучшились, и стали соответственно 12,6 и 11,6 (рис. 3).



*Рис. 3. Изменения показателей индекса Руфье у первой и второй группы в первую и пятую неделю оздоровительных тренировок по фитнесу.*

А после тренировки в первую неделю показатель первой группы равен 16,1, показатель второй группы равен 12,8. После тренировок на пятую неделе ИР 1 группы равен 15,8 и ИР второй группы равен 11,7.

**Заключение.** По данному исследованию можно судить об адаптации студентов к физической нагрузке, а именно, у первой группы краткосрочная адаптация значительно ниже, чем у второй. Однако, долгосрочная адаптация на физическую нагрузку с каждым занятием становилась лучше, и лучше у первой группы. Также было установлено, что ЧСС у занимающихся спортом ниже, чем у не тренирующихся и восстановление проходит быстрее, следовательно реакция сердечно-сосудистой системы лучше у занимающихся спортсменом.

Таким образом, занятия по фитнесу благотворно влияют на функциональную систему занимающихся студентов.

Список литературы:

1. Буркова О.В. Пилатес – фитнес высшего класса. Секреты стройной фигуры и оздоровления / О.В. Буркова, Т.С. Лисицкая. – М.: Изд-во «Радуга», 2005. – 208 с.

2. Карпман В.Л. Тестирование в спортивной медицине / В.Л. Карпман, З.Б. Белоцерковский, И.А. Гудков. – М.: Физкультура и спорт, 1988. – 208 с.

3. Кузнецов А.А. Функциональная подготовленность лыжников-гонщиков высокой квалификации / А.А. Кузнецов, И.Е. Корельская // Международный студенческий научный вестник, 2014. – №4 – С. 15.

УДК 614.23

**Взаимосвязь адаптации к социальной среде с профессиональным клиническим мышлением специалиста по уходу за здоровьем пациентов**

*Надежда Господинова Иванова*

*медицинский факультет,*

*Тракийский университет,*

*г. Стара Загора, Болгария*

*e-mail: albena.andonova@trakia-uni.bg*

*Аннотация. Социальную среду, в условиях которой проходит обучение медицинского специалиста, и ту среду, в условиях которой осуществляется его профессиональная деятельность, можно будет определить как академическую и больничную. Моя работа над диссертацией выявила взаимосвязь профессионального клинического мышления студента с адаптацией к больничной среде, а равно и взаимосвязь профессионального клинического мышления специалиста с повышением качества защиты и ухода за здоровьем пациентов, взаимосвязь предоставления качественного ухода за здоровьем пациентов со степенью удовлетворенности пациента.*

**Ключевые слова:** профессиональное клиническое мышление, адаптация, социальная среда, качественный уход за здоровьем.

**Abstract.** *The social environment in which the training of medical specialists and one in which, realized his professional activity could be defined as an academic and hospital. In connection with my work on a dissertation, I found a correlation between the professional and clinical thinking of student and adaptation to the hospital environment, between professional clinical specialist thinking and improving the quality of health care between the provision of quality health care and patient satisfaction.*

**Keywords:** *professional clinical thinking, adaptation, social protection, quality health care.*

В связи с работой над диссертацией было проведено исследование с целью изучения мнения и отношения пациентов относительно удовлетворенности потребностей в уходе за здоровьем, компетенций и качества работы медицинского персонала, роли медицинского специалиста, обладающего профессиональным клиническим мышлением, для улучшения качества ухода за здоровьем и психической адаптации пациента к больничной среде и своей болезни. Исследование проводилось в 2015 году на территории гор. Стара-Загора, в двух лечебных учреждениях системы больничной помощи и в одном лечебном учреждении системы внебольничной помощи. Было опрошено 60 пациентов разного возраста, образования и пола.

Кроме того, проводилось изучение мнения и отношения реализовавшихся в профессии профессионалов по уходу за здоровьем пациентов к факторам, влияющим на формирование профессионального клинического мышления. Исследование проводилось в 2015 году на территории гор. Стара-Загора, в МБАЛ «Проф. д-р Ст. Киркович» АД (Многопрофильная больница интенсивного лечения – прим.пер.),

МБАЛ «НиаМед», РЦТХ-Стара Загора (Районный центр гематологии и трансфузиологии – прим.пер.). Было опрошено 50 состоявшихся специалистов по уходу за здоровьем по специальности «Акушерка» и «Медсестра».

Для осуществления цели и выявления факторов, влияющих на формирование профессионального клинического мышления студентов, обучающихся уходу за здоровьем пациентов и общественному здоровью, было опрошено большое количество лиц. Здесь представлены только результаты студентов Хасковского филиала Фракийского университета, насчитывающих 70 человек по специальности «Акушерка» (24 человек) и «Медсестра» (47 человек).

По словам К. Мечкова *социальная среда* бывает *бытовая* или *трудовая* [3,с.38]. Социальную среду, в условиях которой проходит обучение медицинского специалиста, и ту среду, в условиях которой осуществляется его профессиональная деятельность, можно будет определить как *академическую* и *больничную*.

*Академическая (школьная) среда в Высшем медицинском университете создана в целях обучения будущих медицинских специалистов.* Правильное планирование учебного процесса, адекватный подбор методов, средств и форм обучения, методов оценки студентов становятся предпосылкой обеспечения высококвалифицированных медицинских специалистов.

Как отмечает А. Андонова, в основе достижения высоких учебных результатов студентами лежит мотивация как «комплекс факторов – личностных и факторов среды (организация обучения, учебные базы, преподаватели, родственники и др.). Она лежит в основе достижения успеха обучения и стремления к профессиональной реализации» [1].

*Академическая среда является трудовой (знакомой) для преподавателя и учебной (незнакомой) для студента-первокурсника.*

*Больничная (клиническая) среда в лечебном учреждении (многопрофильной больнице интенсивного лечения, медицинском центре, консультативно-диагностическом центре) создана для оказания медицинской помощи пациентам, включая психологическую, социально-правовую и др.). Правильное планирование, организация, финансирование и осуществление лечебно-диагностического процесса становятся предпосылкой удовлетворения потребностей пациентов в отношении их здоровья, а равно и духовных и материальных потребностей медицинских специалистов. Больничная среда является трудовой (знакомой) для медицинского специалиста и бытовой (незнакомой) для пациента. В случае если лечебное учреждение обладает аккредитацией на обучение студентов, осуществляется сложный симбиоз академической с больничной средой, а отсюда учебно-воспитательного процесса с лечебно-диагностическим.*

*Академическая и больничная среды представляют собой системы структурных звеньев, объединяющих биологические единицы, материальные ресурсы и политику.*

*Эти среды обладают динамическим характером, чем обуславливается постоянное стремление к уравниванию.*

*Адаптация (рус. «адаптация», лат. «adaptatio») – это термин, означающий в литературном смысле «приспособление», «прилаживание», а в биологическом смысле слова – это приспособляемость организмов к условиям среды обитания [6,с.34]. Любое изменение условий внутренней и внешней сред влияет на человека, информация перерабатывается и составляет адаптивный ответ. Ввиду континуума здоровья как единства физического, психического здоровья и социального благополучия, адаптация бывает биологическая, психическая и социальная [3,с.38].*

Состоявшимся специалистам по уходу за здоровьем пациентов и студентам той же специальности был задан следующий вопрос: «*Как Вы считаете, способствует ли обучение в Высшем медицинском университете психической адаптации к клинической (больничной) среде?*». Состоявшиеся специалисты по уходу за здоровьем пациентов ответили: «*Да*» – 46% («Акушерка» – 10 из всех 17 лиц, «Медицинская сестра» – 13 из всех 33 лиц), «*Нет*» – 22% («Акушерка» – 3 из всех 17 лиц, «Медицинская сестра» – 8 из всех 33 лиц) и «*Я колеблюсь*» – 32% («Акушерка» – 4 из всех 17 лиц, «Медицинская сестра» – 12 из всех 33 лиц).

Студенты, обучающиеся по направлению «Уход за здоровьем пациентов»: 49 лиц ответили «*Да*», 8 лиц – «*Нет*» и «*Я колеблюсь*» – 14 лиц.

В ходе исследования С. Кючуковой было установлено, что «профессионалы, обучаемые в официальных медицинских училищах в Болгарии, соответствуют европейским требованиям и являются конкурентоспособными на европейском трудовом рынке» [2, с.196].

К. Мечковым адаптация определяется как пассивная– «*приспособление, без никаких изменений среды*», и активная – «*путем изменения среды добиться желанных воздействий*» [3,с.38].

Всем опрошенным лицам был задан вопрос: «*Как Вами определяется Ваша психическая адаптация с клинической (больничной) среде?*».

Состоявшиеся специалисты по уходу за здоровьем пациентов ответили следующим образом: «*Приспособился Я к среде*» – 78% («Акушерка» – 12 из всех 17 лиц, «Медицинская сестра» – 27 из всех 33 лиц), «*Я изменил среду путем гибкости и целеустремленности*» – 6% («Акушерка» – 2 из всех 17 лиц, «Медицинская сестра» – 1 из всех 33

лиц) и «Затрудняюсь ответить» – 16% («Акушерка» – 3 из всех 17 лиц, «Медицинская сестра» – 5 из всех 33 лиц).

Студенты, обучающиеся по направлению «Уход за здоровьем пациентов»: 37 лиц ответили «Приспособлюсь Я к среде», 11 лиц – «Я изменю среду путем гибкости и целеустремленности» и «Затрудняюсь ответить» – 23 лица.

Состоявшимся специалистам и студентам по специальности «Уход за здоровьем пациентов» был задан вопрос: «А Вы осознаете, что для Вас больничная (клиническая) среда знакома, а для пациента она незнакома (бытовая)?». Состоявшиеся специалисты по уходу за здоровьем пациентов ответили: «Да» – 86% («Акушерка» – 13 из всех 17 лиц, «Медицинская сестра» – 30 из всех 33 лиц), «Нет» – 2% и «Я колеблюсь» – 12% («Акушерка» – 4 из всех 17 лиц, «Медицинская сестра» – 2 из всех 33 лиц),

Студенты, обучающиеся по направлению «Уход за здоровьем пациентов»: 59 из опрошенных лиц ответили «Да», а всего лишь 2 лица – «Нет», и «Я колеблюсь» – 10 лиц.

Соответственно, пациентам был задан вопрос: «А Вы осознаете, что для Вас больничная (клиническая) среда незнакома, а для специалиста она знакома (трудовая)?» Ответ «Да» дали 83,33% (50 из всех 60 лиц), опрошенных, «Я колеблюсь» – 10% (6 из всех 60 лиц), а всего лишь 4 лица – «Нет». Как отметила М. Николова, «клиническое обучение дает возможность студентам проходить профориентацию» [4, с.198].

К. Мечковым здоровье определяется как «сложную систему материальных и духовных, биологических и социальных потребностей» [3, с. 42]. На вопрос «Удовлетворения каких Ваших потребностей Вы ожидаете от специалиста по уходу за здоровьем пациентов?» (с возможностью дать более одного ответа) 58,33% (35 из 60 человек)

опрошенных ответили: «Получать качественный уход за здоровьем пациентов».

Все опрошенные лица ответили на вопрос: «Предпосылкой чего является, по-вашему, профессиональное клиническое мышление специалиста по уходу за здоровьем пациентов?». Самый высокий процент лиц, ответивших на вопрос, назвали улучшение качества предоставляемых услуг по уходу за здоровьем пациентов, в частности: студенты – 80,28% («Акушерка» – 17 из всех 24 лиц, «Медицинская сестра» – 40 из всех 47 лиц), состоявшиеся специалисты – 90% («Акушерка» – 16 из всех 17 лиц, «Медицинская сестра» – 29 из всех 33 лиц), пациенты – 81,66% (49 из 60 человек).

По словам М. Пенковой, «профессионально–личностное развитие будущего медицинского специалиста направлено на усвоение комплексных знаний и умений для точного диагноза и адекватного эффективного лечения» [5, с.317].

На основании анализа полученных результатов можно сделать выводы о том, что:

– Социальную среду, в условиях которой проходит обучение медицинского специалиста, и ту среду, в условиях которой осуществляется его профессиональная деятельность, можно будет определить как академическую и больничную;

– Состоявшиеся специалисты по уходу за здоровьем пациентов и студенты, обучающиеся по данному направлению, считают, что обучение в Высшем медицинском университете способствует психической адаптации к клинической (больничной) среде;

– Самый высокий процент состоявшихся специалистов приспособились к больничной среде;

– Самый высокий процент студентов будут приспособливаться к больничной среде;

– Состоявшиеся специалисты по уходу за здоровьем пациентов и студенты, обучающиеся по данному направлению, осознают, что для них больничная (клиническая) среда знакома, а для пациента, наоборот, она незнакома (бытовая);

– Пациенты осознают, что больничная (клиническая) среда для них незнакома, тогда как для специалиста она знакома;

– Пациенты ожидают удовлетворения своей потребности в качественном уходе за здоровьем;

– Пациенты, специалисты и студенты по уходу за здоровьем пациентов считают, что профессиональное клиническое мышление специалиста является предпосылкой для улучшения качества ухода за здоровьем пациентов.

#### Список литературы:

1. Андонова А. За някои организационни аспекти на практическото обучение на студентите медицински сестри и акушерки, София, 2013 г., сп. «Сестринско дело», бр. 2, С. 13-16.

2. Кючукова С. ИНГА, Тридцать третий по научным и техническим сессия, «Зеленая карта Болгария – время или обструкции медицинских работников», София 2014.

3. Мечков К. Медицинская психология, изд. ПИК, Велико Тырново, 1995.

4. Николова М. ИНГА, Тридцать третий по научным и техническим сессия, «Студенты для клинической практики в обучении их для ухода за пожилыми людьми», София, 2014.

5. Пенкова М. V-той международной научно-практической конференции, Актуальные проблемы образования и общества – «Особенности медицинского образования в работе с пациентами, страдающими хроническими заболеваниями», Ярославль, 2014.

б. Филипова-Байрова М., Бояджиев С., Машалова Е., Костов К.  
Словарь иностранных слов в болгарском языке, изд. БАН, София, 1993.

УДК 316.4:614

**Фокус-групповая оценка мнения участников  
реабилитационного процесса о важности учета индивидуальных  
потребностей постинсультных больных**

***Оксана Игоревна Кардаш***

*преподаватель,*

*Волгоградский государственный медицинский университет,*

*г. Волгоград, Россия*

*e-mail: oxana89-reva@mail.ru*

***Аннотация.*** *Статья посвящена анализу результатов исследования, проведенного с использованием метода фокус-группы для изучения значения и важности учета индивидуальных потребностей постинсультных больных в ходе медико-социальной реабилитации.*

***Ключевые слова:*** *фокус-группа, реабилитация, пациент, перенесший инсульт.*

***Abstract.*** *This article analyzes the results of research conducted using the method of focus groups to explore the meaning and importance of addressing the individual needs of post-stroke patients in the medical and social rehabilitation.*

***Keywords:*** *focus group, rehabilitation, stroke patients.*

На базе ГУЗ «Городской клинической больницы скорой медицинской помощи №25» Регионального сосудистого центра города Волгограда было проведено фокус-групповое исследование с целью

оценки мнения специалистов реабилитационного профиля о важности учета индивидуальных потребностей больных, перенесших инсульт. Дискуссия проводилась среди узкоспециализированных врачей в течение одного часа, в соответствии с заранее разработанным гайдом. В ходе обследования были получены качественные данные, которые позволяют охарактеризовать мнение участников реабилитационного процесса о значимости учета мнения больных, которые перенесли инсульт. В дискуссии участвовали следующие практикующие специалисты: врач-невролог (1 человек – стаж работы 20 лет), клинический психолог (2 человека, стаж работы 4 года), логопед (2 человека, стаж работы 5 и 3 года), специалист по социальной работе (1 человек, стаж работы 1 год).

Первым вопросом определялась общая информированность врачей об алгоритме проведения медико-социальной реабилитации. В результате, которого было выявлено, что большинство специалистов считают, что любая реабилитация подразумевает комплексность и, медико-социальная реабилитация не исключение. Так, многие ответили, что: «Несомненно, медико-социальная реабилитация это комплексная система». Также было определено, что сначала необходимо проводить диагностику, возникших проблем и затем, на основании полученных результатов, предлагать помощь в медицинском, социальном и психологическом плане. Их последовательность зависит от выраженности недуга. Возможно, в одном случае, необходимо проводить медицинскую реабилитацию (фармакотерапию) и уже через пару дней начинать социальную и психологическую реабилитацию, в другом случае, необходимо сочетание всех форм восстановления сразу же после острого периода развития заболевания [1]. К примеру, один респондент ответил, следующим образом: «Т.е. реабилитация подразумевает определенную систему мероприятий, которые должны

быть алгоритмично построены – это диагностика, определение программы лечения, назначение необходимых мероприятий, и т.д.». Эффективность реабилитации зависит от времени ее проведения, для людей, перенесших инсульт, начинать восстановление необходимо уже на 2-3 день после, возникшего криза. При этом, респонденты сошлись на мнении, что в больницах общего профиля реабилитация сводится только к медицинскому восстановлению, несмотря на наличие специалистов. Например, респонденты высказались, что: « в рамках работы наших стационаров, к сожалению, проводится только фармакологическая реабилитация, хотя мы уже работаем над курсами нейрореабилитации. Но, по хорошему больницы конечно должны предлагать не только фармакологическую реабилитацию. Должна проводиться социальная и психологическая. – Да. На сегодняшний день большинство больниц не располагает такими ресурсами – Хотя специалисты есть, Но они не знают, как работать, и наша задача их научить». Второй вопрос фокус-группового интервьюирования выявлял важность учета мнения пациентов при составлении программы медико-социальной реабилитации. Где, в ходе дискуссии было определено, что мнение клиента не учитывается, единственное, определяется степень ограничения, вызванное заболеванием (например, ограничение по слуху, речи, нарушение когнитивных функций) и на основании их предлагаются стандартные процедуры восстановления в соответствии с возникшими затруднениями. Так, один из респондентов ответил, что: «Как правило мнения не учитываются. Учитываются, как правило, если у них снижен слух или зрение, то здесь должны быть какие-то нюансы в нашей работе. Т.е. проводится или зрительная или слуховая (работа). А так, конечно, наверно личное мнение его никто не учитывает». Многие сошлись на мнении, что необходимо учитывать мнения клиентов, так как если человек будет чувствовать собственное участие в

восстановлении, то у него будет более высокая мотивация и желание к выздоровлению, в сравнении с человеком, где все манипуляции совершаются за него, и, следовательно, он становится объектом медицинского вмешательства. Респонденты определили, что учитывать мнение, необходимо в социальной и частично в психологической области, так как в социальном плане необходимо учитывать желания и предпочтения больных по поводу восстановления социальных функций. Что касается, психологической реабилитации, учитывая возможность нарушения работы когнитивной сферы личности, а также наличие депрессии необходимо давать возможность пациенту участвовать в выборе методов работы (в условиях корректировки деятельности самим психологом), а также места и времени проведения занятий. На вопрос, кто должен составлять программу реабилитации, респонденты сошлись на мнении, что необходимо созывать консилиумы специалистов с целью обсуждения вопросов реабилитации и совместными усилиями составлять программу восстановления. Пример высказывания специалистов: «Я бы предложила, как это называется-совещания что-ли. Т.е. собирались специалисты, по каждому отдельному пациенту, и те, кто проводил диагностику проблем данного пациента на совещании или..., -Да, И потом по часам разделяли нагрузку, например между психологом и специалистом по социальной работе, с учетом степени утомляемости клиента». При этом, многие обеспокоились низкой эффективностью данных консилиумов и высокой трудоемкостью их проведения (т.е. для каждого больного необходимо созывать не единожды консилиум – первичный, повторный-проверочный и заключительный-итоговый) следовательно у специалистов нет столько времени для проведения подобного рода совещаний. Поручить кому-то одному данные полномочия специалисты не предложили, так как считают, что у человека будет слишком много обязанностей и как

следствие будет низкий результат.

Следующий вопрос был посвящён изучению мнения специалистов о вопросе необходимости объяснять пациенту, какие изменения произошли в его организме, и как долго будет проходить восстановление его утраченных функций. Было выявлено, что объяснения проводятся в рамках работы неврологического отделения ВОКБ 1, вследствие низкой загруженности больными, перенесшими инсульт, а в сосудистом центре больничного комплекса данные разъяснения не проводятся, ввиду высокой загруженности постинсультными больными, у врачей просто не хватает на это время. Так, один из респондентов ответил: «У нас, например, практикуется, что разъяснения о процессах восстановления проводит врач, так как чаще всего затрагивается и интересуются медицинской стороной. И тогда, если пациент изъявил желание, то конечно, мы все рассказываем в доступной форме». В ходе обсуждения, респонденты отметили, что на начальном этапе заболевания, как правило, объяснения причин болезни не проводится, так как больной зачастую имеет когнитивные нарушения, которые затрудняют процесс восприятия информации. По мере восстановления, если больной интересуется данным вопросом, то врач проводит разъяснения причин недуга в доступной для понимания форме [2]. В психологическом плане, пациентам, как правило, не интересно, что с ними происходит, это объясняется наличием высокой тревожности, обусловленной сменой обстановки и наличием травмирующих ситуаций [3]. Пример высказывания психолога: «Да, если мы сами говорим. А вы знаете, что по шкале депрессии у вас балл высокий. Они спрашивают, а что это значит, мы им объясняем, пытаемся найти причины. Анализируем семейное положение, взаимоотношение с родственниками»; «Ну в большей степени интересуются, если речь нарушена, а так-изредка». Также было

определено, что объяснения необходимы для того, чтобы больной чувствовал свою причастность в процессе лечения, так как он осведомлен о своей болезни, следовательно, может контролировать ее. Если пациент знает о процессах, которые происходят в его организме, то, как правило, понимает, что необходимо долгое время и большие силы для восстановления. Что касается, корректировки ожиданий пациента, то в молодом возрасте восстановление организма проходит быстрее, чем в пожилом и это необходимо говорить своим пациентам. Пример высказывания респондента: «Несомненно, нужно учитывать степень поражения и возраст. Опять таки, необходимо учитывать степень критичности, когда человек не до конца понимает, что с ним произошло». Также тяжесть поражения коры головного мозга зависит от возможности восприятия и понимания, полученной информации, в первую очередь она должна быть дозированной, доступной и корректной [4]. Но, к сожалению, такого рода объяснения не проводятся, а если и проводятся, то только единожды и только по запросу пациента или родственника. Данное объяснение можно подкрепить высказыванием респондентов: «К сожалению, в больнице скорой помощи пациенты лежат около 10 дней, причем только на 3-4 день, мы имеем доступ к ним, и за такое короткое время, мы не сможем дать положительных установок»; «Да, и еще интенсивность работы врачей, в том числе и возможности разъяснения последствий и причин болезни, будет зависеть от их загруженности, например, в неврологическом отделении областной больницы, с каждым «инсультником» возятся как с ребенком, так как на все отделение 3-4 таких больных. А в больничном комплексе у врачей просто нет времени на подробное разъяснение причин и последствий заболевания».

И наконец, последний вопрос, выявлял приоритетность мнения (врача или больного) о форме проведения, и составляющих

компонентах медико-социальной реабилитации. Было выяснено, что среднее пребывание в больнице (по стандарту), больного, перенесшего инсульт, составляет 14 дней, следовательно, реабилитация в полной мере не ведется. Пример высказывание респондента: «Просто, если как есть, то мы работаем в центре скорой медицинской помощи, здесь срок пребывания больных очень краток – 10 дней, поэтому как только, условно, человека ставят на ноги, его выписывают или переводят в другую больницу». И тут конечно о реабилитации никакой не идет речь». Следовательно, за такое короткое время провести реабилитационные мероприятия не возможно, единственное, что с ним могут проводить – это фармакологическое восстановление [5]. Также было определено, что если предположить, что реабилитация с такими больными проводится, то конечно необходимо учитывать мнение и желание больного, но это в идеале, и, как правило, не может быть реализовано. Так как, если врач видит отрицательную симптоматику развития болезни, то с целью «подстраховки», он не будет рекомендовать мероприятия, которые по медицинским показаниям могут усугубить состояние больного, несмотря на то, что пациент будет выражать готовность их выполнять. Следовательно, с одной стороны, специалисты высказали предположение, что обязаны учитывать мнения больных по поводу их лечения, а с другой стороны, они не будут брать на себя ответственность восстанавливать больного с учетом его желаний и «в угоду своей профессиональной деятельности».

Таким образом, фокус-групповая оценка мнения специалистов реабилитационного процесса о значимости учета индивидуальных потребностей постинсультных больных выявила следующие положения:

1. В рамках ЛПУ государственного типа мероприятия медико-социальной реабилитации практически не проводятся. Весь

восстановительный процесс больного выражен в фармакотерапии, с целью улучшения его соматического состояния.

2. Работа узкоспециализированных специалистов сводится к диагностическим процедурам реабилитации, где психологи определяют наличие либо отсутствие депрессии с целью дальнейшей фармакоррекции; логопеды проводят работу рекомендательной направленности; специалист по социальной работе содействует в правовой помощи, дает рекомендации в прохождении МСЭ, ищет приюты для бездомных, информирует о возможных проблемах, с которыми могут столкнуться родственники; инструкторы ЛФК проводят массаж с целью восстановления моторных функций.

3. Специалисты, которые должны проводить реабилитацию обладают низкими узкоспециализированными знаниями по данной теме. Они не заинтересованы в дополнительном освоении новых знаний в виду плохих стимульных ресурсов, а именно низкой заработной платы.

4. Специалист по социальной работе, психологи и логопеды не обладают информацией о важности удовлетворения значимых потребностей для конкретного пациента и считают, что восстанавливать нужно те функции, которые были менее поражены, и, следовательно, по времени, быстрее компенсируются.

5. В ходе организации работы с больными специалисты не учитывают их индивидуальные потребности, и взаимоотношения в большей степени носят формальный характер.

6. Разъяснения об особенностях заболевания специалистов родственникам происходит только по просьбе последних, и только в устной форме, в результате чего не прививаются навыки ухода за больным. Если пациент сам изъявит желание узнать о дальнейшем прогнозе развития заболевания, то специалисты также в доступной

форме объясняют все необходимое, но при этом зачастую больные очень редко интересуются своими прогнозами ввиду низкой мотивации.

Список литературы:

1. Кадыков А.С., Черникова Л.А., Шахпаронова Н.В. Реабилитация неврологических больных – М.: МЕДпресс-информ, 2010. – С. 29.
2. Основы реабилитологии [Электронный ресурс]: Учебное пособие / Ибатов А.Д., Пушкина С.В. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – С. 79. – Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>.
3. Депрессия после инсульта [Электронный ресурс] URL: <http://correctdiagnosis.ru/insult/203-depressiya-posle-insulta.html> (дата обращения: 01.02.2016 г.).
4. Шмелева С. В. Медико-социальная реабилитация. – М.: Изд-во РГСУ, 2013. – С.123.
5. Физиотерапия: учебное пособие / Г.Ш. Гафиятдулина, В.П. Омельченко, Е. Евтушенко, И.В. Черникова. – Москва, 2010. – С. 111.

УДК 796.035

**Формирование интереса к занятиям физкультурно-оздоровительной деятельности у студентов специальной медицинской группы**

*Екатерина Константиновна Киреева*  
*ст. преподаватель кафедры физической культуры,*  
*Сибирский федеральный университет*  
*г. Красноярск, Россия*  
*e-mail: kireeva48@inbox.ru*

*Аннотация. Совершенствование физического воспитания*

*студентов специальной медицинской группы является одной из главных задач. В данной статье описываются результаты исследования по вопросу состояния здоровья и физического развития студентов СМГ на основе субъективной оценки отношения к занятиям физической культурой.*

***Ключевые слова:*** *укрепления здоровья, интересы, мотивации, специальная медицинская группа.*

***Abstract.*** *Improvement of physical education students in special medical group is one of the main objectives. This article describes the results of a study on the health and physical development of students SMG, based on a subjective assessment of attitudes towards physical training.*

***Keywords:*** *health promotion, interests, motivation, a special medical team.*

Проблема укрепления здоровья и продолжительности жизни населения всегда была предметом внимания специалистов, общества и государства. Решение этой проблемы в наше время приобрело особую актуальность, поскольку сложившаяся в последние годы социально-экономическая ситуация привела к существенному ухудшению показателей здоровья всех групп и категорий населения России [2]. Подавляющее большинство людей не сомневаются в том, что укрепление и сохранение здоровья во многом зависит от образа и стиля жизни человека. Наиболее острой и требующей кардинального решения выступает проблема здоровья, физической подготовленности и физического развития студентов вузов, отнесенных по состоянию здоровья к специальной медицинской группе. Состояние здоровья студентов специальной медицинской группы изучалось по данным проведенного анкетирования и субъективной оценки здоровья и физического развития. В эксперименте принимали участия студенты отделения специальной медицинской группы (СМГ) третьей площадки

СФУ. Проведённое исследование показало, что: 58% студентов попадает в группу СМГ после окончания школы в 17-18 лет; 28% студентов были отнесены к специальной медицинской группе с четырнадцати лет; 14% студентов – с семи лет до десяти лет. Эти данные говорят о том, в процессе обучения в школе здоровье школьников постепенно ухудшается, т.к. через каждые 3-4 года количество школьников, отнесённых к специальной медицинской группе, неуклонно растёт, увеличивается в два раза в 14 лет и в 4 раза к 17-18 годам. Проведенные анкетные опросы, беседы, наблюдения позволили представить объективное положение, выявить круг интересов, потребности и мотивы в сфере физкультурно-оздоровительной деятельности студентов СМГ. Анализ анкет позволил выявить, что: 11,5% опрошенных систематически обращаются к физическим упражнениям, 67,5% – от случая к случаю, 21% вообще не занимаются физическими упражнениями в свободное время. (табл. 1)

*Таблица 1*

**Отношение студентов СМГ к физкультурно-оздоровительной деятельности, %**

Отношение к физкультурно-оздоровительной деятельности	Студенты СМГ
Занимаются систематически	11,5%
Занимаются эпизодически	67,5%
Не занимаются в свободное время	21%

Анализ данных исследований (табл. 2) показывает, что отношение студентов СМГ к физкультурно-оздоровительной деятельности определяется характером интересов и мотиваций. Результаты данного исследования: 67% студентов верят в то, что систематические занятия физическими упражнениями могут оказать положительное влияние на здоровье; 20% – скорее да, чем нет; 11% – «пятьдесят на пятьдесят» и только 1,1% студентов совершенно не верят в то, что систематических

занятиях физическими упражнениями оказывают положительное влияние на здоровье.

Таблица 2

**Отношение студентов СМГ к значимости занятий физической культурой, %**

Систематическое занятие физической культурой оказывает положительное влияние на здоровье человека	Студенты СМГ
Да	66%
Скорее да, чем нет	20%
«Пятьдесят на пятьдесят»	11%
Нет	2%

На формирование интереса к занятиям физкультурно-оздоровительной деятельностью влияют как объективные, так и субъективные факторы [2]. Исследования выявило комплекс объективных (внешних) условий и субъективных (внутренних) факторов, влияющих на мотивацию студентов к физкультурно-оздоровительной деятельности. Основными объективными трудностями (табл. 3), по мнению студентов, препятствующими занятиям физкультурно-оздоровительной деятельностью являются: у 45,7% – недостаточно свободного времени; у 26,3% студентов – не хватает силы воли, чтобы побороть лень. Для 23,1% опрошенных студентов нет подходящих условий для занятий физической культурой, низкий уровень материально-спортивной базы и недостаток спортивного инвентаря. 4,2% студентов считают основной причиной своей низкой физкультурной активности – недостаток физкультурных знаний для правильной организации занятий. Поэтому важно усилить образовательную направленность учебно-воспитательного процесса для студентов СМГ.

Таблица 3

**Внешние причины, препятствующие занятиям физкультурно-оздоровительной деятельностью студентов СМГ, %**

Причины, препятствующие занятиям физкультурно-оздоровительной деятельностью	Студенты СМГ
Недостаток свободного времени	45,7%
Не хватает силы воли, чтобы побороть лень	26,3%
Нет подходящих условий для занятий	23,1%
Недостаток физкультурных знаний для правильной организации занятий.	4,2%

Помимо мотивов не менее значимую роль в формировании мотивационного компонента играют установки, воля и потребности [2]. Внутренними причинами (табл. 4), по мнению студентов, препятствующими занятиям их физкультурно-оздоровительной деятельности, являются следующие: у 46% студентов есть желание, но не хватает силы воли заставить себя заниматься регулярно физическими упражнениями; у 43% студентов есть сила воли, но нет свободного времени; 9% студентов понимают, что надо заниматься, но не имеют желания; 2% студентов полагают, что им не нужно заниматься физкультурно-оздоровительной деятельностью.

Таблица 4

**Внутренние причины, препятствующие занятиям физкультурно-оздоровительной деятельностью студентов СМГ, %**

Причины, препятствующие занятиям физкультурно-оздоровительной деятельностью	Студенты СМГ
Есть желание, но не хватает силы воли заставить себя заниматься регулярно физическими упражнениями	46%
Есть сила воли, но нет свободного времени	43%
Понимают, что надо заниматься, но не имеют желания;	9%
Полагают, что им этого не нужно.	2%

Анализируя свои ощущения (табл. 5), получаемые от занятий

физической культурой, студенты отмечают, что они также влияют на интерес к занятиям физической культурой. «Радость движения» и удовлетворение непосредственно от занятий физическими упражнениями, независимо от достигаемых результатов, испытывают 39,6% студентов; 32,9% студентов – скорее да, чем нет; 19,8% студентов – и да, и нет; 3,3% студентов – скорее нет, чем да; и только 4,4% студентов – не испытывают удовлетворения от занятий физическими упражнениями.

Таблица 5

**Субъективные факторы, влияющие на интерес студентов к занятиям физической культурой, %**

«Радость движения» и удовлетворение непосредственно от занятий физическими упражнениями, независимо от достигаемых результатов,	Студенты СМГ
Да	39,6%
Скорее да, чем нет	32,9%
И да, и нет	19,8%
Скорее нет, чем да	3,3%
Нет	4%

Результаты анкетирования (табл.6) показывают, что существенное влияние на уровень физической активности у студентов СМГ оказывают следующие факторы: 67% студентов хотят заниматься упражнениями для того, чтобы быть физически развитыми, иметь красивую фигуру и отличное телосложение.

Таблица 6

**Влияние субъективных факторов, побуждающих студентов СМГ к физической активности, %**

Факторы	Студенты СМГ
Иметь красивую фигуру и отличное телосложение	67%
Для того, чтобы быть здоровыми	16%
Для того, чтобы повысить уровень своей физической подготовленности	5,5%
испытывают удовольствие от соревновательной борьбы	4,4%

Занимаются, чтобы заполнить свободное время и пообщаться с друзьями;	3,3%
Испытывают удовольствие от занятий физическими упражнениям.	3,3%

Быть здоровыми хотят 16%. Повысить уровень своей физической подготовленности – 5,5%. Испытывают удовольствие от соревновательной борьбы 4,4%. Занимаются, чтобы заполнить свободное время и пообщаться с друзьями 3,3%. Испытывают удовольствие от занятий физическими упражнениям 3,2%. Как показали исследования, (табл. 7) уровень интереса к физкультурно-оздоровительной деятельности во многом зависит от выбора видов физическими упражнениями. Самыми популярными видами спорта, которыми хотят заниматься студенты СМГ в свободное время, следующие: пилатесом, аэробикой, танцами – 54,1%; плаванием – 16%; волейболом – 7,8%; кроссовым бегом – 7,8%; баскетболом – 3,3%; бодибилдингом – 3,3%; настольным теннисом – 2,2%; фехтованием – 2,2%, и такими видами спорта как боксом – 1,1%, туризмом – 1,1%, футболом – 1,1% студентов.

Таблица 7

**Выбор видов физической активности студентами СМГ, %**

Виды физической активности	Студенты СМГ
Занятия фитнес-пилатесом, аэробикой, танцами	54,1%
Занятия плаванием	16%
Занятия волейболом	7,8%
Занятия кроссовой подготовкой	7,8%
Занятия баскетболом	3,3%
Занятия бодибилдингом	3,3%
Занятия фехтованием	2,2%
Занятия настольным теннисом	2,2%
Занятия боксом	1,1%
Занятия футболом	1,1%
Занятия туризмом	1,1%

По результатам анкетирования субъективной оценки здоровья, свою физическую подготовленность студенты оценивают следующим

образом: 31% – хорошей; 57% – удовлетворительной; 12% – неудовлетворительной; и ни один из студентов не считает свою физическую подготовку отличной. Отношение студентов СМГ к физкультурно-оздоровительной деятельности во многом определяется характером интересов и мотиваций. Исследуя вопрос: «Что для студентов является важнее – здоровье, профессиональная карьера или успешность в жизни», выяснилось: что для 26,6% – здоровье важнее; для 33,7% – скорее здоровье, чем карьера и успех; 24% студентов – не знают; для 7,6% – главное карьера и успех; у 14,1% – важнее карьера и успех, чем здоровье. Из полученных данных, в результате анкетирования видно, что 76% студентов СМГ подтверждают желание заниматься физической культурой в оздоровительных целях, но 24% студентов не заинтересованы заниматься физической культуры для улучшения собственного здоровья. Полученные в данном исследовании данные стали основанием для следующих выводов: а) физкультурно-оздоровительная деятельность входит в образ жизни студентов с ослабленным здоровьем (более 76% опрошенных) высоко оценили значимость физической культуры; б) наибольшее влияние на уровень интереса оказывают такие объективные факторы, как улучшение спортивной материально-технической базы и качества проведения занятий; в) сознательное отношение к физической культуре формируется под воздействием субъективных факторов, поэтому часто связывается с желанием оптимизировать вес тела и улучшить фигуру, повысить свою физическую подготовленность, повысить работоспособность.

Основная задача – учесть изменения, происходящие со студентами, организовать верные управленческие решения и выполняя образовательный стандарт повысить качество подготовки специалистов.

### Список литературы:

1. Лисицкая Т.С. Социологический анализ доминирующих мотиваций занимающихся в фитнес-клубах / Т.С Лисицкая., С. И. Кувшинникова // Теория и практика физической культуры. – 2004. – №2. – С.37-40.
2. Лубышева Л.И. Десять лекций по социологии физической культуры и спорта. – М., 2000.

УДК 378.016:615]:614.253:613.816

### **Медико-этические проблемы профилактики алкоголизма в процессе подготовки будущих врачей**

***Инна Григорьевна Кишкан***

*к.мед.н., доцент,*

*доцент кафедры фармакологии,*

*Буковинский государственный медицинский университет,*

*г. Черновцы, Украина*

*e-mail: InnaKichkan@ukr.net*

***Ярослав Степанович Кишкан***

*Черновицкое бюро судебно-медицинской экспертизы,*

*врач судебно-медицинский эксперт*

*г. Черновцы, Украина*

*e-mail: Kichkan@ukr.net*

*Аннотация. В статье рассматриваются вопросы распространения и отрицательного влияния алкоголизма, токсикологические свойства спирта этилового, его вредное воздействие на организм, а также медико-этические вопросы профилактики алкоголизма на занятиях с фармакологии и биоэтики в*

*процессе подготовки будущих врачей.*

**Ключевые слова:** *алкоголизм, медико-этические проблемы, подготовка врачей, профилактика.*

**Abstract.** *The issues of prevalence and negative effect of alcoholism, toxicant properties of ethyl alcohol, its injurious influence on the organism as well as medical and ethical questions of alcohol prophylaxis at the lectures of pharmacology and bioethics in the process of training future doctors have been discussed in the article.*

**Keywords:** *alcoholism, medical and ethical problems, training doctors, prophylaxis.*

Алкоголізм – актуальна медико-соціальна проблема у всьому світі, особливо серед молоді [5]. За інформацією Всесвітньої організації охорони здоров'я серед тих, хто вживає спиртні напої, кожен десятий стає алкоголіком, кожен п'ятий помирає від зловживання алкоголем. Україна посідає 1-е місце в світі за рівнем дитячого алкоголізму, 40% дітей у віці від 14 до 18 років систематично вживають алкогольні напої. Алкоголізм – тяжке хронічне захворювання, спричинене систематичним зловживанням спиртними напоями внаслідок патологічного потягу до них, яке супроводжується неврологічними, соматичними порушеннями та розладами психіки. Із давніх часів алкоголь називають «викрадачем розуму», оскільки в осіб, які зловживають спиртним, у першу чергу страждають нервові клітини. Регулярне вживання алкоголю також призводить до хронічних захворювань серцево-судинної системи, печінки та інших органів [6].

Під впливом алкоголю втрачається не тільки здоров'я, а й людська гідність, у людини поступово зникає почуття відповідальності перед сім'єю, рідними, друзями, колегами по роботі. Зловживання алкоголем завдає великої шкоди як самій людині, так і суспільству,

сприяє зростанню правопорушень, злочинності, нещасних випадків, аварій, травм. Алкоголізм суттєво погіршує якість життя, на 15-20 років скорочує середню його тривалість, прискорює передчасну старість, призводить до загибелі.

Кожна третя смерть на Землі – від алкоголю. В Україні від зловживання алкоголем щороку гине понад 40 тисяч людей, із них близько 8 тисяч – від гострого отруєння алкоголем, решта – від алкогольної кардіоміопатії та нещасних випадків. Аналогічна ситуація спостерігається й на Буковині. За даними Чернівецького обласного бюро судово-медичної експертизи серед причин смерті внаслідок зловживання спиртним теж переважає гостре отруєння алкоголем. Кількість померлих від отруєння спиртом етиловим у 2015 році в м. Чернівці – 41 особа, що становить понад 5% від загальної кількості померлих.

Значна поширеність алкоголізму та важкі наслідки його негативного впливу на організм складають реальну загрозу для життя та здоров'я людей і розцінюються як «національне лихо». У зв'язку з цим проблема профілактики алкоголізму є надзвичайно актуальною і потребує комплексного підходу до її вирішення. Важливого значення у попередженні пияцтва набуває поширення інформації серед населення про негативну дію алкоголю на організм людини, пропаганда здорового способу життя та якісна підготовка грамотних, висококваліфікованих лікарів добре обізнаних у питаннях шкідливості й профілактики алкоголізму.

Шкідливий вплив алкоголю на організм людини та напрямки його попередження студенти III курсу спеціальностей «Лікувальна справа» та «Педіатрія» Буковинського державного медичного університету детально розглядають при вивченні навчальних дисциплін «Фармакологія» та «Основи біоетики й біобезпеки», які викладаються

на кафедрі фармакології за кредитно-модульною системою. При організації навчального процесу за кредитно-модульною системою важливого значення набуває самостійна робота [4], що дає можливість студентам творчо, усвідомлено й більш ефективно засвоїти навчальний матеріал, який контролюється під час практичного заняття та модуля з дисципліни.

Питання фармакологічної й токсикологічної характеристики спирту етилового студенти самостійно опрацьовують згідно розроблених на кафедрі методичних вказівок для самостійної позааудиторної підготовки при вивченні фармакології нейротропних засобів. Детально розглядають особливості фармакокінетики та фармакодинаміки спирту етилового у пацієнтів різних вікових категорій [6]. Для покращання якості знань студентів крім традиційних форм самостійної роботи широко використовується електронний навчальний курс із фармакології в середовищі дистанційної підготовки Moodle, розташований на сервері Буковинського державного медичного університету [1]. Для засвоєння шкідливого впливу спирту етилового на організм людини студентам пропонується підготувати відеоматеріали та міні-виступи у вигляді мультимедійних презентацій на теми: «Алкоголізм – не звичка, а хвороба», «Шкідливість зловживання алкоголем», «Алкоголь – викрадач розуму» із залученням ресурсів Інтернет. Студенти спеціальності «Педіатрія» більш поглиблено опрацьовують питання негативного впливу алкоголю під час вагітності та на дитячий організм готуючи наукові виступи-презентації «Алкоголь та вади розвитку у плода», «Алкоголь і мертвонародженість», «Підлітковий алкоголізм» та інші. Оформлені студентами електронні презентації та відеоматеріали заслуховуються на заняттях і доповнюють наочну інформацію в електронному навчальному курсі з дисципліни.

Шляхом вирішення ситуаційних задач, включених до методичних вказівок, студенти засвоюють клінічні ознаки гострої та хронічної (алкоголізм) інтоксикації алкоголем, розробляють алгоритми надання невідкладної допомоги при гострому отруєнні спиртом етиловим та обґрунтовують препарати для лікування хронічного алкоголізму. Після вивчення навчального матеріалу студентам пропонується протестуватись в on-line режимі по темі «Фармакологія і токсикологія спирту етилового» в електронному навчальному курсі в рубриці «Тестові завдання для самоконтролю». Проведений самоконтроль знань дозволяє студентам закріпити вивчений матеріал, перевірити свій рівень теоретичної підготовки з цієї теми та визначити «проблемні» питання, які потрібно доопрацювати.

На окремому практичному занятті з «Основ біоетики й біобезпеки» детально розглядаються медико-соціальні аспекти зловживання алкоголем та питання профілактики алкоголізму [3]. Серед соціальних чинників у виникненні пияцтва підкреслюється роль соціально-економічної нестабільності в державі: зростання кількості людей, які не мають роботи, ослаблення престижу та стимулів від результатів своєї роботи тощо. При цьому звертається увага студентів, що об'єктивні соціально-економічні труднощі самі по собі пияцтва не викликають, однак створюють передумови психологічної схильності людей до зловживання алкоголем. Вирішальну роль у виникненні пияцтва відіграють генетичні особливості організму та спадковість. Жваву дискусію у студентів викликають питання жіночого алкоголізму, оскільки залежність у жінок розвивається у 3-5 разів швидше, ніж у чоловіків і за статистикою майже у 87% дітей алкоголіків теж розвивається залежність до спиртного. Недарма у Стародавньому Римі говорили: «П'яниці породжують п'яниць».

Особливо актуальною є проблема попередження зловживання алкоголем [2]. Тому найбільш важливі питання теми стосовно профілактики алкоголізму, реабілітації та ресоціалізації осіб, які зловживають алкоголем, студенти закріплюють у вигляді «рольової гри». Шляхом моделювання клінічних ситуацій, наближених до реальних можливих видів роботи майбутніх лікарів (кабінет анонімної наркологічної допомоги, наркологічний диспансер, соціально-психологічний центр, клуб тверезості тощо) студенти відпрацьовують уміння проводити психологічні тренінги, активно пропагувати тверезість та здоровий спосіб життя.

Таке комплексне поглиблене вивчення медико-етичних питань шкідливості алкоголю майбутніми лікарями є важливим кроком у вирішенні проблеми профілактики алкоголізму, формуванні психологічної нетерпимості населення до зловживання спиртними напоями, усвідомленню несумісності алкоголю із здоровим способом життя.

#### Список літератури:

1. Бойчук Т.М. Досвід впровадження інформаційно-комунікаційних технологій в навчальному процесі Буковинського державного медичного університету / Т.М. Бойчук, І.В. Геруш, В.М. Ходоровський // Медична освіта. – 2012. – №2. – С. 64-67.

2. Животовська Л.В. Профілактика рецидивів при алкогольній залежності на етапі становлення ремісії / Л.В. Животовська // Вісник проблем біології і медицини. – 2014. – Т.1, Вип. 3. – С. 110-114.

3. Запорожан В.М. Біоетика: підручник / В.М. Запорожан, М.Л. Аряєв. – К.: Здоров'я, 2005. – 288 с.

4. Кайдалова Л.Г. Організація та контроль самостійної роботи студентів /Л.Г.Кайдалова // Проблеми фізичного виховання і спорту. – 2010. – №1. – С. 67-70.

5. Русіна С.М. До питання формування шкідливих звичок у студентської молоді. / С.М. Русіна // Буковинський медичний вісник. – 2007. – Т.11, №3. – С. 77-79.

6. Фармакологія: Підручник для студентів медичних факультетів / Чекман І.С., Горчакова Н.О., Казак Л.І. та ін. / Видання 2-ге. – Вінниця: Нова книга, 2011. – 784 с.

УДК 355.41

**Некоторые аспекты сохранения здоровья военнослужащих  
красной армии на территории Беларуси в начале 1920-х годов**

***Владислав Михайлович Кривчиков***

*к.и.н., доцент,*

*Гродненский государственный университет им. Янки Купалы,*

*г. Гродно, Беларусь*

*e-mail: k.vlad68@mail.ru*

***Аннотация.*** Рассматриваются проблемы сохранения здоровья военнослужащих частей Красной Армии, дислоцировавшихся на территории Беларуси в начале 1920-х годов. Показаны условия формирования негативной санитарно-эпидемиологической обстановки.

***Ключевые слова:*** здоровье военнослужащих, Красная Армия, военно-медицинское обеспечение.

***Abstract.*** The problems of preservation of health of servicemen of the Red Army, stationed in the territory of Belarus in the early 1920s. The conditions of the formation of the negative sanitary and epidemiological situation.

***Keywords:*** military health, the Red Army, the military health care.

С началом формирования частей и соединений Красной Армии на территории Беларуси формировалась и система венно-медицинского обеспечения личного состава. Первоначально это была отдельная структура, которая не входила в состав Наркомата здравоохранения.

8 мая 1919 г. был подписан приказ Народного комиссариата здравоохранения Литвы и Белоруссии, согласно которому Военно-санитарное Управление было присоединено к Наркомздраву, образовав из него особый Военно-санитарный отдел. Это было сделано в связи с тем, что самостоятельное существование Военно-санитарного Управления параллельно с Наркомздравом, без должной координации их деятельности, являлось, по мнению медицинских чиновников, не целесообразным с точки зрения непроизводительных затрат. В приказе отмечалось, что аппарат Военно-санитарного Управления поглощал значительные врачебные и технические силы, что приводило к распылению сил, предназначенных для оказания разносторонней врачебно-санитарной помощи населению и армии. Был даже сделан вывод: «признать параллельное существование двух названных учреждений парализующим врачебно-санитарное дело в Республике» [4, л.34].

Несмотря на принятые меры, проблемы с надзором за состоянием здоровья военнослужащих, командно-начальствующего состава Красной армии были существенные. Военнослужащие часто контактировали с гражданским населением, что приводило к появлению различных заболеваний. Вот, например, что писал в докладе член коллегии Народного комиссариата здравоохранения Литвы и Белоруссии И.И. Пузырев «О национализации и централизации аптечного дела»: «В настоящее время дело снабжения аптек, лечебных заведений, других учреждений медикаментами в гор. Вильне (в Минской губернии оно уже национализировано) сосредоточено в

частных руках, главным образом, в фирме Сегаль, которая производит закупку медикаментов контрабандным путем за демаркационной линией, а равно и в пределах Литвы и Белоруссии.

Ввиду разрастающейся эпидемии сыпного тифа и других заболеваний, необходимы героические и решительные меры для борьбы с ними, для чего понадобится колоссальное количество дезинфекционных и лечебных средств. И даже при правильном использовании их, имеющихся в пределах Литвы и Белоруссии медикаментов и других аптекарских товаров не достаточно будет для обслуживания всего народонаселения» [4, л.18]. Военнослужащие не были исключением – проблемы с обеспечением медикаментами были существенные.

Ощущался недостаток в младшем санитарном персонале. Особенно это проявлялось в войсках, принимавших участие в боевых действиях на Западном фронте. По этому поводу ЦК КП(б) Литвы и Белоруссии мобилизовал 50% работниц-членов местной организации. Мобилизованные женщины прослушали курс лекций по санитарии в двухнедельный срок и затем были отправлены на фронт в летучих санитарных отрядах [1].

Ввиду сложного санитарно-эпидемиологического состояния в войсках, дислоцировавшихся в г. Минске, приказом начальника Минского гарнизона №75 от 29 июля 1921 г. была образована «санпятьёрка гарнизона». В состав этого органа входили представители от ЦБ КП(б) Беларуси, коменданта г. Минска, Совпрофбела, КСМ (коммунистического союза молодежи – В.К.), а также один представитель от воинских частей. Полномочия у этих пятерых людей были большие. Всем воинским частям, под страхом суровой ответственности, надлежало оказывать содействие и исполнять все мероприятия, намеченные этими санпятьёрками. А мероприятия,

которые она инициировала, касались улучшения санитарно-эпидемиологического состояния в воинских частях и работы по сохранению здоровья военнослужащих [5].

На проблемы в обеспечении здоровья личного состава накладывалась и сложная экономическая обстановка в Беларуси, сложившаяся в начале 1920-х годов. Эту ситуацию ярко характеризует письмо, отправленное в Секретариат ЦБ КП(б) Белоруссии 12.08.1921 г. Наркомом по военным делам Беларуси И.С. Уншлихтом. Вот отрывок из этого письма: «Помощник мой тов. Шестаков возвратился из месячного отпуска, каковой видимо не укрепил его здоровье, так как сегодня в моем присутствии с ним было обморочное состояние. Тов. Шестаков страдает язвой желудка. Болезнь эта требует диетического питания, в частности употребления исключительно белого хлеба. Принимая во внимание сохранение для Белоруссии ценнейшего работника, каковым является Шестаков, для поддержания его здоровья, я полагаю необходимым назначение ему усиленного диетического питания, а потому прошу Секретариат ЦБ сделать соответствующее распоряжение Наркомпроду о ежемесячной выдаче тов. Шестакову пшеничной муки 30 фун., коровьего масла – 5 фун., сахару – 8 фун., и если представится возможным, то и несколько других молочных продуктов» [3]. Настолько сложным было положение дел с обеспечением продуктами, что понадобилось решение Секретариата бюро ЦК Беларуси, что бы организовать дополнительное питание помощнику Наркома по военным делам Беларуси.

Но, несмотря на складывавшуюся обстановку, военнослужащих отправляли на лечение в санатории. Но и здесь были определенные перекосы: в основном больные направлялись на юг России и Кавказ в количестве, значительно превышавшем наряды центра. Вследствие этого санатории оказывались переполненными. Не редки были случаи,

когда направлялись больные, совершенно не подходящие по роду болезней для данного курорта, не получавшие там поэтому «никакого облегчения своих страданий». Одновременно с этим отмечалось и такое положение дел, что «превосходно оборудованные и работающие санатории центральной полосы России» оставались незаполненными [2].

Таким образом, в начале 1920-х годов военное и партийное руководство уделяло внимание проблемам состояния здоровья военнослужащих частей Красной Армии, дислоцировавшихся на территории Беларуси. Но на фоне сложной экономической обстановки в республике, отсутствии медикаментов и квалифицированного медицинского персонала эта работа была недостаточно эффективной. Это выражалось в сложной санитарно-эпидемиологической обстановке в войсках, наличием заболеваний среди военнослужащих, таких как сыпной тиф, туберкулёз и др.

#### Список литературы:

1. Инструкция по формированию отрядов особого назначения. Списки коммунистов Игуменской, Минской, Слуцкой организаций, телеграммы и переписка по вопросам мобилизации // Национальный архив Республики Беларусь (НАРБ). – Фонд 4п. Оп. 1. Д. 36. Л. 46.

2. Переписка с органами здравоохранения и санаторно-курортными организациями о направлении больных на санаторное лечение // Национальный архив Республики Беларусь (НАРБ). – Фонд 4п. Оп. 1. Д. 702. Л. 120.

3. Переписка с советскими и хозяйственными организациями по социально-бытовым вопросам // Национальный архив Республики Беларусь (НАРБ). – Фонд 4п. Оп. 1. Д. 436. Л. 200.

4. Приказы Народного Комиссара здравоохранения Литвы и Белоруссии, отдела здравоохранения Минского губревкома, присланные

в ЦК для информации // Национальный архив Республики Беларусь (НАРБ). – Фонд 4п. Оп. 1. Д. 32.

5. Телеграммы за подписью В.И. Ленина и В.М. Молотова по продовольственным вопросам. Инструкции, циркуляры ЦК ВКП(б) по вопросам нэпа, потребительской кооперации, по борьбе с бандитизмом // Национальный архив Республики Беларусь (НАРБ). – Фонд 4п. Оп. 1. Д. 422. Л. 130.

УДК 316.334.5

### **Здоровье как социальный феномен**

***Ирина Николаевна Лесанова***

*магистр 2 года обучения,*

*направления подготовки «Социальная работа»,*

*Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарёва,*

*г. Саранск, Россия*

*e-mail: palibina.sasha@mail.ru*

***Аннотация.** В статье дается характеристика здоровью как социальному феномену. Анализируется социологический подход к определению понятия «социальное здоровье».*

***Ключевые слова:** здоровье; социальное здоровье; социологический подход к здоровью.*

***Abstract.** The article gives a description of health as a social phenomenon. We analyze the sociological approach to the definition of «social health».*

***Keywords:** health; social health; sociological approach to health.*

Здоровье – это важнейшее условие активной нормальной жизнедеятельности человека. Какие-либо отклонения в этой сфере несомненно влекут за собой изменения в привычном образе жизни. Здоровье – это сложный феномен, имеющий свою специфику проявления на различных уровнях (психологическом, физическом, социальном). Всемирная организация здравоохранения определяет здоровье как состояние полной удовлетворенности, физического, психического и социального благополучия.

В науке и практике существует несколько подходов к определению понятия «социальное здоровье». Проанализируем некоторые из них. Медицинский подход рассматривает социальное здоровье как общую характеристику физического и психического здоровья общества. Инструментами изучения социального здоровья в медицинском плане являются отчеты о динамике заболеваний, изменении возрастных и гендерных особенностей, проведение профилактических мероприятий населения [2]. В рамках государственно-управленческого подхода социальное здоровье представляет собой социально-психологическую характеристику общества, которая отражает определенный уровень взаимодействия социальных групп, социальной идентичности для обеспечения безопасного существования каждого члена общества [5].

Социолого-психологический подход рассматривает социальное здоровье как интегральное понятие, включающее в себя характеристики развития как отдельной личности, так и общества в целом в единстве их социальных и биологических показателей и в контексте уровня развития общества [1]. Также в рамках данного подхода под социальным здоровьем понимается: 1) социальная значимость тех или иных заболеваний для угрозы существования популяций; 2) влияние общественного устройства на причины возникновения болезней и их

течения; 3) оценка биологического состояния определенной части или всей человеческой популяции на основе интегрированных статистических показателей [6, с. 41-44].

Социологический подход к здоровью как социальному феномену включает в себя следующие составляющие:

- социально-обусловленные факторы, которые определяют физическое и психическое здоровье индивида, социальной группы, общества в целом; самосохранительное поведение и здоровый образ жизни;

- отношение к здоровью человека и общества; здоровью как социальной ценности; образах здоровья, характерных для культур различных обществ;

- общие и специфические социальные условия, то есть макро- и микросреда формирования индивидуального и общественного здоровья;

- взаимосвязь и взаимодействие человека с социальной средой по поводу здоровья;

- связь социальной стратификации и здоровья населения, тенденции социальных неравенств в здоровье;

- болезнь как состояние, препятствующему реализации психической, физиологической, репродуктивной и социальной жизнедеятельности индивида;

- социальное здоровье как показатель социального благополучия индивида, мера адаптированности и социальной активности индивида в обществе;

- здравоохранение как социальная система и социальный институт [3, с. 37].

Можно выделить несколько групп социального здоровья. В первую группу включены социально здоровые – это идеал, к которому стремится наше общество. Это люди творческие, имеющие духовно-

нравственные ценности и не склонные к девиантному поведению. Вторую группу составляют обыватели (социально-конформные) – это самая многочисленная группа, которая характеризуется склонностью к нарушению социальных норм в корыстных целях. Толерантны ко всему, что не касается личного. Третья группа – это социальные невротики, то есть люди, заикленные на карьере. Вся их жизнь состоит из стремления к высокой должности. Склонны к алкоголю, наркотикам, что подрывает социальное здоровье личности. Четвертая группа состоит из социальных психопатов – это лица, имеющие «перевернутые» ценности, то есть нарушенные социальные нормы они считают нормой в своей жизни. В эту группу входят мошенники и т. д. Заключительную, пятую, группу составляют люди, обладающие большими финансовыми ресурсами, однако они их не используют на решение проблем других людей и мира. Им присуща главная (порой единственная) цель – накопление денежных средств [4].

Таким образом, здоровье как социальный феномен определяется из места и роли человека общественной жизни, его социальных связях, степени реализации им общественных интересов, позволяющий ему быть высоко социально адаптивным. Основной целью функционирования любого общества является его благополучие, под которым понимается наличие максимально благоприятных предпосылок жизнедеятельности, способствующих достижению и поддержанию оптимальной для данной территории численности популяции. Следовательно, благополучие популяции обусловлено эффективным функционированием всех составных элементов общества. В этом заключается смысл социальной обусловленности здоровья. Здоровое общество – это общество, эффективное согласно конечным оценкам его жизнедеятельности.

### Список литературы:

1. Актуальные проблемы исследования социального здоровья / под ред. Р.А. Зобова, А.А. Козлова. – Ч. 1. – СПб.: Химиздат, 2004. – 168 с.
2. Караяни А.Г. О работе секции «Социальное здоровье нации и будущее России» [электронный ресурс] / А.Г. Караяни. – Режим доступа. – URL:<http://nirsi.ru/materials/meroprijatija/vistupl/karajani.php> (дата обращения 02.02.2016).
3. Лебедева-Несевря Н.А. Социология здоровья: учеб. пособие для студ. вузов / Н. А. Лебедева-Несевря, С. С. Гордеева; Перм. гос. нац. иссл. ун-т. – Пермь, 2011. – 238 с.
4. Мединская М.А. Социальное здоровье человека [электронный ресурс] / М.А. Мединская. – Режим доступа. – URL: [http://sociosphera.com/publication/conference/2012/143/socialnoe\\_zdorove\\_cheloveka/](http://sociosphera.com/publication/conference/2012/143/socialnoe_zdorove_cheloveka/) (дата обращения 02.02.2016).
5. Наумов С. Ю. Власть и социальное здоровье российского общества [электронный ресурс] / С.Ю. Наумов. – Режим доступа. – URL: [http://www.transpress.ru/articles/0509/02\\_04.shtml](http://www.transpress.ru/articles/0509/02_04.shtml)
6. Психология здоровья / под ред. Г. С. Никифорова. – СПб.: Питер, 2006. – 607 с.

УДК 316.334.5

### **Методологические подходы к изучению социального здоровья**

***Ирина Николаевна Лесанова***

*магистр 2 года обучения направления подготовки*

*«Социальная работа»,*

*Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарёва,*

*г. Саранск, Россия*

*e-mail: palibina.sasha@mail.ru*

**Динара Асымовна Бистяйкина**

*к.соц.н., доцент кафедры социальной работы*

*Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарёва,*

*г. Саранск, Россия*

*e-mail: palibina.sasha@mail.ru*

**Аннотация.** *В статье анализируются методологические подходы к изучению аспектов социального здоровья. Выделены методологические проблемы исследования социального здоровья.*

**Ключевые слова:** *социальное здоровье; методологические подходы к определению социального здоровья; модель социального здоровья.*

**Abstract.** *The article analyzes the methodological approaches to the study of the social aspects of health. Obtained methodological problems of social health research.*

**Keywords:** *social health; methodological approaches to the definition of social health; social model of health.*

Вопросы социального здоровья сегодня являются особо актуальными. Отдельные аспекты социального здоровья человека, общества, нации становятся предметом исследования многих ученых: социологов, медиков, демографов, экономистов и пр. В науке существует несколько подходов к определению социального здоровья, которые могут быть объединены в несколько групп по ряду оснований.

Некоторые аспекты социального здоровья изучаются с помощью динамических или акцентных характеристик, предполагающие большой объем показателей, которые описывают состояние той или иной группы на определенный момент времени (например, эпидемий гриппа).

Акцент на динамических характеристиках предполагает фиксацию значений ограниченного числа показателей через определенные интервалы времени. Актуальная информация может собираться с помощью социально-статистических исследований, которые основываются на анализе данных первичного статистического учета (государственный или ведомственный статистический учет) либо на непосредственном изучении членов всего общества или его части.

Еще одну группу изучения социального здоровья составляют методы сбора первичной информации. Это могут быть исследования по типу переписей, в которых фиксируется определенный ряд параметров всех членов общества; исследования, проведенные с помощью визуального наблюдения (например, для изучения массовых явлений); исследования с применением клинико-анамнестического метода; обследования с применением инструментального оснащения (например, для установления показателей физического развития); опросы; исследования по экспериментальным планам.

Для анализа полученной информации все исследования социального здоровья можно разделить на описательные, аналитические и выполненные с применением многомерных статистических методов. Описательные исследования направлены на описание уровня распространенности того или иного явления в обществе. Целью аналитических исследований является оценка явления в отдельных массивах общества: территориальных, демографических, экономических, социальных и пр. Многомерные статистические методы применяются для анализа глубинных закономерностей формирования того или иного явления или процесса. В организационном аспекте эти виды исследования часто выступают в качестве стадий анализа первичных данных одного и того же исследования.

Ключевой методологической проблемой при изучении социального здоровья является проблема причинности. Любые явления или процессы, происходящие в сфере социального здоровья могут выступать одновременно и причиной и следствием состояния социальной среды. Например, преступное поведение может интерпретироваться и как следствие процессов социальной дезорганизации, и как причина социальной дезорганизации, если приобретает массовый характер. Нарушения в субъективном психологическом благополучии индивида по психосоматическому механизму могут привести к соматической (физической) болезни, но и симптоматика соматической болезни приведет к нарушению субъективного психологического благополучия индивида [2, с. 150].

Существует два вида социальных исследований здоровья, позволяющие делать выводы о причинности.

1. Ретроспективные исследования. В этом виде исследований выбирается событие в прошлом, влияние которого на здоровье требуется изучить, и формируется статистическая группа, подвергавшаяся воздействию этого события. Например, это могут быть дети, госпитализировавшиеся в возрасте 11-13 лет два десятилетия назад в психиатрическую больницу. Затем из их сверстников формируется контрольная группа, максимально близкая к изучаемой по основным социально-демографическим параметрам. Проводится оценка показателей здоровья представителей этих групп, и по их сравнительному отличию делается вывод о влиянии психиатрической госпитализации в детстве на здоровье во взрослом возрасте.

2. Проспективные исследования. В этом виде исследований первоначально проводится оценка здоровья по максимально широкому кругу показателей в группе детей, подростков или молодых взрослых с последующим повторением замеров через фиксированные промежутки

времени, с одновременной фиксацией воздействия потенциально повреждающих здоровье социальных факторов на протяжении всего их жизненного пути. Наличие статистических связей между воздействием зафиксированных ранее факторов с актуальным состоянием здоровья служит доказательством их причинного влияния на здоровье [2, с. 151].

Некоторыми исследователями (в частности, О. С. Мишиной) отмечается, что еще одной важной методологической особенностью при изучении социального здоровья является анализ взаимодействия действия человека и местного сообщества. Для исследования социального здоровья человека в конкретном местном сообществе применяется метод построения модели социального здоровья человека, которая является оптимальной для изучаемого региона. Для построения такой модели необходимы следующие показатели, характеризующие состояние социального здоровья человека в местном сообществе:

- состояние окружающей среды: географические и природно-климатические условия, экология, продукты питания;
- социально-экономическая ситуация: уровень развития страны, государства, города/села, конкретной социальной группы/семьи;
- демографическая ситуация в регионе;
- охрана здоровья населения: уровень культуры здоровья населения, медицинская система;
- доступность образования, получение социальных благ;
- профессионально-трудовая адаптация: обеспеченность местного сообщества рабочими местами, возможность трудоустройства в соответствии с имеющимися знаниями и навыками, адаптация в трудовом коллективе, профессиональный рост; охрана труда.
- муниципальная социальная политика, включающая в себя: семейную политику, молодежную политику, социальную поддержку и социальную защиту;

– культурно-духовное и идеологическое развитие [1].

Эти показатели характерны для основных сфер жизнедеятельности как любого местного сообщества, так и для отдельного человека. При этом уровень социального здоровья населения не только зависит от факторов воздействия внешних сред, но и находит выражение в индикаторах этих сред.

Таким образом, методология такого феномена как социальное здоровье является достаточно сложной и интегральной, использующая методы исследования разнообразных наук.

Список литературы:

1. Мишина О. С. Методология исследования социального здоровья человека в местном сообществе [Электронный ресурс] / О.С. Мишина. – Режим доступа. – URL: [http://teoria-practica.ru/rus/files/arhiv\\_zhurnal/2011/5/s%D0%BEci%D0%BEI%D0%BEiy%D0%B0/mishina.pdf](http://teoria-practica.ru/rus/files/arhiv_zhurnal/2011/5/s%D0%BEci%D0%BEI%D0%BEiy%D0%B0/mishina.pdf).

2. Психология здоровья / под ред. Г. С. Никифорова. – СПб.: Питер, 2006. – 607 с.

УДК 613.97

**Уровень осведомленности студентов ЗабГУ и МНУМН по  
вопросам ВИЧ\СПИДа**

*Мария Сергеевна Ловчева*

*студент специальности социальная работа,  
Забайкальский государственный университет,  
г. Чита, Россия*

*Научный руководитель: Андрей Владимирович Патеюк  
д.мед.н., профессор,  
Забайкальский государственный университет,*

**Аннотация.** В статье приведены результаты опроса студентов Забайкальского государственного университета и Монгольского национального университета медицинских наук об уровне осведомленности по проблеме ВИЧ. Показано, что респонденты обеих сторон являются в достаточной мере осведомленными, однако остаются и те студенты, знания которых являются не полными и не объективными. Таким образом, профилактические меры, проводимые в ВУЗах, можно считать действенными, но следует учесть категорию студентов, мало знающих о ВИЧ, и еще раз сделать акцент на повышение информированности о ВИЧ/СПИДе.

**Ключевые слова:** студенты, ВИЧ/СПИД, информированность, профилактика.

**Abstract.** The article presents the results of a survey of students Transbaikal State University and the Mongolian National University of Medical Sciences about the level of awareness on HIV. It is shown that the respondents on both sides are sufficiently aware, however, remain those students whose knowledge is incomplete and not objective. Thus, preventive measures are carried out in universities, it can be considered effective, but should take into account the category of students who know little about HIV, and more time to focus on raising awareness about HIV/AIDS.

**Keywords:** students, HIV/AIDS awareness, prevention.

1 декабря 1988 года под эгидой ООН впервые начали отмечать Всемирный день борьбы со СПИДом [1, 2]. По данным клинико-профилактического отдела «Центра СПИД» в России на 01.11.2014 года зарегистрировано 864394 ВИЧ-инфицированных (показатель-602,4), по

Сибирскому округу на 01.10.2015 года – 202 884 (показатель 1051,2), на 1 ноября 2015 года в Забайкальском крае зарегистрировано с прибывшими и иностранцами 5945 ВИЧ-инфицированных (показатель 545,0) [3].

На площадке Забайкальского Государственного Университета состоялась международная российско-монгольская on-line конференция «Скажем СПИДу – Нет!», участники которой освятили актуальные вопросы, касающиеся проблем ВИЧ и СПИДа.

Одной из приоритетных целей данной конференции было выявление уровня осведомленности студентов о данной проблеме, как Забайкальского государственного университета, так и Монгольского национального университета медицинских наук. По данным сравнительного анализа монгольская сторона охватила 59 студентов 1 курса, а забайкальская – 100 студентов 2-4 курса.

На вопрос о том, «есть ли у вас информация о ВИЧ/СПИДЕ» 100% монгольских и 90% забайкальских студентов ответили положительно. Однако, источники этой информации были различны. Наибольшее количество респондентов ЗабГУ узнали о ВИЧ-инфекции по радио, телевидению и интернету 57%, от врачей 20%, из специальной медицинской литературы 18%, а менее частыми источниками оказались родители 10%, знакомые 9%, а так же различные газетные издания и журналы 10%. В то время, как большинство респондентов Монгольского университета, получили данную информацию из специальной медицинской литературы (25%), от врачей 21%, от знакомых 18%, газетные издания и журналы 17%, по радио, телевидению и интернету 14%, от родителей 5%. Приблизительно равное количество респондентов обращались к специальной медицинской литературе и медицинским работникам, в то время, как

например, такой источник как интернет распространён больше других среди студентов ЗабГУ.

Важным аспектом профилактики является формирование понимания учащихся о том, что такое СПИД. 85% как забайкальских, так и монгольских респондентов ответили, что это неизлечимое инфекционное заболевание. Остальные 15% дали неправильные ответы. 7% и 15% студентов обоих ВУЗов (соответственно) утверждают, что это излечимое заболевание, а 8% оставшихся забайкальских респондентов затруднились с ответом.

Нам так же важно было понять о том, знают ли студенты причины, которые обуславливают возникновение СПИДа. Так, 86% респондентов ЗабГУ посчитали возможной причиной вирус, 5% – бактерию, 2% грибок, и 7% признались в отсутствии знаний. В целом, мы были удовлетворены полученными результатами, т.к. 86% опрошенных студентов ответили верно, но, к сожалению, были и те 14%, кто не знал о возможном пути заражения ВИЧ-инфекцией. В тоже время монгольская сторона представила такие данные: 51% считают возможной причиной вирус, 34% – грибок и 15% – затрудняются с ответом.

Для обеспечения безопасности профилактические меры затрагивают и вопрос о способах передачи ВИЧ. Сравнив данные ответов на этот вопрос получили следующие варианты, которые приводим ниже. Правильными и наиболее частыми ответами забайкальских студентов были такие ответы: половым путем 20%, при использовании нестерильных шприцов и других медицинских инструментов 15%, при внутривенном введении наркотиков 22%, при переливании зараженной донорской крови 15%, от матери к ребенку 19%, а неправильными – с укусом комара 1%, при поцелуях 1%, по воздуху 1%. Наиболее частыми и правильными ответами монгольских

респондентов были такие как: от матери к ребенку 25%, половым путем 25%, при переливании зараженной донорской крови 24%, при внутривенном введении наркотиков 16%, а не правильными – с укусом комара 13%, при поцелуях 7%.

Особенно важным был и тот факт, знают ли студенты о том, как защититься от ВИЧ. Обобщая полученные данные, мы убедились в «осведомленности» респондентов. Правильными и наиболее частыми ответами забайкальских и монгольских студентов были соответственно: избегать случайных половых контактов – 28% и 32%, так же 34% и 24% выделяют отказ от приема наркотиков, избегать переливания необследованной на ВИЧ донорской крови – 24% и 24%, обязательно пользоваться средствами защиты при половых контактах – 22% и 12%, Не правильно ответило 3% и 6% опрошенных, которые дали следующие ответы: не пользоваться общим бассейном 1% и 3% и не пользоваться общей посудой 1% и 3%.

Далее, мы бы хотели убедиться, знают ли студенты о проводимых профилактических мерах по борьбе с ВИЧ инфекцией. Анализ данных показал, что 71% и 73% забайкальских и монгольских респондентов (соответственно) ответили положительно, а 9% и 23% отрицательно, и 20% и 7% затруднялись с ответом. Данная группа студентов, которая составляет около 30% от общего числа опрошенных, не участвует в жизни своего ВУЗа, не ведет здоровый образ жизни.

Следующий вопрос звучал таким образом: «Если «да», то в какой форме проходят эти профилактические мероприятия. Как в Забайкальском, так и в Монгольском университетах (соответственно), чаще всего они проводятся в форме лекции, уроков, специальных занятий по вопросам профилактики ВИЧ и СПИД 21% и 26%, просмотра видео материалов 20% и 7%, распространение буклетов и специальной литературы 24% и 30%, а так же различных тематических

мероприятий 23% и 25%, реже проводятся индивидуальные беседы с медицинскими работниками 7% и 7%, и наглядная агитация (плакаты, стенгазеты) 5% и 7%.

Проанализировав ответы на вопрос, «Какие из перечисленных мер Вы считаете целесообразным для профилактики СПИДа?», мы сформировали список наиболее частых:

1. пропаганда среди школьников и студентов путем проведения занятий в средних и высших учебных заведениях;
2. широкое использование средств массовой информации;
3. использование индивидуальных одноразовых шприцов;
4. наглядная агитация в учебных заведениях.

Таким образом, профилактические меры, можно считать действенными, т.к. респонденты обеих сторон являются в достаточной мере осведомленными, однако остаются и те студенты, знания которых являются не полными и не объективными. В дальнейшей нашей работе, важно учесть эту категорию и еще раз сделать акцент на:

- предупреждение заражения ВИЧ-инфекцией;
- информированности о ВИЧ/СПИДе;
- проведение волонтерами отряда «Ойкос» мероприятий среди подрастающего поколения: лекций, бесед, мастер-классов, конкурсов рисунков, а так же выпуск стенгазет, раздача листовок и флаеров, проведение флеш-мобов.

#### Список литературы:

1. Социальная медицина: учебник / под. Ред. А.В. Мартыненко. – под ред. А.В. Мартынеко М.: Юрайт, 2014. – 475 с.
2. Социальная работа: история, теория и практика: монография / В.В. Харабет [и др.] под ред. В.В. Харабета, А.И. Андрющенко. – Мариуполь: ПГТУ, 2015. – 390 с.

3.<http://www.orgpage.ru/chita/kraevoy-tsentr-po-profilaktike-i-638622.html>.

УДК 159.923:17.023

### **Ценностная сфера китайских студентов**

**Ван Сяо Лун**

*аспирант кафедры психологического  
консультирования и психотерапии,*

*Харьковский национальный университет имени В.Н.Каразина,*

*г. Харьков, Украина*

*e-mail: va123@mail.ua*

**Аннотация.** *Статья посвящена изучению ценностной сферы китайских студентов. Доминирующими ценностями, независимо от уровня субъективного благополучия, являются сферы любви, материальной обеспеченности и счастливой семейной жизни. Наибольшая конфликтность установлена в группе китайских студентов с низким уровнем субъективного благополучия.*

**Ключевые слова:** *субъективное благополучие, ценность, доступность, студенты из Китая.*

**Abstract.** *The article is devoted to the study of valuable sphere of Chinese students. The dominant values, regardless of the level of subjective well-being, are spheres of love, financial security and a happy family life. Most conflict is set in a group of Chinese students with low levels of subjective well-being.*

**Keywords:** *subjective well-being, value, accessibility, chinese students.*

На всемирной конференции по вопросам высшего образования ЮНЕСКО 2009 было указано, что академическая мобильность и в том числе кросс-граничное получение образовательных услуг являются факторами повышения качества и эффективности высшего образования.

Учитывая тенденции социальных изменений, профессиональному образованию в ВУЗе на сегодняшний день не достаточно делать акценты лишь на усвоение знаний, приобретение умений и навыков [1 и др.]. Образовательные стандарты нынешнего поколения направлены не только на интенсификацию квалификации образовательного процесса, но также на развитие личностного потенциала будущего специалиста. В этом свете психологические аспекты являются существенными в обеспечении вопросов психологических факторов, участвующих в обеспечении интеграции отечественных вузов в международную систему высшего образования, что является весьма актуальным для полноценного обучения иностранных студентов, их адаптации и благополучного существования во время обучения. Субъективное благополучие является одним из наиболее важных интегративных психических образований, определяющих различные аспекты отношения человека с миром и успешность его взаимодействия с ним. Исходя из этого, целесообразным является установление психологических факторов субъективного благополучия китайских студентов [2,3,4]. На основе идентифицированных факторов, участвующих в оценках субъективного благополучия китайских студентов, возможно создание социально психологического тренинга, цель которого повышение уровня субъективного благополучия.

Описание выборки и методов исследования. Выборку составили 226 человек, из них 119 женщин и 107 мужчин, в возрасте от 19 до 25 ( $22 \pm 2,1$ ) лет, студенты 2-4 курса обучения Национального аэрокосмического университета им. Н.Е.Жуковского «ХАИ» и

Харьковского университета имени В.Н.Каразина.

В результате обработки данных «шкалы субъективного благополучия» были получены следующие результаты. Высокий уровень субъективного благополучия зафиксирован у 65 человек (28,76%); средний – у 99 человек (43,81%); низкий – у 62 человек (27,43%). У женщин высокий уровень выявлен у 33 человек (27,73%); средний – у 54 человек (45,38%); низкий – у 32 человек (26,89%). У мужчин высокий уровень субъективного благополучия обнаружен у 32 человек (29,90%); средний – у 45 человек (42,06%); низкий – 30 у человек (28,04%).

Наибольший процент испытуемых находится на среднем уровне субъективного благополучия. Процентное распределение по уровням субъективного благополучия у мужчин и женщин приблизительно одинаково.

На этом этапе нашего исследования было выявление взаимодействия доминирующих ценностей и конфликтов личности. С этой целью была использована методика «Уровень соотношения ценности и доступности в различных жизненных сферах» [5].

Результаты, полученные в группе китайских студентов с высоким уровнем субъективного благополучия указывают, что «ценность» и «доступность» находятся в «нейтральной зоне». То есть, в основном характерно бесконфликтное, спокойное состояние, где «желаемое» и «реальное» полностью или частично совпадают, гармонически уравновешены во внутреннем мире. Это такое состояние, когда значимые потребности в основном удовлетворены, а ценности реализованы. Одними из наиболее ценных сфер для китайских студентов с высоким уровнем субъективного благополучия являются сферы любви, материальной обеспеченности, счастливой семейной жизни. Конфликт зафиксирован по сфере счастливой семейной жизни,

которая пока не доступна студентам с высоким уровнем субъективного благополучия. Наряду с остальными удовлетворенными жизненными сферами, эта сфера видимо не нарушает гармонии и не сказывается на высоких оценках собственного благополучия.

В группе студентов со средним уровнем субъективного благополучия доминирующими ценностями являются любовь, материальное обеспечение и счастливая семейная жизнь. При этом установлен внутренний конфликт между ценностью материального благосостояния и его доступностью, а также между ценностью счастливой семейной жизни и ее доступностью. Это создает состояние, когда ценностный объект малодоступен или не доступен совсем, «желаемое» не совпадает с «реальным», значимые потребности и ценности находятся в состоянии блокады. Кроме этого, установлено, что сфера возможности расширения своего образования, кругозора, общей культуры, а также интеллектуальное развитие пребывает во внутреннем вакууме. То есть сфера познания доступна, но не представляет интереса, это сопровождается как «внутренний балласт», ненужность. Остальные сферы ценностей и их доступности находятся в нейтральной зоне.

В группе студентов с низким уровнем субъективного благополучия внутренний конфликт зафиксирован по пяти жизненным сферам, а именно: здоровье, интересная работа, любовь, материальное обеспечение, счастливая семейная жизнь. Внутренний вакуум зафиксирован по сфере познание, это означает, что эта сфера доступна, но не представляет интереса, что порождает переизбыток, ненужность и никчемность этой сферы. Наиболее значимыми сферами для этой группы студентов из Китая являются сферы любовь, материальное обеспечение, счастливая семейная жизнь.

Сравнивая сферы «ценного» и «доступного» в трех

исследованных группах можно говорить о том, что доминирующими ценностями независимо от уровня субъективного благополучия являются сфера любви, материальной обеспеченности и счастливой семейной жизни. При этом конфликт в сфере счастливой семейной жизни у студентов с высоким уровнем субъективного благополучия на фоне остальных удовлетворенных жизненных сфер не приводит к снижению уровня благополучия. При среднем уровне субъективного благополучия наблюдается диссоциация между сферами ценности и доступности в сфере материального благосостояния и счастливой семейной жизни, а также внутренним вакуумом в сфере познания. Наибольшая конфликтность в жизненных сферах между их ценностью и доступностью установлена в группе китайских студентов с низким уровнем субъективного благополучия, а именно: по сфере здоровья (при отсутствии реально подтвержденного диагноза), интересной работы, любви, материального обеспечения, счастливой семейной жизни. Внутренний вакуум зафиксирован по сфере познания.

Фактором определяющим уровень субъективного благополучия являются не доминирующие ценности, а степень их доступности, широта диссоциации, внутренней конфликтности и внутреннего вакуума в сферах «ценности» – «доступности».

#### Список литературы:

1. Буланова-Топоркова М.В. Педагогика и психология высшей школы: Учебное пособие. – Ростов н/Д: Феникс, 2002. – 544 с.
2. Погорская В.А. Взаимосвязь субъективного благополучия и ценностно-смысловой сферы личности у студентов педагогических профессий // Вектор науки ТГУ. Серия: Педагогика, психология. – 3(6) – 2011. – С. 252.
3. Соколова М.В. Шкала субъективного благополучия – Ярославль: НПЦ «Психодиагностика», 1996. – 17 с.

4. Усова Н.В. Социально-психологические факторы субъективного благополучия личности в условиях миграции [Электронный ресурс] // Психология, социология и педагогика. – Сентябрь 2012. – №9 URL: <http://psychology.snauka.ru/2012/09/1022>

5. Фанталова Е.Б. Об одном методическом подходе к исследованию мотивации и внутренних конфликтов (на контингенте больных артериальной гипертензией и здоровых лиц) // Психол. журн. – 1992. – Т. 13. – №1. – С. 107-117.

6. Фанталова Е.Б. Уровень соотношения «ценности» и «доступности» в различных жизненных сферах: психометрическое исследование показателей. Методика // Мир психологии: научно-методический журнал. – М., 2011. – №2 (66) (апрель – июнь). – С. 228-243.

7. Фанталова Е.Б. Ценности и внутренние конфликты: теория, методология, диагностика. – LAP LAMBERT Academic Publishing GmbH&Co.KG, 2012. – 192 с.

УДК 373.5

**Отношение к здоровью молодежи как фактору повышения  
человеческого капитала**

***Ольга Николаевна Малах***

*к.биол.н., доцент,*

*Витебский государственный университет имени П.М. Машерова,*

*г. Витебск, Р. Беларусь*

*malaholga1@gmail.com*

***Оксана Владимировна Федукевич***

*студентка факультета социальной педагогики и психологии,*

*Витебский государственный университет имени П.М. Машерова,*

*г. Витебск, Р. Беларусь*

***Аннотация.** В статье рассматриваются вопросы отношения молодежи к здоровью как фактору повышения человеческого капитала. В исследовании приняли участие 30 человек. Для изучения особенностей отношения к своему здоровью у молодежи был использован опросник «Отношение к здоровью» Р.А. Березовской. На основе специального изучения отношения к здоровью и наличия специфических мотивов к ведению здорового образа жизни у юношей и девушек разработана профилактическая программа и применен курс коррекционно-развивающих занятий, ориентированных на изменение отношения молодежи к здоровому образу жизни.*

***Ключевые слова:** здоровье, здоровый образ жизни, молодежь.*

***Abstract.** In article youth attitude questions towards health as to a factor of increase of the human capital are considered. 30 people took part in research. For studying of features of the attitude towards the health at youth the questionnaire «The attitude towards health» of R. A. Berezovskaya was used. On the basis of special studying of the attitude towards health and existence of specific motives to maintaining a healthy lifestyle at young men and girls the preventive program is developed and the course of the correctional developing occupations focused on change of the relation of youth to a healthy lifestyle is applied.*

***Keywords:** health, healthy lifestyle, youth.*

Важнейшая закономерность современного постиндустриального развития – возрастание роли человеческого капитала в «инновационной экономике» [1]. Инновационная экономика (экономика знаний) – это тип новой экономики, где основной движущей силой прогресса являются знания, сосредоточенные в человеческом капитале и информационном поле вокруг него [5]. Человеческий капитал в условиях информационного общества является важнейшим фактором

воспроизводства национального богатства и его необходимым элементом. Качество человеческих ресурсов становится определяющим для достижения конкурентных преимуществ современных экономик. На примере изучения 192 стран Мировой банк пришел к заключению, что 64% экономического роста обусловлены человеческим и социальным капиталом [2, 5]. Чем лучше показатель здоровья людей, тем длительнее период эффективного использования человеческого капитала.

В последние годы состояние здоровья населения вызывает обоснованную общественную тревогу. Наблюдается кризис физического, психического и нравственного здоровья практически всех возрастных групп: очень высока заболеваемость, сократилась продолжительность жизни, снижается доля трудоспособного населения. Снижился уровень репродуктивного здоровья, что проявляется резким падением рождаемости, увеличением числа разводов, неполных и неблагополучных семей [1].

Особым носителем человеческого капитала, от которого зависят качественные и количественные его характеристики, выступает молодежь, которая является социальной группой, наиболее мобильной и восприимчивой к происходящим изменениям [3]. Это также и наиболее уязвимая социальная группа, требующая грамотно спланированной и системно осуществляющейся при достаточном финансовом обеспечении поддержки государства в целях сохранения и развития созидательного потенциала общества [4].

В связи с этим целью исследования было выявить отношение к собственному здоровью молодежи как фактору, повышающему человеческий капитал. В исследовании приняли участие 30 человек (27 девушек и 6 юношей). Средний возраст испытуемых составил 22 года.

Для изучения особенностей отношения к своему здоровью у молодежи использовался опросник «Отношение к здоровью» Р.А.

Березовской. Опросник состоял из 10 вопросов, которые были распределены по четырем шкалам: когнитивной, эмоциональной, поведенческой и ценностно-мотивационной.

Результаты исследования показали, что как у юношей, так и у девушек присутствует положительная мотивация к здоровому образу жизни, однако были отмечены и некоторые различия. Так, юноши дают более правильное определение понятия «здоровье», схожее с определением ВОЗ, однако менее высоко, чем девушки оценивают влияние различных информационных источников на осведомленность в области здоровья. Девушки склонны более внимательно относиться к состоянию своего здоровья, большое значение придают информации о здоровье, полученной от врачей-специалистов, чего нельзя сказать о юношах, которые очевидно из-за боязни врачей, очень редко посещают медицинские учреждения в целях профилактики. Кроме того, девушки знают большее количество средств для поддержания своего здоровья, к примеру, используют специальные оздоровительные системы, а юноши склонны поддерживать свое здоровье традиционными всем известными способами, такими как контроль веса, забота о режиме сна и отдыха и т.д. Вместе с тем, большинство юношей недооценивают профилактическую заботу о своем здоровье. К одной из основных причин недостаточной заботы о здоровье большинство юношей отнесли такой пункт, как «есть более важные дела», что может говорить о том, что юноши все же не до конца понимают всю важность и первостепенность профилактической заботы о состоянии своего здоровья.

В мотивации к здоровому образу жизни между юношами и девушками были выявлены определенные сходства. К примеру, абсолютное большинство девушек и юношей очень высоко оценили вредные привычки, как фактор, оказывающий наиболее существенное

влияние на состояние здоровья. Кроме того, очень высокий процент юношей и девушек стараются избегать вредных привычек, что свидетельствует о наличии положительной мотивации здорового образа жизни среди белорусской молодежи. Следует отметить также и тот факт, что при возникновении чувства недомогания как юноши, так и девушки прибегают к помощи врачей-специалистов, что говорит о том, что нашу молодежь волнует состояние своего здоровья.

Таким образом, на основе специального изучения отношения к здоровью и наличия специфических мотивов к ведению здорового образа жизни у юношей и девушек разработана профилактическая программа и применен курс коррекционно-развивающих занятий, ориентированных на изменение отношения молодежи к здоровому образу жизни.

#### Список литературы:

1. Ананьев Н.К. Здоровье нации – гарантия процветания общества / Н.К. Ананьев // Проблемы управления. – 2013. – №2. – С. 63-69.
2. Вержибок, Г.В. Возрастание роли человеческого капитала в национальной стратегии устойчивого развития / Г.В. Вержибок // Проблемы управления. – 2016. – №1. – С. 84-90.
3. Морев М.В. Теоретические аспекты изучения социального здоровья общества // Вопросы территориального развития. – Вып.4(4). – 2013. – С. 1-9.
4. Психология здоровья: учебник для вузов / под ред. ГС. Никифорова. – СПб.: Питер, 2006. – 607 с.
5. Человеческий потенциал Республики Беларусь / С.Ю. Слодовников [и др.]; П.Г.Никитенко (науч.ред.). – Минск: Беларус. Наука, 2009. – 716 с.

**Генная инженерия в пищевой продукции – медико-социальные проблемы**

***Димитр Марков***

*к.мед.н., профессор, д-р,*

*факультет общественного здравоохранения,*

*Медицинский университет Софии,*

*г. София, Болгария*

***Петр Маркова***

*к.мед.н., ас., д-р,*

*факультет общественного здравоохранения,*

*Медицинский университет Софии,*

*г. София, Болгария*

***Александрина Воденичарова***

*ас., факультет общественного здравоохранения,*

*Медицинский университет Софии,*

*г. София, Болгария*

***Донка Байкова***

*к.мед.н., профессор, д-р,*

*факультет общественного здравоохранения,*

*Медицинский университет Софии,*

*г. София, Болгария*

*e-mail: d.baykova@abv.bg*

***Аннотация. Проблема:*** *Еда – продукт современной биотехнологии, называемая еще – продуктами генной инженерии, является огромной медико-социальной проблемой для научного сообщества и общества в целом. Целью* данной работы *является проведение анализа и обсуждение современных медицинских и*

социальных проблем и проблем, связанных с растущим использованием технологии генной инженерии при производстве пищевых продуктов для питания человека. Были использованы документальный, социологический и статистический методы. **Результаты показывают**, что, несмотря на скептицизм населения, с огромной скоростью увеличиваются посевные площади с биотехнологическими культурами. В 2009 году: 77% сои генетически модифицирована (ГМ); Хлопка – 49%; Кукурузы – 26%; Рапса – 21%. Правило 1829/2003 Европейского Союза определяет предел (порог) – 0,9% присутствия установленного к использованию ГМО. В Болгарии действует специальный закон о генетически модифицированных организмах, 2005 г. Обсуждаются вопросы расширения использования генетически модифицированных пищевых продуктов растительного происхождения (главным образом), контроля, маркировки, мониторинга, оценки риска, риска для здоровья. Сделан **вывод**, что расширение применения технологий генной инженерии при производстве пищевых продуктов имеет неоспоримую медико-социальную значимость и является проблемой для всех обществ.

**Ключевые слова:** генетически модифицированные продукты, генная инженерия, медико-социальное значение, проблемы, контроль.

**Abstract. Problem:** Food – a product of modern biotechnology called yet - products of genetic engineering, is a huge medical and social problem for the scientific community and society in general. The aim of this work is the analysis and discussion of modern health and social problems, and the problems associated with growing use of genetic engineering technology in the production of food for human consumption. Documentary, sociological and statistical methods were used. The results show that, in spite of the skepticism of the population, with huge speed increase with acreage of biotech crops. In 2009, 77% of soy is genetically modified (GM); Cotton –

49%; Corn – 26%; Rape – 21%. Regulation 1829/2003 of the European Union defines the limit (threshold) – the presence of 0.9% set by the use of GMOs. In Bulgaria, a special law on genetically modified organisms, 2005 discussed the issues of expanding the use of genetically modified food products of plant origin (mainly), monitoring, labeling, monitoring, risk assessment, health risk. It is concluded that the extension of the application of genetic engineering technology has undeniable medical and social importance in the manufacture of food products and is a challenge for all societies.

**Keywords:** *genetically modified food, genetic engineering, medical and social importance, problems, control.*

Проблема. Еда как продукт современной биотехнологии, называемая еще – продукты генной инженерии, является огромной медико-социальной проблемой для научного сообщества и общества в целом.

Биотехнологические процессы при производстве пищи и напитков применялись на протяжении веков (закваска и дрожжи при приготовлении хлеба, дрожжевое брожение и т.п.). Генетически модифицированные организмы (ГМО) – организмы, чей генетический материал был изменен таким образом, который не существует в естественной среде или естественной рекомбинации. Сам ГМО является биологическим объектом, способным воспроизводить и передавать свой генетический материал [3, 7]. С огромной скоростью увеличиваются глобальные посевные площади с биотехнологическими культурами.

**Целью** данной работы является проведение анализа и обсуждение современных медицинских и социальных проблем и проблем, связанных с растущим использованием технологии генной инженерии в производстве пищевых продуктов для питания человека.

**Используемые методы:** документальный, социологический и статистический.

**Результаты.** В настоящее время генная инженерия при производстве пищевых продуктов предназначена для: Сокращения использования средств защиты растений, таких как гербициды, пестициды, инсектициды, удобрения; Повышения устойчивости растений и животных к биотическим и абиотическим стрессам; Продления срока годности пищевых продуктов; Улучшения питательной ценности пищи.

Скептицизм населения развитых стран к современной биотехнологии, особенно – к появлению генной инженерии в сельском хозяйстве, пищевой промышленности и производстве кормов, большой [1, 3, 5]. Тем не менее, с огромной скоростью увеличиваются глобальные площади посевов биотехнологических культур. Постоянно растущее население мира нуждается в пище при сохранении примерно той же территории сельхозугодий. Учитывая драматические изменения климата, в сочетании с истощением природных ресурсов (нефти, воды, азота), это было бы крайне сложно. Принимаются неотложные гуманитарные меры по борьбе с нищетой, голодом и недоеданием, которые в настоящее время впервые в мировой истории поражают более 1 млрд. человек [3].

Специалисты по питанию население опираются на сложные междисциплинарные достижения науки. Их усилия направлены на объединение лучшего из старых и новых методов, т.е. – использование современной генной инженерии или рекомбинантных ДНК-биотехнологий. В целях повышения мирового производства продуктов питания и кормов (кг на гектар) более широко используются биотехнологические растения. Например, в 2009 году отмечен рекордный рост в выращивании биоинженерных растений: 77% сои

генетически модифицирована (ГМ); 49% хлопка является продуктом рекомбинантной биотехнологии; 26% кукурузы является ГМ; 21% рапса является ГМ [3].

Актуальной медико-социальной проблемой является разработка и реализация обновленных и согласованных с международными стандартами национальных правил, обеспечивающих минимизирование риска для здоровья на нескольких уровнях, а именно: разрешение ГМ продуктов и ГМ производных продуктов; контроль над ГМ; Маркировка пищевых продуктов, содержащих ГМ; Условия размещения на рынке; отслеживание в динамике воздействия на здоровье [2, 3].

Правило 1829/2003 Европейского Союза определяет предел (порог) – 0,9% наличия одобренных для использования ГМО, ниже которого маркировка конкретного продукта не обязательна [6, 7]. Не допускаются ГМО, которые не имеют разрешения в ЕС и/или не прошли успешно оценку риска [4, 6, 7].

Болгария имеет специальный закон о генетически модифицированных организмах [4]. Этот закон регулирует процедуры: заявление; критерии оценки риска возможного воздействия на здоровье и окружающую среду; безопасность для здоровья; требования к маркировке; штрафы для нарушителей [2, 3]. Если болгарская компания хочет выпустить на рынок содержащую ГМ пищу, необходимо пройти процедуру авторизации, предусмотренную Законом о продуктах питания, а заявка рассматривается Национальной комиссией экспертов. Если процедура проходит на европейском уровне, комиссия при Министерстве здравоохранения (МЗ) подготавливает болгарское мнение по заявке на размещение на европейском рынке ГМ продуктов.

Периодический, регулярный мониторинг осуществляется в соответствии с Европейскими правилами и правилами Министерства

здравоохранения Болгарии – по плану за год [4]. Существует также контроль сигналов граждан и/или компаний. Все образцы пищи направляются в аккредитованную лабораторию для анализа наличия и идентификации ГМО. В настоящее время нет разрешенных ГМ содержащих продуктов животного происхождения. Деятельность учреждений, участвующих в процессе утверждения использования ГМО, в основном сосредоточена на продуктах растительного происхождения [1].

Огромный интерес к скоропортящимся растениям: цикорию, огурцам, папайе, помидорам, картофелю с устойчивостью к вирусам и болезням.

Мука, жир (масло), белок, крахмал, получаемые из генетически модифицированной кукурузы или сои, можно найти в тысячах продуктов, таких как макаронные изделия, закуски, сладости, диетические и сопутствующие продукты, соусы, супы, а также в корме для сельскохозяйственных животных [2, 4]. Все чаще выявляются несанкционированные ГМО в продуктах питания и других растительных материалах, что дает основание утверждать, что контроль над ГМ от лабораторий до полей должен быть улучшен.

Медико-социальные проблемы расширенного использования ГМО относятся к потенциальным рискам для здоровья, которые снова и снова должны подвергаться «проверкам» научных коллективов и специалистов Органов по безопасности пищевых продуктов во всем мире. В специализированной литературе обсуждаются данные экспериментов с лабораторными животными, которых кормили ГМ продуктами о: Желудочных поражениях; Аллергических реакциях: Создание нового гена в организме человека – аллергенного и/или токсичного; Генерирование мутации; Развитие резистентности к антибиотикам патогенных бактерий и т.д. [1-3].

Большая часть исследований и выводов исследовательских групп находятся под влиянием и контролем крупных корпораций. Большая часть данных о потенциальных рисках для здоровья остаются без раскрытия общественности. Всем известно, что риск для здоровья, порожденный моделью питания, в которой преобладают чуждые природным пищевые ингредиенты, часто отложен во времени, а на данном этапе не существует каких-либо свидетельств о последующих медико-биологических эффектах при длительном использовании генетически модифицированных пищевых продуктов.

Специалисты, технологи и производители продуктов питания постоянно объясняют общественности, что доступные в торговой сети продукты разрешены к употреблению специальным законодательством и их безопасность для здоровья человека гарантируется. В большинстве случаев это так.

Для оценки риска являются важными разработка и практическая реализация национальной системы мониторинга ГМО в продуктах питания.

Вывод:

Расширение применения технологий генной инженерии при производстве пищевых продуктов имеет неоспоримую медико-социальную значимость и является проблемой для всех обществ. В этом процессе, роль медицинских работников заключается в следующем: предоставить нормотворческую базу; повышать информированность населения через все современные средства – лекции и дискуссии на различных уровнях – СМИ, тематические кампании, интернет и др. Роль производителей ГМ продуктов: соблюдать правила производства; предоставлять точную информацию на упаковке пищевых продуктов. Роль надзорных органов: обеспечивать соответствия требованиям; обеспечивать надежность общества через предложения в розничную

торговлю продуктов питания с высоким качеством и безопасностью для здоровья. Роль потребителей: информировать себя и сделать свой собственный полезный выбор.

Список литературы:

1. Бабекова Р., Байкова Д. Генно инженерство в растениеводстве. «Хранително вкусова промишленост», 2007, бр.3, 41-44.

2. Бабекова Р., Байкова Д. Контрол на неразрешени генетично модифицирани организми в храни. Генетично модифициран ориз. «Хранително вкусова промишленост», 2008, бр. 3, Р. 48-50.

3. Бабекова Р. Контрол върху присъствието на генетично модифицирани организми в зърнени храни. Дисертационен труд, С., 2010.

4. Закон о генетично модифицирани организмах, ДВ. бр.27/2005г., изм. ДВ. бр.82/ 2009г.

5. Babekova R., Funk T., Pecoraro S., Engel K., Baikova D., Busch U. Duplex polymerase chain reaction (PCR) for the simultaneous detection of CryIa (B) and the Maize Ubiquitin promoter in the transgenic rice line KMD1, Biotechnology, Technological equipment, 2008, vol. 22, 2, P. 705-708.

6. Commission Regulation (EC) No 50/2000 on the labeling of foodstuffs and food ingredients containing additives and flavourings that have been genetically modified or have been produced from genetically modified organisms, Official J. Europ. Communities, 2000 – No L 006, p. 0015-0017.

7. Regulation (EC) No 1829/2003 of the European Parliament and of the Council of 22 September 2003 on genetically modified food and feed. Official Journal of the European Union, L 268/1.

**Преобладание технологически обработанной пищи в питании  
– фактор риска для социально-значимых заболеваний**

***Петр Марков***

*к.мед.н., ас., д-р,*

*факультет общественного здравоохранения,*

*Медицинский университет Софии,*

*г. София, Болгария*

***Димитр Марков***

*к.мед.н., профессор, д-р,*

*факультет общественного здравоохранения,*

*Медицинский университет Софии,*

*г. София, Болгария*

***Александрина Воденичарова***

*ас., факультет общественного здравоохранения,*

*Медицинский университет Софии,*

*г. София, Болгария*

***Донка Байкова***

*к.мед.н., профессор, д-р,*

*факультет общественного здравоохранения,*

*Медицинский университет Софии,*

*г. София, Болгария*

*e-mail: d.baykova@abv.bg*

***Аннотация.*** Проблема: Еда напрямую связана с укреплением здоровья и профилактикой современных социально-значимых заболеваний – сердечно-сосудистых, ожирением, нарушением обмена веществ, раком, аллергией, остеопорозом, аутоиммунными заболеваниями и др. ***Целью*** данной работы является анализ и оценка

рисков для здоровья, связанных с современной пищевой моделью, в которой преобладают технологически обработанные продукты. **Использовались:** документальный, социологический и статистический **методы**. **Результаты:** экспертный анализ данных Национального мониторинга 2004 года в Болгарии показывает, что помимо нарушения баланса питательных веществ в современной модели питания население, стоит и другая проблема – преобладание технологически обработанных продуктов, которые при чрезмерном употреблении увеличивают потенциальный риск для здоровья (особенно в группах риска) развития социально-значимых заболеваний. **Заключение:** Технологические добавки составляют большую группу веществ, некоторые из которых имеют токсикологическую значимость. На данном этапе, роль потребителей наиболее важна: основываясь на высокой культуре здоровья, им нужно сделать свой собственный обоснованный выбор и предпочесть как можно больше натуральных продуктов с наибольшей полноценностью. Социально-экономическая цена, которую платит общество при развитии заболеваний, неизмеримо больше.

**Ключевые слова:** технологические обработанные продукты, технологические добавки, повышенный потенциальный риск, социально значимые заболевания, обоснованный выбор.

**Abstract. Problem:** Food is directly related to health promotion and prevention of modern social diseases – cardiovascular, obesity, metabolic disorders, cancer, allergies, osteoporosis, autoimmune diseases, etc. The aim of this work is the analysis and evaluation of the health risks associated with the modern food model, which is dominated by technologically processed foods. **Were used:** documentary, sociological and statistical **methods**. **Results:** expert analysis in Bulgaria 2004 National monitoring data of the year shows that in addition to nutritional imbalances in the modern model of

*nutrition, is another problem – the predominance of technologically processed foods, which when excessive use increases the potential risk to health (especially in high-risk groups) development of socially significant diseases. **Conclusion:** The processing aids comprise a large group of substances, some of which are of toxicological significance. At this stage, the role of consumers is the most important: based on high culture of health, they need to make their own informed choices and choose as much as possible of natural products with the greatest usefulness. Socio-economic price paid by the Company in the development of diseases, far greater.*

***Keywords:** technological processed products, processing aids, the increased potential risk, socially significant diseases, informed choices.*

Проблема. Пища напрямую связана с укреплением здоровья и профилактикой современных социально значимых заболеваний, так как является мощным экологическим фактором, который в организме человека становится одним из самых важных регуляторов метаболических процессов. Поэтому и биологическая стоимость (полноценность) потребляемых продуктов, нарушение баланса питательных веществ (нехватка и избыток), безопасность и качество (в том числе – технологическая обработка), являются неоспоримым этиологическим фактором для ряда современных заболеваний с социальной значимостью (хронические неинфекционные заболевания) – сердечно-сосудистых заболеваний, ожирения, нарушения обмена веществ, рака, аллергии, остеопороза, аутоиммунных заболеваний и др. [5, 6].

Социально-экономические условия жизни и рынок продуктов в последние два десятилетия по новому смоделировали питание обычной семьи в Болгарии, что привело, как к некоторым положительным, так и

к неблагоприятным тенденциям в потреблении пищевых продуктов и связанных с питанием заболеваний.

**Целью** данной работы является анализ и оценка рисков для здоровья, связанных с современной пищевой моделью в Болгарии, с преобладанием технологически обработанных продуктов, обеспечивая надежную базу данных для создания программ, направленных на укрепление здоровья и профилактику социально значимых заболеваний.

Были использованы документальный, социологический и статистический методы.

**Результаты.** Данные Национального мониторинга за 2004 г. показывают [1, 2], что, кроме пищевых дисбалансов (высокое содержание жира, полная белковая недостаточность, дефицит некоторых биологически активных веществ, таких как кальций, железо, цинк, витамины группы В, каротиноиды, антиоксиданты, волокна и т.д.), в современной пищевой модели населения Болгарии, существует и еще одна важная и становится все более серьезной проблема, а именно – преобладание технологически обработанной пищи – вкусной, но без существенной питательности и сомнительной безопасности из-за постоянных комбинаций многочисленных технологических добавок [1, 2].

Согласно известному определению Европейского органа по безопасности пищевых продуктов (Food Safety Authority, FSA, Парма, Италия), технологические добавки или добавки в продукты питания (additives) являются «веществами природного или синтетического происхождения, которые обычно не используются самостоятельно в пищу, которые добавляются в технологических целях при производстве пищевых продуктов, обработке, упаковке, транспортировке или хранении и остаются в качестве ингредиента, даже в измененном виде» [3-5].

Болгарские потребители знают, что технологические добавки обозначаются: буквой «Е» (для стран Европейского союза, ЕС) и цифровым кодом, соответствующим соответствующему веществу. Они делятся на группы – красители, консерванты, антиоксиданты, стабилизаторы, минеральные соли, ароматизаторы и т.д. Часто имеют комбинированные технологические свойства. Содержатся почти во всех технологически обработанных продуктах и отсутствуют только в натуральных продуктах и смесях для детского питания.

Экспертные заключения непреклонны в том, что любая технологическая добавка по отдельности – в количествах, в которых она используется в этом продукте, является безопасной для здоровья человека в зрелом возрасте, т.е. – разрешена FSA, соответственно – национальным законодательством (Постановление №8/2002 г. Министерства здравоохранения Болгарии), на основе достоверных научных данных [4, 5].

Ни одно учреждение, однако, на данном этапе не отвечает за безопасность здоровья при комбинированном приеме продуктов, которые содержат различные «Е», сумма которых в рамках одного приема пищи индивида часто превышает двузначное число. Логично ожидать передозировки и/или взаимного усиления потенциальных побочных эффектов.

И в европейском, и в нашем национальном «Руководстве по полезному питанию населения Болгарии» за 2006 г., рекомендации медицинских работников потребителям ясны: во-первых – информированный выбор продуктов высокого качества; во-вторых – для ежедневного потребления отдавать предпочтение, если возможно, натуральным продуктам. Чтобы соответствовать определению «натуральной/естественной», состав пищи должен быть не менее чем на 95% натуральным [3-4]. Европейское ведомство по безопасности

пищевых продуктов рекомендует в пищевой промышленности использовать как улучшающие технологический процесс возможно больше натуральных веществ [4, 6, 7].

Эти рекомендации соблюдаются в пищевых продуктах, предназначенных для так называемых популяций риска, таких как дети и подростки, беременные и кормящие женщины, пожилые люди и т.д., из-за физиологических особенностей напряженного обмена веществ и особенностей их механизмов адаптации. Хорошими примерами могут быть технологические добавки на натуральной основе: окраска E100 (куркумин), E101 (рибофлавин), E140 (хлорофилл), E160a (каротины); антиоксиданты E296 (яблочная кислота), E330 (лимонная кислота), E307 (альфа-токоферол); Стабилизаторы E440 (пектин), и т.д.

Очевидно, что в случае передозировки, указанные технологические усилители будут увеличивать риск разблокировки отрицательного воздействия на здоровье.

В публичном пространстве оживленно обсуждаются многочисленные технологические добавки, о которых существуют данные, показывающие их негативные последствия для здоровья (особенно для чувствительных и уязвимых групп), даже при их использовании отдельно и в допустимых количествах и потому запрещенных для использования в различных странах. Но научные доказательства (регулярно обсуждаемые в FSA) не достаточны для их запрета.

Предметом дискуссии является потенциально повышенный риск для здоровья от возникновения социально значимых заболеваний, таких как: аллергия (или аллергические реакции) (приступы астмы, кожные высыпания и т.п.) – красный краситель E129 (Allura красный, AC); синие красители E131 (синий патентованный, V), E132 (индиго); коричневая краска E154 (коричневый, FK), E155 (коричневый, HT,

шоколад); красный краситель E180 (рубиновый лайтол, ВК); консерванты с комбинированным эффектом антиоксидантов E210 (бензойная кислота), E228 (гидросульфит калия). Дыхательные проблемы и проблемы центральной нервной системы – головокружение, слабость – консерванты с дополнительным эффектом стабилизаторов красителей – E250 (нитрит натрия), E252 (нитрат калия) и т.д.; Желудочно-кишечные инфекции (боль в животе), головная боль, раздражительность – консерванты E264 (ацетат аммония), E283 (пропионат калия) и др;. Комбинированные аллергические реакции и желудочно-кишечный дискомфорт – антиоксиданты, замедляющие прогорклость жиров E 310 (пропилгаллат), E312 (додецил галлата); повышенная канцерогенная опасность – красные красители E127 (эритрозин), E128 (Красный 2G); синий краситель E133 (Brilliant Blue, FCF); Искусственный подсластитель E954 (сахарин); Потенцирование канцерогенного риска от других веществ – антиоксидант E319 (трет-бутил гидро-хинон, ТВНQ) и т.д., и т.п. [4-7].

О риске для здоровья при комбинировании таких веществ нет данных. Неоспоримым фактом является то, что фактическая еда это неисчерпаемая палитра комбинаций технологических пищевых продуктов и напитков, соответственно – десятка «Е» в рамках одного приема пищи. Каков «объем» механизмов адаптации человека для того, чтобы иметь дело с их метаболизмом и выведением, предстоит установить. А пока, бесспорен «бум» аллергии, аутоиммунных, желудочно-кишечных, неврологических и раковых заболеваний.

И еще: Для всех нас очевидно, что риск для здоровья от аналогичной схемы питания, в которой преобладают технологически обработанные продукты (доступные, вкусные, долговечные, «быстрые», насыщающие и т.д.), часто откладывается во времени.

Специалисты, технологи и производители продуктов питания постоянно объясняют публике, что технологические пищевые добавки разрешены к употреблению специальным законодательством в соответствующих количествах, обеспечивающих их безопасность для здоровья человека (но – по отдельности). Правила, как показывают проверки Болгарского агентства по безопасности пищевых продуктов (БАБП), в большинстве случаев соблюдается. А когда, в результате новой научной информации и/или переоценки существующей, обнаруживается, что данная технологическая добавка, добавленная в продукты питания во время их производства, создает риск для здоровья потребителей, ее использование запрещается путем принятия мер для ее выведения из схемы и предоставляется информация для общественности [4]. Никто не следит за их комбинированным воздействием при обычном пищевом режиме.

Для оценки риска является важным создание национальной системы мониторинга технологических добавок. Необходимо ввести надежную методологию оценки риска (экспертного анализа имеющейся в настоящее время научной информации), управления рисками (законодательство и управление) и коммуникации риска (в обоих направлениях – вперед и назад, движение информации – от органов безопасности к потребителю и обратно).

Вывод:

Технологические добавки это большая группа веществ, некоторые из которых имеют токсикологическую значимость. Необходимо изучение их ежедневных поступлений в пищу и оценки риска комбинаций приоритетных добавок. Без сомнения, пока этого не произойдет, органы здравоохранения полагаются на обязательную, регулируемую и точную маркировку продуктов питания с их точным составом – в том числе с всеми «Е», которые они содержат. Потому что:

несбалансированная модель пищевого поведения с преобладанием технологически обработанных продуктов является независимым фактором риска для развития ряда социально значимых заболеваний. На данном этапе, роль потребителей очень важна: на основе высокой культуры здоровья они могут сделать свой собственный обоснованный выбор и предпочесть, возможно, больше натуральных продуктов. Так как пища является одним из основных факторов для профилактики заболеваний, а социальная и экономическая цена, которую платит общество при развитии заболеваний, неизмеримо больше.

#### Список литературы:

1. Байкова Д., Петрова С., Марков П., Ангелова К., Марков Д., Дулева В., et al., Консумация на храни от животински производ при възрастно население (1960 г.), Хранително-вкусова промишленост, 2009; бр. 4; Р. 45-49.

2. Байкова Д., Петрова С., Марков П., Ангелова К., Марков Д., Дулева В., et al. Консумация на храни от растителен производ при възрастно население (1960 г.), Хранително-вкусова промишленост, 2009; бр. 5; Р. 41-49.

3. Закон о пише – Обн. ДВ. бр.90, 1999г., изм. ДВ. бр.8 от 25.01.2011г.

4. Постановление №8/2002 г., Министерства здравоохранения Българии.

5. Национальный план действий «Пища и питание» 2005 – 2010, РБ, МЗ, изд. Деметра, с. 96.

6. Петрова С., Ангелова К., Байкова Д., Дулева В., et al. Препоръки за здравословно хранене на населението в България (18-65 години), МЗ, НЦООЗ, «Деметра», С. 31.

7. WHO. A Global Food Safety Strategy. Safer Food for Better Health, 2002.

**Некоторые аспекты социально значимых заболеваний**

***Вікторія Ярославівна Марушка***

*студентка 3 курса гуманітарного факультета,*

*Мукачівський державний університет*

*м. Мукачево, Україна*

*e-mail: marushka.vika@mail.ru*

***Аннотация.** В статье рассматриваются вопросы актуальности социально значимых заболеваний и описываются факторы влияющие на здоровье человека. Рассматривается здоровья народа в целом и влияние состояния здоровья человека на все сферы жизнедеятельности человека.*

***Ключевые слова:** Социально значимые болезни, здоровье народа, уровень здоровья, физическое развитие.*

***Abstract.** The article discusses the relevance of socially significant diseases and the factors that affect human health. We also consider the health of the people as a whole and human health impact on all spheres of human activity.*

***Keywords:** socially significant diseases, people's health, wellness, physical development.*

Поняття «соціально значущі хвороби» з'явилося в ХІХ ст. в епоху бурхливого промислового розвитку. У той час високий рівень захворюваності цією формою патології (в першу чергу туберкульоз) зв'язувався з важкими умовами праці, незадовільними побутовими умовами і недоступністю кваліфікованої медичної допомоги.

Як показав хід історичного процесу, соціальні перетворення, спрямовані на поліпшення умов праці і створення техніки безпеки,

підвищення якості життя працюючих, розвиток медицини призвели до зниження захворюваності деякими видами хвороб з цієї групи. Необхідно відзначити, що до соціально значущих захворювань в той час різні автори відносили різні хвороби. Так, туберкульоз і захворювання, що передаються статевим шляхом, спочатку відносилися до цієї групи. Іноді до соціально значущих захворювань відносили вітамінну недостатність (гіповітаміноз), неврози, голодування і ряд професійних захворювань [3].

Так, наприклад, істотний внесок у поширення захворювань, що передаються статевим шляхом, вносить недостатня інформованість широких верств населення про причини та епідеміології, клінічні прояви, принципи терапії, а головне, про профілактику. Видима легкість усунення ряду зовнішніх ознак цих хвороб за допомогою антибіотиків є підставою для "несерйозного ставлення" до них великої кількості громадян, і, головним чином молоді. Самолікування, яке набуло широких масштабів, сприяє переходу гострих видів захворювань в хронічну форму, важко піддається подальшій терапії і в майбутньому, часто приводить до безпліддя.

Зростання захворюваності основними неінфекційними захворюваннями, такими як гіпертонічна хвороба, психічна патологія, цукровий діабет та пухлинні хвороби, обумовлений рядом причин. Серед них можна назвати прискорення темпів життя (найбільш актуально для гіпертонічної хвороби і психічних захворювань).

Технічний прогрес, використання нових синтетичних матеріалів в промисловості, будівництві, побуті, погіршення екологічних умов життєдіяльності людини, а також зміна якості харчування сприяли збільшенню захворюваності на цукровий діабет та онкологічні хвороби.

Вік – важливий фактор у розвитку онкологічних захворювань. Багато злоякісних пухлин, у тому числі рак передміхурової залози,

шлунка і товстого кишківника, найчастіше зустрічається у людей у віці після 60 років. Більше 60% онкологічних захворювань виявляються після 65 років. В цілому, ймовірність виникнення таких захворювань після досягнення людиною 25-річного віку подвоюється кожні п'ять років. А зростання онкологічних захворювань, мабуть, є результатом поєднання більш сильного і тривалого впливу канцерогенних речовин і ослаблення імунної системи організму. Обидва ці фактори пов'язані зі збільшенням середньої тривалості життя людини.

До захворювань, що представляє небезпеку для оточуючих, віднесені:

- хвороба, викликана вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ);
- вірусні лихоманки, що передаються членистоногими, і вірусні геморагічні лихоманки;
- гельмінтози;
- гепатити В і С;
- дифтерія;
- інфекції, що передаються переважно статевим шляхом;
- лепра;
- малярія;
- педикульоз та інші інфестації;
- сап і мелиоїдоз;
- сибірська виразка;
- туберкульоз;
- холера; чума [3].

Визнано, що приблизно 50% здоров'я людини залежить від способу життя. А його негативними чинниками є шкідливі звички, надмірне фізичне та психологічне навантаження, несприятливі умови праці, малорухомість, незадовільні матеріально-побутові умови тощо. Соціальну значущість здоров'я можна оцінити через показники

працездатності, інвалідності й смертності. Тимчасова непрацездатність і особливо цілковита втрата працездатності завдають соціальної та економічної шкоди не лише конкретній особі, а й суспільству в цілому. Підвищення захворюваності, інвалідності та смертності призводить до прямої втрати трудового потенціалу [5].

Охорона здоров'я розглядається як система державних та громадських заходів правового, соціально-економічного, наукового, культурно-освітнього, організаційно-технічного, санітарно-гігієнічного і медичного характеру, спрямованих на збереження і зміцнення здоров'я людей, збільшення тривалості активного життя і працездатності, створення сприятливих для здоров'я умов роботи і побуту, забезпечення гармонійного фізичного і психічного розвитку дітей та підлітків, запобігання і лікування хвороб [3].

Отже, здоров'я народу – найбільша індивідуальна, громадянська та державна цінність, яка значною мірою впливає на стан національної безпеки, а також важлива умова розвитку суспільства. Таким чином, рівень здоров'я, його збереження і поліпшення є медико-соціальною проблемою, яка потребує у своєму оптимальному рішенні залежно від умов цього моменту, при зміні яких виникає необхідність удосконалення організації та управління системи заходів, спрямованих на досягнення мети – збільшення тривалості якісного життя [1].

Стан здоров'я відбивається на всіх сферах життя людей. Повнота і інтенсивність різноманітних життєпроявів людини безпосередньо залежить від рівня здоров'я, його «якісних» характеристик, які значною мірою визначають образ і стиль життя людини: рівень соціальної, економічної та трудової активності, ступінь міграційної рухливості людей, прилучення їх до сучасних досягнень культури, науки, мистецтва, техніки і технології, характер і способи проведення дозвілля і відпочинку [4].

Здоров'я впливає на якість трудових ресурсів, на продуктивність суспільної праці і тим самим на динаміку економічного розвитку суспільства. В умовах переходу до переважно інтенсивного типу розвитку виробництва, здоров'я поряд з іншими якісними характеристиками, набуває роль провідного чинника економічного зростання. Рівень здоров'я і фізичного розвитку – одна з найважливіших умов якості робочої сили. Залежно від їх показників оцінюється можливість участі людини в певних сферах трудової діяльності.

Сьогодні потреба у здоров'ї носить загальний характер, вона властива як окремим індивідам, так і суспільству в цілому. Увага до власного здоров'я, здатність забезпечити індивідуальну профілактику його порушення, свідома орієнтація на здоров'я різних форм, життєдіяльності – все це показники загальної культури людини [2].

#### Список літератури:

1. Коваленко В.Н. Руководство по кардиологии / В.Н.Коваленко. – Издательство «Морион», 2008. – 140 с.
2. Курс лекцій з валеології. Харків: вид-во «ВІВАТ», 2008. – 407 с.
3. Мартыненко А.В. Социальная медицина / А.В. Мартыненко. – Издательство «Юрайт», 2015. – 475 с.
4. Чумаков Б. Н. Валеология: учебное пособие / Б.Н.Чумаков – 2-е изд. испр. и доп. – М.: Педагогическое общество России, 2001 – 407 с.
5. Характеристика соціально-демографічної ситуації та соціально-значимих захворювань в Україні [Електронний ресурс] <http://www.umj.com.ua/article/71500>.

**Особенности восприятия информации о здоровье в  
подростковом возрасте**

*Марина Алексеевна Марценюк*

*к.психол.н., доцент кафедры психологии,  
Мукачевский государственный университет,  
м. Мукачево, Україна  
e-mail: marcenuk.marina@ukr.net*

*Аннотация.* В статье рассматривается вопрос специфики, способов получения и восприятия информации о здоровье и ЗСЖ молодыми людьми в период подросткового кризиса, отмечается особая роль в данном процессе значимых для подростка ровесников.

**Ключевые слова:** *здоровье, здоровый способ жизни, влияние, подростковый возраст, ровесники.*

**Abstract.** *The article is devoted to the specificity of acquisition and perception of information about health and healthy lifestyle by young people during the adolescent crisis period, and special role of peers, important for the young people in this process, has been pointed out.*

**Keywords:** *health, healthy lifestyle, influence, adolescent age, peers.*

В останній чверті ХХ століття лідери світової науки визначили проблему здоров'я населення як одну з глобальних проблем, вирішення яких обумовлює не тільки кількісні та якісні характеристики майбутнього розвитку людства, а навіть і сам факт його подальшого існування як біологічного виду. Сьогодні проблема здоров'я набула планетарного масштабу, поряд з такими, як екологічна катастрофа, розмежування економічних рівнів країн планети, демографічна

проблема, нестача ресурсів планети і науково-техногенних наслідків, загроза світової війни.

На сучасному етапі виокремлюють декілька компонентів здоров'я: соматичне, фізичне, інтелектуальне, емоційне, психічне, моральне, соціальне та особисте здоров'я. Всі аспекти здоров'я людини однаково важливі й розглядаються у взаємозв'язку, а отже, можна констатувати, що здоров'я особистості – це самовдосконалення і саморозвиток, самооцінка і свобода, здатність бути особистістю [3].

Здоров'я, з одного боку, це ідеальний стан організму, чого індивід мав би прагнути досягти з перших днів свого свідомого життя, а з іншого – одна з найважливіших характеристик якості життя, ресурс, який визначає можливість індивіда вирішувати повсякденні проблеми життя, задовольняти свої потреби задля вдосконалення власного фізичного, психічного і соціального благополуччя.

Загальновідомо про вплив різних аспектів нашого життя на здоров'я особистості. Серед них: сім'я і родичі, ровесники і старші товариші, література, мистецтво, кіно, театр, школа, засоби масової інформації, тощо.

Аналізуючи категорію «здоров'я» та його різновидів, ставлення до нього молодого покоління українців доречно привести наступні факти.

В результаті опитування учнівської молоді, що проводилося в рамках проекту «Молодь – за здоров'я, Україна – Канада» в м. Києві, було виявлено: молодь віком від 10 до 16 років свідомо чи підсвідомо більшою мірою турбують проблеми психічного та соціального здоров'я, а проблеми пов'язані з фізичною складовою здоров'я цікавлять дещо менше. Так, проблеми взаєморозуміння з батьками та спілкування з ровесниками «дуже цікавлять» 69% та 58% та «трохи цікавлять» 23% і 31% відповідно [2].

Як свідчить аналіз факторів ризику для здоров'я від вікової залежності, активне зростання всіх шкідливих звичок приходить саме на підлітковий вік. Тому є сенс розглянути особливості сприйняття інформації саме у цьому віці [2].

Педагоги, психологи, антропологи розглядають підлітковий вік як період, коли дитина перебуває на шляху пошуків свого місця в суспільстві, коли вона вливається в суспільне життя дорослих. К. Левін (США), аналізуючи стан підлітка у сучасному суспільстві та його суперечливий перехід від дитинства до дорослості, констатував наявність у суспільстві групи дорослих і групи дітей, їхню розмежованість через існування специфічних привілеїв у кожній з цих груп. Він підкреслював, що у підлітковому періоді дитина рухається від групи дітей у напрямі до групи дорослих. У підлітка є прагнення перейти до групи дорослих і користуватися деякими їхніми привілеями, яких немає у дітей. Однак дорослими дитина ще не прийнята і тому опиняється у позиції відмежованості між групами. Ідеї про «неприкаяність» підлітка розвиваються на сучасному етапі зарубіжними психологами, які доводять наявність особливої «субкультури» підлітків, тобто наявність суспільства підлітків у суспільстві дорослих.

Особливий статус підліткового періоду в розвитку дитини відображено в його назвах: «перехідний», «переломний», «важкий», «критичний». В них зафіксована складність і важливість процесів розвитку, які відбуваються в цьому віці, пов'язаних з переходом від однієї «епохи» життя до іншої. Перехід від дитинства до дорослості містить основний зміст і специфічну відмінність усіх сторін розвитку у цей період – фізичної, моральної, розумової, соціальної. На всіх напрямках відбувається становлення якісно нових утворень, з'являються елементи дорослості в результаті перебудови організму, самосвідомості, стосунків з дорослими і товаришами, інтересів, пізнавальної діяльності.

Це досить непрості перетворення, які можуть обумовлювати появу серйозних психологічних проблем у підлітків [1].

Для підлітка труднощі його віку переважно мають об'єктивний характер. Підліток нерідко суворо обмежується у своїх діях дорослими, причому багато чого тут породжено суб'єктивністю дорослих, непосильними вимогами. У таких випадках у підлітків розвивається активний опір цим вимогам, реакція протесту, яка може проявлятися у різних відхиленнях поведінки. Непослух у підлітка набуває форми протесту, а сама ситуація – характеру конфлікту. Основними причинами конфліктів підліткового віку є актуалізація проблем самостійності, незалежності дитини від дорослого і переконання підлітка у несправедливості дорослих стосовно них.

Вступ у підлітковий період не передбачає входження дитини у нову групу, натомість передбачається подальший розвиток особистості у групі, що розвивається, але вже за інших (змінених) умов. Сама група стає іншою, вона якісно змінюється.

Кардинальні зміни у структурі особистості дитини, яка вступає в підлітковий вік, відзначаються якісним зрушенням у розвитку самосвідомості, через що порушуються стосунки між дитиною і середовищем, які існували раніше. Відчуття дорослості як специфічне новоутворення самосвідомості – стрижнева особливість особистості, її структурний центр, оскільки виражає нову життєву позицію підлітка по відношенню до себе, до людей і світу.

Специфічна соціальна активність підлітка полягає у помітній схильності до засвоєння норм, цінностей і способів поведінки, які наявні у світі дорослих і в їхніх стосунках.

Претензії підлітків на нові права поширюються перш за все на всю сферу стосунків з дорослими. Підліток починає опиратися вимогам, які раніше виконував; він ображається і протестує, коли обмежують

його самостійність. У підлітка виникає загострене почуття власної гідності. Окрім того, підліток обмежує права дорослих, а свої розширює і претендує на довіру з боку дорослих і надання йому самостійності.

Тому вже на початку підліткового періоду виникає ситуація, що спричиняє суперечності у тому випадку, коли у дорослого ще зберігається ставлення до підлітка як до дитини. Власне ця суперечність і є джерелом конфліктів та проблем у взаєминах між дорослими і підлітками. Конфліктний характер стосунків сприяє розвитку пристосувницьких форм поведінки і емансипації підлітка. Виникає відчуженість, впевненість у несправедливості дорослого, які підтримуються уявленням, що дорослий його не розуміє і зрозуміти не може та й не хоче.

На цій підставі розвивається свідоме несприйняття і неприйняття вимог, оцінок, поглядів дорослого, котрий взагалі може поступово втратити можливість впливати на підлітка у цей відповідальний період формування його моральних і соціальних установок. Чим більше підліток незадоволений ставленням дорослих до нього, тим більше він потребує товаришів, і тим сильнішим у цій ситуації буде їхній вплив на нього.

Власне у підлітковому віці особливо помітно виявляється інтерес школярів до подій колективного життя, посилюється обмін думками між ними з різних питань, а взаємини між людьми стають об'єктом уваги.

У результаті формування в класі колективної думки, відносно незалежної від думки дорослих, як це трапляється в молодших класах стосовно вчителя, підлітки починають усвідомлювати переваги і недоліки ситуації в сім'ї. Завдяки спілкуванню підлітків одна сім'я впливає на іншу сім'ю, на стосунки в ній.

Спілкування для підлітка у групі ровесників стає провідним мотивом діяльності, так що на другий план можуть відходити і спілкування з дорослими, і навчання. Підліток у групі може порівняти себе з іншими, оцінити свої успіхи і поразки, досягти належного статусу, отримати визнання тощо. Тому він прагне до виховання таких якостей, що найбільше визнаються ровесниками (а це вже залежить від конкретного соціального середовища), і такої поведінки, яка відповідає очікуванням оточуючих. Природно, що основними джерелами впливу та інформації в даному випадку стають ровесники з оточення підлітка або значущі референтні особистості чи групи.

Найчастіше підліток наслідує свого більш активного, колоритного або «успішного» ровесника, копіюючи щось з його поведінки, яка, виходячи із загальнолюдських понять, може бути небажаною (паління, вживання спиртних напоїв, жаргону тощо).

Тобто група ровесників для підлітка є тим безпосереднім соціальним мікросередовищем, без якого він не може обійтися. У групі рівних за соціальним статусом підлітки знаходять справжній емоційний контакт і розуміння, тому що членів групи хвилюють одні й ті ж або близькі питання. У спілкуванні в такій групі вони задовільняють свої потреби щодо інформації, яка їх цікавить. Серед ровесників підліток має можливість утверджувати своє «я» шляхом демонстрації особистісних якостей в своїй діяльності, виявляючи себе серед собі подібних.

Група багато в чому диктує підлітку форми поведінки і формує в нього відповідні позиції та ставлення до себе й до людей, які його оточують.

Наявність різних напрямів розвитку дорослості визначається розбіжностями в образах, на які підліток орієнтується, оволодіваючи рисами дорослості. Орієнтація його на певні зразки багато в чому

визначає зміст життєвих цінностей, що формуються, та загальний напрям розвитку особистості підлітка.

Привабливими для підлітка можуть стати зовнішні ознаки дорослості, серед яких найбільш очевидними є ознаки зовнішності і манери поведінки дорослих, їхні переваги порівняно з дітьми та деякі привілеї. Це – паління, гра в карти, вживання вина, особливий лексикон, доросла мода в одязі, зачісках, форми відпочинку, розваг тощо.

Для підлітка наявність подібних рис чоловічої чи жіночої дорослості – засіб прояву, утвердження і демонстрації власної дорослості, якою в основному оволодівають шляхом наслідування. Це найлегший спосіб так званого «досягнення дорослості», що є помітним для всіх, а для підлітка якраз важливо, щоб його дорослість була помічена оточуючими. Тому така форма її прояву часто проявляється у підлітків у першу чергу. Вона дуже поширена, відрізняється стійкістю, майже не піддається критиці [1].

Діти часто орієнтуються на студентів, наслідують побачене в кіно, по телебаченню, на вулиці. Засвоюючи те, що видається популярним («усі так роблять», «це модно») та відповідні «модні» зразки, вони визначають його критеріями оцінки і самооцінки.

Нерідко конкретними прикладами стають більш дорослі однокласники або інші діти. Переважно саме вони ознайомлюють підлітків з більш чи менш забороненими аспектами життя дорослих, стають для них своєрідними «консультантами» і «просвітниками». Вкрай небезпечними стають факти, коли основою спілкування старших підлітків (7-8 класи) стає наслідування особливого стилю «легкого» життя, яке юристи називають низькою культурою дозвілля (випивка, гра в карти тощо). Такий напрям у розвитку дорослості є вкрай небезпечним для подальшого становлення підлітка як соціальної особистості.

Тобто у ході природних процесів соціалізації – становлення і розвитку особистості дитини (підлітка) – відбувається переорієнтація довіри підлітка від батьків, дорослих, шкільних вчителів до ровесників і друзів; змінюються життєві орієнтири молодшої людини, а відповідно – і стиль її поведінки. Внаслідок педагогічних і виховних помилок, яких припускаються батьки і вчителі, вони втрачають в очах підлітків референтну позицію. Цьому також сприяють істотні розбіжності між декларованими дорослими істинами і їхньої реальної поведінки.

Тому цілком природно постає проблема, що в період інтенсивного дорослішання, в період статевого дозрівання і психологічної перебудови особистості у підлітків знижується рівень довіри до дорослих (як до батьків, так і до вчителів, винятком можуть бути дорослі товариші), підлітки переорієнтовуються на отримання інформації з нових джерел, посилюється зростання довіри до своїх товаришів, ровесників.

Це можна розцінювати як своєрідний протест (бунт) проти диктату дорослих, як спробу створення свого колоритного мікросередовища і життя. Однак серйозність проблеми полягає в тому, що джерелом інформації з проблематики щодо здорового способу життя є лише молодь (тобто ровесники), що не завжди є бажаним джерелом. Тут може негативно виявлятися і особистісний вплив і опосередкований вплив небажаного середовища через особистість значущого для даного підлітка ровесника. В цей же час інформацію, якою володіє молодь стосовно здорового способу життя, вона отримує стихійно, випадково, до того ж неповну, а досить часто у викривленій інтерпретації. Тому такий стан сьогодні є неприпустимим [2].

#### Список літератури:

1. Вікова психологія: навч. посіб. – 2-е вид., стереотип. / М.В.Савчин, Л.П.Василенко. – К.: Академвидав, 2009. – 360 с.

2. Проект «Молодь – за здоров`я, Україна – Канада» Інтернет-версії навчального посібника» Вплив засобів масової інформації та інших джерел на формування здорового способу життя дітей та молоді». Київ-2001. – [Электронный ресурс] – URL: [www.health.gov.ua/health.nsf/441242b97e1ad79cc125678d003fbbe2](http://www.health.gov.ua/health.nsf/441242b97e1ad79cc125678d003fbbe2).

3. Рудніцька І. Формування здорового способу життя молоді: підлітковий вік / І. Рудніцька // Психолог. – 2004. – №13. – С. 15-25.

УДК 364.048.6

**Анималотерапия как вид медико-социальной реабилитации  
лиц с ограниченными возможностями**

*Татьяна Андреевна Непомнящих*

*Иркутский государственный университет,*

*г. Иркутск, Россия*

*e-mail: nepomnyashih.tat@yandex.ru*

*Аннотация. В статье рассматривается история возникновения анималотерапии и её виды. Более подробно рассмотрены такие виды анималотерапии как иппотерапия и канистерапия, а также указываются организации и фонды, которые реализуют данный вид терапии.*

*Ключевые слова: анималотерапия, иппотерапия, канистерапия, реабилитация лиц с ограниченными возможностями здоровья.*

*Abstract. This article is devoted the history of the emergence of animal-assisted therapy and its types. In more detail considered such types of animal-assisted therapy as hippotherapy and canistherapy, also listed organizations and foundations that organize sessions on these therapies.*

*Keywords: animal-assisted therapy, hippotherapy, canistherapy, rehabilitation of persons with disabilities.*

В настоящее время в России и за рубежом среди инновационных форм и методов социальной работы с людьми с ограниченными возможностями здоровья анималотерапия пользуется наибольшей популярностью. Терапия и лечение с помощью животных известна как «анималотерапия» (от латинского «animal» – животное) или «фаунотерапия», а также «зоотерапия» – вид терапии, использующий животных и их образы для оказания психотерапевтической помощи. Замечено, что животные способны благотворно влиять на психофизиологическое состояние человека [8, с.29].

Корни данного вида терапии уходят глубоко в древность. Ещё в первобытном обществе люди носили амулеты в форме животных, как символ успеха и покровительства, поклонялись животным-тотемам, обращались к священным животным во время причитаний над больным человеком – всё это можно отчасти считать прообразом анималотерапии. В своё время Гиппократом было замечено, что природа благоприятно влияет на человека. Древние греки и египтяне использовали животных (собак и кошек соответственно) для борьбы с разными человеческими недугами, а в Древней Индии в качестве «лекарства» использовали мелодичное пение птиц.

История анималотерапии – это развитие двух основных направлений: анималотерапии как самостоятельной технологии и анималотерапии как одной из составляющих процесса терапии. Сохранились документы, свидетельствующие о том, что уже в 1792 году в больнице для душевнобольных в Йорке (Англия) животные использовались как часть терапевтического процесса. Больные общались с ними, ухаживали за ними, и было отмечено положительное

влияние подобных методов на поведение людей и эффективность лечения [3, с.5].

Со второй половины двадцатого века анималотерапия набирает популярность как самостоятельный метод социальной реабилитации. В 1962 году Борис Левинсон, детский психиатр, начал использовать свою собаку во время терапевтических сеансов. Им было отмечено, что собака благотворно влияет на эмоциональное состояние пациента и ускоряет терапевтический процесс.

В настоящее время анималотерапия является признанной во всех развитых странах. Создаются институты, изучающие влияние животных на людей, проводятся семинары и конференции, на которых обсуждаются методики лечения с использованием животных.

Принято выделять ненаправленную и направленную анималотерапию. Под ненаправленной анималотерапией понимается взаимодействие с животными в домашних условиях без осознания и понимания терапевтического эффекта. Примером ненаправленной анималотерапией может являться покупка щенка или другого животного ребенку для развития у него таких качеств как доброта, ответственность, заботливость. Направленная же анималотерапия используется специалистами. Она проводится по заранее составленной программе реабилитации, которая является индивидуальной для каждого пациента, фиксируются все достигнутые результаты. Для данного вида терапии используются специально отобранные и подготовленные животные.

Наиболее известными видами анималотерапии в зависимости от вида используемых животных являются иппотерапия (лечение с использованием лошадей), канистерапия (лечение через общение человека с собакой), дельфинотерапия (реабилитация и лечение

посредством общения человека и дельфина), филинотерапия (лечение кошками). Рассмотрим некоторые из них подробнее.

Иппотерапия – лечение с помощью лошади, при котором с больными занимается иппотерапевт или специально обученный инструктор по лечебной верховой езде (ЛВЕ). Больной выполняет упражнения, разработанные для него специалистом по иппотерапии, сидя верхом на идущей лошади. Лошадь ведёт коновод, рядом с больным находятся один или два инструктора. При лечебно-педагогической верховой езде всадник управляет лошадью самостоятельно под руководством инструктора с минимальной помощью [5].

Лечебная верховая езда воздействует на пациента на трех уровнях: физиологическом – благодаря тому, что во время верховой езды у всадника задействованы практически все группы мышц, у всадника-инвалида формируется динамический стереотип, который он переносит из верховой езды в повседневную жизнь; психосоциальном – успехи в верховой езде способствуют формированию личности, доверие к лошади постепенно переходит в доверие к социуму и окружающему миру, чего не хватает детям-инвалидам; эмоциональном – лошадь оказывает мощное эмоциональное воздействие, позволяет на некоторое время ребенку-инвалиду забыть о своем недуге. Иппотерапия особо эффективна при таких заболеваниях как ДЦП, умственная отсталость, аутизм, синдром Дауна, ишемическая болезнь сердца и др. Как и любого лечения у иппотерапии есть противопоказания, к которым относятся любые заболевания в острой форме, эпилепсия, гемофилия, ломкость костей и суставов.

Во многих городах России есть центры и организации, которые проводят сеансы иппотерапии. Например, в Санкт-Петербурге с 1996 ведет свою деятельность благотворительная организация

«Оздоровительный конный центр «Солнечный остров». В центре занимаются люди с ограниченными возможностями здоровья, дети и подростки групп социального риска из неблагополучных и многодетных семей, детских домов и интернатов. Ежегодно в Центре по реабилитационным и спортивным программам занимается около 300 человек в возрасте от 3 до 50 лет с диагнозами ДЦП (детский церебральный паралич), полиомиелит, ампутации, синдром Дауна, аутизм, рассеянный склероз и другими [9].

В Иркутске в 2000 году начала свою работу общественная организация «Иркутский общественный благотворительный Фонд Тихомировых по реабилитации детей-инвалидов с помощью верховой езды». Ежегодно 50 детей с тяжелыми нарушениями здоровья и развития на безвозмездной основе получают услуги иппотерапии. «Фонд Тихомировых» регулярно проводит соревнования по адаптивному конному спорту, праздники и массовые мероприятия, что способствует социализации и интеграции в общество детей с ограниченными возможностями здоровья.

В 1999 году в Москве инициативной группой инвалидов была создана Региональная благотворительная общественная организация «Московский конноспортивный клуб инвалидов». Спектр деятельности РБОО "МККИ", включает в себя занятия иппотерапией с детьми, лечебную верховую езду для детей и взрослых и занятия конным спортом, как для детей, так и для взрослых, страдающих различными заболеваниями: ДЦП и другими видами параличей, парезами, синдромом Дауна, аутизмом, шизофренией и другими ментальными (психическими) поражениями, ампутантами. Летом Клуб организует и проводит реабилитационные интеграционные иппотерапевтические семейные лагеря для детей-инвалидов и членов их семей [5].

Канистерапия – вид анималотерапии, при котором в качестве терапевтов используются специально подобранные и обученные собаки. Этот вид терапии является наиболее доступным и распространённым видом анималотерапии.

Учеными экспериментально доказано, что 15 минутное поглаживания собаки приводит в норму сердечную деятельность, улучшает настроение, а на уровне вегетативной нервной системы происходит снижение гормонов стресса, приходят в норму пульс человека и частота его дыхания, снижается артериальное давление. Это приводит к улучшению настроения, снижению уровня тревожности, мобилизации внутренних ресурсов организма. После сеансов канистерапии человек становится спокойным, воодушевленным, и готовым к новым свершениям [2]. Благодаря положительному эмоциональному воздействию канистерапия полезна не только для людей с нарушениями здоровья, но и здоровым людям. Особенно эффективны занятия с собаками при таких заболеваниях как детский аутизм, неврозы, сердечно-сосудистые заболевания, а также при нарушениях социальной адаптации. При назначении сеансов канистерапии следует учитывать, нет ли у пациента аллергии на собачью шерсть, заболеваний в фазе обострения и боязни собак.

Одним из минусов канистерапии является тот факт, что у детей после занятий со специально отобранными собаками, не проявляющими агрессивность, притупляется чувство страха перед другими собаками, что может привести к трагическим последствиям.

Первую в России организацию, в которой начали проводить сеансы канистерапии, основала Татьяна Любимова. Находится она в Москве и называется «Солнечный пес». В сеансах канистерапии участвуют собаки породы голден-ретривер и лабрадор-ретривер и дети в возрасте от 3 до 16 лет с различными детскими заболеваниями: ДЦП,

олигофрения, аутизм, синдром Дауна и др. После занятий у детей с выше перечисленными заболеваниями наблюдается улучшение координации движения и памяти, а также, что, по-моему мнению, более важно, большинство детей охотнее идут на контакт с другими людьми и становятся более самостоятельными.

Благотворительные и общественные организации, а также центры, которые проводят занятия по канистерапии, работают не только в Москве. Например, в Новосибирске существует благотворительный фонд «Лапа в ладошке», который осуществляет занятия с детьми с нарушениями психического, психофизического развития по методу канистерапии, а также инклюзивные занятия, в которые могут быть включены дети в не зависимости от их психических, интеллектуальных и физических особенностей. Подобные фонды есть в Рязани, Петропавловске-Камчатском, Владивостоке, Омске и других городах [7].

В последнее время анималотерапия как вид физической и социальной реабилитации набирает популярность. По-моему, связано это не только с тем, что животные обладают терапевтическим эффектом, способствуют улучшению состояния детей и взрослых с ограниченными возможностями здоровья, но и с тем, что и здоровым городским жителям не хватает общения с живой природой, поэтому они компенсируют этот недостаток через сеансы анималотерапии. В связи с этим следует и дальше развивать это вид терапии.

#### Список литературы:

1. Благотворительный фонд «Лапа в ладошке» [Электронный ресурс] URL: <http://www.lapa-v-ladoshke.ru/index/0-2> (дата обращения 09.02.2016).

2. Ветеринарная клиника – зоогостиница, груминг, зоотакси. – [Электронный ресурс] – URL: <http://www.okdzks.com/page.php?id=163> (дата обращения 10.02.2016).

3. Гунина Ю.Г., Архипова О.В. Анималотерапия в работе с пожилыми людьми в стационарных условиях (на базе Пансионата для ветеранов труда №31). – Москва, 2010. – 43 с. – [Электронный ресурс]. Систем. требования: Adobe Acrobat Reader. – [http://mor-szn.my1.ru/PVT31/animaloterapija\\_metodichka.pdf](http://mor-szn.my1.ru/PVT31/animaloterapija_metodichka.pdf) (дата обращения 09.02.2016).

4. Иркутский общественный благотворительный Фонд Тихомировых по реабилитации детей-инвалидов с помощью верховой езды. – [Электронный ресурс] – URL: [http://www.tihomirovy.com/?p=about\\_us](http://www.tihomirovy.com/?p=about_us) (дата обращения 09.02.2016).

5. Иппотерапия. Всё об иппотерапии, лечебной верховой езде и конном спорте для людей с ограниченными возможностями. [Электронный ресурс] URL: <http://www.hippotherapy.ru/club/mkki.html> (дата обращения 09.02.2016).

6. Канистерапия в Москве: «Солнечный пес» // Общество ответственных собаководов: всероссийский портал. [Электронный ресурс] URL: <http://www.bestaff.ru/train-your-dog/dogs-lifesavers/9396-canis-therapy.html> (дата обращения 10.02.2016).

7. Канистерапия России. Сообщество поддержки и развития канистерапии. [Электронный ресурс] URL: <http://canistherapy.org/o-сообществе-поддержки-и-развития-кан/центры-канис-терапии> (дата обращения 10.02.2016).

8. Решетникова Е.В., Туринцева Е.А. Природо-ресурсные технологии в социальной реабилитации. – Иркутск: Изд-во «Оттиск», 2014, 87 с.

9. Солнечный остров. Оздоровительный конный центр.  
[Электронный ресурс] URL: [http://sunny.spb.ru/?page\\_id=8](http://sunny.spb.ru/?page_id=8) (дата обращения 09.02.2016).

УДК 613.98

### **Медицинское обслуживание пожилых людей**

***Мима Стефанова Николова***

*кафедра «Здравоохранение», медицинский факультет,*

*Тракийский университет,*

*г. Стара Загора, Болгария*

*e-mail: albena.andonova@trakia-uni.bg*

***Аннотация.*** *Результаты исследования мнения медсестер, которые заботятся о пожилых людях.*

***Ключевые слова:*** *медсестры, забота, пожилые люди.*

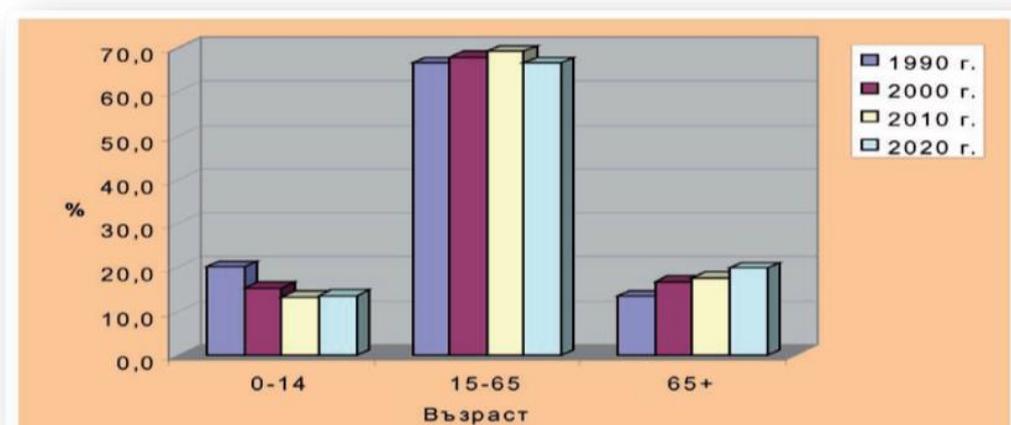
***Abstract.*** *Results of research of opinion of nurses who care about elderly people.*

***Keywords:*** *nurses, care, elderly people.*

**Введение:** Болгария является второй быстро стареющей нацией в Восточной Европе и пятой в мире. Прогнозируется дальнейшее прогрессивное увеличение пожилых людей в стране (рис. 1). Доля старших возрастных групп в ближайшие несколько лет будет составлять около 24% от общей численности населения. Старые люди являются самой большой и постепенно увеличивающейся группой населения, которая пользуется услугами здравоохранения. Практически половине госпитализированных и амбулаторных пациентов и две трети домашних пользователей медицинской помощи более 60 лет. Неблагоприятная

возрастная структура, которая формирует тенденцию старения, связана в значительной степени с снижением трудоспособного и предтрудоспособного возраста и ростом численности населения в нетрудоспособном возрасте. Сегодня, болгары являются одними из старейших людей в Европе, потому что средний возраст населения в стране до 2002 года составлял – 40,6 лет, а два года назад т.е. в 2000 году он был – 39,9 лет.

Существует тенденция к расширению потребности и требования общества к услугам здравоохранения и социального ухода пожилого населения, проведенной компетентными специалистами.



*Рис.1. Население Республики Болгарии по возрастным группам в период 1990 – 2020год. Источник: НСИ.*

**Цель исследования:** Установить основные ключевые компоненты, влияющие на качество медицинского обслуживания.

В связи с тенденцией старения населения в будущем количество пожилых людей, нуждающихся в уходе будет постоянно расти [3].

Все, которые нуждаются в помощи, имеют право получать услуги, необходимые для поддержания их здоровья, независимо от достатка.

При анализе мнения медицинских специалистов (218), которые ухаживают за пожилыми людьми, мы нашли основные компоненты, которые влияют на качество медицинской помощи (рис.2).



Рис. 2. Факторы повышения качества медицинской помощи для пожилых людей (в %).

Данные исследования показывают, что заработная плата (31%), хотя и является сильной мотивацией, но не единственным фактором, который поощряет медицинский персонал сделать больше усилий и работать эффективно.

Опрошенные специалисты здравоохранения придают важное место обучению (30%). Так, как должны быть хорошо подготовлены и осуществлять качественное медицинское обслуживание.

Достижение высокого качества жизни для пожилых людей и сохранение их независимости, с точки зрения состояния здоровья, является возможным в условиях расширения профессиональной квалификации медицинских работников для пожилых людей.

Во-первых, мы должны принять действия по увеличению компетенции медсестер, которые заботятся о пожилых. Это может быть достигнуто путем *продолжения* образовательных программ подготовки

кадров в области геронтологии и гериатрии посредством профессиональной подготовки с адаптированными темами, в зависимости от конкретных образовательных потребностей медицинских и немедицинских специалистов, работающих в конкретном терапевтическом и / или медико-социальном учреждении.

Следующий шаг должен быть направлен на обновление программ, в которых студенты обучаются по специальности «медсестра». Необходимо рассмотреть вопрос об изменении форм и методов обучения геронтологии, сформировать профессиональную клиническую мышление, научные и творческие поиски новых клинических подходов к медицинским и социальным проблемам общества [4].

### **Заключение:**

Основные причины трудностей ухода за пожилыми пациентами являются: организационные проблемы на рабочем месте, отсутствие достаточных знаний о специфике гериатрического больного, о специфике возраста и конкретных патологических изменений старого человека и других. Мастерство владения новыми профессиональными подходами в уходе за пожилыми людьми поможет медсестрам в выполнении обязанностей и облегчит их работу с пожилыми пациентами. Приобретенные знания и навыки уменьшат некоторые профессиональные трудности в уходе за пожилыми людьми.

### Список литературы:

1. Балканска, П. Старый человек в качестве пациента / София, 2003. Булвест 2000.
2. Балканска П. Основные направления современной гериатрической помощи – руководящие принципы для гериатрической оценки / Социальная медицина. 3. 2003.

3. Димова М., Милчева Хр., Потребность в гериатрической помощи в Болгарии, *Trakia Journal of sciences*, 2014, sub1.12014, P. 408-411.

4. Иванова Н. Выбор медицинской профессии, как фактор формирования профессионального клинического мышления / XXXIII Научно-технологическая сессия «Контакт 2014». 27.06.2014. София.

5. Милчева Хр., Димова М. Профессиональные компетенции гериатрических специалистов, научная конференция МФ / Сборник, 2014. – С. 94-98.

УДК 614(304)

### **Здоровая нация – здоровое государство**

*Муршида Елубаевна Нурғалиева*

*Павлодарский государственный университет им. С. Торайгырова,*

*г. Павлодар, Казахстан*

*Галия Бикеновна Кодекова*

*Павлодарский государственный университет им. С. Торайгырова,*

*г. Павлодар, Казахстан*

*e-mail: murshida80@mail.ru*

*Аннотация.* В статье рассматриваются вопросы о пропаганде здорового образа жизни, нравственного формирования молодёжи, развития физической культуры и спорта.

**Ключевые слова:** *здоровье, здоровая нация, молодёжь.*

**Abstract.** *This article deals with questions about the promotion of healthy lifestyles, moral formation of young people, development of physical culture and sports.*

**Keywords:** *health, healthy nation, youth.*

Здоровье – бесценное достояние не только каждого человека, но и всего общества. Это первая и важнейшая потребность человека, определяющая способность его к труду и обеспечивающая гармоничное развитие личности. Оно является важнейшей предпосылкой к познанию окружающего мира, к самоутверждению и счастью человека. В своем очередном Послании народу Казахстана Глава государства Нурсултан Назарбаев отмечает, что: «Утверждение здорового образа жизни и развитие медицины позволяет увеличить продолжительность жизни казахстанцев до 80 лет и выше. Казахстан станет одним из ведущих евразийских центров медицинского туризма. Завершится формирование передовой национальной образовательной системы. Казахстан должен стать одной из безопасных и комфортных для проживания людей стран мира».

Успехи проводимых политических, социальных и экономических реформ в республике во многом зависят от общественного здоровья, как одного из важнейших ресурсов страны. Здоровье является одной из главных ценностей как отдельного человека, так и общества в целом. В одном из своих выступлений Президент нашей страны Нурсултан Абишевич Назарбаев отметил: «Сохранение здоровья нации – самая благородная задача. Важно культивировать здоровый образ жизни: ежедневные занятия спортом, питание, отказ от вредных привычек. Здоровье человека зависит от медицины только на 10%. 50% нашего здоровья зависит от нашего образа жизни. Берегите здоровье смолоду. У казахстанской молодежи должен быть культ здоровья. Необходимо вплотную заняться развитием детского спорта, который является основой для здоровья всей нации».

С целью претворения в жизнь Посланий Президента по аспектам формирования здорового образа жизни ежегодно с 1999 года Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни

Министерства здравоохранения Республики Казахстан инициирует проведение в сентябре широкомасштабной акции «Фестиваль здоровья». «Фестиваль здоровья» – это республиканская акция, направленная на продвижение принципов здорового образа жизни среди населения, развитие массовой физической культуры и спорта. По всей стране в рамках акции на стадионах, площадях, спортивных площадках проходят спортивные соревнования, культурно-развлекательные мероприятия, конкурсы и викторины по различным аспектам здорового образа жизни, оказываются медицинские консультации по вопросам охраны и укрепления здоровья, профилактики заболеваний.

Сохранение и укрепление здоровья молодого поколения – одна из наиболее важных и сложных задач современности. В настоящее время только незначительная часть выпускников школ являются полностью здоровыми, поэтому воспитание молодёжи приобретает социальную значимость.

Здоровый образ жизни – важнейшая составляющая существования современного человека. Он обеспечивает всестороннее раскрытие творческих способностей, рациональное использование интеллектуальных и физических ресурсов каждого человека в интересах общества и всестороннего удовлетворения личных потребностей, основанных на высоконравственной морали. Образ жизни человека в значительной мере определяется и формируется культурой личности и общества.

Важнейшими факторами здорового образа жизни являются физическая культура и спорт. Систематические занятия физическими упражнениями и спортом, укрепляют здоровье и развивают физические способности молодежи, сохраняют здоровье, усиливают профилактику неблагоприятных возрастных изменений. При этом физическая культура и спорт выступают как важнейшее средство воспитания.

Особое значение имеет физическая активность человека, регулярная мышечная деятельность, лежащая в основе жизнедеятельности всего организма.

В Республике Казахстан уделяется большое внимание физическому оздоровлению нации. Стратегия развития физической культуры и спорта направлена на качественное улучшение физического здоровья населения, и в первую очередь молодого поколения, на основе повышения уровня физкультурно-оздоровительной и профилактической работы среди дошкольников, учащихся и студенческой молодежи.

При встречах, расставаниях с близкими и дорогими людьми мы желаем им доброго и крепкого здоровья, так как это – основное условие и залог полноценной и счастливой жизни. Здоровье помогает нам выполнять наши планы, успешно решать жизненные основные задачи, преодолевать трудности, а если придется, то и значительные перегрузки. Доброе здоровье, разумно сохраняемое и укрепляемое самим человеком, обеспечивает ему долгую и активную жизнь.

Здоровье не может характеризоваться благополучием, поскольку это – характеристика не субъекта, а результата его взаимодействия со средой. Поэтому на первое место в понимании здоровья выдвигается не благополучие, а способность изменить свои возможности в соответствии с внешними или внутренними задачами и приспособить среду так, чтобы эти задачи стали выполнимыми.

Здоровый образ жизни – это единственный стиль жизни, способный обеспечить восстановление, сохранение и улучшение здоровья населения.

Особую актуальность в последнее время приобретают вопросы здорового образа жизни молодежи. Отметим, что здоровый образ жизни для каждого индивидуален. В своей жизнедеятельности человеку нужно руководствоваться в духовном плане всеобщими законами вселенной. В

социальном – особенными законами общества, в биологическом – индивидуальными законами своего организма.

Здоровье – это естественная, абсолютная и непреходящая жизненная ценность, занимающая самую верхнюю ступень на иерархической лестнице ценностей, а также в системе таких категорий человеческого бытия, как интересы и идеалы, гармония, красота, смысл и счастье жизни, творчество и ритм жизнедеятельности.

Наряду с работой по повышению имиджа здорового образа жизни среди молодежи, формирования стиля поведения молодого поколения Республики Казахстан, направленного на сохранение и укрепление собственного здоровья и здоровья нации в целом. Стали традиционными различные мероприятия среди молодежи, направленные на профилактику правонарушений, борьбу с табакокурением, алкоголизмом и наркоманией.

В современных условиях социальной, экономической и политической нестабильности нашего общества эта группа молодежи испытывает наибольшее отрицательное воздействие окружающей среды, так как их половое и физическое становление совпадает с периодом адаптации к новым, изменившимся для них условиям жизни, обучения, высоким умственным нагрузкам.

Много современных молодых людей, обучающихся в высших учебных заведениях, являются приверженцами определенного образа жизни, в котором определенным эталоном являются сигареты, наркотики и алкоголь. Причем некоторые данный образ жизни ведут еще со школьной скамьи.

Для воспитания здорового образа жизни, необходимо проникнуть вглубь самой проблемы. Важно выяснить, что послужило причиной ведения не здорового образа жизни, и что способствует ведению здорового образа жизни. Для выяснения этого, во многих вузах

проводится профилактическая работа, направленная на пропаганду здорового образа жизни. А также во многих регионах нашей страны проводятся исследования, направленные на выявление физического, социального и психологического здоровья молодёжи. Диагностический анализ состояния их физического, социального и психического здоровья полностью подтверждает прописную истину: по качеству энтелехии они все разные. У них разные стартовые площадки жизнедеятельности, разное здоровье, разные судьбы.

Здоровье нашей молодёжи во многом зависит от образа жизни, в частности от привычек. Полезные привычки помогают формированию гармонически развитой личности, а вредные тормозят ее становление. К вредным привычкам можно отнести нерациональный режим дня, нерациональное питание, низкая физическая активность. Но наиболее вредными являются употребление наркотиков, курение, злоупотребление алкоголем. Эти привычки могут, незаметно перерасти в порок, способный испортить жизнь человека.

Таким образом, только хорошо организованная пропаганда медицинских и гигиенических знаний способствует снижению заболеваний, помогает воспитывать здоровое, физически крепкое поколение. Молодежь является важнейшим стратегическим ресурсом развития и процветания любой страны, любого общества. В формировании здорового образа жизни приоритетной должна стать роль образовательных программ, направленных на сохранение и укрепление здоровье молодёжи, формирование активной мотивации заботы о собственном здоровье и здоровье окружающих.

#### Список литературы:

1. Послание Президента Республики Казахстан народу Казахстана Стратегия «Казахстанский путь-2050: Единая цель, единые интересы, единое будущее». 2014 г.

2. Послание Президента Республики Казахстан Н. А. Назарбаева народу Казахстана. 27.01.2012 г.

3. Быков, А.Т. К вопросу о методологических проблемах здоровья / А.Т. Быков, Ю.Е. Маляренко // Вестник восстановительной медицины. 2004. – №1. – С. 9-13.

УДК 159.923.2

### **Самовизначення в процесі життєдіяльності особистості**

***Костянтин Сергійович Осика***

*к.психол.н.,*

*доцент кафедри здоров'я людини та фізичного виховання,*

*Донбаський державний педагогічний університет,*

*м. Слов'янськ, Україна*

*e-mail: osika.1984@mail.ru*

***Катерина Романівна Савченко***

*студентка,*

*Факультет психології, економіки та управління,*

*Донбаський державний педагогічний університет,*

*м. Слов'янськ, Україна*

*Анотація. В статті розглядаються проблеми розвитку личности, її самоопределения, самодетерминации и самореализации в современном мире. Акцент сделан на жизненном, социальном, моральном, субъектном, профессиональном самоопределении личности, её изучении в психологической науке. Пристальное внимание к проблеме самоопределения личности дает возможность более глубокого осмысления жизнедеятельности человека в современном обществе.*

**Ключевые слова:** личность, развитие, самоопределение, саморегуляция, самореализация, жизненная позиция, жизнедеятельность, мотивация.

**Abstract.** The article deals with the problems of individual development of a personality, one's self-determination, self-definition and self-realization in modern life. The accent is made on the life, social, moral, subjection, professional self-determination of a personality and on the investigation of a personality in the psychological science. Intent attention to the problem of self-determination of a person gives possibility for the deeper comprehension of a person's life activity in the contemporary society.

**Keywords:** personality, development, self-determination, self-regulation, self-realization, life position, life activities, motivation.

Проблеми розвитку особистості, її самодетермінацію та самореалізацію в сучасному суспільстві досліджують: Л.І. Анциферова, О.Г. Асмолов, Л.І. Божович, М.Й. Боришевський, Б.С. Братусь, С.Д. Максименко, В.О. Моляко, Н.І.Непомняща, Д.Й. Фельдштейн [2, 3, 5, 7]. Професійне самовизначення особистості логічно розглядати як один з аспектів її цілісного індивідуального самовизначення. Поняття самовизначення використовується в психологічній літературі у досить широкому діапазоні значень. Підхід дослідників до вивчення тих або інших аспектів проблеми самовизначення особистості залежить від того яке розуміння психологічного змісту індивідуального самовизначення закладено в теоретичну основу наукового аналізу.

«Життєве самовизначення», «соціальне самовизначення», «моральне самовизначення», «суб'єктне самовизначення», «професійне самовизначення» – ці поняття в психологічній літературі відрізняються розстановкою смислових акцентів, нерідко використовуються у різних значеннях, у неоднаковому співвідношенні змістовного наповнення.

Проблемі особистісного самовизначення присвячено ряд праць Д.Й. Фельдштейна [6; 7]. Він розглядає цей процес у безпосередньому зв'язку з соціалізацією особи. Особистісне самовизначення – це феномен суспільного індивіда, пов'язаний з формуванням розгорнутої соціальної позиції людини відносно інших, зі ступенем бачення себе в інших людях, із готовністю особистості до відповідальних дій у світі. Таке визначення акцентує головні ознаки соціального становлення особи, але випускає з поля зору індивідуальну складову цього процесу, переносячи точку відліку у соціальний світ.

Ряд авторів розглядають процес самовизначення особистості опосередковано, через інші психологічні феномени, пов'язані з ним.

К.О. Абульханова-Славська [1] розглядає самовизначення як певну форму активності особистості, результатом якої стає формування її життєвої позиції. Згідно з її трактовкою, життєва позиція особистості, її життєва лінія (як пролонгована реалізація життєвої позиції у часі), а також, сенс життя (як ціннісне визначення життєвої позиції), формують життєвий шлях особистості.

К.О. Абульханова-Славська [1] проводить глибокий теоретичний аналіз не стільки самого процесу особистісного самовизначення, скільки феномену, який є його результатом. Життєва позиція – це узагальнюючий і обраний особистістю на базі її цінностей спосіб здійснення життя. Це також сформоване особою на основі її взаємодії зі світом вторинне утворення, котре виступає головною детермінантою всіх її життєвих проявів. Життєва позиція особистості містить у собі потенціал її розвитку, сукупність об'єктивних і суб'єктивних можливостей, які розкриваються на основі такої позиції.

У концепції К.О. Абульханової-Славської залишаються не розкритими питання щодо психологічних змістів як об'єктивно-поведінкових, так і суб'єктивно пережитих особистістю в процесі

формування її життєвої позиції. Але в цілому, зроблений аналіз проблем життєвого шляху і життєвих стратегій особистості, якому притаманна новизна і цілісність підходу, робить значний внесок в теорію проблеми особистісного самовизначення [1].

Л.І. Анциферова [2] аналізує близьке за змістом до самовизначення поняття соціального дозрівання, що пов'язане з розвитком особистості. Дозрівання, за Л.І.Анциферовою, забезпечує здатність людини внутрішньо визнавати, усвідомлювати і аналізувати суперечності життя та здатність продуктивно розв'язувати їх відповідно до своєї загальної мети і моральних ідеалів [2].

І.І. Чеснокова у рамках концепції самосвідомості особи виводить поняття «самодетермінації», яке визначає як таку форму саморегулювання, «де немає обмеження у часі». Самодетермінація зумовлює цілісну лінію поведінки особистості як єдина розподілена у часі регуляційна система.

Через близькі за змістом поняття «саморегуляція», «самореалізація», «самоздійснення» розглядає самовизначення також і П.П. Соболев. П.П. Соболев зазначає, що самовизначення є певним аспектом самореалізації особистості. Він використовує термін "включеність", аналізуючи індивідуальний зріз зв'язків людини з життєвими умовами. Інтегральним показником такої «включеності» виступає в його концептуальній системі феномен спрямування особистості. У самовизначенні включеність характеризується П.П. Соболевом, як залученість у ті чи інші підструктури суспільного життя через індивідуальний вибір, який не завжди є внутрішнім, оскільки індивід обирає з реально доступного.

У наукових працях, присвячених проблемі самовизначення, часто зустрічається термін «особистісне самовизначення» для підкреслення найширшого змісту використання поняття. У М.Р.Гінзбурга, наприклад,

особистісне самовизначення окреслено опосередковано, через поняття смислового майбутнього, яке є ідеальною самопроекцією особистості у майбутнє і ділянкою, що ціннісно мотивує процес розвитку особистості.

Особистісне самовизначення визначається як орієнтований у майбутнє процес формування своєї позиції стосовно соціально значущих цінностей і, як вияв головних особистісних змістів. Особистісне самовизначення є процесом змістовного конструювання людиною свого життєвого поля, який включає в себе сукупність індивідуальних життєвих сенсів і простір реальної дії (актуальної і потенційної). Самовизначення розглядається як процес, що відбувається у часі. Він пов'язаний з ціннісними і життєвими змістами особистості. Підхід М.Р. Гінзбурга здається нам цікавим і перспективним, оскільки охоплює людину та її життя як ціле.

М.С. Пряжніков розрізняє поняття особистісного і життєвого самовизначення і пропонує класифікацію типів самовизначення особистості, залежно від реалізованого в кожному з них ступеня свободи: професійне, життєве, особистісне. *Життєве самовизначення* автор визначає як вибір певного стилю життя і реалізацію його у багатьох соціальних ролях. Особистісне самовизначення – найвищий рівень життєвого самовизначення, що мінімально обмежений зовнішніми факторами. Його відмінність полягає в тому, що людина не просто володіє роллю, але й створює нові ролі і займається соціально-психологічною нормотворчістю. Особистісне самовизначення, згідно з таким підходом, пов'язане також з формуванням оригінального і неповторного образу «Я», розвитком і утвердженням його серед оточуючих. Професійне самовизначення виступає як частина життєвого і відбувається в умовах меншої свободи вибору. Його ж зв'язок з особистісним самовизначенням залишається нез'ясованим.

В.Ф. Сафін докладно розробляє проблему самовизначення особистості. Він досліджує форми самовизначення і його типи: конвенціонально-рольове, професійне, сімейне і соціальне. Кожна з цих форм пов'язана з певною сферою життя людини. Всі ці форми самовизначення разом створюють життєве самовизначення особистості, певним чином вступаючи у зв'язки між собою. З точки зору автора самовизначення включає два аспекти. Перший – це визначення себе стосовно цілей і цінностей, враховуючи вимоги групи, колективу, суспільства, а також свої можливості, здатності, умови середовища. Другий аспект самовизначення – це активність особистості, її свідомо діяльність, спрямована на реалізацію обраних цінностей і самоактуалізацію.

Таким чином, процесуальний план самовизначення пов'язується з функціонуванням самосвідомості і «Я-образу», а також, з самореалізацією в діяльності, з процесами самопізнання і саморегуляції [4]. Отже, самовизначення особистості – це цілеспрямована всебічна творча поведінка, мета якої – оволодіння сферами життя як системою на основі ідеї, що повністю охоплює суб'єкт і є результатом особистісної переробки і особистісного переживання.

Головні рушійні сили самовизначення – це розв'язання основних суперечностей між одиницями сутнісних сил індивіда («хочу», «можу», «маю») як внутрішніми умовами, між метою особистості і метою інших, між бажаним і можливим, між внутрішніми принципами і зовнішніми умовами. Тобто, механізми самовизначення – це процеси узгодження внутрішніх умов і принципів індивідуальності з обраною метою, з одного боку, і з зовнішніми обставинами її реалізації – з іншого. Результатом цих процесів є сформована особистістю програма дій і поведінки.

Отже, вибір – це процес усвідомлення свого «Я» стосовно мети. Психологічний зміст самовизначення розкривається через процеси самотворення і самореалізації, самоствердження і самовдосконалення, функціонування яких забезпечує саморегуляція особистості [4].

Перспективними є дослідження проблеми самовизначення особистості з точки зору суб'єктного підходу. Поняття «суб'єктне самовизначення» інтегрує у собі змісти особистісного, соціального і життєвого самовизначення особистості, переносючи смислові акценти у внутрішній світ людини, яка усвідомлює і здійснює себе як суб'єкт активності. Сутність суб'єктного самовизначення полягає у гармонійній мотиваційній взаємодії «зовнішнього» та «внутрішнього» «Я» людини (особистості та сутності) шляхом самодетермінації та самовідсторонення, саморозширення та самосинтезу. Результатом цієї інтеграції виступають самоототожнення та самоприйняття особистістю власної сутності, обумовлені процесом розширення смислу «Я» та його конвергенції із загальним смислом буття. Отже, у суб'єктному самовизначенні точкою відліку є істинна сутність людини, спрямованої на здійснення життєвого смислу [4].

Розкриття психологічного змісту самовизначення особистості стає можливим внаслідок різнобічних теоретичних досліджень цього процесу. Поряд з цим, розуміння механізмів самовизначення поглиблюється завдяки вивченню інших, пов'язаних з ним психологічних явищ: формування життєвої позиції та образу «Я», самореалізації, самодетермінації особистості, усвідомлення і саморегуляції мотиваційної сфери. Найчастіше вживані і аналізуються в психологічній літературі поняття життєвого, особистісного, морального, соціального самовизначення. Життєве самовизначення особистості – є процес формування її моральної позиції. Особистісне самовизначення

розглядається у наукових працях як синонім життєвого, або як процес формування образу «Я» (шляхом самопізнання і самоаналізу).

Соціальне самовизначення найтісніше пов'язане з процесами соціалізації особистості, визначенням особистістю свого місця у суспільстві і шляхів самоактуалізації в ньому. Центральною ланкою в усіх типах самовизначення особистості виступає акт вибору, який особистість здійснює свідомо і цілеспрямовано, і в якому усвідомлюються, і реалізуються сутнісні смислові спрямування людини, її життєва позиція. З точки зору психологічного змісту, самовизначення особистості є її активна внутрішня діяльність, спрямована на гармонійну самореалізацію і втілення обраних цінностей у різних сферах життя. Така діяльність реалізується через самопізнання особистості, розвиток її самосвідомості, здійснення виборів, розв'язання внутрішніх суперечностей [4; 6; 7].

Трудове самовизначення і професійний вибір – ключовий момент соціального становлення особистості, найважливіший елемент її суспільного розвитку, пов'язаний з переходом до трудової діяльності. Вибір професії, як найважливіший аспект вибору життєвого шляху, розширює зміст самовизначення особистості на етапі переходу від періоду дитинства до дорослості. Професійний вибір дослідники розглядають як соціальну проблему і аналізують процес формування у свідомості особистості з раннього дитинства уявлень про професії і види діяльності та ставлень до них, а також розвиток інтересів у шкільному віці, на основі яких і здійснюється пізніше свідомий вибір професії [7]. В основі професійної орієнтації особи (тут поняття професійної орієнтації використано у розумінні внутрішньої активності особистості) знаходиться її соціальна орієнтація – визначення свого місця у суспільстві.

Висновки. Вивчення життєвого, соціального, морального, суб'єктного та професійного самовизначення особистості дає можливість більш глибокого осягнення провідних напрямків життєдіяльності людини в сучасному суспільстві. Перспективою дослідження є вивчення професійного самовизначення особистості, зокрема в спортивній діяльності підлітків та юнаків.

#### Список літератури:

1. Абульханова-Славская К.А. Деятельность и психология личности / К.А. Абульханова-Славская. – М.: Наука, 1990. – 335 с.
2. Анцыферова Л.И. Гуманистически-экзистенциальный подход к мудрости: способы постижения истинного Я и призвания человека / Л.И. Анцыферова // Психологический журнал. – 2005. – Т.26. – №3. – С. 5-14.
3. Боришевський М.Й. Духовні цінності в становленні особистості громадянина / Боришевський М.Й. // Педагогіка і психологія. – 1997. – №1. – С.144-150.
4. Основи психології: Підручник / За заг. ред. О.В.Киричука, В.А.Роменця. – 4-те вид., стереотип. – К.: Либідь, 1999. – 632 с.
5. Максименко С.Д. Генезис существования личности / Максименко С.Д. – К.: Издательство ООО «КММ», 2006. – 240 с.
6. Фельдштейн Д.И. Психология становления личности / Фельдштейн Д.И. – М.: Международная педагогическая академия, 1994. – 192 с.
7. Фельдштейн Д.И. Психология развивающейся личности. – Москва-Воронеж, 1996. – 512 с.

## **Осознание студентами своей ответственности**

**Х. Оюунгэрэл**

*преподаватель фармакологии кафедры фармацевтики,  
Дарханской Медицинской Школы,  
Монгольский Национальный Университет Медицинских Наук  
г. Дархан, Монголия  
e-mail: erdene42003@mnims.edu.mn*

**Ш. Оюунчимэг**

*преподаватель английского языка кафедры фундаментальных наук  
Дарханской Медицинской Школы  
Монгольский Национальный Университет Медицинских Наук  
г. Дархан, Монголия*

**Аннотация.** *В сегодняшнее время глобализации студенты как будущие специалисты несут большую ответственность стать интеллектуально развитым, компетентным, конкурентноспособным специалистом с высокими духовно-нравственными качествами. Основными факторами успешной учёбы студента служат уверенность в свои силы, необходимость полного осознания своей задачи и значений учения. Поэтому для студента важна его активная, творческая деятельность в процессе обучения, приобретение им умений к саморазвитию, самореализации, позволяющих им стать не только компетентным специалистом, но и стать интеллектуалом с высокими духовными качествами.*

**Ключевые слова:** *студент, ответственность, обучение.*

**Abstract.** *Information technology and technological advancement fast-paced global society in order to get a good education, to become competitive skilled professions that it is significant awareness of consciousness for the*

*students is necessary. Students should be dedicated, devoted, responsible, initiative and creative and have to work very hard, to study research work, participate in the science conference and discuss the report and to obey the school rules and regulations.*

**Keywords:** *student, responsibility, absent.*

### **Background:**

In today's fast-paced globalized world in order to get a good education and to become competitive skilled professionals, a significant awareness of consciousness for the students is necessary.

«Who is the student?».

A Student is someone who has to have his/her own purpose and in order to achieve his/her goal must be able to properly organize his/her leisure time, and make the effort to try to change and win self consciousness.

The student is a person who feels the joy and difficulties of learning and tries to reach the top of the academic peak. Students must have many good features of their personalities.

It is difficult for students to try to master everything; however, they should focus on and master one subject.

Acquiring self-learning skills increase competitiveness.

Even though entering university, students do not recognize themselves as students that lack self-mobilization of courage, the energy of youth and mental strength. Therefore they are not able to become genuine students, so before they can achieve their goals, they become discouraged and give up. There is a tale about a lazy student; Student tossed a coin to decide where to go? He thinks, «if it lands on heads, I will go to the market. If it lands on tails, I will have a party. If it stands upright, I will have no choice except to go to school».

Acquiring higher education is not only to have a diploma, but also to capacity build and to strengthen qualities that create good citizens.

Some students get a professional diploma but they have spent 4-5 academic years with poor productivity so they disappoint the employer. It is a bad result of unconsciousness awareness.

**Results:**

Research the students’ responsibility. 188 students who are attending the second year, Darkhan Medical School participated in the survey. 45% of them were satisfactory, 55% were insufficient, 5% were sufficient.

The following three indicators were surveyed:

- Students must be dedicated, responsible, initiative and creative.
- To study the research work, participate in the science conference and discuss their report.
- To obey the school rules and regulations.

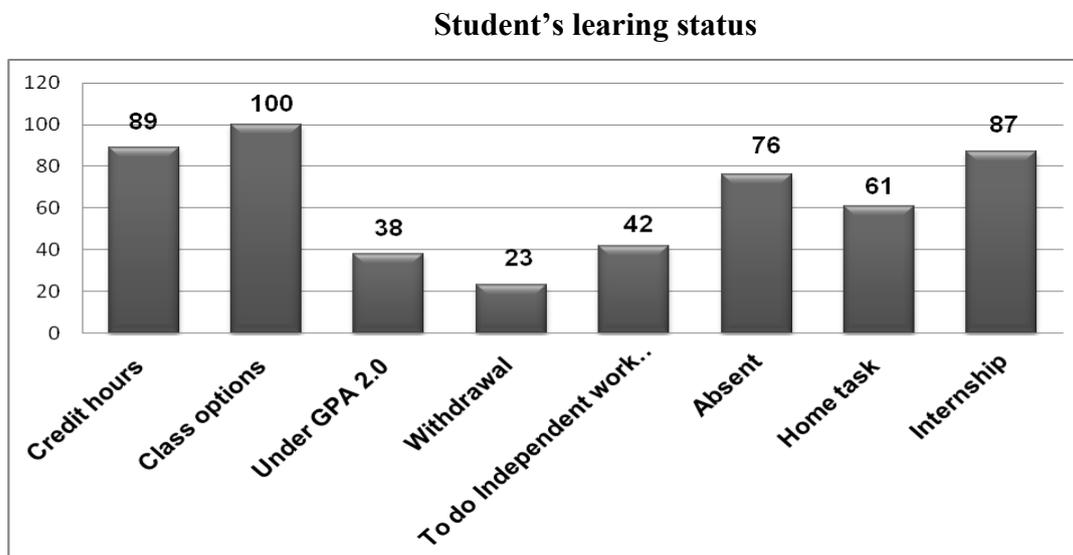
*Table 1*

**Student’s responsibility**

<b>Student’s role</b>	<b>Student’s responsibility</b>	<b>Percent</b>
<b>Absent</b>	Credit hours	89%
	Class options	100%
	Percent of students who have under GPA 2.0	38%
	Repeatms a course	30%
	To do Independent work in time	42%
	Team work	54%
	Late at class	76%
	Withdrawae	23%
	Home task	61%
	In tern ship	87%
<b>Student’s research work</b>	Research participation	14%
	Project of participation	5%
<b>School regulation and rule</b>	Tuition fee	32%
	Correctoin without per mission	0%
	School for improper operation environment	13%
	the school materials and equipment inappropriate	10%
	Moral ethics	15%
	Everyday uniforms	100%
	Participation	53%
	Sports participation	75%

One of the questions was on student's responsibility which was «Am a good student?» This question was relatively important to develop a strategic plan and to evaluate the results.

Table 1



The survey shows 10% of the students attended class option, 89% fulfilled their credit hours. 23% were absent, 36% withdrew, 42% did independent work on time and 54% of those students did team work. 38% of the students were under GPA 2.0.

### **Conclusion:**

Intelligence criteria, independent work were 42%, research work participation were 54%. It seems that they have to develop their learning style, increase competitive skills, and spend leisure time more effectively.

46% of the students gave many reasons such as external, internal, one's fault, lack of teaching methodology for their bad marks.

### Список литературы:

1. Пүрэвдорж Ч. Багшлахуйн менежмент ху. 282.
2. Загдаа А. Мэдлэг эзэмших процесс бол ухамсартай үйл ажиллагаа мөн. Сурган хүмүүжүүлэх ухаан, 1970, №6 ху. 83-89.

3. АШУҮИС-ийн Дархан-Уул аймаг дахь АУС-ийн оюутны гарын авлага, 2014.,2015.

4. Бейлис Ф. Үйлийн судалгаагаар суралцагсадын хэрэгцээ сонирхолыг танин мэдэх нь. Европийн холбооны темпусын OUTREACH төслийн Модуль 2.

УДК 159.9456

**Особенности межличностных отношений часто болеющих  
детей**

*Алена Станиславовна Пехарева*

*аспирант кафедры психологического*

*консультирования и психотерапии*

*Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина,*

*г. Харьков, Украина*

*e-mail: anela221992@mail.ru*

***Аннотация.** Статья посвящена изучению особенностей межличностных отношений часто болеющих детей. Показано, что система межличностных отношений характеризуется эмоционально доминирующей привязанностью к матери при уменьшении привязанности к отцу; на эмоциональные отношения с окружающими ЧБД влияют не выраженная любознательность, необщительность, стремление к уединению. Установлено несколько типов отношения ЧБД к внутрисемейному типу взаимодействия: отвергающий тип, избирательно-отвергающий тип, коалиция с матерью, «кумир семьи».*

***Ключевые слова:** часто болеющие дети; межличностные отношения.*

**Abstract.** *The article examines the characteristics of interpersonal relationships often ill children. It is shown that the system of interpersonal relations is characterized by the dominant emotional attachment to his mother with a decrease in the attachment to the father; to emotional relationships with others does not affect FIC expressed curiosity, unsociable, desire for solitude. There are several types of intrafamily relationships FIC to the type of interaction: a rejection type, selectively rejecting-type coalition with his mother, «idol of the family».*

**Keywords:** *sickly children; interpersonal relations.*

Ситуацию частых и длительных ОРЗ можно рассматривать как условие дефицитарного развития, отягощенного биологическими вредностями, которые ведут к нарушению всей системы отношений личности ребенка [1, 2, 3, 4 и др.].

Наряду с очевидными соматическими проявлениями и угрозой развития сопутствующих заболеваний, частые и длительные ОРЗ влекут за собой психологические и социальные трудности – психологический стресс, заниженную самооценку, негативное отношение к телу, субдепрессивные состояния, нарушение социальных отношений [3, 4, 5, 6].

У часто болеющих детей нарушается социальная адаптация, обусловленная частой потерей контактов со сверстниками, повышается уровень тревожности. Соматическое неблагополучие в значительной степени меняет характер взаимодействия и взаимоотношения детей и, как результат, затрагивает разнообразные отношения и сферы функционирования личности ребенка.

Выборка исследования. В исследовании приняли участие 62 ребенка (29 мальчиков, 33 девочки) младшего школьного возраста, частота эпизодов ОРЗ колеблется от 4 до 6 раз в год. Группу контроля

составили 62 здоровых ребенка, (30 мальчиков, 32 девочки) с частотой от 1 до 3 эпизодов ОРЗ в год.

Результаты исследования и их обсуждение. Полученные данные позволили охарактеризовать систему межличностных отношений, включающую отношение к родителям, братьям и сестрам и другим родственникам, учителям, другим значимым взрослым и друзьям. Полученные данные представлены в таблице 1. Для здоровых детей в системе межличностных отношений с окружающими наиболее значимы отношения с родителями. При этом доминирующая роль отводится отношениям с матерью. Здоровым детям характерно восприятие родителей как родительской четы и эмоциональная привязанность к обоим родителям. Отвечая на вопросы, связанные с тем, кому ребенок хотел бы рассказать о радостях, разочарованиях, с кем бы ему хотелось отдыхать, по кому бы он скучал, если бы уехал один, здоровые дети давали ответ: «Семье (с семьей, о семье), папе и маме», а после наводящих вопросов уточняли его более подробно. Для ЧБД также наиболее эмоционально значимыми являются отношения с родителями, особенно с матерью. При этом ЧБД отличаются в своем отношении к отцу, к которому была продемонстрирована меньшая привязанность, нежели у здоровых детей. Дополнительные беседы дали возможность определить, что в большинстве случаев (71%) отцы чаще, нежели матери (32%), отрицательно относятся к своему часто болеющему ребенку, наказывают его за плохую успеваемость, не толерантны по отношению к трудностям, возникающим у ребенка в связи с осложнениями со здоровьем. Установлено снижение показателей в Гр.1 по шкале восприятия «Родителей как четы» по сравнению ГР.2. Кроме этого для ЧБД отношения с учителями менее значимы, нежели для их здоровых сверстников. Приблизительно одинаковое значение имеют отношения с друзьями для детей Гр.1 и Гр.2.

Проанализируем данные по переменным, описывающим особенности самого ребенка, так как на эмоциональные отношения ЧБД с окружающими влияют переменные, характеризующие самого ребенка – любознательность, стремление к общению в больших группах, стремление к лидерству, конфликтность, социальная адекватность поведения, стремление к уединению или отгороженность. Установлено, что ЧБД менее любознательны, нежели их здоровые сверстники. ЧБД значительно менее общительны, им характерно стремление к уединению и отгороженности от окружающих. Дети Гр.1 отказываются от общения в большой группе детей, стремятся ее покинуть, у них нет стремления к лидерству, условием которого является непосредственное общение с другими детьми, учет их интересов. По шкале «конфликтность» отличий между ЧБД и их здоровыми сверстниками не обнаружено. Отмечается снижение социальной адекватности поведения, что проявляется у ЧБД в пассивно-страдательной реакции, которая возвращает ребенка к более примитивным формам поведения и значительно снижает эффективность деятельности.

Таблица 1

**Разница в межличностных отношениях детей (Гр.1, Гр.2)**

Шкалы	Гр.1		Гр.2		t	p
	М	σ	М	σ		
Отношение к матери	59,0323	12,6370	56,6129	13,2990	-1,495	0,1401
Отношение к отцу	22,0968	8,5194	42,0969	13,1992	-9,785	0,000
Отношение к родительской чете	41,1290	9,7215	50,80,65	14,6319	-4,487	0,000
Отношение к брату/сестре	17,4194	8,2848	18,0645	8,11570	-1,733	0,083
Отношение к бабушке/дедушке	18,0654	8,2987	17,42195	8,2659	-1,735	0,084
Отношение к другу/подруге	18,7097	7,78478	17,5806	8,43208	-0,926	0,358
Отношение к учителю	17,580	7,8271	20,8065	8,7400	-2,939	0,005

Любознательность	28,3065	13,1617	50,6452	16,0297	-9,094	0,000
Общительность в группе	20,8065	11,7763	22,5806	11,0045	-3,627	0,001
Лидерство	21,6452	7,2949	23,9032	23,9032	-3,119	0,002
Конфликтность	25,001	9,0081	24,8387	8,6350	0,375	0,709
Социальная адекватность поведения	33,8710	11,0664	44,6774	11,266	-5,527	0,000
Отгороженность	29,0323	11,2657	22,2581	12,7291	3,109	0,000

Для исследования интерактивных отношений в семье, дополнительно к методике Р.Жиля, была использована методика «Кинетический рисунок семьи» с беседой по результатам рисования. Было выделено несколько типов рисунков, отражающих типы отношения детей к внутрисемейному типу взаимодействия: гармоничный, избирательно-отвергающий, коалиция с матерью, отвергающий, «кумир семьи» (результаты табл.2).

*Таблица 2*

**Частота встречаемости типов отношения детей к внутрисемейному типу взаимодействия (Гр.1, Гр.2)**

Типы	Гр.1 Абс; %	Гр.2 Абс.; %
Гармоничный	3;5%	39;63%
Избирательно-отвергающий	16;26%	7;11%
Коалиция с матерью	15;24%	5;8%
Отвергающий	17;27%	7;11%
Кумир семьи	11;18%;	4;6%

Сравнение состава изображенной семьи с реальной демонстрирует, что здоровые дети рисуют семью в полном составе, такие изображения являются показателем переживания эмоционального благополучия семьи, также дети изображают себя в качестве члена семьи. Члены семьи на рисунке изображаются либо взявшимися за руки, либо занимающиеся общим делом. Наличие общего дела – показатель общего интереса и принятия членами семьи друг друга. Здоровые дети к процессу рисования приступают с энтузиазмом, не боясь, что у них

что-то не получится. Чаще всего (80%) дети изображали первыми мать (55%) или отца (25%). Здоровые дети используют широкий репертуар цветовой палитры и различные декоративные элементы (узоры, цветы, бабочки). В ходе беседы здоровые дети свободно поясняют, кто изображен на рисунке, чем занят каждый изображенный персонаж, способны объяснить композиционное решение рисунка, рассказывают различные истории, которые натолкнули на выбор изображенного сюжета.

В предложенных гипотетических ситуациях большинство детей (68%) наиболее привлекательным членом семьи называли мать, отец на втором месте. В 65% случаев исключение из общего дела какого-либо члена семьи вызывает у ребенка недоумение, ребенок отказывается сделать выбор. Наиболее часто (43%) таким «исключенным членом семьи» оказываются братья /сестры или бабушки /дедушки.

В группе ЧБД было наибольший процент (27%) занимает тип рисунков, отнесенных к категории «отвергающего типа». По характеру рисунка можно говорить о низком уровне эмоциональных связей в семье, у ребенка отсутствует чувство общности с семьей, ребенок переживает чувства отверженности и покинутости, все это протекает на фоне негативного самоотношения и сниженной самооценки. Признаками, указывающими на это, является отсутствие ребенка на рисунке (45%), или изображение только его самого (55%). Эти дети с трудом приступали к рисованию, с нежеланием поясняли рисунок, говорили, что не умеют рисовать, отказывались от выбора в гипотетической ситуации, аргументируя это усталостью или тем, что им «надоело». Кроме этого дети пропускают части лица (рот и глаза), что указывает на нарушения в коммуникативной сфере. Также, дети в 27% случаев изображали фигуру без ног, что означает нестабильность, отсутствие ощущения основы, стойкое чувство тревоги. Тип рисунков,

которые несут в себе элементы «избирательно-отвергающего стиля» наблюдался в 26%. Такие рисунки свидетельствуют о неблагополучии во внутрисемейных взаимоотношениях и негативном эмоциональном отношении к одному из членов семьи. Дети рисуют свою семью в неполном составе, не включение реально существующего члена семьи в рисунок указывает на его эмоциональное отвержение, желание ограничить его присутствие в жизни ребенка. Чаще всего исключается из рисунка отец (94%). Характер взаимодействия членов семьи на рисунке указывает на средний уровень эмоциональной связи в семье. Показателями этого являются разобщенность членов семьи на рисунке, большая дистанция между персонажами. Дети изображают себя в стороне от других, что указывает на отчужденность. На чувство собственной незначительности в жизни семьи указывает то, что его фигура изображается значительно меньше остальных. По цветовому решению дети прибегают чаще (76%) к использованию только холодных цветов. 24% – рисунок изображался черно-белым (с использованием карандаша) либо рисунок выполняется ручкой, ребенок игнорировал набор карандашей. В 24% случаев рисунки демонстрируют «коалицию» между матерью и ребенком. На рисунках такого типа ребенок и мать изображены близко друг к другу, чаще заняты общим делом, отец также присутствует на рисунке, однако, изображается на достаточно большой дистанции от матери и ребенка. Первой в 75% случаев изображается мать, отец в 100% случаев изображался последним. Характер взаимодействия ребенка и матери указывает на эмоционально близкие, доверительные отношения, при эмоциональном дистанцировании отца. В ходе беседы дети легко поясняют, кто изображен на рисунке, чем занят каждый изображенный персонаж, способны объяснить композиционное решение рисунка, рассказывают о том, что изображенный сюжет типичен для их семьи. Исключается из

рисунка отец (100%). В 18% случаев по изображениям можно говорить о наличии детского эгоцентризма и о воспитании по типу «кумир семьи». Семья изображена в полном составе, при этом она расположена вокруг ребенка, который является центральным персонажем. Первым ребенок рисует самого себя, фигура изображается с особой тщательностью, с большим количеством различных элементов, по размерам больше остальных. Это является показателем компенсаторного завышения самооценки ребенка. Чаще всего (69%), наиболее близким к фигуре рисующего ребенка оказывается изображение матери, затем – отца. В ходе пострисуночной беседы выбор в гипотетической ситуации осуществляется ребенком легко и не задумываясь; в числе «исключенных героев» часто (77%) оказывается отец.

Таблица 3

**Разница в частоте встречаемости типов отношения детей к внутрисемейному типу взаимодействия (Гр.1-Гр.2)**

Типы	φ-критерий
Гармоничный	-7,727**
Избирательно-отвергающий	2,118*
Коалиция с матерью	2,520**
Отвергающий	2,321**
Кумир семьи	1,982*

Примечание:  $p = **0,001$ ; \* 0,005.

Список литературы:

1. Альбицкий В.Ю. Часто болеющие дети: клинико-социальные аспекты. Пути оздоровления-Саратов: Радуга, 1986. – 183 с.
2. Арина Г.А., Коваленко Н.А. Часто болеющие дети. Какие они? // Школа здоровья. – 1995. – Т.2. – С. 116-125.
3. Вылегжанина, Г.Г. Влияние родительского отношения на мотивацию часто болеющего ребенка дошкольного возраста к разным видам деятельности: основные подходы и методы // Вестник КрасГУ. – Красноярск, 2006. – Гуманитарная серия. – 3/1. – С. 108-113.

4. Дусказиева Ж.Г. Влияние родительского отношения на мотивацию к выздоровлению у часто болеющего ребенка дошкольного возраста // Мотивационно-потребностное развитие ребенка: материалы 10-й Регион. науч.- практ. конф. 27-28 февраля 2008 г. / Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева. – Красноярск, 2008. – С. 52-57.

5. Михеева А.А. Психологическая помощь часто болеющим детям // Школа здоровья. – 1999. – №1. – С. 55-73.

6. Мосина Н.А. Особенности развития самосознания часто болеющего младшего школьника – Красноярск, 2007. – 144 с.

УДК 614.22

**Желания и возможности для профессионального роста и  
развития медсестер**

***Теодор Попов***

*профессор, д-р,*

*кафедра Медицинского образования,*

*факультет общественного здравоохранения,*

*Медицинский университет Софии,*

*г. София, Болгария*

***Антония Трендафилова***

*ас., кафедра Медицинского образования,*

*факультет общественного здравоохранения,*

*Медицинский университет Софии,*

*г. София, Болгария*

***Латинка Петрова***

*кафедра Медицинского образования,*

*факультет общественного здравоохранения,*

*Медицинский университет Софии,*

г. София, Болгария

**Екатерина Йосифова**

кафедра Медицинского образования,

факультет общественного здравоохранения,

Медицинский университет Софии,

г. София, Болгария

**Даниела Борисова**

кафедра Медицинского образования,

факультет общественного здравоохранения,

Медицинский университет Софии,

г. София, Болгария

**Аннотация.** Проведено анкетное социологическое исследование 90 работающих медицинских сестер государственных общих больниц активного лечения в городах Лом, Самоков и Видин, Болгария.

Проверялось отношение опрошенных к карьерному росту и профессиональному развитию, а также возможности, которые существуют для постоянной и непрерывной профессиональной подготовки и квалификации.

**Ключевые слова:** медсестры, профессиональное развитие и совершенствование.

**Abstract.** It has been conducted a survey of 90 nurses employed by the state hospitals for Active Treatment in the cities Lom, Samokov and Vidin in Bulgaria.

It have been researched the attitudes of respondents for career growth and professional development as well the opportunities that exist for ongoing and continuous training and qualification.

**Keywords:** nurse, professional development and improvement.

Профессия медсестры на европейском уровне является регулируемой профессией, что ставит более серьезные задачи при проведении обучения и приобретении профессиональных компетенций. Важным моментом в современном здравоохранении при условии свободного перемещения людей и возможностей медсестер реализовать себя, является приобретение навыков и компетенций на разных уровнях.

Практическое обучение является важным элементом при подготовке студентов по специальности «Медицинская помощь». Основными участницами в процессе получения качественного образования являются преподаватели, наставники и материальная база. Они создают условия для проведения настоящего учебного процесса, для формирования необходимых профессиональных знаний и навыков.

Теоретическое обучение предусматривает базовые знания в соответствующих дисциплинах и создает условия для формирования теоретических знаний в конкретной рабочей среде в процессе медицинской помощи.

Используя различные методы, формы и инструменты в процессе обучения, создаются условия для построения правильной модели и стиля поведения у студентов при работе с различными типами пациентов. Медицинская помощь включает в себя не только хорошо выполненную манипуляцию, проведение подготовки для исследований, распределение лекарственных средств, гигиенические и специализированные процедуры, но также и личную заботу о человеке, выраженную как озабоченность, сочувствие, внимание, эмоциональное тепло и поддержка.

Процесс обучения двусторонен. Для его эффективности, кроме действий преподавателей, имеет значение и роль студентов с их мотивацией к обучению и отношением к учебной деятельности и собственному развитию.

**Контингент и методология.** Проведено социологическое исследование при помощи собственной анкеты профессора Теодора Попова с 28 вопросами смешанного типа.

Опрошено в общей сложности 90 медицинских сестер, работающих в государственных общих больницах активного лечения в трех городах Болгарии – Ломе, Видине и Самокове. Из них 89 женщины (99,89%) и 1 мужчина (1,11%). Средний возраст опрошенных составил 42 года и 1 месяц. Средняя продолжительность службы составляет 21 год и 2 месяца. Все они имеют квалификацию «Медсестра». 50 человек (55,65%) имеют полу высшее образование; 25 (27,78%) – бакалавры по специальности «Медицинская помощь», а 15 других (или 16,66%) опрошенных имеют степень «Магистр медицинской помощи».

**Цель исследования.** Повышение качества и оптимизация учебной деятельности по специальности «Медсестра» является главной целью данного исследования для положительного влияния на практическую деятельность в медицинских учреждениях. Сформулированная таким образом цель может быть достигнута путем изучения отношений, предпочтений, намерений для непрерывного образования и развития карьеры опрошенных медсестер, вместе с их оценкой качества и возможностей, предоставляемых непрерывным обучением. Во внимание принимаются и конкретные рекомендации опрошенных.

**Результаты и обсуждение.** Данные, полученные из опроса медсестер, работающих в государственных больницах Лома, Видина и Самокова, ясно показывают, что опрошенные в подавляющем большинстве довольны полученной более высокой степенью образования, что они считают успешным их образование и что они четко убеждены в необходимости участия в учебных курсах последипломного образования. Эти результаты показаны в табличной и графической формах (табл. 1 и рис. 1).

Таблица 1

1. Вопрос №16	А	Б	В	Г	всего
Продолжили бы Вы свое образование на следующем этапе?	да	нет	не уверен	не знаю	
количество	47	9	28	6	90
проценты	52.22	10	31.11	6.67	100

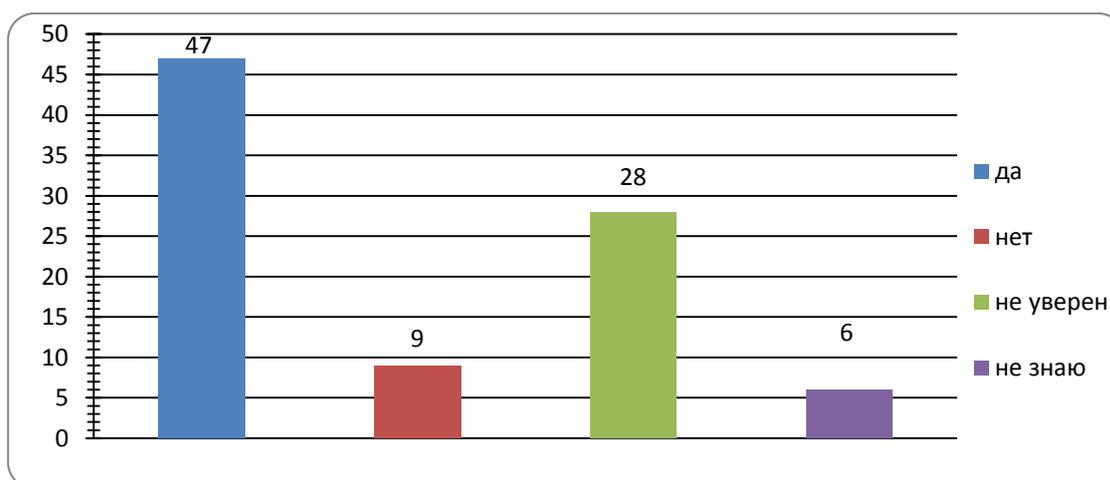


Рис. 1. Вопрос: «Хотите ли Вы продолжить Ваше образование на следующем этапе?».

По нашему мнению, радуют полученные данные из ответов опрошенных на то, что стимулирует их к продолжению образования. Так, более 80% опрошенных назвали в качестве причины для продолжения образования на следующем этапе на различных курсах подготовки и переподготовки желание улучшения карьерной реализации (см. таблицу 2 и рис. 2).

Таблица 2

Что стимулирует Вас к учебе?	Желание совершенствования	интерес	Стремление к профессиональному развитию	Продолжение образования	Свободное время	другое	Всего
Количество	49	6	27	6	1	1	90
проценты	54.44	6.67	30	6.67	1.11	1.11	100

Таблица 3

Въпрос №26	А	Б	В	Г	Д	Всего
Что привлекает Вас в выбранной Вами профессии?	Условия труда	Высокая зарплата	Динамичность работы	Контакт с разными людьми	Польза от моей работы	
Количество	1	4	17	28	40	90
проценты	1.11	4.44	18.90	31.11	44.44	100

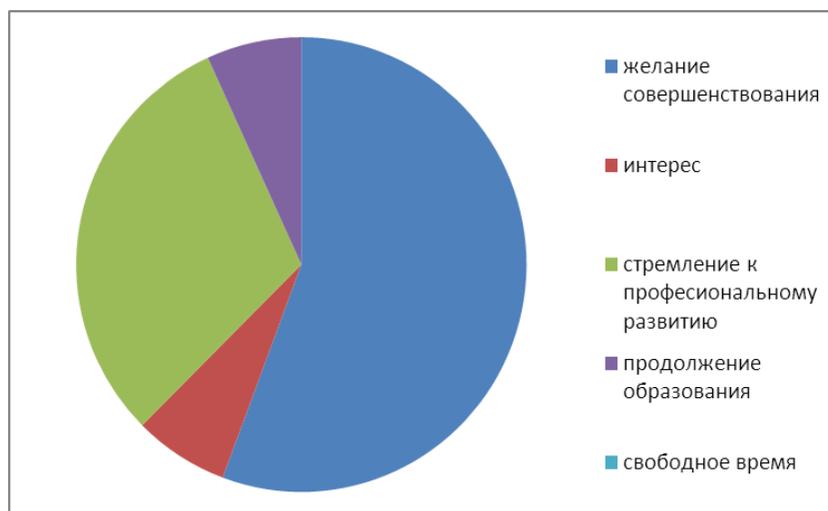


Рис. 2.

Опубликованные данные корреспондируют с другим вопросом исследования, а именно «Каковы Ваши ожидания после обучения?» Так целых 65,56% ответили «Больше возможностей для профессионального развития», а другие 28,88% – повышение квалификации.

Положительными с этической и профессиональной точки зрения являются ответы, данные опрошенными о том, что привлекает их в выбранной ими профессии. С большим отрывом от других преобладают мотивы «польза от моей работы», «контакт с разными людьми» и «динамичность работы» (табл. 3).

### **Обобщения, выводы и рекомендации.**

Из данных, собранных в ходе исследования и их анализа, сложилось общее впечатление, что опрошенный контингент (медсестры) отличается профессиональной зрелостью и ответственным отношением к себе и профессии. Аналогичные цифры встречаются и в других исследованиях [1, 4].

Это установлено и в результате личных бесед и дискуссий с другими представителями гильдии.

Большинство опрошенных сестер хотят улучшить свои навыки и приобрести новые знания, не руководствуясь материальными стимулами.

Почти все, принявшие участие в опросе, одобрительно относятся к непрерывному образованию как к успешной форме обучения и квалификации.

По отношению к формам обучения, они предпочитают курсы продолжительностью от одного до трех месяцев, проводимые на рабочем месте.

Опрошенные медсестры больниц Лома, Видина и Самокова отметили положительное отношение преподавателей к ним и оказанную им помощь. В этой связи можно рекомендовать еще более активные

творческие связи с целью стимулирования их к обучению в магистратуре и диссертационным исследованиям, а также массовое участие медсестер в различных проектах и исследованиях, проводимых различными кафедрами.

Не будет излишним, если более активные курсисты будут поощряться описывать их опыт, участвовать в научных конференциях и публикациях различных материалов. Это создаст более широкий интерес, уверенность и новую мотивацию к работе. Приведет к предложениям и рекомендациям по улучшению практической деятельности и обучения, которые показаны в настоящем исследовании.

Интенсификация педагогического взаимодействия между преподавателями и студентами должна быть направлена на поддержку индивидуальной работы и самоподготовку.

Это является неиспользованным ресурсом для их профессионального и личностного развития и совершенствования. Для постижения этой цели необходимо найти реальные педагогические и организационные возможности для реализации и введения инноваций, а также более привлекательных и адаптируемых форм обучения в существующем учебном процессе.

#### Список литературы:

1. Александрова М. Съвременни тенденции в обучението на медицинските сестри, С., 2007.
2. Петров П., Атанасова М., Образованието и обучението на възрастните, С., 1999, изд. Веда Словена-ЖГ.
3. Петров П. Дидактика, II доп.и прер. изд., С., 1998, изд. Веда Словена-ЖГ.
4. Попов Т., Студентът като субект на обучението, С., 2006, изд. Везни.

5. Попов Т., Гюрова В., Герджиков К., съавт., Педагогика, II част Дидактика, С., 2005, изд. Типографика.

6. Попов Т., Трендафилова П., Милев И. Курсовете за СДО на катедра «Медицинска педагогика» през учебната 2012/2013 г. – резултати, удовлетвореност на участниците и перспективи, сб. 31 НТС на ИНГА, С., 2013, изд. Темто, С. 29-33.

7. Попов Т., Александрова М. Професионално възпитание на медицинските специалисти, в «Педагогика», I част: Теория на възпитанието, III доп. и прер. изд., Габрово, 2012, изд. Екс-прес, с. 295.

8. Попов Т., Петков П., Терзиева А., Милев И. Изследване на нагласите и възможностите за продължаващото образование при медицинските сестри от УМБАЛ «Царица Йоанна» – София, сборник материали от XXXIII сесия на ИНГА, изд. «ТЕМТО», 2014г., С. 13-19.

УДК 316.7

### **Социальное партнерство как технология социальной работы**

***Оксана Валерьевна Пьянзина***

*студентка 5 курса направления подготовки*

*«социальная работа»,*

*Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева,*

*г. Саранск, Россия*

*e-mail: dinaraas@mail.ru*

*Аннотация. В статье рассматривается технология социального партнерства в отношении лиц пожилого возраста в области социальной работы.*

*Ключевые слова: социальное партнерство, социальная работа, социальная политика, направления социальной работы, пожилые*

*граждане, образ жизни.*

**Abstract.** *The article discusses the technology of social partnership in relation to the elderly in the field of social work.*

**Keywords:** *social partnership, social work, social policy, social work, senior citizens, lifestyle.*

Социальное партнерство как технология социальной работы является важным сущностным элементом общественной системы, необходимым для развития духовно устойчивого, демократического и правового государства.

В рамках социального партнерства Министерство социальной защиты населения Республики Мордовия привлекает социальных партнеров для решения проблем пожилых граждан проживающих в РМ. В этой деятельности Министерство социальной защиты населения Республики Мордовия, выступает в роли координатора, что позволяет избежать дублирования функций различными учреждениями.

Социальное партнерство в решении проблем лиц пожилого возраста в РМ реализуется на основании государственной программы «Социальная поддержка граждан» на 2014-2020 гг.». В рамках нее реализуются следующие подпрограммы, которые касаются лиц пожилого возраста «*Развитие мер социальной поддержки отдельных категорий граждан*»; «*Модернизация и развитие социального обслуживания населения*»; «*Повышение эффективности государственной поддержки социально ориентированных некоммерческих организаций*». Важно отметить, что основными целями является формирование организационных, социально-экономических условий для роста благосостояния граждан – получателей мер социальной поддержки; повышение социальной защищенности и доступности качественных услуг в сфере социальной защиты населения,

обеспечивающих социальные гарантии государства гражданам в Республике Мордовия.

В целях эффективной реализации механизма межведомственного взаимодействия при оказании государственной социальной помощи на основании социального контракта 25 февраля 2014 г. между министерством и Госкомтрудзанятости Республики Мордовия заключено соглашение о взаимодействии. Важно отметить, что при Министерстве социальной защиты населения РМ был создан *Общественный совет* (25 июня 2013 г.). *Основные цели создания Общественного совета*: повышение качества работы государственных учреждений, оказывающих услуги населению в сфере социального обслуживания, в отношении которых министерство осуществляет функции и полномочия учредителя; повышение открытости и доступности информации о деятельности министерства и учреждений, оказывающих социальные услуги; обеспечение взаимодействия министерства с общественными организациями, иными некоммерческими организациями, экспертами по вопросам повышения качества работы учреждений, оказывающих социальные услуги. Нами было проведено авторское исследование, направленное на выявление соответствия существующей системы социального партнерства как технологии социальной работы потребностям пожилых граждан. Исследование проводилось на базе Министерства социальной защиты населения РМ. Было опрошено 16 сотрудников Министерства социальной защиты населения РМ. Критериями *отбора экспертов*: 1) стаж работы в Министерстве социальной защиты населения РМ, не менее 3 лет; 2) работа в сфере межведомственного сотрудничества и социального партнерства (Отдел социальной поддержки населения, Отдел организации социального обслуживания населения). Большинство респондентов 85,0% указали, что имели опыт

межсекторного взаимодействия в рамках социального партнерства с субъектами социальной защиты пожилых граждан. На вопрос «*Существует ли в нашей республике нормативно-правовая база для реализации социального партнерства в решении проблем пожилых граждан?*», 100,0% экспертов ответили, что существует. Это говорит о том, что нормативно-правовая база РМ обширная, и для социального партнерства является фундаментом для реализации. На вопрос «*Имеет ли Министерство социальной защиты населения РМ опыт межсекторного взаимодействия в рамках социального партнерства в решении проблем пожилых граждан?*», 12 человек ответило – да имеет, а 4 человека – затруднились ответить на данный вопрос. На вопрос «*Как Вы оцениваете сложившийся уровень отношений общественных организаций, занимающихся оказанием помощи пожилым гражданам с властью, государственными и муниципальными учреждениями в РМ?*» были получены следующие ответы: 70,0% выбрали вариант ответа «хорошо», 30,0% – «удовлетворительно». Анализ вопроса «*Какие проблемы мешают, на Ваш взгляд, эффективному межсекторному взаимодействию?*» показал, что в качестве основной проблемы, мешающей эффективному межсекторному взаимодействию, назван субъективный фактор – нежелание власти и бизнеса идти на контакт с НКО (40,0%). Второй по значимости фактор определен как «отсутствие информации о том, кому и какая помощь нужна в данный момент» (30,0%), «организационные трудности» (15,0%); неумение НКО достойно представить себя и предвзятое отношение к пожилым и инвалидам и недоверие к их работе отметили 10,0% и 5,0% соответственно. Анализ вопроса «*На Ваш взгляд, в чем должны выражаться социальные партнерские отношения в решении проблем пожилых, между Министерством социальной защиты населения РМ, общественными организациями и бизнесом в РМ?*», получили

следующие ответы: 12 экспертов считают, что это проведение совместных мероприятий; 4 эксперта считают, что это – совместная разработка творческих проектов. К сожалению, не один эксперт не выбрал, такой вариант ответа, как оказание услуг коммерческим организациям (консультативных, информационных, по профилю деятельности организации). Анализ вопроса *«Какие направления и формы социального партнерства в своей деятельности Вы применяете при решении проблем пожилых граждан?»*, мы получили следующие результаты, что основные формы работы, сотрудничество и обмен; часто принимают решение коллегиально. *Основными направлениями работы многих экспертов является:* организация предоставления мер социальной поддержки пожилым; осуществление социального обслуживания пожилых и престарелых граждан, оказание адресной социальной помощи; разработка и реализация республиканских, ведомственных программ по социальной поддержке пожилых граждан; осуществление контроля за работой подведомственных Министерству специализированных учреждений для пожилых лиц; разрабатывают предложения по совершенствованию существующих, разработке и внедрению новых форм социального обслуживания престарелых и т.д. Исходя из вышесказанного, можно сделать следующий вывод. НКО, которые должны представлять в процессе становления межсекторного взаимодействия общество в целом, достаточно пассивно участвуют в процессе интервенции идей гражданского общества во властные и коммерческие. На вопрос *«Как Вы можете оценить эффективность социальной работы по решению проблем пожилых граждан в г. о. Саранск?»*, эксперты отметили как средняя степень (12 человек), высокая (4 человека), вариант низкая – не выбрал никто. Анализ вопроса *«Соответствует ли действующая система социального партнерства в области социальной работы потребностям лиц*

*пожилого возраста?»*, дал следующие результаты, 14 экспертов ответили, что действующая система соответствует в полной мере потребностям пожилых граждан, и 2 эксперта отметили, что необходимо ее совершенствование, так как не соответствует потребностям лиц пожилого возраста. Главными проблемами действующей системы социального партнерства в области социальной работы в отношении лиц пожилого возраста в РМ, эксперты отмечают, «низкая финансируемость», «не заинтересованность сторон межведомственного взаимодействия», «отсутствие четких инструкций по реализации социального партнерства», «отсутствие налаженной системы по обмену информацией между ведомствами», «частое дублирование функций, разными ведомствами» и т.д. Анализ вопроса *«Выступает ли на Ваш взгляд, Министерство социальной защиты РМ в качестве координатора социального партнерства?»* мы получили следующие варианты ответов, 50,0% ответили – да, 30,0% – ответили нет, и 20,0% экспертов затруднились ответить на данный вопрос. 70,0% экспертов считают, что работа Министерства социальной защиты населения в области социального партнерства в РМ, эффективна, и 30,0% ответили что не эффективна, чем эффективна. При этом 100,0% экспертов отметили, что от социального партнерства, зависит полнота решения проблем пожилых граждан. Единогласно эксперты ответили, что социальное партнерство влияет на эффективность решения проблем пожилых.

*Таким образом, анализ социального партнерства как технологии социальной работы в решении проблем пожилых граждан, показал, что при Министерстве социальной защиты населения работает Общественный совет в главные цели, которого входит обеспечение взаимодействия министерства с общественными организациями, иными некоммерческими организациями, экспертами по вопросам повышения*

качества работы учреждений, оказывающих социальные услуги в отношении лиц пожилого возраста.

УДК 617.751.98

**Социализация и реабилитация инвалидов по зрению в  
Новосибирской области**

***Надежда Борисовна Рябцева***

*студентка,*

*Горно-Алтайский Государственный Университет,*

*г. Горно-Алтайск, Россия*

*e-mail: Nad866442@mail.ru*

***Аннотация.** В статье раскрываются основные принципы помощи и поддержки инвалидов по зрению в Новосибирской области и существующие проблемы, возникающие в процессе реабилитации незрячих.*

***Ключевые слова:** инвалид по зрению, социализация, реабилитация, незрячий.*

***Abstract.** In article the basic principles of the help and support of visually impaired persons in the Novosibirsk region and the existing problems arising in the course of rehabilitation of the blind reveal.*

***Keywords:** visually impaired person, socialization, rehabilitation, blind.*

Инвалид по зрению – человек, полностью или частично утративший способность видеть (если инвалидность не является врожденной). Таким людям сложнее всего адаптироваться к своей болезни, ведь им приходится учиться жить заново, полагаясь на другие органы чувств. Важно уделять особое значение реабилитации

инвалидов. Особенно это стало проявляться в последнее время, когда на смену определению «люди с ограниченными возможностями» пришло определение «люди с дополнительными потребностями». Это преобразование говорит о том, что общество готово принимать таких людей и помогать чувствовать себя уверенно. Особое внимание уделяется людям, полностью утратившим способность видеть (незрячим). Рассмотрим пример поддержки и реабилитации незрячих на примере Новосибирской области.

Новосибирское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации представлено 24 филиалами в Новосибирской области.

В соответствии с Федеральным законом от 24.11.1995 №181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» инвалиды имеют право на бесплатное обеспечение техническими средствами реабилитации за счет средств федерального бюджета.

Для инвалидов по зрению в Перечне предусмотрены следующие средства реабилитации:

- трости тактильные;
- специальные устройства для чтения «говорящих книг», для оптической коррекции слабовидения.

К данному разделу относятся: тифломагнитофоны, тифлофлешплееры (в ИПР может быть указан конкретный вид устройства согласно пожеланию инвалида), лупы ручные и настольные, видео-увеличитель электронный ручной с увеличением от 10 до 50 крат, видеосистема с увеличением изображения, телевизионное увеличивающее устройство;

- собаки-проводники с комплектом снаряжения, содержание и ветеринарное обслуживание собак-проводников (путем выплаты ежегодной денежной компенсации);

- медицинские термометры и тонометры с речевым выходом.
- приборами для письма по Брайлю;
- наборами для письма по Брайлю;
- грифелями для письма по Брайлю [1].

Инвалид или его представитель может получить следующие услуги:

- оформление льготных проездных документов (Социальную карту) По данной карте можно проехать в автобусах, троллейбусах, трамваях и в метро. По данному проездному документу можно покупать билеты на автобусы по всей Новосибирской области. Социальные карты подразделяются на стандартные с оплатой 170 рублей на месяц без ограничения числа поездок и накопительные, которые включают определенное количество поездок и не ограничено по использованию одним месяцем;

- оформление субсидий и компенсации за топливо;
- оформление дополнительных субсидий в помощь одиноко проживающему инвалиду при оплате за жилье с большой площадью;
- помощь психолога;
- ведется запись на реабилитацию в Областной центр социокультурной реабилитации инвалидов;

Социально-реабилитационный центр для граждан пожилого возраста и инвалидов – учреждение социального обслуживания, предназначенное для проведения оздоровительных и социально-реабилитационных мероприятий с гражданами.

Основные задачи социально-реабилитационного центра – поддержание у граждан возможностей самореализации жизненно важных потребностей путем укрепления их здоровья, повышения физической активности, нормализации психического статуса, культурных услуг гражданам организация питания и отдыха. В

соответствии с основными задачами социально-реабилитационный центр осуществляет следующие функции:

– прием и размещение граждан с учетом их возраста, пола, состояния здоровья, имеющихся заболеваний, способности к самообслуживанию;

– предоставление гражданам пожилого возраста и инвалидам – клиентам центра необходимых им социальных услуг (социально-бытовых, социально-медицинских, социально-психологических, социально-педагогических, социально-экономических, социально-правовых);

– осуществление мероприятий по коррекции психического статуса [2].

Курсом на 18 дней. Не зависит от уровня дохода инвалида и не привязан к пакету услуг.

В России два федеральных центра реабилитации инвалидов по зрению. В Бийском филиале проходят социальную реабилитацию (аналогичную ЦРС ВОС г. Волоколамск) и получают профессию инвалиды по зрению – жители Урала, Сибири и Дальнего Востока.

Здесь инвалид в течение 3-4 месяцев проходит социальную реабилитацию:

Домоводство и самообслуживание.

В оборудованном кабинете домоводства и самообслуживания каждый незрячий может научиться правильному уходу за собой, пользованию приборами культурно-бытового назначения, уборке квартиры, включая уход за мебелью, стирке, утюжке и хранению личных вещей; повседневному уходу за одеждой, обувью и мелкому ремонту личных вещей; приготовлению разнообразной пищи; сервировке стола, хранению продуктов питания, уходу за посудой, кухонным инвентарем, приемам распознавания и хранения денег и т.д.

### Пространственная ориентация.

– один из самых важных и сложных предметов. Навыки по определению своего местоположения в пространстве и самостоятельного передвижения в нем без контроля зрения является для незрячего необходимостью, так как отсутствие таковых или недостаточное количество и качество таких навыков рано или поздно приводит к проблемам психофизического, а так же социального характера.

Их профессиональная подготовка ведется по следующим специальностям:

- изготовление валяной обуви;
- переплетное дело;
- пользователь ПК;
- ремонт кожаной и валяной обуви;
- рукоделие (вязание на спицах и крючком, плетение узлами «макrame»);
- столярно-мебельное дело.

Ежегодно в филиале проходят реабилитацию и обучаются профессии до 200 незрячих [3]. В Левобережном ВОС (Левобережная Местная Организация Всероссийского Общества слепых, общественная организация) насчитывается на сегодня 726 членов, включая детей-инвалидов по зрению и их опекунов [4].

Левобережное общество ВОС взаимодействует с различными учреждениями с целью улучшения качества жизни инвалидов по зрению. Проводит мероприятия и организовывает выезд инвалидов.

Много мероприятий в октябре 2015 года было проведено Новосибирской областнаой специальной библиотекой для незрячих и слабовидящих. Кроме этого в библиотеке инвалиды по зрению могут получить следующие услуги:

- литературу по брайлю;
- литературу с крупным шрифтом;
- детскую литературу с объемными картинками для изучения предметов на ощупь;
- флешками, дисками, кассетами для прослушивания на тифлоплеерах и магнитофонах;
- методической литературой;
- проводит различные мероприятия по всей области, такие как конкурс по брайлю;
- показывают кинофильмы с тифлокомментариями;
- разрабатывают тактильные макеты (станции метро, церкви и т.д.) для их разработки и ознакомления привлекают волонтеров-студентов ВУЗов.

Библиотека прирастает новыми информационными продуктами. Специалисты библиотеки размещают интересные и полезные материалы на портале «Незримый Новосибирск». Этот веб-ресурс, как и сайт НОСБ, оптимизирован для незрячих пользователей в соответствии с мировыми стандартами доступности интернета, а также ГОСТом «Доступность интернет-ресурсов для инвалидов по зрению» [5].

ВОС активно работает с Транспортными компаниями г. Новосибирска. Благодаря этому установлено звуковое сопровождение автобусных, троллейбусных, трамвайных маршрутов. Продолжаются работы по внедрению навигаторов в транспорте. На перекрестках устанавливаются светофоры со звуковыми сигналами. Отмечают работу коллектива Новосибирского метрополитена, где инвалиду по зрению сразу прикрепляют дежурного, и он сопровождает его до электропоезда. По рации передается информация и инвалида встречают на станции прибытия. Помогают перейти на следующую линию или найти нужный выход из метро.

Проводится постоянная работа совместно со «Школой-интернатом №39 III-IV вида для слабовидящих и слепых детей». Детским садом №401 для детей с нарушением зрения организация для слепых и слабовидящих по обучению и реабилитации. Проводится работа с родителями по обучению и реабилитации.

Левобережное ВОС работает по разным секторам: молодежный, культмассовый, производственный, по работе с представителями детей инвалидов, спортивный.

По микрорайонам на общественных началах работают 26 группировок.

В течение года проводятся:

Литературные чтения по различным тематикам, зимние спортивные мероприятия, совместно с Православным храмом проводятся паломнические поездки, летние выезды «на песчаный берег».

Работают кружки: Садоводов-огородников, Хозяюшка, Медицинский (приглашаются врачи для просвещения по разным темам), Литературный, художественной самодеятельности. Установлены специальные теннисные корты для незрячих в нескольких кинотеатрах города. Организуются спортивные мероприятия, поездки в бассейн, посещение тренажерных залов.

Не смотря на проводимую по разным направлениям работу, остаются нерешенные проблемы:

1. Необходимо звуковое сопровождение на остановках по программе «Говорящий город»:

– Установка устройств для определения вида подходящего транспорта и номера маршрута. Установки звуковых сигналов над дверью в транспорте.

– Установка звукового сопровождения в поликлиниках,

больницах, клубах, кинотеатрах.

2. Для инвалидов по зрению созданы спутниковые навигаторы, но для их работы по городу необходимо установить специальные маячки (пока такое есть только в Москве).

3. Изобретено множество звуковых устройств для облегчения жизни инвалидов в быту. Такие, как:

– бытовые весы с речевым выходом;

– маркер, читающий этикетки на продуктах и определяющий цвет одежды, название таблеток, срок их годности и инструкции по применению, позволяющий читать документы и свидетельства;

– шагомер с речевым выходом;

– электронная трость;

– будильники и часы (в том числе и наручные);

– телефоны с речевым выходом и мобильные устройства.

Однако в программе ИПР для инвалидов по зрению всего этого нет, а стоимость их очень велика и несоизмерима с пенсией инвалида.

4. Проводится множество мероприятий, но нет обеспечения транспортом. Самостоятельно добраться сложно. Сейчас мероприятия посещают лишь те инвалиды, у которых осталось остаточное зрение или у кого есть сопровождение. Остальные вынуждены сидеть дома и довольствоваться общением на скамейках у подъездов в летнее время.

5. Острой проблемой остается трудоустройство инвалидов. Хотя в Новосибирском медицинском колледже есть отдельная группа, где слепых и слабовидящих обучают на массажистов. Это не позволяет обеспечить занятостью всех инвалидов по зрению трудоспособного возраста.

#### Список литературы:

1. Федеральный закон от 24.11.1995 №181-ФЗ (ред. от 29.12.2015) «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».

2. Государственное автономное учреждение Новосибирской области» Областной центр социокультурной реабилитации инвалидов» [Электронный ресурс] – URL: [www.gau-nso-ocskri.ru/](http://www.gau-nso-ocskri.ru/) (дата обращения 15.02.2016 г.).

3. Бийский филиал ЦРС ВОС [Электронный ресурс] – URL: [www.crsnaumova.ru](http://www.crsnaumova.ru) (дата обращения 15.02.2016 г.).

4. Общероссийская общественная организация инвалидов «Всероссийское ордена Трудового Красного Знамени общество слепых» [Электронный ресурс] – URL: <http://www.vos.org.ru/> (дата обращения 15.02.2016 г.).

5. Новосибирская областная специальная библиотека для незрячих и слабовидящих [Электронный ресурс] – URL: <http://www.sibdisnet.ru/> (дата обращения 15.02.2016 г.).

УДК 796.378

**Формирование здорового образа жизни у студентов  
технических ВУЗов**

***Галина Миновна Самойлова***

*доцент,*

*кафедра физической культуры,*

*институт физической культуры спорта и туризма,*

*Сибирский федеральный университет,*

*г. Красноярск, Россия*

*e-mail: [GSamoylova@sfu-kras.ru](mailto:GSamoylova@sfu-kras.ru)*

***Елена Михайловна Чалая***

*старший преподаватель,*

*кафедра физической культуры,*

*институт физической культуры спорта и туризма,*

*Сибирский федеральный университет,*

*г. Красноярск, Россия*  
*e-mail: Itimofei66@ mail.ru*  
**Наталья Юрьевна Старшова**  
*доцент,*  
*кафедра физической культуры,*  
*институт физической культуры спорта и туризма,*  
*Сибирский федеральный университет,*  
*г. Красноярск, Россия*  
*e-mail: starshova\_nataly@mail.ru*

**Аннотация.** *В статье представлен положительный опыт формирования здорового образа жизни студентов СФУ посредством использования внеучебных форм занятий физическими упражнениями.*

**Ключевые слова:** *здоровый образ жизни, внеучебное физическое воспитание.*

**Abstract.** *The article presents the collective experience of formation of a healthy way of life at students of SFU by means of extracurricular forms of physical exercises.*

**Keywords:** *healthy way of life, extracurricular physical education.*

Что такое быть здоровым? На такой простой вопрос можно услышать разные ответы. Авторам данной статьи созвучно понятие «Здоровье», данное академиком Г.С. Шаталовой: «Если все органы и системы нашего тела функционируют слажено, если наш мозг чётко регулирует и координирует их работу, если вы живёте, не вспоминая о том, что у вас есть сердце, желудок, печень, почки или другие внутренние органы, не ощущая их, если ваш психологический настрой соответствует богатству душевных возможностей здорового человека, не обременённого завистью, скарედностью, эгоизмом и другими

отравляющими жизнь людей чувствами, и жизнь кажется вам солнечной и прекрасной в любом возрасте, вплоть до глубокой старости, значит, вы существуете в гармонии с природой, в согласии с её законами. Значит вы действительно здоровы» [1].

Многолетняя работа со студентами технического вуза позволяет нам с уверенностью отметить, что в последнее десятилетие значение физической культуры неизмеримо возросло. Связано это с тем, что в наше время сократилась доля физического труда на производстве и в быту, и одновременно усилилось воздействие на организм неблагоприятных факторов – загрязнения окружающей среды, нерационального питания, различных стрессов, гиподинамии. Приобщение студенческой молодёжи к здоровому образу жизни является важнейшим элементом общей культуры и способствует заботливому отношению к своему здоровью. Его существенной стороной является гармоничное проявление физических и духовных возможностей организма человека, связанных с физической активностью в учебной и других сферах деятельности. Под здоровым образом жизни понимаются такие формы и способы повседневной жизнедеятельности, которые отвечают гигиеническим принципам, повышают адаптивные возможности организма студента, способствуют успешному возобновлению, поддержке и развитию его резервных возможностей и в дальнейшем полноценному выполнению профессиональных функций [2].

Характеризуя студенческий возраст, следует особенно сказать о самовоспитании. К нему студентов обязывает необходимость самостоятельного распределения времени на учёбу (академические и самостоятельные занятия), самообслуживание, досуг (отдых, развлечения, занятия физической культурой и спортом). Заботливое отношение к здоровью необходимо активно воспитывать с первого

курса в студенческие годы. Самовоспитание также происходит через самостоятельное принятие решений относительно правил, норм, законов, системы человеческих отношений, а это, в свою очередь, способствует превращению взглядов в убеждения и мотивы [2]. Всё это выдвигает определённые требования к физическому состоянию организма студента, а значит и к уровню его физической культуры. В этом возрастном диапазоне завершается физическое формирование организма человека, и он несколько лет сохраняет относительно высокую естественную работоспособность, общую выносливость, определённый уровень функциональной активности. Поэтому в студенческом возрасте следует больше обращать внимание на развитие базовых физических качеств, в частности общей выносливости, наивысший уровень развития которой достигается к 20-29 годам. Физическое совершенство является не просто желаемым качеством будущего специалиста, но и социальной ценностью и необходимым элементом его общей культуры. Формирование здоровья успешно может проходить лишь в условиях организации здорового образа жизни, укрепления его адаптивных возможностей.

В обязательных учебных занятиях по физическому воспитанию в качестве главного направления выступает образовательная деятельность (формирование знаний, умений, навыков) и подготовка студентов к будущей профессии (профессионально прикладная физическая подготовка), и, как следствие, преимущественное решение образовательных и развивающих задач. Внеучебные занятия по физическому воспитанию акцентируются на оздоровительной и воспитательной деятельности, решая тем самым одноименные задачи. Однако на практике это не означает, что во внеучебной деятельности образовательные и развивающие задачи исключаются, просто в данном случае меняется акцент педагогических воздействий.

К формам внеучебного физического воспитания студентов вузов, характеризующимся высокой двигательной активностью относятся соревнования, секционная работа и туристические походы.

Более 10 лет в городе Красноярске проходил оздоровительный конкурс «Стартуют все», в котором студенты нашего вуза принимали активное участие. Этот конкурс объединял разные слои населения. Участниками могли быть как дети, так и люди зрелого возраста.

Нами был проведён мониторинг активности наших студентов в оздоровительном конкурсе, а также отмечены, на наш взгляд, не совсем удачные «технические» нововведения.

Анализ показал, что студенты активнее посещали беговые трассы конкурса летом (320 финалистов в 2008 г.), зимой – 143 финалиста. Зима в нашем регионе непредсказуема, однако, многие любители покататься на коньках – посещали трассы и при температуре  $-26^{\circ}\text{C}$ .

До 2009 года конкурс был разделен на летний (май – сентябрь) и зимний (декабрь – февраль) периоды. В 2010-2011 гг. конкурс объединён в один год и финалистами становятся те, кто посетил не менее 30 трасс. Это с нашей точки зрения хорошо, потому, что большая часть студентов активизируются весной и осенью (в летний период у многих практика, а иногородние уезжают на каникулы). Изменились условия конкурса, карточка, с бумажной на которой ставились печати, подтверждающие прохождение трассы, и она же участвовала в розыгрыше лотереи на – пластиковую. С одной стороны карточка стала компактной и удобной, с другой – нет возможности быстро и оперативно просмотреть количество пройденных трасс (если не находишься на трассе), а также утрачен азарт в розыгрыше лотереи. По этим причинам в финале за 2010 год участвовало лишь 200 человек, 2011г. – 170, 2012-2013 гг. – 150 человек.

Необходимо отметить, что очень многие студенты с удовольствием посещали трассы на острове «Татышев», который расположен на правом берегу, недалеко от вуза. На наш взгляд, связано это с лучшими условиями обслуживания трасс. А также богатым их разнообразием, сконцентрированным на одной определённой площади, как летом, так и зимой. Летом это роллерная, велосипедная и беговая трассы. В зимний период великолепно подготовлена лыжня, как для классического хода, так и для конькового, а также есть каток с удобными раздевалками. Многие студенты – участники оздоровительного конкурса увлечены походами и посещают заповедник «Столбы».

В настоящее время городской конкурс упразднен и остался только внутри вуза. Участники конкурса получают книжки, в которых ставятся печати посещения трасс. В течение года, посетив 40–60 раз трассы по выбору, участники становятся финалистами, которые в конце года получают премию. Независимо от того, в каком институте обучаются участники конкурса, объединённые Сибирским федеральным университетом, имеют возможность посещать трассы на площадках этих институтов. В трассы входят: плавательный бассейн, стадион, тренажёрный зал, лыжная база. Финалистами в 2015 году стали 100 студентов на нашей площадке. Надо отметить, что многие студенты уже на втором курсе совмещают обучение и работу в различных сферах, а за последние годы количество студентов, обучающихся горному делу или экономике, существенно уменьшилось.

Обобщая выше изложенное можно заключить, что формирование здорового образа жизни у студенческой молодёжи должно иметь единую систему внеучебного физического воспитания с учебным процессом по дисциплине «физическая культура». Рациональное чередование различных видов деятельности и отдыха сохраняет

высокую работоспособность и здоровье, вырабатывает стереотип деятельности человека.

Список литературы:

1. Некрасов А.А. 1000 и один способ быть самим собой / А.А. Некрасов. – 3-е изд. – М.: Амрита – Русь, 2008. – 208 с.
2. Марков В.В. Основы здорового образа жизни и профилактика болезней: Учеб. Пос. для студ. высших пед. учеб. – М.: Изд. «Центр Академия», 2001. – 320 с.

УДК 373

**Влияние уровня жизни на физическое развитие ребёнка**

***П. Саруул***

*преподаватель кафедры социальной медицины,*

*Дарханской Медицинской Школы,*

*Монгольский Национальный Университет Медицинских Наук,*

*г. Дархан, Монголия*

*e-mail: Sarguulp\_mn@yahoo.com*

***Л. Отгонтугс***

*преподаватель кафедры медсестринского дела*

*Монгольский Национальный Университет Медицинских Наук,*

*г. Дархан, Монголия*

*e-mail: Togsoo212@yahoo.com.*

***Л. Оюун-Эрдэнэ***

*преподаватель кафедры традиционной медицины*

*Дарханской Медицинской Школы,*

*Монгольский Национальный Университет Медицинских Наук,*

*г. Дархан, Монголия*

*e-mail: Оуи\_3653@yahoo.com*

**Аннотация.** В вследствие расширения зоны бедности в стране, особенно в городах, 36.1% населения Монголии не могут покупать продукты первой необходимости [4]. Объектами исследования были выбраны 89 семей с детьми от 3-5 лет, живущие в квартирах и дворах и зарегистрированные в административных единицах города Дархана. При исследовании уровня жизни семьи г. Дархана установлено, что 48.3% семей живут в крайне бедном состоянии, из них 47.2% живут во дворах и занимают 50.4% от всех семейных доходов г. Дархана. При сравнительном анализе физического развития детей по возрасту и полу, наблюдались значительные различия. В возрастном исследовании детей замечены снижения роста, а вес девочек 4-4.9 лет ( $p=0.0026$ ) и мальчиков 5-5.9 лет ( $p=0.01$ ) идёт к тенденции прибавления.

Между уровнем жизни и физическим развитием ребёнка наблюдается слабая зависимость ( $r=0.089$ ), не имеющая статистического значения ( $p=0.55$ ).

**Ключевые слова:** уровень жизни, физическое развитие ребёнка, питание

### **Peoples' cost of living influences on growth of children**

**Abstract.** In Mongolia 36.1% of the population is disable to buy consumer food products and poverty rating between rural and city are strongly altered [4].

The survey is provided by cross-sectional method. In the survey involved 89 families with the children of 3-5 ages from 2250 families of 3, 11 Baghs in Darkhan soum and age classification is made by the method of Gundobin.N.I, Russian Scholar who worked out age classification. According to livelihood level survey among the population of Darkhan soum 48.3% is extremely poor and among them 47.2% lives in yard house and it is lower

50.4% than average income of the soum population and it shows increasing of poverty. ( $p=0.001$ ) Comparative study of the growth of children in Darkhan soum by age and gender the result is different in female and male. It is observed that according to survey children's growth and development are decreased and weight of female children of 4-4.9 age is increased ( $p=0.0026$ ), weight of male children in 5-5.9 age increased. However exists loose dependence between livelihood level and children's growth but it has no significance of statistics. ( $p=0.55$ ).

**Keywords:** Cost of living, children's growth, nutrition

**Base of study:** Insufficiency of nutrition for children leads those stops mental and physical development and children have deficiency of required vitamins and minerals and in further it makes dangerous situation for their living and become factor of children's mortality. According to survey on children's growth epidemic in rural area the rate of growth is less 3.6 times, in city area less 6.0 times [6].

In Mongolia 36.1% of the population is disable to buy consumer food products and poverty rating between rural and city are strongly altered [4].

Livelihood is determined with family income, self-financing ability, accommodation condition, family needs, health condition and education [1].

Family hospitals of Darkhan soum provides medical examination enough well for children of 0-2 ages but the same examination is insufficient and not yet provided research on children's development in age of 3-5. Thus, evaluation on children of 3-5 ages is important and necessary to research the influence cost of living on the same issue.

**Purpose of the survey:** To determine the impact of people's lives on the physical development of 3-5 year old child.

**Tasks of the survey.**

- Study family livelihood standard in Darkhan soum.

– Determination of level of growth and development of children 3-5 ages comparing by ages and genders.

– To study dependence between family livelihood level and physical development of children.

### **Innovations of the study.**

Determine the growth level of children in 3-5 ages compare the result with the same level of development in Mongolia making evaluation and data base of further study of the issue.

### **Design of the research and framework.**

– The survey is provided by cross-sectional method.

– In the survey involved 89 families with the children of 3-5 ages from 2250 families of 3, 11 Baghs in Darkhan soum and age classification is made by the method of Gundobin.N.I, Russian Scholar who worked out age classification.

### **Survey materials and methodology.**

Before providing the survey work has been taken consent form from children's parents according to Rules-60/4 of Bio-Medical Subdivision of Ethics.

1. In the survey used following methods:

a. Method of measure: Height and weight of children 3-5 ages are measured according to method of anthropometry worked out by the WHO.

b. Method of documentation: Livelihood level of the population is provided by the method to set up poverty line in 2009 approved by the order-A01/35 from National Committee of Statistics.

2. Collected data were analyzed using Statistical Package for Social Sciences version 12.0, and calculated Chi-Square Testing and Pearson Correlation. Using Openepi program found T test.

### **Result of the survey.**

The survey is provided for 89 children of 3-5 ages from 2250 families in 2009 and involved 46 children of 3-3.9 age, 31 children of 4-4.9 ages and 15 children of 5-5.9 ages.

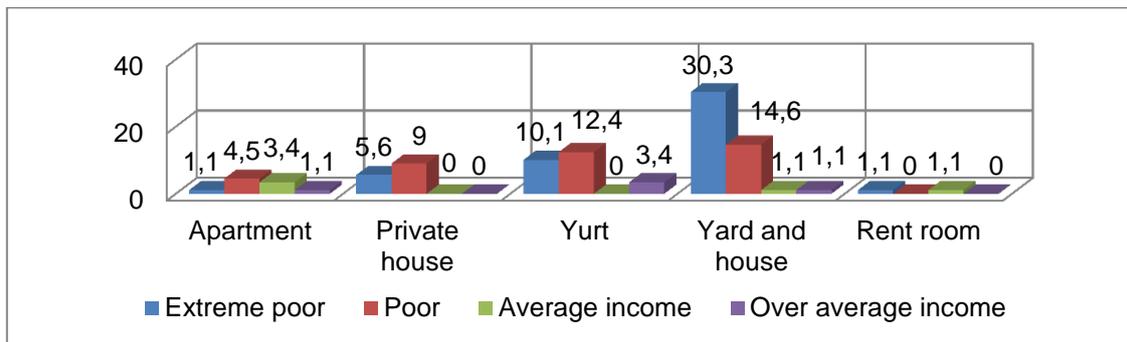
Table 1

**Survey on family livelihood condition**

	n=89	n%
<b>Number of families</b>		
Less than 3	17	(19.1)
Between 4 and 6	63	(70.8)
More than 7	9	(10.1)
<b>Number of children 3-5 ages</b>		
One child	76	(85.4)
Two children	12	(13.5)
Three children	1	(1.1)
<b>Number of people who employed</b>		
Unemployed	29	(32.6)
Employed one person	42	(47.2)
Employed two persons	18	(20.2)
<b>Condition of accommodation</b>		
Apartment	9	(10.1)
Private house	13	(14.6)
Yurt	23	(25.8)
Yard and house	42	(47.2)
Rent room	2	(2.2)
<b>Family income according to livelihood</b>		
Extreme poor	43	(48.3)
Poor	36	(40.4)
Average income	5	(5.6)
Over average income	5	(5.6)
<b>Taking support from others</b>		
From social welfare foundation	58	(65.2)
From NGO	1	(1.1)
From relatives	3	(3.4)
No support from others	27	(30.3)

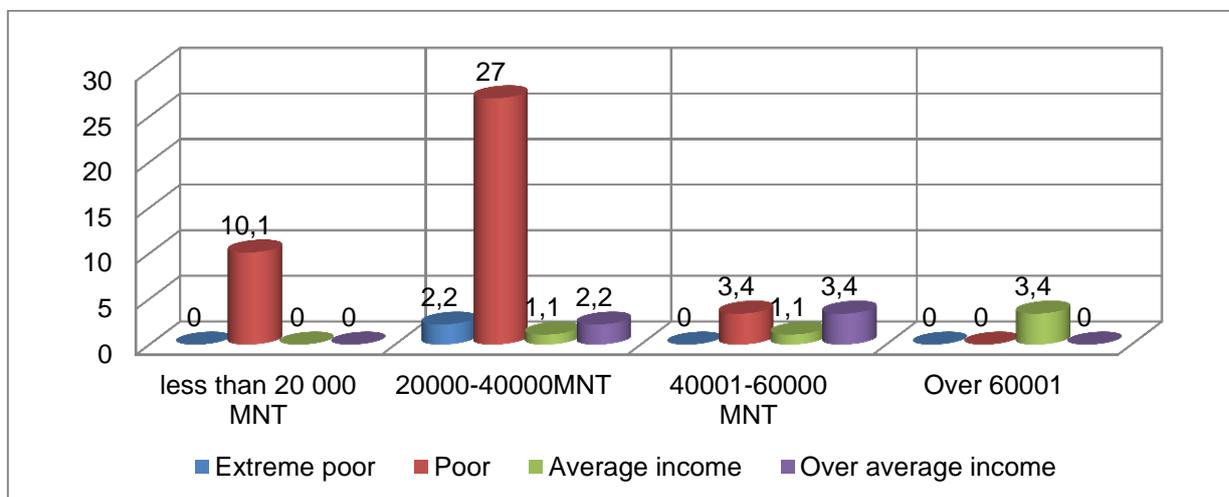
Family income and livelihood condition are analyzed according to number of family members and living condition. One family has approximately 4-6 members and these families take 63 (70.8%). In families with children of 3-5 ages dominates one child family and takes 76 (85.4%). 42 (47.2%) of total families lives in yard houses, 43 (48.3%) is extreme poor.

According to education of parents', complete middle education-52 (52.8) and takes major part. According to employment-30 (33.7%) works for private company, 24 (26.9%) is unemployed (table 1).



Picture 1. Comparison of family livelihood with the condition of accommodation.

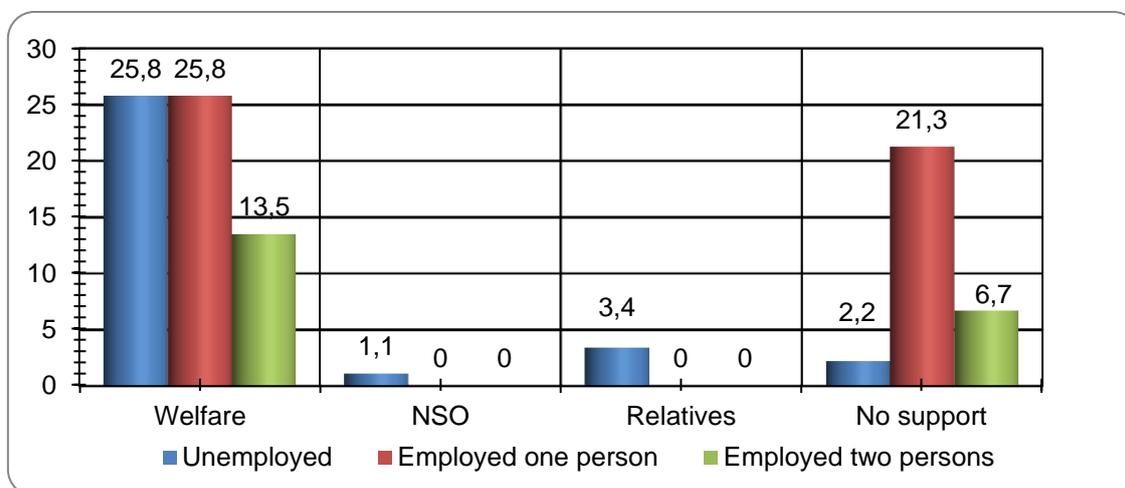
According to our survey to study by the type of accommodation 30.3% of extreme poor families' lives in yard house, 14.6% of poor families live in yard house. Monthly average income per one member of the family  $188471 \pm 123362$  MNT and monthly average income is different by living condition. ( $p=0.0001$ ) (picture 1).



Picture 2. Comparison between livelihood condition and food spending.

According to our survey the influence of family livelihood level on spending of food needs 50 (59.2%) of total 89 families income for one person is less than 20 000 MNT, 29 (32.6%) spends between 20001 and 40000 MNT. Within them 27% of poor families 20001-40000 MNT belongs to per

one person in average per a month. Thus, 10.1% of poor families spend less than 20 000 MNT for food per a month and it means that by decreasing of livelihood get lower food expenditure of families.(p=0.001) (picture 2).



Picture 3. Comparison employment with supports.

According to our survey for 42 (47.2%) of total families involved in this survey one person employs and 58 (65.2%) has to use funding from social welfare and it shows the difference. (p=0.006) (picture 3).

Table 2

Comparison of weigth and height according to age and gender

Age	n	Gender	Height			Weight		
			M	±std	p	M	±std	p
3-3.9 age	29(63)	male	93.6	6.91	0.22	14.9	2.57	0.48
	17(37)	female	90.4	9.28		14.4	2.2	
4-4.9 age	17(54.8)	male	101.6	7.05	0.74	14.4	2.2	0.0026
	14(45.2)	female	100.5	9.59		17.1	2.37	
5-5.9age	11(73.3)	male	104.7	7.3	0.01**	18.6	3.2	0.19
	4(26.7)	female	98	2.3		16.2	2.87	

In our survey involved 46 (51.6%) of 3-3.9 ages, 31 (34.8%) of 4-4.9 ages, 15 (16.8%) of 5-5.9 ages and among them average weight of male child 14.2+2.2 and average weight of female child 17.1+2.37 and it shows difference of weights of children (p=0.0026).

Average height of 5-5.9 male children is  $104.7 \pm 7.3$  for female children average height  $98 \pm 2.3$  and show the difference ( $p=0.01$ ) (table 2).

### **Discussion:**

According to survey among children of early childhood (15-42 months) children of 36-42 months or 3 age average height is  $93.09 \pm 0.5$ ; average weight is  $14.51 \pm 0.5$  in 2006 has same result with our survey like male children average height  $93.6 \pm 6.91$  and average weight of male child is  $14.9 \pm 2.57$  for female child average weight is  $14.4 \pm 2.2$ .

### **Conclusion.**

1. According to livelihood level survey among the population of Darkhan soum 48.3% is extremely poor and among them 47.2% lives in yard house and it is lower 50.4% than average income of the soum population and it shows increasing of poverty ( $p=0.001$ ).

2. Comparative study of the growth of children in Darkhan soum by age and gender the result is different in female and male. It is observed that according to survey children's growth and development are decreased and weight of female children of 4-4.9 age is increased ( $p=0.0026$ ), weight of male children in 5-5.9 age increased.

3. However exists loose dependence between livelihood level and children's growth but it has no significance of statistics ( $p=0.55$ ).

### **References:**

1. Ministry of Finance, Unit of Poverty Survey, «Influence of consumer goods price on livelihood of poor families» 2005. P. 16.

2. Institute of Public Health, Nutrition Center, «Dietary condition of the Population in Mongolia» 2005. P. 25-27.

3. Otgon G., Yefimova N.V., Sarantuya G., Batkhishig B., Achsaikhan G. «Mongolian Medical Sciences», 2006;4(138): P. 10-13.

4. Amgalan G., Burmaa B., Kupul J., Baigali O., Amardulam N., Erdemchimeg E., Shurentsetseg Kh., Davaadulam D. «Mongolian Medical Sciences» 2007; 4(142): P. 31-34.

5. Chimeddulam D., Dalaijamts G., Tsolmon Ch., Tsevegдорj Ts., Altanzagas.B «Poverty and Food Supply and Guarantee» 2007; (265) 35.

6. Ministry of Health, Institute of Public Health «Dietary Condition of Mongolian Women and Childen» 2006, P. 42-44.

УДК 316.334:61:614.2:061

### **Профилактика социально значимых заболеваний**

#### **в деятельности общественной организации**

***Ирина Николаевна Степанова***

*заместитель директора,*

*Магнитогорский городской*

*благотворительный общественный фонд «Металлург»,*

*г. Магнитогорск, Россия*

***Флюра Альтафовна Мустаева***

*д.соц.н., ведущий специалист,*

*Магнитогорский городской*

*благотворительный общественный фонд «Металлург»,*

*г. Магнитогорск, Россия*

***Галина Владимировна Колесникова,***

*заведующая центром медико-социальной защиты,*

*Магнитогорский городской*

*благотворительный общественный фонд «Металлург»,*

*г. Магнитогорск, Россия*

*e-mail: fmust@mail.ru*

***Аннотация.** В статье рассматриваются вопросы профилактики социально значимых заболеваний среди людей пожилого возраста на примере деятельности центра медико-социальной защиты Магнитогорского благотворительного фонда «Металлург».*

***Ключевые слова:** люди пожилого возраста, профилактика социально значимых заболеваний, общественная организация, благотворительный фонд.*

***Abstract.** The article is devoted to the questions of preventing socially significant diseases among elderly people at the example of activities of the center of medical-social protection of the Magnitogorsk charitable fund «Metallurg».*

***Keywords:** elderly people, prevention of socially significant diseases, a social organization, a charitable fund.*

Здоровье нации – самая насущная проблема современности. Она обусловлена тем, что, с одной стороны, наблюдается существенный прогресс в медицинской науке: разрабатываются совершенно уникальные методы и технологии лечения различных, в том числе социально значимых заболеваний, с другой стороны, налицо ухудшение состояния здоровья всего населения (детского, взрослого, пожилого) по многим показателям. На состояние здоровья современного человека влияют: в целом социально-экономическая обстановка, характеризующаяся нестабильностью экономики, ростом цен на продукты и товары, сокращением рабочих мест и возрастающим уровнем безработицы; экологическая обстановка в регионе; качество питания (появление в последние годы генетически модифицированных продуктов, использование большого числа консервантов и т.д.); качество медицинского обслуживания (снижение качества предоставления медицинских услуг государственными учреждениями

здравоохранения за счет их недостаточного финансирования; дефицит врачей узкой специализации в небольших городах и сельских районах, рост числа коммерческих медицинских центров, пользоваться услугами которых многие категории населения зачастую не в состоянии ввиду высокой платы за медицинские услуги) и др.

В этих условиях здоровье становится и основной ценностью для человека, для семьи, для общества в целом. Так, согласно результатам социологического исследования, проведенного нами в г. Магнитогорске, на ответ о том, что является самым важным в семейной жизни, 88% респондентов назвали именно здоровье членов семьи [4, с. 23].

Возрастает значимость пропаганды здорового образа жизни и профилактики заболеваний. «Профилактика заболеваний заключается в обосновании всех нравственных позиций в каждом человеке для того, чтобы каждый захотел быть здоровым и выздоравливать в семье, в окружении... Любое заболевание изначально происходит от незнания причины и следствия здоровых процессов» [3].

Термин «социально значимые заболевания» означает, что социальная значимость таких заболеваний обусловлена их отрицательным влиянием, как на организм человека, так и в целом на социально-экономическое развитие страны.

Особенно важна профилактика социально значимых заболеваний в пожилом возрасте. На наш взгляд, она включает в себя два взаимосвязанных направления. Первое связано с оздоровлением пожилых людей. В центре медико-социальной защиты Магнитогорского городского благотворительного общественного фонда «Металлург» имеются все условия для поддержания здорового образа жизни и оздоровления людей пожилого возраста [1; 2]. Этому способствуют солидная материально-техническая база центра и квалифицированный

медицинский персонал, учитывающий в работе с пожилыми людьми, что «процесс старения в каждом человеке протекает индивидуально. Главное – не применять ко всем один и тот же критерий. В то же время важно осознать, что пожилые люди – это возрастная группа, которая имеет социально специфические особенности и потребности» [5. с. 43].

К услугам пациентов центра работают кабинеты: процедурный, физиотерапевтические, стоматологический, лечебной физкультуры, массажный, врачебные кабинеты индивидуального приема пациентов, а также комната отдыха. Здесь пациентам предлагается фитолечение, чай на травах, здесь они могут отдохнуть, пообщаться друг с другом.

В медицинском центре работают врачи и средний медицинский персонал высшей и первой квалификационной категории, своевременно обученный и имеющий сертификаты на соответствующие виды деятельности. Благодаря современным подходам к лечению геронтологических больных и повседневным высоким результатам в своей работе, центр пользуется высоким авторитетом среди пожилых людей города.

Второе направление профилактики социально значимых заболеваний пожилых людей, посещающих центр медико-социальной защиты, связано с деятельностью «Народного университета здоровья третьего возраста», созданного на его базе и пользующегося заслуженной популярностью среди слушателей университета. Программа занятий направлена на обучение пожилых людей приемам самопомощи, повышение их санитарно-гигиенической культуры, а также повышение мотивации на проведение профилактических посещений врачей-специалистов и др.

Как свидетельствуют результаты регулярных опросов слушателей университета, несмотря на их богатый жизненный опыт, пожилые люди получают много новой и полезной для них информации, начинают

совершенно по-другому относиться к своему здоровью (более осознанно, с большей ответственностью).

Существенным дополнением к содержанию лекций, проводимых квалифицированными врачами, являются показ видеоматериалов во время чтения лекции и раздача буклетов, памяток серии «Чтобы осень была золотой» после нее. Такого рода информационный материал заставляет пожилых людей в очередной раз задуматься о необходимости беречь свое здоровье, заботиться о нем, стремиться к активному образу жизни и долголетию.

Так, первым в перечне социально значимых заболеваний, утвержденном постановлением Правительства РФ от 1 декабря 2004 года №715, стоит туберкулез. Во-первых, традиционно в центре читается лекция, приуроченные к Всемирному дню борьбы с туберкулезом (24 марта). Во-вторых, издан и предлагается пожилым людям буклет «Берегите себя от туберкулеза». Читателям буклета, после соответствующего описания симптоматики заболевания, способов передачи его от больных здоровым людям, опасностей заразиться этим недугом, настоятельно рекомендуется повышать свой иммунитет, отказаться от вредных привычек, ежегодно проходить флюорографическое обследование, правильно питаться. После лекции о способах защиты от туберкулеза, после знакомства слушателей университета с буклетом возрастает активность пожилых людей во флюорографическом обследовании.

Все люди, независимо от возраста, подвергаются респираторным заболеваниям. Они опасны своей скоростью распространения и заражения окружающих. В силу ослабленности организма пожилого человека усиливается риск такого заражения. Для повышения сопротивляемости организма респираторным заболеваниям рекомендуется: проводить курсы поливитаминовых препаратов,

принимать растительные адаптогены, включать в ежедневный рацион продукты, содержащие повышенные дозы витамина С. В буклете для пожилых людей предлагаются и другие полезные советы.

Людам пожилого возраста надо особенно беречь сердце. В их возрасте распространено такое заболевание, как ишемическая болезнь сердца (ИБС). В буклете описываются симптомы этого заболевания, факторы риска, профилактика его. Первичная профилактика ИБС предполагает, прежде всего, здоровый образ жизни (решительный отказ от вредных привычек, нормализацию питания, применение витаминных комплексов). Вторичная профилактика позволяет обнаружить болезнь на ранних стадиях, когда она протекает бессимптомно, а своевременное лечение может остановить ее развитие. Вторичная профилактика ИБС в основном сводится к профилактике развития и прогрессирования атеросклероза и его факторов риска. Устранимыми факторами риска считаются: повышенное содержание холестерина в крови, артериальная гипертензия, ожирение, гиподинамия и курение.

Многие пожилые люди жалуются на повышенное артериальное давление. В буклете, который предлагается посетителям центра медико-социальной защиты, дается такое описание. «Артериальное давление – это сила, с которой кровь давит на стенки сосудов. Если давление слишком высокое (артериальная гипертония), оно может повредить стенки сосудов. В результате этого возрастает риск развития инсульта, инфаркта миокарда, сердечной недостаточности, поражение глаз и почек. Вот почему так важно снизить повышенное давление». Предлагаются рекомендации по снижению артериального давления. Это: правильное питание, снижение потребления соли, физические упражнения, отказ от курения.

К факторам риска развития артериального давления и других сердечно-сосудистых заболеваний относятся: наследственность

(близкие родственники с артериальной гипертонией); возраст старше 55 лет для мужчин, старше 65 лет для женщин; период после наступления менопаузы; прием гормональных средств контрацепции; низкая физическая активность; курение; избыточный вес; повышенный уровень холестерина; сахарный диабет. Пожилые люди должны знать свои факторы риска, а специалисты центра медико-социальной защиты подскажут им, как можно на них повлиять, помогут подобрать терапию для достижения целевых цифр давления.

Буклеты серии «Чтобы осень была золотой» пользуются большой популярностью у пациентов центра медико-социальной защиты благотворительного фонда «Металлург». В них предлагаются также советы врача пожилым людям, рекомендации по профилактике инсульта, сердечная диета, примерное меню на день для пожилого человека, кулинарные рецепты для пожилого человека, правила чистки зудов, народный травник, комплекс гимнастических упражнений для пожилых в положении лежа и в положении сидя. Несомненно, такие советы и рекомендации способствуют пропаганде здорового образа жизни пожилых людей и профилактике социально значимых заболеваний.

Таким образом, можно говорить о системе работы по профилактике социально значимых заболеваний среди пожилых людей, созданной в Магнитогорском городском благотворительном общественном фонде «Металлург», включающей в себя как непосредственное лечение и оздоровление пациентов в центре медико-социальной защиты фонда, так и комплекс мер, направленных на пропаганду здорового образа жизни, тиражирование и распространение раздаточного материала в форме конкретных рекомендаций и советов по профилактике социально значимых заболеваний.

Список литературы:

1. Владимирцев В.А., Мустаева Ф.А. Медико-социальная помощь пожилым людям в деятельности благотворительного фонда // Формы и методы социальной работы в различных сферах жизнедеятельности: материалы III Международной научно-практической конференции, посвященной 10-летию открытия первого в Бурятии кабинета медико-социальной помощи в поликлиническом звене (2-4 декабря 2015 г.) / отв. ред. Ю.Ю. Шурыгина. – Улан-Удэ: Изд-во ВСГУТУ, 2015. – С. 83-84.

2. Колесникова Г.И. Практический опыт медицинского и социально-бытового обслуживания граждан пожилого возраста в учреждениях МГБОФ «Металлург» // Современные проблемы геронтологии: Материалы научно-практического семинара / Под ред. Ф.А. Мустаевой, Л.Ф. Исмагиловой, Г.А. Доколиной. – Магнитогорск, 2004. – С. 22-24.

3. Ленская Н.П. Диагностика, терапия и профилактика социально значимых заболеваний человека // Международный журнал экспериментального образования. – 2004. – №8-3. – С. 74-75.

4. Мустаева Ф.А. Социальный портрет современной семьи г. Магнитогорска // Семья в современном обществе: материалы Всероссийской научно-практической конференции / под ред. Ф.А. Мустаевой (отв. ред.), М.Р. Москвиной, Г.А. Кудрявцевой, О.Л. Потрикеевой. – Магнитогорск, 2007. – С. 19-23.

5. Холостова Е.И. Пожилой человек в обществе. – М.: Социально-технологический институт МГУС, 2000. – 236 с.

**Возможности оздоровления детей в условиях детских учреждений отдыха**

**Ольга Николаевна Таран**

*к.мед.н., ассистент,*

*кафедра педиатрии 3 и неонатологии,*

*Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины,*

*г. Днепропетровск, Украина*

*e-mail: pediatriya2@mail.ru*

**Юрий Кононович Больбот**

*д.мед.н., профессор,*

*заведующий кафедрой педиатрии 3 и неонатологии,*

*г. Днепропетровск, Украина*

*e-mail: olga\_taran@ua.fm*

**Анотация.** В статье проанализированы формы физического воспитания и закаливания детей в детских учреждениях отдыха и оздоровления. Обосновывается оптимизация эффективности оздоровления детей в детских учреждениях отдыха.

**Ключевые слова:** дети, оздоровление, детское учреждение отдыха и оздоровления.

**Abstract.** The forms of physical education and tempering of the children in the children's establishment of the recreation and recovery were analyzed in this paper. The optimization of the efficiency of the recovery of the children in the children's establishment of the recreation is being substantiated by the paper.

**Keywords:** children, recovery, children's establishment of the recreation and recovery.

Физическое воспитание и закаливание детей в условиях детских учреждений оздоровления и отдыха (ДУОО) включает комплекс профилактических мероприятий, основными целями которых является укрепление здоровья ребенка, усиление неспецифической реактивности организма и сопротивляемости к инфекционным заболеваниям, повышение уровня физической подготовленности и закаленности. Наряду с рациональным питанием и созданием благоприятных условий быта именно физкультурно-оздоровительная работа является необходимым условием воспитания здорового ребенка [1, 3].

Физкультурно-оздоровительные мероприятия среди детей ДУОО должны основываться на следующих принципах [4]: этапность и преемственность профилактических и оздоровительных программ в течение года (школа-ДУОО-школа); комплексный и разнообразный подход в формах и методах оздоровления; постепенность и систематичность в проведении физического воспитания; индивидуализация в назначении средств физического воспитания и закаливания с учетом возраста, состояния здоровья и режима двигательной активности ребенка; рациональное распределение оздоровительных мероприятий в течение дня, чередование различного вида физических нагрузок и закаливания детей с развлекательными мероприятиями; постоянный медицинский контроль за физкультурно-оздоровительными мероприятиями; тесное сотрудничество медицинского и педагогического персонала в организации и проведении профилактических и оздоровительных программ.

Среди всех видов деятельности в оздоровительных лагере физическая культура и спорт по значимости занимают ведущее место. В настоящее время в ДУОО различным видам двигательной активности отводится от 20 минут до 3-х часов. Поэтому особую актуальность приобретают исследования, связанные с обоснованием как общих

подходов при разработке научно-методических основ оздоровления средствами физической культуры, так и конкретных механизмов её внедрения в условиях оздоровительного лагеря.

*Целью данного исследования было изучение путей оздоровления детей средствами физической культуры и закаливания в условиях ДУОО. В основу работы была положена программа оздоровления детей, которые находились на отдыхе на протяжении 1-3 смены 2015 года в ДУОО «Альбатрос», расположенного в с. Стрелковое Генического района. Распределение детей по возрасту представлено в таблице 1.*

Таблица 1

**Распределение детей группы наблюдения по возрасту**

<b>Возраст</b>	<b>1 смена (n=197)</b>	<b>2 смена (n=493)</b>	<b>3 смена (n=476)</b>	<b>Всего (1166)</b>
6 лет	6	8	9	23
7 лет	12	32	28	72
8 лет	18	44	38	100
9 лет	22	46	45	113
10 лет	25	52	51	128
11 лет	24	54	49	127
12 лет	26	57	54	137
13 лет	21	62	61	144
14 лет	28	61	65	154
15 лет	13	58	60	131
16 лет	2	19	16	37

Для определения функционального состояния сердечно-сосудистой системы, определения тренированности ребенка и резервных возможностей сердца в первые дни смены проводились функциональная проба по Н.А.Шалкову и проба Штанге [5]. При проведении пробы по Н.А.Шалкову у ребенка в положении лежа определяли пульс и артериальное давление. Сразу после выполнения 20 глубоких приседаний в течение 30 секунд вновь измеряли частоту пульса и артериальное давление (учёт острого влияния физической нагрузки), затем через 3, 5 и 10 минут определяли эти же показатели (учет

восстановительного периода). При проведении модификационной пробы Штанге измеряли длительность задержки дыхания после 3 глубоких вдохов.

Система физического воспитания в лагере включала 3 составляющие: физкультурные мероприятия в режиме дня, отрядная физкультурная работа, массовая спортивная работа, учебно-тренировочная работа кружков и команд по разным видам спорта, общественно полезные формы труда, агитационно-пропагандистская работа (беседы, викторины, плакаты). Занятия физическими упражнениями проводились с учетом возрастных особенностей детей, состояния здоровья, физического развития и подготовленности по группам: младшая (7-9 лет), средняя (10-13 лет), старшая группа (14-15 лет).

Основанием для распределения детей на физкультурные группы являлось состояние здоровья, наличие хронической патологии с учетом стадии, наличие фоновых или функциональных состояний, гармоничность развития ребенка, уровень сопротивляемости неблагоприятным факторам внешней среды, показатели пробы Руфье, которая позволяет определить функционально-резервные возможности сердечно-сосудистой системы (ССС) ребенка. В основную ФГ включались здоровые дети и дети, которые имели высокий или выше среднего уровень функционально-резервных возможностей ССС [2]. В основную группу входило 846 детей, что составляло 72,5%. В подготовительную ФГ были включены дети (277 детей, 23,8%) с незначительными функциональными отклонениями в состоянии здоровья, в реабилитационном периоде после острого заболевания, не требующие курса лечебной физкультуры, со средним уровнем функционально-резервных возможностей ССС. В специальную ФГ относились дети со значительными отклонениями постоянного или

временного характера в состоянии здоровья при низком или ниже среднего уровне функционально-резервных возможностей ССС (43 ребёнка, 3,7%).

На период адаптации (первые 2-3 дня пребывания в лагере) детям назначался щадящий режим, а детям из специальной ФГ этот режим был рекомендован на все время пребывания в лагере. Щадящий режим предполагал привыкание к новым условиям климата и окружающей среды, включая непродолжительные неинтенсивные физические нагрузки с умеренным постепенным повышением двигательной активности. После окончания периода адаптации для детей с основной ФГ был предусмотрен перевод на тренировочный режим, при котором использовался полный комплекс физкультурных и спортивных мероприятий. Для детей из подготовительной ФГ вопрос о переводе с щадящего режима на тренировочный решался индивидуально с учетом продолжительности адаптационного процесса, состояния здоровья, толерантности ребенка к возрастающей физической нагрузке.

Ежедневная утренняя гимнастика обеспечивала плавный переход ребёнка от сна к бодрствованию, способствовала подъёму эмоционального и физического тонуса на весь день. Утренняя зарядка проводилась отдельно для детей младшего возраста и среднего со старшим возрастом. В комплекс обязательно включались коррекционные и дыхательные упражнения, направленные на формирование правильной осанки и постановку дыхания. Комплекс упражнений изменялся еженедельно.

Проводимые подвижные игры оказывали комплексное воздействие на организм ребенка, так как включали в себя разнообразные элементы физических упражнений (ходьбу, бег, прыжки, преодоление препятствий и т.д.). Кроме этого они способствовали положительным эмоциям, находчивости, развитию ловкости, быстроты,

координации, выносливости. В зависимости от нагрузки и технической сложности подвижные игры разделялись на малоподвижные (кегельбан, крокет, съедобное-несъедобное, колечко), подвижные (разрывные цепи, третий лишний, выбивной, платочек) и спортивные (футбол, волейбол, пионербол, бадминтон, настольный теннис). Спортивные команды формировались с учетом возраста детей. Спортивные игры были рекомендованы детям, находящимся на тренировочном режиме. Детям из специальной медицинской группы были рекомендованы только игры с малой и средней подвижностью.

Для детей из подготовительной и специальной медицинских групп основной формой оздоровления была лечебная физкультура. Она проводилась в соответствии с основными принципами построения занятий по физическому воспитанию, с учетом характера и тяжести заболевания. ЛФК включала в себя специально подобранные и строго дозированные физические упражнения (гимнастические, дыхательные, коррегирующие упражнения, ходьбу, бег, прыжки), малоподвижные игры, лечебную хореографию, направленные на восстановление нарушенных функций организма ребенка, а также на нормализацию адаптации к физическим нагрузкам. Занятия проводились ежедневно с чередованием видов физической деятельности. Продолжительность занятий составляла 30-45 минут.

Спортивные соревнования и физкультурно-массовые праздники проводились во второй половине лагерной смены для детей, находящихся на тренировочном режиме. Допуск детей к соревнованиям осуществлялся на основании разрешения врача в день стартов.

Для оценки эффективности проводимых в ДУОО оздоровительных мероприятий в последние дни смены проводились функциональные пробы по Н.А. Шалкову и проба Штанге, оценивалась динамика определяемых показателей.

При анализе оцениваемых показателей, которые определялись в первые дни смены, отмечалось учащение пульса у детей после функциональной пробы по Н.А. Шалкову в среднем на 24%, что расценено как относительно благоприятная реакция на физическую нагрузку (норма до 25%). Однако, у большинства детей имели место жалобы на одышку, утомляемость, отмечалось снижение максимального давления, удлинение восстановительного периода до 6-8 минут, что расценено как неблагоприятная реакция на нагрузку (табл. 2).

Таблица 2

**Динамика частоты сердечных сокращений и времени задержки дыхания у детей в начале и конце смены**

Возраст	Первые дни смены			Последние дни смены		
	Задержка дыхания, секунды	ЧСС		Задержка дыхания, секунды	ЧСС	
		до нагрузки	после нагрузки		до нагрузки	после нагрузки
6	12	100	125(+25%)	15	98	118(+20%)
7	19	98	120(+22%)	25	95	112(+18%)
8	24	93	117(+24%)	30	90	106(+18%)
9	27	88	110(+25%)	33	85	101(+19%)
10	30	84	105(+25%)	36	80	95(+19%)
11	32	78	97(+24%)	39	75	88(+17%)
12	34	76	96(+25%)	42	73	87(+19%)
13	38	75	94(+25%)	47	72	86(+19%)
14	40	74	92(+24%)	49	72	84(+16%)
15	43	73	90(+24%)	53	71	83(+17%)
16	45	73	89(+22%)	55	70	82(+17%)

К концу смены, после проводимых оздоровительных мероприятий, у детей отмечались более низкие стартовые показатели ЧСС. Пульс у детей после проведения функциональной пробы по Н.А. Шалкову учащался в среднем на 18%, что в 1,3 раза меньше по сравнению с первоначальными показателями. Вместе с умеренным повышением максимального давления после нагрузки, нормальным минимальным давлением, продолжительностью восстановительного периода до 3-5 минут это свидетельствовало о благоприятной реакции

на физическую нагрузку. Также об эффективности оздоровительных мероприятий указывало и удлинение времени задержки дыхания в среднем в 1,23 раза.

Эффективность профилактических и оздоровительных мероприятий в летнем лагере определяется качеством совместной работы медицинского и педагогического персонала лагеря, инструкторами по физическому воспитанию. Оздоровление может быть достигнуто лишь при условии правильного построения расписания дня, полноценного питания, рационального проведения физкультурно-оздоровительных и культурно-массовых мероприятий с учетом состояния здоровья ребенка.

#### Список литературы:

1. Государственные санитарные правила и нормы 5.5.5.23-99 «Устройство, содержание и организация режима деятельности детских оздоровительных учреждений», утвержденные Постановлением Главного государственного санитарного врача Украины от 26.04.1999 №23.

2. Кардіологія дитячого і підліткового віку / За редакцією академіка АН ВШУ, проф. П.С. Мощича, проф. Ю.В. Марушка. – Науково-практичний посібник. – Київ. «Вища школа» – 2006. – 422 с.

3. Организация оздоровительной работы в учреждениях летнего отдыха детей: Методические рекомендации для организаторов летнего отдыха детей / Под редакцией С.Р. Коновой, В.И. Бондаря. – Москва. «Медицина». – 1998. – 165 с.

4. Справочник врача детского оздоровительного лагеря. В.И. Демченко, А.В. Лукьянов, С.К. Кудренко. – Ростов-на-Дону. Феникс. – 2007. – 140 с.

5. Справочник по функциональной диагностике в педиатрии. Под редакцией проф. Ю.Е. Вельтищева, проф. Н.С. Кисляк. – Москва. Медицина. – 1979. – С. 262.

УДК 612-084 (571.54) (571.52)

**Здоровье населения как фактор социального развития (на примере Республик Бурятия и Тува)**

**Светлана Петровна Татарова**

*д.соц.н., доцент,*

*Восточно-Сибирский государственный институт культуры*

*г. Улан-Удэ, Россия*

*e-mail: Svetlana.tatar@inbox.ru*

**Надежда Александровна Затеева**

*к.соц.н., доцент,*

*Восточно-Сибирский государственный институт культуры*

*г. Улан-Удэ, Россия*

*e-mail: z.n.a.-79@mail.ru*

*Аннотация.* в статье на региональном материале рассматриваются различные аспекты здоровья населения как интегральной характеристики функционирования социума.

**Ключевые слова:** *здоровье, питание, заболеваемость, наркомания, алкоголизм, Республика Бурятия, Республика Тува.*

**Abstract.** *The article is devoted the various aspects of the health of population as an integral characteristic of the functioning of society, in this article the authors use the regional material of the republics Buryatia and Tuva.*

**Keywords:** *health, nutrition, morbidity, narcotics addiction, alcoholism, republic of Buryatia republic of Tuva.*

Одной из основных задач современного общества выступает улучшение качества жизни населения, что предполагает комплексный подход к изучению и решению ряда взаимосвязанных проблем, центральной из которых является здоровье. Значимым фактором, детерминирующим здоровье населения, является образ жизни людей, включающий структуру питания, режим труда и отдыха, наличие вредных привычек, культуру движения и т.д. В силу ухудшившихся социально-экономических условий в стране в последние два года рост затрат на поддержание жизни негативно сказывается на качестве питания и на состоянии здоровья жителей исследуемых республик. По данным органов государственной статистики в декабре 2014 г. индекс потребительских цен на продукты питания в % к аналогичному периоду 2013 г., вырос в Республике Бурятия до 116,1%, в Республике Тува – 112,8% [7]. В условиях постоянного удорожания рацион современной семьи представлен в основном рафинированными, лишенными витаминов, минеральных компонентов, клетчатки, зато богатыми углеводами и жирами полуфабрикатами. Остается высоким потребление мучных, макаронных и кондитерских изделий, замещающих собой натуральные продукты животного и растительного происхождения. В результате, комплексный дефицит витаминов и минералов скрыто подрывает здоровье сибиряков, снижает иммунитет, обуславливает массовые заболевания населения. Как показали результаты диспансерного и профилактического обследования населения Республики Тува, в том числе в рамках губернаторского проекта «Маршрут здоровья», первое место среди факторов риска возникновения заболеваний занимают нерациональное питание и малоподвижный образ жизни [2]. При этом стоит отметить, что в условиях снижения уровня жизни народа, постоянного роста цен на продукты, даже та часть населения, которая осознает неполноценность

и несбалансированность питания, вынуждена поддерживать именно такой пищевой рацион.

Гигиенисты, оценивая влияние социально-экономических факторов на показатели здоровья населения, установили, что распространение бедности, снижение реальной заработной платы коррелируют как с ростом общей заболеваемости, так и, в первую очередь, болезней органов пищеварения, системы кровообращения, заболеваний эндокринной и нервной системы, а также распространенностью болезней костно-мышечной системы. Как можно увидеть из приведенных в таблице данных, практически по всем группам заболеваний отмечается рост в обеих республиках (таблица 1) [4].

Таблица 1

**Динамика заболеваемости (на 1000 населения) по основным классам болезней (зарегистрировано заболеваний у пациентов с диагнозом, установленным впервые в жизни)**

<i>Субъект РФ</i>	2005	2010	2011	2012	2013	2014
<i>заболевания мочеполовой системы</i>						
<i>Республика Бурятия</i>	33,0	36,4	33,3	34,7	34,4	36,3
<i>Республика Тыва</i>	44,3	26,2	33,4	31,1	32,7	38,6
<i>болезни органов кровообращения</i>						
<i>Республика Бурятия</i>	25,1	20,7	21,0	20,8	22,6	22,9
<i>Республика Тыва</i>	17,7	9,2	12,1	11,9	16,7	13,9
<i>болезни органов дыхания</i>						
<i>Республика Бурятия</i>	219,7	292,9	269,8	177,4	275,9	282,2
<i>Республика Тыва</i>	217,1	204,2	226,9	227,6	228,7	304,6
<i>болезни органов пищеварения</i>						
<i>Республика Бурятия</i>	45,7	36,2	36,4	36,0	35,5	36,8
<i>Республика Тыва</i>	38,5	15,4	17,4	18,9	20,9	27,6
<i>болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани</i>						
<i>Республика Бурятия</i>	28,0	25,4	24,4	25,6	24,6	26,2
<i>Республика Тыва</i>	19,9	8,9	8,3	10,5	9,9	12,7

В связи с интенсификацией труда, социально-экономическим прессингом, необходимостью сочетать несколько видов работ для поддержания экономического благополучия семьи, возрастанием информационных потоков, большая часть населения нередко компенсируют затраты времени за счет сокращения периода сна. Несоблюдение режима сна и отдыха является причиной снижения физической выносливости, вызывает раздражительность, невротические состояния, переходящие затем в хронические заболевания. Так, по данным органов государственной статистики Республики Бурятия, в расчете на 100000 человек по группе болезней рост составил: «психические расстройства и расстройства поведения» (с 3,1 в 2011 г. до 3,4 случаев в 2013 г.), а также «болезни нервной системы» (с 15,5 в 2011 г. до 16,1 в 2013 г.). По Республике Тува показатели по болезням нервной системы не столь высоки, однако рост также присутствует (8,4 случаев в 2012 г., и 8,6 – в 2013) [4].

Плохое питание, неудовлетворительные жилищные условия, низкий уровень общей и половой культуры в совокупности провоцируют возникновение так называемых социальных заболеваний. Так, высокие показатели заболеваемости туберкулезом на 100 тыс. человек населения в январе-июле 2015 г. регистрировались в Республике Тува, Иркутской области (в 2,7-2,1 раза выше среднероссийских значений), Алтайском и Красноярском краях, Республике Бурятия (в 1,8-1,7 раза выше, чем в среднем по России) [5].

При относительно благополучной ситуации в целом по стране в ряде субъектов Российской Федерации в январе-ноябре 2015 г. оставался значительным уровень заболеваемости сифилисом на 100 тыс. человек населения. Так, в Республике Тува он был в 4,1 раза выше среднероссийского показателя. Высокие показатели заболеваемости

сифилисом наблюдались в Республике Бурятия, Иркутской области, Республике Саха (Якутия) (в 2,5-2,4 раза выше) [6].

Еще одним значимым фактором, влияющим на здоровье населения, является саморазрушающее поведение людей: употребление табачных изделий, спиртных напитков и наркотических средств. Стоит отметить, что в Республике Бурятия в последние годы, несмотря на значительное снижение числа лиц, впервые поставленных на учет с установленным диагнозом «наркомания», сократилось во много раз (на 100000 населения в 2000 г. составлял 38,0, а в 2013 г. всего 4,1), однако остается высоким показатель состоящих на учете, который слабо меняется с 2010 г. (69,0 в 2010 г. и 67,7 в 2013 г.) [8].

В Республике Тува на 1.09.2015 на учете с наркотической зависимостью находилось 613 человек. Несмотря на то, что в республике работает отделение медицинской реабилитации наркозависимых на 15 коек, Министр здравоохранения Тувы Орлан Донгак отмечает, что имеющихся мощностей отделения катастрофически не хватает. За 8 месяцев 2015 г. реабилитацию завершили 40 человек, в том числе 10 наркопотребителей, при этом лечения ожидают еще 155 наркозависимых в отношении которых вынесено постановление мирового судьи о принудительном лечении.

Как отмечает главный специалист-эксперт Управления наркоконтроля по Туве Е. Фомина, в качестве профилактических мер используются традиционные формы и методы, такие как встречи, беседы, конференции, население вовлекают в массовые социально-значимые мероприятия, в занятия физкультурой и спортом. Основной акцент в работе делается на охват подростков и молодежи. Кроме того, продолжается работа по уничтожению дикорастущей конопли. Так, в 2015 г. площади с зарослями дикорастущей конопли в Туве составили 3679,8 га и по сравнению с 2008 г. их количество сократилось в 8 раз.

Для уничтожения зарослей дикорастущей конопли применялась химическая обработка, механизированное и ручное скашивание, ручная прополка. К работе привлекли более 220 человек, задействовали 48 единиц сельскохозяйственной техники [1].

К сожалению, значительно более высокие показатели обнаруживаем в республиках по заболеваемости алкоголизмом и алкогольными психозами. В Республике Бурятия число больных взятых под диспансерное наблюдение в расчете на 100 000 человек населения с впервые в жизни установленным диагнозом «алкоголизм и алкогольный психоз» составляет в 2013 г. 58,3, а численность больных состоящих на учете с указанным диагнозом в том же году – 695,2 человек [8]. В Республике Тува на конец 2015 г. на наркологическом учете состояло 5757 человек, что ниже показателей предыдущего года на 5,7%, в частности, на 4,3% уменьшилось число наркозависимых, на 5,9% – количество алкозависимых [3]. Учитывая, что лишь каждый десятый из страдающих той или иной зависимостью обращается к врачу или выявляется органами правопорядка, реальное распространение в социуме алкоголизма, наркомании, токсикомании и употребления психотропных веществ намного выше.

Алкоголь и наркотики входят в список причин преждевременной смертности трудоспособного населения, в результате которых государство несет экономические потери. Для борьбы с негативными явлениями вводятся меры по ограничению времени продажи алкоголя. Установленные Федеральным законом №171 временные рамки были дополнены на региональном уровне, в настоящее время в Республике Бурятия запрет распространяется на интервал с 21.00 до 9.00 часов и круглосуточное ограничение продажи алкогольной продукции в дни празднования Сурхарбана, Последнего звонка, Дня знаний, в Международный день защиты детей и в День города (муниципального

района). Повышение акциза на крепкие алкогольные напитки и ограничения по продаже не привели к значительному сокращению потребления алкогольной продукции, что с одной стороны, связано с нарушениями в соблюдении законодательства, с другой – обусловлено распространением суррогатного алкоголя. Согласно докладу «Роспотребнадзора» «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения Российской Федерации» за 2014 год, Бурятия вошла в число регионов с частыми случаями острых алкогольных отравлений, преимущественно – напитками, содержащими этанол и неуточненные спирты. В 2015 г. Народным Хуралом Республики Бурятия были приняты поправки, распространяющие запрет на продажу алкоголя в ночное время в учреждениях общественного питания и нежилых помещениях, расположенных в зданиях многоквартирных жилых домов [9].

Медиками однозначно установлено, что даже эпизодическое употребление алкоголя и наркотических средств в ограниченном количестве не проходит бесследно для здоровья, как самого человека, так и его потомства. Нередко это выражается в рождении детей, имеющих разного рода аномалии. Так, рост регистрируемых врожденных аномалий, деформаций и хромосомных нарушений в Республике Тува в 2014 г. составил 2,6 человек на 100 тыс. человек по сравнению с 2013 г. когда отмечался показатель 0,9. В Республике Бурятия за аналогичный период показатель не менялся и составлял 1,2 случая на 100 тыс. человек [4].

Несмотря на то, что ведется большая работа по профилактике наркомании в обеих исследуемых республиках, тем не менее, по данным органов статистики отмечается рост преступлений связанных с оборотом наркотиков. Так, за период январь-сентябрь 2015 г. в % к

аналогичному периоду предыдущего года рост составил: в Республике Бурятия – 116,1%, в Республике Тува – 117,4% [7].

Таким образом, рассмотренные показатели заболеваемости, питания, смертности и продолжительности жизни населения выступают не только как биолого-медицинские, но и как социальные индикаторы, а здоровье – как комплексное отражение состояния социального организма, что применительно к Республикам Бурятия и Тува заставляет констатировать наличие серьезных проблем и потребность борьбы с ними.

#### Список литературы:

1. В Правительстве Тувы обсудили антинаркотическую политику в регионе [Электронный ресурс] // URL: [www.tuvaonline.ru](http://www.tuvaonline.ru) (дата обращения 20.10. 2015 г.).

2. Не так уж и страшен курдюк // Тувинская правда 10 февраля 2016 [Электронный ресурс] // URL: <http://www.tuva.asia/news/tuva/8474-kurdyuk.html> (дата обращения 14.02.2016 г.).

3. Официальный портал Республики Тыва [Электронный ресурс] // URL: [http://gov.tuva.ru/press\\_center/news/society/22501/](http://gov.tuva.ru/press_center/news/society/22501/) (дата обращения 14.02. 2016 г.).

4. Регионы России. Социально-экономические показатели. М. – 2015 [Электронный ресурс] // URL: [http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc\\_1138623506156](http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1138623506156) (дата обращения 11.02.2016).

5. Социально-экономическое положение России (январь-июнь 2015) [Электронный ресурс] // URL: [http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc\\_1140086922125](http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1140086922125) (дата обращения 10.09.2015).

6. Социально-экономическое положение России (январь-декабрь 2015г.) [Электронный ресурс] // URL:

[http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc\\_1140086922125](http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1140086922125) (дата обращения 06.02.2016).

7. Социально-экономическое положение Сибирского Федерального округа в январе-сентябре 2015 г. [Электронный ресурс]// URL:

[http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc\\_1140086420641](http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1140086420641) (дата обращения 11.02.2016).

8. Статистический ежегодник (01-01-12) – 2014 [Электронный ресурс] // URL: [http://burstat.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_ts/burstat/ru/statistics/db/6fa87e8046bcfdc7a4dfbc87789c42f5](http://burstat.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_ts/burstat/ru/statistics/db/6fa87e8046bcfdc7a4dfbc87789c42f5) (дата обращения 10.10.2015).

9. Татарова С.П., Затеева Н.А. Здоровье населения Республики Бурятия: состояние, динамика, детерминирующие факторы // Актуальні проблеми фізичного виховання та здоров'я людини: Матеріали І-ої Міжнародної заочної науково-практичної конференції (23-27 листопада 2015 року, м. Слов'янськ)/ [За заг. ред. проф. В.В.Дичка]. – Слов'янськ: ДДПУ, 2015. – С. 110-117.

УДК 614

### **Безвозвратные потери в результате наводнений**

***Д. Тодорова***

*факультет общественного здравоохранения,*

*Медицинский университет Софии,*

*г. София, Болгария*

***Р. Етова***

*факультет общественного здравоохранения,*

*Медицинский университет Пловдива,*

*г. Пловдив, Болгария*

**Цв. Михайлова**  
факультет общественного здравоохранения,  
Медицинский университет Софии,  
г. София, Болгария

**Аннотация. Введение:** Наводнение является природным или антропогенным бедствием, которое в зависимости от силы и его масштабов может быть смертельным для человека и животных. Эта статья посвящена наводнению как катастрофе, которая приводит к гибели живых организмов со значительными медицинскими, социальными и экономическими последствиями. **Целью данного исследования** было выявление и анализ факторов, приводящих к смерти в результате наводнений. **Материалы и методы:** Для использования в анализе были изучены полные тексты статей и другие публикации по этому вопросу. Благодаря возможностям описательного и сравнительного методов, представлена и проанализирована значимость различных факторов риска и разрушений при наступлении смерти во время наводнений. **Результаты:** Изучена смертность при наводнениях, смысл и тенденции этой проблемы. Упоминаются основные факторы риска и поражения, ведущие к смерти в результате наводнений. Сделан анализ влияния поражающих факторов наводнений. Представлены некоторые организационные и санитарно-гигиенические меры для отстранения и ограничения смертности при наводнениях. **Вывод:** смертельные случаи при наводнениях напоминают, что институции и люди должны быть подготовлены для всех возможных последствий этого стихийного бедствия, в том числе смерти. Описанная тенденция в развитии проблемы указывает на необходимость дальнейших усилий по улучшению управления наводковыми ситуациями. Результаты этого исследования могут

быть полезны с точки зрения принятия мер для влияния на последствия наводнений на жизнь и здоровье населения.

**Ключевые слова:** бедствия, наводнения, падеж, вредные и разрушительные факторы, организационные и гигиенические мероприятия.

**Abstract. Introduction:** Flooding is a natural or anthropogenic disaster depending on the strength and scale can be lethal to humans and animals. This article focuses on the flood situation as disastrous, leading to deaths among living organisms with significant health, social and economic consequences. **The aim of this study** is revealing and analyzing the factors leading to death in the floods. **Material and methods:** Full text articles and other publications on the subject have been studied to be used in the analysis. Using the capabilities of the descriptive and comparative method is presented and analyzed the importance of different risk factors for fragments and the occurrence of death in flooding. **Results:** Studied mortality is flooding, importance and trends of the problem. Listed are the major risk factors and which leading to death in flooding. An analysis of the effect of striking factors on the flood. Presented are some of the organizational and hygienic measures for the elimination and reduction of mortality in floods. **Conclusion:** deaths in floods remind, that the institutions and the population must be prepared for all possible consequences of this disaster, including death. This trend in the development of the problem points to the need to continue efforts for improvements in the management of flood disaster situation. The results of this study can be useful in relation to measure the influence and effect of the floods on the lives and health of the population.

**Keywords:** disaster, flooding, deaths and risk factors which organizational and hygienic measures.

**Введение.** Частые аварийные ситуации в последние десятилетия показывают, что ни одна страна не застрахована от стихийных бедствий. Наводнения являются наиболее частыми стихийными бедствиями со значительными медицинскими, социальными и экономическими последствиями. Наводнения наносят ущерб окружающей среде, инфраструктуре, собственности и жизни и здоровью населения. Наводнения могут быть непосредственно смертельными для человека и животных, а также косвенно быть причиной заболеваний с летальным исходом. Именно поэтому важно изучить факторы, ведущие к смертности при наводнениях, а также их последствия для системы здравоохранения и общества.

**Целью данного исследования** было выявление и анализ факторов, приводящих к смерти в результате наводнений.

**Материал и методы.** Были изучены полные тексты статей и других публикаций на эту тему, которые будут использоваться в анализе. Благодаря возможностям описательного и сравнительного методов, представлена и проанализирована значимость различных факторов риска и разрушений на наступление смерти во время наводнений.

**Результаты.** Для целей анализа созданы несколько панелей информации.

**Значение и тенденции проблемы.** Считается, что наводнение является одним из самых разрушительных стихийных бедствий [3]. Последние десятилетия наблюдается увеличение числа наводнений на всех континентах [24]. Наводнения являются наиболее распространенным стихийным бедствием в Европе и имеют комплексные неблагоприятные воздействия на здоровье, в том числе утопление [26].

В случае катастрофического наводнения пострадавшее население несет крупные людские потери, необратимые и медицинские. Невосполнимые потери включают погибших и пропавших в результате бедствия, а также умерших в результате вреда здоровью, нанесенного во время наводнения [18].

На всем протяжении человеческой истории, наводнения приводили к болезням и смерти пострадавшего населения. В последние годы постепенно увеличивается количество населения, подверженного риску затопления, особенно в прибрежных районах [11] и к 2100 году может достичь 92 млн. человек [25].

Согласно ЕМ-ДАТ, (Международная база данных по чрезвычайным ситуациям (ЧС), созданная в научно-исследовательском центре ЧС Католического университета Бельгии), в период 1990-2014 гг., наводнения являются одной из ведущих бедственных ситуаций с самым высоким уровнем смертности населения (47,2%), за которыми следует смертность в результате высоких и экстремальных температур (44,8%) и пожаров (8,1%) (рис.1.).

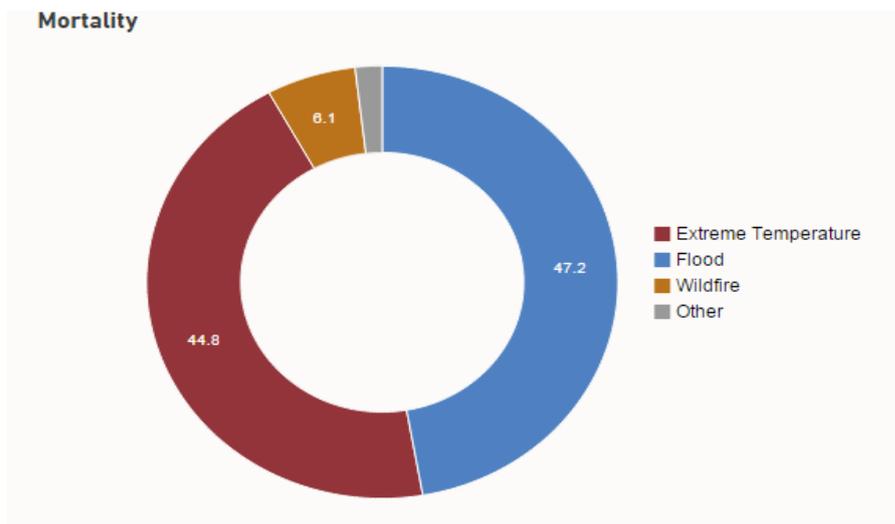


Рис.1. Распределение типов катастроф по смертности, которую вызывают (в соответствии с ЕМ-ДАТ) [14].

За последние четыре столетия человечество перенесло около 40 крупных аварий, вызванных наводнениями [10]. Число наводнений в мире показывает устойчивую тенденцию роста в последние десятилетия. За период 1980-2010 год зарегистрировано в общей сложности 3119 наводнений, в результате которых погибли более 200 000 человек [21]. Согласно другим источникам, за последние 10 лет наводнения причинили около 53000 смертей во всем мире.

Для целей анализа представляют интерес данные о распределении смертельных случаев в зависимости от стран, пострадавших от наводнений. Соотношение смертей в течение периода 2002-2011 годов в развивающихся странах по отношению к высокоразвитым странам составляет почти 23/1. Большая часть связанных с наводнениями погибших приходится на страны с ограниченными ресурсами, в основном из-за большей уязвимости в случае стихийных бедствий и бесхозяйственности при чрезвычайных ситуациях.

Профиль смертей варьируется в зависимости от характеристик наводнений и личной уязвимости [1].

Что касается структуры смертности по биологическим характеристикам пострадавших, установлены следующие факты.

Жертвами наводнений становятся люди всех возрастов и полов. Было показано, что 70% смертей при наводнениях относятся к мужчинам, что предполагает высокую степень уязвимости среди них. Значительное число смертей при наводнениях наступает из-за чрезмерно рискованного поведения. С точки зрения возраста – 25,3% погибших при наводнениях в Европе были старше 60 лет, по сравнению с Соединенными Штатами – 11,2% [7].

Уязвимыми группами являются дети, беременные женщины, люди с хроническими заболеваниями, пожилые с физическими, сенсорными и когнитивными проблемами, бездомные, социально

изолированные, меньшинства [17]. В Болгарии количество утонувших детей от общего числа утонувших значительно выше. Высокий процент утонувших детей, в основном, является следствием недостаточной подготовки по плаванию, из-за отмены обязательных уроков плавания для начального образования в школах, низким уровнем культуры спасения на воде и др. [26].

### **Причины смерти во время наводнений**

Воздействие на здоровье от наводнения может произойти во время наводнения или недели и месяцы после него [9].

Причины смерти при наводнении могут быть связаны с прямым и/или косвенным воздействием этой катастрофы.

Прямыми последствиями наводнения являются результаты непосредственного контакта с водой и затопленной средой и включают утопление, травмы от мусора, химическое загрязнение и переохлаждение.

Косвенные последствия связаны с ущербом, причиненным водой и включают инфекционные заболевания, недоедание, болезни, связанные с бедностью и заболеваниями, связанными с пострадавшим населением [15].

Основные опасности для человека и животных являются следствием:

- Времени прибытия приливной (первой) волны;
- Скорости водных масс;
- Глубины воды;
- Площади затопленной территории;
- Времени вывода воды;
- Повреждения критической инфраструктуры;
- Повреждения материальной собственности.

Поражающими факторами наводнения, которые в большинстве случаев приводят к смерти среди населения, являются:

- Утопление;
- Избыточное давление волны, приводящее к различным и множественным травмам;
- Тепловой фактор – наиболее часто приводит к гипотермии (в зависимости от времени пребывания в воде);
- Биологические факторы – определяют уровень инфекционной заболеваемости и смертности;
- Стресс и паника во время и после наводнения [23].

Две трети смертей при наводнениях в мире приходится на утопления, а одна треть от физических травм [4].

#### **Анализ влияния поражающих факторов наводнения.**

При наводнении наблюдается загрязнение внешней среды биологическими, химическими или радиоактивными веществами, которые могут вызвать опасные поражения среди населения и создать условия для краткосрочной и долгосрочной смертности.

Тушки утонувших животных и гниющие растения представляют опасность, которая несет высокий риск развития зоны биологического поражения и последующей смертности среди населения.

Наводнения могут активировать оползни, которые непосредственно, разрушая дома и косвенно прерывая коммуникации и дороги, увеличивают риск для жизни и здоровья населения в зоне поражения.

Наводнения могут также непосредственно влиять на здоровье человека через заболевания желудочно-кишечного тракта, печени, кожи, дыхательные проблемы и др. Также влияют и на психическое здоровье людей и его стабильность.

Наводнения генерирует серьезные санитарно-эпидемиологические ситуации из-за загрязнения затопленных районов и поселений грязью, трупов людей и животных, уничтожения или повреждения канализации и водоснабжения, прерывания подземных трубопроводов, затопления объектов токсичными отходами или высвобождения химических веществ и др.

Ухудшение санитарных условий в области поражения является предпосылкой для развития дополнительной зоны биологического поражения и увеличения заболеваемости и смертности среди населения [8, 19].

Другими не менее важными факторами риска являются вирусные заболевания – чаще всего передаваемые насекомыми, для которых благоприятными условиями для размножения является повышение уровня воды, такие как малярия, лихорадка денге и геморрагическая лихорадка, желтая лихорадка, вирус Западного Нила и др. [1].

В мировой литературе описаны смертельные случаи в результате химических инцидентов при наводнениях, касающихся домов, промышленных и сельскохозяйственных земель, влияющих на здоровье населения [12].

Установлено, что наводнения высокой скорости могут привести к крупным промышленным авариям – взрывам на промышленных объектах, трубопроводах, резервуарах, а также к утечке токсичных веществ в атмосферу и окружающую среду, которые в большинстве случаев являются причиной значительного числа смертей и тяжелых травм [6]. Возможно загрязнение остатками диоксина с широким спектром вредных химических веществ, в том числе цианида, смол, клеев, пестицидов, мышьяка, определенных уровней радиации. Симптомы – тошнота, рвота, боль в животе, боль в горле, зуд и сыпь на коже, как правило, появляются в течение 4 недель после наводнения, а

некоторые из них проявляются в более поздний период и могут быть смертельными [5].

В зависимости от длительности факторов риска, смертность при наводнении может быть разделена на три этапа:

- Предварительное воздействие;
- Непосредственное воздействие;
- Воздействие после удара.

Во время непосредственного воздействия наводнения смертность может быть результатом: утопления, ходьбы или вождения в воде, от непосредственного контакта с приливной волной, мусором и подводными объектами в воде; проваливания в скрытые шахты; инфаркта и других заболеваний сердечнососудистой системы; коллапса; электрического тока; химического отравления, заболеваний, переносимых насекомыми и грызунами. Некоторые из смертей при наводнении наступают немедленно и являются результатом утопления, а другие могут наступить позже [13].

#### **Мероприятия, влияющие на последствия от наводнения на жизнь и здоровье населения.**

В периоды до наводнения можно принять ряд комплексных мер по предотвращению утопления и водных травм, наиболее оптимальным из которых является скоординированный подход с участием многих секторов. Некоторые из этих мер включают создание потенциальных навыков в периоды до наводнения, таких как: способность плавать с раннего детства, обучение навыкам оказания первой помощи при утоплении и др. [26].

При наводнении можно определить три последовательных этапа для организации помощи пострадавшему населению:

**Первый этап** – несколько часов после затопления.

Это называется быстрым этапом и в основном осуществляется с помощью вертолетов или спутниковых изображений и т.наз. воздушной разведки территории. Она определяет пораженные участки и регионы. Обеспечивает информацию о состоянии транспортных линий и маршрутов для транспортировки, больницах и характере спасательных работ.

**Второй этап** – первые 24-48 часов.

Предоставляет информацию о количестве пострадавших и смертных случаях, а также о медицинских нуждах при оказании помощи.

На этом этапе собирается информация об общих потерях; лицах, нуждающихся в эвакуации на основе диагностических признаков; число людей, нуждающихся в лечении в местных больницах; наличие необходимых медикаментов и персонала; возможно последующее лечение в специализированных клиниках. Оценка водных объектов, доступ к воде, пище, жилью, защитной одежде и т.д.

**Третий этап** – оценка рекреационной деятельности, необходимого оборудования, инженеров, возможности использования международных спасателей и помощи [22].

Для спасения тонущих, спасательные работы начинаются как можно раньше. После оказания первой медицинской помощи, спасенные эвакуируются до ближайшей больницы. Эвакуация всех спасенных в больницы является обязательным в силу специфики утопления и, следовательно, возможных тяжелых и необратимых последствий позже. При развитии сложной ситуации часть медицинских потерь может стать не обратимой, а количество безвозвратных потерь возрастает с течением времени.

После схода воды центр затопления превращается в потенциальную опасность развития эпидемий. Основной задачей

системы здравоохранения на этом этапе является проведение гигиенических и противоэпидемических мероприятий в затопленных и прилегающих районах [20].

Медицинский контроль является важным элементом гигиены и противоэпидемического обеспечения населения и включает в себя своевременные и эффективные санитарные и гигиенические мероприятия, такие как удаление отходов, своевременная очистка и дезинфекция, дезинсекция и дератизация земель, дорог и зданий. Проводится непрерывный санитарно-гигиенический контроль питьевой воды, продуктов питания, дается экспертная оценка и заключение по их пригодности после определенной обработки [27, 16].

Описанные группы мер, а также предоставление приюта, чистой питьевой воды, продуктов питания и др., позволяют снизить смертность, заболеваемость и избежать негативных последствий наводнений [2].

**Обсуждение.** Представленные здесь данные из разных источников, можно резюмировать следующим образом: Во время предварительного и непосредственного воздействия действуют поражающие факторы риска наводнения и смерть наступает краткосрочно в результате непосредственного воздействия этих факторов и говорится о прямых последствиях наводнений. Во время фазы воздействия после удара (наводнения) продолжают действовать некоторые из поражающих факторов, которые вызывают косвенные последствия наводнений и долгосрочную смертность среди населения. Исследуя природу и образ действия поражающих факторов, можно планировать и осуществлять различные мероприятия (организационные, спасательные, гигиенические и противоэпидемические и др.). Если время проведения этих видов мероприятий соответствует продолжительности действия факторов риска наводнения (например,

предупреждение, аварийно-спасательные и восстановительные работы), можно увеличить эффективность мер и снизить смертность при наводнениях.

**Выводы:**

– Наводнения причиняют наибольшее количество смертей по сравнению с другими типами бедствий.

– Сведение к минимуму рисков и поражающих факторов уменьшает смертность при наводнениях.

– Степень готовности населения и учреждений, а также готовности и действий институций, непосредственно влияют на снижение человеческого, социального и экономического ущерба и потери от этого стихийного бедствия.

**Заключение.** Смертельные случаи при наводнении напоминают, что институции и люди должны быть подготовлены ко всем возможным последствиям этого стихийного бедствия, в том числе к смерти. Описанная тенденция в развитии проблемы указывает на необходимость дальнейших усилий по улучшению в управлении паводковой ситуации. Результаты этого исследования могут быть полезны с точки зрения принятия мер, некоторые из которых являются организационными и гигиеническими мероприятиями для устранения и уменьшения смертности при наводнениях.

Список литературы:

1. Alderman K., Turner L.R., Tong S., Floods and human health: A systematic review, *Environment International* 47, 2012, P. 37-47.

2. Buajaroen H., Management of health care services for flood victims: The case of the shelter at Nakhon Pathom Rajabhat University Central Thailand, *Australasian Emergency Nursing Journal* 16, 2013, P. 116-122.

3. Dendo M., Marcia Brewster, Henrike Peichert and others, Flood Plain Management, Guidelines for Reducing Flood Losses, 1998, P. 31

4. Du W., Fitz Gerald G. J., Clark M., Hou X. Y., Health Impacts of Floods, <http://pdm.medicine.wisc.edu> Prehospital and Disaster Medicine, May – June 2010.

5. Euripidou E., Murray V., Public health impacts of floods and chemical contamination, *Journal of Public Health*, Vol. 26, No. 4, pp.,2003,376-383.

6. Jonkman Ir. S.N., Loss of life caused by floods: an overview of mortality statistics for worldwide floods, Delft Cluster-publication: DC1-2013,233-236, 2013.

7. Jonkman S.N., Kelman I., An analysis of the causes and circumstances of flood disaster deaths, *Disasters*, 2005, 29(1): 75–97

8. Kostadinov, Rostislav. 600 Simple Steps for Disaster Medicine Exam Success. ИК-ВАП, ПЛОВДИВ, 2012 г., P. 176.

9. Menne B., Brown L.,Murray V.,Floods and health,Fact sheets for health professionals,World Health Organization, Regional office for Europe, 2014, P. 1.

10. MSN Encarta Dictionary. Flood. Retrieved on 2006-12-28. Archived 2009-10-31.

11. Noji E. K., Public health issues in disasters, *Crit Care Med* Vol. 33, No. 1, 2005, P. 29-33.

12. Perrett K, Credland J. Possible dioxin contamination of a flood in Southern Yorkshire, *Chemical Incident Response Service*,2002, 24-26.

13. Sebastian N. Jonkman; Ilan Kelman, An analysis of causes and circumstances of flood disaster deaths, *Disaster*, 29 (r):2005, P. 75-97.

14. The OFDA/CRED-International disaster database. Mortality. In: Internationally reported losses. Resource of URL: <http://www.preventionweb.net/countries/bgr/data>.

15. Weiwei Du, et. al., Health Impacts of Floods, *Prehosp Disaster Med*, 25(3):2010, P. 265-272.

16. World health organization, Balkan floods, Situation report №3, 2014.

17. World Health Organization, regional office for Europe, Floods and health: Fact sheets for health professionals, 2014.

18. Канев К., Драгнев В. и кол., Медико-тактическа характеристика на огнще на поразяване при природни бедствия, в „Медико-тактическа характеристика на бедствените ситуации”, изд. Ирита, Сф 2007, Р. 8.

19. Михайлова Ил., Тодорова Д., Обща характеристика на хигиенно-епидемиологичната обстановка при бедствена ситуация, Медицина на бедствените ситуации, изд. АРСО, София, 2011, Р. 435.

20. Михайлова Ил., Д. Тодорова, Катастрофални наводнения, Медицина на бедствените ситуации, изд. АРСО, София 2011, Р. 64-68.

21. Николова М., Недков Ст., Рискът от наводнения, ГИС моделиране на промените в околната среда за оценка на риска от наводнения, София, ТерАр, 2012, Р. 59.

22. Панамериканская организация здравоохранения, Научная публикация №575, Методы сбора информации после катастрофы, Стихийные бедствия: Охрана здоровья населения, Глава 5, Р. 40-42.

23. Сапунджиев К., Р. Костадинов, П.Сапунджиев, Медицина на бедствените ситуации, Лакс бук, 2014, Р. 49.

24. Спасова З., Наводнения, Промените в климата заплаха за здравето на човека, изд. на Министерство на здравеопазването и Национален център по обществено здраве и анализи, София, 2013, Р. 24.

25. Спасова З., Природни бедствия: удавяне, дехидратация, стомашно-чревни заболявания и психологическа травма, Промените в климата заплаха за здравето на човека, изд. на Министерство на здравеопазването и Национален център по обществено здраве и анализи, София, 2013, Р. 22.

26. Спасова З., Димитров П., Манолова А., Цолова Г., Теолова Е., Тодорова Д. Детски воден травматизъм в Европейския регион на СЗО, Сборник доклади от Симпозиум «Традиции и съвременност в медицинската география и медицината на бедствените ситуации», София, 2014, Р. 417-425.

27. Тодорова Д., Ил. Михайлова, Организация на държавния здравен контрол при бедствени ситуации, Медицина на бедствените ситуации, изд. АРСО, София 2011, Р. 443-447.

УДК 37.013.42 (571.54/55)

**Социальная терапия как технология коррекции  
эмоциональной сферы младших подростков в условиях детского  
дома**

***Ольга Владимировна Улыбина***

*магистрант, кафедра социальной работы,  
Забайкальский государственный университета,  
г. Чита, Россия*

*e-mail: olenkavasileva92@mail.ru*

***Научный руководитель: Михаил Юрьевич Швецов***

*д.пед.н., профессор,  
директор института социальных наук, психологии и педагогики,  
Забайкальский государственный университет,  
г. Чита, Россия*

***Аннотация.*** В данной работе рассмотрена социальная терапия как технология коррекции эмоциональной сферы младших подростков в условиях детского дома. Изучено влияние видов социальной терапии на эмоциональную сферу, а также разработан комплекс терапий: арт-терапия, музыкотерапия, фитотерапия, сказкотерапия, игротерапия.

**Ключевые слова:** социальная терапия; младшие подростки; коррекция; эмоциональная сфера.

**Abstract.** *In this paper we consider the social therapy as a technology correction of the emotional sphere of younger teenagers in a children's home. The effect of the kinds of social care on the emotional sphere, and developed a set of therapies: art therapy, music therapy, herbal medicine, skazkoterapiya, igroterapiya.*

**Keywords:** *social therapy; younger adolescents; correction; emotional sphere.*

Осуществление реформ в экономике и политической жизни, социальной и культурной практике во всем мире показывает, что ни одно государство сегодня не может обойтись без специалистов в области социальной работы. Необходимость в поддержке в условиях безработицы или угрозы безработицы, в содействии самозанятости и самообеспечению повышает роль социальных служб, оказывающих помощь в этой области. Все это позволяет сделать вывод, что сегодня в России потребность в социальной работе является особенно острой [1].

Особо нуждается в социальной работе такая социальная категория граждан, как дети – сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей, так как на фоне стабильного сокращения рождаемости ситуация с ростом таких детей становится угрожающей.

На сегодняшний день в нашей стране официально зарегистрировано более 2 миллионов детей сирот [2]. Важно уделять больше внимания при социальной работе с подростками из детских домов, так как они воспитываются вне семьи. Семья играет важную роль в жизни человека, его защите, формировании и удовлетворении духовных потребностей, а также в его первичной социализации.

При работе с подростками в условиях детского дома большое значение имеет эмоциональная сфера воспитанника. Проведенные исследования в детских домах и школах – интернатах, средних общеобразовательных школ показали, что большая часть воспитателей, учителей (90%) отмечают важность формирования в подростковом возрасте эмоциональной саморегуляции, умения управлять своим поведением и контролировать его, преодолевать трудности в процессе жизнедеятельности [3].

Эмоциональная сфера является одной из основных регуляторных систем, обеспечивающих активные формы жизнедеятельности организма. Именно эмоции являются первым звеном в общей цепи приспособительных процессов и быстрее всего реагируют на любые воздействия окружающей среды. Эмоциональное реагирование формируется как первичный механизм взаимодействия с внешним миром [4]. Изучению эмоциональной сферы подростков психологи уделяют достаточное внимание. Несмотря на различные точки зрения, практически все ученые сходятся в том, что эмоции отражают состояние, процесс и результат удовлетворения потребностей человека.

С помощью рисования, игр, сказок можно воздействовать на эмоциональную сферу детей. Таким образом, если обратиться к социальной терапии, то можно увидеть что существует множество её видов. Это игротерапия, сказкотерапия, арт-терапия, музыкотерапия, трудотерапия и т.д. На наш взгляд, эффективной технологией коррекции эмоциональной сферы младших подростков в условиях детского дома будет социальная терапия.

Социальная терапия – технология социальной работы, представляющая собой совокупность мероприятий, действий направленных на решение проблем клиента.

Социальная терапия помогает облегчить взаимодействие индивида с социальной средой посредством вовлечения социальным работником в этот процесс субъектов жизненного пространства клиента. Изучением социальной терапией занимались В.А. Жмуров, И.Г. Зайнышев, Г.Ф. Нестерова, И.К. Свищева, Т.К. Сологубова, С.В. Тетерский, Е.И. Холостова.

Цель исследовательской работы – рассмотреть социальную терапию как технологию коррекции эмоциональной сферы младших подростков в условиях детского дома, для того чтобы раскрыть её результативность.

Для формирования комплекса социальных терапий нами было проведено социологическое исследование. Опрашивались 10 воспитанников ГУЧ «Черновского детского дома» г. Чита в возрасте 10 лет. Цель анкетирования заключалась в выявлении основных проблем детей сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. По полученным данным, на 1-ое место вышла проблема – непонимания детей родителями (ответили 90% респондентов). На 2-ом месте проблема – внутреннего беспокойства (ответили 80% респондентов). На 3-е место определились проблемы: боязнь высказывать своё мнение (70% респондентов); зачастую состояние злости (70% респондентов) и внутреннее напряжение (70% респондентов).

В результате опроса проблемы были выявлены и сформированы в пять групп. После этого каждой группе подбиралась конкретная терапия, направленная на решение выявленных проблем детей-сирот. На наш взгляд, данный метод формирования комплекса видов социальной терапии можно использовать и для других социальных категорий людей, но он может меняться в зависимости от различных факторов.

Для решения данных проблем, нами был разработан и реализован комплекс видов социальной терапии для 10 младших подростков в возрасте 10 лет на базе ГУЧ «Черновского детского дома» г. Чита. В комплекс вошли: цветотерапия, сказкотерапия, музыкотерапия, фитотерапия, игротерапия, арт-терапия.

Исследование включало в себя три этапа: подготовительный, основной, заключительный. Знакомство с учительским составом и с детьми, изучение особенностей детей, составление и проведение анкеты, разработка плана мероприятий, согласованность действий и инвентаря для занятий с психологом, всё это составили первый этап исследования. Второй этап включил в себя реализацию комплекса видов социальной терапии для младших подростков в условиях детского дома. Обработка результатов, обобщение выводов, сравнительный анализ данных вошли в третий этап нашего исследования

Комплексность действий заключается в том, что все терапии включены в каждое занятие. Мы их применяли поочередно. То есть, каждое занятие начиналось с цветотерапии, затем сказкотерапия, фитотерапия, музыкотерапия, игротерапия, арт-терапия. Мы считаем, что действия данного комплекса терапий будут эффективными потому, что он будет влиять на все ощущения человека (осознания, обоняние, зрение, слух, вкус) ведь именно через эти чувства человек воспринимает окружающий мир. Все занятия будут рассмотрены в совокупности, тем самым определяя технологическую особенность комплекса терапий. Помимо этого важно рассмотреть влияние каждой терапии на младших подростков, поэтому действия одной терапии будут описаны отдельно от другой.

Первое занятие включало в себя знакомство с ребятами, проведение анкеты.

Каждое занятие начиналось с цветотерапии, в основе которой, метод цветowych выборов М. Люшера. Цель цветотерапии заключалась в выявлении эмоционального настроения детей перед работой. Проанализировав, результаты за все занятия мы получили следующее: хорошее настроение перед началом занятий отмечали 30% детей, нейтральное настроение 40% детей и 30% отметили, что у них плохое настроение. Полученные данные мы используем для сравнения эмоционального настроения детей до и после занятий, чтобы пронаблюдать эффективность наших действий.

Также помимо цветотерапии для изучения настроения детей было использовано упражнение «Дорисуй рожицу». Улыбку подрисовали и отметили хорошее настроение 40% детей, 30% нарисовали грустную рожицу, остальные 30% детей нарисовали рожицы с разными выражениями лица.

Следующей составляющей комплекса видов социальной терапии, является сказкотерапия. На каждое занятие к ребятам в гости приходили сказочные персонажи с определенной проблемой. В течении всего занятия ребята обращались к ней и предлагали свои пути решения проблемы.

При сказкотерапии мы использовали короткие сказки, так как именно в таких сказках дети запоминают все мелочи. Также в процессе сказкотерапии мы использовали мифы, легенды, дети сами рассказывали свои любимые сказки, работали в группе и сочиняли одну общую сказку о сказочном госте.

Подводя итог всем занятиям, следует отметить, что в процессе сказкотерапии решаются задачи: отработка произвольного внимания, или сплочение группы, развитие чувства взаимопомощи и поддержки, развитие памяти, умения слушать, анализировать, выражать своё мнение, развитие коррекции личности, расширение эмоционально-

поведенческих реакций, а также ребята могли провести параллель между сюжетом и собственной жизнью.

Музыкотерапию, мы тоже включили в комплекс видов социальной терапии для детей сирот. В своих занятиях мы использовали звуки природы и классическую музыку, также ребята исполняли песни, угадывали музыкальные инструменты и звуки. Нами были выбраны различные композиции по жанрам. Ребята сами выбрали, какая музыка на них положительно влияет, а какая отрицательно. Отсюда был составлен комплекс музыкотерапии. Он включал звуки природы, классическую музыку. Ребята не включили в комплекс рок-, поп- и клубную музыку, а также рэп.

Таким образом, музыкотерапия в ходе занятий была направлена на: ощущение полного психологического комфорта, снятие стресса, заряд бодрости, изучение музыкальных инструментов, композиторов и влияния музыки на организм человека, развитие памяти, умения слушать, анализировать, выражать своё мнение, расширение эмоционально-поведенческих реакций, сплочение группы.

В наш комплекс терапий мы также включили фитотерапию. При фитотерапии мы использовали: морс из смородины, шиповника, чай с малиной, настойка из ромашки, маску из огурца, амулеты из чеснока, и т.д. Главной задачей фитотерапия было узнать лечебные свойства фитопродуктов и спектр их действия.

При проведении всех занятий мы проводили игротерапию, которая включала в себя активные игры (игры с мячом, скакалками, обручами, спортивные эстафеты), интеллектуальные игры, игры на сплочение, а также ролевые игры. Особый интерес у ребят вызывали активные игры, где они могли бегать, прыгать. Также ребятам понравилось упражнение «Тепло рук».

Таким образом, игротерапия была направлена на повышение настроения, снятие напряжения, страха перед окружающими, развитие умения работать в группе, повышение самооценки, проверку себя в разных ситуациях.

Заключаящей терапией в нашем комплексе видов социальной терапии для младших подростков в условиях детского дома была арт-терапия. В арт-терапию мы включили следующие упражнения: рисунок нитями, оригами, аппликация, лепка, подделки, рисование красками, карандашами и другое. После заключения каждой арт-терапии, мы устраивали публичное представление своего источника позитива, и результаты действительно удивляли.

Таким образом, арт-терапия была направлена на передачу своих эмоций, развитие художественно – творческих способностей, снятие эмоционального напряжения.

После публичной защиты своих искусств, проводилось упражнение «Дорисуй рожицу». Математическим подсчётом выявлены результаты занятий, они следующими: 98% детей отмечали хорошее настроение подрисовали улыбку, 2% детей уходили с занятия с нейтральным настроением, изображая спокойное выражение лица. Полностью мероприятие завершал эффект обратной связи цветотерапия. Которая была организована по методу цветовых выборов Макса Люшера. Результаты нас приятно удивили 96% детей ушли с занятия с хорошим настроением, оставшиеся 4% отмечали нейтральной состоянием.

С целью применения комплекса видов социальной терапии социальными педагогами, специалистами по социальной работе в учреждениях министерства труда и социальной защиты населения, а также студентами выпускниками учебных заведений нами была разработана программа коррекции эмоциональной сферы младших

подростков в условиях детского дома при помощи социальной терапии. Цель программы – общее развитие и коррекция эмоциональной сферы младших подростков в условиях детского дома с помощью социальной терапии.

Предполагаемый результат программы: позитивный эмоциональный настрой, развитие коммуникативных и познавательных навыков; сплочение в группе, выявление скрытых или нереализованных возможностей и способностей детей, а также развитие восприятия детей на окружающий мир.

Проанализировав нашу работу, следует сказать, использование разновидностей социальной терапии для детей сирот 10 лет является важной составляющей их развития. Комплексное воздействие терапиями способствует решению проблем младших школьников, а именно сплоченности, определению своего мнения, проявление творческих способностей, информированию о полезных свойствах растений, музыки, игры. С помощью социальной терапии можно корректировать эмоциональную сферу. Совершать переходы от спокойствия к смеху, и наоборот. Главное при использовании терапий контролировать четкую грань: не допускать негативных эмоций, душевных переживаний, потрясений.

При общении с младшими подростками в условиях детского дома понимаешь, что им нужна поддержка и главное помощь. На наш взгляд, этим ребятам важно уделять достаточно много внимания, как со стороны учительского состава, так и со стороны психологов и медицинских работников.

#### Список литературы:

1. Теория социальной работы / под ред. Е.И. Холостовой. – М.: Юристъ, 2011. – 334 с.

2. Оболонский А. Материалы агентства «РиФ» [Электронный ресурс] / А. Оболонский. – Режим доступа: [www. rf-agency.ru](http://www.rf-agency.ru). – Загл. с экрана.

3. Кравец И.А. Эмоциональная сфера подростков в условиях социальной депривации: особенности формирования [Электронный ресурс] / И.А. Кравец. – Режим доступа: [http://www.rusnauka.com/30\\_NNM\\_2012/ Psihologia/8\\_119030.doc.htm](http://www.rusnauka.com/30_NNM_2012/Psihologia/8_119030.doc.htm). – Загл. с экрана.

4. Диагностика и коррекция эмоциональной сферы детей [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.vseodetishkax.ru/rabota-psixologa-v-detskom-sadu/34-metodiki-izucheniya-emoczionalnoj-i-lichnostnoj-sfery/546-diagnostika-i-korrekcziya-emoczionalnoj-sfery-detej-chast-1>. – Загл. с экрана.

УДК 614.1

**Неудовлетворённый спрос на планирование семьи у  
социально уязвимой группы женщин**

***Ц. Эрдмаа***

*мастер медицинских наук, кафедра Медицинских наук,*

*Дарханская Медицинская Школа,*

*Монгольский Национальный Университет Медицинских Наук,*

*г. Дархан, Монголия*

*e-mail: Erdmaa@mnuims.edu.mn*

***Д. Янжинсүрэн***

*к.мед.н., кафедра акушерства и гинекологии*

*Медицинская Школа,*

*Монгольский Национальный Университет Медицинских Наук,*

*г. Дархан, Монголия*

*e-mail: Yanjinsuren@mnuims.edu.mn*

*Аннотация.* В статье проведены данные исследования применения современных методов контрацептивных среди женщин уязвимой группы и установлен неудовлетворительный спрос на планирование семьи у женщин уязвимой группы.

*Ключевые слова:* неудовлетворённый спрос на планирование семьи, контрацептивы, женщина уязвимой группы, Монголия.

### **Unmet need and for family planning of disadvantaged women**

*Abstract.* In the developing countries millions of women in the reproductive age who don't use contraceptives prefer to postpartum or limit their birth. Unmet for family planning is defined as percentage of all fecund women who are married or living in union thus presumed to be sexually active but they are not using any method of contraception, either do not want to have more children or want to postpone their next birth for at least two more years or do not know when or if they want another child.

*Keywords:* not satisfied demand for planning of a family, contraceptives, the woman of vulnerable group, Mongolia not satisfied demand for planning of a family, contraceptives, the woman of vulnerable group, Mongolia.

#### **Objective:**

1. To determine use of contraceptive
2. To estimate the unmet need for family planning.
3. Determined factors affecting unmet need for family planning.

*Methods study design:* A community based survey was carried out in the selected Darkhan-uul aimag and 3 soums of Orkhon aimags, Shariin gol, Khongor. The survey was conducted among randomly selected 118

disadvantaged women in the study sites.

*Unmet need for family planning*- the number of women with unmet need for family planning expressed as a percentage of women of reproductive age who are married or in union. Unmet need refers to women and couples who do not want another birth within the next two years, or ever, but are not using a method of contraception.

### **Results.**

There were in total 118 disadvantaged women participated in survey. Regarding highest education level 49.3 percent of women had complete secondary education and non-complete secondary, one fifth (21.2 percent) primary education while 9.3 percent of them did no education at all. Few women had technical/vocational (10.2 percent) and high (7.6 percent) education. Many women (52.5 percent) were unemployed, 2.5 percent were herders and 26.3 percent were workers.

*Table 1*

**Distribution of women by residence and socio-economic status**

<b>Characteristics</b>	<b>Frequency n=418 (%)</b>	
<b>Residence by aimag</b>		
Darkhan-Uul	71	60.2
khongor	15	12.7
Orkhon	26	22
Shariin gol	6	5.1
<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>100</b>
<b>Permanent residency</b>		
Permanent inhabitant	91	77.1
Internal migrant	27	22.9
<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>100</b>
<b>Socio-economic status</b>		
Poor	54	45.8
Very poor	16	13.6
Adolescent	11	9.3
Disabled, Mentally retarded	8	6.8
Single mother	22	18.6
Alcohol dependant	7	5.9
<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>100</b>

Defining to the National Statistical Office of Mongolia 2015, the minimum subsistence level in central area was counted by 164300 MNT and

household's monthly income of woman who participated in research was between 21000MNT-600000MNT. The household's monthly income for 70.3 percent of them was under 100000 MNT and it was taken the highest level.

Table 2

**Household's monthly income**

Characteristics	Frequency n=118 (%)	
Household's monthly income (MNT)		
21000 – 100000	83	70.37
101,000 – 200,000	24	20.28
201,000 – 600.000	11	9.31
Total	118	100

Pregnancy and birth notice.

Pregnancy, birth, breast feeding and abortion for woman who participated in research were questioned; 152 or 35% became pregnant more 4 times, 25.4% 3 times, 19.5% twice and 19.5% once respectively.

**Usage of modern contraceptive methods.**

46.6 percent of 118 disadvantaged women reported that they currently are using some methods of contraception.

Out of the 118 disadvantaged women, 67 women (62.4 percent) were married. One third of the married women (61 percent) were not using any contraceptive methods.

They answered «21.5% of woman who participated the research were using modern contraceptive methods before and only 12% of them stopped that to planned become pregnant. 88% or remaining of them stopped the using modern contraceptive methods in case of side effect of contraceptives, life condition and bacterial vaginitis».

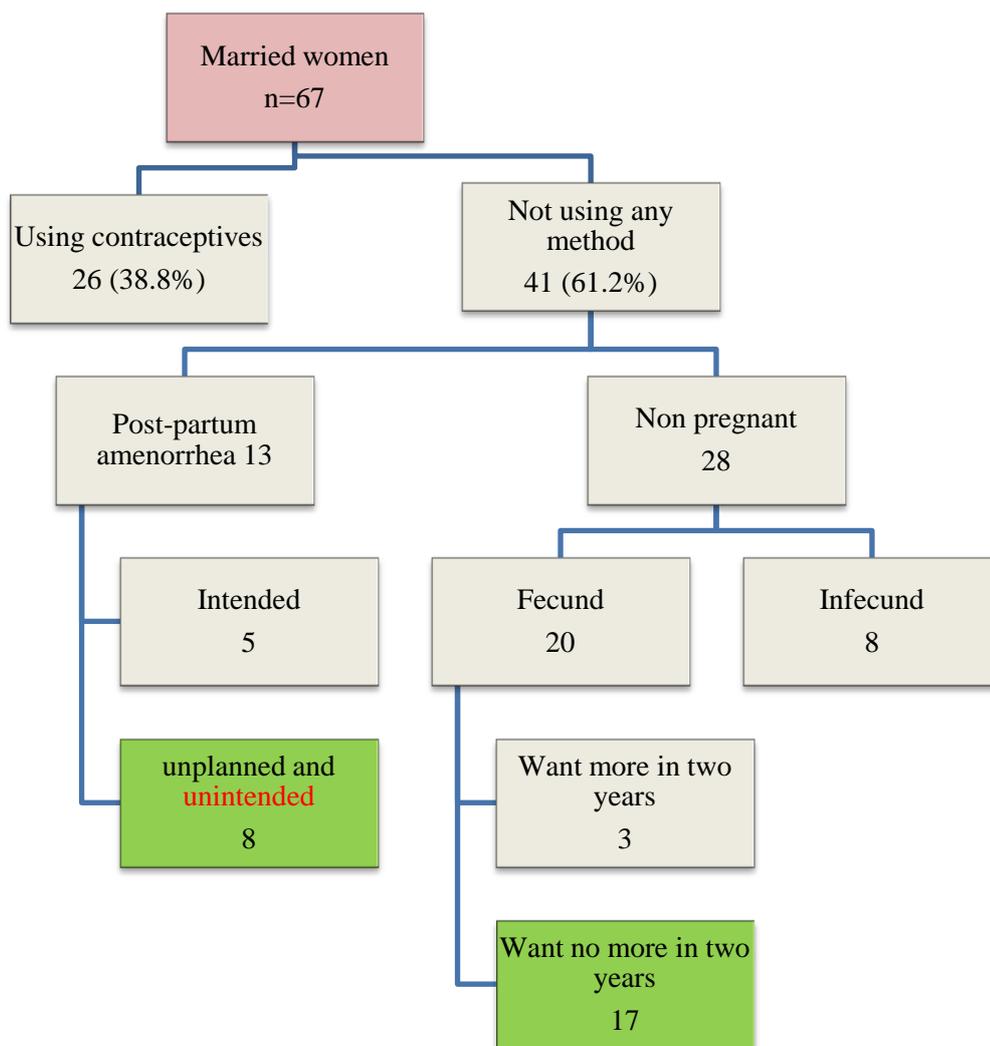


Diagram 1. Unmet need of family planning model West off.

Thus the Unmet need for family planning among disadvantaged women was calculated =  $(8+17)/67=37.2\%$ .

We compared our research result to others. Abdel Aziem A Ali, Amira Okud et al were 44.8% whereas our study result was 7.6% lower. Summit company, London carried out a study among 34 countries in 2012, while unmet need for family planning was 27% whereas 10.2% higher in our province.

According to «Reproductive health 2008» research in Mongolia, unmet need for family planning was 13.9% as well as research which was carried out by NCMCH and UN among the population in 2011 was 25.2%, but our study result is higher than these and it might be related to the target group that

including poor and very poor woman. 21% of woman who had unmet need for family planning were using contraceptive methods before.

### **Studying the affecting factors on unmet need for family planning**

Their age and existence area did not relate to unmet need for family planning, while their employment, under average educational status and low household's monthly income induced unmet need for family planning.

Determined factors affecting unmet need for family planning, women education < secondary level (OR= 7.8; CI 5.6-10.7 P<0.00), housewife (OR= 3.9; CI 1.9-6.8 P<0.00), monthly household income is less (OR= 8.1; CI 5.1-11.1 P<0.00).

### **Conclusions:**

1. Many women reported that they are poor and very poor and most of them were living in the households with monthly income of less than 100,000 MNT.

2. Contraception use rate among disadvantaged women was 46.6 percent, high level unmet need for family planning.

3. Impact factor is unmet need for family planning, women education secondary level, housewife, monthly household income is less.

### **References:**

1. WHO family planning cornerstone, Medical eligibility criteria for contraceptive use 4 th edition, 2009.

2. Нөхөн үржихүйн эрүүл мэндийн судалгаа. Улаанбаатар. 1998,2003,2008 он.

3. Нийгмийн эрүүл мэндийн түүвэр судалгаа. Улаанбаатар. 2013 он

4. Rebecca Calahan,Stan Becker., Unmet need, Intention to Use Contraceptives and Unwanted Pregnancy in Rural Bangladesh:Sexual and Reproductive Health 2014,40:1-40.

5. Erdenetungalag R, Enkhjargal U,Family planning among

disadvantaged women. Baseline study of the UNFPA Fifth Country Programme (2012-2016) of assistance to Mongolia. Ulaanbaatar 2011.

6. Unmet need intention to use contraceptives and un wanted pregnancy in ral Bangladesh.

7. Монгол улсын статистикийн эмхэтгэл. 2010,2011,2012,2013. Монгол улсын үндэсний статистикийн хороо. Улаанбаатар. 2013 он.

8. Эрүүл мэндийн үзүүлэлтүүд. Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв, ЭМЯ., Улаанбаатар 2003 – 2013.

9. НҮБ –ын Хүн амын сангийн хүний хөгжлийн тайлан 2013.

10. Abdel Aziem A Ali, Amira Okud. Factors affecting unmet need for family planning in Eastern Sudan: BMC Public Health. 2013 13;102 accessed (2014 jule).

11. Bhattafhiry M, Ethirajan N, Unmet need for family planning amon married women of reproductive age group inurban Tamil Nadu: Journal of Family and Community Medicine 2014 vol 12 issue 4.2012.

12. Gezahegn Tesfaye, Lemessa Oljira., Post abortion care guality status in health facilities of Guraghe zone, Ethiopia: Reproductive Health 2013,10:35

13. Erdenetungalag R, Enkhjargal U, Family planning among disadvantaged women. Baseline study of the UNFPA Fifth Country Programme (2012-2016) of assistance to Mongolia. Ulaanbaatar 2011.

14. WHO family planning cornerstone, Medical eligibility criteria for contraceptive use 4 th edition, 2009.

**Актуальные проблемы социально-значимых заболеваний и  
меры, необходимые для их решения в Болгарии**

***Румяна Тодорова Янева***

*доцент,*

*факультет общественного здравоохранения,*

*Медицинский университет Софии,*

*г. София, Болгария*

*e-mail: yaneva.1968@abv.bg*

***Тихомира Златанова Златанова***

*профессор,*

*факультет общественного здравоохранения,*

*Медицинский университет Софии,*

*г. София, Болгария*

*e-mail: drzlatanova@abv.bg*

***Цветелина Милчева Петрова-Готова***

*доцент,*

*факультет общественного здравоохранения,*

*Медицинский университет Софии,*

*г. София, Болгария*

*e-mail: tsveti\_p@abv.bg*

***Николай Ангелов Попов***

*доцент,*

*факультет общественного здравоохранения,*

*Медицинский университет Софии,*

*г. София, Болгария*

*e-mail: niki.popov@gmail.com*

***Аннотация.** Основные социально значимые заболевания, такие как: сердечнососудистые заболевания, рак, хронические респираторные заболевания и диабет, являются основной причиной 60% всех случаев смерти во всем мире. Быстрое распространение этих заболеваний в последние десятилетия является серьезной проблемой здравоохранения, так как эти заболевания являются одной из основных причин бедности, препятствием для экономического развития, а также серьезной угрозой для достижения целей развития. Наличие знаний об этих заболеваниях является одним из важных факторов в снижении риска.*

***Ключевые слова:** социально значимые болезни, меры по решению, профилактические осмотры.*

***Abstract.** The main socially significant diseases – cardiovascular diseases, cancer, chronic respiratory diseases and diabetes are responsible for 60% of all deaths globally. The rapid expansion of these diseases during the recent decades is a major health challenge, as these diseases are a major cause of poverty, an obstacle to economic development, as well as a serious threat to the achievement of the Millennium Development Goals. The availability of information is one of the important factors in reducing the risk.*

***Keywords:** socially significant diseases, measures to solve, screening.*

**Важность проблемы.** В последние десятилетия отмечается масштабное распространение социально значимых заболеваний, о чем свидетельствует ряд эпидемиологических исследований. Одним из важных факторов в снижении риска является наличие информации.

Основные социально значимые заболевания, известные еще как хронические неинфекционные заболевания (ХНЗ) – сердечнососудистые заболевания, рак, хронические респираторные заболевания и диабет, являются причиной 60% всех случаев смерти в

мире, 80% которых относятся к странам с низким и средним уровнем доходов, как отмечается в Национальной программе по профилактике хронических неинфекционных заболеваний [5].

По данным ВОЗ (2010), каждый год в странах с низким и средним уровнем доходов от хронических неинфекционных заболеваний (НИЗ) преждевременно умирают около 9 миллионов человек. С точки зрения вероятности потенциальных экономических потерь, хронические неинфекционные заболевания являются второй наиболее серьезной угрозой для мировой экономики, по мнению Всемирного экономического форума [3].

Быстрое распространение социально значимых заболеваний в последние десятилетия является серьезной проблемой здравоохранения, так как эти заболевания являются основной причиной бедности, препятствием для экономического развития, а также серьезной угрозой для достижения целей развития.

#### **Основные социально значимые заболевания.**

Сердечнососудистые заболевания (ССЗ) являются основной причиной смерти в Европе. По данным European cardiovascular disease statistics за 2008 г., почти половина (48%) всех смертей в европейском регионе приходится на ССЗ (ИБС – 50% и инсульта – 33%). В нашей стране эти заболевания лидируют в структуре смертности в течение десятилетий. Меры, которые осуществляются на национальном уровне, на данном этапе не дают существенных результатов, главным образом потому, что они проводятся в основном системой здравоохранения. Государственные органы и граждане не участвуют активно в этом направлении, несмотря на огромные потери – людские и материальные по причине этих заболеваний. Укрепление здоровья и профилактика заболеваний должны стать национальной задачей, потому что от победы над ними зависит будущее нации и ее процветание [3].

Раковые заболевания сегодня стоят на втором месте как причина смерти. В целом, две группы заболевания (ССЗ) и злокачественные, являются причиной смерти 70-80% людей. В последние 40 лет число новых случаев рака в мире возросло в два раза. Количество заболевших людей в Болгарии в последние годы неуклонно растет, а успехи в диагностике и лечении не дают надежду на достижение эффективного контроля над их распространением, особенно среди мужчин. Профилактика является наиболее важным средством защиты против рака. По оценкам ВОЗ, более 40% случаев рака можно предотвратить с помощью профилактики [3].

Сахарный диабет является хроническим социально значимым заболеванием. Частота заболеваемости принимает размеры эпидемии, которая охватывает все возрасты и все страны мира (в настоящее время в мире 366 миллионов людей болеют диабетом, а в соответствии с экспертами ВОЗ, к 2030 году ожидается, что число их достигнет 522 миллионов). Болезнь поражает 3-10% населения в разных странах, а ее масштабы постепенно увеличиваются. Сахарный диабет является хроническим заболеванием, которое требует больших затрат для контроля над ним, лечение и осложнения. Было установлено, что забота о здоровье у людей с диабетом стоит, по крайней мере, в 2,5 раза больше, чем у их сверстников, не страдающих диабетом. Диабет является глобальной проблемой, которая влияет и на нашу страну. В настоящее время в Болгарии 500 000 людей страдают этим заболеванием. Основной проблемой, связанной с диабетом, является развитие осложнений болезни, которые могут привести к серьезным последствиям – слепоте, хронической почечной недостаточности и диализу, ампутации конечностей, сосудистым осложнениям – ишемической болезни сердца, инфаркту миокарда, цереброваскулярной болезни, инсульту.

**Необходимые меры по решению проблемы.** Основное значение Национальной стратегии здравоохранения (2014-2020) состоит в том, что болгары могут жить дольше и лучше путем укрепления здоровья и профилактики заболеваний.

По этим причинам, политика правительства в области здравоохранения в ближайшие годы должна быть направлена против факторов риска в обществе, семье и на уровне индивида. Эта политика должна быть структурирована в направлении активной профилактики хронических заболеваний, а не действий, которые сосредотачиваются исключительно на эффективности лечения уже наступившего заболевания.

Необходимо активное участие населения в разработке и осуществлении политики. Таким образом, оно будет достаточно информировано и мотивировано для ведения здорового образа жизни. Это особенно важно для преодоления существующего значительного дефицита знаний, навыков и мотивации о здоровом образе жизни среди уязвимых групп лиц, что является одним из оснований для формирования негативных тенденций, касающихся состояния здоровья населения [4].

Национальная программа по профилактике хронических неинфекционных заболеваний, принятая постановлением Совета Министров за №538/12.09.2013, имеет стратегическое значение для улучшения здоровья населения и качества жизни путем сокращения преждевременной смертности, заболеваемости и последствий для здоровья (инвалидности) в результате основных неинфекционных хронических заболеваний [5].

Концепция факторов риска должны стать основой деятельности профилактических программ в ведущем популяционном подходе к интервенции. Популяционный подход направлен на снижение уровня

факторов риска для всех лиц, создавая благоприятную среду, позволяя ведение здорового образа жизни через ряд мер, таких как изменения в законодательстве, налогах, финансовых стимулов правительства и др.

**Ожидаемые результаты:** снижение преждевременной смертности (смерть до 65-летнего возраста) от сердечнососудистых заболеваний на 20%; стационар при инвалидности от диабета; увеличение на 30% случаев злокачественных новообразований, выявленных в результате осмотра или скрининг при локализации, подлежащей скринингу (рак молочной железы, рак шейки матки, толстой и прямой кишки) [5].

**Профилактические осмотры и исследования, проводимые в настоящее время в Болгарии.**

Профилактические осмотры и исследования направлены на раннее выявление многих болезней, которые угрожают здоровью и жизни людей. В соответствии с Законом о здравоохранении, государственные органы и учреждения планируют, разрабатывают и внедряют политику, направленную на защиту здоровья населения путем обеспечения здоровой среды обитания, информацию о здоровом образе жизни и профилактическую медицинскую помощь. Для укрепления здоровья и работоспособности граждан государственные медицинские учреждения систематически осуществляют профилактические осмотры и диспансеризацию. Диспансеризации подлежат лица с повышенным риском для здоровья или больные.

В Национальном договоре о медицинской деятельности указаны сроки и условия реализации профилактики врачами общей практики и специалистами, а также объем и тип превентивных мероприятий, которые оплачиваются Национальным фондом медицинского страхования (НФОМС) [2, 6].

Застрахованному лицу не может быть отказано в проведении обследования. Граждане сами должны активно требовать и проявлять инициативу для осуществления такого обследования, с целью раннего выявления заболеваний и минимизации последствий, возникающих или уже выявленных. При проведении профилактического обследования застрахованного лица пациент может попасть в группу риска, с целью профилактики социально значимого и приоритетного для страны заболевания. В связи с этим врачи формируют следующие группы риска: сердечнососудистые заболевания, сахарный диабет, злокачественные новообразования. ***Профилактические осмотры являются обязательными для застрахованных лиц.***

Врач общей практики и врач-специалист обязаны адекватно информировать граждан об их проведении. Для улучшения информированности общественности о масштабах и частоте медицинских осмотров, каждый практикующий врач обязан поставить на видное место в лечебном заведении информацию о типе и частоте медицинских осмотров и исследований, обязательных для лиц в возрасте старше 18 лет.

В соответствии с изменениями в Национальном соглашении от 2012 г., введенными Приложением №15 для профилактических осмотров лиц в возрасте старше 18 лет с медицинской страховкой, некоторые из исследований, включенных в ежегодный скрининг застрахованных пациентов, делаются уже раз в два или раз в пять лет, а не каждый год, как это было до 2011 г. В соответствии с этим документом, пациенты от 18 до 66 лет делятся на четыре возрастные группы: 18-30 лет, 31-45 лет, 46-65 лет и пациенты старше 66 лет. В зависимости от возраста и пола граждан определяется, какие виды исследований и в какой период времени включаются в профилактический осмотр. Анализы крови для лиц от 18 до 45 лет с

медицинской страховкой, делаются через каждые пять лет, а пациентам от 46 лет и старше – каждые два года. Для женщин старше 50 лет в программу профилактических осмотров необходимо ввести и маммографию, а для мужчин старше 50 – исследования простаты. Оба исследования проводятся раз в два года. Если во время профилактического обследования выяснится, что пациент попадает в группу риска сердечнососудистых, злокачественных заболеваний или ему угрожает диабет или другие социально значимые заболевания, врач общей практики назначает другие исследования и консультации со специалистами.

### **Заключение:**

Политика правительства в области здравоохранения в ближайшие годы должна быть направлена против факторов риска в обществе, семье и на индивидуально уровне. Эта политика должна быть ориентирована на активную профилактику хронических заболеваний, а не на действия, которые сосредотачиваются исключительно на эффективности лечения после возникновения заболевания.

Активное участие населения в разработке и осуществлении политики является абсолютно необходимым. Таким образом, оно будет достаточно информировано и мотивировано вести здоровый образ жизни. Это особенно важно для преодоления существующего значительного дефицита знаний, навыков и мотивации к ведению здорового образа жизни среди групп уязвимых лиц, что является одной из причин формирования негативных тенденций, касающихся состояния здоровья населения.

### **Список литературы:**

1. Борисова Б. Промоция на здравето като приоритет на здравната реформа. – сп. Здравен мениджмънт, 2001, бр. 1, Р. 31-34.

2. Визев Кр., Воденичарова А., Визева М., Иванов Е., Янакиева А., Радев Е., Димитров Т. Превантивни социално-здравни аспекти на преждевременното стареене, в сб. материалов XXXII Научно-технологичной сессии «Контакт 2013» ИНГА, С., 2013 г., изд. ТЕМТО, С. 28-32.

3. Воденичаров Ц., Попова С., Мутафова М., Шипковенска Ел. Социална медицина, ИК «ГорексПрес», С., 2013, С. 307-325

4. Национална здравна стратегия (2014-2020).

5. Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести.

6. Национален рамков договор.

7. [www.nhif.bg](http://www.nhif.bg).

УДК 364; 378

**Высшее образование и социализация  
студентческой молодежи**

***Алтайхуу Дагиймаа***

*преподаватель старшей категории,*

*кафедра фундаментальных наук,*

*Дарханская Медицинская Школа*

*Монгольский национальный университет медицинских наук,*

*г. Дархан, Монголия*

*e-mail: altaikhui@mnims.edu.mn*

***Жаргалсайхан Намсрай***

*преподаватель старшей категории,*

*кафедра фундаментальных наук,*

*Дарханская Медицинская Школа*

*Монгольский национальный университет медицинских наук,*

*г. Дархан, Монголия*

*e-mail: jargalsaikhan.n@mnims.edu.mn*

***Аннотация.*** *Статья посвящена вопросам образовательных услуг, являющихся общественным благом, гибко реагирующим на запросы социализации, интернационализирующиеся в условиях глобализации.*

*В статье рассматривается информация о значении высшего образования, как многостороннего процесса социализации, с помощью которого индивид приобретает модели поведения, необходимые ему для эффективного участия в общественной жизни.*

**Ключевые слова:** высшее образование, образовательные услуги, социализации, обучение.

**Abstract.** *This article focuses on the issues of education services, it is a public good, responding flexibly to the needs of socialization and it is internationalized in terms of globalization.*

*The article deals with the information about the importance of higher education as a multilateral process of socialization by which an individual acquires the behaviors necessary for the effective participation in public life.*

**Keywords:** *higher education, socialization, educational services, training.*

**Введение:** Мы живем в такое время, которое характеризует не только коренные социально-экономические изменения в обществе, но и повсеместный интерес к более глубокому осмыслению проблем общественной жизни, а отсюда и к высшему образованию. Эти явления прежде всего связаны с глобализацией, поскольку она глубоко затронула образование. Учёный Н. Бэгз считает, что «Глобализация представляет собой процесс, в котором сближаются все стороны жизни человечества, то есть процесс, влияющий на страны и народы, и человечество в целом, на их судьбу» [1]. Под ее влиянием происходит интеграция мировой экономики, появляются новые информационные технологии. Университеты и государства реагируют на процессы глобализации, разрабатывая новые стратегии и программы. Это явление в академическом мире носит название интернационализации и подразумевает социализацию молодежи и другие формы международного сотрудничества. Некоторые воспринимают влияние глобализации в области высшего образования, как социализацию, больше не сдерживаемую национальными границами. Другие

рассматривают эту тенденцию, как вызов национальной культуре и автономии.

Один из ключевых вопросов ВУЗ Монголии для участия в глобализации – полное участие в пространстве и в времени глобального образования и использование глобализации в разработке политики в будущем. Глобализация представляет собой многосторонний процесс, имеющий экономические, социальные, политические и культурные последствия для высшего образования и представляется как явление, которое оказывает воздействие на высшее образование, а интернационализация высшего образования толкуется, как одно из проявлений реакции высшего образования на возможности и проблемы, возникающие благодаря глобализации.

Интернационализация охватывает широкий круг вопросов, например таких, как учебные программы, преподавание/обучение, научные исследования, институциональные соглашения, мобильность учащихся/преподавателей, сотрудничество в целях развития и многое другое [3].

Результаты 4-го Глобального исследования (Internationalization of Higher Education: Growing Expectations, Fundamental Values), объединившие данные по 1336 вузам из 131 страны, причем доля ответивших составила почти 20% подтверждают важность интернационализации вузов.

Центральное значение интернационализации для высшего образования подтверждается следующими цифрами: 69% респондентов ответили, что она имеет приоритетное значение, 27% – что она сохраняла свою значимость на протяжении трех предшествующих лет, а еще 30% – что в тот же период ее значение возросло. Результаты также показали, что 75% вузов, представители которых принимали участие в исследовании, уже имеют или разрабатывают стратегию

интернационализации, а в 16% вузов интернационализация обозначена в качестве одного из приоритетов в рамках общеуниверситетской стратегии. Большинство европейских вузов, как правило, имеют разработанную стратегию. Так, 61% вузов этого региона подтвердили ее наличие. Высшее образование – один из аспектов многостороннего процесса социализации, с помощью которого индивид приобретает модели поведения, необходимые ему для эффективного участия в общественной жизни. Социализация в наиболее общем виде может быть понята, как деятельность человека, в процессе которой он осваивает окружающий мир, изменяет его, развивается и совершенствуется сам. Наиболее общими показателями социализированности являются такие, как включенность человека в глобализации, ценностное отношение к миру, способность к взаимодействию и общению с миром и людьми, наличие социального опыта. Рассматривая социализацию как процесс взаимодействия личности и среды, мы неизбежно выходим на проблему обучения и образовательных услуг, которые являются источником и ведущим началом социализации студенческой молодежи.

По своей социальной природе образовательная услуга является общественным благом, гибко реагирующим на запросы социализации и она интернационализируется в условиях глобализации. В наших литературах понятие «образовательные услуги» рассматривается как вполне сложившийся вид рынка. По своим целям и содержанию образовательные услуги подразделяются на три вида: а) ориентированные на потребности рынка труда – профессиональные; б) ориентированные на потребности развития организаций и социализации-социальные; в) ориентированные на потребности развития человека – социально-культурные.

Выделяются присущие образовательным услугам признаки:

– длительность процесса исполнения образовательной услуги;

- непосредственное участие потребителей образовательной услуги, создающее прямую зависимость между носителями услуг и нуждающимися в них;
- оценка полученных знаний по истечении определённого периода времени;
- периодичность предоставления некоторых видов образовательных услуг и др.

Основу образовательных услуг любого университета составляет его интеллектуальный капитал, то есть полученные знания, весь интеллектуальный и инновационный потенциал и научные достижения, а также их результаты, нашедшие практическое применение в жизни, передовые разработки и новейшие технологии преподавателей ВУЗ. Таким образом, образовательные услуги представляют собой интеллектуальный продукт, область деятельности которых связана как с социализации, так и с социальной сферой общества. Процесс социализации по сути своей не однороден. Современные исследователи подчеркивают единство и неразрывность трех аспектов социализации-адаптивного, нормативного и индивидуально-личностного, которые отражают способность человека приспосабливаться к глобальным изменениям, усваивая типическое общечеловеческое, нормативное, задаваемое обществом и всем ходом общественной жизни и индивидуально-личностное, неповторимое.

Общество постоянно развивается и совершенствуется, развиваются его составляющие. Высшее образование также не может остаться в стороне.

Например, если высшее образование до 1990 года ориентировалось на развитие преимущественно исполнительских способностей специалиста, то современная высшая школа формирует личность специалиста, готовит его не только к исполнению конкретных

видов труда, но и развивает способность адаптироваться к динамично меняющемуся спросу на различные виды деятельности, то есть быть личностью, способствующую социальному развитию. Образование является силой, ценностью и убеждением, делающие человека еще более развивающим в индивидуальности и в конечном итоге влиятельной силой изменить социальные поведения[3, 13].

В ближайшие десятилетия вектор развития высшего образования будет среди прочего определяться необходимостью решения двух задач, с которыми человечество впервые столкнулось еще полвека назад: повышение доступности высшего образования и поддержание устойчивости исследовательских центров, которые играют ключевую роль в формировании и распространении нового знания в современном обществе.

Организации по экономическому сотрудничеству и развитию (ОЭСР), сейчас в мире около 140 млн студентов проходят обучение в 36 000 высших учебных заведениях. По прогнозам экспертов, через 10 лет число студентов удвоится в значительной степени в результате увеличения числа получающих высшее образование в Азии и Европе.

Под воздействием процессов глобализации количество студентов, выбирающих обучение вне пределов своей страны, продолжает расти. С 2000 по 2010 г. количество иностранцев, поступающих в вузы за пределами своей страны, увеличилось с 2,1 до 4,1 млн человек. Расширение доступа к высшему образованию необходимо не только в связи с ростом спроса на более квалифицированную рабочую силу, но и потому, что население открывает для себя таким образом новые возможности для социальной мобильности и удовлетворяет потребность не только свою но и социальную в целом общественную. Здесь автор даёт большое значение пирамиде потребностей по Маслоу то есть высшей потребности, приобретающей большую субъективную

значимость для человека. Ради высшего удовлетворения человек готов мириться с депривацией низших потребностей. Человек, удовлетворивший низшие потребности и познавший, что такое самоуважение и самоосуществление, как правило, ставит их выше сытого желудка и чувства безопасности. Это явление выступает как условие социализации личности и фактор развития общества. Поэтому ключевые преобразования последних лет произошли в ответ на массовый спрос на высшее образование. Процент обучающихся в университетах в пределах возрастной группы во всем мире вырос с 19% в 2000 году до 26% в 2007 году. Массовизация высшего образования принесла и дополнительное финансовое бремя, которое не всякое правительство может вынести. В то же время выпускники смогут внести достойный вклад в глобальную экономику XXI века. Университеты должны с одной стороны одновременно служить хранилищем знания и способствовать дальнейшему продвижению науки, с другой стороны быть фактором социализации студенческой молодежи через свои образовательные услуги. Социализация студенческой молодежи во время обучения в вузе связана с освоением социальной роли студента, когда помимо получения знаний перенимается опыт, принимаются установленные нормы и функции, свойственные этой роли, чтобы «вписаться» в круг своих однокурсников и студенчества в целом. Доступность высшего образования для всех социальных слоев до 1990 года способствовала стремлению стать частью научной элиты или быть похожим на нее в общении, поведении, традициях. В результате высшая школа воспитала много достойных ученых, специалистов и просто порядочных людей. Конечно, не все студенты и выпускники вузов того времени отличались высокими моральными качествами, но отступления от общепринятых нравственных принципов осуждались и не считались нормой, что свидетельствовало о моральном здоровье общества.

Достижение соответствия требованиям университетской среды зависело не только от интеллектуальных способностей студента, но и от его внутренней культуры, моральных качеств, знаний этикета и поведенческих норм, которые формируются на основе семейных, социальных и национальных традиций. Обучение в вузе как социальная проблема рассмотрены с точки зрения преимуществ социологического подхода и позволяют осуществить комплексный анализ понятия «социализация», определив сущность и особенности данного процесса. В процессе обучения в ВУЗ происходит первичное «освоение» профессии, определяются жизненная и мировоззренческая позиции, детерминирующие успешность будущей деятельности. Обучение в ВУЗ можно определить как результат социализации студенческой молодежи. Так, образовательная услуга вуза может быть рассмотрена как совокупность ряда факторов и условий, которые способствуют развитию личностных и профессиональных возможностей личности, что обеспечивает движение процесса социализации. XXI век становится веком образования. Именно поэтому образование, тем более высшее играет важную роль не только в развитии страны и в целом мира, но и социализации молодежи, которые несут ответственность в завтрашнем дне.

**Заключение.** Данная работа дает возможность представить высшее образование в качестве одного из аспектов многостороннего процесса социализации, которая как деятельность человека, процессе которой он осваивает окружающий мир, изменяет его, развивается и совершенствуется сам. Это позволяет определить высшее образование как социально ориентированную систему. Массовостью высшего образования и ростом учащихся определяются роль и функции ВУЗ в социализации студенческой молодежи. Образовательная услуга, как реагирующим на запросы социализации учащихся

интернационализируется в условиях глобализации и в связи с этим проявляется необходимость исследования ОУ, как фактор социализации студенческой молодежи в новой парадигме. Поэтому обучение в ВУЗ можно определить как условие, процесс и результат социализации студенческой молодежи.

#### Список литературы:

1. Беккер И.Л., Журавчик В.Н. Проблема социализации студенческой молодежи в современных условиях. Журнал. Известия Пензенского государственного педагогического университета им. В.Г. Белинского. Выпуск №16 / 2009. Научная библиотека Кибер Ленинка:

URL: <http://www.zdorovajaplaneta.ru/zdorovyj-obraz-zhizni-zozh/>  
(дата обращения: 24.12.2015).

2. Бэгз. Н. Философия образования, – УБ,; 2012. – С. 125-140.

3. Бэгз. Н. Новая парадигма эдукологии Монголии, – УБ. 2014. – С. 137-186.

4. Галичин В.А.Международный рынок образовательных услуг: основные характеристики и тенденции развития / В. А. Галичин. – М: Издательский дом «Дело» РАНХиГС, 2015. – 60 с.

5. Мунхдалай З. Сервис образования, – УБ. 2009. – С. 8-12.

6. Международное высшее образование Журнал. №80, 83 / 2015:  
URL;[http://ihe.hse.ru/data/2015/05/14/1098556086/WHE\\_07\\_view.pdf](http://ihe.hse.ru/data/2015/05/14/1098556086/WHE_07_view.pdf) (дата обращения: 14.12.2015).

**Групповая коррекция нарушений поведения у детей разного  
возраста**

*Алтын Саятовна Амангельдинова*

*Павлодарский государственный университет им. Торайгырова,  
г. Павлодар, Казахстан  
e-mail: Altyna\_pvl@bk.ru*

**Самал Арманкызы Ерангайн**

*Павлодарский государственный университет им. Торайгырова,  
г. Павлодар, Казахстан*

**Group correction of children's behavior violations at different age**

***Аннотация.** В статье доказываемся эффективность групповой коррекции поведения у детей разного возраста. Психологическим механизмом эффективности коррекции являются действующие в группе механизмы группового взаимодействия.*

***Ключевые слова:** Групповая коррекция, анализ межличностных взаимоотношений, социальная перцепция.*

***Abstract.** The article proves efficiency of group correction of behavior at children of different age. The psychological mechanism of efficiency of correction are the mechanisms of group interaction operating in group.*

***Keywords:** group correction, analysis of interpersonal relationships, social perception.*

Nowadays a lot of parents bring their children into the psychological centers with complaints not only about difficulties in study, but about the problems of emotional nature, violation of behavior in a family and at school. As a result children without the expressed cognitive disorders, without the

diagnosed distinct neurologic or psychiatric pathology are compelled to change schools repeatedly or even to switch to home schooling. The main problems on which parents complain, consist of inability of children to organize and control own behavior for effective interaction with people around, i.e. eventually in the disorders of communication constituting real health hazard of the personality and full development of children [1]. As similar abilities are formed at the child in the social environment and are a product of communication with adults and contemporaries, effective correction of violations of social interaction is possible only in group. Development of communicative skills and increase of a self-assessment appear to be an important factor of overcoming of school exclusion[2]. The advantage of groups is that a group is a kind of island of peace in which a child is with a teacher and other group members can analyze their own behavior and to try out new forms. This is achieved by using a special organization of communication in groups, active social learning, the main characteristic of which is «the conformity of the procedure of learning the processes and phenomena that are created during its implementation, i.e., relations of participants of group training are built in full compliance with all requirements of communication-dialogue» [3]. It should be noted that methods of active social learning or social-psychological training, a form of which is group correction of behavior of children date back to the ideas of the intensive communication of Rogers[4], it is the principle of «here and now», i.e. to analyze directly what is happening in this group, the principle of partnership and equality of group members (joint perception and discussion overall seen the situation or problem and the maximum accounting of interests of all participants), awareness of emotional experiences and problems of each group member, the ability to put yourself in the position of another, to read the situation through his eyes and etc. This means that the group focuses on direct experience and involvement in it.

The group is an ideal environment for children to learn skills of social communication. The desire of the children to be the part of the society of other children is natural, therefore in adolescence, interpersonal communication becomes the leading activity of a child, but not always communicative skills are fairly formed by adolescence, not to mention primary school. Building up the conditions for children's communication, you can help them to understand and overcome obstacles that block their natural process. A potential advantage of group is the opportunity to receive feedback and support from other children. Feedback allows group members to monitor and correct their inappropriate behavior. Significant feedback has an impact on the individual's assessment of their attitudes and behavior, the formation of «self-concept» deployed a multi-faceted image **I** to reduce the gap between «I'm real» and «I am perfect», which forms the primary and basic competence in communication. Thanks to feedback improves the acceptance of oneself and others, resolve the internal psychological problems [5]. In general communicative competence of participants increases, everyone without use of direct estimates learns that the partner in the course of communication what it is seen by others and what its influence in the interpersonal relations feels and thinks in its occasion. In the course of group interaction understanding and acceptance of values and needs of others comes. In a group a child feels accepted and accepting, trustworthy and trusting, surrounded by care and caring, receiving assistance and help. Other reactions on the child and on others in the group can facilitate resolution of interpersonal conflicts outside the group. In a supportive and controlled environment the child learns new skills, experimenting with different styles of relationship. Observing what is happening in the group interaction, participants can identify themselves with others and to use their established emotional connection with the assessment of their own feelings and behaviour. While they are developing the ability to capture and make the

subject of true felt emotions, skills, social perception, a "resonance state: the desire to express – the desire to listen; the desire to explain – the desire to understand"[6].

A communication training group is a kind of educational laboratory in which the group strives to determine as many choices when meeting life's difficulties and problems, to find new strategies and behaviors as it can.

Team members can explore their interpersonal styles and experiment with them, establishing relationships with other members who give feedback [7]. The experience acquired in a specially organized groups, helps to solve problems arising in interpersonal interaction. Such hidden factors such as social pressure, manipulation partner, interactions, existing on a daily basis in school, with friends, family, realized, become apparent in psycho-correction group and influence individual attitudes and behaviour change. As a result of affective experiences taking place in the artificially created environment, can of course be transferred to the outside world, promote personal growth of the child and correct their behavior, to influence their emotional-volitional sphere.

Organizations of group work with children is largely determined by their age, which, in particular, depends on the level of communication of the child, and, accordingly, the nature of the behavior in the event of underdeveloped violations of this level.

The analysis of complaints of the parents addressing to our center allows to draw a conclusion that violations of behavior concerning which most often address to us, is the increased uneasiness, aggression, a hyperactivity and never or in very rare cases of autistic children. Traced some complaints relationship of parents and children. But in all cases, these are forms of behavior of the child, which did not allow them to adequately interact with society.

Based on the foregoing, we chose this form of group work, training a group of communication. The purpose of training group is a personal growth through the expansion of the scope of understanding oneself and others, as well as the processes taking place in the group. Training groups are used as a laboratory for the development and testing of skills of interpersonal communication.

In order for this process to be most effective, it is advisable to communicate children's groups to form, depending on the age of the children.

In our center of psychological health of children and their families, we conducted a group correction in three groups of children of from 5 to 8 people in each group:

Group of children from 6 to 9 years. This group included children with such problems as a hyperactivity, uneasiness, aggression. In group were both boys, and girls. The group was open. Classes were given weekly in 1 h. 30 min. within academic year.

Group of children from 10 to 12 years. In it disturbing and aggressive children (girls and boys) gathered. The group was open. Classes were given 2 times a month for 3 hours within academic year.

Group of children from 12 to 15 years. Mainly anxious children gathered in this group. The group was open, heterosexual, but constant participants the girl were more often. Classes were held 2 times a month in 3 h. within academic year.

We used game methods, methods of art therapy, body-oriented therapy, psychodrama, and role play. Let us first dwell on the methods of body-oriented therapy, since their use in the correction group the little described in the literature. The younger the child, the more degrees of freedom and lightness is his body. Initially almost all the information about the world the child receives through bodily sensations, so different parts of the body has zones, «in storage» for a lifetime of positive and negative

imprints of communication with the world[8].No wonder it is believed that the body is the strongest memory. As a result, feelings and emotional problems, bodily form clamps, pressure, and sometimes even psychosomatic symptoms [9].

The less muscle clamps and negative marks on your body, the healthier, more prosperous and freer he feels. It is therefore necessary to pay great attention to this aspect of the adjustment.

Thus, one of the objectives that we set ourselves, was the removal of muscle clamps, teaching children to relieve muscle clips and emotional stress, their self-learning methods. Particularly well suited for this game, aimed at the development of sensitivity [10], for example, the game «drawings on the back. «This game is similar to everyone's favorite» Spoiled phone, «but only here to think the word is drawn on the back. Children sit in a circle back to each other, and draw what they learned, they painted on the back. When the circle is closed, it becomes clear whether or not they guessed.It is desirable that each child acted as a beginner. This game is loved especially by children of younger age. Dancing methods were also very effective [11].These methods contribute to self-expression, the release of emotions, overcoming internal conflicts, defuse. Creating a positive image of their own body leads to self-acceptance. Group dancing and gymnastic exercises create a unique opportunity for feedback training (get information on how you perceive and accept others). This also contributed to a mandatory group discussion of each class as a whole and all its fragments.

Children who attend group tended to inappropriate behavior (anxious, aggressive, hyperactive children), so it was necessary to pay attention to working out specific communication skills in possible situations, as well as learning ways to express their feelings adequately (especially significant for aggressive children). Effectively psychodrama and role playing [12] were used. Serious attention was paid also to practice non-verbal communication

(gestures, facial expressions, pantomime, etc.). This has contributed to the development of social perception.

Much attention was also paid to improvement of positive qualities of interaction in group (empathy, trust, etc.) and also to development of such deficient regulatory functions, as attention, control of behavior, motive control (it was especially actual for children of younger age). For this purpose very much known games, as «The guide and blind» [13], «Mirror», and also more difficult Mirrors option – «Shadow» suit such to all: one playing goes on the room, does the different movements, and his partner gets up behind, he – his shadow also has to repeat his movements quickly. Children of any age love the game «Wax Stick» [14]. All participants of group become densely to each other, feeling each other. In the center of a circle one of participants is put. The one who costs also the center (a wax stick), closes eyes and as much as possible relaxes; it is shaken by other participants of group. It is desirable that on a place of «a wax stick» each child has been.

In group correction also much attention was paid to increase of a self-assessment of children. For this purpose exercises in which children emphasized positive sides of each other were very useful. At the end of occupation, for example, it is possible to carry out «compliments»: children praise each other and note that at everyone turned out well today. Games in which everyone can stay in the center of attention were also useful. For example, a technique «Compose the dance» [15]: the leader gets up in the center of a circle and to the sound of music carries out the dancing movements, the others copy his dance, and further around everyone becomes in the center. Children are more senior love the improvised concerts where one or several people play a role of «star» or popular group. Carrying out in group the drawing technician is very interesting. It is possible to stimulate with these exercises creativity and understanding of own feelings and

emotions (individual drawing). Many exercises are very useful to the analysis of interpersonal relationship and the conflicts (drawing with the partner). It is also possible to investigate role relationship in group and influence of members of group on individual creativity (group drawing).

According to the results obtained in the classroom in three different age groups of children, it is possible to make some preliminary findings that need confirmation in a larger sample of children. First of all we will stop on age distinctions in group activity. Very interesting differences in responses of children of different age on the factor openness/closeness of the group. In the younger group of children did not perceive the painful emergence of a group new member, and sometimes not noticed. Perhaps the reason is that younger children have not yet formed the context of communication.

In the middle group (10-12 years) children reacted to these painful. As a rule, children, coming back, it was difficult to get into the circle, the other children did not enroll them, and not repelled, but were kept apart. If there was conflict situation, the newcomers found themselves alone. But it is smoothed in a situation introduction of another new member of the group: in case of appearing newcomer the «old» rookie accepted by group.

As for teenagers, they, on the contrary, loved that group is open. They rejoiced when a new man emerged. Perhaps this is explained by their greater focus on communication and best development of communication skills. It is also interesting to analyze the phenomenon of leadership and its dynamics during group activities. In the younger group there were two candidates for the role of leader. The group long looked narrowly at them, supported one, then another. It so happened that both candidates were hyperactive children between them constantly there were conflicts. After the group had opted for one of them, the group members began to raise a leader. In the end, the girl leader became less aggressive, more calm, she learned to hear the others, her

movements became more fluid. These changes in girls was observed not only in the group, parents noted improvements in their behavior.

In the group of children of 10-12 years, the leader was chosen immediately and no longer change. This group was very influenced by the leader. If the leader had no mood to work, and the group was reluctant to work. The leader of the outside group was less active and never was a leader. After the correction in the group of the boy's parents noted that he became the center of attention of their classmates and it became much easier to get in contact.

In the older group there was an interesting situation, as the leaders here changed very often and the permanent leader there. But at the end of a cycle of studies of any member of the group could claim the lead, which is, in our view, a positive result. Children were actively demonstrate their desire and interests, which was not done at the beginning of the group sessions. This suggests the emergence of responsibility, self-confidence, reducing anxiety. After correction for failures in performing tasks children of this group tried to find another way, but before they were desperate and drop everything. To assess the effectiveness of the group intervention programs in addition to the above observations of the children during lessons, in the middle and the end of the cycle of correction with their parents were interviewed. They were also asked to complete a specially designed questionnaire.

All parents indicated that their children became calmer; they have diminished fears appeared initiative, patience, diligence. Parents also noted that, after the children have become more adequate and stable emotionally, they have improved school performance, significantly reduced the difficulty of interaction with teachers and peers. According to parents, the children aggressivenessdisappeared, reduced conflicts with adults and peers, children become more responsible, resourceful, attentive to others, more self-confident.

The carried-out work proves efficiency of group correction of behavior at children of different age. The psychological mechanism of efficiency of correction are the mechanisms of group interaction operating ingroup. The group needs to be perceived not as set of subjects, and as the separate unique organism which is living under the laws and having the leader. To development of competence of communication there is a transition from a diffusion condition of each group to integrative, complete education.

Important conditions of efficiency of correction are, first, the accounting of age features of children at a choice of techniques and the main orientation of group work, secondly, a combination of cognitive, emotional and corporal influences for comprehensive and full overcoming of problems of the child.

It is possible to isolate three components of influence of group correctional work with children: cognitive (knowledge of communication, of itself and others), behavioural (development of communicative skills and the solution of the problems) and emotional (self-acceptance and a push to self-development).

More generally, the group correctional work with children of different ages creates conditions for personal growth of group members, adjustment elements of their consciousness and self-consciousness for liberation from rigid «self-concept», which prevents internal restructuring in interpersonal contacts and rapprochement «self-concept» that is, i.e. representation of the child itself, from «You-concept» interacting with the subject, form and deepen their empathy-reflexive position, improve the culture of self-regulation in interactions with adults and peers.

#### References:

1. Karayani AG, Syromyatnikov IV Psychotherapy and psychological correction as the methods of psychological assistance // Applied Military Psychology. - SPb.: Peter, 2006. – Ch. 6.3.2. – P. 153-164.

2. Psychological Science and Education psyedu.ru – 2005. – №2. Special issue of «Psychological rehabilitation and correction» (materials in the public domain).

3. D. Leach of Applied Behavior Analysis. Methodology of inclusion of pupils with ASD. – М.: operant, 2015. – P. 153-164.

УДК 796

**Комплекс «сауна – массаж» и его влияние на функции некоторых психофизиологических систем организма**

***Виталий Петрович Артемьев***

*к.пед.н.,*

*профессор кафедры физического воспитания и спорта  
Брестский государственный технический университет,*

*г. Брест, Р. Беларусь*

*e-mail: Vera41@tut.by*

***Александр Николаевич Козулько***

*преподаватель кафедры физического воспитания и спорта,*

*Брестский государственный технический университет,*

*г. Брест, Р. Беларусь*

***Аннотация.*** В результате использования комплекса «Сауна – массаж» происходят положительные изменения в уровне физической подготовленности: уменьшается время простой зрительно-двигательной реакции (50% случаев значимости). К сожалению, этот же комплекс у молодежи не является эффективным средством улучшения её в такой же степени, как это имеет место в возрасте старшем.

*Психоэмоциональное состояние в результате использования*

комплекса: в 55.5% случаев улучшается в одинаковой мере, как у мужчин, так и женщин.

*Из трех показателей САН в наибольшей степени улучшается самочувствие (средний показатель 66.7%); несколько меньше – активность и настроение (по 50% случаев значимости).*

*Подверженность настроения возрасту не столь заметна, как об этом судится обычно в быту: средние эмоционально-психологические показатели лишь очень незаметно ухудшаются от 18 до 60 лет.*

**Ключевые слова:** физическая подготовленность, психоэмоциональное состояние, комплекс «Сауна – массаж».

**Abstract.** *As a result of complex use «The sauna – massage» there are positive changes in level of physical readiness: time of simple visually-impellent reaction (50% of cases of the importance) decreases. Unfortunately, the same complex at youth is not an effective remedy of its improvement in the same degree as it takes place aged the senior.*

*Psychoemotional condition as a result of complex use: in 55.5% of cases improves equally, as at men, and women.*

*From three indicators the DIGNITY to the greatest degree improves state of health (an average index of 66.7%); it is slightly less – activity and mood (on 50% of cases of the importance).*

*Susceptibility of mood to age is not so appreciable, how about it has legal proceedings usually in a life: average emotionally-psychological indicators only very imperceptibly worsen from 18 till 60 years.*

**Keywords:** *physical readiness, a psychoemotional condition, a complex «The sauna – massage».*

Введение. Научно-технический прогресс, механизация труда на производстве и в быту – значительно ограничивает физическую активность человека. Бурный ритм современной жизни увеличивает

нагрузку на нервную систему. Перенапряжения и перегрузки повсюду: на рабочем месте, за рулем автомобиля, а часто и дома. Даже самая захватывающая телепередача не дает разрядку... Она всего лишь заменяет одно напряжение другим, дневную перегрузку вечерней. Нервное напряжение и физическая усталость делают нас нервными, раздражительными.

Многие пытаются разрядиться: алкоголем, никотином, всевозможными лекарствами.

Такая «разрядка» только кажется спасением, на самом же деле она очень опасна! Повысить физическую активность, снять нервное напряжение помогают занятия физкультурой и спортом, аутотренингом, а также сауна и массаж.

В последние годы популярность массажа постоянно растет. Он стал объектом пристального внимания и научного изучения в медицине. Его влиянием на организм человека интересуются хирурги, травматологи, терапевты, гинекологи, невропатологи, кардиологи, эндокринологи, специалисты по спортивной медицине и т.д.

Широкое использование массажа объясняется его практической доступностью, относительной простотой, возможностью владения им как специалистов, так и лицами, не имеющими непосредственного отношения к медицине и физиологии [1].

С другой стороны, кажущаяся простота массажа, его общедоступность несут за собой и немалую долю опасности. При неверных приемах, без учета возможных противопоказаний массаж может не только не помочь, но и навредить.

Цель исследования: исследовать возможные возрастно-половые изменения в организме человека под влиянием доступных средств физической рекреации: сауны и массажа.

Задачи исследования:

1) определить влияние массажа в сочетании с сауной на показатели физической подготовленности;

2) определить влияние комплекса «Сауна – массаж» на некоторые показатели психоэмоционального состояния организма.

Организация и методика исследования. Исследование проводилось на специально оборудованном комплексе. Помещение, в котором он проводился, было хорошо освещено, проветриваемо, чисто прибрано, с температурой воздуха 20-23 градуса по Цельсию [2].

Оно было оборудовано соответствующими измерительными приборами.

Испытуемыми, на добровольных началах, являлись лица мужского и женского пола в возрасте 18-60 лет, по 4-6 человек в каждой возрастно-половой группе. Сеансы посещения комплекса были индивидуальными, в пределах 6-8 раз каждым.

В течение 25-30 минут следовал массаж [3].

Продолжительность процедуры, температурный режим, количество «заходов» в сауну – регламентировались.

Для сауны характерны высокая температура воздуха (до +1000С и выше) и низкая влажность (10-15%), поэтому ее часто называют баней сухого пара. Благодаря низкой влажности высокая температура сауны легко переносится.

Существуют следующие правила пользования сауной [4]:

- сначала надо вымыться, насухо вытереться, согреть ноги;
- при входе в парилку не следует подниматься сразу вверх, надо посидеть немного внизу. Наиболее благоприятная температура +900С – +1000С, поэтому время пребывания в парной – 8-10 минут;
- при выходе из парной нужно отдохнуть, полежать, посидеть.

Следует подчеркнуть, что общая продолжительность пребывания в парной не должна превышать 30 минут. В конце процедуры

необходимо принять душ и 20-30 минут отдохнуть.

Посещать сауну следовало не чаще 2-х раз в неделю. При первом заходе в парную надо стараться не делать активных движений, если есть возможность – лучше полежать. В последние минуты нахождения в сауне лучше посидеть, для профилактики обморока, который иногда может возникнуть в связи с резким перераспределением крови при очень быстром вставании.

При пребывании в сауне, особенно во время первого – второго посещения, необходимо было постоянно контролировать свое самочувствие. При появлении чувства жара, нехватки воздуха, тяжести в голове, при головокружении (все это указывает на развитие нарушений деятельности внутренних органов) следовало немедленно покинуть сауну: желание «перетерпеть» могло привести к отрицательным явлениям.

Состояние здоровья контролировалось по частоте сердечных сокращений: если перед сауной 60-80 уд./мин., то за 8-10 минут первого захода в сауну она могла увеличиться до 110-120 уд./мин., на 10-12 минуте второго захода пульс мог быть 120-140 уд./мин., после отдыха пульс уряжался до 80 уд./мин.

После сауны в течение 15-25 минут следовал массаж.

Массаж принято разделять на две основные формы: общий и частный. При общем – массируется все тело от головы до пальцев ног, а при частном – отдельные части тела.

Продолжительность сеанса массажа зависит от индивидуальных особенностей человека (размеров поверхности тела, его роста, мышечной массы, возраста, пола и т.д.). Следует помнить, что не всем показан общий массаж перед сном.

Вообще, время общего массажа складывается из продолжительности массирования отдельных участком тела и

распределяется следующим образом (в минутах): спина – 5, шея – 2, голова – 2, область таза – 3, руки – 10 (по 5 минут на каждую), ноги – 18 (по 9 минут на каждую), область груди – 4, живота – 3. Как правило, при общем массаже воздействию подвергаются не все, а только те части тела, которые в большей мере нуждаются в массаже. Ведь массаж всех участков тела займёт по меньшей мере около двух часов. При такой продолжительности массажа и здоровый человек изрядно устанет, хотя процедура эта очень приятная. Поэтому при общем массаже надо выбрать наиболее важные участки тела и удалить им максимум времени и внимания.

При частном массаже, используемом нами, массируются отдельные части тела. Методика массажа их при этом аналогична методике общего массажа, только он выполняется более тщательно и применяется большее количество приемов [1, с. 31-32].

Измерялись: следующие параметры физической подготовленности:

– время простой зрительно-моторной реакции (ВПЗМР).

Для решения этой задачи дается 10 раздражителей (белый свет). Обследуемый должен как можно быстрее среагировать на каждый сигнал нажатием пальца на кнопку.

Время ответов регистрируется, записывается среднее значение из 10 ответов. Сигналы надо подавать не ритмично, а с интервалом 3-5 секунд во избежание выработки рефлекса на время. Световой раздражитель должен находиться на расстоянии одного метра от обследуемого;

– гибкость.

Для изучения эмоционального состояния обследуемых до и после массажа использовалась методика САН (самочувствие, активность, настроение).

В процессе обработки полученных материалов нами была использована средняя арифметическая величина;

Результаты исследования. При условии использования массажа происходят положительные изменения в уровне физической подготовленности: улучшается время простой зрительно-двигательной реакции (50% случаев значимости), увеличивается гибкость (33,3% случаев значимости).

Средний показатель значимости несколько больше во второй возрастной группе (19 – 34-39 лет, 75% случаев); меньше в третьей возрастной группе (35-55) – (39-60) – 50% случаев и отсутствует в возрасте до 18 лет.

Видимо, предлагаемый комплекс у молодежи не является таким эффективным средством улучшения физической подготовленности, как это имеет место в старшем возрасте.

Психо-эмоциональное состояние в результате использования комплекса массажа: в 55.5% случаев улучшается в одинаковой мере как у мужчин, так и женщин.

Из трех показателей САН в наибольшей степени улучшается самочувствие (средний показатель 66.7%); несколько меньше – активность и настроение (по 50% случаев значимости).

Подверженность настроения возрасту не столь заметна, как об этом судится обычно в быту: средние эмоционально-психологические показатели лишь очень незаметно ухудшаются от 18 до 60 лет.

#### Список литературы:

1. Бирюков А.А. Баня и массаж / А.А. Бирюков. – Минск: Польша, 1999. – 176 с.
2. Буровых А.Н., Файн, А.М. Восстановление работоспособности с помощью массажа и бани / А.Н. Буровых, А.М. Файн. – М.: Физкультура и спорт, 1985. – 219 с.

3. Дубровский В.И. Массаж / В.И. Дубровский: учеб. для сред. и высш. учеб. завед. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2001. – 496 с.

4. Сосновский, Л.С. Лечебные и профилактические свойства сауны и русской бани / Л.С. Сосновский. – М., 2011. – 212 с.

УДК 159.9

**Психосоциальные интервенции при вторичной и третичной профилактике поздней деменции**

***Полина Ангелова Балканска***

*д.мед.н., профессор, кафедра медицинской педагогики,  
факультет общественного здравоохранения*

*Медицинский университет Софии,*

*г. София, Болгария*

*e-mail: p\_balkanska@abv.bg*

***Никола Руменов Георгиев***

*доцент, кафедра медицинской педагогики,  
факультет общественного здравоохранения*

*Медицинский университет Софии,*

*г. София, Болгария*

*e-mail: k\_bul@abv.bg*

***Аннотация.*** В статье рассматриваются некоторые психотерапевтические программы поддержки пациента с синдромом деменции и его семьи.

***Ключевые слова:*** познавательная подготовка, психологическая программа подготовки, вторичная и третичная профилактики, деменция.

***Abstract.** The article discusses some psychotherapeutic programs to support patients with dementia syndrome and his family.*

***Keywords:** cognitive training, psychosocial educating program, secondary and tertiary prevention, dementia.*

**Актуальность темы.** Демографическое старение населения подвергает большому испытанию семью, медицинские и социальные службы. Всемирная организация здравоохранения прогнозирует резкое увеличение заболеваний, связанных со старостью. Одно из этих заболеваний – деменция, которая является значительной медицинской, социальной, психологической и экономической проблемой современного общества.

Деменция – это одно из самых болезненных и трагических, «негуманных» заболеваний пожилого и старческого возраста. Поэтому существующая демографическая тенденция к увеличению доли пожилых людей в последние десятилетия определяет синдром деменции как значительную медицинскую, социальную, психологическую и экономическую проблему современного общества [1,5].

Деменция представляет собой синдром вследствие болезни головного мозга, как правило, хронического или прогрессирующего характера, при котором повреждаются множество его функций, в том числе память, мышление, ориентация, понимание, исчисления, возможности для обучения, языка и мышления. Этот синдром возникает при болезни Альцгеймера, болезни Паркинсона и других заболеваний, влияющих первично или вторично на мозг.

Увеличение лиц с синдромом деменции обусловлен не только увеличением количества «старых» групп населения (особенно лиц 80-и и более лет, которые подвержены более высокому риску развития слабоумия), но также увеличением продолжительности жизни самих

больных деменцией. Эксперты сходятся во мнении, что деменция является одной из наиболее значимых медицинских и социальных проблем XXI века, в одном ряду с сердечнососудистыми и онкологическими заболеваниями [2].

Исключительная медицинская и социальная значимость этой разрушительной для человеческого интеллекта болезни является результатом как высокой заболеваемости и прогрессирующей потери автономии больных, так и специфики соответствующего ухода.

В связи с растущей актуальности проблемы, связанной с деменцией, все больше исследователей из разных областей знаний работают над созданием и изучением возможностей различных терапевтических стратегий.

Психосоциальные интервенции, направленные на пациента и его семью, занимают значительное место при вторичной и третичной профилактике заболеваний деменцией [3, 4].

#### **По данным нашего собственного эмпирического опыта**

Анализ результатов нашего психосоциального исследования, которое было проведено с целью изучения медицинских, социальных и психологических проблем у 563 пациентов с синдромом деменции старше 60 лет, 173 семей с этими пациентами и 12 пансионатов для лиц со старческим слабоумием в нашей стране, дал возможность определить потребности пациентов и их семей в сложной медицинской помощи и действиях, направленных на улучшение качества их жизни [6].

– Организация долгосрочного и непрерывного медицинского и психосоциального ухода за пациентами с синдромом деменции и их семьями;

– Обучение компетентных специалистов для осуществления этого ухода;

– Обновление и оптимизация обслуживания в отделениях и домах для лиц со старческим слабоумием;

– Разработка программ для психологической профилактики людей пожилого и старческого возраста.

В ответ на выявленные таким образом потребности страдающих деменцией, мы подготовили подходы и программы для уменьшения их психосоциальных проблем. Программы соответствуют как современным тенденциям в профилактике и лечении деменции, а также и реальным потребностям семей с такими пациентами и медико-социальных учреждений, заботящихся о таких больных в Болгарии. Разработанные программы и системы мер по обеспечению непрерывности медицинской помощи для пожилых людей с деменцией включают в себя подготовку персонала в области здравоохранения и социальных услуг, улучшение координации первичной медико-санитарной помощи и социальных услуг, снижение бюрократизма путем поддержки семейного ухода через альтернативные формы помощи [1].

Одна из этих программ предлагает познавательное обучение как основной вид поддержания социальной компетентности больных с нарушениями когнитивных функций. Программа направлена на стимулирование и поддержание социальной компетентности больных в трех основных областях: повышение возможностей для ориентации; сохранение социальных контактов; поддержание старых привычек. В основу легли знания из разных областей психологии и геронтологии. Ведущей целью активации познавательной программы является самое долгое возможное сохранение и поддержание относительной автономии пациентов в повседневной жизни. На ранних стадиях деменции возможности для обучения и познавательные способности страдавших от этого заболевания еще не очень нарушены. Упражнения с

реалистичной тенденцией и соответствующим оформлением окружающей среды могут улучшить ориентацию пациента и тем самым уменьшить проявления его дезориентации. Комбинированная познавательная программа направлена на улучшение качества жизни и социальной компетентности больных. Эта программа имеет поддерживающий и сопроводительный характер. Ее продолжительность не может быть определена заранее, потому что это зависит от темпов заболевания и индивидуальных возможностей пациента выполнять соответствующие упражнения [1, 7].

Данные проведенного опроса однозначно показывают, что заболевание деменцией (особенно болезнь Альцгеймера) является экстремальным испытанием для семьи. Родственники нуждаются в специальной подготовке для реалистичного восприятия пациента и соответственной реконструкции повседневной жизни семьи, которая бы облегчила их совместную жизнь. Отсутствие или недостаточные знания специфического хода болезни и возможностей снижения поведенческих расстройств пациента, которые открыты у 76% опрошенных 181 членов семей, создают предпосылки для возникновения стрессовых ситуаций в семейной жизни.

Разработанная нами обучающая программа для родственников людей, страдающих деменцией, является одной из форм оказания социальной и психолого-эмоциональной поддержки тем, кто пострадал от этой болезни. Она направлена на оказание помощи членам семьи через их обучение соответствующему поведению при общении с пациентом [5, 8]. Такое поведение предполагает:

- знания о болезни;
- освоение навыков адекватного общения с пациентом;
- соответствующая реорганизация распорядка семейной жизни.

Эта терапия наиболее эффективно осуществляется в группах поддержки близких.

Практика подтверждает обучение групповой психотерапии с родственниками больных деменцией как основную форму реальной психо-эмоциональной и социальной поддержки, которая способствует снижению семейного напряжения и уменьшению социальной изоляции, которые неизбежно затрагивают людей, пострадавших от деменции.

Выводы:

Восприятие деменции как сомато-психо-социальное расстройство и приложение целостного подхода к пациенту, определяет существенную роль психолога в профилактике и лечении этого трагического заболевания людей пожилого и старческого возраста.

Мы с сожалением должны отметить, что в Болгарии проблема поздней деменции до сих пор не отражена в адекватно дифференцированной медицинской и социальной помощи пациентам с синдромом деменции, которая должна предлагать подходящие альтернативные современные формы поддержки для пациентов и их семей.

Список литературы:

1. Балканска П. Възрастният човек като пациент. Геронтопсихология в здравните и социалните грижи, София, Булвест 2000, 2003.
2. Балканска П. Съвременни подходи в медицинското и социалното обслужване на възрастни пациенти с деменчен синдром. Здравен мениджмънт, София, 2003, том 3,1, Р. 34-39.
3. Балканска П. Интердисциплинарният подход в съвременните гериатрични грижи, София, изд. ТЕМТО, 2005, Р. 150-153.

4. Балканска П., Георгиев Н. Приоритетни насоки на здравните грижи в условията на демографски преход, В: Интердисциплинната идея в действие, изд. ТЕМПО, София, 2008, Р. 41-45.

5. Балканска П. Психология и психопатология на стареенето, В: Актуални проблеми на стареенето и старостта, София, Симел, 2009, Р. 109-164.

6. Балканска П., Георгиев Н., Младенова С. Превантивно ориентиран био-психо-социален подход в грижите за възрастни и стари хора с дементен синдром, В: Стареене и здраве, ЦИН при БАН, София, 2009, Р. 313-326.

7. Ermini-Funfshiling D., Kognitives Training. Alzheimer Info-Nachrichten der Deutschen Alzh.Gesellschaft, 1997, Р. 4-8.

8. Romero B. Psychotherapie fur Alzheimer-Kranke.Mitteilungen, Alzheimer Gesellschaft, Munchen, 1995, Р. 24-28.

УДК 159.938

**Психопрофилактика емоционального выгорания работников образовательных организаций**

*Лариса Ивановна Березовская*

*к.псих.н., доцент,*

*Мукачевский государственный университет,*

*г. Мукачево, Украина*

*e-mail: berezlarisa\_@mail.ru*

*Аннотация. В статье проанализировано теоретические представление об эмоциональном выгорании личности. Описано результаты эмпирического исследования эмоционального выгорания работников образовательных организаций. Сравнено проявление*

эмоциональной направленности, коммуникативно-характерологических тенденций, личностной и ситуативной тревожности между группами испытуемых с проявлением и без проявлений эмоционального выгорания. Представлено рекомендации для психопрофилактики эмоционального выгорания работников образовательных организаций.

**Ключевые слова:** эмоциональное выгорание, эмоциональная направленность, работники образовательных организаций, коммуникативно-характерологические тенденции, тревожность, психопрофилактика.

**Abstract.** *The paper analyses theoretical presentation of emotional burnout of personality. Results of empirical research of emotional burnout of employees of educational organizations are described. Manifestation of emotional focus, communicative-characterological trends, personal and situational anxiety between two groups of patients with burnout manifestation and without burnout manifestation of employees of educational organizations is compared. Recommendations for psychoprophylaxis of emotional burnout of employees of educational organizations are presented.*

**Keywords:** *emotional burnout, emotional focus, employees of educational organizations, communicative-characterological trends, anxiety, psychoprophylaxis.*

Современные социальные, политические, экономические и культурные изменения, которые сейчас происходят в стране, влияют на работников образовательных организаций. Они испытывают эмоциональное напряжение, переживают стрессы и у них возникает, формируется и развивается синдром эмоционального выгорания, проявляются симптомы постепенного эмоционального утомления и опустошения.

Эмоциональное выгорание работников образовательной сферы изучали как зарубежные, так и отечественные исследователи. Теоретические аспекты, эмпирические исследования, профилактические, психокоррекционные мероприятия раскрыли в своих работах В.В. Бойко, Л.И. Березовская, М.В. Борисова, Н.М. Булатевич, Н.Е. Водопьянова, Н.В. Грисенко, О.В. Грицук, О.М. Доценко, К.А. Дубиницкая, Ю.П. Жогно, Т.В. Зайчикова, Л.Н. Карамушка, С.А. Наличаева, В.Е. Орел, Н.А. Чепелева и др.

Сегодня выделяют несколько основных подходов к изучению синдрома эмоционального выгорания.

Представители первого подхода рассматривают эмоциональное выгорание как состояние физического, психического и прежде всего эмоционального истощения, вызванного длительным пребыванием в эмоционально перегруженных ситуациях общения. А потому эмоциональное выгорание понимается как синдром «хронической усталости».

Второй подход рассматривает эмоциональное выгорание как двухмерную модель, что состоит, во-первых, с эмоционального истощения и, во-вторых, – с деперсонализации, т.е. ухудшение отношения к другим, а иногда и к себе.

Третий подход предложили американские исследователи К. Маслач и С. Джексон, которые рассматривают синдром «выгорания» как трехкомпонентную систему, которая состоит из эмоционального истощения, деперсонализации и редукции собственных личностных достижений [5].

Эмоциональное выгорание рассматривается с точки зрения наличия трех уровней и трех стадий согласно теории Д. Спаньоли и Р. Кепьюто [5].

Согласно суждениями К. Маслач, проявления эмоционального выгорания могут иметь три стадии. На первой стадии эмоционального выгорания индивидум истощен эмоционально и физически и может жаловаться на постоянную головную боль, простуду и т.п. Для второй стадии характерны две совокупности симптомов. Заключительная стадия – полное эмоционального выгорание – случается, как считает К. Маслач, не часто, однако выливается в полное отвращение ко всему на свете.

Если рассматривать интенсивность развития эмоционального выгорания у работников образовательных организаций, то анализ их деятельности свидетельствует о том, что этот синдром достаточно распространен среди работников вследствие многих объективных факторов. Кроме того, важную роль играют и субъективные факторы, связанные с индивидуально-психологическими особенностями работников.

Данный стереотип эмоционального восприятия действительности складывается под влиянием ряда факторов – внешних и внутренних предпосылок.

Внешние факторы, провоцирующие эмоциональное выгорание, следующие: хроническая напряженная психоэмоциональная деятельность; дестабилизирующая организация деятельности, повышенная ответственность за выполняемые функции и операции; неблагоприятная психологическая атмосфера профессиональной деятельности; психологически тяжелый контингент, с которым имеет дело профессионал в сфере общения.

Внутренними факторами, обуславливающими эмоциональное выгорание есть склонность к эмоциональной ригидности, интенсивная интериоризация (восприятие и переживание) обстоятельств профессиональной деятельности, слабая мотивация эмоциональной

отдачи в профессиональной деятельности, нравственные дефекты и дезориентация личности.

Мы исследовали эмоциональное выгорание за методиками диагностики уровня эмоционального выгорания В.В. Бойка [1], изучения общей эмоциональной направленности личности Б.И. Додонова [4], диагностики коммуникативно-характерологических тенденций Т. Лири [7], субъективной оценки ситуационной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л. Ханина [7]. Использовали сравнительный анализ двух независимых выборок за U-критерием Манна-Уитни [6]. Выборка состояла из 76 работников образовательных организаций со стажем профессиональной деятельности до 5 лет.

За показателями диагностика уровня эмоционального выгорания В.В. Бойка мы выделили группу из 36 испытуемых с проявлением этого синдрома. Критериями отношения к этой группе стали наличие показателей эмоционального выгорания хотя бы в одной из фаз.

Испытуемые с проявлением эмоционального выгорания переживают тревожность в эмоциональной сфере. Они неуверенны в правильности выбора профессии или профиля деятельности, характере взаимоотношений с руководством, коллегами и родными, восприятие критики или претензий с их стороны. Не могут качественно устанавливать и поддерживать доброжелательные контакты. Переживают угнетённость собственными ограничениями на фоне многочисленных материальных соблазнов.

Эмоциональное выгорание связано с эмоциональной направленностью, эмоциональной сферой и проявляется в ней. Мы выявили между двумя группами испытуемых отличия в показателях эмоциональной направленности. Так, у испытуемых с эмоциональным выгоранием альтруистические, коммуникативные, практические,

романтические, эстетические, гедонистические и акизитивные эмоции проявляются более слабо, чем у личностей без эмоционального выгорания.

Ввиду того, что на характер личности влияет окружающая среда, восприятие его личностью через эмоции, коммуникация с окружающими людьми, то важным будет анализ проявления коммуникативно-характерологических тенденций у испытуемых. В группе работников образовательных организаций с переживаниями эмоционального выгорания меньше проявляются авторитарность, эгоистичность, агрессивность, подозрительность, дружелюбие, альтруизм, больше – подчинённость и зависимость.

Также на возникновение и формирование эмоционального выгорания влияет тревожность личности как черты и тревожности как реакции на влияние окружающего мира. Тревожность, как ситуационная, так и личностная в группе испытуемых с переживаниями эмоционального выгорания есть высшими, чем в группе без его проявления. К тому же ситуационная тревожность в группе работников образовательных организаций с проявлениями выгорания находится в диапазоне высоких значений.

Таким образом, в группе испытуемых с эмоциональным выгоранием альтруистические, коммуникативные, практические, романтические, эстетические, гедонистические и акизитивные эмоции проявляются слабее. У них меньше проявляются авторитарность, эгоистичность, агрессивность, подозрительность, дружелюбность, альтруизм, больше – подчинённость и зависимость. А также тревожность выше, чем в испытуемых без проявления эмоционального выгорания.

Полученные данные свидетельствуют о том, что эмоциональное выгорание начинает формироваться ещё в начале профессионального

пути и зависимо от эмоциональной сферы личности. С целью общего сохранения здоровья личности, ее психологического комфорта важно не упускать из виду стабильность эмоциональной сферы личности. В состоянии эмоционального комфорта человек характеризуется оптимистичным мировосприятием, он верит в привязанность окружающих, открытый для контактов.

Поскольку возникновение синдрома эмоционального выгорания предшествует пребыванию в стрессе, следует решать вопросы профилактики стрессовых расстройств, знакомиться со средствами профилактики стрессовых расстройств, стратегиями и методами саморегуляции, самопомощи. Необходимо проводить консультативную, профилактическую работу по управлению эмоциями, предоставлять возможности для самостоятельного овладения навыками работы со своим эмоциональным состоянием.

Таким образом, результаты проведенного исследования позволили определить основные правила, соблюдение которых поможет предупредить и избежать эмоционального выгорания:

- правильное отношение к себе, другим людям, профессиональной деятельности;
- умение оценивать потребности, склонности и способности других людей, учитывать и уважать их;
- не отказываться от собственных интересов, желаний, стремлений;
- впустить в свою жизнь несколько доверенных людей, которые не связаны с рабочими отношениями, поскольку физическая и эмоциональная поддержка от других людей может облегчить общее состояние;

– научиться отдыхать, организовывать свободное время, найти новое увлечение, помогающее переключить внимание, отвлечься от повседневных дел, профессиональной деятельности;

– чётко распределить профессиональные обязанности с коллегами, обеспечит предупреждение возникновения конфликтной ситуации;

– в нерабочее время побыть в одиночестве, одному, без семьи или близких друзей.

Профилактика и коррекция эмоционального выгорания должна включать в себя привитие личности навыков адекватного обстоятельствам эмоционального реагирования, навыки владения собой, умение работать с собственными негативными эмоциями, способность к свободному, природного проявления чувств и эмоций. Важное место занимает специальная психологическая работа с такими разрушительными чувствами как гнев, обида.

Также важно побуждать к пересмотру целей и ценностей, своих представлений и отношение к себе самому, другим людям и к своей трудовой деятельности. Важным будет принять и укрепить свое «Я», осознать ценность своей жизни; принять ответственность за свою жизнь и здоровье и занять профессиональную позицию в работе [2, 3, 5].

Для работников образовательных организаций с переживаниями эмоционального выгорания целесообразным будет рекомендовать не скрывать своих чувств, проявлять эмоции и дать возможность их друзьям обсуждать эмоции вместе. Не избегать говорить о том, что случилось, использовать каждую возможность пересмотреть свой опыт с собой или вместе с другими, родными или друзьями. Не ждать, что тяжелые состояния, характерные для выгорания, пройдут сами по себе. Выделять достаточно времени для сна, отдыха, размышлений. Выражать свои желания прямо, ясно и честно, говорить о них в семье,

друзьям и на работе. Стараться сохранить нормальный распорядок жизни, насколько это возможно [2, 3, 5].

Соблюдение таких рекомендаций способствует тому, что постепенно, шаг за шагом изменяются отношения с окружающими людьми и способы взаимодействия с ними. Происходит освоение по-новому своей профессиональной роли и других своих жизненных ролей и моделей поведения. Человек обретает уверенность в своих силах. А значит – вышел из-под действия синдрома эмоционального выгорания и готов успешно жить и работать, заниматься своим любимым делом.

Таким образом, с работниками образовательных организаций важно проводить психопрофилактические мероприятия для предотвращения возникновения, формирования и развития эмоционального выгорания.

#### Список литературы:

1. Бойко В.В. Энергия эмоций. – [2-е изд., доп.и перераб.] – СПб.: Питер, 2004. – 474 с.
2. Березовська Л.І. Психодіагностика та корекція внутрішньоособистісних конфліктів як умова подолання професійного вигорання у вчителів: автореф. дис. ... канд.. психол. наук: 19.00.10 «організаційна психологія, економічна психологія». – К., 2013. – 19 с.
3. Водопьянова Н.Е. Синдром психического выгорания в коммуникативных профессиях // Психология здоровья / под ред. Г.С. Никифорова; Санкт-Петербург. ГУ. – СПб., 2000. – С. 443-463.
4. Додонов Е.И. Эмоция как ценность. – М., Политиздат, 1978. – 272 с.
5. Наследов А.Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных: учеб. пособие. 3-е изд., стереотип. – СПб.: Речь, 2008. – 392 с.

6. Практикум із загальної психології / Т.І. Пашукова, А.І. Допіра, Г.В. Дьяконов / за ред. Т.І. Пашукової. – 2-ге вид., стер. – К.: Т-во «Знання», КОО, 2006. – 203 с.

УДК 371

### **Исследование организации внеаудиторного обучения**

***Ц. Болормаа***

*преподаватель химии,  
кафедра Фундаментальных наук,  
Дарханская Медицинская Школа,  
Монгольского Национального Университета Медицинских Наук,  
г. Дархан, Монголия  
e-mail: bolormaа\_-\_emshus@yahoo.com*

***Б. Хонгорзул***

*преподаватель химии,  
кафедра Фундаментальных наук  
Дарханская Медицинская Школа,  
Монгольского Национального Университета Медицинских Наук,  
г. Дархан, Монголия  
e-mail: khongorzul.b@mnuims.edu.mn*

***Н. Болормаа***

*преподаватель английского языка,  
кафедра Фундаментальных наук  
Дарханская Медицинская Школа,  
Монгольского Национального Университета Медицинских Наук,  
г. Дархан, Монголия  
e-mail: Bolormaа.N@mnuims.edu.mn*

**Аннотация.** Главная и выгодная сторона кредитного обучения – это процесс самостоятельного учения студентов. Самостоятельная работа студентов идёт по подходящему нормативу, не больше и то не меньше. Они укрепляют их теоретические знания, углублённо изучают тот предмет который улучшают знание и навыки работы в лаборатории, на компьютере во время практики. Выполняя самостоятельную работу, студенты научатся работать самостоятельно без всяких требований других. Но этот процесс подходит только в тот момент, когда преподаватель не только требует, но и покажет свой пример студентам, как надо работать самостоятельно. Поэтому преподавателям требуются следующие потребности: определить работу, которую студент должен выполнить по внеклассному обучению, как их выполнить, на что должен обратить внимание, по какой критерии преподаватель будет оценивать и заранее готовить материалы для студентов и поставить адреса и имена сайтов, которые нужны студентам. По этим причинам преподавателям необходимо глубоко изучать качество и результат внеаудиторного обучения студентов.

**Ключевые слова:** внеаудиторное обучение, планирование, самостоятельная работа студентов

**Abstract.** Training loading is very high. In further we need to improve criteries of evaluation, organization and planning, which educators, trainers give the students independence work, which is connected to the training, but result shows that 2.6% of accomplioment is satisfied. Criterion of evaluation on independent work is not real, planning is not satisfied.

Need to organize the independent work on planning, connected to the content of training.

**Keywords:** Self-learning, planning, student independent work.

По кредитной системе внеаудиторного обучения поддерживается самостоятельная работа студентов, со стороны учителя требуется планировать, руководить и контролировать процесс самостоятельной работы студентов. Другими словами это – планирование совместной работы преподавателя и студентов. При улучшении планирования часов внеаудиторных работ возрастает качество и результат выполнения самостоятельной работы студентов. В зависимости качества работы каждого студента и учителя результат самостоятельной работы получается по разному. Это оказывает не приятное влияние оценке у студентов, поэтому этот вопрос является одним из важным вопросом, который мог влиять на оценку и качество учёбы студентов ещё и является одной основой этого исследования.

**Цель:** Изучить организацию и осуществление внеаудиторного обучения

**Задачи:**

1. Изучить организацию и планирование работы преподавателя
2. Форма выполнения самостоятельной работы студентов

**Методика и материалы исследования**

Исследование проведено среди 31 преподавателей, 240 студентов медшколы в Дархан-уул аймаке были выбраны методом случайного отбора. Результаты исследования обработаны статически программой SPSS-20.

**Результаты.** В исследовании участвовали 31 учителей, 240 студентов из них-60 /33,3%/ из первого, 60 /33,3%/ из второго, 60 из третьего и 60 студентов из четвертого курса. Из них 170 /70,8% / студентов ответили, что самостоятельную работу выполняют без указания.

## Исследование на внеаудиторном обучении студентов

Показатель	общее n (%)	курс				Р- значени
		I курс n (%)	II курс n (%)	III курс n (%)	IV курс n (%)	
Выполнял ли по указанию самостоятельной работы						0.01
Да	70 (29.2)	8 (13.3)	22 (36.7)	18 (30.0)	22 (36.7)	
Нет	170 (70.8)	52 (6.7)	38 (63.3)	42 (70.0)	38 (63.3)	
Нагрузка обучения (1.29)						0.001
Высшая нагрузка	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
нагрузка	13 (5.4)	0 (0.0)	3 (5.0)	4 (6.7)	6 (10.0)	
Средняя нагрузка	73 (30.4)	12 (20.0)	11 (18.3)	19 (31.7)	31 (51.7)	
Нет нагрузки	95 (39.6)	28 (46.7)	24 (40.0)	23 (38.3)	20 (33.3)	
Минимальная погрузка	59 (24.6)	20 (33.3)	22 (36.7)	14 (23.3)	3 (5.0)	
Связана ли самостоятельная работа со содержанием уроков (2.46)						0.013
Очень связана	11 (4.6)	7 (11.9)	0 (0.0)	2 (3.3)	2 (3.3)	
Связана	124 (51.9)	28 (47.5)	35 (58.3)	34 (56.7)	27 (45.0)	
Средне связана	88 (36.8)	24 (40.7)	19 (31.7)	18 (30.0)	27 (45.0)	
Не связанна	14 (5.9)	0 (0.0)	6 (10.0)	4 (6.7)	4 (6.7)	
Очень не связанна	2 (0.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (3.3)	0 (0.0)	
Нужен ли итог самостоятельной работы? (2.67)						0.004
Очень удовлетворителен	6 (2.5)	2 (3.3)	1 (1.7)	1 (1.7)	2 (3.3)	
Удовлетворителен	96 (40.0)	27 (45.0)	26 (43.3)	25 (41.7)	18 (30.0)	
Среднее удовлетворителен	111 (46.2)	26 (43.3)	27 (45.0)	28 (46.7)	30 (50.0)	
Не удовлетворительно	25 (10.4)	5 (8.3)	6 (10.0)	4 (6.7)	10 (16.7)	
Очень не удовлетворителен	2 (0.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (3.3)	0 (0.0)	
Как оценил самостоятельную работу? (2.75)						0.003
Очень близко	6 (2.5)	3 (5.0)	0 (0.0)	2 (3.3)	1 (1.7)	
Близко	84 (35.0)	20 (33.3)	19 (31.7)	19 (31.7)	26 (43.3)	
Нормально	116 (48.3)	32 (53.3)	28 (46.7)	31 (51.7)	25 (41.7)	
Неблизко	31 (12.9)	5 (8.3)	12 (20.0)	6 (10.0)	8 (13.3)	
Очень неблизко	3 (1.2)	0 (0.0)	1 (1.7)	2 (3.3)	0 (0.0)	
Удобно ли подсчитывать самостоятельную работу по интернету (2.89)						0.001
Очень	11 (4.6)	7 (11.7)	3 (5.0)	1 (1.7)	0 (0.0)	

удовлетворительно						
Удовлетворительно	89 (37.1)	31 (51.7)	28 (46.7)	16 (26.7)	24 (40.0)	
Нормально	66 (27.5)	14 (23.3)	13 (21.7)	22 (36.7)	17 (28.3)	
неудовлетворительно	63 (26.2)	6 (10.0)	14 (23.3)	19 (31.7)	14 (23.3)	
Очень неудовлетворительно	11 (4.6)	2 (3.3)	2 (3.3)	2 (3.3)	5 (8.3)	
Сумма	240(100)	60 (33.3)	60 (33.3)	60 (33.3)	60 (33.3)	

Исследование содержания урока: 51,9% – преподавание, и 46,2% считались самостоятельной работы.

В исследовании участвовали 30 учителей. Из них 29 учителей (96,4%) считали улучшить планирование внеаудиторного обучения при кредитном системе обучения.

Таблица 2

#### Исследование преподавателя в внеаудиторном обучении

Показатель	Общее n (%)
Нужен ли планировать внеаудиторного обучение при кредитной системе обучения ?	
Да	29 (96.7)
Нет	1 (3.3)
Какая нагрузка занятий у вас в аудиториях ? (2.20)	
Высшая нагрузка	5 (16.7)
Нагрузка	14 (46.7)
Средняя нагрузка	11 (36.7)
Нет нагрузки	0 (0.0)
Можно ли организовать по плану внеаудиторного обучения ? (2.37)	
Очень удовлетворительно	1 (3.3)
удовлетворительно	8 (26.7)
среднее удовлетворительно	19 (63.3)
Неудовлетворительно	2 (6.7)
Очень неудовлетворительно	0 (0.0)
Правильно ли глубоко изучать основное содержание урока по внеаудиторном обучением ?	
Да	29 (96.7)

Нет	1 (3.3)
Как обеспечить критерии показателя сделанной работы обучение внеклассного обучения? (2.47)	
Очень удовлетворительно	1 (3.3)
удовлетворительно	3 (10.0)
Среднее удовлетворительно	9 (30.0)
неудовлетворительно	17 (56.7)
Очень неудовлетворительно	0 (0.0)

Исходя из исследования организацию внеаудиторного обучения считали: 14 учителей (46,7%) – нагрузку обучения очень большой, 19 учитель (63,3%) – неудовлетворительно. Из них 29 учитель (96,4%) считали улучшить планирование внеклассного обучения при кредитном системе обучения.

Выводы:

1. Отмечается большая нагрузка обучения, необходимо дальнейшее усовершенствование критериев оценивания, организации и планирования.

2. Учителя мало внимания уделяют на самостоятельную работу, связанную с обучением, в итоге удовлетворительный результат достигается в 2,67%.

3. Необходимо организовать самостоятельную работу по ведению планирования обучения.

Список литературы:

1. Кредит систем. хоёрдугаар хэвлэл, ШУТИС, Улаанбаатар: 2014 он, х. 11-91.

2. МАУБХ. Анагаах ухааны боловсрол судлал сэтгүүл, дугаар 4, Улаанбаатар: 2012 он, х. 84-87.

3. МАУБХ. Анагаах ухааны боловсрол судлал сэтгүүл, дугаар 3, Улаанбаатар: 2011 он, х. 62-114.

4. Монголын анагаах ухааны боловсролын шинэчлэл, ЭМШУИС, Улаанбаатар: 2011 он, х. 89-98.

5. Анагаах ухааны боловсрол судлал, ЭМШУИС, Улаанбаатар: 2007 он, х. 67-87.

6. ЭМШУИС. Сургалтын бодлого зохицуулалттай холбоотой дүрэм журмын эмхэтгэл. Улаанбаатар:2011, х. 52-60.

7. Тэгшжаргал Н. Боловсрол судлал. Дархан: 2010 он, х. 72-81.

УДК 378

### **Исследование обучения у студентов**

***Б. Болортуяа***

*преподаватель биологии кафедры Био-Медицины,*

*Дарханская Медицинская Школа,*

*Монгольского Национального Университета Медицинских Наук,*

*г. Дархан, Монголия*

*e-mail: bolortuuya@mnuims.edu.mn*

***Д. Одбаяр***

*преподаватель микробиологи кафедры Био-Медицины,*

*Дарханская Медицинская Школа,*

*Монгольского Национального Университета Медицинских Наук,*

*г. Дархан, Монголия*

*e-mail: odbayar@mnuims.edu.mn*

***Аннотация.*** *Учение – это комплексная мера деятельности, направленная на закрепление приобретённых личностью знаний, умений и навыков, нравственности, ценностей, интереса и преимущества аудиторным обучением и деятельностью, с одной стороны и обучение их умениям получать интегрированное знание, с другой стороны.*

*Учением называется процесс активного приобретения знаний, навыков для подготовки к последующему профессиональному труду. В последние годы широко применяемое понятие конструктивная тенденция также повлияло на процесс учения. Основными идеями данной тенденции являются.*

**Ключевые слова:** *аудитория, конструктивизм, тенденция, знание, альтернатива.*

### **A study on learning activity of students**

***B. Bolortuya***

*teacher of biology of department Biot Medicine,  
Darhan Medical School,  
Mongolian National University of Medical Sciences,  
Darkhan, Mongolia*

***D. Odbayar***

*teacher of biology of department Biot Medicine,  
Darhan Medical School,  
Mongolian National University of Medical Sciences,  
Darkhan, Mongolia*

***Abstract.*** *The doctrine is the complex measure of activity directed on fixing of the knowledge acquired by the personality, skills, moral, values, interest and advantage by classroom training and activity, on the one hand and training in their abilities to receive the integrated knowledge, on the other hand. Process of active acquisition of knowledge, skills for preparation for the subsequent professional work is called as the doctrine.*

*In recent years widely primenyamy concept a constructive tendency also influenced process of the doctrine. The main ideas of this tendency are.*

**Keywords:** *audience, constructivism, the trend, the knowledge, the alternative*

**Backgrounds:** Learning is validating process of personal established knowledge, observance, skills, preference and advantages with schoolroom training and complex operation to give knowledge by integrating multi types of information. We aimed to assess learning of students and to detect some factors influencing it.

**Materials and methodology:** Totally 90 students of 1<sup>st</sup>, 2<sup>nd</sup>, and 3<sup>rd</sup> course at Medical School in Darkhan, MNUMS and 20 teachers. Questionnaire with 14 questions, interview with teachers, and observation were used for study.

**Results:** Mean age of students were  $19 \pm 1.74$ , youngest one was 17 and oldest one was 26 years old.

87.8% were female, 12.2% were male and this ratio is almost similar to other medical schools of Mongolia. Most students of senior courses said that they plan things to do and do in on time but junior courses said that they plan but cannot do it on time. 54.4 percent of students in 1<sup>st</sup> and 2<sup>nd</sup> courses said that they can solve problems perfectly. 70 percent of all students said that they can learn more effectively when they studied it with close-handed way and there were no statistically significant difference between courses. 57.8% of students said that they attends on lesson with active way for reach their goal and this result is statistically significant. 41.2% of students said that most important factor influences negatively to do home work is «is is difficult because textbook and materials are not clear and rare to be used, there are no certain directions» and there was statistically significant difference between courses. It is shown certainly from above figure what the most influencing factors to learn successfully is being with goal and goal seeking, cooperation between teacher and students.

**Conclusion:** 1<sup>st</sup> course of students has got goal but they cannot trying for reach it responsibly and they learns more effective when they do things with close-handed way. Attention of learning becomes more responsibly when advanced in courses. Most important factors influences positively to learning for 1<sup>st</sup> course students are communication skill, support of teachers and own trying is important for 3<sup>rd</sup> grade students. Factors influences negatively to learning are laziness, bad friends, dishonest assessment of teacher, teaching method by opinion of students.

**Backgrounds. Learning** is validating process of personal established knowledge, observance, skills, preference and advantages with schoolroom training and complex operation to give knowledge by integrating multi types of information.

Learning action directed to gain knowledge, skill and habit for managing broad knowledge of life and preparing next operation of labor.

**The most important thing is:**

1. Constructive trend of education is improving in the last years and it influencing to learning too. Main idea of this trend is teacher avoid to give prepared information and support them effectively to gain important information, then learners can build a knowledge themselves.

2. There are big needs for learners to be investigated what how to use knowledge with right way, discover themselves, could learn during life, solving problems themselves, to be critically on issues, compare variants of decision, make smart decision in current democratic society.

**Concepts of researcher about learning.** Process of gaining knowledge is effective during active operations and learning is process to be established new completion of intellect by acquiring.

**Documentation of the study.** We interviewed with some students accordance with topic «How do you learn?» and talk of two students shown in bellow.

*Suwd.B, 2<sup>nd</sup> course of midwifery.* I wanted to become physician, but I couldn't enter to MNUMS depending on my entrance examination. Then I started leaning as midwifery. I think that I will study at MNUMS as a physician after graduated and collect tuition fee. I do my homework and independent work in library after finished lesson. There is no enough time to study, I get up early in the morning and read textbooks. I think I will be successful if I do my homework timely and study every day. It is very effective for me to talk about the subject which I read. Also I like to do close handed operation. I am learning like this way. There is no free time for me.

So we need to assess learning of students and to detect some factors influencing it.

**Goal:** To assess learning of students and make conclusion.

**Subjects:**

1. Current situation of students who learn at Medical School in Darkhan, MNUMS.
2. Detect some factors influencing to learning.

**Materials and methodology.**

*Framework:* Totally 90 students of 1<sup>st</sup>, 2<sup>nd</sup>, and 3<sup>rd</sup> course at Medical School in Darkhan, MNUMS and 20 teachers.

*Methodology:*

*1. Questionnaire*

Questionnaire with 12 closed, 2 opened question was used to study learning and influence factors on it.

*2. Interview*

Interview was done with teachers for to detect how teachers help to student's learning.

*3. Observing*

Studied attendance of students at lesson, relation and attitude with others, interest, and factors influencing learning. Observation was done on

genetics, 2<sup>nd</sup> course of nursing, nursing during children diseases, 3<sup>rd</sup> course of traditional medicine nurse for 2 hours.

Statistical analyzing was done by SPSS-20.

**Results:** Mean age of students were 19±1.74, youngest one was 17 and oldest one was 26 years old.

Table 1

**Demographic data of participants**

Indicators	Total n (%)
Mean age	19±1.74
Sex	
Male	11 (12.2)
Female	79 (87.8)
Course	
I course	29 (32.2)
II course	30 (33.3)
III course	31 (34.5)
Total	90 (100.0)

87.8% were female, 12.2% were male and this ratio is almost similar to other medical schools of Mongolia.

Table 2

**Time management of participants**

Indicator	Total <sup>†</sup> n (%)	Course of learning			P value
		I	II	III	
Sex					0.160
Male	11 (12.2)	7 (0.0)	4 (0.0)	0 (0.0)	
Female	79 (87.8)	22 (36.1)	26 (33.7)	31 (30.2)	
Did you choose your profession with certain goal?					0.150
Yes	84 (93.3)	27 (32.1)	28 (33.3)	29 (34.6)	
No	6 (6.7)	2 (33.3)	2 (33.3)	2 (33.4)	
Do plan things to do?					0.060*
Yes	54 (60.0)	10 (18.5)	19 (35.2)	25 (46.3)	
No	4 (4.5)	3 (75.0)	1 (25.0)	0 (0.0)	
Sometimes	32 (35.5)	16 (50.0)	10 (31.3)	6 (18.7)	
Do you finish your planned things?					0.110
Yes	43 (47.7)	7 (16.3)	11 (25.6)	25 (58.1)	
No	2 (2.3)	2 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
Sometimes	45 (50.0)	20 (44.4)	19 (42.2)	6 (13.3)	
<b>Total</b>	<b>90 (100.0)</b>	<b>29 (32.2)</b>	<b>30 (33.3)</b>	<b>31 (34.5)</b>	

<sup>†</sup>It was calculated to be 100 percent vertically.

According to the specific feature of the school, there were female students chosen more but larger number of males were chosen for 1 course of students. Most students of senior courses said that they plan things to do and do in on time but junior courses said that they plan but cannot do it on time.

Table 3

**Solving problems occurred during learning**

Indicator	Total <sup>†</sup> n (%)	Course of learning			P value
		I	II	III	
Can you solve problems occurred during learning?					0.210
Yes	49 (54.4)	11 (22.5)	16 (32.7)	22 (44.8)	
Perfect	15 (16.7)	6 (40.0)	6 (40.0)	3 (20.0)	
Not try	26 (28.9)	12 (46.2)	8 (30.8)	6 (23.0)	
Which ways do use for your learning?					0.180
Listening	9 (10.0)	5 (55.6)	4 (44.4)	0 (0.0)	
Visual	18 (20.0)	4 (22.3)	6 (33.3)	8 (44.4)	
Doing	63 (70.0)	20 (31.7)	20 (31.7)	23 (36.5)	
Which action of cognition is used for your learning?					0.130
Observation	28 (31.1)	13 (46.4)	9 (32.1)	6 (21.5)	
Modeling	13 (14.4)	5 (38.4)	4 (30.8)	4 (30.8)	
Differentiate	1 (1.2)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	
Comparing	35 (38.9)	10 (28.6)	12 (34.3)	13 (37.1)	
Defining	4 (4.4)	0 (0.0)	3 (75.0)	1 (25.0)	
Grouping	3 (3.3)	0 (0.0)	1 (33.3)	2 (66.7)	
Other	6 (6.7)	1 (16.4)	0 (0.0)	5 (83.3)	
How often do you find your errors occurred during learning?					0.018*
Always	5 (5.5)	1 (20.0)	1 (20.0)	3 (60.0)	
Mainly	18 (20.0)	4 (22.2)	12 (66.7)	2 (11.1)	
Sometimes	66 (73.3)	24 (36.4)	16 (24.2)	26 (39.4)	
Never	1 (1.2)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	
Do you correct your errors?					0.001*
Always	12 (13.4)	1 (8.3)	3 (25.0)	8 (66.7)	
Mainly	41 (45.5)	7 (17.1)	20 (48.8)	14 (34.1)	
Sometimes	35 (38.9)	21 (60.0)	7 (20.0)	7 (20.0)	
Never	2 (2.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (100.0)	
<b>Total</b>	<b>90 (100.0)</b>	<b>29 (32.2)</b>	<b>30 (33.3)</b>	<b>31 (34.5)</b>	

<sup>†</sup> It was calculated to be 100 percent vertically.

54.4 percent of students in 1<sup>st</sup> and 2<sup>nd</sup> courses said that they can solve problems perfectly. 70 percent of all students said that they can learn more effectively when they studied it with close-handed way and there were no statistically significant difference between courses. 31 percent of students use

observation, 38 percent use comparing method for learning. 78 percent of students find errors during their learning.

Table 4

**Attendance of students of lesson and influence factors on it**

Indicator	Total <sup>†</sup> n (%)	Course of learning			P value
		I	II	III	
I attend on lesson with active way					0.001*
For reach my goal	52 (57.8)	19 (36.5)	14 (27.0)	19 (36.5)	
Lesson is interesting for me	17 (18.9)	3 (17.7)	10 (58.8)	4 (23.5)	
Because I am student	8 (8.9)	3 (37.5)	3 (37.5)	2 (25.0)	
It is my duty	13 (14.4)	4 (30.8)	3 (23.1)	6 (46.1)	
I attend on some lesson with active way					0.210
Some lessons are interesting	14 (15.6)	2 (14.3)	10 (71.4)	2 (14.3)	
Some lessons are not son interesting	4 (4.4)	0 (0.0)	1 (25.0)	3 (75.0)	
Professional lessons are interesting	33 (36.7)	13 (39.4)	7 (21.2)	13 (39.4)	
It depends on teaching method of teacher	39 (43.3)	14 (35.9)	12 (30.8)	13 (33.3)	
I attend on all lesson with passive way					0.001*
I am not interested on my profession	31 (34.4)	13 (41.9)	6 (19.4)	12 (38.7)	
Teachers instruct with not interesting way	41 (45.6)	11 (26.8)	17 (41.5)	13 (31.7)	
I do not like lesson	5 (5.5)	3 (60.0)	2 (40.0)	0 (0.0)	
I do not like by classmates	13 (14.5)	2 (15.3)	5 (38.5)	6 (46.2)	
<b>Total</b>	<b>90 (100.0)</b>	<b>29 (32.2)</b>	<b>30 (33.3)</b>	<b>31 (34.5)</b>	

<sup>†</sup> It was calculated to be 100 percent vertically.

57.8% of students said that they attends on lesson with active way for reach their goal and this result is statistically significant.

Table 5

**Some influence factor on doing home work**

Indicator	Total <sup>†</sup> n (%)	Course of learning			P value
		I	II	III	
<i>Some influence factor on doing home work</i>					0.060*
I must do it	41 (45.6)	15 (36.6)	11 (26.8)	15 (36.6)	
It is interesting	8 (8.9)	2 (25.0)	6 (75.0)	0 (0.0)	
I afraid of teacher	3 (3.3)	2 (66.70)	1 (33.3)	0 (0.0)	

It is useful for my profession	32 (35.5)	10 (31.3)	12 (37.4)	10 (31.3)	
I am over enjoyed for honest assessment of teacher	6 (6.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	6 (100.0)	
Causes not to do homework					0.010*
Difficult and not interesting	37 (41.2)	13 (35.1)	10 (27.1)	14 (37.8)	
Home work is not useful	7 (7.7)	0 (0.0)	6 (85.7)	1 (14.3)	
I do not have to do it, it is my right	2 (2.2)	1 (50.0)	1 (50.0)	0 (0.0)	
I am not liked for dishonest assessment of teacher	11 (12.2)	2 (18.2)	6 (54.5)	3 (27.3)	
Others	33 (36.7)	13 (39.4)	7 (21.2)	13 (39.4)	
<b>Total</b>	<b>90 (100.0)</b>	<b>29 (32.2)</b>	<b>30 (33.3)</b>	<b>31 (34.5)</b>	

<sup>†</sup> It was calculated to be 100 percent vertically.

41.2% of students said that most important factor influences negatively to do home work is «is is difficult because textbook and materials are not clear and rare to be used, there are no certain directions» and there was statistically significant difference between courses.

Following factors listed when grouping «Most influencing factors to learn successfully».

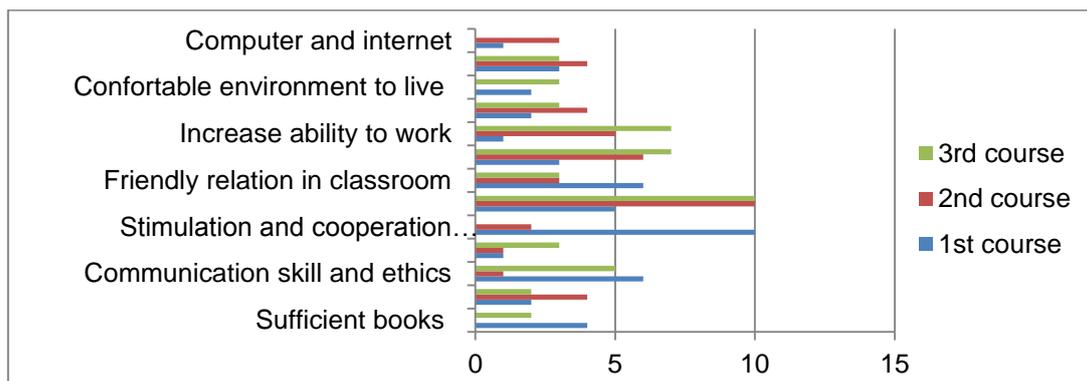


Figure 1. Most influencing factors to learn successfully.

It is shown certainly from above figure what the most influencing factors to learn successfully is being with goal and goal seeking, cooperation between teacher and students.

Following factors listed when grouping «Most influencing factors to learn unsuccessfully».

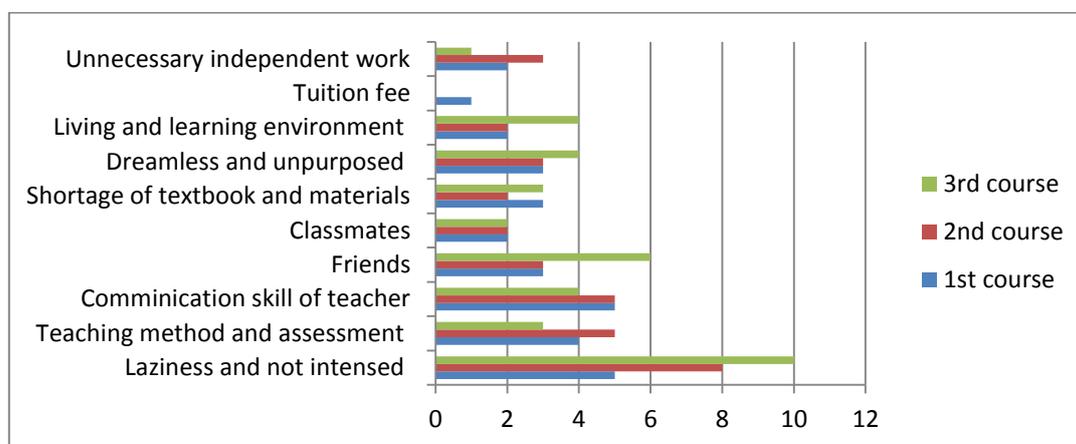


Figure 2. Most influencing factors to learn unsuccessfully.

Students said that the most influencing factor to unsuccessful learning is laziness and not intense. Also it is observed that bad friends can influence it more.

### Teacher’s participation of learning of student.

Sole interview and focus group interview were done with 20 teachers about how they participate on learning of students with 5 questions. (Questions of interview were enclosed)

Table 6

#### Grouping of teacher participated in study

Group	Years of experience	Profession and specialization	Number of teachers
1 <sup>st</sup> group	2-9	Medical doctor, medical assistant	4
2 <sup>nd</sup> group	10-15	Medical doctor, pharmacist, sanitarian, nurse	10
3 <sup>rd</sup> group	15-20	Medical doctor, Laboratory physician	6

#### Summarizing of results of interview.

Teachers in 1<sup>st</sup> group shares own experience about their being student for stimulate students and use methods to work with team and explain own

understanding to others. But there were few teachers who support students with inspiration, let them assess by themselves.

Teachers in 2<sup>nd</sup> group talked that they stimulates students by praising with additional point, textbook, discharge from homework. Also they used teaching methods such as team working, appearing, perform closed handed actions.

Teachers in 2<sup>nd</sup> group try to use active ways in training and they considered that students can be able to talk front of others, find main ideas from textbook, use computer by doing independent work.

Also all of those teachers expressed what they wants to learn from modern teaching methods, implement it in classroom, know multi trends of teaching, learn methodology to work with student.

**Results from observation.**

Observation in 2 classroom was done for reveal and analyze attendance of students and all processes happened in classroom were divided into 2 groups as positive and negative.

<b>Positive</b>	<b>Negative</b>
Greetings	Late for lesson
Complete preparation for lesson	Incomplete preparation for lesson
Active attendance on lesson	Do not do home work
Care others	More attends on mobile
Help each others	Writing message
Cooperation and talking	Being silent, to be passive about task
Talking about how to perform tasks	Look at watch frequently
Plan following activity	Sit hidden from teacher
	Being angry

Criterion which dedicated to study learning in a day was developed and used for observation.

**Conclusions:**

1. Learning is creative activities of students to realize own goal and reach the goal with goal seeking, beneficial action, to find ways to develop.

2. 1<sup>st</sup> course of students has got goal but they cannot trying for reach it responsibly and they learns more effective when they do things with close-handed way. Attention of learning becomes more responsibly when advanced in courses.

3. Most important factors influences positively to learning for 1<sup>st</sup> course students are communication skill, support of teachers and own trying is important for 3<sup>rd</sup> grade students. Factors influences negatively to learning are laziness, bad friends, dishonest assessment of teacher, teaching method by opinion of students.

#### Reference:

1. Ichinkhorloo Sh., Management of educational sociology. Ulaanbaatar city, 2013.

2. Ichinkhorloo Sh, Children development. Ulaanbaatar city, 2013

3. Ichinkhorloo Sh, Baigalmaa.Ch., Instructional technology. Ulaanbaatar city, 2014.

4. Namjildagva R., Learning and model of learning theories. Ulaanbaatar city, 2014.

5. Erdenetsetseg S., Teaching: Principles and trends. Ulaanbaatar city, 2014.

**Проблема профессионального выгорания педагогов**

*Марина Владимировна Бутырина*

*Донбасский государственный педагогический университет,*

*г. Славянск, Украина*

*Анастасия Владимировна Кушнерёва*

*Донбасский государственный педагогический университет,*

*г. Славянск, Украина*

*e-mail: di-9@mail.ru*

***Аннотация.** В статье даны определения «профессионального выгорания» и «эмоционального выгорания», рассмотрены факторы, приводящие к эмоциональному выгоранию педагогических работников, и приведены основные средства восстановления профессионального здоровья педагогов.*

***Ключевые слова:** профессиональное выгорание, эмоциональное выгорание, профессиональная деформация, деперсонализация, стресс.*

***Abstract.** The article gives a definition of «professional burnout» and «emotional burnout», addressed the factors that lead to emotional burnout of pedagogical workers, and are the main means of restoring health professional educators.*

***Keywords:** professional burnout, emotional burnout, professional deformation, depersonalization, stress.*

В настоящее время в образовании уделяется большое внимание формированию навыков ответственного поведения молодого поколения в отношении собственного здоровья, а также созданию комфортной, психологически благоприятной среды для детей. Но так как в образовательном процессе участвуют несколько сторон, как дети, так и

взрослые, и в первую очередь педагоги, то появляется необходимость говорить об их не только физиологическом, но и психологическом здоровье.

С.И. Порфирьева дает следующее определение синдрома профессионального выгорания – это неблагоприятная реакция на рабочие стрессы, включающая в себя психологические, психофизиологические и поведенческие компоненты [7]. Синдром профессионального выгорания – это следствие синдрома «эмоционального выгорания» и основная причина профессиональной деформации педагогов, предпосылками которого являются стресс на рабочем месте, несоответствие личности предъявляемым к ней требованиям, процесс дезадаптации к рабочему месту или профессиональным обязанностям.

Синдром эмоционального выгорания – это синдром, развивающийся на фоне хронического стресса и ведущий к истощению эмоционально-энергетических и личностных ресурсов работающего человека [7]. Синдром эмоционального выгорания возникает в любой деятельности связанной с интенсивным общением и контактами с людьми. Его развитие постепенно приводит к необратимым изменениям личностной структуры специалиста, что препятствует успешному осуществлению его профессиональной деятельности.

В связи с крайне высокой интенсивностью общения в педагогической деятельности, именно педагоги наиболее подвержены риску эмоционального выгорания. К основным проявлениям синдрома эмоционального выгорания у педагогов относятся эмоциональная сухость, расширение сферы экономии эмоций, личностная отстраненность, агрессивность, игнорирование индивидуальных особенностей учащихся. Такая профессиональная деформация мешает полноценному управлению учебным процессом и отрицательно влияет

на личностное развитие учащихся. Это и обуславливает особую актуальность своевременного выявления признаков эмоционального выгорания у педагогов [6].

К. Маслач выделила три основные составляющие синдрома эмоционального выгорания [4]: эмоциональное истощение – это чувство эмоциональной опустошенности и усталости, вызванное собственной работой; деперсонализация предполагает циничное отношение к труду и объектам своего труда; редукция профессиональных достижений – это возникновение чувства некомпетентности в своей профессиональной сфере, осознание неуспеха в ней.

Происходящие психические изменения предполагают наличие причин, или факторов влияющих на развитие синдрома «эмоционального выгорания». **Факторы риска развития выгорания (по Л.В. Новиковой) [5]:**

**1. социально-психологические факторы развития выгорания:**

– переживание несправедливости; социальная незащищённость; уровень поддержки; неудовлетворённость работой; оплата труда; возраст, стаж работы и уровень удовлетворённости карьерой; пол;

**2. личностные факторы развития выгорания:**

– локус контроля (экстернальный (внешний) и интернальный (внутренний) локус контроля); предпочитаемые человеком стратегии преодоления кризисных ситуаций;

**3. профессиональные факторы развития выгорания:**

– «Болезненная зависимость» от работы; ролевые факторы риска выгорания; организационные характеристики.

Т.В. Форманюк выделяет следующие факторы эмоционального выгорания [8]:

Личностный фактор – эмпатия, гуманность, мягкость, увлекаемость, идеализированность, интровертированность,

фанатичность, а также склонность к эмоциональной холодности, склонность к интенсивному переживанию негативных обстоятельств профессиональной деятельности, слабая мотивация эмоциональной отдачи в профессиональной деятельности.

Ролевой фактор – нет интеграции действий, имеется конкуренция, в то время как успешный результат зависит от слаженных действий.

Организационный фактор – высокая рабочая нагрузка; отсутствие или недостаток социальной поддержки со стороны коллег и руководства; недостаточное вознаграждение за работу; высокая степень неопределенности в оценке выполняемой работы; невозможность влиять на принятие решений; двусмысленные, неоднозначные требования к работе; постоянный риск штрафных санкций; однообразная, монотонная и бесперспективная деятельность; необходимость внешне проявлять эмоции, не соответствующие реалиям; отсутствие выходных, отпусков и интересов вне работы.

В.В. Бойко выделяет ряд внешних и внутренних факторов предпосылок, провоцирующих эмоциональное выгорание [3]:

Группа организационных (внешних) факторов, куда включаются условия материальной среды, содержание работы и социально-психологические условия деятельности, является наиболее представительной в области исследований выгорания:

– хроническая напряженная психоэмоциональная деятельность – интенсивное общение с целенаправленным восприятием партнеров и воздействием на них.

– дестабилизирующая организация деятельности – нечеткая организация и планирование труда, недостаток оборудования, плохо структурированная и расплывчатая информация, наличие в ней «бюрократического шума» – мелких подробностей, противоречий,

завышенные нормы контингента, с которым связана профессиональная деятельность, например, учащихся в классе.

– повышенная ответственность за исполняемые функции и операции – педагоги обычно работают в режиме внешнего и внутреннего контроля, что предусматривает постоянную необходимость входить и находиться в состоянии субъекта, с которым осуществляется совместная деятельность, постоянно приходится принимать на себя энергетические разряды партнеров.

– неблагоприятная психологическая атмосфера профессиональной деятельности – конфликтность по вертикали, в системе «руководитель – подчиненный», и по горизонтали, в системе «коллега – коллега».

– психологически трудный контингент, например, дети с аномалиями характера, нервной системы и с задержками психического развития.

К внутренним факторам, обуславливающим эмоциональное выгорание, В.В. Бойко относит следующие факторы [2]: склонность к эмоциональной ригидности; интенсивная интериоризация (восприятие и переживание) обстоятельств профессиональной деятельности; слабая мотивация эмоциональной отдачи в профессиональной деятельности; нравственные дефекты и дезориентация личности (неспособность включать во взаимодействие с деловыми партнерами совесть, добродетель, добропорядочность, честность, уважение прав и достоинств другой личности).

Налаженной системы профессиональной поддержки учителя в массовой школе практически нет. Значит, сохранение и укрепление психического (и соматического) здоровья возможно при самостоятельном овладении современным педагогом методами и приёмами предупреждения болезненных стрессовых состояний.

О. Амбросимова выделила основные методы коррекции стрессовых состояний [1]:

1. Медицина поведения: концепция поисковой активности, приёмы психологической защиты, особенности общения в экстремальных условиях, что предусматривает следующие приёмы психологической защиты:

– перенос и переключение – отвлечение на посторонние предметы (хобби, домашние питомцы...).

– изменение масштаба событий – необходимость попытаться взглянуть на собственные переживания из отдалённого будущего со стороны, тогда интенсивность переживаний уменьшится;

– накопление радостей и мобилизация юмора – положительные эмоции – мощный антистрессовый фактор;

– отчуждение – мысленное представление неприятной ситуации и мысленное затушёвывание этого образа снижает эффект его отрицательного влияния;

– интеллектуальная переработка – необходимость поиска полезного для себя в плохом («нет худа без добра»).

– клин клином или *разумный* эгоизм – необходимость учиться не избегать травмирующих ситуаций, а наоборот «ускорять» их, не допускать длительного воздействия умеренного по силе стрессора;

– разрядка – разрядкой может быть физическая работа, любимое занятие, возможность выговориться.

– интуиция – предвидя стрессорирующие обстоятельства, человек сможет избежать или встретить неприятность приёмами психической защиты.

– мысленный барьер – мысленно очерчивайте психологический барьер, о который разбиваются все травмирующие воздействия.

2. Двигательная активность – при психоэмоциональном стрессе хорошую разгрузку дают танцы, плавание, бег.

3. Психотренинг и психоанализ: психофизиологические влияния (самовнушения, вызывания определённых мысленных образов); произвольное изменение тонуса мышечной системы; торможение коры головного мозга, которое достигается преднамеренным расслаблением мышц, сосредоточением внимания на ощущениях тепла, тяжести в теле, покоя и отдыха.

4. Массаж, самомассаж, воздействие на биологически активные точки (БАТ) – поглаживание, выжимание, разминание, вибрация, похлопывание легко снимают мышечные зажимы с наиболее уязвимых при нервном напряжении мест – лица, шеи, плеч и рук (наиболее приемлем пальцевой метод – акупрессура).

5. Медикаментозная коррекция стрессовых состояний – лекарственные препараты, используемые при коррекции стрессовых состояний.

С.И. Порфирьева считает хорошим способом избежания эмоционального выгорания работу в паре с коллегой, которому вы доверяете, совместные обсуждения профессиональных проблем, и взаимопомощь во всех организационных делах. Близки к этому методы супервизии и интервизии. Супервизор – это опытный, авторитетный коллега, к которому можно обратиться за помощью и советом. А интервизия – обсуждение в группе единомышленников, помогающих вам увидеть проблему с разных сторон, предлагающих разные пути ее решения [7].

Значит, основными средствами восстановления профессионального здоровья педагогов является психоэмоциональная и двигательная активность. К активным средствам относятся все формы лечебной физкультуры: разнообразные физические упражнения,

элементы спорта и спортивной подготовки, ходьба, бег и другие циклические упражнения и виды спорта, работа на тренажерах, хоротерапия, трудотерапия и др. Пассивные средства – массаж, мануальная терапия, физиотерапия, а психорегулирующие (психологические) – аутотренировка, мышечная релаксация, специально подобранные психотехники. Снижают риск выгорания сильная социальная, профессиональная поддержка, круг надёжных друзей и поддержка со стороны семьи.

#### Список литературы:

1. Амбросимова О. «Синдром профессионального выгорания у специалистов социальных профессий» Статья / [Электронный ресурс] // [http://www.strf.ru/science.aspx?CatalogId=363&d\\_no=24828](http://www.strf.ru/science.aspx?CatalogId=363&d_no=24828).
2. Бойко В. В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других. М: Наука 1996.
3. Бойко В.В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении. – СПб, 2005.
4. Маслач К. Профессиональное выгорание: как люди справляются.
5. Новикова Л.В. Социально-психологические, личностные и профессиональные факторы риска психического выгорания // Фестиваль педагогических идей газеты «Первое сентября». – 2006/2007г.
6. Осухова Н.Г., Кожевникова В.В. Возвращение к жизни: Методические материалы для ведущих тренингов и семинаров по профилактике профессионального выгорания // Помощь помощнику: социально-психологическое сопровождение социальных работников / Под ред. Н.Г.Осуховой. – М.: Изд-во «Амиго-пресс», 2006 [Электронный ресурс] // [http://www.pedlib.ru/Books/2/0110/2\\_0110-4.shtml](http://www.pedlib.ru/Books/2/0110/2_0110-4.shtml).

7. Порфирьева С.И. Профилактика профессионального выгорания педагога / Чувашский республиканский институт образования [Электронный ресурс] [http://gov.cap.ru/SiteMap.aspx?gov\\_id=121&id=814324](http://gov.cap.ru/SiteMap.aspx?gov_id=121&id=814324).

8. Форманюк Т.В. Синдром «эмоционального сгорания» как показатель профессиональной дезадаптации учителя. Журнал «Вопросы психологии», 1994/ [Электронный ресурс] // <http://www.hr-portal.ru/article/sindrom-quotemotsionalnogo-sgoraniyaquot-kak-pokazatel-professionalnoi-dezadaptatsii-uchitel>.

УДК 159.938.363.6

### **Понятие психологического здоровья в контексте личности**

***Виталия Ивановна Вадюник***

*студентка 3 курса, гуманитарный факультет,  
специальность «Практическая психология»,  
Мукачевский государственный университет,  
г. Мукачево, Украина  
e-mail: vadjunik-vtalja@rambler.ru*

*Аннотация. В статье рассмотрена проблема психологического здоровья личности и его критериев. Проанализирована взаимосвязь между психическим и психологическим здоровьем.*

*Ключевые слова: здоровье, личность, психологическое здоровье, психическое здоровье, критерии психического здоровья, критерии психического здоровья.*

***Abstract.** The article considers the problem of psychological health of individuals and its criteria. Analyzed the relationship between psychological and psychical health.*

***Keywords:** social protection, social work, social protection system, the theory of social protection. health, individual, psychological health, psychical health, criteria of the psychical and psychological health.*

Здоров'я людини є досить складним феноменом та може розглядатися як філософська, соціально-економічна, біологічна, медична, соціально-психологічна категорія, як об'єкт споживання, внесення капіталу, як індивідуальна і суспільна цінність, явище системного характеру, динамічне, постійно взаємодіюче з оточуючим середовищем, що, у свою чергу, постійно змінюється.

Уявлення про здоров'я людини завжди було динамічним, розвивалося паралельно з розвитком цивілізації, науки, зокрема знань про природу людини. Змінювалися також погляди на співвідношення таких понять як здоров'я і хвороба.

Здоров'я пов'язували з рівновагою і гармонією вже в античні часи. Алкмеон трактував здоров'я як гармонію або рівновагу протилежно спрямованих сил (різних станів, теплого і холодного, активного і нерухомого, тощо). Він вважав, що захворювання починається як наслідок єдиновладдя одного з таких елементів над іншими. Гіппократ стверджував, що здоров'я можливо при рівномірному змішуванні основних першоелементів тіла (крові, флегми, жовтої та чорної жовчі). Згідно з Платоном, здоров'я, як і краса, визначається відповідністю, потребує «згоди протилежностей» і виражається в рівному співвідношенні душевного і тілесного [4].

К. Роджерс вважав людину здоровою, якщо вона довіряє своєму організму та, як важливе джерело інформації, використовує свої відчуття, почуття й думки, а не поради інших [2].

З. Фройд вважав, що психологічно здорова людина – це та, яка здатна узгодити принцип задоволення з принципом реальності.

За К. Юнгом, здоровою може бути людина, яка асимілювала зміст свого несвідомого і вільна від захоплення будь-яким архетипом [3].

А в преамбулі статуту Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) записано, що **здоров'я – це стан повного фізичного, духовного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних вад** [2].

В цілому проблема здоров'я людини ставиться сьогодні в один ряд з такими фундаментальними науками, як фізика, хімія, біологія. За своєю практичною значимістю і актуальністю вона вважається однією з найскладніших проблем сучасної науки, яка не поступається таким напрямкам, як проблема охорони природи, довкілля [4].

Показники здоров'я розглядаються у сучасному соціумі, як індикатори рівня благополуччя (якості життя) суспільства в цілому та окремих його прошарків.

Рівень здоров'я людини визначається умовами життєдіяльності: навчання, праці та побуту, добробутом та гігієнічною культурою, а найбільше – способом життя. Спосіб життя включає в себе такі категорії, як рівень життя, якість його та стиль. Урахування важливості способу життя, поведінки у сфері здоров'я, як найважливіших детермінант здоров'я, не викликає сумніву.

Значення здоров'я в житті кожної людини та суспільства набуває сьогодні все більшої ваги. Проблематика його в сучасному суспільстві розглядається в контексті стану навколишнього середовища, соціально-економічного статусу, умов праці та побуту, способу життя.

Узагальнюючи думки фахівців щодо феномена здоров'я, можна сформулювати ряд аксіоматичних по своїй суті положень:

1. В абсолютному значенні здоров'я не існує. Абсолютне здоров'я –ідеал.

2. Кожна людина здорова умовно. Жодна людина не буває протягом всього життя цілком здоровою.

3. Кожна людина може бути здорова в певних умовах (клімат, їжа, праця). Є відповідні (нормальні) і невідповідні (шкідливі) життєві умови для конкретної людини. Умови, нормальні для однієї, можуть бути ненормальними для іншої.

При всій важливості поняття здоров'я не так просто дати йому вичерпне визначення. Кількість спроб впоратися з цим завданням збільшується, але яке б влаштувало усіх рішення поки не знайдено [4].

У сучасних дослідженнях проблеми здоров'я виокремлюються біомедичний, соціальний та гуманітарний підходи.

З розвитком гуманітарної методології пов'язане виникнення поняття «психологічне здоров'я» Сам термін «психологічне здоров'я» неоднозначний. Він має широке тлумачення і включає в себе ряд **чинників функціонування особистості, в тому числі підпорядковує собі психічне здоров'я особистості.**

Розкриваючи поняття психічного здоров'я, Всесвітня організація охорони здоров'я виокремлює сім компонентів: 1) усвідомлення постійності та ідентичності свого фізичного і психічного; 2) постійність й однаковість переживань в однотипних ситуаціях; 3) критичне ставлення до себе і своєї діяльності; 4) адекватність психічних реакцій впливу середовища; 5) здатність керувати своєю поведінкою відповідно до встановлених норм; 6) планування власної життєдіяльності і реалізація її; 7) здатність змінювати свою поведінку залежно від зміни життєвих обставин [5].

Поняття «психологічне здоров'я» введено до термінологічного словника сучасної психологічної науки І. В. Дубровіною. На думку автора, термін «психічне здоров'я» стосується окремих психічних процесів і механізмів, а термін «психологічне здоров'я» охоплює особистість загалом,

тісно пов'язаний з вищими проявами людського духу і дозволяє виокремити і підкреслити власне психологічний аспект проблеми психічного здоров'я на відміну від медичного, соціологічного, філософського та інших аспектів [1].

Існують наукові погляди, згідно яких психологічне здоров'я розуміється як здатність особистості до самореалізації, самоактуалізації, адекватного самоприйняття себе та світу. Важливою складовою психологічного здоров'я особистості є наявність сенсу життя (І. Дубровіна, А. Маслоу, В. Франкл); приділяється увага аспекту міжособистісних стосунків як важливому критерію психічного та психологічного здоров'я (А. Адлер, Б. Братусь, Е. Фромм).

Цінним є розуміння психологічного здоров'я представниками гештальт-терапії, які визначають такі його аспекти: саморегуляція (гомеостаз) – спонтанна здатність організму організовувати своє усвідомлення і поведінку таким чином, щоби зняти напругу на межі контакту організму та середовища і встановити відносну рівновагу; творче пристосування – здорове пристосування означає баланс між власними потребами людини і потребами інших людей; цілісність, інтеграція – стан інтеграції різноманітних аспектів людського буття: «розуму», «душі» та «тіла», а також «внутрішніх» та «зовнішніх» процесів; здоровий контакт – це цілісність, що складається з усвідомлення, моторної реакції і почуття; здатність до зростання і розвитку; автономність; наявність значущих стосунків, здатність до близькості; агресивність – здатність своєчасно і достатньо повно

використовувати власну агресію у контакті (І. Булюбаш, О. Мелешко, О. Смірнов та ін.) [4].

Г.І. Малейчук аналізуючи взаємозв'язки психічного та психологічного здоров'я, зазначає, що психологічне здоров'я є вищим рівнем прояву здоров'я психічного. На думку автора, воно визначається ціннісно-смісловим змістом розвитку особистості. В.С. Хомік розглядає психологічне здоров'я з точки зору реверсивної теорії особистості М. Аптера, який пропонує концепцію мотиваційного розмаїття: психологічне здоров'я залежить від повноти емоційних і поведінкових проявів. Воно проявляється у великому спектрі психологічних станів, широкій гамі емоційних реєстрів і переживанні мотиваційного розмаїття. А умовами здорового соціального розвитку особистості є зміни, непослідовність і нестабільність [5].

Оцінюючи рівень психічного здоров'я людини, використовують різноманітні критерії. Найбільш інформативними, на думку більшості авторів, є:

1. відповідність суб'єктивних образів відображуваним об'єктам дійсності і характеру реакцій – зовнішнім подразникам;
2. адекватний віку рівень зрілості особистості, зокрема емоційно-вольової та пізнавальної сфер;
3. адаптивність у мікросоціальних стосунках, здатність до свідомого планування життєвих цілей і підтримання активності у їхньому досягненні.

Критеріями психологічного здоров'я натомість є:

– *серед властивостей особистості*: оптимізм, зосередженість, урівноваженість, етичність, адекватний рівень вимог, почуття обов'язку, впевненість у собі, невразливість до образ (уміння позбавлятися образ), працелюбство, незалежність, безпосередність, відповідальність, почуття гумору, доброзичливість, терпимість, самоповага, самоконтроль;

– *серед психічних станів*: стійкість, зрілість почуттів, володіння негативними емоціями (страх, гнів, жадоба), вільний природний прояв почуттів та емоцій, здатність радіти, збереження звичного оптимального;

– *серед психічних процесів*: адекватне сприйняття самого себе; здатність до логічної обробки інформації; критичність мислення; креативність; знання себе; дисципліна розуму (управління думками).

Особливого значення серед критеріїв психологічного здоров'я особистості надається мірі інтегрованості особистості, її гармонійності, врівноваженості, а також таким складовим її спрямованості, як духовність, пріоритет гуманістичних цінностей (добра, справедливості, любові, краси та ін.), орієнтація на саморозвиток, збагачення своєї особистості [1].

Психологічне здоров'я є втіленням соціального, емоційного та духовного благополуччя, оскільки потенційною передумовою забезпечення життєвих потреб щодо активного способу життя, досягнення власних цілей, адекватної й оптимальної взаємодії із людьми. Психологічне здоров'я стосується його семантичних аспектів, властивостей «Я» та охоплює сутнісні властивості ціннісно-мотиваційної та ноогенної сфер людини.

Психологічне здоров'я – це комплексний показник, який характеризує психологічний механізм захисту особистості від психосоматичних захворювань, психологічна система безпеки, особистісний динамічний потенціал розвитку духовності, а психічне здоров'я як медичний термін констатує лише відсутність психічних захворювань, нормує критерії свідомості, пізнавальної, емоційної, рухово-вольової сфер психічної діяльності людини. Психологічно здорові люди особистісно активні, прагнуть проявляти свою вдачу, життєрадісні та самодостатні, спостережливі до себе та оточуючого

світу, критичні. Саме психологічне здоров'я, на думку низки дослідників, є головною умовою самоактуалізації особистості, її повноцінного розвитку та функціонування.

#### Список літератури:

1. Коробка Л. Психологічне здоров'я людини в контексті здорового способу життя [Електронний ресурс] <http://www.socialscience.com.ua>.

2. Коцан І. Я., Ложкін Г. В., Мушкевич М. І. К 75 Психологія здоров'я людини / За ред. І. Я. Коцана. – Луцьк: РВВ —Вежа // Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки, 2011. – 430 с.

3. Максименко С.Д. Переживання як психологічний механізм саморозвитку особистості. Педагогічний процес: теорія і практика: наук. пр. / С.Д.Максименко – К.: ЕЗКМО, 2005. [Вип. 3]. – С. 343-361.

4. Психология здоровья: Учебник для вузов / Под ред. Г.С. Никофорова. – СПб.: Питер, 2006. – 607 с.

5. Степанов О. М. Психологічна енциклопедія / О.М.Степанов – К.: «Академвидав», 2006. – 424 с.

**Психологическое благополучие и используемые стили юмора  
в юности**

**Галина Викторовна Гатальская**

*к.пед.н., доцент,*

*Белорусский государственный педагогический*

*университет имени М. Танка,*

*г. Минск, Р. Беларусь*

*e-mail: gatalskaa@mail.ru*

**Светлана Александровна Преснякова**

*магистрант,*

*Белорусский государственный педагогический*

*университет имени М. Танка,*

*г. Минск, Р. Беларусь*

*e-mail: presnyakova.sveta@mail.ru*

***Аннотация.** В статье рассматривается феномен юмора как важная характеристика личности, как форма совладающего поведения. Проведенное нами исследование показывает, что подростки часто прибегают к агрессивному и самоуничижительному юмору. В статье описаны взаимосвязи используемых стилей юмора и показателей психологического благополучия в подростковом и юношеском возрасте.*

***Ключевые слова:** стиль юмора, психологическое благополучие.*

***Abstract.** The article discusses the phenomenon of humor as important characteristics of the individual, as a form of controlling behavior. Our research shows that adolescents often resort to aggressive and self-deprecating humor. The article discusses the connection between humor*

*styles and indicators of psychological well-being in adolescence and young adulthood.*

**Keywords:** *humor style, psychological well-being.*

В настоящее время в изучении психологии юмора уделяется внимание преимущественно позитивному влиянию юмора и смеха на физическое и психологическое состояние человека.

Феномен юмора затрагивали в своих работах З. Фрейд, А. Адлер, Р. Кеттел, Г. Олпорт и др.

З. Фрейд считал позитивный юмор одним из наиболее здоровых защитных механизмов, в отличие от насмешки как средства выражения социально неприемлемых агрессивных и сексуальных импульсов.

Г. Айзенк отмечал, что в соответствии с типологическими особенностями, для интровертов предпочтителен в юморе когнитивный компонент, а для экстравертов – экспрессивный компонент.

В исследовании юмора Р. Кеттел провел кластеризацию 100 шуток по оценкам испытуемых. В результате Р. Кеттелом была выявлена латентная структура, которая включала 5 ортогональных факторов: добродушная уверенность в себе; упорное доминирование; спокойная чувствительность; смиренное высмеивание; вежливая утонченность. Полученные факторы характеризуют личность с точки зрения устойчивости к воздействиям и являются взаимосвязанными с основными личностными характеристиками. Таким образом, чувство юмора является устойчивой характеристикой личности [1].

Г. Олпорт отмечает, что способность к самопознанию и философскому чувству юмора, то есть юмора, направленного на самого себя, является характеристикой зрелой личности [2].

В современной зарубежной психологии феномен юмора исследовали Р. Мартин, Р. Провайн, Р. Уайр, Дж. Коллинз и др.

Р. Мартин рассматривает юмор как форму игры, которая включает в себя когнитивный, эмоциональный и поведенческий компоненты. Все элементы юмора имеют социальное измерение [3].

В российской психологии данную проблему изучали – С. Л. Рубинштейн, А.Н. Лук, Е. М. Иванова, О. В. Митина, А. В. Дмитриева и др.

По мнению С.Л. Рубинштейна, способность к пониманию смешного зависит от интеллектуального развития личности, ее культурного уровня [4].

А.Н. Лук, рассматривает юмор как способность обесценивания смехом объекта, на который он направлен.

По мнению Е.М. Ивановой, юмор является формой совладающего поведения (2006).

В юморе можно выделить четыре основных компонента: социальный контекст, когнитивно-перцептивный процесс, эмоциональную реакцию, вокально-поведенческое выражение смеха [4].

Различные формы юмора используются в социальном контексте для преодоления неприятностей. При этом, чем сильнее эмоциональное возбуждение и напряжение, вызванное стрессовыми событиями, тем впоследствии большее удовольствие от юмора и громче смех [5].

Для юмора восточных славян характерен ряд особенностей, которые обусловлены культурными факторами, менталитетом.

Следует выделить парадоксальность восточно-славянского юмора. Его основная цель – освещение, отражение, осознание общепризнанных ошибок или пороков и умение преподнести это в литературном юмористическом плане [6].

Нами было проведено эмпирическое исследование с целью изучения используемого стиля юмора в подростковом и юношеском возрасте. Мы гипотетично предположили, что используемый юношами

и девушками стиль юмора взаимосвязан с субъективным психологическим благополучием. С этой целью нами были использованы следующие психодиагностические методики: опросник оценки психологического благополучия Рифф, опросник стилей юмора Р. Мартина.

Опросник стилей юмора (Humor Styles Questionnaire – HSQ) выявляет аффилиативный, самоподдерживающий, агрессивный и самоуничижительный стиль юмора.

Опросник субъективного психологического благополучия Рифф позволяет определить уровень психологического благополучия, по следующим шкалам: автономность, компетентность, личностный рост, позитивные отношения, жизненные цели, самопринятие.

Характеристики выборочной совокупности. Выборочную совокупность составили 123 человека, среди них (9,9%) юноши младше 15 лет, (8,3%) девушки младше 15 лет, (42,1%) юноши в возрасте 15-16 лет, (39,7%) девушки 15-16 лет. Все участники исследования – минские гимназисты.

Результаты исследования. Исследование позволило выявить, что во взаимодействии юноши и девушки чаще всего используют агрессивный юмор (49%), что не может не вызывать тревогу, поскольку это разрушает отношения, ухудшает психологический климат в группе. Около трети старшеклассников в отношении себя используют самоуничижительный юмор, что у психологов и педагогов должно вызывать беспокойство, так как это подрывает самооценку, самоуважение.

По выборочной совокупности гендерные показатели положительно коррелируют с выбираемой стратегией юмора. Для юношей характерно подтрунивать над человеком, если он допускает ошибку ( $r = 0,36$ ;  $p \leq 0,05$ ), или, если человек не нравится ( $r = 0,40$ ;  $p \leq$

0,05). Таким образом, юноши в большей степени проявляют агрессивный стиль юмора, нежели девушки.

При выборе стратегии юмора белорусские девушки в большей степени склонны придерживаться самоподдерживающего юмора: «По опыту я знаю, что попытка найти что-то смешное в ситуации – хороший способ справиться с трудностями» ( $r= 0,40$ ;  $p \leq 0,05$ ).

Нам удалось выявить, что показатели выбираемого стиля юмора положительно коррелируют с некоторыми шкалами субъективного психологического благополучия. Так молодые люди, у которых доминирует аффилиативный и самоподдерживающий стили юмора,

- выстраивают позитивные отношения с другими, а также проявляют целеустремленность ( $r= 0,55$ ;  $p \leq 0,05$ );

- склонны в большей степени принимать себя ( $r= 0,36$ ;  $p \leq 0,05$ ), а также к поиску и определению смысла жизни ( $r= 0,32$ ;  $p \leq 0,05$ );

- в большей степени стремятся строить планы на будущее и воплощать их в жизнь ( $r= 0,53$ ;  $p \leq 0,05$ ).

- Юноши и девушки с аффилиативным стилем юмора

- стремятся рационально распределять свое время ( $r= 0,62$ ;  $p \leq 0,05$ ), а также выполняют поставленные цели вовремя ( $r= 0,60$ ;  $p \leq 0,05$ );

- проявляют склонность к самопознанию и активной жизненной позиции ( $r= 0,56$ ;  $p \leq 0,05$ );

- в меньшей степени склонны к конформизму ( $r= 0,35$ ;  $p \leq 0,05$ ), то есть на их решение не влияет то, как в таких случаях поступают другие люди.

Юноши и девушки, использующие агрессивный юмор,

- проявляют негативное отношение к другим, когда допускают ошибку ( $r= 0,30$ ;  $p \leq 0,05$ ), склонны подтрунивать над другими ( $r= 0,55$ ;  $p \leq 0,05$ ); стремятся высказывать свое мнение, которое противоречит мнению других ( $r= 0,46$ ;  $p \leq 0,05$ );

– имеют слабые коммуникативные навыки ( $r= 0,42$ ;  $p \leq 0,05$ ), испытывают трудности в установлении контактов с другими ( $r= 0,39$ ;  $p \leq 0,05$ );

– не склонны к самоиронии ( $r= 0,37$ ;  $p \leq 0,05$ );

– испытывают трудности в способности развеселить других ( $r= 0,34$ ;  $p \leq 0,05$ );

– стремятся всегда найти что то смешное для преодоления сложной ситуации ( $r= 0,37$ ;  $p \leq 0,05$ );

– чаще оценивают себя, опираясь на собственные мерки, а не в соответствии с критериями других ( $r= 0,39$ ;  $p \leq 0,05$ ).

Юноши и девушки с самоуничижительным стилем юмора

– позволяют – другим смеяться над собой, для поддержания дружеских и теплых отношений ( $r= 0,53$ ;  $p \leq 0,05$ );

– чаще негативно относятся к себе ( $r= 0,42$ ;  $p \leq 0,05$ );

– оценивают себя как недостаточно способных людей ( $r= 0,41$ ;  $p \leq 0,05$ ), а также испытывают нехватку теплых и доверительных отношений с другими ( $r= 0,43$ ;  $p \leq 0,05$ ) и в результате избегают близких, а также дружеских отношений ( $r= 0,52$ ;  $p \leq 0,050$ );

– переживают разочарование своими жизненными достижениями ( $r= 0,56$ ;  $p \leq 0,05$ ), а также жизнью в целом ( $r= 0,61$ ;  $p \leq 0,05$ );

– испытывают трудности в выстраивании планов на будущее ( $r= 0,29$ ;  $p \leq 0,05$ ), для них характерна самоирония ( $r= 0,36$ ;  $p \leq 0,05$ );

– испытывают трудности и напряжение при взаимодействии с другими ( $r= 0,29$ ;  $p \leq 0,05$ );

– не смеются в смешных ситуациях и не шутят над другими, если это кого-то может обидеть ( $r= 0,48$ ;  $p \leq 0,05$ ).

Нами также осуществлялась работа с фокус-группой. Ее составили подростки-гимназисты 14 лет, учащиеся 9-го класса.

Большинство из них подчеркнули значимость проявления чувства юмора во взаимодействии с другими и по отношению к себе. Однако почти все (95%) отметили, что в общении с другими используют агрессивный юмор, подчеркивая, что «это – норма», «помогает закалять характер», «корректировать поведение». В силу этого более трети подростков склонны продолжать отношения с теми, кто их агрессивно высмеивает, использует иронию и сарказм, как правило, реагируя ответными насмешками, смешными оскорбительными прозвищами и др.

По отношению к себе подростки, по их оценкам, чаще используют самоуничижительный юмор (60%), объясняя, что «это бывает справедливым», «все зависит от ситуации».

Работа с фокус-группой по обозначенной проблеме помогла подросткам понять, что люди, использующие агрессивный и самоуничижительный стиль юмора, как правило, имеют трудности с самооценкой, самопринятием, достижением успехов в коммуникации с другими. А также, что доминирующий стиль юмора взаимосвязан с психологическим благополучием. Агрессивный юмор может разрушать позитивный характер отношений с другими, а дружелюбный – укреплять. Использование самоподдерживающего стиля юмора способствует принятию себя, стимулирует личностный рост.

Проведенное исследование показало значимость юмора в подростковом и юношеском возрасте. А также позволило выявить тревожные тенденции доминирования агрессивного и самоуничижительного стиля юмора особенно в подростковой среде. Отчасти это объясняется возрастными особенностями, кризисом подросткового возраста. Однако, будучи усвоенными, эти поведенческие модели с включением агрессивного и самоуничижительного юмора не способствуют росту психологического

благополучия, здоровья личности, стимулируют развитие конфликтности в отношениях с другими, разрушают позитивный психологический климат в социуме в целом.

Все это говорит о необходимости организации психологического просвещения с подростками и юношеством в выше обозначенном направлении.

#### Список литературы:

1. Кеттел Р. Психология индивидуальности. Факторные теории личности – СПб.: Питер, 2007. – С.128.
2. Олпорт Г. Становление личности. Избранные труды. – М.: Смысл, 2002. – С. 256.
3. Мартин Р. Психология юмора. – СПб.: Питер, 2009. – С. 342.
4. Иванова Е.М. Исследования чувства юмора в психологии // Вопросы психологии. – 2006. – №4. – С.122.
5. Майерс Д. Социальная психология. – СПб.: Питер, 2009. С. 440.
6. Вальянов Н.А. Специфика русского юмора: Материалы IV Международной студенческой электронной научной конференции «Студенческий научный форум» 15 февраля-31 марта 2012 г. – С. 37.

**Формирование культуры здорового образа жизни участников образовательного процесса в сельской школе**

***Елена Викторовна Дворникова***

*к.пед.н.,*

*Ярославский государственный университет им. П.Г. Демидова,*

*г. Ярославль, Россия*

*e-mail: dvornikova.71@mail.ru*

***Анна Владимировна Кошелева***

*к.полит.н.,*

*Ярославский государственный университет им. П.Г. Демидова,*

*г. Ярославль, Россия*

*e-mail: a.kruchinina@mail.ru*

***Аннотация.*** В статье рассматриваются вопросы применения здоровьесберегающих технологий в сельской школе, формирования культуры здорового образа жизни у учащихся сельской школы.

***Ключевые слова:*** здоровьесберегающие технологии, здоровый образ жизни, физическая культура и спорт.

***Abstract.*** The article deals with the application of technology in health-rural school, build a culture of healthy lifestyles among pupils of rural school.

***Keywords:*** School health technology, healthy lifestyle, physical culture and sports.

Одной из приоритетных целей демографической политики и политики народосбережения правительства Российской Федерации является сохранение и укрепление здоровья населения, и молодого поколения в частности, увеличение роли профилактики заболеваний и

формирования здорового образа жизни [4]. В этой связи особое внимание должно уделяться здоровьесбережению в общеобразовательных учреждениях.

Анализ деятельности МОУ Пестрецовская ООШ Ярославского района Ярославской области показывает, что в настоящее время наблюдается тенденция к повышению уровня заболеваемости детей, снижению двигательной активности, возрастает количество освобожденных учащихся от занятий физической культурой, увеличивается количество противопоказаний к занятиям физической культурой и спортом. К таким последствиям приводят: возрастание объема и усложнение учебной нагрузки, низкий уровень заинтересованности учебными предметами, нежелание самостоятельно изучать дополнительную литературу по предмету, оценка, а для обучающихся 5-х классов – новая форма обучения, связанная с изменением расписания, расположением кабинетов, обучением у нескольких учителей сразу; необходимость заново выстраивать взаимоотношения.

Все эти факторы несут в себе стрессовую нагрузку, влияющую на психологическое состояние и здоровье ребенка в целом. Последствия могут выражаться в быстрой утомляемости, заторможенности, расстройстве сна, кошмарных сновидениях, боли в суставах и мышцах.

На здоровье ребенка также влияет и недостаточная двигательная активность, отсутствие здорового образа жизни. Популяризация телевидения и интернета, приводит к тому, что школьники все меньше двигаются, больше сидят за компьютерами. В связи с этим у детей все чаще наблюдаются заболевания, связанные с опорно-двигательным аппаратом, нарушениями осанки, плоскостопием, снижением зрения, нервно-психические расстройства.

Влияние всех перечисленных факторов ставит ряд вопросов: как

достаточно эффективно организовать учебную деятельность без ущерба здоровью школьников? Как научить их ценить и беречь собственное здоровье?

Для решения данной проблемы в МОУ Пестрецовская ООШ Ярославского района Ярославской области нами были определены следующие направления деятельности: создание условий, способствующих развитию мотивации школьников к занятиям физической культурой и осознанному отношению к здоровью; обеспечение учащихся необходимой достоверной информацией и технологиями в области формирования здорового образа жизни; применение индивидуально-дифференцированных нагрузок на уроках.

Еще в 2011-2012 учебном году в школе был разработан инновационный проект «Управление качеством здоровьесбережения в школе». В рамках реализации проекта, а так же для расширения возможностей школьников, увеличения их уровня заинтересованности был закуплен инвентарь для занятий, переоборудовано освещение актового зала, приобретено некоторое нестандартное оборудование, в физкультурном зале установлен мультимедийный тренажер, заасфальтирована беговая дорожка.

Изучив условия сельского социума, а именно в нем располагается МОУ Пестрецовская ООШ, личные дела обучающихся, в 2013 году совместно с учителем физической культуры мы начали работу по методической теме «Занятия физической культурой как средство коррекции поведения трудных подростков на селе». Статистические данные социальной службы школы за 2013, 2014 года свидетельствуют, что обучающиеся школы не совершали противоправных поступков, отсутствовали и зарегистрированные факты употребления детьми запрещенных веществ.

В 2013/14 учебном году совместно с учителем физической

культуры была разработана авторская программа «Хоккей с шайбой». Актуальность данной программы стала очевидной, так как в этом сельском поселении ярославского муниципального района, как и в большинстве других сельских поселений, наблюдается отсутствие детских спортивных центров, однако имеется открытый ледовый корт.

Работа по программе «Хоккей с шайбой» способствовала возникновению у детей положительного отношения к физической культуре и спорту, а также развитию потребностей к самостоятельным занятиям, формированию профессиональных навыков с целью достижения высоких спортивных результатов.

В 2014-2015 учебном году в школе совместно с заместителем директора по безопасности была разработана программа по формированию культуры здорового и безопасного образа жизни. Это комплексная программа направлена на формирование знаний, установок, личностных ориентиров и норм поведения, обеспечивающих сохранение и укрепление физического и психического здоровья как одного из ценностных составляющих, способствующих познавательному и эмоциональному развитию ребенка.

Таким образом, забота о здоровье учащихся в школе стала являться одним из приоритетов работы всего педагогического коллектива, в том числе и учителей физической культуры. Как же используются здоровьесберегающие технологии на уроках физической культуры?

К здоровьесберегающим образовательным технологиям мы относим технологии, которые основаны на возрастных особенностях познавательной деятельности детей, обучении на оптимальном уровне трудности (сложности), вариативности методов и форм обучения, оптимальном сочетании двигательных и статических нагрузок, обучении в малых группах, использовании наглядности, сочетании

различных форм предоставления информации, создании эмоционально благоприятной атмосферы, формировании положительной мотивации к учебе, на культивировании у обучающихся знаний по вопросам здоровья [5].

Использование здоровьесберегающих технологий прежде всего предполагает установление взаимосвязи с медицинским работником школы, знакомство с результатами медицинских осмотров детей, учета в работе показания медицинских работников в листе здоровья школьников.

Очень важно правильно организовать и урок физической культуры, поскольку он является основной формой педагогического процесса. Сущность здоровьесберегающего урока состоит в том, что этот урок обеспечивает ребёнку и учителю сохранение и увеличение их жизненных сил от начала и до конца урока, а также позволяет использовать полученные умения самостоятельно во внеурочной деятельности и в дальнейшей жизни.

При планировании и проведении урока физической культуры необходимо опираться на основные современные требования с комплексом здоровьесберегающих технологий [3]: рациональная плотность урока; включение в урок вопросов, связанных со здоровьем учащихся, способствующих формированию у школьников ценностей здорового образа жизни и потребностей в нем; оптимальное сочетание различных видов деятельности; выбор методов и приёмов обучения, способствующих активизации инициативы и творческого самовыражения учащихся; формирование внешней и внутренней мотивации деятельности учащихся; осуществление индивидуального подхода к учащимся с учетом личностных возможностей; создание благоприятного психологического климата, ситуации успеха и эмоциональной разрядки; включение в урок приемов и методов,

способствующих самопознанию возможностей своего организма, развитию навыков самооценки уровня своего физического развития; целенаправленная рефлексия своей деятельности в течение всего урока и в итоговой его части.

Основными принципами здоровьесберегающего урока, направленными на укрепление физиологического и психологического здоровья являются: принцип двигательной активности; принцип оздоровительного режима; принцип формирования правильной осанки, навыков рационального дыхания и т.д.; принцип реализации эффективного закаливания; принцип психологической комфортности; принцип опоры на индивидуальные особенности и способности ребёнка[2].

Для реализации данных принципов учителями используются следующие педагогические методы и приёмы обучения:

1. Повышение двигательной активности детей.
2. Эмоциональный климат урока: комфортное начало и окончание урока обеспечивает положительный эмоциональный настрой учащихся.
3. Музыкальная терапия. Так, тихая мелодичная музыка, используемая в заключительной части урока, обладает седативным действием и нормализует функции сердечно-сосудистой системы. Ритмичная музыка, применяемая во вводной части урока, вызывает повышение тонуса скелетной мускулатуры, оказывает благоприятное влияние на деятельность внутренних органов и систем. Мажорные мелодии придадут школьнику бодрость, улучшат самочувствие, психоэмоциональное состояние.

В 2015-2016 учебном году в практику ведения учебных занятий по физической культуре мы решили внедрить различные виды индивидуального дифференцирования нагрузки. Обеспечение дифференцированного и индивидуального подходов к обучающимся с

учётом состояния здоровья, пола, физического развития, двигательной подготовленности, особенностей развития психических свойств должно быть доминирующим требованием современного урока.

Наиболее емким направлением организации индивидуально-дифференцированного подхода мы считаем учет состояния здоровья детей при планировании и проведении физкультурно-оздоровительной работы. Помимо диагностирования уровня двигательного развития ежегодно в сентябре каждого учебного года проводится мониторинг здоровья школьников. Данные мониторинга вносятся в классные журналы в листок здоровья, в которых отмечается группа здоровья, особенности состояния здоровья и его изменения в течение года. На основании этих данных учителем физической культуры составляется «Паспорта здоровья класса», в котором отмечаются основные противопоказания для конкретного диагноза и рекомендуемые упражнения.

Все направления дифференциации двигательной нагрузки взаимопроникают друг в друга и практически не встречаются в чистом виде. Поэтому на занятии зачастую проводится комплексная дифференциация. И наиболее легкий способ ее реализовать – это использовать прием круговой тренировки, позволяющий включить одновременно в занятие всех детей, с учетом индивидуального задания на отдельном участке зала («спортивной станции»), при этом контролировать изменение сложности и продолжительности упражнений при работе с детьми 2 и 3 группы здоровья. А комбинирование игрового, соревновательного и кругового методов способствует контролю нагрузки.

Огромное значение имеет возможность проводить занятия на свежем воздухе, в результате которых повышается работоспособность, снижается утомляемость, повышается заинтересованность.

Немалое внимание уделяется нами и домашнему заданию, способствующему приучению к самостоятельности и являющемуся первым шагом в долгом процессе самосовершенствования.

Для осуществления контроля и определения уровня физической подготовленности, в школе проводится тестирование учащихся. В результате выделяются группы учащихся, для которых разрабатываются комплексы упражнений, направленные на развитие отстающих физических качеств.

Для достижения оптимального уровня физической подготовленности, развития двигательных способностей, поддержания уровня здоровья необходимо особое внимание уделять внеклассным формам физкультурно-оздоровительной и спортивно-массовой работы [1]. Они способствуют закреплению умений и навыков. Так, в школе постоянно организуются и проводятся спортивные праздники, Дни здоровья, Конкурс безопасное колесо, организуется подготовка команд к школьным, муниципальным соревнованиям. Участие в соревнованиях различных уровней способствует привлечению школьников к занятиям в секциях в спортивных школах района и города Ярославля.

Вопрос о сохранении здоровья становится одним из важных при планировании летнего оздоровительного отдыха. Ежегодно, в июне месяце, в школе организуется летний оздоровительный лагерь и трудовые отряды. Проведение утренних зарядок, чередование спортивных игр и различных мероприятий позволяют весело и интересно доносить до детей основные принципы здорового образа жизни, способствуют развитию их интереса.

Результаты деятельности МОУ Пестрецовская ООШ, показывают, что использование здоровьесберегающих технологий, в том числе индивидуального дифференцирования нагрузок в образовательном процессе, способствовали повышению успеваемости по предмету,

возрастанию уровня интереса обучающихся, повышению мотивация к соблюдению здорового образа жизни, улучшению динамики состояния здоровья обучающихся.

#### Список литературы:

1. Галан Т.Г. Здоровьесбережение в рамках внеурочной деятельности в основной школе (из опыта работы учителя) [Текст] / Т. Г. Галан // Теория и практика образования в современном мире: материалы IV междунар. науч. конф. г. Санкт-Петербург, 2014 г. – СПб., 2014. – С. 77-79.

2. Курина И.А. Здоровьесберегающие технологии, применяемые на уроках физической культуры. [Электронный ресурс] URL: <http://www.kurch-gim1.ru/metod-kopilka/56-fizicheskaya-kultura-/563-zdorovesberegayushhie-texnologii-primenyaemye-na-urokax-fizicheskoy-kultury.html> (дата обращения: 28.01.2016).

3. Мишин Б.И. Настольная книга учителя физической культуры: справ.-метод, пособие / сост. Б. И. Мишин. – М.: ООО «Изд-во АСТ»; ООО «Изд-во Астрель», 2003. – 526 с.

4. Распоряжение Правительства РФ от 17 ноября 2008 года №1662-р «О Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020 года» [Электронный ресурс] URL: <http://base.garant.ru/194365/> (дата обращения: 28.01.2016).

5. Смирнов Н.К. Здоровьесберегающие образовательные технологии и психология здоровья в школе / Н.К. Смирнов. – Москва: Аркти, 2006. – 320 с.

**Психологические особенности женщин с гинекологической патологией**

**Шао Цзе Дин**

*аспирант кафедры психологического консультирования и психотерапии,*

*Харьковский Национальный университет имени В.Н. Каразина,*

*г. Харьков, Украина*

*e-mail: dindinkit1985@mail.ru*

**Аннотация.** Работа посвящена исследованию психологических особенностей женщин, больных миомой матки и эндометриозом. В исследовании приняли участие 54 пациентки с миомой матки и 49 пациенток с эндометриозом. Показано, что женщинам с гинекологическими заболеваниями присущи снижение активности, недостаток способности к ведению продуктивного диалога и конструктивной дискуссии, склонность к избеганию конфронтаций вследствие страха разрыва симбиотических отношений; неразвитая способность к адекватному реагированию эмоциональных переживаний в межличностных ситуациях.

**Ключевые слова:** миома матки, эндометриоз, психологические особенности.

**Abstract.** The work is devoted to the study of the psychological characteristics of women with uterine cancer and endometriosis. The study involved 54 patients with uterine cancer and 49 patients with endometriosis. It is shown that women with gynecological diseases characterized by decreased activity, lack the ability to conduct a productive dialogue and constructive discussion tendency to avoid confrontations arising out of fear breaking a symbiotic relationship; undeveloped ability to adequate emotional

*abreaction worry in interpersonal situations.*

**Keywords:** *uterine fibroids, endometriosis, psychological characteristics.*

Любое заболевание дезорганизует социальную и психологическую жизнь и может, в ряде случаев, переживаться даже более остро, чем нарушения соматического функционирования (Л.И. Вассерман, 2010). Заболевания, касающиеся интимной стороны, являются мощным психотравмирующим фактором, при котором роль психологических особенностей значительно возрастает (Г.И. Брехман, 1990; В.Д. Менделевич, 2002; С.Д. Максименко 2008; А.А. Макаренко с соавт., 2010). При гинекологических заболеваниях возможны возникновения психоэмоциональных нарушений, нарушения системы значимых отношений, сужение круга контактов с людьми, изменения женской и социальной роли, позиции по отношению ко всем жизненным ситуациям (В.Д. Менделевич, 2002; Е.А. Потемкина, 2012). Гинекологические заболевание маркированы переживаниями вины, стыда, тревоги, чувством неполноценности (В.М. Банщикова, 1967; С.Д.Максименко, 2008; Е.А. Потемкина, 2012). Укрепившаяся в последние годы биопсихосоциальная модель гласит, что психосоциальные факторы играют роль в течении любых расстройств, а также в их лечении и реабилитации (Л.И. Вассерман, 2007, 2004; Б.Д. Карвасарский, 2002 и др.). Тяжесть течения гинекологического заболевания, его хронизация, отношение к лечению во многом зависят от психологических особенностей пациенток (В. Бройтигам, 1999; Г.И. Брехман, 1990; М.В. Маркова, 2009; Н. Matsubayshi). Для более эффективной помощи гинекологическим больным необходимы исследования психологических аспектов проблемы. Изучение психологических особенностей женщин с гинекологической патологией

позволит создать программу психотерапевтической помощи с учетом дезадаптивных составляющих, а также с опорой на личностные ресурсы женщин. Установление конкретных психологических особенностей, свойственных той или иной гинекологической патологии, необходимо для определения мишеней психокоррекции и разработки эффективных мероприятий психологической помощи этому контингенту пациенток.

В исследовании приняли участие 54 женщины с миомой матки (D 25) и 49 женщин с эндометриозом. Основная группа. Группа 1 – 54 женщины с миомой матки, продолжительность заболевания от 1 до 9 лет, возраст от 29 до 49 лет, из них 47 состоят в браке, 53 женщины имеют детей, 50 имеют высшее образование, 3 – среднее специальное, 1 – среднее образование, все женщины на момент исследования имели трудовую занятость. Группа 2 – 49 женщин с эндометриозом, продолжительность заболевания от 1 до 8 лет, возраст от 27 до 45 лет, из них 45 состоят в браке, 46 женщин имеют детей (3 женщины имели трудности с зачатием и вынашиванием беременности), 45 женщин имеют высшее образование, 2 – неоконченное высшее, 2 – среднее специальное, все женщины на момент исследования имели трудовую занятость. Контрольная группа. Гр.3. – 50 женщин без диагностированного гинекологического заболевания, в возрасте от 25 до 50 лет, 45 женщин состоят в браке, 46 женщин имеют детей, 45 женщин имеют высшее образование, 2 – неоконченное высшее, 2 – среднее образование, все женщины на момент исследования имели трудовую занятость. Установлено, что у женщин с гинекологической патологией отмечается выраженность алекситимических черт. При этом в группе женщин, больных эндометриозом, характерны «пограничные» показатели алекситимии, в то время как у женщин с миомой матки диагностируется высокая выраженность алекситимии. Согласно данным литературы, для лиц с алекситимией характерно особое сочетание

эмоциональных, когнитивных и личностных проявлений. Эмоциональная сфера таких лиц слабо дифференцирована и характеризуются дефицитом творческого отношения к жизни, рефлексии.

Также было изучено наличие агрессивных составляющих личности женщин. В нашей работе мы придерживаемся тех концептуальных платформ понимания агрессии, в которых акцент делается не на деструкции, а на аспекте адаптивности/дезадаптивности. В концепции Г. Аммона агрессия рассматривается как центральная Я-функция. При этом подчеркивается ее важнейшее значение, как структурной личностной составляющей, так и указывается на активно-приспособительный характер этого интрапсихического образования. Агрессия понимается как степень активности отношения индивида к окружающему миру в целом и отдельных ее аспектов, как уровень целенаправленности душевной деятельности. Таким образом, агрессия – это общий потенциал активности, которым располагает личность для решения задач адаптации и поддержания идентичности.

Существуют значимые отличия между основными и контрольной группой по параметру агрессии. Между группами больных миомой матки (Гр.1) и эндометриозом (Гр.2) значимых отличий не установлено. Полученные данные свидетельствуют о том, что женщинам с гинекологическими заболеваниями присущи снижение активности, недостаток способности к ведению продуктивного диалога и конструктивной дискуссии, склонность к избеганию конфронтаций вследствие страха разрыва симбиотических отношений. Для них характерна неразвитая способность к адекватному отреагированию эмоциональных переживаний в межличностных ситуациях. Установленные значимые отличия по параметру деструктивной агрессии в поведении проявляются склонностью к разрушению

контактов и отношений, стремлением к силовому решению проблем, мстительностью и цинизмом. В случаях, когда деструктивная агрессия не может найти объект своего выражения, она может направляться на собственную личность. Наибольшее различие зафиксировано по параметру дефицитарной агрессии. Таким образом, у женщин с гинекологической патологией недоразвита Я-функция агрессии, присуща неспособность к установлению межличностных контактов, сужен круг интересов, свойственно избегание конфронтации и конфликтов, проявляется склонность жертвовать интересами и планами, неспособность брать на себя ответственность, затруднена возможность открыто проявлять свои эмоции. В эмоциональном отношении на первый план выступают чувства собственного бессилия, некомпетентности и ненужности, ощущение пустоты и скуки. В межличностных отношениях такие женщины уступчивы и зависимы. Изучение личностных особенностей женщин с гинекологической патологией показало, что женщинам с миомой матки характерно снижение ощущения психической целостности, негативное самоотношение, утрата целеполагания, ослабление саморегуляции. Женщины находятся в плену страха потери контроля, что запускает процесс дестабилизации продуктивного поведения. Кроме этого, женщинам с миомой матки характерен деперсонализационный оттенок самовосприятия и дерелезационный оттенок восприятия реальности. Это попытка с помощью диссоциации дистанцироваться от угрожающих процессов в себе. Отмечается снижение навыков совладания, оптимизма; характерно снижение надежды на изменения к лучшему. Личности женщин с миомой матки характерны сомнения в ценности своей личности. Тело женщин с миомой матки негативно коннотируется, тело воспринимается отталкивающим и нелюбимым. Личность женщин с миомой матки характеризует низкий уровень

социальности, социальная закрытость, социальное избегание, уклонение от контактов. Также отмечается неконтролируемое нарастание регрессивных тенденций. Отмечены тенденции к очернению, обесцениванию окружающих, к восприятию окружающих, как угрожающих. Отмечается ипохондрическая защита от тревоги, женщины чрезмерно озабочены состоянием своего здоровья. Объектное отношение к собственному телу способствует перемещению реальных межличностных конфликтов в плоскость отношений со своим организмом, кроме этого женщины с миомой матки получают нарциссическую выгоду от болезни.

Личностные особенности женщин с эндометриозом сходны с особенностями женщин с миомой матки. Женщинам с эндометриозом характерно снижение ощущения психической целостности, негативное самоотношение, утрата целеполагания, ослабление саморегуляции, негативная самооценка. Женщины находятся в плену страха потери контроля, что запускает процесс дестабилизации продуктивного поведения. Также женщинам с эндометриозом характерен деперсонализационный оттенок самовосприятия и дерелезационный оттенок восприятия реальности. Отмечено снижение навыков совладания, оптимизма; характерно снижение надежды на изменения к лучшему. Личности женщин с эндометриозом характерны сомнения в ценности своей личности. Тело женщин с эндометриозом негативно коннотируется, воспринимается отталкивающим и нелюбимым. Личность женщин с эндометриозом характеризует сниженный уровень социальности, социальная закрытость, социальное избегание. Отмечается неконтролируемое нарастание регрессивных тенденций. Отмечены тенденции, заложенные в личности женщин с эндометриозом, к обесцениванию окружающих, к восприятию окружающих, как угрожающих объектов. Интересен обнаруженный

факт, который свидетельствует о том, что женщинам с эндометриозом свойственна ипохондрическая защита от тревоги, то есть женщины крайне озабочены состоянием своего здоровья, объектное отношение к собственному телу способствует перемещению реальных конфликтов в сферу отношений со своим организмом. Фиксация внимания на телесных сенсациях может также использоваться для совладания с собственными агрессивными импульсами. Такие же особенности были выявлены в группе женщин с миомой матки, но в группе женщин, больных эндометриозом, данные особенности (ипохондрия) не корреспондируют с нарциссической выгодой от болезни, а, напротив, женщины с эндометриозом склонны к полному отрицанию возможного ограничения собственной результативности заболеванием.

Для изучения полоролевой сферы женщин с наличием гинекологического заболевания исследовано три уровня маскулинности/фемининности. В результате факторизации пространства признаков шкал, изучающих полоролевую сферу в группе женщин с заболеванием миомы матки, была получена трехфакторная матрица, которая объясняет 83,42% дисперсии. Фактор 1, который объясняет 31,19% дисперсии, получил название «Полоролевая адьюнкция». Фактор отображают незрелую модель полоролевой сферы, маскулинность и фемининность одновременно потенцируют друг друга, что порождает полоролевой конфликт у женщин с миомой матки. Фактор 2, объясняет 28,10% дисперсии, «Дискондартная полоролевая сфера». Фактор отображает конфликт фемининной «Я-концепции» и поведенческой маскулинности, такой конфликт блокирует построение адекватной женской идентичности. Фактор 3, который объясняет 24,13% дисперсии, получил название «Маскулинность». В данном случае полоролевая сфера свободна от конфликта, Я-концепция и паттерны поведения составляют единое маскулинное целое.

В группе женщин с патологией «Эндометриоз» была получена трехфакторная матрица, которая объясняет 80,32% дисперсии. Первый фактор (30,10% дисперсии) – «Дискондантная полоролевая сфера». Фактор отображает конфликт фемининной «Я-концепции» и поведенческой маскулинности, такой конфликт блокирует построение адекватной женской идентичности. Фактор 2 – «Маскулинность» (28,13% дисперсии). Полоролевая сфера в данном случае свободна от конфликта, Я-концепция и поведенческие паттерны составляют единое целое. Фактор 3, который объясняет 22,09% дисперсии, получил название «Полоролевая адьюнкция». Фактор, свидетельствуют о незрелой модели полоролевой сферы. В данном случае маскулинность и фемининность потенцируют друг друга, что порождает полоролевой конфликт.

Установлено, что в группах женщин, отягощенных гинекологическим заболеванием, степень напряженности защит значительно выше, нежели в группе контроля. Таким образом, женщинам с гинекологической патологией, независимо от нозологии, присуще чрезмерное усиление механизмов психологической защиты, что ведет к низкой способности осознавать свои заблуждения, затруднению эффективного разрешения личностных проблем, искажению смысла событий и переживаний, лишает возможности активно воздействовать на ситуацию.

#### Список литературы:

1. Адамян Л.Г. Эндометриозы. Издательство: Медицина, 2006. – С. 110-116.
2. Баскаков В.П. Клиника и лечение эндометриоза. Л.: Медицина, 1990. – 240 с.
3. Брехман Г. И. Синдром психоэмоционального напряжения и миома матки// Акушерство и гинекология. 1990. – №2. – С.13-17.

4. Ереско Д.Б., Исурин Г.Л., Кайдановская Е.В., Карвасарский Б.Д. Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах СПб.: 2005. – 25 с.

5. Макаренко А.О. Особливості емоційної сфери жінок, яким виконана гістеректомія // Науковий вісник Миколаївського державного університету імені В. О. Сухомлінського: збірник наукових праць (Серія «Психологічні науки»). 2010. Т. 2. Вип. 5. – С. 179-184.

6. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: учебное пособие. М.: «МЕДпресс», 2005. – 432 с.

7. Насырова Р.Ф. Психическое здоровье женщин с гинекологической патологией: автореф. дис...док.мед.наук. Томск, 2012. – 57 с.

8. Потемкина Е.А. Особенности медико-психологических характеристик и симптоматики непсихотических психических расстройств при хронических гинекологических заболеваниях: автореф. дис... канд. мед наук. Санкт-Петербург, 2012. – 25 с.

9. Станоевич И.В. Доброкачественные гиперпластические заболевания матки: от тактики лечения к стратегии профилактики // Врач. – 2009. – №2. – С. 9-11.

**Специфика выбора средств физической культуры в  
самостоятельных занятиях студентов**

***Вячеслав Иванович Домбровский***

*к.пед.н., доцент кафедры физической культуры*

*Брестский государственный университет им. А.С. Пушкина,*

*г. Брест, Белоруссия*

*e-mail: dombrovskaja4@gmail.com*

***Аннотация.*** В статье рассматривается проблема выбора средств физического воспитания в зависимости от индивидуальных особенностей организма (вес, возраст, пол, заболевания и т.д.) самостоятельно занимающихся физической культурой студентов.

***Ключевые слова:*** средства физического воспитания, индивидуальные особенности, физическая культура.

***Abstract.*** The article deals with the problem of choosing the means of physical education, depending on the individual characteristics (weight, age, sex, disease, etc.) independently engaged in physical training students.

***Keywords:*** means of physical education, individual characteristics, physical culture.

Сохранение и укрепление здоровья студенческой молодёжи, повышение уровня её физической подготовленности и трудоспособности являются важной социальной задачей. В реализации данной задачи важную роль играет физическая культура. Одна из актуальных проблем повышения двигательной активности студентов – поиск оптимального использования средств физического воспитания в зависимости от индивидуальных особенностей организма. Основными

факторами, влияющими на выбор средств физического воспитания, являются пол, вес, предрасположенность к заболеваниям и т.д.

Задачи исследования:

– изучить выбор средств физического воспитания в зависимости от индивидуальных особенностей организма самостоятельно занимающихся студентов;

– проанализировать приоритетность самостоятельных занятий физическими упражнениями.

Объект исследования – самостоятельные занятия студентов физическими упражнениями.

Методы исследования: анализ научно-методической литературы, опрос, анкетирование, статистическая обработка материала.

Организация исследования. Исследования проводились на факультете иностранных языков Брестского государственного университета имени А.С. Пушкина в период с января 2014 по январь 2015 года.

Полученные результаты исследования. Для выяснения применения средств физического воспитания самостоятельно занимающимися, в зависимости от индивидуальных особенностей организма студентов, нами был проведен анкетный опрос и многократные беседы на занятиях. Результаты исследований способствовали выявлению используемых средств физического воспитания в зависимости от индивидуальных особенностей занимающихся физическими упражнениями. По результатам проведенного исследования выявлено, что существует определенная зависимость выбора средств от индивидуальных особенностей организма.

Результаты исследований способствовали выявлению используемых средств физического воспитания, в зависимости от пола,

возраста и других индивидуальных особенностей занимающихся физическими упражнениями.

По результатам опроса и анкетирования выявлено, что значимые различия в выборе средств физической культуры в зависимости от возраста студентов отсутствуют.

Наиболее часто используемыми средствами физической культуры у занимающихся самостоятельно являются упражнения циклического характера (бег, ходьба, плавание и т.д.). В наших исследованиях их используют 48% занимающихся. Высокий процент использования именно этих средств объясняется тем, что циклические упражнения естественного характера поддерживают общую выносливость, что положительно влияет на работоспособность человека [1, с. 214].

Важное место в самостоятельных занятиях занимают спортивные игры (волейбол, футбол, теннис), их используют 22% занимающихся. По 16% занимает атлетизм у юношей и шейпинг у девушек. Остальные виды занятий занимают около 14% от всех используемых средств физического воспитания.

В настоящее время существует несколько подходов к решению проблемы рационального использования средств в оздоровительной тренировке. Часто студентам, имеющим отклонение в здоровье, рекомендуют, в связи с профилактическим эффектом физической тренировки, применять упражнения умеренной интенсивности аэробного характера, способствующие улучшению работы дыхательной системы, системы кровообращения и развитию аэробных возможностей организма. В этой связи, как правило, рекомендуют использование в занятиях циклических упражнений (ходьба, бег, езда на велосипеде, плавание, ходьба на лыжах), вовлекающих в работу 1/5–1/2 мышечной массы. Однако данные наших исследований доказывают использование

занимающимися упражнениями как аэробного, так и анаэробного характера, без определенного разделения.

Такого же мнения придерживается ряд авторов, утверждая, что для повышения работоспособности необходимо совершенствовать различные виды выносливости (общей, скоростно-силовой, скоростной), не ограничиваясь упражнениями одной направленности [2, с. 75].

Нашими исследованиями установлено, что существует определенная зависимость выбора средств от веса тела занимающихся. Так, студенты с излишним весом предпочитают заниматься, в большинстве случаев, ходьбой, плаванием, отдельными видами спортивных игр, стретчингом, некоторые используют образ жизни по системе Иванова и другие менее известные средства физического воспитания. Занимающиеся с недостаточным весом чаще используют атлетическую гимнастику, бег, спортивные игры, ритмическую гимнастику. Причем, в зависимости от пола, популярность использования средств физического воспитания значительно отличается.

Относительно предрасположения к определенным заболеваниям или же перенесенных заболеваний, в большинстве случаев студенты придерживаются рекомендаций врача.

Выводы и перспективы дальнейших разработок в данном направлении:

– Преимуществом самостоятельных занятий является свобода выбора средств физического воспитания с учетом индивидуальных особенностей организма занимающегося;

– Большинство опрошенных обращало внимание на отсутствие в литературе рекомендаций по выбору средств самостоятельно занимающимися в зависимости от индивидуальных особенностей каждого;

– Отсутствие у занимающихся должного уровня знаний и навыков по выбору средств физического воспитания в зависимости от индивидуальных особенностей организма.

Исходя из этого, существует необходимость создания такого звена в физическом воспитании, которое бы являлось переходным от занятий групповых к занятиям самостоятельным, повышало образовательный уровень занимающихся и позволяло бы более эффективно использовать средства физического воспитания.

Список литературы:

1. Бальсевич В.К. Физическая культура для всех и каждого – Мн.: Физкультура и спорт, 1999. – 314 с.
2. Мильнер Е.Г. Формула жизни – М.: Наука, 1991. – 87 с.

УДК 159.922.8:316.624

**Особенности девиантного поведения будущих психологов с  
выраженной функциональной асимметрией головного мозга**

***Елена Борисовна Егорова***

*к.психол.н., доцент кафедры прикладной психологии  
Донбасский государственный педагогический университет,  
г. Славянск, Украина  
e-mail: gritsenko@mail.ru*

***Анна Сергеевна Кизим***

*ст. преподаватель, кафедры прикладной психологии  
Донбасский государственный педагогический университет,  
г. Славянск, Украина,  
e-mail: kizimania@yandex.ru*

***Анна Сергеевна Сухомлин***

*студентка, кафедры прикладной психологии,*

Донбасский государственный педагогический университет,  
г. Славянск, Украина,  
e-mail: elena.gritsenko@mail.ru

**Аннотация.** Проанализированы основные подходы и определения девиантного поведения, существующие в современной науке. Исследованы особенности невротичных реакций, агрессивных тенденций, негативных эмоциональных переживаний и выраженная функциональная асимметрия головного мозга у будущих психологов. Показано, что девиантное поведение юношей проявляется в зависимости от выраженной функциональной асимметрии.

**Ключевые слова:** девиантное поведение, выраженная функциональная асимметрия головного мозга, психологические теории, студент-психолог.

**Abstract.** The basic approaches and definitions of deviant conduct, existing in modern science are examined. Psychological diagnostic study of students of psychological faculties has been conducted. It is noted that differences are in the display of deviant conduct of youths with the expressed functional asymmetry.

**Keywords:** deviant conduct, expressed functional asymmetry of brain, psychological theories, student-psychologist.

Для периода социальной нестабильности, который переживает наше общество, характерны значительные изменения в системе ценностей. Некоторые из этих изменений могут стать подпочвой к развитию девиантного поведения юношества [5, 6, 10].

Привлечение юноши в один из видов девиантного действия повышает вероятность его привлечения также и в другой вид действия, потому что разные формы девиантного поведения взаимозависимы и

связаны между собой. Пьянство, употребление наркотиков, агрессивность и противоправное поведение образуют единый блок (Кон И.С., 1989).

Межполушарная асимметрия – одна из фундаментальных закономерностей организации мозга человека [9, с.254-255]. Среди большого числа работ, посвященных проблемам межполушарной асимметрии, прослеживается два уровня анализа представленных данных. В одной части случаев предметом исследования становятся собственно мозговые механизмы, предопределяющие те или другие асимметрии, а в другой части – рассматриваются результаты, которые хорошо идентифицируются, и феномены этой асимметрии [2, 7, 8]. Взаимосвязь между функциональной асимметрией мозга и девиантным поведением учащихся изучена недостаточно.

Именно поэтому очень важным является преодоление и профилактика проявлений девиантного поведения у будущих психологов с выраженной функциональной асимметрией головного мозга.

В зарубежной науке психология девиантного поведения сложилась как самостоятельная научная и учебная дисциплина. На Украине эта наука не имеет такой теоретической и эмпирической опыт, она на пути становления.

Одни авторы (Шнейдер Л.Б., 2005) связывают девиантное поведение с психическими аномалиями: проблемное поведение часто называют *девиантным*, отклоняющимся поведением, которое включает две больших категории: поведение с отклонением от норм психического здоровья (в эту группу входят астеники, шизоиды, эпилептоиды и лица с акцентуированным характером) и поведение, которое нарушает определенные социальные, правовые и культурные нормы (делинквентное, криминальное и аморальное поведение) [10, с.10-11].

Другие исследователи (Змановская Е.В., 2004) предлагают рассматривать девиантное поведение в пределах медицинской нормы (разграничивая девиантное поведение обычного человека и *девиантное поведение психически больных* как патологическое поведение с отклонением от медицинских норм) [5, с.10-11].

*Девиантными* могут быть не только действия, но *идеи*. *Девиантной личностью* (или *девиантом*) называют человека, который не просто одноразово и случайно уклонился от нормы поведения, а постоянно демонстрирует девиантное поведение социально – негативного характера [10, с.9-10]. В процессе социализации юноши может проявиться *девиантная адаптация* как самореализация с помощью выхода за пределы существующих социальных требований и норм [5].

Девиантное поведение связывают с уровнем сознания, определяя виды девиации: сознательные, несознательные, первичные и вторичные (Лебединская К.С., 1988). Поведенческие *девиации* рассматривают с точки зрения их влияния на социум: *негативные*, например, употребление наркотиков, *позитивные*, например, социальное творчество, и *социально – нейтральные*, например, нищенство (Клейберг Ю.А., 2001).

Определяют *структуру девиантного поведения*, выделяя ее клинические формы: 1) индивидуальные девиации, 2) групповые девиации, 3) семейные девиации (Кондрашенко В.Г., 1989). Анализируют девиантные формы поведения в зависимости от длительности во времени: *временные* и *постоянные девиации* (Менделевич В.Д., 2005). Связывают отклонения в поведении с планированием и организацией: *стихийные* и *спланированные девиации*, *структурированные* и *неструктурированные девиации* (Личко А.Е., 1983).

Девиантное поведение рассматривают как дезадаптивное. Так, под отклоняющимся поведением (девиантным) понимают стойкое поведение человека, который отклоняется от наиболее важных социальных норм, причиняет реальный убыток обществу или самому индивиду, а также сопровождается социальной дезадаптацией (Змановская Е.В., 2004).

И, на конец, девиантное поведение нередко связывают с реакцией общества на нее, и тогда определяют его как отклонение от групповой нормы, которая влечет изоляцию, лечение, тюремное заключение или другое наказание нарушителя [5].

Интерес вызывает анализ причин девиантности поведения. Согласно В. Франклу, отклоняющееся поведение (или «массовая невротичная триада»: депрессия, наркомания, агрессия) возникает, так как люди подавляют свою духовность, избегают ответственности, поиска смысла. Агрессивными люди становятся лишь тогда, когда их охватывают чувство опустошения и ощущение, что их жизнь не имеет смысла. Молодежь явно страдает от отсутствия позитивных образцов для подражания (цит. по [5]).

Маслоу А. отмечает то, если в силу разных причин нормальная самоактуализация через любовь, творчество и духовность невозможна, она может быть заменена самовыражением через девиантное поведение.

Косенков Н.И. (1997) социальную дезадаптацию связывает с функциональной асимметрией мозга, когда она выходит в критическую зону (цит. за [7]). Конечно, функциональная асимметрия полушарий известна давно: подавляющее большинство людей делятся на правшей и левшей, почти у всех у нас есть ведущий глаз и ведущее ухо, ведущее левое или правое полушарие (Хомская Е.Д., 1987).

Павлов И.П. в результате экспериментальных данных выделял такие специфические типы людей, как «художественный»,

«мыслительный» и «смешанный». Даная типология связана с учением, по которому высшая нервная деятельность человека характеризуется наличием 2-х сигнальных систем: первой сигнальной системы – образной, эмоциональной и второй – связанной с отражением этих образов с помощью слова – «сигнала сигналов». Относительное преимущество первой сигнальной системы характеризует художественный тип, относительное преимущество второй – мыслительный тип, одинаковое их представительство – средний тип людей [8, с.280-281].

В исследовании Е.С. Гольдшмидт было показано, что значительные изменения в соотношении асимметрий или выход ее за оптимальные пределы ведет к распаду или перегрузке функциональных систем разными формами дезадаптации [2].

Предварительно проведенный анализ имеющихся в современной психологии теоретических исследований проблемы девиантного поведения удостоверяет, что все еще отсутствует однозначное понимание и трактовка понятия «девиантность». Проблемным остается также вопрос относительно проявления девиантного поведения у юношей с выраженной функциональной асимметрией головного мозга [2, 5, 7].

Исследование проводилось на базе высших учебных заведений Донецкой области. Экспериментальную выборку составили студенты психологических факультетов в количестве 58 человек в возрасте 19-21 год.

Для решения экспериментальных задач были использованы следующие методы: наблюдение, беседа, авторская анкета; психодиагностические методы исследования (методика А.Р. Лурия «Ведущее полушарие мозга»; опросник невротичных реакций; опросник «Определение интегральных форм коммуникативной агрессивности»

В.В. Бойко; шкала враждебности Кука-Медлей; рисуночная проба «Дом. Дерево. Человек» Дж. Бака, в модификации Р.Ф. Беляускайте); степень достоверности определялась с помощью t- критерия Стьюдента.

Так, по методике *А.Р. Лурия*, среди студентов преобладает группа респондентов (43%) с логическим мышлением («мыслительный» тип). Наименьшее количество исследуемых (26%) имеют ведущее правое полушарие («художественный» тип). 30% испытуемых нашей выборки в равной степени совмещают в себе признаки логического и художественного мышления и образуют группу «среднего» типу.

У юношей с ведущей правым полушарием (группа 1) – «художников», по И.П. Павлову, образное мышление, во время творческой деятельности меньше устают; склоны к курению, иногда употребляют алкоголь для поднятия настроения, аффективно неустойчивы и социально неадаптивны; умеренно проявляют коммуникативную агрессивность; не умеют переключать агрессию на деятельность или неживые предметы, склоны к отраженной агрессии и расплате за агрессию; часто циничны и враждебны; преобладает тревожность и конфликтность, которые проявляются на низком уровне.

Группу 2 составляют студенты с ведущей левым полушарием – «мыслители». Характерны логическое мышление, умение выполнять механическую работу; среди девиаций бывают редкие случаи курения, очень редкие – употребления алкоголя; эмоционально устойчивы и достаточно хорошо адаптированы к социальной среде; во время общения агрессивные тенденции очень редки из-за способности тормозить свою агрессию; не используют агрессию для влияния на других, не получают удовольствие от агрессии; часто возникают проблемы из-за неумения переключать свою агрессию на деятельность или неживые предметы, могут ответить агрессией на агрессию или злиться на себя, быстро успокаиваются. В то же время имеют

повышенную готовность к агрессивному поведению, которое может проявиться в грубости, нарушении принципов, назойливости и др.; негативные эмоциональные переживания не типичны, иногда возникают состояния незащищенности и тревожности, с которыми студенты справляются самостоятельно.

И, наконец, группа 3, в которую входят представители «*среднего*» *типа*. У будущих психологов этой группы баланс сигнальных систем, то есть они проявляют качества первого и второго типов: большинству респондентов нравится учеба в вузе, среди них много агрессивных и имеющих проблемы в семьях; употребление табака и алкоголя не типично; часто бывают эмоциональные срывы и нарушения социальной адаптации; среди всей выборки наиболее агрессивны коммуникативно; типичны спонтанность агрессии, провокация агрессии у окружающих, аутоагрессия и расплата за агрессию; наиболее враждебны; в большей мере не доверяют себе и сталкиваются с трудностями в общении.

Нами предложен психологический тренинг [4, 6] для коррекции и профилактики девиантного поведения у будущих психологов.

Выводы:

Анализируя сказанное выше, можно отметить, что имеют место отличия в проявлении девиантного поведения студентов – психологов с определенным типом функциональной асимметрии головного мозга, который дает возможность изменить акценты в организации социально-психологической службы в вузах в будущем.

Список литературы:

1. Бондаренко А.Ф. Личностное и профессиональное самоопределение отечественного психолога-практика / А.Ф. Бондаренко // Психологический журнал – 1993. – №1. – С. 63-77.
2. Гольдшмидт Е.С. Асимметрия мозга при формировании адаптивного и девиантного поведения школьников / Е.С. Гольдшмидт //

Материалы научно - практ. конференции «Ананьевские чтения – 2005».  
– СПб.: Изд-во С.-Петербургского ун-та, 2005. – С. 437-438.

3. Дмитренко А.К. Мотиваційні та світоглядні аспекти вибору професії психолога / А.К. Дмитренко // Практична психологія та соціальна робота. – 2002. – №4. – С. 31-33.

4. Долинська Ю.Г. Проблеми особистісно-професійного зростання майбутніх практичних психологів / Ю.Г Долинська // Психологія на перетині тисячоліть: Зб. наук, праць: В 3-х т. – К.: Гнозис. – Т. 1. – 1998. – С. 429-437.

5. Змановская Е.В. Девиантология: (Психология отклоняющегося поведения): Учебное пособие / Елена Валерьевна Змановская – М.: Академия, 2004. – 288 с.

6. Кон И.С. Психология ранней юности: книга для учителя / Игорь Семенович Кон – М.: Просвещение, 1989. – 255 с.

7. Малкина-Пых И.Г. Теория функциональной асимметрии мозга / И.Г. Малкина – Пых // Психосоматика. – М.: Эксмо, 2004. – С. 39-44.

8. Павлов И.П. Лекции о работе больших полушарий головного мозга / И.П. Павлов // Хрестоматия по психологии. – М.: Просвещение, 1987. – С. 280-281.

9. Психологічний тлумачний словник найсучасніших термінів [уклад. В.Б. Шапар та ін.]. – Х.: Прапор, 2009. – 672 с.

10. Шнейдер Л.Б. Девиантное поведение детей и подростков / Лидия Бернгардовна Шнейдер – М.: Академический проект; Трикста, 2005. – 336 с.

**Экспериментальные аспекты кобальтовой кардиомиопатии**

***Игорь Владимирович Заднипряный***

*д.мед.н., зав. каф. топографической анатомии, профессор  
Медицинской академии им. С.И. Георгиевского  
КФУ им. В.И. Вернадского,  
г. Симферополь*

***Ольга Степановна Третьякова***

*д.мед.н., зав. каф. общественного здоровья и здравоохранения с курсом  
организации здравоохранения ФПО, профессор  
Медицинской академии им. С.И. Георгиевского  
КФУ им. В.И. Вернадского,  
г. Симферополь*

***Татьяна Павловна Сатаева***

*к.мед.н., доцент кафедры медицинской биологии,  
доцент Медицинской академии им. С.И. Георгиевского  
КФУ им. В.И. Вернадского,  
г. Симферополь  
E-mail: tanzcool@online.ua*

**Experimental aspects of cobalt cardiomyopathy**

***Igor Vladimirovich Zadnipryany***

*MD, Head. department of topographic anatomy,  
professor of Medical academy named after S.I. Georgievskiy of Crimean  
Federal University named after V.I. Vernadskiy, Simferopol*

***Olga Stepanovna Tretiakova***

*MD, Head. Department of Public Health  
and Health with the course Health Organization  
Professor of Medical academy named after S.I. Georgievskiy*

*of Crimean Federal University named after V.I. Vernadskiy, Simferopol*

***Tatiana Pavlovna Sataeva***

*PhD, Department of Medical Biology, Ph.D.,*

*professor of medical academy named after S.I. Georgievskiy*

*of Crimean Federal University named after V.I. Vernadskiy, Simferopol*

***Аннотация.*** В статье выявлено, что при экспериментальной кобальтовой кардиомиопатии поражаются все камеры сердца крысы. Первичные морфологические изменения проявляются в виде митохондриального повреждения кардиомиоцитов, что, возможно, отражает ферментативный блок окислительного декарбоксилирования пирувата и кетоглутарата. При острой интоксикации кобальтом хелаты кальция могут также становиться повреждающим фактором, в результате чего возникает дефицит утилизации высокоэнергетических фосфатов.

***Ключевые слова:*** кобальт, сердце, кардиомиопатии, митохондрии, крысы.

***Abstract.*** In this article we have revealed that rat heart chambers are totally affected in experimental cobalt cardiomyopathy. The primary morphological alteration is mitochondrial damage that possibly reflects an enzymatic block of oxidative decarboxylation at pyruvate and ketoglutarate levels. In acute cobalt toxicity chelation of calcium may also be a contributory factor, resulting in deficient utilization of high-energy phosphates. Experimental cobalt cardiomyopathy requires preconditioning factors.

***Keywords:*** cobalt, heart, cardiomyopathy, mitochondria, rats.

It is well known that cobalt (Co) is a silvery grey solid at room temperature. It is the 33rd most abundant element and has been found in a

variety of media, including air, surface water, leachate from hazardous waste sites, groundwater, soil, and sediment. Sources of exposure to cobalt and inorganic cobalt compounds are both natural and anthropogenic. Natural sources include wind-blown dust, seawater spray, volcanoes, forest fires, and continental and marine biogenic emissions. Anthropogenic sources include the burning of fossil fuels, sewage sludge, phosphate fertilizers, mining and smelting of cobalt ores, processing of cobalt alloys, and industries that use or process cobalt compounds [2].

The largest source of exposure to cobalt for the general population is the food supply. The estimated intake from food is 5-40 µg/day, most of which is inorganic cobalt. Occupational exposure to cobalt occurs in several industries. Levels of cobalt in tobacco range from smoke [1,2].

The ionic cobalt may be transported by blood in the body, causing adverse effects by the generation of reactive oxygen species. In vitro evidence consists of the ability of hard metal particles to generate substantial levels of oxidant species and cause lipid peroxidation, which does not occur by cobalt or tungsten carbide alone. In addition, hard metal particles have been shown to increase inducible nitric oxide synthase levels, which is responsive to oxidant stress [3,6]. Cobalt and inorganic cobalt compounds 21 Cobalt toxicity may also be caused through oxidant-based and free radical-based processes. Exposure to soluble cobalt leads to increased indices of oxidative stress, diminished levels of reduced glutathione, increased levels of oxidized glutathione, activation of the hexose monophosphate shunt, and free radical-induced DNA damage [5,7]

In 1965 investigators in Quebec (Morin et al., 1967) and Omaha (McDermott et al., 1966) observed an endemic cardiomyopathy in heavy beer drinkers. Though epidemiological studies suggested a multicausal origin, cobalt, a beer additive, appeared to play a major part. Since the Quebec outbreak, studies on experimental animals have been carried out in

collaboration with Dr. C. I. Chappel to reproduce the characteristic vacuolar and dystrophic 'myocardosis' of humans and to gain an insight into the pathogenesis of this condition, using cobalt administration alone or in combination with hormonal and nutritional factors [1,4,6].

The aim of this research was to reveal the main morphological substrate of cobalt induced cardiomyopathy in the experiment.

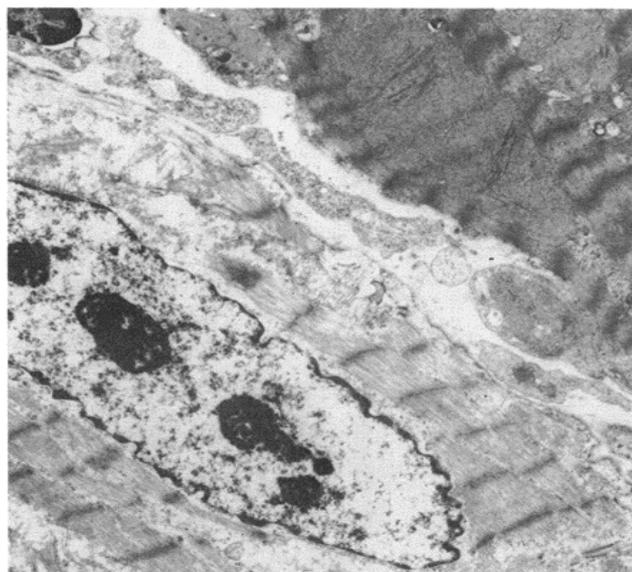
Methods and results. Fifteen mature male Wistar rats weighing 200-250 g. were used. Cobalt chloride ( $\text{CoCl}_2$ ) alone, administered orally in high dosage (60 mg/kg), was cardiotoxic.

After 7 days exposure, the animals were sacrificed by decapitation after ether anaesthesia according to international standards of animal bioethics. Myocardium was obtained, and fixation was performed by immersion in mixture of 1% paraformaldehyde and 1,5% glutaraldehyde in 0,1 M phosphate buffer at pH 7,4. After fixation, the specimens were postfixed in a 1% osmium tetroxide solution, and then washed 3 times in the buffer solution, continuing with dehydration from 50% ethanol, then with uranyl acetate (2% in 60% ethanol), ascending graded ethanols, until 100%, and then washed in propylene oxide. They were embedded in an Epon-Araldite mixture. After which, semithin sections of 1 micra and ultrathin sections of 300-400 Angstroms were prepared on an ultra-microtome UMTP-4. Semithin sections were stained with toluidine blue, and ultrathin sections, with lead citrate, and examined with a SELMI electron microscope.

Results and discussion. Severe cardiomyopathy occurred in rats treated cobalt chloride. All chambers of the heart were involved; apparently the atrial myocardium underwent more extensive damage than that of the ventricles. At the light microscopical level the swollen cardiac muscle cells contained coarse irregular myofibrils. Hydropic vacuoles alternated with stippled basophilic areas. The latter change was particularly prominent in 1  $\mu\text{m}$ . thick sections of Epon embedded material stained with toluidine blue (Fig. 1). In

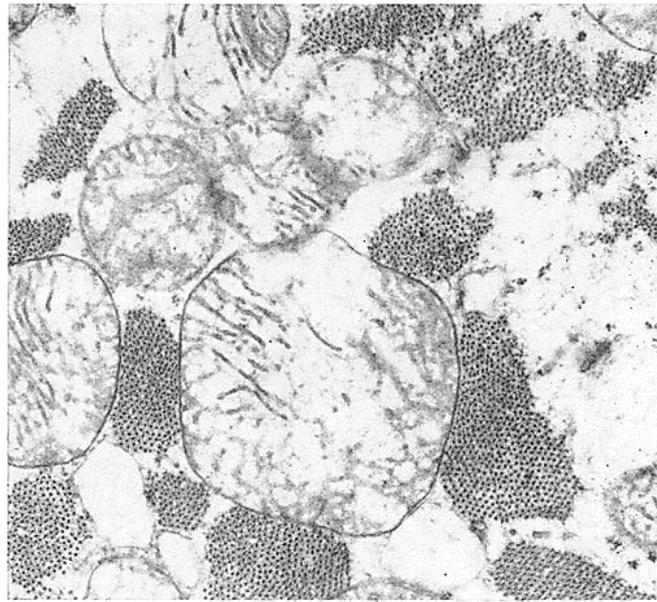
advanced cases there was partial or complete lysis of the muscle cells leaving empty sarcolemmal sheaths behind.

The lesion consisted mainly of fatty change, contraction bands, and hyaline myofibre necrosis. This acute cardiotoxicity of cobalt was probably related to a competitive inhibition of  $\text{Ca}^{2+}$  (Kaufmann and Fleckenstein, 1965) that resulted in an inability of cardiac muscle cells to utilize high energy phosphate and to sustain mechanical tension in the state of excitation.



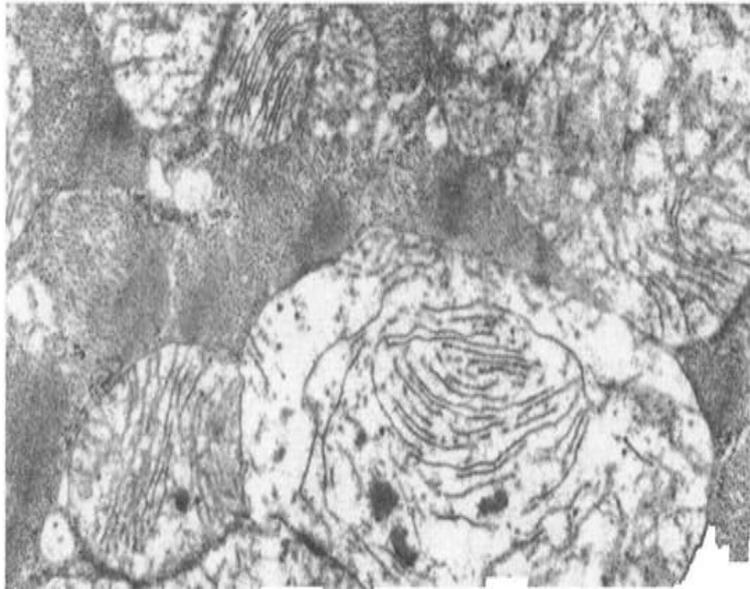
*Fig. 1. «Hyalin necrosis» of cardiac muscle cell with contraction bands (right). Rat treated daily with 100 mg./kg. cobalt sulphate. (Electron micrograph: uranyl acetate and lead citrate staining, x 8000.).*

The most ubiquitous fine structural feature of the myocardial lesions was swelling of the mitochondria, with decreased matrical density and, finally, disruption of the cristae and the outer membrane (Fig. 2). In addition, dilatation of sarcoplasmic reticulum and intrasarcoplasmic oedema were noted. The myofilaments were pushed to the periphery of the cell or occupied a perinuclear position.



*FIG. 2. Electron microscopic presentation of swollen mitochondria, dilated sarcoplasmic reticulum, and intrasarcoplasmic oedema. (x 20,000.).*

These histological and fine structural alterations correlate well with the metabolic derangement of protein deficiency (and cobalt. Cobalt interferes with myocardial energy metabolism, as it irreversibly chelates with the dithiol form of lipoic acid (Dingle et al., 1962; Webb, 1962), inactivating the coenzyme required for the oxidative decarboxylation of pyruvate to acetyl coenzyme A and alpha ketoglutarate to succinate. Pyruvate and lactate accumulation in the mitochondria increases osmotic pressure and results in water binding, oedema, and finally structural disruption. Aminoacids combine readily with cobalt and prevent its chelation with sulphhydryl groups of the myocardial tissue. Protein deficiency blocks this protective mechanism. Whereas the fine structural changes the mitochondria presented are non-specific, a pathognomonic feature of cobalt intoxication was the appearance of dense osmophilic intramitochondrial particles, measuring 0.3-0.4  $\mu\text{m}$  in diameter (Fig. 3), considered to represent cobalt-protein complexes (Knieriem and Herbets, 1969). These differed from the fine granular intramitochondrial calcium deposit described in a variety of myocardial injuries.



*FIG. 3. Electron dense intramitochondrial particles represent cobalt-protein complexes. (x 16,000).*

In addition to the myocardial lesion, polypoid vegetative endocarditis developed in 10-35% of rats treated with cobalt. The mitral valve was affected predominantly but vegetations also occurred occasionally on the aortic and tricuspid valves and on the parietal endocardium. A non-necrotizing granulomatous inflammatory process developed around the vegetations. Blood cultures from these rats were negative. Electron microscopical findings consisted of endothelial cell alteration leading to endothelial discontinuity that allowed platelets to be carried into the subendothelial stroma. In the depth of the valve there was polymerized fibrin among proliferating fibroblasts. Though it is conceivable that endothelial damage may be the primary factor in the genesis of endocarditis, platelet conglutination may also be important, since oxidation of the free SH groups on the platelet surface, a step in platelet conglutination, may be affected by cobalt and protein deficiency.

**Conclusion.** The fact that drug-induced heart disease, and in particular cobalt-induced cardiomyopathy, does not occur more often, as would be expected from the diversity of various mechanisms, is perhaps surprising. In

spite of this, cardiotoxicity remains a major problem of hundreds of pharmaceutical agents, industrial chemicals and naturally occurring products and is often a limiting factor in treatment of certain diseases. Hence, it must be taken in account in the process of clinical decision making and treatment as well as in the process of drug research and development.

#### References:

1. Barceloux D.G. Cobalt // *J Toxicol Clin Toxicol.* –1999. – Vol. 37. – P. 201-225.

2. Bertolero F., Sabbioni E. Quantitative studies on cytotoxicity and neoplastic transformation of BALB/3T3 cell by trace metals // *Occupational and Environmental Chemical Hazard / Foa F. (Ed).* – Chichester (UK): Ellis Horwood, 1987. – P. 478-483.

3. Chlorinated Drinking-water, Chlorinated By-products; Some Other Halogenated Compounds, Cobalt and Cobalt Compounds // *World Health Organization – Internal Agency for Research on Cancer. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans.* –1991. – Vol. 52. – P. 449-450.

4. De Boeck M., Kirsch-Volders M., Lison D. Cobalt and antimony: genotoxicity and carcinogenicity// *Mutat Res.* – 2003. – Vol. 533. – P. 135-152.

5. Lison D., De Boeck M. Update on the genotoxicity and carcinogenicity of cobalt compounds// *Occup Environ Med.* –2001. –Vol. 58. – P. 619-625.

6. Pulido M.D., Parrish A.R. Metal-induced apoptosis: mechanisms // *Mutat Res.* – 2003. –Vol. 533. – P. 227-241.

7. Malard V. Global gene expression profiling in human lung cells exposed to cobalt // *BMS Genomics.* –2007. –Vol. 8. – P. 147-164.

**Влияние травмирующей жизненной ситуации на психику  
подростка**

**Юлия Юрьевна Ильина**

*к.биол.н.,*

*доцент кафедры психологии деятельности в особых условиях,*

*Национальный университет гражданской защиты Украины,*

*г. Харьков, Украина*

*e-mail: julija-illina@mail.ru*

**Аннотация.** В статье описываются последствия влияния травмирующей жизненной ситуации на эмоционально-личностную сферу подростка. К последствиям психотравмы отнесены переживание тревоги, депрессии и наличие разнообразных страхов.

**Ключевые слова:** подросток, травмирующая жизненная ситуация, тревога, депрессия.

**Abstract.** The article is devoted to the consequences of traumatic real-life situation influence on the emotional-and-personality sphere of teenager. Disturbance, depression and various fears are relegated to the consequences of psychological traumatic experience.

**Keywords:** teenager, traumatic real-life situation, disturbance, depression.

В настоящее время мир наполнен массой таких событий и жизненных ситуаций, которые напрямую нарушают жизнедеятельность, и при этом человек самостоятельно не может преодолеть их разрушительные последствия. Особенно болезненно переживают это дети, подрастающее поколение – наше будущее. Часто детская травма очень глубоко укореняется и сопровождает личность в дальнейшем на

протяжении всей жизни, подрывая здоровье и психическое, и физическое.

Воспитание ребенка в психотравмирующих условиях, переживание им стрессовой ситуации часто приводит к нарушениям эмоционально – личностной сферы, самовосприятия, способствует возникновению внутриличностного конфликта. В целом все это может привести к проявлению социальной дезадаптации. Данные ситуации носят усложненный характер в период возрастных кризисов. Одним из таких является подростковый возраст. Это возраст взрывов, самоутверждения, становления будущей личности, который сопряжен с высказыванием: «Я хочу, знаю, уже взрослый, но меня не понимают!».

Человек – существо социальное. Формирование личности осуществляется в определенной социальной среде, с учетом культурных ценностей. Если окружающая среда «болеет», то естественно заражаются все, а это и приводит к негативным последствиям.

Идеальными для полноценного психического развития личности являются здоровые, полноценные семейные отношения. Именно семья наиболее значимая составляющая мира ребенка. Ее можно рассматривать как первичный и наиболее необходимый фактор социализации, который играет ключевую роль в формировании личностных качеств и мотивов, в передаче ценностей, веры, норм. Именно значение для индивидуума семейных отношений и объясняет их ведущую роль в формировании патогенных ситуаций и различных нарушений.

Одним из отрицательных факторов, приводящих к зарождению психологической травматизации ребенка, является психическая депривация – состояние, возникающее в результате таких жизненных ситуаций, в которых человек не имеет возможности удовлетворить некоторые жизненные потребности в полной мере и на протяжении

длительного времени. Подобные ситуации усложняются в подростковом возрасте. Это объясняется спецификой данного периода.

Именно поиск эффективных методов предоставления психологической помощи этой возрастной категории в ситуациях переживания сильных стрессовых воздействий и хронических психологических травм обусловил необходимость разработки данной проблемы.

Различные причины могут привести к дизгармонизации семейных отношений. Это и алкоголизация семьи, сиротство, лишение родителей родительских прав, бродяжничество. Многие дети воспитываются вне семьи – в учреждениях закрытого типа. Это, несомненно, большая травма для формирующейся личности ребенка. Адаптируясь к сложным травмирующим жизненным обстоятельствам, дети приобретают специфическое защитное поведение и своеобразные личностные характеристики.

Гармония для ребенка – это полная семья, в которой присутствуют оба родителя. Воспитание его в неполной семье также имеет свои отрицательные последствия, которые в дальнейшем могут проявиться в эмоциональной и личностной сфере.

Проявления психотравмы у детей имеют свою специфику в отличие от таковой у взрослых. Ведь из-за нее терпят крах три базовые иллюзии ребенка: иллюзия собственного бессмертия, иллюзия справедливости, иллюзия простоты устроенности мира.

По мнению Прихожан А.М., Синагина Н.Ю., Тарабрина Н.В., Толстых Н.Н. и других, в целом психологическую травму можно определить как острую реакцию личности на стрессовую жизненную ситуацию.

На сегодняшний день выделяют несколько подходов к рассмотрению данной проблемы: с точки зрения медицины, психиатрии

и психологии. В частности, согласно одному из них, травму можно интерпретировать как реакцию, выходящую за рамки обычного жизненного опыта, которая ранит психику и калечит физическое здоровье. Она дезгармонизирует личность и в определенной степени влияет на жизнь человека.

Корни разработки данного вопроса заложены еще в работах З.Фрейда, Ж. Шарко, Ж. Брейера. Так, З. Фрейд в рамках своей теории травму рассматривал в качестве глубоко укоренившегося и бессознательного аффекта, имеющего патогенное влияние на психику человека и лежащего в основе невротических расстройств. К.Юнг дополняет психоаналитическую теорию травмы З.Фрейда понятием множественной травмы – это существование множества различных индивидуальных травмирующих «историй» и «фантазий» (комплексов).

Позже появляется иная интерпретация данного понятия. Психологическая травма трактуется как особая форма общей стрессовой ситуации. В соответствии с данной концепцией стрессовая ситуация в норме мобилизует адаптационные ресурсы организма и способствует приспособлению человека к изменяющимся условиям, но травматический стресс истощает адаптационные резервы и возможности организма.

А. Бек, С. Эпштейн и другие, будучи сторонниками когнитивного подхода в разрешении данной проблемы, считают, что в ее основе лежит представление о когнитивных схемах, которые раскрывают опыт и поведение, определяя содержание мышления, эмоциональных реакций. Так формируются стойкие когнитивные модели, или когнитивно - аффективные комплексы, возникающие в процессе получения опыта.

Экзистенциалисты (Дж. Бьюдженталь, В. Франкл и др.) понимают под психотравмой такую жизненную ситуацию, которая приводит к

утрате смысла жизни, возникновению чувства неопределенности. Соматический подход, разработанный американским психологом П.Левиним, предполагает тот факт, что основой работы с психотравмой является нормализация естественных физиологических процессов в теле человека. То есть под травмой понимается прорыв в барьере, который защищает человека от влияний, сопровождающихся чрезвычайно сильным чувством никчемности.

Характеристиками психологической травмы, возникающей в результате неординарной жизненной ситуации, являются: внешний случай как источник травмы – в реальном мире случившееся событие осознается, но в посттравматическом стрессовом расстройстве человек частично вытесняет этот случай, а при шоковой травме – полностью, чтобы не ощущать душевной боли; пережитое разрушает обычный уклад жизни, возникает дистресс; возникает ощущение невозможности контролировать свои эмоции; отторжение эмоций – защитный механизм психики человека.

Большинство авторов являются сторонниками того, что психотравма возникает в случае наличия травмирующей жизненной ситуации, которая является значимой для человека и вызывает у него глубочайшие переживания, с которыми трудно справиться.

Несомненно, она оставляет неизгладимый след в психике подростка. Например, травма «брошенности» возникает в том случае, когда недостаточен контакт с матерью. Серьезные последствия – изменения социальных взаимодействий, проблемы в межличностном общении.

Анализ литературы позволил нам сконцентрироваться на более глубоком раскрытии вопросов влияния травмирующей жизненной ситуации как основы психотравмы на психику подростка.

Для решения задачи: изучение влияния травмирующей жизненной ситуации на психику, – нами были сформированы три группы респондентов – подростков, воспитывающихся в разных условиях: 25 человек – подростки, воспитывающиеся в учреждениях закрытого типа (первая группа); 19 – это дети из неполных семей, учащиеся общеобразовательных школ (вторая группа); 43 человека – подростки из полных семей (третья группа – контрольная). Выбор в качестве испытуемых подростковой категории обусловлен тем, что, в принципе, в этом возрасте с травмирующей жизненной ситуацией они могут справиться, но последствия психотравмирующего опыта на их формирующуюся личность, развитие образа «Я», межличностных отношений, – оставляют свой отпечаток.

Проведенная нами работа позволила выявить тот факт, что переживание травмирующей ситуации влияет, прежде всего, на эмоциональный компонент личности. К последствиям психотравмы относят отклонения в эмоциональном развитии, травмированным детям свойственно переживание тревоги, депрессии и наличие разнообразных страхов.

Полученные результаты были проанализированы. Наивысший уровень проявления общей тревожности свойственен подросткам первой группы (5,36 балла). Немного ниже показатели были обнаружены у респондентов второй группы (5,32 балла). А дети из полноценных семей (третья группа) имели самый низкий показатель общей тревожности (2,53 балла). При этом установлены достоверные отличия на уровне значимости  $p \leq 0,01$  между группами испытуемых из полной семьи и учреждения закрытого типа, полной семьи и неполной семьи. Между показателями респондентов первой и второй групп достоверных отличий не выявлено. Результаты по субшкале «межличностная тревожность», отражающая ситуации общения,

находятся в пределах нормы у представителей второй (4,89) и первой (4,22) групп. У представителей третьей группы – низкий уровень показателей. Достоверность отличий на уровне значимости  $p \leq 0,01$ .

Школьная тревожность, которая связана у испытуемых с различными ситуациями учебного процесса, в большей мере проявляется в первой группе (5,52) и второй (6,0), чем в третьей (4,0). В принципе, подростки проявляют нормальный уровень школьной тревожности, который необходим для адаптации и продуктивной деятельности.

Проявление депрессивного состояния может свидетельствовать о наличии психотравмы. Для диагностики выраженности депрессии использована методика Зунге (дифференциальная диагностика депрессивных состояний). Мы установили, что наибольшие средние показатели проявления депрессии обнаружены во второй группе (47,75), а наименьшие – в третьей (43,9). У респондентов в целом не просматривалась явная депрессия.

Выводы. Подытоживая все вышесказанное, следует отметить, что травмирующая жизненная ситуация оставляет след в психике ребенка. Так, обнаружены существенные отличия в проявлении тревоги у подростков, которые воспитываются в полной, неполной семье и в условиях учреждения закрытого типа. В частности, у подростков из интерната и воспитывающихся в неполной семье повышен уровень тревожности. Кроме того, легкая форма депрессии, носящая ситуативный характер и характеризующаяся незначительным, но выраженным снижением настроения, свойственна подросткам из учреждения закрытого типа и неполных семей.

Анализ результатов эксперимента определил психокоррекционные мероприятия.

Тенденции развития общества обуславливают большое количество факторов риска психической травматизации ребенка. Воспитание ребенка в психотравмирующей ситуации приводит к нарушениям развития эмоционально-личностной сферы, а это может способствовать появлению асоциального поведения. В группу риска попадают подростки. Именно этот факт и обуславливает необходимость и актуальность поиска эффективных методов предоставления психологической помощи.

#### Список литературы:

1. Бреслав Г. М. Эмоциональные особенности формирования личности в детстве: норма и отклонения/ Г.М. Бреслав. – М.: Наука, 1990. – 211 с.
2. Возрастная психология: Детство, отрочество, юность: [Хрестоматия: учеб. пособие для студ. пед. Вузов] / Сост. и науч. ред. В. С. Мухина, А.А. Хвостов. – М.: Издательский центр «Академия», 2001. – С. 493-500.
3. Мазур Е.С. Психическая травма и психотерапия [Текст] / Мазур Е.С. // Московский психотерапевтический журнал. – 2003. – №1. – С. 31-52.
4. Прихожан А.М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика / А.М. Прихожан. – М.: Московский психолого-социальный институт; Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 2000. – 304 с.
5. Решетников М.М. Психическая травма / Решетников М.М. – СПб: Восточно-Европейский институт психоанализа, 2006. – 322 с.

**Творческие способности будущих спортивных педагогов как  
условие эффективной организации здоровьесбережения учащихся**

**Владимир Владимирович Клинов**

*к.пед.н., доцент кафедры теории  
и методики физического воспитания,*

*Мозырский государственный педагогический университет*

*им. И.П. Шамякина,*

*г. Мозырь, Р. Беларусь*

*e-mail: klinovs@tut.by*

**Илона Валерьевна Клинова**

*преподаватель кафедры спортивных дисциплин,*

*Мозырский государственный педагогический университет*

*им. И.П. Шамякина,*

*г. Мозырь, Р. Беларусь*

**Аннотация.** *В статье рассматриваются вопросы готовности будущих спортивных педагогов к формированию здорового образа жизни учащихся. Раскрыта необходимость творческих способностей в организации здоровьесбережения учащихся.*

**Ключевые слова:** *творческие способности, здоровьесбережение, здоровый образ жизни, спортивный педагог.*

**Abstract.** *In article questions of readiness of the future sports teachers to formation of a healthy way of life of pupils are considered. Necessity of creative abilities for the organisation of process of preservation of health of pupils is opened.*

**Keywords:** *creative abilities, process of preservation of the health, a healthy way of life, the sports teacher.*

Проблема профессиональной готовности педагогических кадров – одна из центральных в теории и практике педагогики, и в одной из ведущих её отраслей – теории и методике физического воспитания. Анализ научно-методической литературы показывает, что понятие «готовность к профессиональной деятельности» ввела в педагогику профессор Н.В. Кузьмина [4]. Однако однозначного понимания профессиональной готовности, которая рассматривается либо в аспекте психологической структуры педагогической деятельности, свойств личности, либо психических состояний профессионала, не сформировалось.

Для современной социокультурной и педагогической ситуации в нашей стране в связи с заявленными приоритетами особой важности сохранения и укрепления здоровья учащихся в структуре профессиональной компетентности специалиста в области физической культуры и спорта одно из важнейших мест занимает готовность к здоровьесбережению учащихся [3]. В Кодексе Республики Беларусь об образовании, Программе непрерывного воспитания детей и учащейся молодежи в Республике Беларусь, указывается, что одним из приоритетных направлений государственной политики Республики Беларусь, является воспитание культуры здорового образа жизни (ЗОЖ), направленное на формирование у обучающегося навыков ЗОЖ и осознание значимости здоровья как ценности. Поэтому особую актуальность и перспективность приобретает готовность будущих спортивных педагогов к формированию культуры ЗОЖ у учащихся.

В нашем исследовании готовность будущего спортивного педагога к формированию культуры здорового образа жизни мы определяем как интегральное целостное профессиональное новообразование личности, обеспечивающее реализацию потребностно-мотивационной сферы и ценностное отношение к здоровью, высокий

уровень знаний и способов деятельности в области здоровья, развитой способности к рефлексии и выраженной направленности всех видов деятельности на сохранение и укрепление здоровья.

Одним из важных компонентов готовности будущего спортивного педагога к формированию культуры здорового образа жизни являются творческие способности в организации здоровьесбережения учащихся.

Творческие способности предполагают наличие у студентов совокупности знаний, умений и навыков, позволяющих моделировать здоровый образ жизни учащихся и совершенствовать индивидуальные программы развития. Деятельность по моделированию, имеет структуру, которая включает звенья от целеполагания до коррекции. Движущей силой оздоровительной деятельности и творческого самосовершенствования будущего педагога является противоречие между идеалом и степенью достижения. Мысленное моделирование здорового образа жизни заключается в готовности корректировать образ жизни учащихся на основе субъективно принятого образа – идеала.

Деятельность с осознанной целью проявляется как творческое преобразование окружающего мира и самого себя и служит основой здорового бытия. Создание личностью педагога здоровьесберегающего пространства, предполагает проявление творческого подхода к его организации, целенаправленную активность, самовоспитание, сознательную, систематическую работу над собой. Включаясь в здоровьесберегающую деятельность, будущий спортивный педагог обогащает опыт здорового образа жизни, формирует самосохранительное поведение и реализует свои творческие способности по организации и ведению ЗОЖ.

Наличие творческих способностей способствует развитию самостоятельности и возможности креативно использовать приобретенные знания по организации оздоровительной деятельности;

создавать новые способы для сохранения и укрепления здоровья и осуществления здоровьесберегающего поведения. Предусматривает развитие креативной, здоровьесозидательной личности, мыслящей ценностно-рационально с валеологической направленностью, не удовлетворяющейся достигнутым стандартным результатом освоения ЗОЖ, имеющей стремление к здравостроительству. Характеризует способность к творческой самореализации в разнообразных видах оздоровительной деятельности, направленной на освоение, создание и передачу ценностей культуры ЗОЖ, способность к исследованию функционального состояния систем органов организма, уровня физического развития и анализу здоровья учащихся.

Творческий характер подготовки будущего спортивного педагога требует психологической переориентации с мотивации потребления учебно-научной информации на актуализацию потребности в реализации собственных индивидуально-творческих возможностей.

Рассматривая процесс формирования творческих способностей в области здоровьесбережения как подсистему учебно-творческой деятельности, мы разработали модель формирования творческих способностей в процессе учебно-творческой деятельности.

Сущностная характеристика модели сводится к следующему: диагностика позволяет определить готовность будущих спортивных педагогов к творческой деятельности при формировании ЗОЖ учащихся, при этом необходимо учитывать уровень обучаемости и творческого мышления. На этой основе формируется содержание обучения, которое включает опыт творческой деятельности, совокупность общенаучных и предметных знаний, эмоционально-ценностное отношение к здоровьесбережению.

Процесс решения творческих задач включает стадии приобретения, применения и преобразования информации, что

определяет не только результативность формирования творческих способностей, но изменяет эмоционально-ценностное отношение к миру [1]. Организовывался совместный поиск решения задач творческого характера, поощрялось собственное мнение, использовались задания, снимающие внутреннюю напряженность.

Анализ конкретных жизненных ситуаций способствовал выработке умения выявлять факторы риска и причины заболеваний, ставить цели, намечать возможные пути и способы оздоровления, планировать действия на перспективу. Использовались также сюжетно-ролевые подвижные игры – двигательные действия, выполняемые по заданному сюжету, предусматривающему использование определенного компонента ЗОЖ вне зависимости от желания самого занимающегося. Выполнение сюжетно-ролевых игр осуществлялось в группах по 4-6 человек, составленных на основе индивидуальных предпочтений, что повышает эмоциональный фон и интерес к выполняемым элементам ЗОЖ. В ходе анализа ситуаций и участия в сюжетно-ролевых подвижных играх студенты приобретали опыт здоровьесберегающей деятельности, учились избегать ошибок и неверных решений.

Широко применялись групповые формы обучения, творческие задания с несколькими вариантами решения. Формировались навыки работы в творческом коллективе. Для активизации здоровьесберегающей деятельности анализ ситуаций проводился с помощью методов интерактивного обучения («Мозговая атака», «Кейс-метод», дискуссия). Применение интерактивных и дидактических игр, позволило максимально реально воссоздать ситуации творческого поиска в которых, в наибольшей степени проявляется самостоятельность, инициатива, активность и творчество. В них студенты выступали субъектом самостоятельного поиска и овладения

умениями, навыками, приемами творческого решения задач и вопросов ЗОЖ, а также методами их анализа и принятия решений.

Для приобретения опыта творческого использования знаний и умений в жизнедеятельности использовались индивидуальные, групповые, исследовательские, творческие и практико-ориентированные проекты, способствующие актуализации творческого потенциала в сфере ЗОЖ [2]. При разработке проектов студенты осваивали конкретные модели здоровьесберегающей деятельности в соответствии с нормами и требованиями ЗОЖ. Это позволило создать информационные объекты для дальнейшего использования.

В практической здоровьесберегающей деятельности, совершая поступки, реализуя полученные знания, умения и навыки, будущие спортивные педагоги приобретали личностный, жизненный опыт, у них формировалась личностная значимость ценностей и норм культуры ЗОЖ. Комплекс занятий был посвящен обсуждению роли ЗОЖ в поддержании здоровья учащихся и практической отработке ряда оздоровительных методик, направленных на повышение возможностей организма.

Расширение диапазона здоровьесберегающих умений и приемов позволило студентам к завершению рассматриваемого этапа спроектировать программу построения собственной здоровьесберегающей деятельности, направленную на сохранение и укрепление здоровья, учитывающую индивидуальные особенности, склонности, интересы, конкретные условия жизнедеятельности, лимит свободного времени, особенности влияния различных факторов на здоровье, и основанную на собственном подходе к проблеме сохранения и укрепления здоровья.

В процессе работы по формированию творческих способностей студенты выступают субъектом самостоятельного поиска и овладения

умениями, навыками, приемами творческого решения задач, проблем, а также методами их анализа и принятия решений, используя проблемные, исследовательские методы учебно-познавательной деятельности, дискуссии, ролевые и деловые игры. В таких учебных ситуациях студент ведет поиск истины, ошибается, анализирует с педагогических позиций предложенные задачи, для успешного решения которых его знаний, как правило, недостаточно. Применение творческих методов работы, переживание результатов собственной деятельности, самостоятельное получение новых знаний, умений в результате практических действий формируют тот индивидуальный опыт, который повышает творческий потенциал будущего педагога.

Результатом учебно-творческой деятельности является нормативный уровень сформированности творческих способностей в организации ЗОЖ, который будет способствовать эффективности процесса здоровьесбережения учащихся.

#### Список литературы:

1. Базарбаева К.К. Развитие творческих способностей учащихся средне школьного возраста в учебном процессе: автореф. дис. ... канд. пед. наук; 13.00.01 / К.К. Базарбаева; Атырауский гос. ун-т им. Х. Досмухамедова. – Атырау, 2008. – 30 с.

2. Пешня И.С. Интерактивные технологии обучения как средство развития профессиональной компетентности курсанта военизированного вуза: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.01 / И.С. Пешня; Иркутск. гос. пед. ун-т. – Иркутск, 2005. – 20 с.

3. Полякова Т.Д. Здоровьесбережение – важная составляющая инновационного образовательного процесса / Т.Д. Полякова, Д.К. Зубовский // Мир спорта. – 2008. – №1. – С. 52-58.

4. Кузьмина Н.В. Формирование педагогических способностей / Н.В. Кузьмина. – Л.: ЛГУ, 1961. – 165 с.

**Формирование здорового образа жизни у будущих медиков  
при изучении наркотических анальгетиков**

**Ольга Гнатівна Кметь**

*к.мед.н., доцент,  
доцент кафедри фармакології,  
Буковинський державний медичний університет,  
м. Чернівці, Україна  
e-mail: kmet.olga@bsmu.edu.ua*

**Наталя Дмитрівна Філіпець**

*к.мед.н., доцент, доцент кафедри фармакології,  
Буковинський державний медичний університет,  
м. Чернівці, Україна  
e-mail: filipiec.natalja@bsmu.edu.ua*

**Тарас Ігорович Кметь**

*к.мед.н., доцент,  
доцент кафедри гігієни та екології,  
заступник декана стоматологічного факультету,  
Буковинський державний медичний університет,  
м. Чернівці, Україна  
e-mail: kmet.taras@bsmu.edu.ua*

***Аннотация.** В статье рассматриваются фармакодинамические и фармакокинетические особенности наркотических анальгетиков, их побочные действия. Работа студентов в этих вопросах будет способствовать формированию здорового образа жизни среди молодежи как будущего нашего государства.*

***Ключевые слова:** здоровый образ жизни, наркомания, профилактика.*

***Abstract.** In the article the pharmacodynamic and pharmacokinetic features of narcotic analgesics, their side effects. Awareness of students in these areas will promote a healthy lifestyle among the youth as the future of our country.*

***Keywords:** healthy lifestyle, drug addiction, prevention.*

Національною доктриною розвитку освіти в Україні в ХХІ столітті було визначено здоров'я нації через навчання як один з найважливіших пріоритетів державної політики в розвитку країни [1]. І недарма Україна підтримала Конвенцію ООН про постійний розвиток людства. Враховуючи соціально-економічні зміни, які відбуваються в сучасному українському суспільстві, чільне місце займає проблема формування здорового способу життя студентської молоді.

Здоров'я – це в першу чергу, спосіб життя людини. Це той стиль, який людина вибирає для себе, і саме він визначає, досягне вона благополуччя чи ні. Давно доведено, що все, що робить людина, відбивається на стані її здоров'я. Ще Павлов І.П. говорив: «Здоров'я – це безцінний дар природи, який дається, на жаль, не назавжди, його потрібно берегти. Але здоров'я людини багато в чому залежить від неї самої, від способу життя, умов праці, харчування, її звичок».

Останніми роками в Україні триває несприятлива тенденція погіршення здоров'я населення. Майбутнє держави залежить від стану здоров'я молодого покоління, зокрема студентства. Тому у вищих навчальних закладах, зокрема у Буковинському державному медичному університеті, створюються умови для збереження і укріплення здоров'я молоді.

На жаль, за статистичними даними, на кожні 100 тисяч жителів нашої країни припадає 170 наркоманів; 70% споживачів наркотиків молоді люди від 15 до 27 років [3]. У наші дні наркоманія стала

хворобою незахищених верст суспільства, а точніше, найслабших його членів. Це для них, як їм здається, вона стала своєрідним способом виходу зі стресових ситуацій. Що ж сприяє вживанню ними наркотиків?

Факторами, які впливають на початок вживання наркотиків серед молоді, передусім – це мода, прагнення вписатися в те оточення, ту компанію, яка для молодої людини важлива, цікава і де споживання наркотиків – норма. Окрім того, молодь приваблює поширена помилка, начебто споживання наркотиків – ознака сучасного модного устрою життя [2]. Спеціалісти вважають [4], що споживання наркотиків – один із щаблів віддалення від реального життя. А наступна – самогубство. Серед інших причин можна назвати такі як погані стосунки в родині, з близькими й друзями; антисоціальна поведінка; дружба з однолітками, які вживають наркотики; економічні й соціальні труднощі; погане оточення й розлад у суспільстві; зміна місця навчання й проживання; доступність наркотиків; вживання наркотиків батьками; позитивне ставлення до наркотиків; спроба заглушити наркотиком біль чи втекти від неприємності.

Викладання на кафедрі фармакології Буковинського державного медичного університету проводиться за Програмою з фармакології для студентів медичних ВНЗів [6]. Згідно неї передбачено засвоєння опіатних (наркотичних) анальгетиків: фармакокінетичні та фармакодинамічні особливості цих препаратів.

При розляді теми по наркотичних анальгетиках широко використовуються наочні матеріали у вигляді лікарських препаратів в оригінальній упаковці, анотацій до них. На підготовчому етапі практичного заняття викладач інформує про актуальність кожної теми. Зокрема про наркотики, що це група речовин, які призводять до виникнення особливого стану – ейфорії, кайфу (стану фальшивої радості, райдужних, але необгрутованих марень, що супроводжуються

приглушенням почуття відповідальності); викликають підвищену, ненормальну, надмірну активність, психічне й рухове збудження. Акцентується увага студентів на тому, що наркоманія – це психічне захворювання людей, які не зуміли сказати «Ні». На основній частині заняття розбираються питання класифікації, механізму дії, фармакокінетики препаратів, їхні покази до застосування, побічні ефекти і можливості їх попередження. Особливу увагу приділяється клінічним ознакам та лікуванню гострого і хронічного отруєння морфіном, розвитку морфінізму. Адже, людина, наважуючись стати на дорогу наркоманії, можна сказати, підписує собі смертний вирок, тому що серед цих людей величезна кількість хворих на СНІД. Наркоманія, так як і алкоголізм, здатні за дві секунди занапастити життя будь-якої людини, що має подібні шкідливі звички. Людина просто перестає бути собою, всі його бажання ґрунтуються на тому, щоб добути собі чергову дозу, без якої він вже не може існувати. Це вже не людина, це тварина, що задовольняє лише свої потреби.

Під час лекцій розповідають майбутнім медикам про історію виникнення та використання наркотичних речовин. Вирощування маку й використання його з метою отримання наркотичного задоволення мало місце ще в 300 році до нашої ери; він вирощувався в Мексиці, Китаї, Індії, Камбоджі, В'єтнамі, Лівані, Туреччині, Афганістані [5]. Опіумний мак досі вирощується в країнах «Золотого Трикутника» – М'янма, Лаосі, Таїланді [4]. Уперше морфін було виділено в 1803 році з опію німецьким фармацевтом Сертюрнером [7]. Опієм називається молочний сік, який отримують із недозрілих головок снодійного маку. У ньому міститься до 25 різних алкалоїдів. За хімічною будовою вони є похідними піперидинфенантрени (морфін та його аналоги) й похідні ізохіноліну (папаверин).

Основна дія морфіну – вибірково-болезаспокійливий ефект, який полягає у взаємодії з опіатними рецепторами, які пов'язані з аденілатциклазою внаслідок чого пригнічується її активність, при цьому гальмується надходження іонів кальцію в клітини. Головною дією є вплив на ЦНС. Після введення морфіну спостерігається загальне заспокоєння людини, послаблюється увага, виникає апатія, байдужість, зникає бажання працювати фізично чи розумово, знижується рухова активність, настає сонливість.

Морфін уже в малих дозах вибірково пригнічує центр дихання, завдяки чому зменшується частота дихання. Дихання стає неправильним, своєрідно переривчастим (так зване Чейн-Стоксове), поки не наступить смерть від паралічу дихального центру. Під впливом морфіну скорочуються сфінктери, внаслідок чого затримується проходження хімусу по кишечнику, сповільнюється виділення жовчі і панкреатичного соку, сечовиділення стає нечастим.

Властивість викликати ейфорію при систематичному введенні в організм рано чи пізно призводить до формування психічної, а потім і фізичної залежності, тобто наркоманії. До наркотичних анальгетиків швидко виникає толерантність. Це змушує наркоманів вводити їх у зростаючих дозах, що в свою чергу зумовлює розвиток психічного порушення. Кінцевим етапом будь-якої наркоманії є деградація особи, важкі трофічні і функціональні зміни в усьому організмі, кахексія.

Як і під час практичного так лекційного заняття акцентується увага на безлічі доказів шкідливої дії наркотиків. Звертається увага на наукові факти, які диктують про необхідність позбутися добросердного ставлення до прийому наркотичних речовин. Оскільки хода наркоманії не чутна, а сліди її спочатку не помітні. Однак до наркоманії, на відміну від інших захворювань, людина себе призводить сама, стаючи заложником власної дурості й необережності. По-перше, численні

дослідження дії лікарських засобів свідчать про те, що на одні й ті ж самі дози здорові люди реагують інакше, ніж хворі. Дію медичного препарату розраховано лише на організм у стані хвороби, тому, що прийом ліків хворою людиною веде до її одужання, а здоровою – до отруєння організму і порушення його функцій. По – друге, наркотичні препарати не можна приймати потроху, оскільки це в корені суперечить їх природі. Ейфорійна дія багатьох медичних препаратів часто настає лише в разі перевищення терапевтичної дози або порушення способу їх введення. Необхідно назавжди запам'ятати, що найбільша небезпека полягає саме в першому прийомі наркотику, в першому шприці!

У дитини, народженої від матері – наркоманки, з перших годин життя виявляють ознаки наркоманії. Її організм вимагає тих наркотиків, які він отримував з кров'ю від матері. Позбавляючись наркотику після народження, вона реагує на це судомою, плачем або іншими проявами, властивими дорослим наркоманам у стані абсистенції. Часто ці діти народжуються з фізичною потворністю або фізичними відхиленнями, у них спостерігається затримка психічного розвитку, аж до вираженого недоумства, крім того часто такі новонароджені бувають не життєздатні.

Щоб визначити наслідки дії наркотиків, не завжди потрібне лікарське обстеження, іноді за зовнішнім виглядом можна визначити характер захворювання. Насамперед впадає в очі фізичне виснаження. Наркомани худі, бліді, виснажені, виглядають набагато старшими за свій вік, сонливі, втомлені, мляві, до всього байдужі. Обличчя їх спотворені ранніми зморшками, жовтувато-сірого відтінку, шкіра витончена, поступово робиться сухою, старою, лущиться, часто пігментована. Нерідко розвивається екзема. Організм зневоднений, позбавлений необхідного запасу вітамінів і білків. Унаслідок порушення живлення волосся наркомана, як правило, рано сивіють і

лисують, рідке волосся втрачає блиск, стає ламкими. Порушення трофіки відбивається і на нігтях: нігтьові пластинки потовщині, зморшкуваті, ламкі, розшаровуються. Зуби вражаються карієсом.

Усе це свідчить, що наркоманія – дуже важке захворювання, що здебільшого призводить до ранньої інвалідизації і різкого скорочення тривалості життя. З упевненістю можна сказати, що кожна нова ін'єкція затування або прийом у середину наркотичних речовин неминуче скорочують життя. Непомітно підточуючи і руйнуючи весь організм наркотичні отрути скорочують життя в 4-5 разів. Як правило, третина наркоманів вмирають на потязі 5 років після початку вживання наркотиків, звичайно середній вік життя хронічного наркомана не перевищує 30 років, тому що організм не може витримати постійного виснаження. Смертність серед любителів наркотиків дуже висока.

Вирватися з утвореного замкнутого кола і жити без шкідливих звичок буває дуже складно, якщо, звичайно, це взагалі можливо. Профілактика шкідливих звичок відіграє у цьому дуже важливу роль. Дуже гірко усвідомлювати, що ми в будь-якому віці можемо придбати шкідливі звички, боротьба з якими не завжди приводить до бажаного ефекту. Тому при першій нагоді завжди потрібно говорити молодим людям, «цвіту нашої нації» про наслідки.

Підсумовуючи викладене, можна передбачити, що ефективність підготовки майбутніх лікарів з метою попередження розвитку шкідливих звичок, досягається завдяки реалізації сукупності багатьох факторів: всебічного мотивування навчальної діяльності майбутніх лікарів до профілактики наркоманії, як одного із видів здорового способу життя; використання активних методів навчання на відповідних заняттях з фармакології, що забезпечує формування та розвиток навичок збереження та зміцнення здоров'я студентам-медикам. Адже, як говорив давньогрецький лікар, один з основоположників

Олександрійської медичної школи Герофіл: «Без здоров'я і мудрість незавидна, і мистецтво бліде, і сила в'яне, і багатство без користі, і слово безсиле»

#### Список літератури:

1. Бугеря Т.М. Проблеми фахової підготовки майбутніх учителів основ здоров'я. – Педагогіка здоров'я. Збірник наукових праць. Харків – 2014. – С. 82-83.

2. Вербицька Т. Вживання наркотиків. Причини й наслідки: заняття з елементами тренінгу / Соціальна педагогіка. – 2013. – №11. – С. 45-47.

3. Рощина І.О. Наркоманія: стан і проблеми боротьби з нею (сучасна парадигма). / Вісник кримінального судочинства. – №2. – 2015. – С. 175-180.

4. Святухіна І.А. Соціально-політичне значення культивування опійного маку в Афганістані / Вісник ХНУ імені В.Н. Каразіна. «Питання політології». – №1091. – 2014. – С. 145-151.

5. Степанова Е.А. Роль наркобізнесу в політекономії конфліктів и тероризма / Е.А. Степанова. – М.: Весь Мир, 2005. – 312 с.

6. Фармакологія – програма навчальної дисципліни для студентів вищих медичних закладів освіти III-IV рівнів акредитації. Спеціальність: 7.110106 «Стоматологія». – Київ: МОЗ України, 2010. – 50 с.

7. Чекман І.С., Горчакова Н.О., Казак Л.І. та інші За редакцією І.С. Чекмана Фармакологія: підручник для студентів вищих медичних закладів освіти III-IV рівнів акредитації К.: Вища школа, 2011. – 784 с.

**Оценка сформированности потребности в здоровом образе  
жизни у учащихся старших классов**

***Наталья Николаевна Колесникова***

*к.пед.н., доцент,*

*Полесский государственный университет,*

*г. Пинск, Беларусь*

*e-mail: natalia-iul1@yandex.ru*

***Аннотация.** В статье представлены результаты исследования, направленного на оценку уровня сформированности культуры здоровья и потребности в здоровом образе жизни старших школьников, их ценностных установок и жизненных приоритетов по вопросам здоровья.*

***Ключевые слова:** здоровый образ жизни; старшеклассники; культура здоровья.*

***Abstract.** Results of the research directed on an assessment of level of formation of culture of health and need for a healthy lifestyle of the senior school students, their valuable installations and life priorities on health issues are presented in article.*

***Keywords:** healthy lifestyle; seniors; culture of health.*

Утверждение здорового образа жизни обучающихся сегодня рассматривается как одно из приоритетных направлений гуманизации образования. Значимость формирования здорового образа жизни в аспекте данной проблемы обусловлена необходимостью сохранения и совершенствования физического, психического и социального благополучия участников образовательного процесса [3].

В последнее время наблюдается заметное снижение уровня здоровья, физического и духовного развития юного поколения [2, 6]. По данным Минздрава, из числа подростков 15-17 лет, прошедших профилактические осмотры, у 94,5% были зарегистрированы различные заболевания, при этом, около половины из них ограничивает выбор будущей профессии и почти треть юношей по медицинским показаниям не годится для службы в Вооруженных Силах. По мнению ученых, одной из основных причин этой отрицательной тенденции является недостаточное внимание к таким вопросам, как физическое воспитание и формирование здорового образа жизни школьников [5]. Традиционная система физического воспитания в общеобразовательной средней школе не в должной мере способствует сохранению, укреплению здоровья учащихся и, как следствие, формированию здорового образа жизни [1,7]. В системе школьного физического воспитания необходимы значительные изменения в содержании и технологии учебно-воспитательного процесса. Безусловно, они должны быть направлены на повышение уровня физического развития, физической подготовленности, формирование осознанной потребности в здоровом образе жизни, как факторы сохранения здоровья у обучающихся.

Для формирования у старшеклассников потребности в здоровом образе жизни необходима целенаправленная планомерная работа, представляющая собой комплексный подход к обучению и воспитанию [4]. Весь процесс обучения при этом приобретает деятельностный характер и ориентирован, прежде всего, на достижение определенных результатов, приобретение значимых компетенций в области физической культуры и ЗОЖ. Изучение ценностных ориентаций учащихся старших классов на здоровый образ жизни, определение уровня сформированности у них потребности в ЗОЖ является

необходимым условием успешности педагогических усилий, что определяет наше исследование как актуальное и социально значимое.

Объект исследования – степень сформированности потребности в здоровом образе жизни у учащихся старших классов общеобразовательной школы.

Предмет исследования – ценностные установки и жизненные приоритеты старшеклассников по вопросам здоровья.

Цель исследования – определить общий уровень сформированности культуры здоровья и потребности в ЗОЖ старших школьников.

Используя методику «Индекс отношения к здоровью» С. Дерябо и В. Ясвина, мы выявили ценностные установки и жизненные приоритеты учащихся старших классов по вопросам здоровья.

Анализ анкетных данных позволил установить, что у 23% старшеклассников отношение к здоровью является высоко доминантным (значимым). Ранжируя по степени значимости (важности) для них различные жизненные ценности из предлагаемого списка, респонденты определили «здоровье, здоровый образ» жизни как наиболее важную, поставив ее на первое или второе места.

Средней доминантностью характеризуется отношение к здоровью у 45% старшеклассников. Низкая доминантность отношения к здоровью свойственна 32% опрошенных. Они ответили ему лишь шестую или седьмую позиции.

При этом в число трех наиболее важных, с точки зрения старших школьников, ценностей подавляющее большинство респондентов определили материальное благополучие, труд (профессия, учёба, интересная работа), любовь и семейную жизнь, общение с друзьями и другими окружающими людьми; а в число наименее важных – общение с природой и духовность (нравственность, саморазвитие).

Также нами было исследовано наличие у старшеклассников понимания ценности и значимости здоровья, ведения здорового образа жизни.

Обработка и интерпретация результатов анкетирования дала возможность установить у 53% школьников высокий уровень понимания ценности и значимости здоровья, ведения здорового образа жизни. Его характеризуют: осознанное отношение к собственному здоровью; ведение здорового образа жизни; самостоятельное целенаправленное овладение практическими навыками сохранения и преумножения здоровья.

Средний уровень понимания ценности и значимости здоровья, ведения здорового образа жизни, характеризующийся частичным пониманием школьниками важности сохранения, укрепления здоровья и ведения здорового образа жизни, эпизодическим овладением практическими навыками сохранения и преумножения здоровья определен у 31% старшеклассников.

Низкий уровень – то есть отсутствие у школьников понимания ценности и значимости здоровья, ведение образа жизни, способствующего развитию болезней свойственен 16% учащихся старших классов.

Отвечая на вопрос «Как Вы оцениваете состояние своего здоровья», 38% респондентов охарактеризовали его как хорошее, 40% – как удовлетворительное, 10% – как плохое, оставшиеся 12% школьников затруднились дать однозначный ответ. При этом 24% опрошенных утверждали, что активно занимаются физической культурой или спортом, 76% ответили на поставленный вопрос отрицательно.

Днём бывают на улице, на свежем воздухе больше 2 часов 82% старших школьников, около часа – 18%.

Делают утром физическую зарядку 20%, обливание – 1%, плотно завтракают 6% учащихся старших классов; курят по дороге в школу – 14%.

В школьной столовой регулярно обедают 49% опрошенных, иногда – 20%,

31% – столовую не посещают.

Только 5% учащихся старших классов ложатся спать между 21 и 22 часами, 95% делают это гораздо позже 22 часов и никто не засыпает до 21 часа.

Никогда не употребляет спиртные напитки, наркотические вещества и не курит 49% респондентов; 31% делают это изредка, а 20% – активно.

Свободное время учащиеся старших классов чаще всего проводят следующим образом: – занимаются в спортивной секции, кружке 21%; проводят время с друзьями – 10%; читают книги – 3%; помогают по дому – 4%; преимущественно смотрят телевизор (видео) – 9%; играют в компьютерные игры – 53%.

В ходе исследования установлено, что на высоком уровне владеют культурными нормами в сфере здоровья 19% старших школьников. Этот уровень предполагает идеальный образ здорового человека, физически активного, укрепляющего здоровье самостоятельно, умеющего сотрудничать с окружающими в вопросах сохранения и укрепления здоровья, в совершенстве владеющего культурными нормами в сфере здоровья.

Средний уровень владения культурными нормами в сфере здоровья зарегистрирован у 29% учащихся старших классов. Знания о здоровом образе жизни у этих школьников не являются убеждениями, для них характерно эпизодическое овладение практическими навыками

сохранения и преумножения здоровья, присутствует готовность к сотрудничеству со взрослыми в вопросах здоровьесберегания.

Низкий уровень владения культурными нормами в сфере здоровья, характеризующийся отсутствием у школьников системы элементарных знаний о здоровье и здоровом образе жизни и мотивации к заботе о собственном здоровье; частым не выполнением элементарных правил гигиены, не проводят оздоровительные процедуры, определен у 52% респондентов.

Из числа опрошенных 15% занимаются в школьной спортивной секции лишь 9% – в спортивной секции ДЮСШ, увлекаются чтением научной литературы о сохранении своего здоровья и просмотром телевизионных передач на тему здоровья – 12%. 2% опрошенных употребляют витамины.

В спортивных мероприятиях, организуемых после уроков, практически никогда не участвуют 11%, нерегулярно участвуют 74%, участвуют раз или два в неделю – 14%, три и более раз в неделю – 1% старших школьников.

На уроках физической культуры и здоровья с полной отдачей занимаются 59% учащихся старших классов, без желания – 37%, лишь бы не ругали – 4%.

У 42% респондентов сложились доверительные отношения с окружающими людьми (родителями, друзьями, учителями), у 28 – уважительные. Полное взаимопонимание отмечают 18%, а отсутствие взаимопонимания – 12% опрошенных.

Для ведения здорового образа жизни 33% старшеклассников соблюдает режим дня, 11% соблюдает режим питания и употребляет витаминизированную пищу. Спортом занимается 24%, а регулярно делает утреннюю зарядку – 17% респондентов. 72% учащихся старших классов считают, что не имеет вредных привычек.

Определяя степень участия школьников в здоровьесберегающих и пропагандирующих здоровый образ жизни мероприятиях, мы установили, что наиболее активно старшеклассники принимают участие в спортивных соревнованиях и туристических походах. Менее интересны им такие формы спортивно-массовой работы как спортивные праздники, дни здоровья. Всего 2% респондентов с удовольствием занимаются подготовкой лекций и бесед о здоровом образе жизни и в молодёжных акциях, направленных на профилактику вредных привычек, в разработке проектов, программ, сценариев праздников здоровья, и лишь 1% респондентов высказали желание принять участие в создании творческих работ и исследовательских проектов о здоровье;

Конкурсы рисунков и плакатов о здоровом образе жизни, конкурсы сочинений, изложений, диктантов о здоровом образе жизни, подготовка открытых уроков и внеклассных мероприятий, проведение физкультминуток, физкультпауз для школьников исследуемого нами возраста не интересны.

Высокий уровень участия школьников в здоровьесберегающих и пропагандирующих здоровый образ жизни мероприятиях, характеризующийся наличием физической и творческой активности детей как элемента стиля жизни, то есть целеустремленной деятельности школьника для укрепления здоровья, развития физического потенциала и достижения физического совершенства, для эффективной реализации своих задатков с учётом личностной мотивации и социальных потребностей, определен у 34% старшеклассников. Средний уровень, определяемый недостаточной активностью в мероприятиях здоровьесберегающей направленности вследствие отсутствия в должной степени мотивации на ведение здорового образа жизни, установлен у 26% респондентов.

Низкому уровню, где отсутствует потребность ведения здорового образа жизни, проявляется пассивность в самосовершенствовании и самореализации в процессе приобретения знаний о здоровье человека соответствует степень участия в здоровьесберегающих и пропагандирующих здоровый образ жизни мероприятиях у 40% учащихся старших классов.

Определяя уровень культуры здоровья школьников мы получили следующие результаты, представленные в таблице 1.

Высокий уровень воспитанности культуры здоровья школьников зарегистрирован у 25% старшеклассников. Этим школьников отличает сознание ценности здоровья, ведение здорового образа жизни, наличие представлений о сущности здоровья; самостоятельное целенаправленное овладение практическими навыками сохранения и преумножения здоровья; высокая творческая активность; умение сотрудничать со взрослыми в вопросах сохранения и укрепления здоровья; активное участие в мероприятиях, пропагандирующих здоровый образ жизни.

*Таблица 1*

**Уровни сформированности культуры здоровья учащихся старших классов**

Возраст	Уровень, %		
	Высокий	Средний	Низкий
15-17 лет	25	49	26

Средний уровень воспитанности культуры здоровья отмечен у 49% опрошенных. Их характеризует частичное понимание и важности сохранения, укрепления здоровья и ведения здорового образа жизни; наличие элементарных знаний о здоровье; эпизодическое овладение практическими навыками сохранения и преумножения здоровья, стремление к самосовершенствованию и творческому выражению; готовность к сотрудничеству со взрослыми в вопросах сохранения и

укрепления здоровья; нерегулярное участие в мероприятиях, пропагандирующих здоровый образ жизни.

Низкий уровень воспитанности культуры здоровья, по нашим сведениям, имеют 26% школьников. У них отсутствует система элементарных знаний о здоровье и здоровом образе жизни; наличествуют вредные привычки, хронические заболевания, ведение образа жизни, способствующего развитию болезней; сотрудничество со взрослыми и участие школьников в мероприятиях, пропагандирующих здоровый образ жизни минимальное или отсутствует.

#### Список литературы:

1. Виленский М.Я. Физическая культура и здоровый образ жизни студентов / М.Я. Виленский, А.Т. Горшков. – М.: КноРУС, 2013. – 198 с.
2. Голев А.Г. Сохранение и укрепление здоровья учащихся как педагогическая проблема. – Пятигорск: ПГЛУ, 1999. – 58 с.
3. Иванова, Н.К. Организационно-педагогические условия формирования здорового образа жизни школьников: дисс. ... канд. пед. наук. – Самара, 2000. – 221 с.
4. Кабаян О.С. К вопросу о формировании знаний о здоровом образе жизни на основе интеграции учебных предметов / О.С. Кабаян // Образование города на пути к XXI веку. – Майкоп, 2000. – С. 226-230.
5. Клевцова Ю.Е. Формирование навыков здорового образа жизни юношей старшего школьного возраста на уроках физической культуры: автореф. дисс. ... канд. пед. наук. – М., 1999. – 24 с.
6. Панков Д.Д. Состояние здоровья школьников выпускных классов / Д.Д. Панков, Т.Б. Панкова // Российский педиатрический журнал, 2006. – №6. – С. 10-13.
7. Смирнов Н. К. Здоровьесберегающие образовательные технологии в современной школе / Н. К. Смирнов. – М.: АПК и ПРО, 2002. – 96 с.

**Мотивация студентов-медиков к здоровому образу жизни**

*Тамара Григорьевна Копчук*

*к.мед.н., ассистент кафедры фармакологии,*

*Буковинский государственный медицинский университет»*

*г. Черновцы, Украина*

*e-mail: tomka74@mail.ru*

***Аннотация.** В статье рассматриваются вопросы формирования здорового образа жизни студентов-медиков и акцентируется внимание на негативном влиянии алкоголя на организм.*

***Ключевые слова:** здоровый образ жизни; воспитательная работа; негативное влияние алкоголя.*

***Abstract.** In this article considered question of the formation healthy lifestyle of medical students and emphasizes attention on the negative influence of alcohol on the organism.*

***Keywords:** healthy lifestyle; educational activities; influence of alcohol.*

За останні десятиліття світова наука долучила проблему здоров'я, у широкому розумінні, до кола глобальних проблем, розв'язання яких обумовлює не тільки кількісні та якісні характеристики майбутнього розвитку людства, але й навіть сам факт його подальшого існування як біологічного виду. **Враховуючи зниження рівня життя, погіршення екологічних умов, скорочення медичних і соціальних програм, зниження духовного потенціалу на перший план виступають проблеми здоров'я сучасної молоді тому, стає відчутною реальністю необхідність формування їхніх духовних потреб, здорових звичок, фізичного загартування, в цілому здорового способу життя – одного з**

пріоритетних напрямів діяльності сучасної освіти України [5].

**Стан проблеми формування здорового способу життя студентів-медиків** викликає значне занепокоєння та потребує окремої уваги: вживання алкоголю, тютюну, наркотиків, небезпечна сексуальна поведінка, знижена фізична активність, надмірна вага, наявність хронічних захворювань, психологічний дискомфорт. Як відомо, активне набуття шкідливих звичок припадає на студенські роки життя [2]. Це обумовлене, з одного боку, значним спадом уваги з боку батьків до способу життя їх дітей, а з іншого – зниженням інтересу студентів до здорового способу життя.

**Формування здорового способу життя у студентів-медиків є і завжди було одним з основних завдань викладачів-наставників кафедри фармакології Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», адже «здоровий лікар – здорова нація».** Тому проблема здорового способу життя для студентів під час навчання в університеті повинен стати щоденною потребою. Тільки виховання цієї проблеми у студенські роки, дасть змогу забезпечити в майбутньому збереження здоров'я.

Говорити про популярність профілактики здорового способу життя серед більшості наших студентів було б передчасним. Піклуватися про власне здоров'я, як вважає велика частка студентів, це справа людей похилого віку чи інвалідів. Важливо акцентувати увагу на тому, що особистісна роль студентів-медиків відносно підтримки і зміцнення свого здоров'я практично зведена до мінімуму. Поступово формується зовсім необґрунтована впевненість у тому, що здоров'я гарантовано саме собою молодим віком, що будь-яке навантаження, значні порушення харчування, режиму, відпочинку, небезпечна поведінка й зловживання токсичними речовинами, стреси, гіподинамія, інші фактори ризику молодий організм здатен побороти самостійно [4].

Окремою гострою проблемою здоров'я є поширення шкідливих звичок, а саме вживання алкоголю, що в наш час становить одну з найсерйозніших медикосоціальних проблем. Складність її вирішення – у невідповідності стандартного відношення до вживання алкоголю в суспільстві та його дійсним значенням у руйнуванні здоров'я людей.

Алкоголь – це зло, що негативно впливає на здоров'я, активність, розумову та фізичну працездатність, на оперативне мислення, увагу, пам'ять та беззаперечно на розвиток економіки, культури як на суспільство в цілому, так і на кожну людину, зокрема. Вживання алкоголю ще нікого не зробило здоровим. В організмі немає жодного органу, на який би алкоголь діяв позитивно.

Алкогольні напої відомі людству вже давно. Ще в сиву давнину для вгамування спраги люди вживали солодкі соки плодів(винограду, пальм тощо). Свіжий сік додавав енергії, бадьорості. Поряд з цим було відзначено, що, залишений на зберігання у відкритих жбанах, солодкий сік міняв свої смакові якості та зовнішній вигляд. Коли пили такий перестояний сік, змінювався настрій, з'являлася бадьорість, безтурботність. Наші пращури, не знаючи справжньої причини, пояснювали це дією вищої сили і вважали, що стан сп'яніння – це зближення з богом [5]. Вийшло так, що спочатку людина відчула на собі дію переброджених соків і тільки значно пізніше дізналася, що цей своєрідний вплив на самопочуття та поведінку, зумовлений наявністю алкоголю.

Стародавні араби використовували його як ліки. Ось чому і досі вживання спиртного супроводжується побажанням«за здоров'я». У Древній Спарті, щоб відвернути від вживання алкоголю, молодим патриціям показували спеціально споеного раба. Огидний стан цього п'яного діяв як профілактичний засіб. Ще в давні часи люди спостерігали, що у п'яниць діти народжуються із психічними та

фізичними дефектами. Древньогрецький лікар Гіппократ вважав, що причиною таких захворювань, як ідіотизм і епілепсія, є вживання вина в день зачаття. У багатьох країнах в давнину забороняли під страхом тяжкої кари вживати міцні напої молодцям у день весілля. Римляни писали на стінах алкоголіків слова Плутарха: «П'яниці породжують п'яниць» [2].

Вживання алкогольних напоїв викликає у людини стан ейфорії, душевного задоволення, зняття стресу. Це пояснюється дією алкоголю на мозок – гальмуються його центри, пов'язані з формуванням емоцій. У наслідок неодноразового прийняття алкогольних напоїв у людини закріплюється умовний рефлекс. Після забуття і пробудження у п'яниць настає важкий стан похмілля, симптоми якого знімаються при повторному вживанні спиртних напоїв. Це головна ознака хронічного алкоголізму. Вона супроводжується синдромом астенії – втому, непрацездатністю. Організм хворий, але алкоголік не усвідомлює своєї хвороби та її причин.

Хронічний алкоголізм, або алкогольна наркоманія – хвороба, при якій у людини з'являється неймовірний потяг до спиртних напоїв, спостерігається симптоми астенії і абстиненції та інші алкогольні розлади. Самопочуття алкоголіка дуже пригнічене, він невпевнений у собі, часом кається, лякається. Характер різко погіршується, сон стає короткочасним і поверхневим, він бачить жахливі сни. Водночас підвищується опір організму до алкогольного отруєння. У стадії побутового п'янства звичайні дози алкоголізму вже недостатні. Ще одна ознака алкоголізму – ослаблення захисних рефлексів – блювоти, нудоти, слиновиділення. При вживанні великих доз алкоголю спостерігаються галюцинації, гострі психози, втрата пам'яті, з'являється нестійкий мотив поведінки, хворий здійснює вчинки, не властиві йому раніше. У минулому щирий, милосердний, добрий чоловік стає байдужим,

аморальним, озлобленим. В алкоголіка відсутня цілеспрямованість. Він ніколи не доводить розпочату справу до кінця. В останній стадії алкоголізму різко знижується опірність до великих доз алкоголю. Хворі почувають себе погано, у них порушується кровообіг, з'являються гострі розлади серцево-судинної системи, печінкова недостатність. Їх зовнішній вигляд нагадує хворих, яким властива психічна і соціальна деградація.

Також спиртні напої подразнюють слизову оболонку шлунку. Шлунковий сік виділяється з невеликою кількістю ферментів і високою кількістю соляної кислоти. Подразнюючи слизову оболонку шлунку, він разом зі спиртом стимулює відчуття апетиту. Спирт зневоднює клітини, викликає запалення і ущільнення тканин, при цьому засвоєння вітамінів ускладнюється. При регулярному вживанні алкоголю порушується вуглеводний обмін. Білки, вітаміни і мікроелементи надходять до організму у недостатній кількості. Постійне вживання алкоголю призводить до гострого або хронічного гастриту, що супроводжується різким болями, відчуттям печії, неприємним запахом з рота, головними болями. У алкоголіків пропадає апетит, вони п'ють, не закусуючи, а це дуже виснажує організм. Крім негативного впливу на шлунок негативний вплив алкоголю на організм людини не обмежується. Також страждає печінка, що супроводжується її запаленням – гепатит та загальне отруєння організму. Заключним етапом хронічного алкогольного отруєння печінки є цироз – кінцевий результат хронічного запального процесу в печінці, при якому у вогнищах запальних змін в її паренхімі відбувається заміщення печінкових дольок сполучною тканиною з утворенням циротичних вузлів. Це призводить до порушення численних функцій печінки (зрушення білкового обміну, дефіцит певних вітамінів, зміни у системі згортання крові тощо).

Наукові дослідження доводять, що у алкоголіків дуже швидко і

сильно пошкоджується серцево-судинна система. Часте вживання алкоголю призводить до переродження серцевого м'язу. Алкоголь підвищує згортання крові, що спричинює утворенню тромбів, внаслідок чого відбувається омертвіння тканин (некроз). Алкоголь викликає паталогічні процеси не тільки в серці, але і в артеріях та судинах. Вживання спиртного спричинює розширення судин, їх запалення – тромбофлебіт. Кожний випитий келих підвищує артеріальний тиск, що є причиною багатьох серцево-судинних захворювань.

Але найбільше від алкогольної інтоксикації потерпає мозок (кора великих півкуль). При регулярному вживанню алкоголю мозок зменшується в об'ємі. Токсичне враження головного мозку виявляється не тільки в гострій або хронічній деградації особистості. Особистість стає примітивною, понижується її ініціативність, погіршується пам'ять. Виникають різні форми алкогольних психозів. Хворий в стані алкогольного психозу небезпечний для оточуючих, часто він небезпечний і для себе, схильний до самогубства. Алкоголікам властивий поліневрит – запалення периферичних нервів. Найчастіше пошкоджуються ноги. Спочатку з'являються неприємні поколювання, потім свербіж, губиться чутливість. М'язи стають в'ялими, стопи звисають і хворий не може ходити. Алкоголіки середнього віку часто хворіють поліенцефалітом. Це важке захворювання характеризується порушенням мови, підвищенням температури, провалами пам'яті, галюцинаціями, втратою свідомості.

Серед населення існує думка, що діти не хворіють алкоголізмом. Але дослідження показують, що цією хворобою можуть хворіти діти грудного віку, якщо їх виносила і годує мати – алкоголічка. За статистичними даними ускладнена вагітність протікає у 28% жінок, що вживають алкоголь, недоношені діти народжуються у 34% жінок, а мертві плоди – у 25% жінок [1].

Якщо вплив батька на плід визначається тільки в момент зачаття, то на розвиток зародку більше впливає організм матері. Переповнена алкоголем та його токсичними продуктами кров матері легко проникає крізь плаценту до крові плоду, порушує обмін речовин, що призводить до викиднів, передчасних родів, народження розумово відсталих дітей.

Вплив алкоголю на дитину не обмежується внутрішньоутробним періодом. Спиртне, випите матір'ю, що годує дитину, потрапляє в молоко, в організм малюка, наносить йому непоправне лихо. Діти, що народилися від п'яниць, навіть не страждаючи психічною патологією, ростуть ослаблені, нервозні, замкнені, злобні, жорстокі. У них з'являються розлади сну, відчуття страху.

Таким чином, факторами, що впливають на дітей, є токсичне враження статевих залоз родичів-алкоголиків при хронічній інтоксикації алкоголем; гостре отруєння статевих клітин при зачатті, внутрішньоутробне отруєння плоду в матері, що зловживає алкоголем, алкогольне отруєння малюка через грудне молоко матері-алкоголички. На дитячий організм алкоголь діє сильніше і небезпечніше, ніж на дорослий. Адже в цьому віці розвиваються всі життєво важливі системи.

Виходячи з соціологічних досліджень, визначають основні завдання антиалкогольної пропаганди серед молоді: поширювати серед молоді знання про негативну дію алкогольних напоїв на організм людини з точки зору:

- загальнобіологічної – дія алкоголю на організм людини, її органи і системи;
- генетичної – дія алкоголю на спадковість організму, потомство;
- медичної дії алкоголю на здоров'я людини і тривалість її життя;
- соціологічної – дія алкоголю на діяльність, працездатність людини, сімейні стосунки, виховання дітей.

Майбутні лікарі як ніхто повині усвідомлювати, що алкоголь несумісний із здоровим способом життя. Психіатрія затверджує, що в 89% випадків причиною алкоголізму є щиросердечний стан особистості, а воно прямо залежить від соціального статусу, від якості життя і від визначеності становища людини в цьому світі, тобто від наявності або відсутності мети свого існування [3]. Певно, останній фактор і сприяє моторошному ростові алкогольної залежності серед молоді. Варто згадати і той факт, що сьогодні ТВ-реклама безперешкодно пропагує алкоголь, – це одна з причин того, що пити починають діти. Величезна кількість молодих людей у же до двадцяти років стають або алкоголіками, або сильно питущими. Цей вибір існував завжди, але за поширенням ВІЛ та СНІДу пити чи не пити, палити чи не палити – стає вибором життя. Тому необхідно мобілізувати всі можливості для допомоги молодій людині у свідомому самовизначенні.

У Вищому державному навчальному закладі України «Буковинський державний медичний університет» широко здійснюється антиалкогольна компанія серед студентської молоді. Адже, здоров'я дає можливість повноцінного гармонійного розвитку особистості та відіграє визначальну роль на різних етапах життя людини. Саме через це здоров'я молодого покоління є одним з важливих показників соціального благополуччя, виступаючи одночасно детермінантою та основою розвитку всього населення, забезпечення майбутнього держави.

#### Список літератури:

1. Алкогольная политика и общественное благо / под ред. G. Edwards. – ВООЗ, 1998. – 316 с.
2. Лапаєнко С. Формування ціннісних орієнтацій старших підлітків на здоровий спосіб життя // Теоретико-методичні проблеми виховання дітей та учнівської молоді. – Зб. наук. праць. – Київ: Пед.

думка, 1999. – Кн. I. – С. 176-182.

3. Плахитний Д.П., Славина Н. С., Дарчук С. І., Дорош В. У. Про здоров'я та здоровий спосіб життя: – Кам'янець-Подільський, 2004. – 224 с.

4. Федько О.А. Ціннісна природа здорового способу життя для особистості, нації та держави / Федько О. А. // Стратегічні пріоритети. – №4(13). – 2009. – С. 83-88.

5. Формування здорового способу життя молоді проблеми і перспективи / О. Яременко, О. Вакуленко та ін. – К.:Український ін-т соціальних досліджень, 2000. – 207 с.

УДК 378.14

**Формирование культуры здоровья – основное направление современной педагогики**

*Екатерина Ивановна Кулько*

*ст. преподаватель кафедры истории и педагогики*

*Белорусская государственная сельскохозяйственная академия,*

*г. Горки, Р. Беларусь*

*e-mail: kulko1612@yandex.ru*

*Аннотация. В статье анализируются показатели здоровья учащихся и анализируются факторы риска, влияющие на его сохранение.*

*Ключевые слова: Показатели здоровья, медицинское обеспечение, динамика заболеваемости, система образования, профилактика, физкультурно-спортивная деятельность.*

*Abstract. The article analyzes the indicators of the health of students and addresses the risk factors that affect its retention.*

**Keywords:** *Indicators of health, healthcare, dynamics of spacecraft morbidity, education, prevention, physical-sport activity.*

Для современного общества вопрос сохранение здоровья подрастающего поколения является актуальным в связи с происходящими социальными изменениями: резким снижением уровня жизни, ухудшением экологической обстановки в стране и др. Здоровье человека является целостным динамическим состоянием человека, так и одновременно процессом, который характеризуется позитивными и негативными показателями. Поиск путей сохранения здоровья молодежи требует разработки концептуального подхода к понятию «здоровье», оценки возможностей изучения данного явления социологическими методами.

Продолжительное изучение объективных показателей здоровья учащихся позволили исследователям выстроить рейтинг факторов риска. С точки зрения медиков он выглядит так: 1 – образ жизни; 2 – генетика и биология ребенка; 3 – экологические и природно-климатические условия; 4 – уровень и качество медицинской помощи. Применительно к учащимся можно предположить, что система образования и учебная деятельность как образ жизни существенно влияет на здоровье юношей и девушек.

Интенсификация учебных программ и занятий, увеличение объема информации и числа предметов, сохранение весьма высокой степени сложности программ по точным и естественным наукам при слабой практической прикладной наполненности образования, сохранение приоритетности обучения детей по сравнению с их личностным развитием оказывают негативное воздействие на социальное самочувствие растущего человека.

Результаты опросов взрослого населения и учащихся показывают,

что подавляющее большинство респондентов в системе ценностей помещают здоровье на 1–2 ранговое место. Причем, родители особо выделяют здоровье своих детей среди остальных слагаемых благополучия. При этом установлено, что для граждан собственное здоровье и здоровье их детей ценно не само по себе, а как средство достижения жизненных целей. Зачастую его рассматривают как средство для достижения успехов в учебе, приобретения более высокого рейтинга в школе.

В ходе проведенных исследований было установлено: доля практически здоровых детей, поступающих в 1 класс, составляет в среднем 32%. Доля здоровых школьников в возрасте 14-15 лет снижается до 20-25%. В последнее время наблюдается увеличение доли детей с отклонениями в органах зрения, пищеварения, опорно-двигательном аппарате, с психосоматическими недомоганиями и расстройствами. Треть школьников посещают физкультурные группы – подготовительные и специальные. Приобретение отклонений в период обучения в школе и увеличение частоты заболеваний в старшей ступени школы. Девочки всех возрастов имеют более низкие показатели здоровья. В общеобразовательной школе медицинские службы ведут индивидуальный учет результатов профилактических осмотров и текущей заболеваемости в учебном году. При этом отсутствуют попытки элементарного анализа динамики заболеваемости одного и того же класса по мере его продвижения из одной ступени обучения в другую. К сожалению, система медицинского обеспечения массовых школ в условиях интенсификации образовательного процесса не ориентирована на решение задачи сохранения и улучшения здоровья школьников. При ответе на вопрос: «Насколько проблема здоровья важна для Вас?» почти 45% респондентов отметили, что она не менее важна, чем другие, для 20% данная проблема имеет ситуативный

характер, о ней вспоминают, когда испытывают недомогания, только 5% не считают ее значимой [1, 53].

Сложившееся положение усугубляется тенденцией ранней алкоголизации в подростковой среде. По данным опроса, алкоголь употребляют около 15% подростков. Но, по нашему мнению, приведенные данные – это только видимая часть «айсберга». Можно лишь догадываться о скрытой стороне упомянутых процессов. В связи с этим можно говорить о недостаточной сформированности психической сферы детей, особенности их индивидуального темперамента, типа нервной системы приводят к тому, что часто реакции на события школьной жизни проявляются в виде отрицательных эмоций и невротических состояний. Каждый третий школьник и его родители считают, что за время учебы существенно ухудшается психическое самочувствие ученика. Отправной точкой психических процессов у детей являются удачи и неудачи в школе. На вопрос: «Часто ли тебя преследуют неудачи в школе?» 32% учащихся ответили положительно, 27% родители так же подтвердили данную реакцию. В случае неудачи в учебных делах у 55% школьников портится настроение, 23% испытывают раздражительность, 17% переживают состояние аффекта, 5% подвержены сильным продолжительным психическим переживаниям, переходящим в состояние подавленности, а порой и даже отчаяния. Настораживает и то обстоятельство, что значительная часть школьников в своих попытках обрести душевное равновесие рассчитывают только на себя. Субъектами поддержания равновесия в целом являются друзья, реже – родители. Положительные эмоции вызываются «хорошей оценкой» (62,3%) и «общением с друзьями» (71,4%). «Необычные уроки» порождают удивление (15%), новые темы – интерес у 32%, применяемые инновационные методы и приемы в учебном процессе (46%). Одновременно имеют место и негативные

моменты, касающиеся школьной жизни, в частности «несправедливость учителя» (18,3%), «трудности усвоения нового материала (23,5%), «плохая оценка» (34,4%), «контакты с одноклассниками» – (26,4%), «стыд за неправильный ответ (17,2%), «сложность предмета» (35%). В среднем отрицательные эмоции имеют место у 65% учащихся [15, 135].

В условиях модернизации системы образования должны измениться и взгляды на здоровье, активно утверждается личная ответственность человека за его действия, эмоции и отношения. Происходит смена парадигмы, т.е. способа решения проблем, связанных со здоровьем. Сегодня внимание перемещается с лечения заболеваний на их профилактику. Принципиально важно, что телесность подчиняется не только физиологическим законам, но и законам культуры. Формирование культуры здоровья – ключевое направление современной школы.

Относительно к учащейся молодежи современная педагогическая действительность, как совокупность научной и практической деятельности, осуществляемой профессиональными педагогами-валеологами, ориентирована на создание условий здоровьесбережения при организации учебного процесса и активного внедрения здоровьесберегающих технологий. Валеоустановка – это группа феноменов, обеспечивающих регуляцию здоровья на индивидуально-личностном уровне. Валеоустановка определяет личность в ее направленности на поддержание здоровья и преодоление болезни: она характеризуется готовностью к определенному способу восприятия, отношения и реагирования в ситуациях, затрагивающих здоровье подростка [4, 34]. Она предполагает следование принципам здорового образа жизни. Следует обратить внимание, что в целом в подростковой среде наблюдается недооценка возможностей самооздоровления средствами физической культуры. Однако специфика организованной,

активной физкультуры и спортивных занятий влияет положительным образом на гармоничность восприятия учащимися принципов ЗОЖ. Это означает, что физкультурно-спортивная деятельность в образовательной среде является одним из важных факторов, мотивирующих к здоровьесохранной самодостаточности учащихся.

Главным направлением приложения сил педагогов и родителей должно стать создание благоприятных условий для комфортного самочувствия ребенка в школе и дома, приобретение им опыта успеха, по возможности разделенного с ближайшим окружением, развитие личностных качеств каждого ученика, что поможет нейтрализовать действие негативных факторов.

#### Список литературы:

1. Вайнер Э.Н. Особенности воспитания культуры здоровья в системе общего образования / Э. Н. Вайнер // ОБЖ. Основы безопасности жизни. – 2009. – №5. – С.47-59.
2. Гликман И.З. Наша школа: от старой к новой / И.З. Гликман // Народное образование. – 2010. – №1. – С. 32-38.
3. Залыгин, В.Е. О моделях определения здоровья в медицине и валеологии / В. Е. Залыгин // ОБЖ. – 2010. – №1. – С. 41-43.
4. Татарникова Л.Г. Педагогика здоровья: здоровьесберегающие образовательные технологии. – СПб: СПбАППО, 2010. – 184 с.
5. Щербакова М.А., Бурлакова И.Г., Величковская И.Л. и др. Образование и здоровый образ жизни / Науч. ред. Н.Б. Стамбулова. – СПб.: Центр карьеры, 2000. – 143 с.

**Здоровьесберегающее пространство образовательного  
учреждения**

*Елена Александровна Кунцевич*

*ст. преподаватель,*

*кафедра анатомии и физиологии,*

*Витебский государственный университет им. П.М. Машерова,*

*г. Витебск, Р. Беларусь*

*e-mail: elenapolotsk@rambler.ru*

***Аннотация.** Автором раскрывается значимость формирования ценностных ориентации учащихся в аспекте приобретения навыков здорового образа жизни, культуры здоровья как основы физического, психического и социального благополучия. Автор предполагает осуществлять организацию учебно-воспитательного процесса по формированию здорового образа жизни в следующем: поиск содержания и организационных форм, включения учащихся школы в процесс формирования культуры здоровья; активизацию деятельности медико-психологической службы в определении проблем для формирования здорового образа жизни; совершенствование системы воспитания, культуры здорового образа жизни и формирования у учащихся ценностного отношения к своему здоровью;*

***Ключевые слова:** здоровьесберегающее образовательное пространство.*

***Abstract.** The author reveals the importance of the formation of value orientations of students in terms of acquisition of healthy lifestyles, health culture as the basis of physical, mental and social well-being. The author intends to carry out the organization of the educational process to promote healthy lifestyles in the following: finding content and organizational forms*

*that enable school students in the process of building a culture of health; revitalization of medical and psychological services in identifying problems for a healthy lifestyle; improving the system of education, culture and healthy lifestyle formation of students' valuable relation to their health.*

**Keywords:** *zdorovesberegajushchego educational space.*

В национальной системе развития образования одной из ведущих задач является сохранение здоровья подрастающего поколения, оптимизация учебного процесса, разработка здоровьесберегающих технологий обучения и формирование ценности здоровья и здорового образа жизни. Успешная работа образовательного учреждения в области сохранения и укрепления здоровья школьников невозможна без постоянного совершенствования всех сфер его деятельности.

**Цель статьи** – проанализировать здоровьесберегающее пространство образовательного учреждения, смоделированное на основе принципов Всеобщей теории управления качеством, и организационно-педагогические условия в системе управления здоровьесберегающей деятельностью образовательного учреждения.

**Материалы и методы:** Анализ научной психолого-педагогической литературы, собственный педагогический опыт, результаты опытно-поисковой работы.

**Результаты и их обсуждение.** Школа нового поколения – школа здоровья, в которой задачи физического развития и формирования здоровья имеют приоритетное значение. Работа школы сегодня должна быть направлена на сохранение и укрепление здоровья учащихся, и она может считаться полноценной и эффективной тогда, когда в полной мере и в единой системе реализуются здоровьесберегающие и здоровьеформирующиеся технологии.

На здоровье школьника влияют две группы факторов. Первая группа – это факторы, не поддающиеся нашему управлению (экология, традиции ЗОЖ в семье, качественная и своевременная медицинская помощь и т.д.). Вторая группа – это управляемые факторы. Эти факторы подразумевают использование здоровьесберегающих и здоровьесформирующих технологий.

Предметом здоровьесформирующей образовательной среды является образ жизни, способы измерения, сохранения и укрепления здоровья. Дидактическими целями здоровьесформирующей образовательной среды являются получение знаний об этом предмете и практических навыков оздоровления. Педагогической целью – воспитание стойкой установки на первостепенную ценность здоровья и здоровый образ жизни, то есть изменение мировоззрения.

Для создания такой среды в школе необходимо иметь: кабинет здорового образа жизни, который обеспечивает возможность проведения мониторинга здоровья; детского школьного врача, которому органами здравоохранения предписано выполнять все необходимые действия по оздоровлению школьников (мониторинг здоровья, контроль за санитарным состоянием школы, контроль выполнения санитарных требований к организации учебного процесса, питания, занятий физкультурой); преподавателя владеющего не только знаниями, но и методикой организации креативного учебного процесса, объединяющего врача, психолога, родителей и учеников в решении практических задач контроля и укрепления здоровья.

Одним из первых признаков нежелательного влияния школы на здоровье учащихся – утрата интереса к учебе. Желание учиться, познавать мир. Как известно, умственная деятельность ведет к усталости и падению работоспособности. Однако увлеченный интересной работой человек не ощущает усталости. И наоборот,

напряженная умственная работа приводит к такой степени утомления, при которой снижается не только качество усвоения, но и вообще способность воспринимать любую информацию.

Этим объясняется неблагоприятная тенденция к увеличению психических и соматических заболеваний учащихся, «школьных неврозов», вызванной чрезмерной умственной нагрузкой.

Задача современной школы заключается в необходимости помочь каждому ребенку осознать свои способности, создать условия для их развития, способствовать сохранению и укреплению здоровья ребенка, т.е. осуществлять личностно-ориентированный подход при обучении и воспитании.

На основе контент-анализа психолого-педагогической литературы (Н.П. Абаскалова, Л.С. Елькова, В.К. Зайцев, В.В. Колбанов, С.В. Попов, Л.Г. Татарникова и др.) под здоровьесберегающим пространством образовательного учреждения мы понимаем систему управленческих, организационных, обучающих условий, направленных на сохранение и укрепление социального, физического, психического здоровья и адаптации учащихся на основе психолого-педагогических и медико-физиологических средств и методов сопровождения образовательного процесса, реализации комплекса межведомственных оздоровительных мероприятий.

Воспитательная ценность здоровьесберегающего образовательного пространства состоит в том, что при ее реализации как в рамках учебного времени, так и во внеурочное и досуговое, в том числе каникулярное время, создаются условия для укрепления, сохранения и восстановления их здоровья, с учетом их запросов, потребностей, организации возможностей самореализации, продуктивного общения и самостоятельности в разнообразных формах, включающих труд, познание, культуру, игру и другие сферы.

К основным показателям здоровьесберегающего образовательного пространства средней школы можно отнести: гуманистическую направленность эмоционально-поведенческого пространства; учет индивидуально-возрастных особенностей обучаемых; всемерное развитие творческой личности; организацию лечебно-профилактических и информационно-просветительских мероприятий; содействие самореализации самоутверждению субъектов образовательного процесса; соблюдение санитарно-гигиенических норм; коррекцию нарушений соматического здоровья, включающая использование комплекса оздоровительных и медицинских мероприятий без отрыва от образовательного процесса; оздоровительную систему физического воспитания; разработку и реализацию дополнительных образовательных программ по формированию культуры здоровья, сохранению и укреплению здоровья обучающихся, профилактике вредных привычек.

Традиционные формы сохранения и укрепления здоровья учащихся – это консультации, беседы, инструктажи, тренинги, семинары-практикумы, классные часы, беседы со специалистами и др. Наиболее приемлемыми и продуктивными в процессе сохранения и укрепления здоровья являются интерактивные формы, которые носят здоровьесберегающий характер и предусматривающие:

- воздействие на эмоциональную сферу ученика, способность вызвать разнообразные переживания, связанные с осознанием тех или иных явлений здоровья;
- пробуждение творческого начала, способности стратегического и критического мышления;
- представление в сознании обучающегося мира культуры, природы и образования как живого организма. Учащийся должен

почувствовать естественность и закономерность здоровьесберегающих, здоровьесформирующих, культурных и образовательных процессов.

Выводы: В основе деятельности школы по формированию здоровья должна лежать позитивная модель здоровья, которая подразумевает развитие у индивида способности к общению, самовыражению, творчеству, а также к изменению самого себя и своего окружения в лучшую сторону. Это означает также, что индивид должен учиться подходить к решению проблем и перенесению трудностей в жизни в конструктивном духе, вместо того, чтобы просто защищать себя от них. Здоровым может считаться такой человек, который способен реализовать свои потенции роста и самовыражения и внести свой вклад в развитие общества.

Меры по обеспечению здорового образа жизни не должны сводиться лишь к предупреждению о тех или иных факторах риска или пропаганде конкретных способов изменения стереотипов поведения. Деятельность в области укрепления здоровья должна включать разнообразные способы помощи молодым людям в решении их индивидуальных задач, связанных с развитием, а также социальных проблем, касающихся их учебы и досуга и имеющих для них особо важное значение.

Таким образом, системообразующим направлением деятельности школы признается социально-психологическое и, соответственно, проблема здоровья молодых людей в условиях образовательного учреждения – это педагогическая проблема, непосредственно связанная с организацией целостного учебно-воспитательного процесса.

#### Список литературы:

1. Башвец, Н.А. Проблемы здоровьесбережения / Н.А. Башвец // Актуальные вопросы современной психологии и педагогики: сб. докладов международной науч. заочной конф., Липецк, 28 октября 2009

года / [отв.ред. А.В. Горбенко]. – Липецк: Издательский центр «Де-факто», 2009. – С. 90-92.

2. Вершинина, А.А. Реализация здоровьесберегающего подхода в педагогике школы: монография / А.А. Вершинина, И.В. Власюк, Е.В. Гривко, Н.Ф. Демополова / под ред. А.В. Кирьяковой. – М.: 2000. – 239 с.

УДК 37.037(075.8)

### **Полноценное здоровье – педагогическая сфера деятельности**

***Роман Иванович Курчинов***

*д.пед. н., профессор,*

*кафедра физического воспитания и спорта,*

*Минский государственный лингвистический университет,*

*г. Минск Р.Беларусь*

*e-mail: r.kurchinov@yandex.ru*

***Аннотация.*** Показана роль физического образования как главного компонента полноценного здоровья. Рассмотрены вопросы полноценного здоровья, включающие основные компоненты: работоспособность, адаптацию, восстановление для жизнедеятельности человека.

***Ключевые слова:*** полноценное здоровье, физическое образование.

***Abstract.*** The research shows the role of physical education as a major component of full health. The article tackles the issues of staying in good health including its basic components such as performance capability, adaptation, and recovery for human life.

***Keywords:*** full health, physical education.

Эффективность воспитания и обучения подрастающего поколения зависит от здоровья. Здоровье – важный фактор работоспособности и оптимального развития организма человека.

Сегодня проблемами здоровья занимаются преимущественно медицинские службы, ориентированные на диагностику и лечение болезни. В определенных обстоятельствах такой подход может иметь успех. Такое положение дел сформировало у большинства членов общества убеждение, что за здоровье человека отвечает медицина. К этому следует добавить твердое убеждение в этом врачей.

Попробуем ответить на вопросы: кто несет ответственность за здоровье человека? Здоровье – сфера деятельности в первую очередь медицины или педагогики?

Чтобы ответить на эти вопросы, сначала рассмотрим сферы деятельности каждой из этих наук. Медицина – совокупность наук о болезнях, их лечении и предупреждении. Педагогика – наука о воспитании и обучении. Воспитание – планомерное воздействие на развитие (в первую очередь психофизического состояния), образа мыслей, чувства и поведение.

Врачи знают норму и патологию, могут лечить патологию и предупреждать ее (прививки и санитарный контроль), приводить к норме и контролировать норму. Норма и отклонения от нормы понятие относительные. Поэтому с позиций медицины здоровье есть отсутствие болезней. Например, нет повышенной температуры, вам врач не выпишет справку, тем более больничный. Значит вы – здоровы.

Врачи помогают рождению высшей общечеловеческой ценности – человека, предотвращают и лечат болезни, спасают от смерти и этим отодвигают смерть, продлевают жизнь.

Педагоги физического воспитания знают норму и резервные возможности организма, могут формировать полноценное здоровье за

счет использования биологического закона адаптации к двигательной нагрузке, окружающей внешней среде при соблюдении санитарно-гигиенических норм и воспитании противостояния к факторам риска для здоровья. Основным фактором формирования здоровья является двигательная нагрузка, так как низкая нагрузка не дает формирующего эффекта, сколько ее ни повторяй. Поэтому только педагогическая система и ее главный компонент физическое воспитание могут способствовать оптимальному психофизическому развитию подрастающего поколения во взаимосвязи с родительским воспитанием, создавать резервные возможности организма, поддерживать высокий уровень работоспособности на длительный жизненный период и противостоять старению организма.

Такой подход требует изменения психологии человека и общества в целом к пониманию значимости здорового образа жизни. Воспитание основа здоровья. Здоровье – сфера деятельности педагога физического воспитания.

Для понимания этого тезиса рассмотрим сферу деятельности медицины, которая занимается тремя уровнями отклонения от нормы в состоянии здоровья человека. Первый уровень – болезни излечимые оперативным вмешательством. Здесь медицина велика и добилась в последнее десятилетие значительных успехов с помощью диагностической аппаратуры и фармакологических технологий, возвращает больных со значительной патологией к норме. Второй уровень – болезни вирусного характера и незначительной патологии. При правильной диагностике лечатся медикаментозными и физиотерапевтическими методами, а также за счет саморегуляции организма и средствами народных целителей, что в большинстве случаев приводит больных к норме. Третий уровень это отклонения от нормы постоянного характера, приобретенные в процессе

жизнедеятельности человека (так называемые болезни цивилизации), которые практически не поддаются лечению лучшими медицинскими средствами. Для таких людей лучшим для нормальной жизнедеятельности является вариант компенсации отклонений от нормы за счет повышения функциональных возможностей организма в целом.

Занятия здоровьем это очень тяжелый труд, связанный с самоорганизацией человека, с умением заставлять себя делать то, что надо для счастливой жизнедеятельности, которой не бывает без здоровья, а делать, не то, что хочется. Это позволяет говорить о том, что физическое воспитание в настоящее время является одним из главных специфических средств воспитания полноценного здоровья.

До настоящего времени в большинстве медицинской, особенно популярной медицинской литературе, в физической культуре и педагогике приводится определение здоровья, которое было дано Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в 1948 году. «Здоровье – нормальное психосоматическое состояние человека, отражающее его полное физическое, психическое, и социальное благополучие и обеспечивающее полноценное выполнение трудовых, социальных и биологических функций, а не только отсутствие болезней и дефектов». Однако за 60 с лишним лет, ни одному государству мира пока не удалось добиться социального благополучия. Поэтому еще в 1965 г. представители ВОЗ (180 государств) приняли уточненное определение понятия здоровья: «Здоровье – состояние человека выполнять свои биосоциальные функции в изменяющейся среде, с перегрузками и без потерь, при условии отсутствия болезней и физических дефектов. Здоровье бывает физическим, психическим и нравственным».

Здоровье с позиций врача есть отсутствие отклонений от нормы или наличие незначительных отклонений. Именно такое состояние обеспечивает существование жизнедеятельность человека. Поэтому можно дискутировать, спорить. Такое положение является фундаментом здоровья. Такое понимание рассматривается как здоровье вообще или его общий фундамент.

Для полноценной психофизической, духовной и нравственной жизнедеятельности человека такого здоровья недостаточно. Для этого требуются резервные возможности организма, определяемые уровнем работоспособности – функционированием организма на "высшем уровне", адаптационных возможностей к окружающей среде (включая противостояние психологическим стрессам), способность к восстановлению работоспособности после учебно-трудовой деятельности. Такое здоровье может дать человеку только физическое воспитание.

*Полноценное здоровье* – психофизическое состояние человека, позволяющее организму функционировать **на высшем уровне** независимо от обстоятельств и окружающей среды.

Рассматривая определение здоровья, следует обратить внимание, что на первом месте стоит физическая составляющая здоровья (сегодня следует говорить психофизическая). Психофизическая составляющая включает работоспособность, восстановление, которые являются результатом педагогического тренировочного воздействия, а также адаптацию к психологической и социальной окружающей среде, которая происходит в результате воспитания. Психологическая и социальная составляющие здоровья занимают в определении ВОЗ второе и третье место, что позволяет говорить, что здоровье в первую очередь педагогическая сфера деятельности.

По нашему мнению современная гуманистическая воспитательная

система должна быть целенаправлена на стимулирование здорового образа жизни как основное, стержневое направление формирования личности подрастающего поколения.

Характеристика взаимосвязи воспитания и обучения позволяет ответить на разногласия педагогов о приоритетах воспитания и обучения: что первично? Воспитание, разумеется, шире обучения, поскольку оно имеет дело с формированием целостной личности ребенка. В таком философском плане обучение является составным компонентом – средством воспитания.

С позиций современной теории управления единый педагогический процесс понимается как воздействие на объект (процесс), которое выбрано с учетом цели (целеполагания). По вопросу о цели воспитания, как это ни удивительно, даже у классиков педагогики не существует единства взглядов.

Целью воспитания является физическое и духовное здоровье воспитанника и его человеческое счастье. Целью образования являются знания направленные на умственное развитие человека. Целеполагание воспитания направлено на формирование здорового образа жизни.

В возрастном аспекте первично рождается тело человека, на втором – месте – душа, на третьем – разум.

Физическая и духовная составляющие – две неотъемлемые части человеческого здоровья. Физическое здоровье – это способность тела реализовывать разработанную программу и иметь своего рода резервы на случай непредвиденных экстремальных и чрезвычайных ситуаций. Духовное здоровье – это здоровье нашего разума. Разум – это способность познавать окружающий мир и себя. С его помощью человек анализирует происходящие события и явления, прогнозирует наиболее вероятные события, оказывающие основное влияние на жизнь. Можно сказать что разум – это модель (программа) поведения,

направленная на решение поставленных задач, защиту своих интересов, жизни и здоровья в реальной окружающей среде. Чем выше интеллект, чем достоверней прогноз событий, чем точнее модель поведения, чем устойчивей психика, тем выше уровень духовного здоровья.

Духовное и физическое начала должны постоянно находиться в гармоничном единстве, ибо это две неразрывные части общего индивидуального здоровья человека.

Духовное здоровье обеспечивается системой мышления, познанием окружающего мира и ориентацией в нем. Достигается духовное здоровье умением жить в согласии с собой, с родными, друзьями и обществом, умением прогнозировать и моделировать события и составлять программу своих действий. В немалой степени духовное здоровье обеспечивается верой. Во что верить и как верить – это дело совести каждого.

Психофизическое здоровье обеспечивается двигательной активностью – тренировкой, рациональным питанием, закаливанием организма и его очищением, рациональным сочетанием умственного и физического труда, умением правильно выбрать время и вид отдыха, исключением из употребления алкоголя, табака и наркотиков. Артур Шопенгауэр считал, что, прежде всего мы должны стараться сохранить хорошее здоровье. Он писал: «Средства к этому несложные: избегать всех эксцессов, излишних бурных и неприятных волнений, а также чересчур напряженного и продолжительного умственного труда, далее – усиленное движение на свежем воздухе в течение, по крайней мере, двух часов, частое купание в холодной воде и тому подобные гигиенические меры».

Рассмотрение значения составляющих здоровья позволяет утверждать, что по законам диалектики в возрастном аспекте, воспитание должно изначально быть направлено на тело (физическое

здоровье) как фундамента духовного и умственного развития. В процессе воспитания на первое место в различной деятельности (самообслуживание, учебно-трудовой, семейно-бытовой, культурно-досуговой, сексуальной, общественной) человека должен выйти разум, на второе – духовность и третье – тело. Если в процессе воспитания у человека на первом месте будет тело, на втором – разум, а третьем – душа, как правило, это плохой человек. Для женщины-матери характерно душа – разум – тело. И эта последовательность важна потому, что женщина мать есть самый главный воспитатель-педагог.

Воспитание – планомерное воздействие на развитие (в первую очередь психофизического состояния) образа мыслей, чувства и поведение. Можно утверждать, что здоровье – воспитательная сфера деятельности в первую очередь родителей (пока ребенок мал), во взаимосвязи с учителями, педагогами и врачами. Поэтому именно родители несут ответственность за здоровье своего ребенка. Эта ответственность начинается задолго до рождения ребенка и зависит от образа жизни, который ведут будущие родители до зачатия ребенка.

Рассматривая физическое воспитание в виде педагогического процесса, всегда подразумевается то, что этот процесс в основном отражает закономерности тренировочной (тренинг [англ. training] специальный тренировочный режим) деятельности, обеспечивающей упорядоченное формирование и совершенствование двигательных умений и навыков, развитие двигательных способностей и возможностей, обуславливающих психофизическую дееспособность человека. Это и отличает физическое воспитание от других видов педагогической системы воспитания и общеобразовательных предметов, а ее содержательная сторона предоставляет большие возможности для воспитания социальных качеств личности, в том числе трудолюбия, силы воли и характера, связанных с преодолением болевых

ощущений, застенчивости, страха, самоотверженности, дисциплинированности.

УДК 37:613.7:796

**Медико-биологические и психолого-педагогические проблемы  
физического воспитания и спортивной тренировки**

***Альбина Андреевна Курмазова***

*студент ТБ-13,*

*Забайкальский государственный университет,*

*г. Чита, Россия*

***Александр Владиславович Юрченко***

*студент СТ-12-1,*

*Забайкальский государственный университет,*

*г. Чита, Россия*

***Александр Викторович Черенцов***

*ст. преподаватель кафедры физического воспитания,*

*Забайкальский государственный университет,*

*г. Чита, Россия*

***Полина Александровна Васильева***

*ст. преподаватель кафедры физического воспитания,*

*Забайкальский государственный университет,*

*г. Чита, Россия*

***Аннотация.*** *Статья посвящена медико-биологическим и психолого-педагогическим проблемам в развитии профессионального спорта, а в частности художественной гимнастики.*

**Ключевые слова:** художественная гимнастика, индивидуальное развитие, отношение к здоровью, правильный подход к тренировкам, распределение нагрузки, высший результат.

**Abstract.** The article is devoted to biomedical and psycho-pedagogical problems in the development of professional sports, in particular gymnastics.

**Keywords:** rhythmic gymnastics, individual development, attitude to health, the right approach to training, workload distribution, the highest result.

Художественная гимнастика относится к видам спорта с ярко выраженной ранней специализацией и начинается отбор детей дошкольного и младшего школьного возраста со специфическими генетически заложенными координационными способностями, уникальной гибкостью. Вся их спортивная карьера приходится на время, когда организм развивается. В связи с этим тренеры несут особую ответственность за состояние здоровья гимнасток.

Медико-биологические аспекты педагогического управления интегральной подготовкой сборной команды страны приобретают все возрастающее значение. С помощью опыта тренеров была создана система медико-биологического и психолого-педагогического сопровождения спортивной карьеры гимнасток (рис.1)

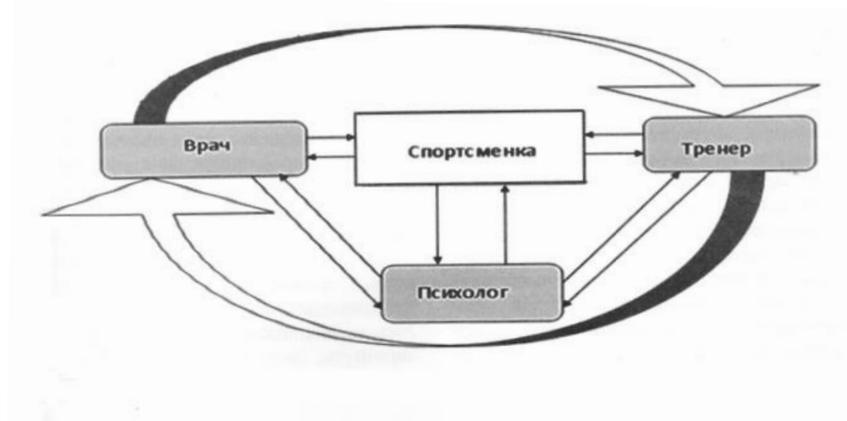


Рис.1. Медико-биологическое и психолого-педагогическое сопровождение гимнасток.

Функционирование этой системы основано на оптимально-сбалансированном сочетании медико-биологического и психолого-педагогического контроля. Необходимо помнить и учитывать тот факт, что психическое состояние во многом определяет здоровье человека. Идет постоянное взаимодействие – спортсмен, врач, психолог, тренер. Таким образом, осуществляется сопровождение и коррекция всего процесса подготовки гимнасток в спорте высших достижений.

Данный подход позволяет определить и учитывать зону ближайшего развития спортсменки, что позволяет увидеть ее перспективу, прогнозировать ее индивидуальные рекорды, а также подводить спортсменку к проявлению максимальных для каждой гимнастки возможности без ущерба для здоровья. Зная учение психолога Льва Семеновича Выготского о зоне ближайшего развития, у каждого человека это зона своя. Только так можно осуществить перспективно-прогностический подход и принцип опережающего развития, которые лежат в основе интегральной подготовки гимнасток.

Постоянно проводимая унификация системы комплексного медико-биологического контроля позволяет расширить диагностику: процессов адаптации к тренировочным и соревновательным нагрузкам, выявлять имеющиеся резервные возможности и факторы, лимитирующие работоспособность юного организма, и, в конечном итоге, способствует совершенствованию управления подготовкой гимнастического резерва. Особое внимание в программе медико-биологического сопровождения уделяется комплексу средств восстановления, который носит направленный характер с учетом периода подготовки, возраста гимнастки, уровня спортивного мастерства и других факторов; включает коррекцию тренировочного режима и функционального состояния путем назначения традиционных и нетрадиционных средств восстановления.

В настоящем исследовании доказано, что целесообразно в систему подготовки спортсменок внедрение методик повышения резервных возможностей гимнасток с помощью пептидных биорегуляторов, разработанных специалистами Санкт-Петербургского института биорегуляции и геронтологии. Применение пептидных биорегуляторов позволило оказать не только оздоравливающий эффект на организм спортсменок, но и увеличить прирост специальной работоспособности. Для оценки влияния этапов тренировочных нагрузок на организм спортсменок в художественной гимнастике был использован монитор сердечного ритма.

В период проведения исследований регистрировались тренировочные нагрузки гимнасток, и был проведен сравнительный анализ нагрузок с учетом этапов тренировочного процесса. С этой целью были определены колебания частоты пульса гимнасток под воздействием физических нагрузок, сопровождающих тренировку. Известно, что показатель частоты пульса может служить маркером адаптированности организма гимнасток к физическим нагрузкам. Поэтому динамика частоты сердечных сокращений на физическую нагрузку показывает резервные возможности организма гимнасток в зависимости от этапов тренировочных нагрузок. Результаты первичного измерения показали отсутствие достоверной разницы в частоте сердечных сокращений в ответ на физическую нагрузку среди спортсменок контрольной и основной групп на всех этапах тренировочного процесса.

Весь режим двигательной активности гимнасток во время тренировок можно разделить на 4 этапа:

1. Разминка.
2. Индивидуальная отработка элементов.
3. «Прогон» упражнения.

#### 4. Восстановление после нагрузки.

Наибольшее время занимает этап индивидуальной отработки элементов. В среднем этот этап составляет 55% времени от всей тренировки. Однако максимальную нагрузку гимнастки испытывали во время «прогона» своего упражнения. Во время данного этапа тренировочного процесса частота сердечных сокращений у гимнасток основной и контрольной групп всегда превышала 180 ударов в минуту. По длительности данный период тренировки составляет в среднем 27% от всего времени занятия. Таким образом, 1/3 тренировочного времени гимнастки работают с максимальной нагрузкой. Необходимо отметить, что вне зависимости от вида предмета, с которым работала спортсменка, максимальную нагрузку она испытывала именно во время «прогона» своего выступления. Время суток не оказывало достоверного влияния на показатель частоты сердечных сокращений. Однако на всех этапах тренировочного процесса была отмечены тенденция к повышению пульса у гимнасток основной и контрольной групп во время вечерней тренировки. Данную тенденцию можно объяснить нарастанием усталости и снижением резервных возможностей организма.

В таблицах 1 и 2 представлена средняя частота пульса гимнасток при различных режимах двигательной активности в течение полуторачасовой тренировки.

Таблица 1

#### Оценка влияния пептидных биорегуляторов на ЧСС гимнасток при различных режимах двигательной активности (основная группа)

Время проведения тренировочных занятий		Режимы двигательной активности			
		Разминка (10 мин)	Прогон (25 мин)	Индивидуальная отработка элементов (50 мин)	Восстановительный период (5 мин)
До пептидной коррекции	Утро	96,3±2,4	188,4±3,8	146,4±3,6	83,8±1,5
	Вечер	99,6±3,2	189,6±2,4	150,3±4,1	87,4±2,3

После пептидной коррекции	Утро	97,7±3,2	190,7±4,5	141,7±2,6	74,2±2,5
	Вечер	96,6±2,6	184,2±3,1	145,5±2,9	77,6±1,7

Таблица 2

**Оценка влияния пептидных биорегуляторов на ЧСС гимнасток при различных режимах двигательной активности (контрольная группа)**

Время проведения тренировочных занятий		Режимы двигательной активности			
		Разминка (10 мин)	Прогон (25 мин)	Индивидуальная отработка элементов (50 мин)	Восстановительный период (5 мин)
Первичное измерение	Утро	93,3±2,4	192,4±2,4	155,2±3,7	86,6±3,2
	Вечер	94,5±3,6	190,9±3,5	147,7±4,8	84,3±3,1
Вторичное измерение	Утро	94,9±1,8	188,4±3,7	149,2±4,7	88,4±3,6
	Вечер	92,3±2,9	192,6±2,6	152,1±2,9	83,7±2,4

Как видно из таблиц 1 и 2, прием пептидных препаратов не повлиял на частоту пульса гимнасток во время «прогонов» соревновательных программ и индивидуальной отработки элементов, данные показатели статистически достоверно не изменились по сравнению с исходным уровнем, как в основной, так и в контрольной группе. Однако применение пептидных биорегуляторов привело к повышению резервных возможностей организма гимнасток, что проявилось уменьшением частоты сердечных сокращений в восстановительный период. Произошло снижение ЧСС у спортсменок основной группы в восстановительный период, как на утренних, так и на вечерних тренировках. Таким образом, применение пептидных биорегуляторов оказало положительное воздействие на резервные возможности организма гимнасток. Важная роль в системе интегральной подготовки гимнасток принадлежит правильно организованной деятельности комплексной научной группы (КНГ). Работа направлена на:

1. Выявление интегрального показателя здоровья; адапционных возможностей организма; уровня тренированности; уровня энергетического обеспечения; психоэмоционального состояния.

2. Определение состояния миокарда

Это позволяет осуществить коррекцию всего процесса подготовки и реализовывать запрограммированный объем тренировочной работы, повысить ее эффективность.

Фундаментальные исследования в области повышения резервных возможностей организма человека являются основной. Позволяющих повысить физическую работоспособность и способность к быстрому восстановлению резервов организма после экстремальной нагрузки. Применение фармакологических препаратов, обладающих физиологическим действием, помогает достичь высоких результатов в спорте и сохранении здоровья занимающихся.

Список литературы:

1. Терехина Р.Н, Винер И.А., Першина Н.К. Медико-биологическое сопровождение в системе интегральной подготовки гимнасток высшего класса // Научно-теоретический журнал «Ученые записки университета им. П.Ф.Лесгафта». – 3(49). – 2009. – С. 82-86.

2. Винер-Усманова И.А., Крючек Е.С., Медведева Е.Н., Терехина Р.Н. Художественная гимнастика: история, состояние и перспективы развития. – М., Человек, 2014. – 200 с.

**Особенности самостоятельности в студенческом обучении**

**Сильвия Георгиева Кючукова**

*кафедра Здравоохранение, медицинский факультет,  
Тракийский университет,  
г. Стара Загора, Болгария*

***Аннотация.** Цель настоящей публикации состоит в раскрытии факторов, влияющих на самостоятельность и самообразование студентов высших медицинских учебных заведений. Крайне необходимо отдать приоритет самостоятельной работе студентов во время их обучения, что предопределяется новыми рыночными условиями в Европе. Личная инициатива и дисциплинированность студентов при самостоятельной подготовке подталкивает их вперед и формирует их как специалистов.*

***Ключевые слова:** самостоятельность; студенты; обучение; активация; инициатива.*

***Abstract.** This publication aims to reveal the factors affecting self-determination and self-education of students in medical schools. It is essential to give priority to individual work of the students during their education, which is predetermined by the new market conditions in Europe. Their personal initiative and self-discipline in the individual work push them forward and form them as professionals.*

***Keywords:** self-determination; students; education; activation; initiative.*

Сегодня, в довольно напряженной повседневной жизни, когда каждый стремится к реализации в условиях невероятной конкуренции, «бума» информации и технологий очень важно молодым людям иметь

хорошие способности к самоорганизации и к целесообразному использованию свободного времени. Крайне необходимо отдать приоритет самостоятельной работе студентов на протяжении их обучения, что предопределяется новыми рыночными условиями в Европе. Кроме этого переориентация образовательной парадигмы и гуманистической направленности взаимодействия между учителем и учеником должны быть ориентированы на усиление самоподготовки.

Цель настоящей публикации состоит в раскрытии факторов, влияющих на самостоятельность и самообразование студентов высших медицинских учебных заведений в процессе их обучения. Требуется влияние разных предпосылок, предполагающих самостоятельность, которые проявляются больше в практических проявлениях: в учебно-практическом занятии, в клинической практике, государственном стаже, добровольческой деятельности.

**Самостоятельность** выражается в потребности и умении обучающихся самим находить проблемы, новые способы и пути их решения. Она проявляется и формируется в процессе самой деятельности, когда обучающимся предоставляется возможность самим искать решения на поставленные задачи, без непосредственного участия преподавателя, опираясь на собственный опыт, знания и навыки, которые они уже приобрели [4, 7]. По мнению Т. Попова «Понятие «самостоятельная работа» тесно связано с личностным качеством «самостоятельность». Они взаимно связаны и взаимно обуславливаются» [6, с.7]. А. Андонова отмечает, что «Создание подходящей учебной среды стимулирует обучающихся к самостоятельной работе и расширению профессиональных интересов» [1, с.40].

Самостоятельная работа может осуществляться студентом по его личной инициативе или может быть рекомендована и дана

преподавателем. В этом случае стремлением является активизация творческого мышления студента на базе уже усвоенных академических и практических знаний, умений и навыков.

Возлагаются надежды, что личностные качества будут сочетаться с амбицией и настойчивостью индивида, что привело бы к ожидаемому результату. Учебные постановки **клинического случая** исключительно часто используются в обучении медицинских специалистов. В минимальной степени самостоятельность вызвана необходимостью воспроизведения деятельности, касающейся стандартного клинического поведения при определенном заболевании или состоянии. Студент исходит из позиции уже основанного стандарта (на базе многолетних наблюдений и исследований), разработанного из оптимального выбора исследований, лечебных мероприятий и прогнозирования, и затем использует знакомую модель поведения в стандартной клинической ситуации. В максимальной степени провоцируется активность и самостоятельность при так называемом **интересном клиническом случае**. О нем говорят авторы Н. Иванова и М. Пенкова и определяют его как «...провокация профессионально-клинического мышления» [3, с.217]. По их мнению, для того, чтобы возбудить интерес у студентов в этом случае, необходимо предложить интригующую постановку с участием пациента, у которого: много жалоб разного характера; нехарактерное для возраста и местоживания заболевание; редкое заболевание; неуточненный диагноз; который не поддавался проведенному лечению; с более длительной продолжительностью жизни вопреки неблагоприятным прогнозам и др. (там же). Студент, поставленный в такую нестандартную ситуацию, проявляет свою активность, что заставляет его искать дополнительную информацию. Вызывается познавательный интерес, и «мозговая атака» порождает ряд действий для сравнения

данных таких и подобных случаев, как например: открытие предрасполагающих факторов, времени возникновения заболевания, характера его протекания, новых методов лечения и т.д. Все это приводит к сбору многообразной и хаотичной информации и часто накапливается в излишке. Последующие самостоятельные действия отсеивания, синтезирования, обобщения и формулирования выводов развивают у студентов профессиональное мышление и творческое воображение. О нем пишет П. Балканска: «процесс создания новых образов, при котором совершается реконструкция образов, трансформация ассоциаций при активном участие чувств и мышления» [2, с.69]. В параллельном единстве с ним находится выработка личной воли. Наличие воли дает годность идей и образов воображения, превращает их в открытия и дела.

Логично поискать зависимость между самостоятельностью студентов на протяжении их обучения и проявленной успеваемостью. Основной ошибкой, которую допускает большая часть студентов, является интенсивная подготовка к экзаменам во время сессии, вместо того, чтоб подготавливаться каждый день на протяжении периода учебных занятий. Для того, чтоб избежать этой негативной тенденции в качестве педагогического подхода, преподаватели используют метод самостоятельной подготовки студентов, который состоит из вариантов лекционных занятий и чаще из внеаудиторной самоподготовки. Осуществление самоподготовки вне учебных занятий (хотя и связанна с ними) приносит намного больше признаков самостоятельности и инициативности. Подготавливаются курсовые работы, доклады, рефераты, решаются ситуационные задачи с недостаточной или излишней информацией, представляются клинические случаи и многое другое. В результате этого наблюдается высокий уровень желания студентов приобрести дополнительную информацию по изучаемым

дисциплинам, что является предпосылкой качественной самостоятельной работы. Эти формы не смещают экзамена, а помогают реальному выражению студента и точной оценке преподавателя.

Самостоятельность в студенческом обучении мощно проявляется на практическом обучении, где их ответственное поведение требует самостоятельного принятия решений. Первоначально это происходит под руководством преподавателя, а позже во время преддипломной стажировки и индивидуально. Важной особенностью преддипломной стажировки является возможность ее проведения в больницах за городом, где находится университет. Элитным студентам, утвердившимся как сознательные, ответственные в своей академической и практической работе, разрешается практиковаться вдали от «альма-матер». В их случае процесс самостоятельности и самообразования является прогрессирующим. Полученные от их клинических наставников отзывы положительны, они показывают удовлетворение от их практической деятельности и дают им хорошие рекомендации.

Особенно эффективной формой активации студентов является их участие в разных экспериментах, проектах, конференциях и во многом другом. Современная благоприятная тенденция – это предоставление студентам возможности участвовать в международных студенческих программах. Такой является Европейская программа в области образования, обучения, молодежи и спорта **Эразм +**. Часть ее предвидит проведение студенческой практики. Она финансируется европейскими фондами при поддержке Министерства образования и науки в Р. Болгария. Участники этих программ работают самостоятельно в других странах и приобретают познания и умения в области своей специальности при практике в реальной рабочей среде. Такой вид практической самоподготовки помогает усовершенствованию профессиональных компетенций и профессиональной реализации. На

ряду с этим студенты знакомятся с культурой, традициями и лучшими практиками страны, где временно проживают.

В представленном докладе затронута часть характерных особенностей самостоятельной подготовки студентов как важная и нераздельная часть общего учебного плана и образовательного процесса. Это позволило сделать вывод, что у студентов высших медицинских учебных заведений с более отчетливой мотивацией обучения наблюдаются в лучшей степени усиленные познавательные интересы и наличие целей профессиональной реализации, а также доля самостоятельной работы и разнообразие форм.

Чем больше возможностей предоставляется молодым специалистам для самовыражения, тем лучше их результаты. Личная инициатива и дисциплинированность студентов при самоподготовке продвигает их вперед и формирует в них специалистов.

#### Список литературы:

1. Андонова А., Обучението на медицинските сестри. Роля на мотивацията, монография, Стара Загора, 2013.
2. Балканска П., Въведение в психологията, изд. Булвест 2000, София, 2005.
3. Иванова, Н., М.Пенкова, Интересният клиничен случай като провокация за професионално-клинично мислене, XXXIV Научно-технологична сесия КОНТАКТ 2014, изд. ТЕМТО, София, 2014.
4. Петров П., Дидактика, изд. Веда Словена – ЖГ, София, 2002.
5. Пидкасисты П.К., Самостоятельная познавательная деятельность школьников в обучения, изд. Педагогика, Москва, 1980.
6. Попов Т., Студентът като субект на обучението, ИИК «Везни», София, 2006.
7. Попов Т., съавтори, Медицинска педагогика, изд. ЕКС-ПРЕС, Габрово, 2011.

8. Чавдарова-Костова С., Възпитанието – в и между интерпретациите за неговата същност, място и съдържание. – В: Педагогика. С., 2011, №4.

9. Dupont P., Faire des enseignante, Editions De Boeck Universite, Bruxelles, 2002.

10. Health professions education:a bridge to quality Greiner, A.C., E. Knebel(Eds.) Committee on the Health Professions Education Summit, 2003, availabl on line at: <http://www.nap.edu/catalog/1068.htm>

УДК 616-053.6:159.922:316.61

**Комплексная оценка состояния здоровья и качество жизни  
детей и подростков**

*Марина Петровна Лимаренко*

*к.мед.н.,*

*доцент кафедры педиатрии и неонатологии ФИПО,*

*Донецкий национальный медицинский университет*

*им. М. Горького,*

*г. Донецк*

*e-mail: limarenko\_marina@inbox.ru*

*Аннотация.* Здоровье ребёнка относится к основным факторам, определяющим качество жизни. Традиционные методы обследования дают одностороннее представление о болезни и эффективности лечения и не позволяют оценить психологическую, социальную дезадаптацию ребёнка, его отношение к своему состоянию. Включение оценки качества жизни в программу обследования может решить эту проблему и позволит повысить качество медицинской помощи.

**Ключевые слова:** состояние здоровья; качество жизни; дети.

***Abstract.** Child Health is a fundamental determinant of quality of life. Traditional survey methods give a one-sided understanding of the disease and the effectiveness of treatment and do not allow to evaluate the psychological and social maladjustment of the child, his attitude to his condition. Include an assessment of the quality of life survey program can solve this problem and will improve the quality of care.*

***Keywords:** health; quality of life; children.*

Современная методология изучения человека, как с биологических, так и с социально-психологических позиций, базируется на ряде принципиальных понятий и определений. Среди них особого внимания заслуживают такие, как «здоровье» и «качество жизни».

Известно, что здоровье – это состояние полного социально-биологического и психического благополучия, гармоничное, соответствующее возрасту физическое развитие, нормальный уровень функционирования всех органов и систем организма и отсутствие заболеваний [1]. ВОЗ в 1948 году было дано следующее определение: «Здоровье – это состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней и физических недостатков [4].

Здоровье ребёнка относится к основным факторам, определяющим качество жизни (КЖ). В педиатрии нет единого определения качества жизни. По определению J. Bruil et. al. [3], «качество жизни – это восприятие и оценка ребёнком различных сфер жизни, имеющих для него значение, и те ощущения, которые связаны для него с проблемами в функционировании».

Интерес к изучению КЖ в педиатрии возник в 80-е гг. XX в., когда оценка этого показателя у взрослых уже проводилась во многих клинических исследованиях. Существует несколько причин, по

которым это направление в медицине появилось и стало весьма актуальным.

Во-первых, растёт число хронических заболеваний, при которых продолжительность жизни значительно не ограничивается, но на первый план выходит её качество.

Во-вторых, среди врачей преобладает формальный подход к больному, акцент делается на диагноз, лечение заболевания проводится без учёта индивидуальных особенностей пациента. В то же время хорошо известно, что как характер течения заболевания, так и ответ на лечение во многом зависят от индивидуальных особенностей пациента: его физиологии, психологии, духовных и религиозных убеждений, социального статуса. При ряде хронических заболеваний значительно ограничивается нормальное существование человека, и эти ограничения могут стать важнее для больного, чем сама болезнь.

В-третьих, в последние десятилетия XX века в медицинской этике всё большее значение стало приобретать уважение к моральной автономии и правам пациента, в том числе ребёнка, предоставление ему необходимой информации, возможности выбора и принятия решений, осуществления контроля за ходом лечения.

В-четвёртых, в современном обществе врач должен быть ориентирован не только на физиологические аспекты лечения, но и на коррекцию психологического состояния больного, он должен выделять систему социальных причин, обуславливающих заболевание, давать рекомендации по здоровому образу жизни, стилю поведения пациента, поскольку одна из важнейших функций врача – вернуть человека в общество, а не только возвратить его к здоровому состоянию [2, 6].

КЖ – является многомерной конструкцией, включающей в себя информацию об основных составляющих благополучия человека: физической, психологической, социальной и духовной.

Традиционные методы обследования дают одностороннее представление о болезни и эффективности лечения и не позволяют оценить психологическую, социальную дезадаптацию ребёнка, его отношение к своему состоянию. Включение оценки КЖ в программу обследования может решить эту проблему и позволит повысить качество медицинской помощи. КЖ детей может стать конечной точкой в оценке эффективности медицинского вмешательства в области профилактики, лечения и реабилитации [5].

Следует подчеркнуть, что конечной целью усилий многочисленных институтов общества является благополучие человека. Представление о реальном благополучии индивидуума или группы людей может быть получено с помощью известных качественных и количественных параметров. Спектр показателей, применяемых в настоящее время для оценки уровня жизни населения и характеристики его благополучия, представляется недостаточным. Одним из ключевых критериев, требующих квалифицированного и полноценного анализа, является состояние здоровья населения. Оценка состояния здоровья населения в целом и его отдельных групп является важным элементом работы органов здравоохранения развитых стран [2].

Комплексную оценку состояния здоровья детей проводят с 3-летнего возраста. Система комплексной оценки состояния здоровья основана на следующих критериях: наличие или отсутствие функциональных нарушений и/или хронических заболеваний (с учётом клинического варианта и фазы течения патологического процесса); уровень функционального состояния основных систем организма; степень сопротивляемости организма неблагоприятным внешним воздействиям; уровень достигнутого развития и степень его гармоничности.

Основной метод получения характеристик, позволяющих

комплексно оценить состояние здоровья – профилактический медицинский осмотр. В зависимости от состояния здоровья детей можно отнести к следующим группам [1].

1-я группа здоровья – здоровые дети, имеющие нормальное физическое и психическое развитие, не имеющие анатомических дефектов, функциональных и морфофункциональных отклонений.

2-я группа здоровья – дети, у которых нет хронических заболеваний, но имеются некоторые функциональные и морфофункциональные нарушения, реконвалесценты, особенно перенесшие тяжёлые и средней тяжести инфекционные заболевания; дети с общей задержкой физического развития без эндокринной патологии (низкий рост, отставание по уровню биологического развития), дети с дефицитом массы тела (масса менее  $M-1\sigma$ ) или избыточной массой тела (масса более  $M+2\sigma$ ). Также в данную группу включают детей, часто и/или длительно болеющих острыми респираторными заболеваниями; детей с физическими недостатками, последствиями травм или операций при сохранении соответствующих функций.

Особое профилактическое значение имеет выделение 2-й группы здоровья, поскольку функциональные возможности детей и подростков, отнесенных к этой группе, снижены, и при отсутствии медицинского контроля, адекватных коррекционных и лечебно-оздоровительных мероприятий у них существует высокий риск формирования хронической патологии.

3-я группа здоровья – дети, страдающие хроническими заболеваниями в стадии клинической ремиссии, с редкими обострениями, сохранёнными или компенсированными функциональными возможностями, при отсутствии осложнений основного заболевания. Так, в эту группу относят детей с физическими

недостатками, последствиями травм и операций при условии компенсации соответствующих функций, причём степень компенсации не должна ограничивать возможность обучения или труда ребёнка, в том числе подросткового возраста.

4-я группа здоровья – дети, страдающие хроническими заболеваниями в активной стадии и стадии нестойкой клинической ремиссии с частыми обострениями, с сохранёнными или компенсированными функциональными возможностями или неполной компенсации функциональных возможностей, с хроническими заболеваниями в стадии ремиссии, но ограниченными функциональными возможностями, возможны осложнения основного заболевания, основное заболевание требует поддерживающей терапии. Также в эту группу относят детей с физическими недостатками, последствиями травм, операций с неполной компенсацией соответствующих функций, что в определённой мере ограничивает возможность обучения или труда ребёнка.

5-я группа здоровья – дети, страдающие тяжёлыми хроническими заболеваниями, с редкими клиническими ремиссиями, частыми обострениями, непрерывно рецидивирующим течением, с выраженной декомпенсацией функциональных возможностей организма, наличием осложнений основного заболевания, требующих постоянной терапии; дети-инвалиды; дети с физическими недостатками, последствиями травм и операций с выраженным нарушением компенсации соответствующих функций и значительным ограничением возможности обучения или труда.

Детям с впервые заподозренными в момент осмотра заболеваниями или функциональными нарушениями (а также с подозрением на изменившийся характер течения болезни, уровень функциональных возможностей, появление осложнений) по результатам

профилактического медицинского осмотра комплексную оценку состояния здоровья не дают. В таких случаях необходимо проведение диагностического обследования в полном объеме. После получения результатов обследования выносят уточнённый диагноз и дают комплексную оценку состояния здоровья [1].

Результаты комплексной оценки состояния здоровья в качестве скрининга могут сыграть роль в решении прикладных задач поддержания здоровья детей – отнесение к определённым группам для занятия физической культурой, спортивный отбор, решение экспертных вопросов в отношении их профессионального выбора, военной службы и др. [2, 5].

Следует подчеркнуть, что в процессе онтогенеза детский и подростковый период (от 0 до 17 лет) является чрезвычайно напряженным периодом морфофункциональных перестроек, что должно учитываться при оценке формирования здоровья. Одновременно этот возрастной период характеризуется влиянием целого комплекса социальных условий и частой их сменой (ясли, сад, школа, профессиональное обучение, трудовая деятельность).

Детское население подвергается воздействию многообразных факторов окружающей среды, многие из которых рассматриваются в качестве факторов риска развития неблагоприятных изменений в организме. Определяющую роль в возникновении отклонений в состоянии здоровья детей и подростков играют 3 группы факторов: факторы, характеризующие генотип популяции («генетический груз»); образ жизни; состояние окружающей среды [3, 4].

Социальные и средовые факторы действуют не изолированно, а в сложном взаимодействии с биологическими, в т. ч. наследственными, факторами. Это обуславливает зависимость заболеваемости детей и подростков как от среды, в которой они находятся, так и от генотипа и

биологических закономерностей роста и развития. По данным ВОЗ, в формировании состояния здоровья вклад социальных факторов и образа жизни составляет около 40%, факторов загрязнения окружающей среды – 30% (в том числе собственно природно-климатических условий – 10%), биологических факторов – 20%, медицинского обслуживания – 10%. Роль тех или иных социально-генетических и медико-биологических факторов в развитии неблагоприятных изменений в состоянии здоровья различна в зависимости от пола и возраста индивидуума.

Таким образом, комплексная оценка состояния здоровья и распределение детей по группам помогает получить статистические срезы показателей здоровья и численности соответствующих групп здоровья. Кроме того, позволяет проводить сравнительный анализ групп детей в различных коллективах, образовательных учреждениях, на разных территориях, оценивать эффективность профилактической и лечебной работ детских медицинских учреждений, выявлять и сравнивать эффект факторов риска, влияющих на здоровье детей и подростков, определять потребность в специализированных службах и кадрах.

#### Список литературы:

1. Анисимова А.В. Комплексное состояние здоровья и оптимизация профилактических мероприятий у детей: автореферат дис. ... к.мед.н. – Красноярск, 2014. – 25 с.
2. Шабалина Н.В. Комплексная оценка состояния здоровья детей// Эл. журнал «Вопросы интернет образования».
3. Яковлева Т.В., Баранов А.А. Проблемы и задачи по охране здоровья детей России// Вопросы соврем. педиатрии. – 2011. – Т.10, №2. – С. 7-10.
4. Balog J.E. Economic disruption and childhood obesity: distraction,

disconnection, displacement of children's health, and a need for social change// Health Educ. Behav. – 2015. – №42. – P. 67-75.

5. Developing and testing a framework for evaluating the quality of comprehensive family assessment in child welfare/ C. Smithgall, E. Jarpe-Ratner, N. Gnedko-Berry, S. Mason// Child Abuse Negl. – 2015. – №44. – P. 194-206.

6. Identifying social determinants of health and legal needs for children with special health care needs / N.A. deJong, C.T. Wood, M.C. Morreale et al. // Clin. Pediatr. (Phila). – 2015. – №29. – P. 265-365.

УДК 796.378

**Оценка некоторых показателей физического состояния  
девушек-студенток специальных медицинских групп**

***Ольга Владимировна Лимаренко***

*к.пед.н., доцент,*

*Сибирский федеральный университет,*

*г. Красноярск, Россия*

*e-mail: olga\_limarenko@mail.ru*

***Дарья Васильевна Непомнящая***

*преподаватель кафедры физической культуры,*

*Сибирский федеральный университет,*

*г. Красноярск, Россия*

*Аннотация. В статье представлен сравнительный анализ некоторых показателей физического состояния девушек-студенток специальных медицинских групп вузов России и Белоруссии.*

**Ключевые слова:** физическое состояние, физическая работоспособность, студентки, специальная медицинская группа, масса тела, длина тела, артериальное давление.

**Abstract.** *The article presents a comparative analysis of some indicators of physical state of female students of special medical groups of Russia and Belarus universities.*

**Keywords:** *physical state, physical efficiency, female students, special medical group, body mass, body length, arterial pressure.*

В настоящее время наблюдается достаточно низкий уровень здоровья студентов вузов, обусловленный снижением уровня их физической работоспособности, функционального состояния. Увеличивается число студентов вузов имеющих заболевания сердечно-сосудистой системы, занимающихся в специальной медицинской группе и освобожденных по этому поводу от практических занятий физической культурой.

Большинство авторов отмечают при этом явную тенденцию к увеличению количества таких студентов не только из года в год, но и от курса к курсу, связывая это со спецификой обучения в вузе. Исследования, проведенные в Российской Федерации и Республике Беларусь свидетельствуют о том, что функциональное состояние организма студентов и их физическая работоспособность на старших курсах значительно ухудшаются [2, 3].

В условиях высшего учебного заведения возрастает значение специфических факторов, присущих студенческому контингенту: новизна социального коллектива, отсутствие самостоятельных навыков рационального распределения бюджета времени и материальных средств, изменение режима учебы, отдыха, питания, эмоциональная

напряженность в период экзаменационных сессий, появление вредных привычек [3, 4].

Специалисты указывают на обязательность систематического контроля за физическим состоянием, и в частности, функциональным состоянием сердечно-сосудистой системы студентов, предлагая методы контроля и нормативные данные, необходимые для проведения экспресс оценки и динамического контроля за состоянием здоровья, что позволит оценить эффективность учебной работы по физическому воспитанию в вузе [1, 2, 4].

Тем не менее, комплексных исследований физического состояния студентов специальных медицинских групп (СМГ), включающих в себя изучение показателей физического развития, гемодинамики, физической работоспособности и их изменений в процессе обучения в вузе недостаточно.

Представляло интерес провести сравнительный анализ некоторых показателей физического состояния девушек-студенток специальных медицинских групп, обучающихся в вузах России и Республики Беларусь.

Материалом для проведения настоящего исследования послужили данные 130 девушек-студенток, обучающихся в вузах городов Красноярска (n=65) и Пинска (n=65). Студентки обоих вузов имели 180 минут занятий физическими упражнениями в неделю в специальной медицинской группе в течение учебного года.

Уровень физического развития студенток определялся по показателям длины тела (см), массы тела (кг), обхват грудной клетки – ОГК (см). Обследование осуществлялось по общепринятой унифицированной методике с использованием стандартных измерительных инструментов.

Длина тела является наиболее стабильным показателем, характеризующим состояние пластических процессов в организме, зависящим как от конституциональных особенностей индивида, так и от социально – бытовых условий жизни, воспитания, физической и психической нагрузки. Средний показатель длины тела девушек российского вуза зафиксирован как 168,73 см, белорусского вуза – 165,31 см. (табл. 1).

Масса тела является показателем, отражающим степень развития костной и мышечной систем, внутренних органов, подкожно-жировой клетчатки, и зависит как от конституциональных особенностей индивида, так и от внешних факторов (питание, физические и психические нагрузки и др.). Исследования массы тела, проведенные у студенток СМГ выявили, что средний вес у девушек г. Красноярска составил 68,26 кг., данный показатель у девушек г. Пинска составил 64,56 кг.

Таблица 1

**Показатели физического развития девушек-студенток СМГ**

Группа обследуемых, студентки	Средние показатели физического развития		
	Длина тела (см)	Масса тела (кг)	ОГК (см)
Красноярск	168,73±2,45	68,26±2,08	95,0±1,54
Пинск	165,31±1,4	64,56±1,02	84,09±0,39
Достоверность различий	p < 0,05	p < 0,05	p < 0,05

Обхват грудной клетки – характеризует величину грудной клетки человека и косвенно характеризует функциональные возможности кардиореспираторной системы человека. Средний показатель ОГК у девушек, проживающих в г. Красноярске составил 95 см, у сверстниц проживающих в г. Пинске данный показатель составил 84, 09 см.

Сравнительный анализ показателей физического развития выявил превосходство (p<0,05) девушек г. Красноярского вуза над сверстницами из г. Пинска по всем изучаемым признакам.

Определялись основные показатели гемодинамики – частота сердечных сокращений (ЧСС) и артериального давления (систолическое (САД) и диастолическое (ДАД)), результаты исследования представлены в табл. 2.

Таблица 2

**Средние показатели гемодинамики девушек-студенток СМГ**

Группа обследуемых, студентки	Показатели артериального давления, мм.рт.ст		ЧСС, уд/мин
	САД	ДАД	
Красноярск	124,86±3,31	84,2±2,45	82,6±7,4
Пинск	126,4±13,7	80±5	84±9
Достоверность различий	p>0,05	p>0,05	p>0,05

Показатели САД у представительниц г. Красноярска в среднем составляли 124,86 мм.рт.ст. У девушек-студенток г. Пинска средний показатель САД выявлен как 126,4 мм.рт.ст. При этом средние показатели ДАД у девушек г. Красноярска составили 84,2 мм.рт.ст, у девушек г. Пинска данный показатель составил 80 мм.рт.ст. Несмотря на то, что сравнительные показатели гемодинамики показали, что артериальное давление как систолическое, так и диастолическое, преобладает у студенток г. Красноярска, нежели студенток г. Пинска (на 19,46мм.рт.ст и на 16,6 мм.рт.ст соответственно), достоверных различий не установлено (p>0,05).

Средний показатель ЧСС у студенток г. Пинска определен как 84 уд/мин, что выше, чем у студенток г. Красноярска (82,6 уд/мин), при этом достоверных различий по данному показателю не выявлено (p>0,05).

Из объективных признаков для контроля ответной реакции сердечно-сосудистой системы на нагрузку важное значение имеют функциональные пробы, которые представляют собой достаточно объективный показатель. В системе контроля и самоконтроля наиболее простым, но в то же время информативным тестом, определяющим

состояние сердечно-сосудистой системы, является индекс Руффье. После проведения пробы были рассчитаны оценки индекса Руффье, результаты которых представлены в табл. 3.

Таблица 3

**Показатели физической работоспособности девушек-студенток СМГ**

Группа обследуемых, студентки	Оценка индекса Руффье в %			
	хорошая	средняя	удовлетворительная	плохая
Красноярск	–	–	20	80
Пинск	–	–	20	80
Достоверность различий	–	–	p>0,05	p>0,05

Сравнительный анализ оценки индекса Руффье позволил установить, что у студенток обоих вузов доминировали показатели, указывающие на плохую в 80% случаев и удовлетворительную в 20% случаев физическую работоспособность. Полученные данные оценок индекса Руффье достоверных различий в исследуемых группах не имели (p>0,05).

Выводы. 1. Сравнительный анализ показателей физического развития определил превосходство (p<0,05) девушек СМГ Красноярского вуза над сверстницами из вуза г. Пинска: показатели длины тела больше на 3,43 см, показатели массы тела выше на 10,16 кг, обхвата грудной клетки больше на 10,91 см.

2. В функциональном состоянии по показатели гемодинамики девушек-студенток СМГ достоверных различий не выявлено (p>0,05), но при этом установлены незначительные фактические превышения САД на 1,54 мм.рт.ст и ЧСС на 1,4 уд/мин у девушек г. Пинска, ДАД на 4,2 мм.рт.ст у девушек г. Красноярска.

3. Физическая работоспособность по оценки индекса Руффье у студенток специальных медицинских групп обоих вузов в 80% случаев плохая.

### Список литературы:

1. Братишко И.А. Влияние индивидуально – дифференцированного плавания на функциональное состояние и работоспособность студентов-юношей специальной медицинской группы с дисплазией соединительной ткани // Теория и практика физической культуры. – 2006. – №1. – С. 24-26.
2. Маркевич О.П. Оздоровительная технология физического воспитания студенток специального учебного отделения: диссертация на соискание ученой степени кандидата педагогических наук: 13.00.04. – Минск, 2012. – 221 с.
3. Пономарев В.В., Лимаренко О.В., Минченков К.А. Технология формирования самостоятельной физкультурно-спортивной деятельности у студентов в процессе физического воспитания в ВУЗе// Здоровье для всех: материалы VI международной научно-практ. конф. УО «ПолесГУ», 23-24 апреля 2015 г./ Мин. обр. РБ. – Пинск: ПолесГУ, 2015. – С. 135-138.
4. Юрьев В.К. Здоровье населения и методы его изучения. – Санкт-Петербург. – 2003. – 143 с.

УДК 796.373

**Повышение уровня физической работоспособности  
и показателей здоровья обучающихся начальных классов  
посредством внеурочных форм занятий физическими  
упражнениями**

*Ольга Владимировна Лимаренко*

*к.пед.н., доцент,*

*Сибирский федеральный университет,*

*г. Красноярск, Россия*

*e-mail: olga\_limarenko@mail.ru*

**Александр Петрович Лимаренко**

*ст. преподаватель кафедры физической культуры,*

*Сибирский федеральный университет,*

*г. Красноярск, Россия*

**Ольга Владимировна Осинцева**

*учитель физической культуры I категории,*

*Муниципальное бюджетное общеобразовательное учреждение*

*г. Иркутска «Средняя общеобразовательная школа №39»,*

*г. Иркутск, Россия*

**Аннотация.** В статье представлен положительный опыт повышения уровня физической работоспособности и некоторых показателей здоровья обучающихся начального звена посредством использования внеурочных форм занятий физическими упражнениями.

**Ключевые слова:** здоровье, двигательная активность, внеурочные формы занятий, физические упражнения, физическая работоспособность.

**Abstract.** The positive experience of the increase of the physical working capacity level and some health indicators of primary students by means of extracurricular forms of occupations by physical exercises is presented in this article

**Keywords:** health, the motor activity, extracurricular activities, physical exercise, the physical working capacity.

Состояние здоровья детского населения страны вызывает очень серьезные опасения специалистов. Постоянно прогрессирующее ограничение двигательной активности на растущий и развивающийся организм обучающихся является значимой проблемой, особенно в связи с опасностью неблагоприятного воздействия недостатка движений у

детей, проживающих в Северном регионе [1]. Исследования гигиенистов свидетельствуют, что до 82-85% дневного времени большинство обучающихся находится в статическом положении. Даже у обучающихся младших классов произвольная двигательная деятельность (ходьба, игры) занимает только 16-19% времени суток, из них на организованные формы физического воспитания приходится лишь 1-3%. Общая двигательная активность детей с поступлением в общеобразовательное учреждение падает почти на 50%, снижаясь от младших классов к более старшим [2]. Превышение возрастных физиолого-гигиенических нормативов ежедневной и еженедельной нагрузки отрицательно влияют на здоровье детей, не позволяет им в полной мере удовлетворять свои физиологические потребности в движении.

Также в исследованиях последних лет показано снижение физической работоспособности детей, увеличение болезненности и ухудшение состояния здоровья в целом. При этом физические упражнения и повышенные двигательные нагрузки определяются учеными как действенные средства гармоничного развития, профилактики заболеваний [1, 2]. К сожалению, не всегда, особенно в условиях общеобразовательного учреждения, дети имеют возможность получить достаточный уровень двигательной (моторной) нагрузки. Тем не менее, работать на оздоровление обучающихся урок физической культуры может только в сочетании с другими формами двигательной активности [1]. Такими могут быть физкультминутки на переменах, проведение гимнастики до учебных занятий, ежедневные занятия физкультурой в группах продленного дня, занятия в группах общей физической подготовки и спортивных секциях при школах, дни здоровья. В настоящее время эта идея получила нормативное закрепление в федеральном государственном образовательном

стандарте начального общего образования: организация образовательной деятельности обучающихся на уроке и создание соответствующего пространства реализации полученных знаний, умений и навыков в практической социально и личностно значимой деятельности во внеурочное время должно обеспечить достижение личностных, метапредметных и предметных результатов. О ценностном, содержательном единстве урочной и внеурочной деятельности, о необходимости реализации воспитательного потенциала современных учебных программ как в рамках классно-урочной системы, так и во внеурочное время отмечалось неоднократно (например, письмо Минобрнауки России от 2 апреля 2002г. №13-51-28/13 «О повышении воспитательного потенциала образовательного процесса в общеобразовательном учреждении») [3]. В связи с этим, актуально исследование влияния внеурочных занятий физическими упражнениями на улучшение состояния здоровья и повышение уровня физической работоспособности обучающихся.

Цель исследования заключалась в повышении уровня физической работоспособности и улучшении некоторых показателей здоровья обучающихся семи-десяти лет посредством использования в режиме дня внеурочных форм занятий физическими упражнениями.

Методы исследования: анализ научно-методической литературы, анкетирование, тестирование физической работоспособности, педагогический эксперимент, методы математической статистики.

Педагогический эксперимент осуществлялся с сентября 2014 г. по декабрь 2015 г. на базе муниципального бюджетного общеобразовательного учреждения г. Иркутска «Средняя общеобразовательная школа №39», с привлечением 228 обучающихся первых-четвертых классов. Экспериментальная группа была сформирована из каждой параллели младших классов, занимающихся

три раза в неделю физической культурой на уроке по традиционной программе и с ежедневным проведением внеурочных форм занятий. Дети, посещающие экспериментальную группу (ЭГ), занимались физическими упражнениями 15 минут до начала занятий (гимнастика до уроков), 15 минут во время большой перемены (подвижная перемена) и два раза в неделю по 60 минут посещали занятия в кружке общей физической подготовки и подвижных игр. Контрольная группа (КГ), сформированная аналогично экспериментальной, занималась физическими упражнениями только на уроках физической культуры три раза в неделю. Один раз в год контрольная и экспериментальная группы принимали участие в школьном физкультурно-оздоровительном празднике «День здоровья».

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ заболеваемости обучающихся младших классов по данным медицинского кабинета школы позволил выяснить, что первое место в этиологии заболеваемости у данного контингента обследуемых занимают болезни бронхо-легочной системы, в частности ОРЗ, ОРВИ, бронхиты (на каждого ребенка данного возраста зарегистрировано в среднем два случая заболевания органов дыхания в год); на второе место по частоте случаев заболеваний выходят болезни инфекционного характера (каждый школьник семи-десяти лет болел в среднем один – два раза). Хроническая патология опорно-двигательного аппарата определена у 58,9% обучающихся начальных классов.

При решении вопроса о допустимой физической нагрузке на уроке физической культуры решающее значение имеет функциональное состояние кардиореспираторного аппарата. Анализ уровня физической работоспособности по показателям оценки индекса Руфье в начале педагогического исследования позволил установить, что у первоклассников обеих групп доминировали показатели

удовлетворительной и плохой физической работоспособности (по 62% случаев), показатели средней физической работоспособности определены по 22% случаев, как в экспериментальной, так и в контрольной группах, по 12% случаев пришлось на показатели хорошей физической работоспособности и по 4% случаев – на показатели высокой физической работоспособности в обеих группах обучающихся первого класса. У обучающихся вторых классов показателей удовлетворительной и плохой физической работоспособности в ЭГ выявлено в 37% случаев, в КГ – в 32% случаев; показателей средней, хорошей и высокой физической работоспособности в ЭГ было зарегистрировано 26% случаев, 26% случаев и 11% случаев соответственно, в КГ – 28%, 28% и 12% случаев соответственно. Удовлетворительная и плохая физическая работоспособность по показателям индекса Руфье была зафиксирована у обучающихся третьих классов в 39% случаев экспериментальной и в 32% случаев контрольной группах, в 32% случаев выявлены средние показатели физической работоспособности в ЭГ, в КГ данные показатели установлены в 36% случаев, показатели хорошей физической работоспособности определены по 18% случаев, как в экспериментальной, так и в контрольной группах, при этом показателей с высокой оценкой индекса Руфье в ЭГ зафиксировано 11% случаев, в КГ – 14% случаев. У обучающихся четвертых классов показателей удовлетворительной и плохой физической работоспособности в ЭГ выявлено в 47% случаев, в КГ – в 45% случаев; показателей средней и хорошей физической работоспособности в ЭГ и КГ было зарегистрировано по 24% и 23% случаев соответственно, высокий уровень физической работоспособности в ЭГ был зарегистрирован 6%, в КГ – 8% случаев.

С целью анализа ситуации по проведению внеурочных форм работы по физическому воспитанию с обучающимися младших классов в школах города Иркутска нами был проведен анкетный опрос учителей физической культуры общеобразовательных школ. Анализ результатов анкетирования позволил установить что, внеурочные формы занятий учителями регулярно применяются лишь в 25% школ, не регулярно в 46% школ и никогда в 29% школ города; из всего многообразия неурочных форм занятий преимущественно используются физкультминутки на уроках (их наличие отметили 47% респондентов), далее следуют подвижные игры после занятий (в 26% школ их проводят в помещении и в 11% школ – на свежем воздухе), в 9% школ проводят спортивные праздники, а подвижные игры на переменах проводятся лишь в 7% школ; ни в одной школе не проводится гимнастика до учебных занятий, которая позволила бы школьникам привести свой организм в состояние готовности к обучению. Таким образом, в образовательных школах города Иркутска неудовлетворительно организовано применение неурочных форм занятий: они или не применяются вообще, или проводятся не регулярно и не систематически.

Об эффективности использования внеурочных форм занятий физическими упражнениями, как средств повышения резистентности детского организма можно судить по динамике показателей заболеваемости бронхолегочной системы за период эксперимента (рис. 1-4). После трех месяцев занятий в ЭГ, в режим дня которой было включено ежедневное проведение внеурочных форм занятий, показатели заболеваемости у детей, входящих в нее оказались ниже, чем у их сверстников из КГ. Это преимущество сохранялось на протяжении всего педагогического эксперимента, включая месяцы, на которые

обычно приходится пики заболеваемости в нашем регионе (декабрь и январь месяц).

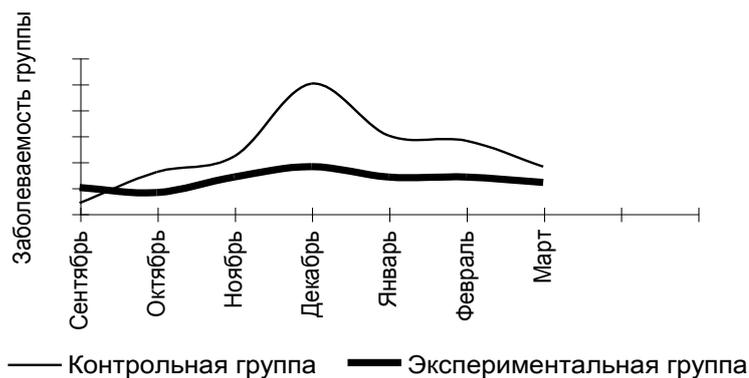


Рис. 1. Динамика показателей заболеваемости учащихся первых классов контрольных и экспериментальных групп.

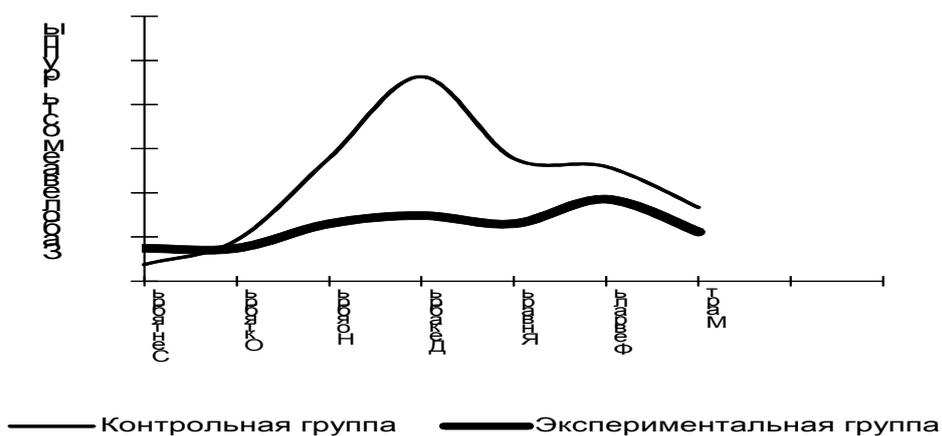


Рис. 2. Динамика показателей заболеваемости учащихся вторых классов контрольных и экспериментальных групп.

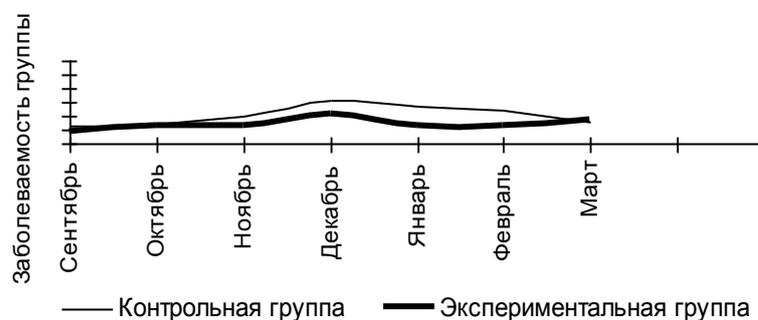


Рис. 3. Динамика показателей заболеваемости учащихся третьих классов контрольных экспериментальных групп.

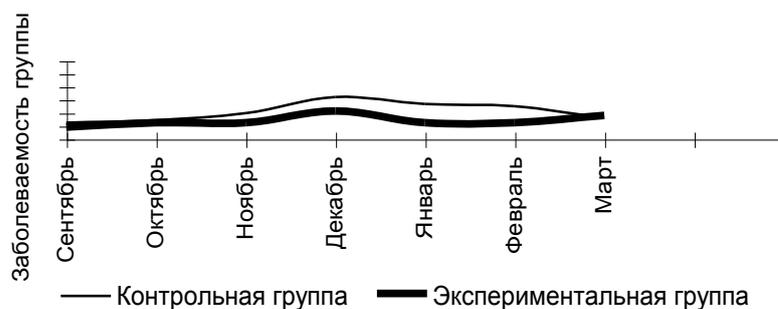


Рис. 4. Динамика показателей заболеваемости и учащихся четвертых классов контрольных и экспериментальных групп.

В условиях систематического применения внеурочных форм занятий после педагогического эксперимента в экспериментальной группе начальных классов произошли значительные положительные изменения показателей физической работоспособности по оценки индекса Руфье (табл. 1). Процент оценок «высокая» и «хорошая» возрос в ЭГ первого класса на 36% случаев, второго класса на 26%, третьего класса на 25%, четвертого класса на 28%, тогда как в КГ подобных улучшений не выявлено, исключение составила контрольная группа первого класса, где оценка «хорошая» улучшилась на 4% случаев.

Таблица 1

**Показатели физической работоспособности детей семи-десяти лет за период эксперимента**

Класс	Группа	Оценка индекса Руфье в %									
		высокая		хорошая		средняя		удовл.		плохая	
		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
1	Э	4	20	12	32	22	28	46	12	16	8
	К	4	4	12	16	22	40	50	24	12	16
2	Э	11	26	26	37	26	33	30	4	7	0
	К	12	7	28	22	28	46	28	22	4	3
3	Э	11	18	18	36	32	32	25	14	14	0
	К	14	14	18	14	36	50	24	19	8	3
4	Э	6	20	23	37	24	31	29	12	18	0
	К	8	8	23	23	24	37	29	24	16	8

Примечание: 1 – до эксперимента; 2 – после эксперимента.

Обобщая выше изложенное можно заключить, что использование в режиме дня внеурочных форм занятий физическими упражнениями способствует повышению уровня физической работоспособности и улучшению некоторых показателей здоровья обучающихся семи-десяти лет.

#### Список литературы:

1. Лимаренко О.В. Дифференцированный подход к развитию физических качеств младших школьников Северного региона: Дис. ...канд. пед. наук. – Тюмень, 2001. – С. 17-20.

2. Чермит К.Д., Шаханова А.В., Хасанова Н.Н., Глазун Т.В. Исследование механизмов формирования, развития и сохранения психофизического здоровья учащихся в динамике обучения по инновационным образовательным и физкультурно-оздоровительным программам// Научно-практич. журнал «Валеология». – Ростов н/Д. – №3. – 2002. – С. 9-15.

3. Методические рекомендации по организации внеурочной деятельности общеобразовательных учреждений в условиях перехода на федеральный государственный образовательный стандарт начального общего образования (ФГОС НОО): [http://www.google.ru/url Fimc-abinsk.kubannet.ru](http://www.google.ru/url?hl=ru&url=http://www.abinsk.kubannet.ru).

**Формирование ценностного отношения к занятиям  
физической культурой в системе физического воспитания**

**ДОШКОЛЬНИКОВ**

**Ольга Владимировна Лимаренко**

*к.пед.н., доцент,*

*Сибирский федеральный университет,*

*г. Красноярск, Россия*

*e-mail: olga\_limarenko@mail.ru;*

**Наталья Николаевна Колесникова**

*доцент, к.пед.н.,*

*Полесский государственный университет,*

*г. Пинск, Р. Беларусь*

***Аннотация.** В статье раскрывается отношение детей дошкольного возраста к занятиям физической культурой и спортом, выявлены основные мотивы, побуждающие к занятиям физическими упражнениями. Представлены результаты изучения педагогического опыта в решении задач, направленных на формирование ценностного отношения детей к занятиям физической культурой.*

***Ключевые слова:** физическая культура, физическое воспитание детей дошкольного возраста, формирование ценностного отношения, формирование интереса, мотивация.*

***Abstract.** The article describes the attitude of preschool children to the physical education and sport, the main motives inducing to occupations by physical exercises are revealed. The results of the pedagogical experience studying in the solution of the tasks directed on the formation the valuable attitude of children to the physical education are presented here.*

*Keywords: physical education, physical training of pre-school children, the formation of the valuable attitude, the formation of interest, motivation.*

Целенаправленный процесс приобщения ребенка дошкольного возраста к ценностям физической культуры является чрезвычайно важным для теории и практики физического воспитания, так как именно в этот возрастной период формируется здоровый образ будущей жизни [4]. Какое место в системе ценностей дошкольника займет физическая культура, станет ли она составной частью общей культуры личности – эти вопросы решаются в первые пять-шесть лет жизни человека. Работа по освоению образовательной области «Физическая культура» требуют от педагога выбрать такие методы обучения, которые позволили бы активизировать двигательную, познавательную деятельность дошкольника и возможность каждому ребенку проявить свою индивидуальность, свое творчество. На современном этапе физическая культура, представляя высокую социальную ценность, в подавляющем большинстве все еще не становится личностно значимой для человека.

Тем не менее, занятия физической культурой могут иметь наибольший эффект только тогда, когда участие в них вызвано внутренними побуждениями, опирающимися на интерес к данному виду деятельности [3]. В этом случае они способствуют развитию творческой активности, открывают пути для самосовершенствования личности. Интерес к физической культуре нужно понимать, как следствие сложных процессов мотивационной сферы детей [2]. Процесс формирования данного интереса не одномоментный, а многоступенчатый: от первого знакомства с физическими упражнениями на физкультурных занятиях в детском саду до глубоких психофизических потенций и интенсивных занятий спортом.

Понимая огромное оздоровительное значение систематических занятий физическими упражнениями, можно смело утверждать, что здоровье нации зависит, прежде всего, от того, как будет сформирован у подрастающего поколения активный интерес к занятиям физической культурой и спортом, а также от того насколько этот интерес будет устойчив. Этот процесс обычно протекает в детском возрасте, когда складывается мотивационно-потребностная сфера к разным видам деятельности [1]. Но, зачастую, уже, будучи сформированным, интерес к занятиям физическими упражнениями угасает. Психологической причиной этого является исчезновение мотивов для занятий. Исходя из этого, возникает необходимость разработки и изучения условий, обеспечивающих эффективный процесс формирования ценностного отношения к физической культуре.

Цель нашего исследования – формирования потребности и устойчивого интереса к физической культуре и спорту у детей дошкольного возраста.

В соответствии с целью исследования нами были поставлены следующие задачи:

1. Определить отношение детей дошкольного возраста к занятиям физической культурой и спортом.
2. Выявить основные мотивы, побуждающие дошкольников к систематическим занятиям физическими упражнениями.
3. Изучить педагогический опыт решения задач, направленных на формирование ценностного отношения детей к занятиям физической культурой.

При решении данных задач нами использовались следующие методы исследования: анализ данных научно-методической литературы, анкетирование, опрос, методы математической статистики.

Исследования проводились в три этапа, в нем были задействованы 180 детей старшего дошкольного возраста, 85 педагогов дошкольных образовательных учреждений городов Красноярска и Пинска.

Результаты исследования и их обсуждение.

С целью получения более полного представления об отношении к физической культуре и мотивации к занятиям физической культурой старших дошкольников нами было проведено анкетирование 180 детей пяти-семи летнего возраста.

Результаты опроса позволили установить, что 91% детей положительно относятся к физической культуре, 9% – не имеют по этому вопросу определенного мнения. При этом, 85% респондентов активно занимаются физическими упражнениями только в детском саду; 10% регулярно выполняют утреннюю зарядку в выходные дни, изредка совершают с родителями пешие и лыжные прогулки и лишь 5% посещают занятия в спортивных секциях. Пятьдесят два процента опрошенных обычно проводят дома время за просмотром телевизионных передач, 32% – читают или рисуют, 16% предпочитают подвижные игры на воздухе.

При ответе на вопрос «Почему вы занимаетесь физическими упражнениями», 56% старших дошкольников основной причиной назвали желание быть красивым и сильным.

Достаточно значительным фактором, побуждающим детей к занятиям физической культурой, оказалось влияние педагога (36% опрошенных). Пример товарищей и родителей явился поводом для занятий у 4% детей в обоих случаях.

Проведенный опрос позволил установить:

– преобладающее большинство дошкольников положительно относятся к занятиям физической культурой;

– основным мотивом к занятиям физической культурой в исследуемом возрасте служит подсознательное стремление к гармоничному развитию;

– при формировании положительного отношения к физической культуре детей старшего дошкольного возраста, наиболее значимыми являются факторы, затрагивающие социальную сущность человека (влияние преподавателя, товарищей, родителей);

– факторы, относящиеся к биологической природе человека (мышечное удовольствие) существенной роли в этом возрасте не играют.

С целью изучения педагогического опыта решения задач, направленных на формирование ценностного отношения детей к занятиям физической культурой, выявления мнения о приоритетности задач физического воспитания был проведен опрос, в котором приняли участие 85 педагогов дошкольных образовательных учреждений. Среди опрошенных 37 инструкторов физической культуры (43,5%) и 48 воспитателей (56,5%); из них имели высшее образование 23 человека (27,0%), среднее специальное педагогическое – 38 человек (44,7%), незаконченное среднее специальное образование – 24 человека (23,3%). Анализ полученных данных позволил сделать вывод о том, что большинство респондентов (79,2%) негативно оценивают сложившуюся практику физического воспитания дошкольников, отмечая низкий уровень двигательного режима в дошкольных учреждениях; при этом самый высокий процент неудовлетворительных оценок дали воспитатели (47,0%). Основными формами двигательной деятельности ребенка в детском саду являются утренняя гимнастика, физкультурные занятия, подвижные игры во время прогулки. Другие формы организованной двигательной деятельности отмечаются респондентами крайне редко.

Оценивая важность решения педагогических задач в процессе физического воспитания дошкольников, педагоги дошкольных учреждений главными считают задачи укрепления здоровья и закаливание, формирование правильной осанки, гармоничное развитие мышечной системы.

Задачи, связанные с формированием мотивационно-потребностной сферы, не ставятся педагогами в разряд значимых. Задача формирования потребности в систематической активной двигательной деятельности важна для 23,6% респондентов, а задача обучения навыкам самостоятельных занятий физическими упражнениями – для 9,4%.

По мнению педагогов, дети испытывают положительное отношение к физкультурному занятию. Так, 94,4% респондентов ответили на этот вопрос утвердительно, незначительное число опрошенных затруднялось ответить (5,6%). Предположений о том, что физкультурное занятие может не нравиться детям и вызывать у них отрицательное отношение, педагоги не высказали. При сопоставлении этих данных с результатами обследования детей обнаружено несоответствие представлений педагогов и реальных переживаний детей, что еще раз подтверждает превалирование в физическом воспитании дошкольников учебно-дисциплинарной модели обучения и авторитарных тенденций в общении. Отвечая на вопрос, какими методами и приемами можно повлиять на формирование ценностного отношения к физической культуре вообще и занятию как основной форме организации физического воспитания в дошкольном учреждении, большая часть респондентов (73,2%) затруднилась ответить, назвав 1-2 приема; некоторые давали общие ответы («надо, чтобы занятие было интересным») 13,5%; лишь 8,3% опрошенных назвали более пяти приемов и способов воздействия на ребенка.

Наиболее популярны такие ответы: использование музыки, игровые задания и занятия игрового типа, включение заданий соревновательного характера, сообщение информации о пользе упражнения, нетрадиционные методы и приемы (фольклор, элементы психогимнастики). Интересно, что мнение по предложенным вопросам не зависело ни от стажа, ни от образования респондентов.

Анализ оптимального, с точки зрения опрошенных, режима физкультурных занятий в детском саду показал желание большей части педагогов сохранить существующий режим трех разовых занятий в неделю продолжительностью 25-35 минут (70,6%). В то же время 29,4% респондентов высказались за ежедневные физкультурные занятия длительностью 20-25 минут в средней группе и 30-35 минут в старшей и подготовительной. Этой точки зрения, в основном, придерживаются воспитатели, в чьи обязанности не входит проведение физкультурных занятий.

По мнению 87,3% всех опрошенных проведение физкультурных занятий в дошкольном учреждении должно осуществляться штатным физкультурным работником. Только 3,2% анкетированных поддержали предложение о выполнении этих обязанностей воспитателем и 4,5% отметили, что это должен делать специалист, работающий на платной основе за счет средств родителей.

Выводы:

1. Установлено, что практически все (91%) дети старшего дошкольного возраста положительно относятся к физической культуре, 9% – не имеют по этому вопросу определенного мнения.

2. Основной причиной побуждающей старших дошкольников к занятиям физической культурой является желание быть красивым и сильным (56%). Достаточно значительным фактором, оказалось влияние

преподавателя (36% опрошенных). Пример товарищей и родителей явился поводом для занятий у 4% детей в обоих случаях.

3. Провозглашая приоритетность задач физического воспитания, направленных на развитие двигательной сферы и укрепление здоровья, педагоги дошкольных учреждений на деле не обеспечивают достаточную двигательную активность детей, не используют с этой целью все многообразие форм физического воспитания. При таком подходе решение мало значимой для педагогов задачи остается вне поля зрения. Большинство педагогов, к сожалению, не знают пути и средства воздействия на мотивационно-потребностную сферу ребенка.

#### Список литературы:

1. Божович Л.И. Познавательные интересы и пути их изучения // Известия АПН РСФСР. Вып. 73. – М., 1955. – С. 3-14.

2. Ильин Е.П. Мотивация и мотивы. – СПб: Изд-во «Питер». – 2000. – С. 253-296.

3. Ильин Е.П. Удовлетворенность деятельностью как социально-психологический феномен // Психофизическое изучение учебной и спортивной деятельности. – Л.: ЛГПИ. – 1985. – С. 102-127.

4. Лимаренко О.В. Интегративный мониторинг здоровья как универсальный элемент контроля качества образования в системе физкультурного образования дошкольников, проживающих в Северном регионе [Текст] / О.В. Лимаренко, С.В. Романова // Образование и глобализация: материалы Третьей Байкальской международной научной конференции: в 2 ч. 1-4 июля 2009. – Улан-Удэ: Изд-во Бурятского госуниверситета. – 2009. – Ч. 1 – С. 251-253.

## Лечебно-оздоровительный туризм

**Виктория Валерьевна Лиханова**

*к.пед.н., доцент кафедры социокультурного туризма,*

*Забайкальский государственный университет,*

*г. Чита, Россия*

*e-mail: vika\_likhanova@mail.ru*

***Аннотация.** В данной статье рассматриваются возможности лечебно-оздоровительного туризма в восстановлении физических и духовных сил человека.*

***Ключевые слова:** лечебно-оздоровительный туризм, рекреация, восстановление.*

***Abstract.** This article discusses the possibility of health tourism in restoring of physical and spiritual powers of a person.*

***Keywords:** health-improving tourism, recreation, recovery.*

Лечебно-оздоровительный туризм, как вид экологического туризма, представляет собой разновидность санаторно-курортного лечения и рассматривает организацию оздоровления населения с точки зрения технологии путешествия. Это достигается путем формирования туристического продукта, в основе которого заложена лечебная или оздоровительная технология, улучшающая качество жизни путем полного удовлетворения потребности в отдыхе, оздоровлении и лечении с использованием разнообразных составляющих природного комплекса.

Оздоровительный туризм – это динамично развивающаяся индустрия, вовлекающая все больше людей, рассчитывающих получить безупречное обслуживание и поправить своё здоровье. Сегодня более 1,3 миллиона человек в год посещают оздоровительные центры в таких

странах, как Швейцария, Германия, Израиль, Франция, Италия, Греция и Таиланд, Чехия и Словакия, Финляндия и Мальта, Эстония и Литва, Украина и Белоруссия и многие другие. Эти страны предлагают бесчисленные варианты нетрадиционной медицины, роскошные апартаменты, незабываемые культурно-развлекательные программы, маршруты для осмотра достопримечательностей и совершения покупок. Известно, что турист хочет получить высокий сервис обслуживания, невысокую стоимость путёвки и эффективный результат оздоровления.

Проанализировав уровень организации лечебно-оздоровительного туризма в России, можно отметить, что многие отечественные дома отдыха, санатории, пансионаты не соответствуют необходимым требованиям, их сервисные услуги находятся на достаточно низком уровне, при этом отдых в России получается намного дороже, чем за границей. К сожалению, сегодня федеральные и региональные власти в большей степени занимаются поддержкой и развитием коммерческого туризма и мало занимаются развитием лечебно-оздоровительного туризма.

Лечебно-оздоровительный туризм предусматривает перемещение резидентов и нерезидентов в пределах государственных границ и за пределы государственных границ на срок не менее 20 часов и не более 6 месяцев в оздоровительных целях, целях профилактики различных заболеваний организма человека [3]. Лечебно-оздоровительный туризм основан на курортологии, науке о природных лечебных факторах, их воздействии на организм и методах использования в лечебно-профилактических целях. Основными разделами курортологии являются:

1. Бальнеология – это раздел курортологии, изучающий лечебные минеральные воды, их происхождение физико-химические свойства,

влияние на организм при различных заболеваниях, разрабатывающий показания к их применению на курортах и в некурортных условиях.

2. Бальнеотерапия – это методы лечения, профилактики и восстановления нарушенных функций организма природными и искусственно приготовленными минеральными водами на курортах и в некурортных условиях.

3. Грязелечение – это метод лечения, профилактики заболеваний организма с использованием пелоидов, то есть лечебных грязей различного происхождения на курортах и в некурортных условиях.

4. Климатотерапия – это совокупность методов лечения и профилактики заболеваний организма с использованием дозируемого воздействия климатопогодных факторов и специальных климатопроцедур на организм человека.

5. Курортография – это описание местоположения: и природных условий курортов и курортных местностей с характеристикой их лечебных факторов, бальнеотерапевтических, климатотерапевтических и других условий для лечения и отдыха [4].

Во всем мире происходит ускорение научно-технического прогресса, идут процессы урбанизации, что имеет как позитивные, так и негативные последствия для здоровья людей. Наблюдается снижение функциональных возможностей человеческого организма, что и проявляется в ухудшении деятельности его важнейших жизнеобеспечивающих систем. Отмечаются как рост заболеваемости населения, так и возникновение новых, опасных заболеваний; значительно возрастают стрессовые нагрузки, а в организме человека накапливается физическая и умственная усталость. В то же время в мире наблюдается тенденция к осознанию значимости здорового образа жизни. Неотъемлемой частью современной системы ценностей стала забота о здоровье, повышении жизненной активности. Растет число

людей, стремящихся поддерживать хорошую физическую форму наряду с духовным обогащением. Изменился и взгляд работодателей на своих работников. Все это создает предпосылки для ускоренного развития лечебно-оздоровительного туризма во всем мире.

До сих пор идут споры, какие виды туризма относить к лечебному туризму, а какие к оздоровительному – если в качестве критерия использовать цель путешествия, то можно выделить отдельно лечебный туризм и оздоровительный туризм.

Лечебный туризм осуществляется с целью поправки здоровья и предполагает пребывание в санаторно-курортных учреждениях. Цель «лечение» обособливается отдельно и в классификации путешествующих лиц, рекомендованной ВТО [2].

Оздоровительный туризм имеет целью профилактику здоровья и отдых. Он характеризуется большей продолжительностью путешествия, посещением меньшего количества городов и большей продолжительностью пребывания в одном месте. Цель «отдых» наряду с досугом и рекреацией присутствует в классификации путешествующих лиц, рекомендованной ВТО [5].

В современном мире рынок рассматриваемого нами данного направления в туризме, претерпевает заметные изменения. Традиционные санаторные курорты перестают быть местом лечения и отдыха лиц преклонного возраста и становятся полифункциональными оздоровительными центрами, рассчитанными на широкий круг потребителей.

Развитию лечебно-оздоровительного туризма в том или ином регионе мира благоприятствуют определенные физико-географические факторы, или природные условия. К таким условиям относится наличие определенных природно-рекреационных ресурсов, т.е. ресурсов обеспечивающих отдых и восстановление здоровья и трудоспособности

человека, а также эстетических ресурсов – сочетания природных факторов, положительно воздействующих на духовное состояние людей.

Лечебно-оздоровительные туристские ресурсы определены в Федеральном законе от 24 ноября 1996г, №132-ФЗ «Об основах туристской деятельности в Российской Федерации», последние изменения в который внесены от 5 февраля 2007 г., как «природные, исторические, социально-культурные объекты, способные удовлетворить духовные потребности туристов, содействовать восстановлению и развитию их физических сил» [1].

Курорты – местности, располагающие природными ресурсами для лечения и отдыха (благоприятным климатом, живописным ландшафтом, источниками целебных минеральных вод, залежами лечебных грязей и др.), а также учреждениями, сооружениями, устройствами для использования этих природных ресурсов с лечебно-профилактическими и оздоровительными целями [6].

Основными типами учреждений на курортах являются санатории, дома отдыха, пансионаты, курортные поликлиники, курортные гостиницы и лечебные гостиницы. К числу курортных сооружений и устройств относятся бюветы, питьевые галереи, бальнеотехнические сооружения, грязелечебницы, климатопавильоны, пляжи и др. Основные типы курортов, различают, в зависимости от того, какими природными лечебными факторами располагают курорты и определяют три их главных типа: бальнеотерапевтические, грязевые и климатические. Многие курорты обладает несколькими природными лечебными факторами и, являясь переходными, занимающие промежуточное положение, соответственно называются бальнеогрязевыми, бальнеоклиматическими, климатогрязевыми и т.п. Так как в своей лечебной деятельности они используют одновременно,

например, минеральные воды и грязи или климат и минеральные воды, то не могут быть отнесены к какому-то одному из трех типов. Такие курорты сравнительно широко распространены в Европе и привлекают растущее число туристов.

Современный рынок лечебно-оздоровительного отдыха включает предприятия отдыха, оказывающие лечебные услуги, туристические фирмы – предприятия-посредники, продающие услуги.

Лечебные услуги относятся к категории наиболее дорогих, т.к. основаны на применении ценных природных лечебных ресурсов, эксплуатация которых требует сложного бальнеотехнического хозяйства и медицинской техники. Оказание лечебных услуг невозможно без наличия специально подготовленного персонала. В здравницах применяется также специальное диетическое питание отдыхающих.

Развитию лечебно-оздоровительного туризма в том или ином регионе мира благоприятствуют определенные физико-географические факторы, или природные условия. К таким условиям относится наличие определенных природно-рекреационных ресурсов, т.е. ресурсов обеспечивающих отдых и восстановление здоровья и трудоспособности человека, а также эстетических ресурсов – сочетания природных факторов, положительно воздействующих на духовное состояние людей. Россия располагает огромным потенциалом как для развития лечебно-оздоровительного туризма, так и для приема иностранных путешественников. Имеется все необходимое – огромная территория, богатое историческое и культурное наследие, а в отдельных регионах – нетронутая, дикая природа. Культурно-исторический, природный потенциал страны огромен, и при правильной постановке маркетинговой работы, совершенствовании и развитии туристской

инфраструктуры количество иностранных туристов, прибывающих в страну с целью оздоровления, может значительно вырасти.

Список литературы:

1. Федеральный закон от 23 февраля 1995 г. №26-ФЗ «О природных лечебных ресурсах, лечебно-оздоровительных местностях и курортах» [Электронный ресурс] – URL: <http://base.garant.ru/10108541/#help> (дата обращения 05.02.2016).

2. Ветитнев А.М., Журавлева Л.Б. Курортное дело. М: КНОРУС, 2007. – 250 с.

3. Курортно-туристский комплекс как объект управления/ под ред. Карповой Г.А. СПб: СПбГУЭФ, 2005. – 186 с.

4. Кусков А.С., Лысикова О.В. Курортология и оздоровительный туризм. Учебное пособие, Р-н-Дону, Феникс, 2004. – 283 с.

5. Панин Е.Л., Бовтун В.С. Основы курортного дела. Барнаул: АлтГТУ, 2003. – 156 с.

6. Третьякова Т.Н., Тарханова Н.И. Основы курортологии. Челябинск: ЮУрГУ, 2005. – 256 с.

УДК 616-08

**Эстетические и психологические аспекты в ринопластике**

*Ани Робертовна Мелоян*

*врач-хирург, пластический и реконструктивный хирург,*

*Медицинский центр «Гармония»,*

*г. Киев, Украина*

*e-mail: di-9@mail.ru*

*Аннотация. В статье проводится анализ эстетических и психологических аспектов в ринопластике. Рассматриваются виды*

ринопластики, способы и показания к их реализации. Автором рассматриваются внешние и внутренние мотивы пациентов желающих изменить свою внешность, а также проблемы организации постоперационной медицинской и психологической реабилитации.

**Ключевые слова:** ринопластика, открытая ринопластика, закрытая ринопластика, психологические мотивы изменения внешности.

**Abstract.** *The article analyzes the aesthetic and psychological aspects of rhinoplasty. This procedure is a highly popular, for this reason, the issues relating to problems relevant in today's society. Aesthetic aspects studied in detail. Psychological issues require a more expanded study. From our point of view it is necessary to establish the outer and inner motives of patients wishing to change the appearance. It is also important organization postoperative medical and psychological rehabilitation.*

**Keywords:** *rhinosurgery, open rhinoplasty, closed rhinoplasty, psychological motives in rhinoplasty.*

**Постановка проблемы.** Ринопластика одна из технически наиболее сложных операций в пластической хирургии требующая от хирурга высокой квалификации, доскональное знание предмета. Важным аспектом в ринопластике так же является психологическое сопровождение пациентов для выявления внешних и внутренних мотивов для изменения внешности.

На сегодняшний день ринопластика активно развивается, с вовлечением инновационных технологий. По всему миру практикуют и проводят научно-исследовательскую работу множество профессионалов одними из которых являются Wolfgang Gubisch (Германия), Gilbert Aiach (Франция), Nick S. Jones (Великобритания), Hong Ryul Jin (Корея), Vardapetyan N.T. (Armenia), В.В. Храпач (Украина), К.П. Пшениснов

(Россия). Не менее важными являются исторические исследования становления пластической хирургии анализирующиеся в исследованиях М. Shiffman и психологические аспекты широко раскрывающиеся в исследованиях Anthony P. Sclafani, Arlen D. Meyers, V. Micheli-Pellegrini, G.M. Manfrida.

В настоящее время пластическая хирургия носа относится к числу наиболее востребованных операций. Нос является одной из важнейших структур, формирующих общую гармонию лица. Именно поэтому деформации носа часто вызывают большие моральные страдания пациентов. Изменение формы и размеров носа может полностью преобразить лицо.

Форму носа определяют генетические особенности, расовая принадлежность. Так, например, у монгольских народов, широкие плоские носы, а европейские – тонкие и высокие. Таким образом основными компонентами, определяющими форму носа, являются спинка, корень, кончик, основание, длина, форма ноздрей, ширина и высота отдельных частей. Различные комбинации перечисленных величин создают вариабельность в строении носа.

Изменчивость формы носа может зависеть и от возрастных особенностей. У одного и того же человека форма и соотношение носа с лицевым скелетом и черепом в детстве и старости совершенно различны.

Понятие «ринопластика» произошло от греческого слова rhinos – нос. Ринопластика – это пластическая операция, направленная на хирургическую коррекцию размера или формы носа. Ее задачей является создание нового гармоничного внешнего вида, при сохранении индивидуальных характерных черт лица: улучшение формы носа, изменение его размеров, исправление врожденных дефектов и нередко исправление проблем с дыханием.

Первые упоминания о ринопластике были в египетских папирусах Смита, датируемые приблизительно 3000 годом до н. э., где приводится факт лечения сломанного носа. Запись рассказывает о том, что восстанавливали форму носа, прокладывая тампоны и фиксируя все до полного заживления.

Детальное описание ринопластики впервые найдено в книге Сушрута Самхита, написанной примерно в 600 году до н. э. Он описал метод восстановления носа с помощью лоскута кожи со щеки. При этом делались попытки оформить крылья и отверстия носа, то есть не только восстановить утраченный нос, но и придать ему форму.

Гаспар Таглиакоцци из Болоньи (1545-1599 гг.) описал технику называемую «итальянский метод». Это процедура состоящая из 6 этапов заключалась в полной реконструкции носа лоскутом кожи, взятым с руки, которая оставалась популярной вплоть до первой мировой войны. Следующие два века пластическая хирургия развивалась очень медленно. Однако в XIX веке в пластической хирургии и ринопластике произошли существенные изменения.

Иоганн Фридрих Диффенбах (1792-1847гг.), практиковавший в Берлине, считается одним из основателей современной пластической хирургии. Им предложены методы операций по реконструкции носа, губ и щек. Он первым высказал мысль о том, что пластический хирург должен работать как скульптор.

В косметической ринопластике первично проводится консультация, при которой врач оценивает пропорции лица, выслушивает желания пациента, осматривает проходимость дыхательных путей, так как после коррекции наружного носа с искривленной перегородкой дыхание может ухудшиться. В этом случае врач должен произвести так же септопластику. Далее производится

предварительное фотографирование, которое является обязательным юридическим документом.

Операция проводится под наркозом или местной анестезией. Учитывая желание пациента, объем проводимой процедуры (риносептопластика) при консультации с анестезиологом принимается решение о методе обезболивания.

Пластические хирурги выделяют несколько ключевых разновидностей эстетической пластики носа: первичная ринопластика, коррекционная ринопластика, повторная (вторичная) ринопластика, пластика кончика носа, безоперационная ринопластика с помощью филлеров. Операция может проводиться двумя способами: открытая и закрытая ринопластика.

Открытая ринопластика предусматривает разрез на колумелле – кожной перемычке между ноздрями. В некоторых случаях дополнительно производится краевой разрез у основания ноздрей. После выполнения доступа врач отслаивает кожу. При данном доступе перед хирургом открыт хороший обзор, что позволяет четко увидеть структуру тканей, более уверенно выполнять сложные манипуляции на костно-хрящевом отделе, легко контролировать проводимые в ходе операции изменения.

Данный метод актуален при объемных хирургических вмешательствах для более точного моделирования кончика носа посредством хрящевых трансплантатов взятых из нижних отделов перегородки носа, хрящей ушных раковин и ребер. Открытый метод является более предпочтительным в случае повторной операции. После открытой ринопластики носа остается небольшой шов, который со временем становится незаметным.

Существенным недостатком данного метода является значительная травматизация и, как следствие, более выраженная

отечность и продолжительный восстановительный период. Поэтому, если нет очевидной необходимости в операции с открытым доступом, врачи стараются ее не применять.

При ринопластике по закрытой технологии производится чресхрящевой и трансфикционный разрезы. При этом методе доступа ограничен обзор подлежащих тканей. Поэтому при деформациях кончика носа осуществляются межхрящевые и подхрящевые разрезы и дальнейшее выполнение запланированных манипуляций с хрящами. При закрытой технике травматизация тканей меньше чем при открытом методе, соответственно сокращается восстановительный период.

Оба метода используются активно в равной степени, в зависимости от особенностей структур носа.

Пластическая операция, косметическая или реконструктивная способствует повышению восприятия собственного «Я». Даже незначительные изменения во внешности способны привести к кардинальным переменам в мироощущениях индивидуума. К наиболее подходящим кандидатам на проведение эстетических операций относят две категории пациентов.

Первая группа людей обладает высокой самооценкой и часто беспокоится об эстетической стороне своей внешности. Послеоперационный период у таких пациентов протекает без серьезных осложнений.

Вторая группа людей обладает физическими недостатками и косметическими дефектами, которые снижали их самооценку длительное время. Послеоперационный период этой категории лиц протекает медленно, так как требует значительного количества времени на восстановление доверия и повышения восприятия собственного «Я».

Отбор пациентов для эстетической хирургии должен начинаться с эффективной оценки мотивации, источниками которой могут быть как

внешние, так и внутренние детерминанты. Отсутствие достоверности истинных мотивов пациентов может привести к осложнениям в психическом статусе пациентов.

К внутренним мотивам пациентов относятся: заниженная самооценка, внутриличностные конфликты, наличие комплекса неполноценности, страх перед возрастными изменениями, проблема с самоидентификацией и т.д. К внешним мотивам относят ложные убеждения, о том, что ринопластика или другие оперативные вмешательства, направленные на коррекцию внешнего вида, могут влиять на такие проблемы: сохранение, укрепление брака или улучшение отношений. Данный мотив негативно влияет на психическое состояние пациента, так как не может привести к ожидаемым результатам.

Выводы. Задача ринопластики состоит в восстановлении формы носа, которая была нарушена на стадии эмбриогенеза, в результате каких либо заболеваний или механических (травматических) повреждений в течение жизни человека. Ринопластика является одной из наиболее сложных операций в пластической хирургии, требующая высокой квалификации хирурга.

С нашей точки зрения для проведения ринопластики и других эстетических оперативных вмешательств необходимо также психологическое сопровождение для выявления истинных мотивов (внешних, внутренних) и проведения постоперационной реабилитации.

#### Список литературы:

1. Белоусов А.Е. Пластическая, реконструктивная и эстетическая хирургия / А.Е. Белоусов. – СПб.: Гиппократ, 1998. – 744 с.
2. Дьяконов П. И. Общая оперативная хирургия /П.И. Дьяконов, Ф. А. Рейн. – СПб.: Медицина, 1903. – 453 с.

3. Пейпл А.Д. Пластическая и реконструктивная хирургия лица / А. Д. Пейпл. – М.: БИНОМ, 2007. – 951 с.

4. Johnson N.I., Godin M.S. The tension nose: open structure rhinoplasty approach // Plast. Reconstr.Surg. – 1995. – Vol. 95, 1. – P 43-51

5. McCollough E.G. Surgery of the nasal tip: prudent selection of alternatives // Rhinoplasty / Ed. by R.K.Daniel. – Boston, Toronto, London: Little, Brown a.Co., 1993. – P. 413-440.

6.Tebbetts J.B. Open rhinoplasty: more then incisional approach // Rhinoplasty / Ed. by R.K. Daniel. – Boston, Toronto, London: Little, Brown a.Co., 1993 – P. 525-553.

УДК 1 59.942:159.9.019.4

**Копинг-поведение женщин разных возрастных категорий в  
стрессовых ситуациях**

***Анаит Эдуардовна Мелоян***

*к.психол.н., профессор кафедры прикладной психологии,  
Донбасский государственный педагогический университет»,*

*г. Славянск, Украина*

***Елена Сергеевна Бурлай***

*магистрант кафедры прикладной психологии,  
Донбасский государственный педагогический университет,*

*г. Славянск, Украина*

*e-mail: di-9@mail.ru*

***Аннотация.*** В статье рассматриваются поведенческие особенности женщин разных возрастных категорий в стрессовой ситуации. Экспериментальным путем выявлено, что женщины старшей возрастной категории при стрессовой ситуации больше

*направлены на конструктивные копинг-стратегии, имеют более высокий уровень стрессостойкости и низкие показатели ситуативной тревожности.*

**Ключевые слова:** *стресс, стрессостойкость, копинг-поведение, поведенческая активность.*

**Abstract.** *Women behavior of different age categories in stress situations are revealed in this article. It's been found out by experiment that women of the elder age category in stress situations are more directed to constructive coping strategies, they have a higher level of stress resistance and lower indexes of situational anxiety.*

**Keywords:** *stress, stress resistance, coping behavior, behavioral activity.*

*Постановка проблеми.* Дослідження стресу стало актуальним у зв'язку з соціально – економічними змінами в країні. Сучасні психологічні дослідження вказують на те, що у цьому зв'язку емоційна напруга і перевантаження з'являються у людей значно частіше. Це, в свою чергу, призводить до виникнення стресових ситуацій. Психологи вважають, що коли людина стикається з перешкодою в реалізації важливої життєвої мети і не може упоратися з цією ситуацією за допомогою звичних засобів, то вона потрапляє у кризову ситуацію. Низька стресостійкість сприяє виникненню психологічної кризи.

Стрес являє собою стан надмірно сильної й тривалої психологічної напруги, що виникає у людини, коли її нервова система отримує емоційне перевантаження.

Багато вчених вивчають цей феномен у взаємодії з пізнанням, емоціями та дією (Дж. Еверілл, П. Фресс, Р. Кан). У вітчизняній психології деякі вчені пов'язували поняття стресу з поняттям напруження (В.А. Ганзен, В.М. Мясищев). Стрес як процес, що

призводить до психічних відхилень, розглядали Л.М. Аболін та Т.І. Аболіна. У контексті емоцій стрес вивчали Г.Г. Аракелов, Г.І. Кассиль, О.І. Медведєв, Н.М. Русалова, В.В. Суворова. Психологічні особливості людини в стресових ситуаціях досліджували В.А. Бодров, А.М. Вейн, Л.В. Куликов, К.В. Судаков. Феномен стресу в міжособистісних стосунках людей вивчали Е.С. Бодрова, Л.А. Китаєв-Смик. Особливості переживання стресів людиною в екстремальних умовах досліджували Ю.А. Баранов, А.П. Мухін, С.В. Чермянін та інші.

У вітчизняній психології копінг-поведінка розглядається як усвідомлена раціональна поведінка, спрямована на усунення стресової ситуації.

Проблемою копінга займалися І. М. Нікольська, Р. М. Грановська, Л. І. Анциферова, С.Норман, Д.Ф.Єндлер, Д.А.Джеймс, М.І.Паркер, Т.А. Крюкова, Є.Б Клубова та інші.

Початок створення концепції стресу поклав канадський учений Ганс Сельє в 1936 році. Г. Сельє узагальнив поняття стресу, що змусило вчених переглянути загальновизнані погляди на взаємодію людини з навколишнім середовищем. Виявилось, що поряд зі специфічними відповідями організму на той чи інший вплив, мають місце загальні реакції, пов'язані з активністю гормональної системи. Учений прийшов до висновку про існування загального адаптаційного синдрому, який готує організм до зустрічі зі зміненими умовами середовища. Головну роль у цьому синдромі відіграє стрес. Г. Сельє визначив стрес як неспецифічну відповідь організму на будь-яку пред'явлену йому вимогу [6].

Інформаційна концепція стресу, розроблена Горовіцем, є спробою синтезу когнітивної, психоаналітичної і психофізіологічної моделей. Стрес викликає масив внутрішньої і зовнішньої інформації, основна частина якої не може бути узгоджена з когнітивними схемами.

Відбувається інформаційне перенавантаження. Неопрацьована інформація переводиться зі свідомості в несвідоме, але зберігається в активній формі. Відповідно принципу уникання болю, людина прагне зберегти інформацію в несвідомій формі, але відповідно тенденції до завершення, з часом травматична інформація стає свідомою як частина процесу інформаційної обробки. При завершенні інформаційної обробки досвід стає інтегрованим, травма більше не зберігається в активному стані.

У межах екзистенційного підходу вплив стресу розглядається як особиста беззахисність, загроза існуванню людини, яка залежить від рівня визнання особистості іншими людьми, від їх оцінювальних ставлень (А. Камю, Ж.-П. Сартр, К. Ясперс) [2].

Представники гештальт-психології тлумачать стрес як утруднення дихання людини під час заблокованого збудження внаслідок емоційних реакцій на фрустраційну ситуацію, яка викликається незавершеним „гештальтом“ (К. Левін, Ф. Перлз) [2].

У сучасних психологічних роботах зі стресу робляться наполегливі спроби так чи інакше обмежити домагання цього поняття, підкоривши його традиційній психологічній проблематиці й термінології. Р. Лазарус із цією метою вводить уявлення про психологічний стрес, який, на відміну від фізіологічної високостереотипізованої стресової реакції на загрозу, є реакцією, опосередкованою оцінкою погрози і захисними процесами [4].

Дж. Еверіл слідом за С. Селсом вважає сутністю стресової ситуації втрату контролю, тобто відсутність адекватної даній ситуації реакції при значущості для індивіда наслідків відмови від реагування. П. Фрес пропонує називати стресом особливий вид емоціогенних ситуацій, а саме «вживати цей термін стосовно ситуацій, які повторюються, і у яких можуть з'явитися порушення адаптації». Ю.С.

Савенко визначає психічний стрес як стан, у якому особистість опиняється в умовах, які перешкоджають її самоактуалізації [1].

Таким чином не будь-яка вимога середовища викликає стрес, а лише та, що оцінюється як загрозна, яка порушує адаптацію, контроль перешкоджає самоактуалізації. «Навряд хто-небудь думає, – зауважує Р.С. Разумов, – що будь-яка м'язова напруга повинна з'явитися для організму стресовим агентом. Спокійну прогулянку... ніхто не сприймає як стресову ситуацію» [5].

Завдання психології полягає у тому, щоб, відмовившись від не виправданого розширення обсягу цього поняття, зберегти основний його зміст – ідею неспецифічності стресу. З одного боку, порушення самоактуалізації, контролю викликають стрес, це достатні умови його. Але також слід виявити мінімально необхідні умови, точніше, специфічні умови, які породжують неспецифічне утворення – стрес.

Експериментальне дослідження проводилось у місті Слов'янську та місті Краматорську, у кількості 60 жінок. З метою виявлення поведінкової активності в стресовій ситуації нами були досліджені жінки наступних вікових категорій: 1 група – 17-23 років, 2 група – 30-40 років. На основі проведеного експериментального дослідження можна стверджувати, що жінки першої групи з віковим діапазоном 17-23 років мають поведінкову активність з такими характеристиками, як: постійна напруга сил у боротьби за успіх, небажання відмовлятися від досягнення мети навіть тоді, коли вона недосяжна, невміння і небажання виконувати щоденну докладну і одноманітну роботу, імпульсивність, емоційна нестабільність і нестриманість, знижена стійкість до стресу, знижений поведінковий контроль в цілому. На відміну від молодих, більш старші жінки з віковим діапазоном 30-40 років характеризуються такою поведінковою активністю, як раціональність, обмірковування планів, пов'язане з ретельним і

відповідальним їх виконанням, витримка при невдачах, внутрішня емоційна стабільність, надійність у поводженні, відносна стійкість до стресогенних ситуацій, стриманість у прояві афектів і почуттів.

Діагностика копінг-поведінки, яка включала перелік заданих реакцій на стресові ситуації і була націлена на визначення домінуючих поведінкових стратегій. Жінки першої групи з віковим діапазоном 17-23 років у стресових ситуаціях спрямовують свою поведінку на емоції та втечу. Молоді жінки більш емоційно реагують на стресові ситуації і намагаються втекти від них, обвинувачують самі себе, хвилюються, не можуть зосередитися на проблемі, щоб відволіктися від проблемної ситуації. На відміну від молодих, більш старші жінки з віковим діапазоном 30-40 років зосереджуються на проблемній стресовій ситуації, продумують план дій для її вирішення, цілеспрямовані у своїх діях, контролюють емоції і раціонально оцінюють усі сторони проблеми.

Отримані дані проведення методики «Дослідження тривожності» свідчать, що у більшій кількості жінок першої групи з віковим діапазоном 17-23 років спостерігається високий рівень і ситуативної, і особистісної тривожності. Для них характерне незрозуміле почуття зростаючої небезпеки. Їхній стан характеризується суб'єктивними емоціями: напругою, занепокоєнням, заклопотаністю, нервозністю. Виникає такий стан як емоційна реакція на стресові ситуації, він може бути різним по інтенсивності і динамічності у часі. Вони відчують невпевненість у майбутньому, емоційне хвилювання в ситуаціях, пов'язаних з необхідністю виявити свої здібності й розкритися. Для більшій кількості жінок другої групи (з віковим діапазоном 30-40 років) характерний низький рівень ситуативної тривожності, на відміну від першої групи жінок вони більш позитивно оцінюють ситуацію, їм властива впевненість у собі, вони активніші в соціальних ситуаціях,

упевнені у своїх можливостях при прийнятті важливих рішень, можуть зайняти позицію лідера, не боячись демонструвати свої здатності й уміння. Але для більшої кількості жінок з другої групи властивий високий рівень особистісної тривожності. Вона активізується при сприйнятті жінками певних стимулів, які розцінюються ними як небезпечні для їхньої самооцінки і самоповаги.

У результаті кореляційного аналізу нами було виявлено, що існує зворотній зв'язок між такими показниками, як емоційне реагування в стресовій ситуації і самопочуттям, активністю та настроєм у жінок першої групи ( $r_{xy} = -0,46$ , при  $p \leq 0,01$ ). При емоційному реагуванні в стресовій ситуації жінкам першої групи властиво зниження самопочуття, активності та настрою.

Жінки першої групи з високим рівнем особистісної тривожності на стресові ситуації мають схильність реагувати не тільки емоційно, але можуть і обирати поведінку спрямовану на втечу ( $r_{xy} = 0,40$ , при  $p \leq 0,01$ ).

При вирішенні задач в стресовій ситуації, жінки 2 групи менш схильні реагувати емоційно ( $r_{xy} = -0,42$ , при  $p \leq 0,01$ ). Вони зосереджені на проблемі, спрямовані на негайне докладання зусиль, щоб виправити ситуацію, аналіз проблеми перед реагуванням на неї.

У жінок другої групи виявлена пряма залежність між показниками особистісної тривожності і поведінкою, спрямованою на вирішення задач у стресових ситуаціях ( $r_{xy} = 0,71$ , при  $p \leq 0,01$ ). Високий рівень особистісної тривожності допомагає жінкам другої групи мобілізувати свої можливості і спрямувати свої зусилля на вирішення задач у стресовій ситуації.

*Висновки.* Проведено теоретичний аналіз та експериментальне дослідження з проблеми особливості прояву поведінки жінок різних вікових категорій у стресових ситуаціях. Стрес – це функціональний

стан організму, що виникає під впливом значних за силою або тривалістю несприятливих впливів (стресорів), комплексна фізіологічна реакція, що є сукупністю адаптаційних реакцій організму, які носять загальний захисний характер. У стресі нерозривно переплетені і фізіологічні, і психологічні механізми.

Список литературы:

1. Изард К. Психология эмоций / Пер. с англ. – СПб.: Питер, 2000. – 460 с.
2. Китаев-Смык Л.А. Психология стресса. М., 1988. – 250 с.
3. Кокс Т. Стресс. М., 1981. – 315 с.
4. Лазарус Р. Теория стресса и психофизиологические исследования // Эмоциональный стресс: физиологические и психологические реакции / Под ред. Леви. Л., 1970. – 178 с.
5. Психология эмоций. Тексты / Ред. В.К. Вилюнас. М., 1984. – 375 с.
6. Селье Г. Стресс без дистресса: Пер. с англ. / Общ. ред. Е.М. Крежа. – Рига: Виеда, 1992. – 109 с.

УДК 796/799

**Проблемы физкультурно-оздоровительной работы и здоровый образ жизни студентов**

*Эдуард Алексеевич Моисейчик*

*к.пед.н., доцент кафедры физической культуры,*

*Брестский государственный университет им. А.С. Пушкина,*

*г. Брест, Белоруссия*

*e-mail: m.edward@tut.by*

*Анатолий Иванович Софенко*

*к.пед.н., доцент кафедры физической культуры,*

*Брестский государственный университет им. А.С. Пушкина,  
г. Брест, Белоруссия  
e-mail: phiscult@brsu.brest.by*

**Галина Николаевна Зинкевич**  
*ст. преподаватель кафедры физической культуры,  
Брестский государственный университет им. А.С. Пушкина,  
г. Брест, Белоруссия  
e-mail: phiscult@brsu.brest.by*

**Аннотация.** *Высшее учебное заведение как центр обучения и воспитания имеет огромные возможности воздействовать на образ жизни студенческой молодежи, формируя положительное отношение к здоровому образу жизни, ценностные установки на здоровье, поведенческие навыки здоровьесберегающей деятельности.*

**Ключевые слова:** *Физическая культура; здоровье.*

**Abstract.** *About the formation of a healthy way of life among students any university as a center of education influences students way of life. It forms positive attitude of the students to their health.*

**Keywords:** *Physical culture; spreading.*

Неблагоприятная тенденция в динамике здоровья детей и молодежи диктуют необходимость поиска различных путей, направленных на улучшение физического состояния организма человека. По данным медиков, за время учебы в вузе 7-8% студентов приобретают кишечно-желудочные заболевания, 12-13% – нервно-психические, у 26-28% отмечается сердечно-сосудистая недостаточность. К окончанию вуза у 60-65% студентов ухудшается физическое состояние [1, 2].

Программа Всемирной организации здравоохранения предусматривает решение вопросов оздоровления населения, в частности студенческой молодежи в двух направлениях: через систему улучшения реальных условий жизнедеятельности и систему обучения здоровью с элементами самообразования.

Здоровый стиль жизни (ЗСЖ) – сложившиеся и актуализированные личностью формы и способы жизнедеятельности, не противоречащие требованию сохранения и укрепления здоровья человека, его духовных и нравственных кондиций.

В ходе исследования нами было установлено, что более 60% студентов стремятся избавиться от вредных привычек. В то же время по данным исследований курит 22,5% студентов, употребляют алкоголь редко, по праздникам 66,3% опрошенных (юноши – 60,0% и девушки – 69,9%), употребляют алкоголь умеренно, 1 раз в неделю – 10,1% (юноши – 16,4% и девушки – 6,6%), не отказываются, когда предлагают выпить 10,0% юношей.

Усталость студентов по дням недели следующая: больше всего устают в понедельник – 34,3% (юноши – 40,9% и девушки – 30,6%), в пятницу – 26,1% (юноши – 20,9% и девушки – 29,1%), в среду – 17,3% (юноши – 12,7% и девушки – 19,9%), в четверг – 8,5% (юноши – 10,9% и девушки – 7,1%), во вторник – 5,6% (юноши – 5,5% и девушки – 5,6%), в субботу – 4,6% (юноши – 5,5% и девушки – 4,1%), в воскресенье – 1,3% (юноши – 1,8% и девушки – 1,0%).

Опрошенные студенты оценивают свой стиль (образ) жизни следующим образом:

- 1 балл – 2,3%,
- 2 балла – 12,7%,
- 3 балла – 37,9%,
- 4 балла – 42,8%,

5 баллов – 4.2% респондентов.

Таким образом студенты БрГУ имени А.С. Пушкина многие проблемы развития своего умственного, интеллектуального и физического развития сводят к проблеме нехватки свободного времени. В этом аспекте важным представлен вопрос о возможных занятиях при наличии большего количества свободного времени.

В целом по университету наблюдается тенденция снижения показателей физической подготовленности студентов. Основными причинами такого спада являются низкие физические данные абитуриентов, поступающих в университет, недостаточная мотивация студентов на физкультурно-спортивную деятельность, недостаточная материально-техническая база для занятий физкультурой и спортом.

Практические выводы на основании предложений участников опроса:

1. Сделать занятия по физкультуре чаще (хотя бы 3 раза в неделю);
2. Ставить занятия по физкультуре 1-ой или 2-ой парой;

Основные выводы:

1. Лишь небольшая часть студентов, рационально использует свободное время;
2. Большинство студентов положительно оценивают занятия физкультурно-спортивной деятельностью;
3. Физическая культура и спорт привлекают студенческую молодежь прежде всего, как специфическая сфера деятельности, в которой можно отдохнуть, развлечься, укрепить здоровье, поднять свой престиж. Значительно реже студенты оценивают физическую культуру как средство развития личности, понимают физическую культуру как вид личностной культуры;

4. Физкультурная образованность и грамотность студентов часто бывает поверхностной;

5. Примерно у половины студентов не сформирован ЗОЖ, и они не имеют неполные и поверхностные представления о нем;

6. Работа по пропаганде ЗОЖ в вузе требует дальнейшего совершенствования. Физкультурное воспитание часто сводится к организации практических занятий.

Проблемы обучения и воспитания здоровому образу жизни учащейся молодежи особенно актуальны для студентов в силу низкой культуры отношения к своему здоровью [3, 4]. Подтверждением этому служит опрос, проведенный среди студентов 1-2-х курсов психолого-педагогического факультета БрГУ. Ранжирование средств, используемых студентами для сохранения и укрепления своего здоровья (высчитывалось количество случаев по каждому отдельному средству) представлено следующим образом. Так, самое популярное средство укрепления и сохранения здоровья среди студентов – правильное питание (44,1%). На втором месте – физические упражнения (41,2%). Отсутствие вредных привычек занимает третье место (35,3%); прогулки на свежем воздухе – четвертое (26,5%), затем идет утренняя гимнастика и закаливание – 20,6% и т.д. Анализ ответов респондентов свидетельствует о недостаточной осведомленности студентов о средствах укрепления своего организма и роли физической культуры в формировании здорового образа жизни.

Высшие учебные заведения как центр обучения и воспитания имеет огромные возможности воздействовать на образ жизни студенческой молодежи, формируя положительное отношение к здоровому образу жизни, ценностные установки на здоровье, поведенческие навыки здоровьесберегающей деятельности.

Особое место в системе такого воспитания мы возлагаем на систему взаимосвязанной организации учебной и внеучебной работы со студенческой молодежью.

Основными задачами являются:

1. Развитие положительной мотивации к здоровью как приоритетной ценности общества;
2. Формирование у студентов потребности ведения здорового образа жизни;
3. Владение определенными знаниями по вопросам здорового образа жизни;
4. Овладение системой практических умений и навыков, обеспечивающих сохранение и укрепление здоровья.

Для решения вышеуказанных задач работа должна проводиться в следующих направлениях:

- проведение учебных занятий (лекции, практические занятия);
- проведение оздоровительных мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья студентов;
- организация встреч со специалистами в области здоровья (врач, психолог и др.);
- выпуск буклетов, стенгазет, статей и др. по данной тематике.

Таким образом теоретическая, организованная работа должна быть направлена на приобретение студентами знаний в области здоровья, в процессе чего у них появляется убежденность в том, что ЗОЖ имеет тесную связь с физической культурой, а также закрепляется положительное отношение ко всем формам и методам физического воспитания, побуждается интерес к осознанным и самостоятельным занятиям физической культурой и спортом. Поскольку физическая культура – это путь к здоровью и социальной активности.

Современные методики и научные разработки, дают возможность целенаправленно проанализировать эффективность физкультурно-оздоровительной работы среди студенческой молодежи [5, 6, 7]. С учетом природных условий, особенностью управления процессом физкультурно – оздоровительного характера. Учет ответной реакции организма на предлагаемые воздействия или конкретные климатические условия обитания дает возможность значительно рационализировать и индивидуализировать процесс физического воспитания и совершенствования [8, 9, 10].

Практическая деятельность, физкультурно-оздоровительной работы, должна строиться в виде циклов, имеющих различную продолжительность, в зависимости от целей и задач решаемых в конкретной группе занимающихся или индивидуально.

#### Список литературы:

1. Бальсевич В.К. Физическая культура: молодежь и современность / В.К. Бальсевич, Л.И. Лубышева // Теория и практика физической культуры. – 1995. – №4. – С. 2-8.
2. Бальсевич В.К. Онтокинезиология человека / В.К. Бальсевич. – Москва: Теория и практика физической культуры, 2000. – 275 с.
3. Волков Н. И. Некоторые вопросы теории тренировочных нагрузок / Н.И. Волков, В. М. Зацюрский // Теория и практика физической культуры. – 1964. – №6. – С. 20-24.
4. Гогунев Е.Н. Психология физического воспитания и спорта: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений // Е.Н. Гогунев, Б.И. Мартемьянов Б.И. – М.: Издательский центр «Академия», 2002. – 288 с.
5. Коледа В.А. Физическая культура в формировании личности студента / В.А. Коледа. – Минск: БГУ, 2004. – 167 с.
6. Купчинов Р.И. Формирование здорового образа жизни студенческой молодежи. – Минск: УП «ИВЦ Минфина», 2004 – 211 с.

7. Лотоненко А.В. Физическая культура и её виды в реальных потребностях студенческой молодёжи / А.В. Лотоненко, Е.А. Стеблецов // Теория и практика физической культуры. – 1997. – №6. – С. 39-41.

8. Лубышева Л.И. Концепция физкультурного воспитания: методология развития и технология реализации / Л.И. Лубышева // Физическая культура: воспитание, образование, тренировка. – 1996. – №1. – С. 11-17.

9. Пономорёв Н.И. Ещё раз о теории физической культуры / Н.И. Пономорёв // Теория и практика физической культуры. – 1985. – №6. – С. 46-49.

10. Физическая культура: типовая учеб. программа для высш. учеб. заведений / сост.: В.А. Коледа [и др.]; под ред. В.А. Коледы. – Минск: РИВШ, 2008. – 60 с.

УДК 316.472

**Особенности национальных систем здравоохранения в разрезе результатов чемпионатов мира по футболу 1966-1970 годов XX века**

***Юрий Владимирович Мосаев***

*к.соц.н., доцент кафедры социологии и социальной работы,  
Классический приватный университет,  
г. Запорожье, Украина*

*Аннотация. В статье рассматриваются закономерности выступления национальных футбольных сборных на мировых первенствах 1966-1970 годов в зависимости от национальных систем здравоохранения.*

**Ключевые слова:** *национальная система здравоохранения; чемпионат мира по футболу: система здравоохранения.*

***Abstract.** The article examines patterns of performance of national football team namirovyh Championships 1966-1970 years, depending on the national health systems.*

***Keywords:** national Health System; the World Cup; the health care system.*

К 1966 году в разных странах мира сформировались свои системы здравоохранения и часто они существенно отличались друг от друга потому соревнования в рамках, которых важнейшую роль играл уровень здоровья участников можно рассматривать в роли своеобразного маркера состояния среднестатистического уровня здоровья в странах участниках. Чемпионат Мира по футболу вместе с летними Олимпийскими играми является наиболее популярным спортивным мероприятием и он может рассматриваться нами в рамках нашего социологического исследования.

Начнём с результатов данных событий. Чемпионат Мира по футболу в 1966 году прошёл в Англии. Второй раз в истории победителем стали хозяева данного футбольного форума. Второе место досталось сборной команде ФРГ, которая уже была на вершине мирового футбольного первенства. Полуфиналистами и призёрами данного первенства стали сборные команды Португалии и СССР. На ступеньку хуже их выступили команды Венгрии, Аргентины, Уругвая и КНДР. Аутсайдерами турнира стали команды: Мексики, Франции, Италии, Испании, Швейцарии, Болгарии, Бразилии, Италии и Чили. Остальные команды не смогли преодолеть отборочный турнир [5]. Объективность нашего исследования является характерным, только для стран, где футбол является самым популярным видом спорта. В мире существует несколько стран, где футбол не является популярным видом спорта. Среди таких стран можно выделить страны англо-саксонского

мира. Среди таких стран мы выделяем Австралию, Новую Зеландию, островные государства Тихого океана и Южная Африка. В рамках данных стран популярным видом спорта регби и его модификации (мини-регби, регби-13 австралийский футбол). Следующий блок стран это Индия и Пакистан, а также сопредельные государства, где наиболее популярным видом спорта можно считать крикет. В последний блок стран мы относим Канаду и США, где доминируют баскетбол, хоккей, американский футбол и бейсбол в равных долях.

Исходя из результатов сборных команд по футболу показанных на мундиале в 1966 году можно сделать вывод, что наиболее эффективная система физического воспитания и здравоохранения была построена именно на территории Великобритании и непосредственно Англии. Большую роль в этом процессе мог сыграть и такой фактор как то, что само соревнование проходило на полях «туманного альбиона». Хотя исходя из того, что до 1966 года сборные команд принимавшие у себя мировое первенства по футболу лишь раз их выигрывали и то это было в премьерном чемпионате 1930 года в Уругвае. Именно поэтому мы считаем, что победа сборной Англии на этом мировом форуме имеет фундаментальные закономерности. И основная причина этого процесса по нашему мнению это так званая система «18 недель». Эта система общего здравоохранения суть которой состоит в том, что любой пациент получает немедленную консультацию от домашнего доктора, но консультация узкого специалиста реализуется в течении 18 недель. Эта система имела значительный социальный эффект. Его основа создавать «базис» здоровья т.е. накапливать своё здоровье, путём занятий физической культурой и самостоятельным развитием иммунитета. Т.е. в государстве была заложена система индивидуального планирования системы профилактики хронических заболеваний. Хотя эта система имеет множество негативных факторов,

но именно на момент 50-60 ых годов XX эта система умножения на британскую ментальность принесла результат и может рассматриваться как самая эффективная в это время.

В основе системы здравоохранения Германии лежит главный принцип – принцип солидарности. Медицинская помощь должна быть доступной для всех слоев населения, вне зависимости от их материального положения, при этом финансироваться она должна за счет страховых взносов. Казалось бы необходимо совместить не совместимое, но в итоге длительной эволюции всей системы немцы нашли золотую середину. Бремя страховых взносов (порядка 15% от заработка) делится пополам между работником и работодателем, а тем, кто не работает, страховой полис полностью покрывает государство [7]. Такая система являлась альтернативой британской и имела все шансы на победу в данном турнире и показывала лучшие результаты, например в рамках чемпионата мира по футболу в 1954 году в Швейцарии [8]. И в целом показатели сборных ФРГ и Англии в рамках мундиала 1966 года и только спорная ситуация связанная с голом сборной Англии помогла выиграть британцам.

Португальский опыт медицины существенно проигрывает и британскому и немецкому, но отсутствие большинства иммунных стрессов характерных для северных государств помноженное на высокий уровень ответственности за своё здоровье делает успех португальцев вполне объяснимым. Тем более, что у португальцев есть ещё один положительный фактор в медицине. «Для срочных случаев предусмотрены открытые консультации. Ежедневно, в клинике с 8.00 ведется прием без предварительной консультации. Каждый врач имеет свой день и может принять не более 4 человек. Когда ведет прием врач, за которым вы закреплены, можно узнать в справочной» [4]. Это способствует высокому уровню внимания к каждому конкретному

клиенту. Среди призёров данного мирового футбольного форума была и сборная СССР. Основной социальной причиной такого высокого показателя стала всеобщность медицинского обслуживания в СССР и комфортные условия для медицинского обслуживания для представителей армии и спецслужб. Именно большинство советских футболистов того времени и находились на службе у этих органов.

Вторая четвёрка сборных имеет комбинированные системы здравоохранения. Например Венгрия и КНДР в разных степенях представляли советский опыт организации медицины, а Аргентина и Уругвай. Главным преимуществом уругвайской системы здравоохранения является действенная и достаточно недорогая система медицинского страхования, позволяющая каждому лицу, проживающему на территории Уругвая, пользоваться медицинскими услугами высокого уровня. В целом медицинское страхование Уругвая представлено тремя различными видами: государственной системой медицинского страхования, частными компаниями мед. страхования и программами медицинского страхования частных компаний [2]. Уругвайская система здравоохранения сформировала тренд дешёвой и качественной медицины характерной для стран Южной Америки, что и отразилось в результатах Аргентины и Бразилии. Показатели остальных европейских сборных представляли либо модификацию немецкой либо советской здравоохранительных систем.

В рамках чемпионата мира по футболу, который проходил в Мексике картина победителей и претендентов существенно изменилась. Победителем в третий раз стала сборная Бразилии, в список призёров попали команды Италии, ФРГ и Уругвая. Как видим в призёрах оказались саме титуловане сборные за историю проведения мировых футбольных форумов. Второй блок по урону успешности на данном футбольном форуме составили такие футбольне сборные как СССР,

Перу, Мексика и Англия. Третий блок так называемых неудачников турнира сформировали сборные команды таких государств как: Болгария, Марокко, Румыния, Чехо-Словакия, Швеция, Израиль, Бельгия и Сальвадор [6]. Данный эпохальный футбольный мундиаль для сборной Бразилии. Спортсмены этой страны трижды за двенадцать лет (1958-1970) смогли выиграть мировое первенство по футболу. Данный показатель свидетельствует о том, что 1970 год стал пограничным в сфере, когда государство с низким уровнем медицинского обслуживания смогло достичь подобных результатов. Часто оценивая высокие результаты бразильских спортсменов в командных видах спорта принято констатировать роль спорта как социального лифта, забывая, что на территории Южной Америки всегда была богатейшим государством. В тоже время бразильская система здравоохранения не является характерной для стран Южной Америки. Оно имеет особую специфику, например здесь высокий уровень в медицине, участия населения, которое определяет всю политику, которая должна быть запланирована и контролироваться непосредственно населением, через местное самоуправление, городские, уровня штата и национальные советы здоровья и конференции [3]. Высокий уровень демократии в системе здравоохранения при низком уровне финансирования приводит к сбоям в общем положении системы здравоохранения. После 1970 по 1994 подобных успехов бразильский футбол больше не имел и система здравоохранения в этом процессе занимает не последнее место. Так как по мере развития профессионализации спорта результаты спортсменов из Бразилии ухудшились и удалось их улучшить, только путём развития местной экономики. Остальные результаты данного спортивного соревнования «ложатся» в системы немецкого, советского и британского типов.

### Список литературы:

1. Дровненкова М. Система здравоохранения Великобритании: преимущества и недостатки / М. Дровненкова // Аргументы и факты Здоровье. – 2012. – №31. – С. 8.
2. Здравоохранение. Электронный источник. Режим доступа. <http://uruguayforever.com/about/health>.
3. Медицина Бразилии. Система здравоохранения Бразилии. Электронный источник. Режим доступа. <http://www.russobras.ru/medicine.php>.
4. Медицина и здравоохранение в Португалии. Электронный источник. Режим доступа. <http://peopleandcountries.com/article-1947-1.html>.
5. Мельников А. Гордятся до сих пор. История чемпионатов мира по футболу от «Ленты.ру»: Англия-1966. Электронный источник. Режим доступа. <http://lenta.ru/articles/2014/04/04/cupengland>.
6. Прощание с Никой. Электронный источник. Режим доступа. <http://www.cup2002.ru/584.shtml>.
7. Система здравоохранения в Германии: кратко о главном. Электронный источник. Режим доступа. [http://www.de-online.ru/news/sistema\\_zdravookhraneniya\\_v\\_germanii\\_korotko\\_o\\_glavnom/2014-06-22-282](http://www.de-online.ru/news/sistema_zdravookhraneniya_v_germanii_korotko_o_glavnom/2014-06-22-282).
8. World Cup 1954. Электронный источник. Режим доступа. <http://www.rsssf.com/tables/54full.html>.

**Психологические аспекты подростков при выборе профессии**

**Х. Мөнхчулуун**

*Дарханская Медицинская Школа,*

*Монгольский Национальный Университет Медицинских Наук*

*e-mail: Munkhchuluun.kh@mnuims.edu.mn*

*г. Дархан, Монголия*

**И. Отгонтуяа**

*Ph.D,*

*Университет Гуманитарных Наук*

**Аннотация.** *Исследованиями современных психологов подтверждено, что у человека имеются более 10 интеллектуальных характеристик таких как: мышление, критическое осмысление, социально-эмоциональное отношение, этика, физическое, финансовое, коммуникационное. Подросткам при выборе своей будущей профессии, необходимо учитывать свои превосходства и недостатки в интеллектуальных чертах.*

**Ключевые слова:** *студент, профессия, ориентация.*

**Abstract.** *It is proven by the modern psychologists research that a human has about 10 minds like creative thinking, critical thinking, emotion-social relation, moral, physical, financial and internet. Pupils need to choose their future profession depending on the development of these skills.*

*By the study of Institute of Education in the scope of «To train General education school pupil on profession direction» project in 1000 10-11<sup>th</sup> grade pupils, 82.2% said yes they need such a training. So based on the above ground, aimed to identify the psychological characteristics of choosing profession of teenager pupils.*

**Keywords:** *student, profession, orientation.*

**Background.** As the General education school shifted into 12 years education system, it has significant theoretical and consumer benefits to bring the education system up to the international standard, improve the succession link between middle and higher education, offer good quality general education and also it is vital to prepare them to choose their future profession correctly. Mongolia has entered into democracy and market economy in 1990 and life style, employment, professional ability, choosing profession have changed completely and unemployment and poverty have increased also the professional resources balance have lost.

**Topic research.** A professional is a person who is been trained through special program for a profession and sale its professional knowledge on the market to create a revenue. So Psychologist E.Ericson, D.Super, Austrian Psychologist A. Adler, Dutch Psychologist B.Livehood, Russian Psychologist E.A.Klimov, A.K. Markova, N.S.Pryajnikova, E.F.Zeep, Pryajnikova. E.U, K.Zamfir have done research on what the profession is, how to choose it, how to become a skillful professional, how to give good professional direction and Mongolian Professor D.Gombo, Ts.Tseveen and I.Otgontuya mentioned in their research work.

**Research aim.**To identify the psychological characteristics of choice of profession of General education school pupils,

**Research purpose.**

- To study the understanding of profession in depth.
- To study theory in detail of the way to educate general education school pupils for professional direction and activity.
- To identify the psychological characteristics of choosing profession of General education school pupils so on.

**Research methods.** Depth analysis, summarizing, mathematic-statistic, question-answer and «Dj.Holland method to choose profession»,

«To identify ability towards profession», «To identify interest towards profession», «To identify the professional way», «To identify the professions that fits your main characters», «To study interested professions» tests, «To identify professional direction» method, «To identify difference E.A.Klimov method», «A K.Zamfir method to study professional activity seduction», «A.A.Ryan method to identify professional satisfaction» so on.

**Research object.** Pupils, Students

**Research anomaly.** As we study the psychological characteristics of choosing profession of General education school, help them to choose right profession, have interest in their choice of profession, have a high satisfaction and high performance, will give them understanding that it will be the base to develop self further and give them good professional direction, work knowledge, skill, experience as early as possible.

**Research new point of views.**

- Aimed to get to know the method and action direction of professional direction of General education schools and to improve.
- Attempted to identify the psychological characteristics of General education school pupils and University and College students.
- Aimed to identify the satisfaction of university students.
- Tried to identify the satisfaction level of university graduate professionals.

**Practical importance.** It has benefits to the pupils to direct them to choose right profession as General education school teachers put the summary, opinion and advices into their lecture plan.

**Result:**

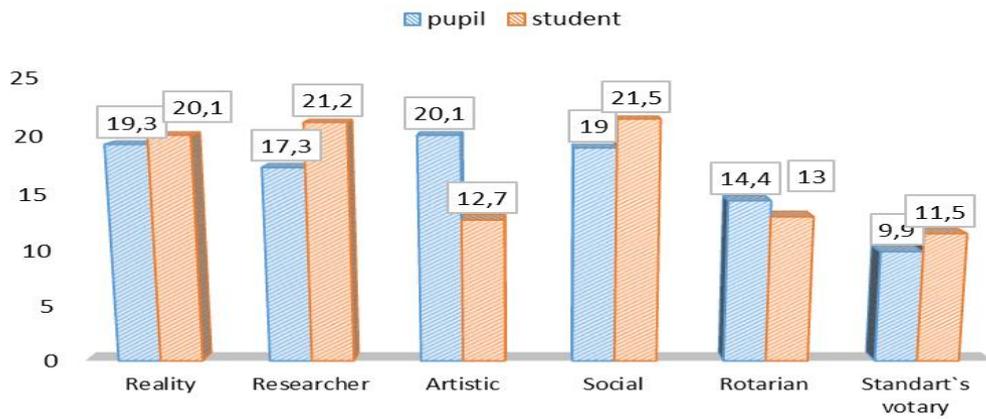


Chart 1. Comparing personal characteristic (percentage).

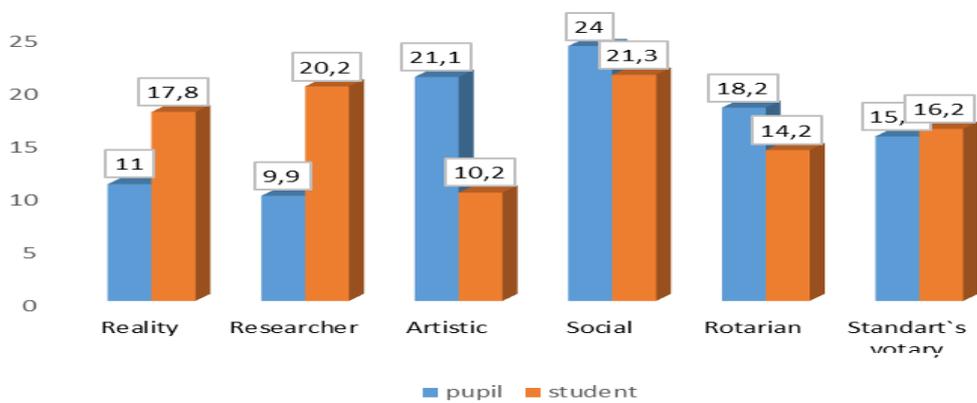


Chart 2. Comparing profession oriented ability of students and pupils.

Table 1.

**Comparing motivation by professional activity**

	<b>Pupils</b>	<b>Students</b>
<b>Internal motivation</b>	26,2%	22,3%
<b>External positive motivation</b>	65,7%	54,1%
<b>External negative motivation</b>	8,1%	23,6

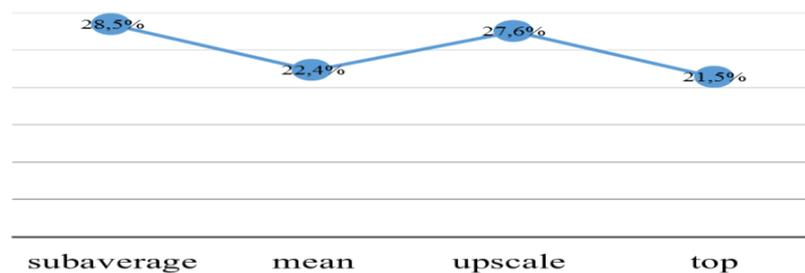


Chart 3. Satisfaction rate of students for career decision.

**Conclusion.** Career decision by pupils are not confirmed by their profession oriented ability not at all. It focuses on the professional image of select professional external image, but their capabilities and potential, and resources are disregarded.

Professional orientations for students in secondary schools, and provide information to meet the needs of their time, and professional quality, and provide a deeper understanding of the specific requirements. Travel, laboratory intended to provide vocational training, testing and observing lessons industry and professional organizations conduct on human performance, achievements, experiences, and activities organized presentation are required to be contained in curriculum.

We considered that they do not know enough about the profession as a school of general education students and their capacity and resources are considered unqualified. And children as early as possible to choose a profession, there is a need to provide a greater understanding of the professional.

#### References:

1. «Education studies journal, 2011.
2. «The command of the Ministry of Education and Science» 2012
3. «Law of education» Ulaanbaatar, 2012 <http://www.bolor-toli.com/index.php?pageId=10&go=1&direction=mn-en&search=law+of+contracts>.
4. Begz «A new paradigm of educational research» Ulaanbaatar, 2011
5. Galdantsogt J., Chuluuntsetseg.S., «Some students professional orientation issues» Ulaanbaatar, 1979.
6. Delgerjaw M. «Pedagogy and Psychology» Ulaanbaatar, 2012
7. Jawzan.B., Enkhbayar.B. «Education and Psychology» Ulaanbaatar, 2009.

8. Zeenyambuу.Ch., Uranbilgee Ch. «Working papers, grades and diplomas, Masters and Phd playwriting Guide» Ulaanbaatar, 2012
9. Lkhagwa L. «Scientific method» Ulaanbaatar, 1999
10. Lkhagwasuren.D. «Education Studies Research» Ulaanbaatar, 2010
11. Ulziihuyag.B. «Education and Science main content» Ulaanbaatar, 2010

**Web:**

1. <http://bolovsrolsudlal.mn>.
2. <http://www.meds.gov.mn>.
3. [https://en.wikipedia.org/wiki/Education\\_in\\_Mongolia](https://en.wikipedia.org/wiki/Education_in_Mongolia).

УДК 364.662-54:316.356.2

**Роль благотворительного фонда в укреплении физического и психологического здоровья семьи**

***Флюра Альтафовна Мустаева***

*д.соц.н., ведущий специалист,*

*г. Магнитогорск, Россия*

***Валентин Александрович Владимирцев***

*к.пед.н., директор,*

*заслуженный работник социальной защиты населения РФ,*

*г. Магнитогорск, Россия*

***Надежда Борисовна Лихова***

*заведующая детским отделом,*

*Магнитогорский городской благотворительный*

*общественный фонд «Металлург»,*

*г. Магнитогорск, Россия*

*e-mail: fmust@mail.ru*

**Аннотация.** В статье раскрывается содержание благотворительных программ, направленных на укрепление физического и психологического здоровья семьи, на примере магнитогорского благотворительного фонда.

**Ключевые слова:** семья, психологическое здоровье семьи, физическое здоровье семьи, благотворительный фонд, благотворительная программа.

**Abstract.** In the article the content of charitable programmers directed on strengthening physical and psychological health of a family is described at the example of the Magnitogorsk charitable fund.

**Keywords:** family, psychological health of a family, physical health of a family, a charitable fund, a charitable programe.

Семья – основная ячейка общества, от физического и психологического здоровья которой во многом зависит благополучие всего общества. Физическое здоровье семьи означает физическое состояние всех членов семьи. Если кому-то нездоровится, это сказывается на настроении остальных членов. Если кто-то в семье серьезно болен, остальным членам приходится с этим не просто считаться, но и помогать, прилагать определенные усилия, заботиться о больном, при этом меняется распорядок жизни всей семьи. Поэтому и семья в частности, и общество в целом заинтересованы в физически здоровых членах семьи и общества.

Термин «психологическое здоровье», введенный психологом И.В. Дубровиной, относится к личности в целом с точки зрения полноты, богатства ее развития и является близким понятию «духовность» [3]. Термин «психологическое здоровье семьи», по определению В.С. Торохтия, означает «состояние душевного психологического благополучия семьи, обеспечивающее адекватную их жизненным

условиям регуляцию поведения и деятельности всех членов семьи. Психологическое здоровье семьи – это интегральный показатель ее функционирования, отражающий качественную сторону протекающих в ней социальных и психолого-педагогических процессов» [5, с. 34].

Семья, а следовательно, и ее физическое, психологическое здоровье являются объектом внимания как государственных учреждений, так и неправительственных организаций. Отметим при этом, что неправительственные организации, работающие в сфере социальной поддержки семьи, обладают рядом преимуществ: предоставляют семьям возможность объединиться с целью защиты своих интересов, быстро реагируют на потребности своих клиентов, отличаются адресностью предоставляемой помощи, их деятельность менее формализована. Эти организации не только дополняют помощь, предоставляемую государственной социальной службой, но и зачастую работают в тех сферах, где государство не способно в полной мере оказать поддержку семьям, попавшим в сложную жизненную ситуацию [4, с. 212]. Результаты проведенного нами экспертного опроса руководителей (города, предприятий, учреждений, общественных организаций) подтверждают значимость институтов третьего сектора в решении социальных проблем современной семьи [1, с. 179].

Физическое и психологическое здоровье семьи является объектом внимания детского отдела Магнитогорского городского благотворительного общественного фонда «Металлург», реализующего различные благотворительные программы.

Так как фонд был создан при Магнитогорском металлургическом комбинате (в настоящее время фонд «Металлург» является городским), то одним из приоритетных направлений его деятельности остается материальная поддержка семей, потерявших кормильца вследствие несчастного случая на производстве, а также социальная и

психологическая адаптация детей, потерявших родителей. Программа помощи таким семьям – благотворительная программа «Мы рядом!» – действует в фонде с 1990 года. В рамках этой программы семьям, потерявшим кормильца, выплачивается ежемесячная материальная помощь; учащимся средних специальных и высших учебных заведений выплачивается стипендия; семьям, имеющим детей дошкольного возраста, оказывается материальная помощь на оплату пребывания ребенка в детском саду; оплачиваются путевки детей в детские оздоровительные лагеря, путевки в санатории и дома отдыха; традиционно проводятся мероприятия, приуроченные к праздничным дням, с конкурсными программами, вручением подарков и чаепитием.

Благотворительная программа «Мы рядом!» предусматривает также работу с престарелыми родителями и вдовами погибших: им оказывается ежемесячная материальная помощь, выделяются путевки в санатории и профилактории, оказывается материальная помощь для частичной компенсации коммунальных услуг, выделяются медикаменты через социальную аптеку фонда, к праздничным датам вручаются продуктовые наборы. Выдаются дисконтные карты на предоставление скидок в магазинах и аптеках фонда.

Как видим, комплекс социальных услуг, предоставляемых семьям в рамках программы «Мы рядом!», направлен на укрепление физического здоровья (оздоровление и отдых членов семьи в санаториях и домах отдыха, в детских оздоровительных лагерях, получение медикаментов в социальной аптеке фонда и др.) и психологического здоровья (материальная помощь семьям, организация различных праздничных мероприятий и др.) семей, потерявших кормильцев на производстве.

Совершенно уникальной является благотворительная программа «Стимулирование рождаемости. Охрана материнства и детства»,

которая имеет своей целью стимулирование рождаемости, социальную и материальную поддержку материнства и детства, укрепление семьи и пропаганду здорового образа жизни, оказание консультативной помощи по вопросам планирования семьи и репродуктивного здоровья.

При фонде имеется центр «Материнство», в котором ежемесячно бесплатно наблюдаются около 300 женщин со сроками беременности от 13 недель. При этом по основному месту работы за женщиной сохраняется средняя заработная плата. Для будущих мам в центре «Материнство» созданы прекрасные условия: уютная комната релаксации, процедурный кабинет, зал для занятий гимнастикой. Большое внимание специалисты центра уделяют профилактике осложнений при беременности, с этой целью проводится обязательная витаминизация женщин специализированными витаминно-минеральными комплексами, проходят занятия по ЛФК, дыхательной гимнастике, сеансы ультрафиолетовых ванн. Организован и досуг будущих мам – к праздничным датам в центре проводятся чаепития. Организовано оздоровительное купание в городском аквапарке.

На базе центра действует «Школа будущих родителей». Слушателям школы помогают понять проблемы беременных женщин, учат мужчин заботиться о своих женах, осуществляют психологическую подготовку к появлению в семье малыша, учат пеленать ребенка, заботиться о нем. Читаются лекции на темы здорового образа жизни. Занятия при этом проходят под расслабляющую музыку, а лекционная комната оборудована ионизатором воздуха и кондиционерами.

В рамках программы благотворительным фондом оказывается материальная помощь. После рождения ребенка в течение 6 месяцев женщины, посещавшие центр «Материнство», получают единовременную материальную помощь в размере 14000 рублей на

покупку вещей первой необходимости новорожденному. После окончания послеродового больничного листа по месту работы женщинам предоставляется частично оплачиваемый отпуск по уходу за ребенком до полутора лет. Дополнительно к средствам, выделяемым Фондом социального страхования, благотворительный фонд выплачивает ежемесячную материальную помощь в размере 750 рублей на содержание ребенка. В дальнейшем, если женщина не выходит на работу, а продолжает воспитывать ребенка дома, находясь уже в неоплачиваемом отпуске по уходу за ребенком до трех лет, то ей оказывается ежемесячная материальная помощь в размере 2000 рублей на ребенка.

Программа по охране репродуктивного здоровья работающих женщин позволила улучшить показатели течения беременности и родов у женщин, посетивших центр «Материнство», характеристики здоровья новорожденных, повысить рождаемость в городе, способствовала формированию гуманной модели взаимодействия и взаимопонимания в семье. Проведенные с молодыми мамами интервью подтвердили эффективность данной программы.

Благотворительная программа «Дружная семья» имеет своей целью социальную и материальную поддержку многодетных семей, в рамках которой им оказывается ежемесячная материальная помощь, частично компенсируются коммунальные услуги, предоставляются подарки ко дню рождения детей, подарки ко дню защиты детей в виде продуктового набора и талона на приобретение промышленных товаров, оплачивается дополнительное образование, оказывается материальная помощь для приобретения школьной формы. С целью оздоровления детей выдаются путевки в летний период, организуются оздоровительно-познавательные поездки.

Фонд старается поддержать многодетные семьи и материально, и морально. Несколько раз в год фонд выступает инициатором организации семейных праздников не только для своих семей-клиентов, но и для тех, кто состоит на учете в государственных учреждениях: проводятся конкурсно-развлекательные мероприятия, преподносятся вкусные угощения и подарки, отмечаются праздники. Содействие оказывают и волонтеры, которых в штате фонда в общей сложности насчитывается около 600 человек.

Благотворительная программа «Наши дети» направлена на социальную поддержку, реабилитацию детей-сирот, детей-инвалидов, воспитанников детских домов и специальных коррекционных учреждений, а также детей, оказавшихся в сложной жизненной ситуации. Программа включает: оказание благотворительной помощи детским специализированным учреждениям, таким, как детские дома, интернаты, дома ребенка, коррекционные школы, социально-реабилитационные центры, детские больницы (всего 29 учреждений). Благотворительная помощь осуществляется в виде медикаментов, канцтоваров, спортивного инвентаря, книг и учебников, игрушек, детской одежды, обуви, технических средств обучения и специального оборудования и др. Сумма благотворительной помощи варьируется в зависимости от количества воспитанников учреждения. Такая помощь оказывается 3 раза в год к праздничным датам: День Защиты детей, День Знаний и Новый год, всего на эти цели в год выделяется фондом около трех миллионов рублей.

Благотворительная программа «Одаренные дети Магнитки» направлена на поддержку одаренных детей, подростков и молодежи, родители которых зачастую не в состоянии оплатить участие в конкурсе, купить форму или собрать необходимые средства на проезд к месту проведения конкурса. В рамках программы оказывается:

материальная помощь детям из малообеспеченных семей для участия в конкурсах, олимпиадах, соревнованиях; благотворительная помощь организациям – организаторам данных конкурсов и соревнований; материальная помощь в виде стипендии учащимся образовательных учреждений (ежегодно от 65 до 80 стипендиатов). Как показали результаты нашего интервью с участниками программы – одаренными детьми – особенно рады учащиеся материальной помощи в виде стипендии.

Благотворительная программа «Калейдоскоп» состоит в том, что наряду с ежегодными целевыми программами фондом проводится работа по оказанию адресной материальной и благотворительной помощи малообеспеченным категориям граждан, а также учреждениям для организации работы с детьми и малообеспеченными семьями по месту жительства. Так, согласно результатам социологического исследования, проведенного нами в г. Магнитогорске (опрошено 600 человек), 48,7% семей живут от зарплаты до зарплаты, а 5,3% семей опрошенных находятся за чертой бедности [2, с. 167].

В рамках программы оказывается материальная помощь на лечение и оздоровление детей, на приобретение путевок, детской одежды и обуви, а также продуктов питания, выделяются талоны на бесплатное питание, путевки на лечение в медицинском центре фонда, оказывается содействие в приобретении одежды, обуви, продуктов питания, медикаментов и средств реабилитации инвалидов через магазины и аптеки благотворительного фонда «Металлург». Ежемесячно практически во всех микрорайонах города совместно с ТОСами, школами, детскими клубами и детскими садами проводятся праздничные и досуговые мероприятия.

Реализуемый фондом проект «Волшебный мир театра» предоставляет возможность многодетным семьям, семьям с детьми-

инвалидами, детям из семей, потерявших кормильца, воспитанникам специализированных государственных учреждений города и близлежащих сельских районов возможность бесплатно посещать Магнитогорский театр кукол «Буратино». Подобные мероприятия помогают восполнить дефицит общения, способствуют укреплению семейных связей и традиций.

Заслуживает внимания и созданный в фонде «Металлург» пункт «Берегиня» по приему-передаче детских подержанных вещей, обуви, книг и игрушек. За время работы пункт приобрел популярность среди состоящих на учете в фонде и в государственных учреждениях малообеспеченных многодетных семей, ведь зачастую это единственная возможность для них обновить гардероб детей пусть не новыми, но добротными сезонными вещами. С другой стороны – это возможность для горожан передать нуждающимся ставшие уже ненужными вещи.

Таким образом, реализуемые Магнитогорским городским благотворительным общественным фондом «Металлург» благотворительные программы предоставляют семьям комплекс социальных услуг, направленных, в конечном счете, на укрепление их физического и психологического здоровья.

#### Список литературы:

1. Меренков. А.В., Мустаева Ф.А. Самоопределение российской семьи в условиях трансформирующегося общества: монография. – Магнитогорск: МаГУ, 2013. – 221 с.
2. Мустаева Ф.А. Семья и дети как объект социальной работы: монография. – Магнитогорск: МаГУ, 2009. – 310 с.
3. Практическая психология образования / под ред. И.В. Дубровиной. – М.: ТЦ «Сфера», 2000. – 528 с.

4. Современная российская семья: противоречия функционирования и развития: монография / под ред. Ф.А. Мустаевой. – Магнитогорск: МаГУ, 2013. – 292 с.

5. Торохтий В.С. Психология социальной работы с семьей. – М.: ЦСП РАО, 1996. – 218 с.

УДК 378.1

**Исследование состояния тревожности у  
студентов во время экзаменационной сессии**

**Б. Мэндхүү**

*доктор науки эдукологии,  
Дарханской Медицинской Школы,  
Монгольский Национальный Университет Медицинских Наук  
г. Дархан, Монголия  
e-mail: mendkhui@mnims.edu.mn*

**П. Дуламжав**

*преподаватель кафедры педиатрии,  
Дарханской Медицинской Школы,  
Монгольский Национальный Университет Медицинских Наук  
г. Дархан, Монголия  
e-mail: dulamjav@mnims.edu.mn*

***Аннотация.** Психическое здоровье определено как состояние благосостояния, в котором каждый человек понимает его собственные способности, может справиться с нормальными условиями жизни, работать продуктивно и плодотворно и принести пользу сообществу. По мнению Р. Лазаруса анализ различных категорий ответов и их компонентов (физиологические или биохимические реакции, изменения в*

поведении) дает нам лучший ответ по природе психологических процессов, которые мы хотим понять. Метод измерения беспокойства, разработанный американским психологом Шпильбергером К.Д. и это – надежный, информативный способ уровня самооценки беспокойства в момент личного беспокойства. Его уникальность находится в одновременной оценке двух типов беспокойства: беспокойство как государство во время обзора.

**Ключевые слова:** студент, напряжение, психогигиена, тест.

**Abstract.** *Mental health is defined as a state of well-being in which every individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, work productively and fruitfully, and make a contribution to his or her community [4].*

*In the opinion of R. Lazarus, analysis of the various categories of responses and their components (vegetative or biochemical reactions, behavioral changes) gives us the best answer on the nature of the psychological processes that we wish to understand.*

*Anxiety measurement method developed by American psychologist Spielberger C.D. and it is a reliable, informative way of self-esteem level of anxiety in the moment and personal anxiety. Its uniqueness lies in the simultaneous evaluation of two types of anxiety: anxiety as a state at the time of the survey.*

**Keywords:** student, stress, mental hygiene, the test.

**Conclusion:** Examination anxiety (stress) of the students defined by survey and Spielberg Hainan with the degree of stress in direct proportion to the average power.

( $R = 0.41-0.60$ ,  $p = 0.0001$ ).

**Введение.** Здоровье у студентов, как будущих специалистов, является предметом пристального внимания. У студентов стресс и

нервно-психическое напряжение развивается из-за большого потока информации, отсутствия системной работы в семестре и в период сессии [1, 2]. Во время сессии возрастает психологическое напряжение (страх, чувство тревоги, неуверенность в своих силах и знаниях), физическая нагрузка на организм, недостаток сна, недоедание. Страх перед экзаменами затрагивает все системы организма: нервную, сердечно-сосудистую, иммунную и др. [1]. В связи дезадаптацией к учебным нагрузкам у студентов отмечаются функциональные нарушения нервной системы (неврастенические, астеновегетативные синдромы, вегетодисфункции и вегетоневрозы) в 31-56,6% случаев, у 51,8% студентов наблюдается высокий уровень предэкзаменационной тревоги, у 19,2% студентов – средний [2], при том студенты-медики по данным Американской медицинской ассоциации впадают в депрессию гораздо чаще других студентов. Тяжелая и средне-тяжелая депрессия была выявлена у 14,3% студентов. Состояние беспокойства в ожидании экзамена обозначают термином «беспокойство-тревога». Тревожность – отрицательное эмоциональное состояние, характеризующееся ощущениями нервозности, волнения и тревоги в сочетании с активизацией или возбуждением организма. Высокий уровень «беспокойства-тревоги» снижает эффективность учебной деятельности, а низкий его уровень проявляется в улучшении результатов деятельности.

**Цель исследования:**

Определить состояние степени тревожности студентов во время экзаменационной сессии.

**Задачи исследования:**

1. Провести обзор современных направлений психогигиены и тревожности.

2. Определить методом опроса физические признаки степени тревожности у студентов, проявляемые в период экзаменационных сессий.

3. Сравнить степени тревожности в состоянии покоя и период экзаменационной сессии, определённых по-методу Ханина-Спилберга.

**Методы исследования.** Психогигиена – отрасль гигиены, разрабатывающая мероприятия по сохранению и укреплению психического здоровья человека, предупреждению возникновения и развития нервно-психических заболеваний. Психическое здоровье определяется, как состояние благополучия, при котором каждый человек может реализовать свой собственный потенциал, справляться с обычными жизненными стрессами, продуктивно и плодотворно работать, а также вносить вклад в жизнь своего сообщества [4].

С именем Р. Лазаруса связана разработка когнитивной теории психологического стресса, в которой указывается о необходимости учитывать индивидуальный, неповторимый характер структуры личности каждого человека, которая обуславливает различия между людьми в отношении процессов оценки угрозы и преодоления стресса. По мнению Р. Лазаруса, анализ различных категорий реакций и их компонентов (вегетативные или биохимические реакции, поведенческие изменения) дает наилучший ответ о природе психологических процессов, которые мы желаем понять.

Метод измерения тревожности разработан американским психологом Spielberger С.Д. и является надежным, информативным способом самооценки уровня тревожности в данный момент и личностной тревожности. Его уникальность состоит в одновременной оценке двух видов тревожности: тревоги, как состояния во время обследования и тревожности, как черты характера и свойства личности. Опросник состоит из 40 вопросов, первые 20 вопросов нужно выбирать

ответы в соответствии с самочувствием в данный момент, на оставшиеся 20 вопросов ответы даются в зависимости от того, как тестирующийся чувствует себя обычно.

Исследование было проведено методом одномоментного, случайного отбора студентов. Методом опроса 40 вопросами были исследованы всего 128 студентов Дарханской Медицинской Школы МНУН.

*Структура исследования:* В I-ой части нашего исследования методом опроса были исследованы физические признаки стресса, проявляемые в течение 7 дней перед экзаменом и период экзамена, во II-части по-методу Ханина-Спилберга провели исследования экзаменационной тревоги в период покоя и экзамена.

Существуют различные тесты оценки стресса: Тесты Р.Лазариуса, Давиденко и Бек (тесты CES-D), Копинга, Степанов С.(опросник САН), Цунга, Мини-мульти, Мини-Смил тесты, опросник (CDN), Айзенка. Из данных тестов оценки стресса, мы, учитывая свои особенности использовали комбинированный вариант оценки стресса.

*Критерий оценки стресса методом опроса:*

А. Уровень депрессии

0-30 баллы – низкий уровень стресса

31-50 баллы – лёгкая степень стресса

51-60 баллы – стресс средней тяжести

61-80 баллы – тяжёлый стресс

81-100 баллы – крайне тяжёлый стресс

101-268 баллы – агрессивный стресс

Б. Метод Спилберга-Ханина:

20-45 баллы – без стресса

46-60 баллы – стресс I степени

61-70 баллы – стресс II степени

71-80 Баллы – стресс III степени

*Примечание:*

По-опроснику Центра оказания психосоциальной помощи (CDN):

А. *Общие синдромы:* поздний отход ко сну: в обычное время, во время экзаменов, финансовые вопросы, усталость, недомогание

Б. *Астеновегетативный синдром:* Нарушение сна, экзаменационная тревога, головная боль, с последним приёмом анальгетиков, возбуждённость, диспепсия, снижение памяти, внимания, депрессия, падение духом, гипертония, потливость, сердцебиение, надеется на шпаргалку. Самим студентом, в случае отсутствия признака, даётся 0 баллов, слабое-1, средне-2, присутствия признака-3, явного присутствия-4 баллы каждому признаку в отдельности.

#### **Результаты исследования:**

Из всех исследованных 182 студентов 18 (10%) были мужского, 164 (90%) женского пола, средний возраст 19.3 года, наименьший возраст 18 лет, наивысший 36 лет.

*Таблица 1*

#### **Физические признаки степени тревожности у студентов, проявляемые в период экзаменационных сессий**

	<b>Показатели</b>	<b>n</b>	<b>Корреляционный коэффициент Пирсона</b>	<b>Значение P</b>
Экзаменационная степень тревожности	Нарушение сна	182	0,230 <sup>**</sup>	0,002
	Экзаменационная тревога	182	0,360 <sup>***</sup>	0,0001
	Головная боль	182	0,258 <sup>**</sup>	0,0001
	Недомогание	182	0,475 <sup>**</sup>	0,0001
	Усталость	182	0,488 <sup>**</sup>	0,0001
	Гипертония	182	0,298 <sup>**</sup>	0,0001
	Потливость	182	0,233 <sup>**</sup>	0,002
	Сердцебиение	182	0,359 <sup>**</sup>	0,0001
Депрессия	182	0,472 <sup>**</sup>	0,0001	

*Примечание:* <sup>\*\*</sup> ( $p < 0.01$ ) физические признаки, проявляемые в период при экзаменах.

Из наиболее часто встречаемых физических признаков экзаменационной тревожности были: усталость ( $r=0.488$ ,  $p=0.0001$ ), недомогание ( $r=0.475$ ,  $p=0.0001$ ), депрессия ( $r=0.472$ ,  $p=0.0001$ ), экзаменационная тревога ( $r=0.360$ ,  $p=0.0001$ ), сердцебиение ( $r=0.359$ ,  $p=0.0001$ ) находились со степенью стресса в прямой зависимости средней силы.



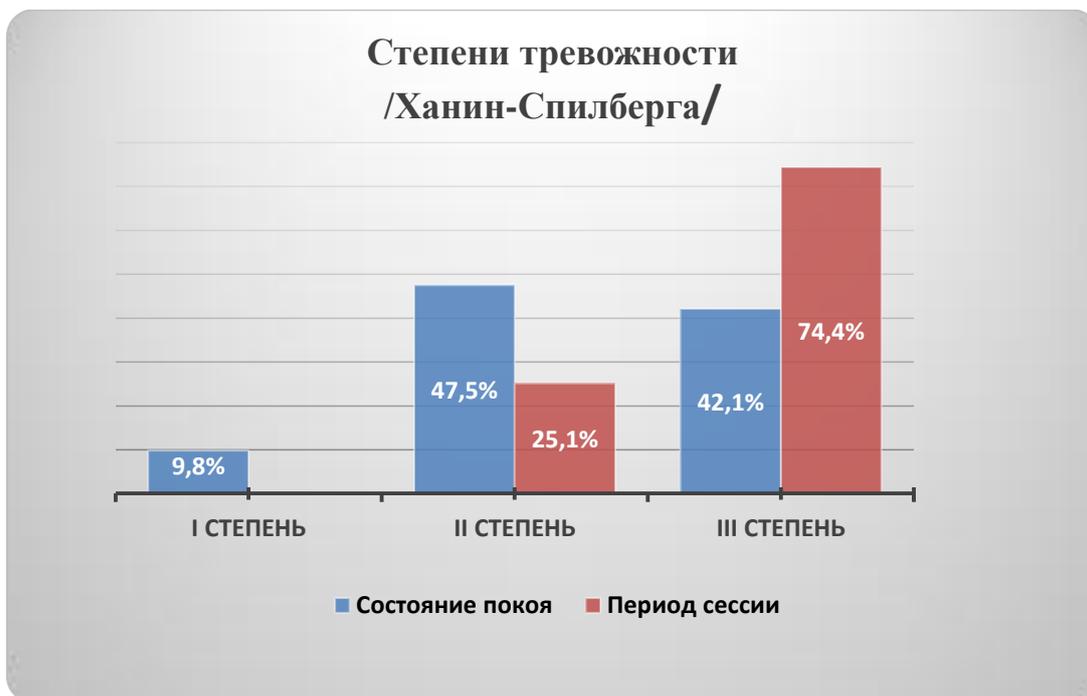
При исследовании степени стресса экзаменационного тревоги у 14.3% студентов наблюдался: минимальный стресс, лёгкая степень стресса 47.3%, стресс средней тяжести у 19.8% и стресс тяжёлой степени у 18.7% студентов.

**Определение уровня тревожности в данный момент и личностной  
тревожности по-методу Ханина Спилберга**

	<b>Показатели</b>	<b>n</b>	<b>Корреляционный коэффициент Пирсона</b>	<b>Значение Р</b>
Уровень тревожности в состоянии покоя	Я чувствую себя спокойно	182	0,428**	0,0001
	Я хотел бы быть таким же удачливым как другие	182	0,144**	0,053
	Упустил моменты из-за своей нерешительности	182	0,438**	0,0001
	Я сильно переживаю из-за пустяков	182	0,292**	0,0001
	Мне не хватает уверенности в себе	182	0,38**	0,0001
	Я часто падаю духом	182	0,449**	0,0001
Экзаменационная тревожность	У меня бывает хандра	182	0,560**	0,0001
	Я спокоен	182	-0,017**	0,022
	Я раздражён	182	0,132**	0,076

*Примечание: \*\* ( $p < 0.01$ ) состояние покоя и экзаменационной тревоги по методу Ханина Спилберга.*

В период экзаменационной тревоги состояния падения духом ( $r=0.560$ ,  $p=0.0001$ ), депрессии ( $r=0.449$ ,  $p=0.0001$ ), упустил моменты из-за своей нерешительности ( $r=0.438$ ,  $p=0.0001$ ), я внутренне спокоен ( $r=0.428$ ,  $p=0.0001$ ) находились со степенями тревожности в прямой зависимости средней силы.



При исследовании степеней стресса по методу Ханина-Спилберга в состоянии покоя и в период экзаменов установлено, что в период экзамена стресс I-ой степени отсутствует, а стрессовые состояния II-ой степени на 11,9% снизились, стрессовые состояния III-ей степени увеличились на 32,8%, чем при уровне в покоя.

**Выводы:**

1. Экзаменационная тревога у студентов проявлялась астеновегетативными синдромами в виде лёгкой, средней и тяжёлой формы стресса.

2. Согласно нашему исследованию, в период экзамена у студентов стресс I-ой степени отсутствовал, а высокий уровень 74,4% занимал стресс III-ей степени.

3. Экзаменационная тревога (стресс) у студентов, определённые методом опроса и Ханина-Спилберга находились со степенью стресса в прямой зависимости средней силы. ( $r=0.41-0.60$ ,  $p=0.0001$ ).

#### Список литературы:

1. Росляк Д.В. Влияние стресса на успеваемость студентов ФФКис и ФСПиП во время экзаменационной сессии. Витебск.

2. Зашихина В.В., Цыганок Т.В. Физиологические аспекты адаптации к стрессогенным ситуациям при обучении в ВУЗе 2014. – №4-3. – С. 629-633.

3. Варес А.Ю. Исследование эмоционального стресса у студентов и способы его коррекции. Ленинград 1981.

4. ВОЗ Август 2014 г.

5. Демидова Л.И. Тревожность студентов ВУЗА и их успешность в учебной деятельности.

6. Фаустов А.С., Щербатых Ю.В. Коррекция уровня экзаменационного стресса у студентов как фактор улучшения их здоровья. Здоровоохранение Российской Федерации. 2001, №4.

7. Концепция психологического стресса Лазарус. Психосоматика. 2014.08.08.

8. Сухбат Д. Хүний физиологи. УБ.1993. С.84.

9. Шугалевич Я.С. Особенности вегетативного проявления стресса у студентов во врем сессии. г. Барановичи. 2014.12.23.

УДК 615.851:616.831-009.11 (571.55)

**Психотерапия детей с детским церебральным параличом в  
Забайкальском крае**

***Юлия Игоревна Оглова***

*магистр,*

*Забайкальский государственный университет,*

*г. Чита, Россия*

***Научный руководитель: Сергей Тихонович Кохан***

*к.мен.д., доцент,*

*зав. НОЦ «Экология и здоровье человека»,*

*Забайкальский государственный университет,*

*г. Чита, Россия*

*e-mail: ispsmed@mail.ru*

***Аннотация.*** В статье рассматриваются виды психотерапии применяемые в работе с детьми больными ДЦП, а также определяется значение психотерапии в целом для детей.

***Ключевые слова:*** психотерапия, детский церебральный паралич, адаптация, интеграция.

***Abstract.*** The article discusses the types of psychotherapy used in children with cerebral palsy and is determined by the value of psychotherapy in General for children.

***Keywords:*** *psychotherapy, cerebral palsy, adaptation, integration.*

В настоящее время у большинства людей при слове «психотерапия» возникают различные ассоциации с белым кабинетом и врачом в халате, тоже белого цвета, внимательно наблюдающего за пациентом и что то записывающий в амбулаторную карту. Можно сказать, что эта картина, возникающая в сознании людей, бывает такой

уж неправдоподобной, но существует множество различных видов индивидуальной и групповой психотерапии как для взрослых так и для детей, в которых отношения пациента и терапевта при проведении сеанса выглядят совсем по-другому.

В Забайкальском крае на базе отделения социально-психологической помощи, которое является структурным подразделением ГБУСО «Центр медико-социальной реабилитации инвалидов «Росток» Забайкальского края», проводятся занятия социально-психологического характера с детьми больными детским церебральным параличом.

В отделении работают следующие специалисты, такие как: психологи, логопед, дефектологи, педагоги дополнительного образования и социальный работник.

Основной целью деятельности отделения является оказание помощи детям с заболеванием ДЦП в социально-психологической и социально-педагогической адаптации и интеграции их в общество.

Для первичной или вторичной профилактики нервно-психических расстройств, которые ранее уже выявлены, для детей с церебральным параличом необходимо создание таких условий, при которых у детей будут формироваться адекватная самооценка, адекватное отношение к окружающему миру, уверенность в себе и самокритичность, будет успешно формироваться мотивация на достижение реальных целей [1, с. 36.].

Рассмотрим классификацию видов психотерапии, применяющихся в Центре медико-социальной реабилитации инвалидов «Росток», для выявления различного рода проблем и их благополучного разрешения. Сюда можно отнести следующие направления:

- арт-терапия;
- игротерапия;

- когнитивная психотерапия;
- сказкотерапия;
- зоотерапия;
- танцевально-двигательная терапия;
- психоанализ;
- психодрама;
- позитивная психотерапия.

Этот список постоянно дополняется, так как разные дети, с разной степенью тяжести заболевания требуют различных подходов. Для кого-то лучшим способом является разговор с педагогом или логопедом, кто-то может найти успокоение в живописи, а кто-то способен почувствовать себя лучше и спокойней, взглянув на окружающий мир через призму сказки.

Рассмотрим некоторые из них немного подробнее. Сказкотерапия – это такого рода терапия, где используется психологическая, терапевтическая, развивающая работа. Сказку может рассказывать и взрослый (педагог, психолог и т.д.), и это может быть групповое рассказывание так и индивидуальное, где рассказчиками может быть группа детей, либо взрослый, либо один ребенок.

Игротерапия – эти занятия могут быть организованы не заметно для ребенка, посредством включения психолога – педагога в процесс игровой деятельности. Игра – это наиболее естественная форма жизнедеятельности ребенка. В процессе игры формируется активное взаимодействие ребенка с окружающим миром, его познанием, развиваются его интеллектуальные, эмоционально-волевые, нравственные качества, формируется его личность в целом. Сюжетно-ролевые игры способствуют коррекции самооценки ребенка, формированию у него позитивных отношений со сверстниками и

взрослыми. Основной задачей игр-драматизаций также является коррекция эмоциональной сферы ребенка.

Релаксация – в зависимости от состояния ребенка и степени заболевания используется спокойная классическая музыка, звуки природы, наблюдение за животными, использование сухого бассейна, это в свою очередь помогает наладить контакт с ребенком и выявить какие либо скрытые проблемы.

Песочная терапия – занятия проводятся с применением центра песка и воды.

Психогимнастика – включает в себя ритмику, пантомиму, игры на снятие напряжения, развитие эмоционально-личностной сферы. Игры «Мое настроение», «Веселый – грустный» и др.

Арт-терапия – это форма работы, основанная на изобразительном искусстве и другие формы работы с ребенком. Основная задача состоит в развитии самовыражения и самопознания ребенка индивидуально или группы детей. Рисунки детей не только отражают уровень умственного развития и индивидуальные личностные особенности, но и являются своеобразной проекцией личности. Каракули, представляют собой исходную стадию детского рисунка и показывают как возрастную динамику развития рисунка, так и индивидуально личностные особенности.

Иппотерапия (зоотерапия) – это комплексный многофункциональный метод реабилитации, представляет собой занятия с детьми больными ДЦП верховой ездой на лошадях по специальным методикам, различающимся в зависимости от тяжести и стадии заболевания и задач, для решения которых она используется.

Таким образом, не смотря на все перечисленные разнообразные формы и методы работы, следует помнить, что каждому диагнозу соответствует свои методы и формы работы. Но только в комплексе они

принесут максимальную пользу. Например, для детей, чей диагноз ДЦП, целесообразно применять не только иппотерапию, но так же и релаксацию, сказкотерапию и психогимнастику.

Специалистами Центра медико-социальной реабилитации инвалидов «Росток» Забайкальского края, решаются задачи развития, воспитания и обучения детей с ограниченными возможностями с использованием самых современных психолого-педагогических методов.

Список литературы:

1. Архипова Е.Ф. Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом. – М.: Просвещение, 2012. – С. 36.

УДК 159.99:37.015.3

**Эмпатические компетенции как фактор предупреждения  
эмоционального выгорания специалистов помогающих профессий**

***Наталья Ивановна Олифирович***

*к.психол.н.,*

*доцент кафедры возрастной и педагогической психологии*

*Белорусский государственный педагогический университет,*

*г. Минск, Р. Беларусь*

*e-mail: olifirovich@gestalt.by*

***Татьяна Евгеньевна Яценко***

*магистр психол. наук,*

*ст. преподаватель кафедры психологии,*

*Барановичский государственный университет,*

*г. Барановичи, Р. Беларусь*

*e-mail: t.e.yatsenko@mail.ru*

***Аннотация.** В статье разграничиваются функциональные возможности эмпатии специалистов помогающих профессий. Акцентируется внимание на существующем противоречии между высокой профессиональной значимостью эмпатии и нахождением ее в числе факторов эмоционального выгорания специалистов помогающих профессий. Формирование эмпатических компетенций у будущих специалистов рассматривается как способ разрешения данного противоречия. Приводится обоснование роли эмпатических компетенций в предупреждении эмоционального выгорания специалистов помогающих профессий.*

***Ключевые слова:** эмпатические компетенции; эмпатия; эмоциональное выгорание.*

***Abstract.** The article delineates the functionality of empathy specialists of helping professions. The focus is on the existing contradiction between the high importance of professional empathy and finding it among the factors of emotional burnout of specialists of helping professions. The formation of empathic competencies of future specialists is considered as a way to resolve this contradiction. The role of empathic competencies in the prevention of emotional burnout of specialists of helping professions is justified.*

***Keywords:** empathic competencies; empathy; emotional burnout.*

Среди современных профессий особую группу составляют помогающие профессии (педагог, социальный педагог, психолог, медик), деятельность специалистов которых, согласно Н.В. Кухтовой, носит просоциальный характер [11, с. 5]. Просоциальное поведение направлено на защиту, содействие развитию или облегчение функционирования другого человека, оказание ему помощи. Исследования ученых (Т. Сингер, Д. Бэтсон) свидетельствуют о том, что условием непосредственного проявления просоциального поведения

выступает эмпатия, представляющая собой «понимание и отклик на переживания другого человека с точки зрения его внутренней феноменологической перспективы» [4, с. 203], активизирующая сочувствие и сострадание другому человеку, позволяющая предвосхищать эмоциональные реакции других людей.

С одной стороны, ученые отмечают, что высокий уровень эмпатии является фактором действенной готовности специалистов помогающих профессий к осуществлению своей профессиональной деятельности (врач, психолог, педагог) в противовес формально-ролевой или прагматической готовности [8]. Высокий уровень эмпатии врача – это важное условие установления доверительных отношений с пациентом, фасилитации процесса выздоровления пациентов, уменьшения их тревожности, точной постановки диагноза за счет достижения полного понимания состояния пациента, комплаенса «врач – пациент», то есть согласия пациента следовать рекомендациям врача.

Эмпатия рассматривается как значимый механизм социальной перцепции педагога, отвечающий за построение адекватного образа учащегося и выбор компетентных стратегий воздействия на него (Я.К. Коломинский и А.А. Реан). На наш взгляд, эмпатия выступает профессионально-значимым качеством представителей педагогической профессии, поскольку эмпатийный педагог, демонстрируя понимание и принятие эмоциональных состояний учащихся, оказывает им содействие в осознании и расширении области психологического пространства их личности, представленной эмоциями и чувствами, а также приобретению успешного опыта ее персонализации. Согласно К. Роджерсу, установка учителя на эмпатическое понимание в противовес установке на оценочное понимание обеспечивает повышения уверенности учащихся в своих силах, стимулирование и поддержание у них потребности в самостоятельной продуктивной

деятельности. По утверждению Н.В. Кузьминой, эмпатия – это основа перцептивно-рефлексивных способностей учителя, отвечающих за педагогическую интуицию.

Применительно к деятельности практического психолога значение эмпатии, по мнению Т.Д. Карягиной, состоит в том, что она способствует развитию переживания клиента здесь и теперь, его самоэмпатии, самости в перспективе [4].

С другой стороны, чрезмерно высокий уровень эмпатии признается учеными (Е.В. Дворцова, Р. Кочунас, И.А. Чувашова, Х. Фрейденберг, J.M. Morse и др.) в числе факторов эмоционального выгорания специалистов помогающих профессий. Согласно В.В. Бойко, эмоциональное выгорание есть полное или частичное исключение эмоций в ответ на избранные психотравмирующие воздействия, являющееся формой профессиональной деформации личности [2, с. 48]. Как известно, эмоциональное выгорание находит выражение в раздражении, пренебрежительном или ироничном отношении, безразличии специалистов к тем, кто нуждается в их эмпатической заботе.

Выход из сложившегося противоречия видится в том, что проявление эмпатии должно стать осознаваемым и управляемым, то есть в формировании у будущих специалистов помогающих профессий эмпатических компетенций на этапе вузовского обучения. Это в свою очередь требует четкого разграничения функциональных возможностей и состава эмпатических компетенций специалистов различного профиля с учетом специфики их профессиональной деятельности.

Вклад эмпатических компетенций в предупреждение эмоционального выгорания специалистов помогающих профессий объясняется, на наш взгляд, теми характеристиками, которые присущи компетенциям как результату профессиональной подготовки в целом.

Во-первых, эмпатические компетенции в отличие от эмпатии как профессионально значимого качества связаны не только с представлением о том, как оказывать эмпатическую заботу и использовать эмпатию для решения профессиональных задач, но и с владением соответствующими эмпатийными техниками [7]. Это существенно повышает результативность профессиональной деятельности и позволяет предупреждать возникновение разочарования вследствие явного рассогласования между эмоциональными затратами и полученными результатами. Во-вторых, эмпатические компетенции проявляются осознанно [5]. Это предполагает эмоциональную осведомленность, то есть осознание специалистом своих эмоций и их последствий, четкую дифференциацию своих переживаний и переживаний других людей. Осознанное проявление эмпатических компетенций выражается в верном выборе способов вербального и невербального выражения своих чувств на основе понимания возможного влияния, которое они могут оказать на другого человека (пациента, клиента, учащегося). В то время как неправильное понимание человека обуславливает обращение к ситуационно неуместным техникам эмоциональной поддержки и приводит к обострению проблемы. Согласно J.M. Morse, эмпатия, в отличие от эмпатических компетенций, как спонтанное, непосредственное реагирование, выражающееся в демонстрации жалости, сожаления, соболезнования, сочувствия, приводит к эмоциональному выгоранию [13]. В-третьих, обеспечивают достижение цели в типичных ситуациях и их контекстах [3, с. 36]. Это существенно повышает эффективность эмпатической заботы. Эмпатические компетенции отличаются ситуативной адаптивностью, предполагают вариативное применение техник с учетом контекста ситуации взаимодействия, профессиональных задач взаимодействия и эмоционального состояния

партнера по взаимодействию. В-четвертых, обеспечивают достижение высоких показателей при минимальных затратах личностных ресурсов специалистов [9, с. 75]. В-пятых, представляют собой «структуру, слагаемую из навыков, знаний, опыта, контактов, ценностей, координируемую и контролируемую» [12]. Данная характеристика представляется особенно важной, учитывая вероятность возникновения у специалистов помогающих профессий эмоционального дистресса, состоящего, по утверждению Д. Гоулмана, в чрезмерном переживании тех же отрицательных эмоций и чувств, что и другой человек, вместо оказания ему помощи [6, с. 220]. Соответственно эмпатические компетенции сопряжены с регулированием специалистами оказываемого на них эмоционального воздействия состояния другого человека и уровня эмоционального отклика на его переживания. Указанное свойство эмпатических компетенций также предполагает сохранение границ своего психологического пространства личности, «собственной позиции эмпатирующего, сохранение психологической дистанции между собой и эмпатируемым, отсутствие в эмпатии отождествления между переживаниями эмпатируемого и эмпатирующего» [10, с. 69].

Обобщение работ ученых, посвященных рассмотрению эмпатических компетенций [1, 6, 8], позволяет выделить те из них, которые будут являться инвариантными для специалистов помогающих профессий:

1. обладать эмоциональной осведомленностью;
2. быть толерантным к переживаниям других людей;
3. обладать эмоциональной автономией (эмоциональная устойчивость при сохранении эмоциональной чувствительности к различным эмоциогенным воздействиям, способность поддерживать оптимальную психологическую дистанцию);

4. быть способным к децентрации – способность воспринимать, понимать и учитывать опыт и точку зрения другого человека;

5. уметь оказывать эмпатическую заботу – умение выражать симпатию, сочувствие, жалость, предлагать помощь. Данная компетенция может быть обозначена как способность отвечать эмпатически (Дж. Иган), что означает умение сообщать о собственных переживаниях, как ответной реакции на эмоциональное состояние другого человека, понимании этого человека, верно обозначать вид испытываемых им эмоций и их интенсивность.

#### Список литературы:

1. Аленинская О.А. Особенности аффективного компонента концепции пациента у врача // Вестник ТГУ. – 2008. – Вып. 9 (65). – С. 281-287.

2. Бойко В.В. Психоэнергетика: краткий справочник. СПб.: Питер, 2008. – 250 с.

3. Болонский процесс: результаты обучения и компетентностный подход (книга-приложение 1) / под науч. ред. д-ра пед. наук, профессора В. И. Байденко. М.: Исследовательский центр проблем качества подготовки специалистов, 2009. – 536 с.

4. Будаговская Н.А., Дубровская С.В., Карягина Т.Д. Адаптация многофакторного опросника эмпатии М. Дэвиса // Консультативная психология и психотерапия. – 2013. – №1. – С. 202-227.

5. Гаранина Ж.Г. Психологическая компетентность будущего специалиста: на материале экономико-управленческих профессий: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.03. Казань, 1999. – 183 с.

6. Гоулман Д. Эмоциональный интеллект в бизнесе. М.: Манн, Иванов и Фербер, 2013. – 478 с.

7. Зеер Э.Ф., Сыманюк Э. Компетентностный подход к модернизации профессионального образования // Высшее образование в

России. – 2005. – №4. – С. 23-29.

8. Ильин Е.П. Психология помощи. Альтруизм, эгоизм, эмпатия. СПб.: Питер, 2013. – 304 с.

9. Маркова А.К. Психология труда учителя: книга для учителя. М.: Просвещение, 1993. – 157 с.

10. Орлов А.Б., Хазанов М.А. Феномены эмпатии и конгруэнтности // Вопросы психологии. – 1993. – №4. – С. 68-73.

11. Просоциальное поведение специалистов, ориентированных на оказание помощи: теоретические основы и методики измерения: метод. рекомендации / авт.-сост. Н.В. Кухтова, Н.В. Доморацкая. Витебск, 2011. – 49 с.

12. Keen K. Competence: What is it and how can it be developed? // Instructional Design: Implementation Issues; eds. J. Lowyck, P. de Potter, & J. Elen. Brussels: IBM Education Center, 1992. – P. 111-122.

13. Morse J.M., Bottorff J., Anderson G., O'Brien B., Solberg S. Beyond empathy: expanding expressions of caring // J. Adv Nurs. – 1992. – Vol. 17, №7. – P. 809-821.

УДК 159.942.5-053.5

### **Проблеми емоційності в психологічній науці**

***Ольга Вікторівна Осика***

*к.психол.н.,*

*доцент кафедри прикладної психології,*

*Донбаський державний педагогічний університет,*

*м.Слов'янськ, Україна*

*e-mail: osika.1984@mail.ru*

***Анастасія Сергіївна Кривонос***

*студентка,*

Факультет психології, економіки та управління,  
Донбаський державний педагогічний університет,  
м. Слов'янськ, Україна

**Аннотація.** В статті розглянуті провідні теорії емоційного розвитку людини, де акцент зроблено на її психофізіологічних особливостях і соціальних факторах. Проаналізовані дослідження, що вивчають емоційне розвиток дитини дошкільного віку та молодшого шкільного віку. Звернуто увагу на особливості емоційного розвитку дітей з труднощами в навчанні та шляхи їхнього емоційного розвитку до норми.

**Ключевые слова:** емоції, емоційність, емоційне розвиток, емоційне стан, поступок, теорія когнітивного дисонансу, школяр.

**Abstract.** The article deals with the leading theories of the emotional development of a person; the accent is made on one's psycho-physiological peculiarities as well as on social factors. The investigations on the research in the emotional development of pre-school and junior school children are analyzed in the article. Special attention is paid to the peculiarities in the emotional development of difficult children and the ways of putting their emotional state in a normal condition.

**Keywords:** emotions, emotionativity, emotional development, emotional state, action, theory of cognitive dissonance, school pupil.

Сучасна психологія ґрунтовно досліджує моральну та емоційну сфери розвитку особистості в широкому соціальному контексті: Л.І. Божович, В.К. Вілюнас, І.В. Дубровіна, К.Е. Ізард, Є.П. Ільїн, І.С. Кон, Д.О.Леонтьєв, А.В. Петровський, Я. Рейковський, Д.Й. Фельдштейн,

А.В. Юревіч [1, 2, 3, 5, 7].

Психологи на протязі тривалого часу намагалися вирішити питання природи емоцій. В XVIII-XIX ст. вчені не мали єдиного погляду на це питання. Найпоширенішою була думка про те, що органічні прояви є наслідком психічних явищ. Дану теорію розробляв німецький психолог І.Д. Гербарт (1776-1841), який стверджував, що найважливішим психологічним фактором є уява, образ. Наші відчуття ніби створюють зв'язок, який базується між нашими уявленнями. Між уявленнями складаються стосунки протидії і конфлікту. Кожне з даних уявлень бажає «перемогти» всі інші. Відчуття, що виникали при цьому, І.Д. Гербарт розглядав як реакцію на протиріччя, які виникали між сценами відчуттів.

Такої ж думки дотримувався й інший, відомий німецький психолог В. Вундт (1832-1920). На його думку, емоції – це перш за все внутрішні зміни, які характеризуються безпосереднім впливом відчуттів на протікання уявлень і, в деякій мірі, зворотнім впливом – уявлень на відчуття. Органічні та фізіологічні процеси – це тільки наслідок емоцій.

Сучасна історія емоцій розпочинається з появи у 1884 р. статті відомого американського психолога І. Джеймса «Що таке емоція». І.Джеймс (1842-1910) і незалежно від нього Г. Ланге сформулювали теорію, згідно з якою виникнення емоцій пов'язане зі змінами, що відбуваються в керованій руховій сфері, так і в сфері, неконтрольованій свідомістю (в серцево-судинній, сенсорній системах) [6]. Те, що ми відчуваємо при цих змінах і є емоційними переживаннями. За І.Джеймсом, «ми сумні того, що плачемо; боїмося тому, що тремтим; радуємось тому, що сміємось». Якщо спробувати пояснити наші переживання з погляду цієї теорії, то виявиться, що ми говоримо неправильно. Так, замість того, щоб сказати: «Я побачив велику собаку, перелякався і втік», потрібно казати, замінивши послідовність подій: «Я

побачив велику собаку, побіг і злякався».

Однак теорія І. Джеймса-Г. Ланге не пояснювала всієї глибини емоційних проявів і тому викликала ряд заперечень. Наприклад, американський фізіолог І. Кеннон звернув увагу на той факт, що реакції тіла, які виникають при різних емоціях, подібні між собою. Людина блідне при в процесі смутку і при виникненні страху, а червоніє у радості і гніві. Тому, одних зовнішніх змін недостатньо, щоб задовільно пояснити багатогранність людських емоцій.

Крім цього, якщо у людини в експерименті спеціально, штучно викликали подібні органічні зміни, то вони далеко не завжди супроводжувались емоційними переживаннями.

Тілесні зміни при емоціях, за І. Кенноном, мають важливе біологічне значення. Основне їх завдання – попереднє налаштування організму до ситуації, коли від нього потрібна підвищена трата енергії [6].

У зв'язку з цим більшість психологів схильна розглядати емоцію не як психічний стан, а як відповідь організму на ситуацію. Такий підхід ми бачимо вже у Ч.Дарвіна (1809-1882), який вважав, що більшість емоційних реакцій пояснюється двома типами явищ: або тим, що вони корисні (гнів лякає ворога, а страх збирає додаткові запаси при втечі), або просто тим, що вони є рухами, що ще не зникли і залишилися від попередньої стадії еволюції (рудиментами) [6]. Якщо від страху руки стають вологими, то це означає, що колись у наших мавпоподібних попередників така реакція при небезпеці полегшувала схоплювання гілок дерев. Ч.Дарвін показав, що зовнішні емоційні вираження у тварин еволюціонують так, як і будова їх тіла. В подальшому цю теорію розглядав Е. Клепаред, який писав, що емоції виникають тільки тоді, коли по тій чи іншій причині забруднена адаптація і, якщо людина може втекти – вона не відчує емоції страху. Кожний спостерігав, що один і

той самий вчинок, скоєний в ситуації, коли про це хтось знає чи, коли про це ніхто ніколи не дізнається, викликає різні переживання.

Окремо стоїть група теорій, які пояснюють природу емоцій через інтелектуальні чи, як ще їх називають, когнітивні фактори. Серед них слід відмітити теорію когнітивного дисонансу, запропоновану американським дослідником Л. Фестінгером у 1957 році [6]. Початкове положення: дисонанс із заперечливим станом, що виникає в ситуації, коли людина має різні, суперечливі одна одному відомості, думки, знання про цей самий об'єкт. Коли про вашого кращого товариша хтось говорить погано, ви відчуваєте негативні емоції і хочете довести, що це не так.

Батьківські установки щодо дітей впливають на усвідомлення ними мотивів своєї поведінки і діяльності, формування цінностей і ідеалів, вироблення оцінок і самооцінок, за якими діти оцінюють себе і людей, що їх оточують. Усе це позначається на соціальній адаптації дітей.

Група вчених (О.К. Балагутдінова, Л.І. Божович, А.Р. Кудашева, Н.С. Лейтес, В.С. Мерлін, Я. Стреляу П.М. Якобсон) визначають у своїх дослідженнях, що розбіжності у поведінці дітей, у тому числі й емоційні характеристики, зумовлені особливостями темпераменту [1].

За даними таких дослідників як Л.І. Божович, В.Д. Небиліцин, А.Е. Ольшаннікова Б.М. Теплов до базових психологічних складових темпераменту відносять емоційність та психічну активність, що виявляється у руховій, інтелектуальній та соціальній сфері [1].

Дослідженням емоційності займалися В.К. Вілюнас, А.І. Палей, І.В. Пацявічюс, В.А. Пінчук, А.А. Плоткін, І.А. Переверзева, Я. Рейковський [2]. Емоційність розглядається як інтегральне, структурне утворення особистості, що характеризується поєднанням її різнорівневих показників [7]. На відміну від актуальних (ситуативних)

емоцій, емоційність характеризує стійку (позаситуативну) схильність до переживань емоцій певної модальності й знаку. В емоційності виділяється комплекс властивостей, що включають: динамічні параметри (сила, інтенсивність, тривалість, швидкість виникнення, перебігу й зміни стійких емоційних переживань тощо; якісні характеристики емоційності (модальність і знак стійко домінуючих емоцій), параметри, які можна віднести одночасно й до динамічного, і до змістовного рівня; змістовні характеристики емоційності, які пов'язані з особистісними цінностями, мотиваційною спрямованістю; характеристики емоційності, що обумовлені включенням людини до різних соціальних зв'язків, впливом реального, соціального середовища.

На думку Д.Б. Ельконіна, при переході від дошкільного до молодшого шкільного віку у дитини відбувається поступова втрата безпосередності у соціальних відносинах, спостерігається узагальнення її переживань, пов'язаних з оцінкою оточуючого середовища, йде розвиток самоконтролю. Однією з найбільш поширених і серйозних педагогічних проблем в психології є проблема емоційної нестійкості, неврівноваженості учнів молодших класів. Педагоги не знають, як поводитися зі школярами надмірно упертими, образливими, забіякуватими або, наприклад, з дітьми, що дуже хворобливо переживають будь-яке зауваження, плаксивими, тривожними.

На думку І.В. Дубровіної, можна виділити три найбільш виражені групи так званих «важких» дітей, що мають проблеми в емоційній сфері.

1. Агресивні діти. У житті кожної дитини бували випадки, коли вона проявляє агресію, тому, відносячи дитину до даної групи, варто звернути увагу перш за все на ступінь прояву агресивної реакції у дитини, тривалість її дії і характер можливих причин, що іноді неявних, таких, що викликали афективну поведінку учня.

2. Емоційно-розгальмовані діти. Діти, що відносяться до цього типу, на все реагують дуже бурхливо. Якщо вони виражають захоплення, то в результаті своєї експресивної поведінки заводять весь клас; якщо вони страждають – їх плач і стогони будуть дуже гучними і викликаючими.

3. Дуже соромливі, ранимі, образливі, боязкі, тривожні діти. Вони соромляться голосно і явно виражати свої емоції, тихо переживають свої проблеми, боячись привернути на себе увагу.

Варто відзначити важливу деталь, що характер прояву емоційних реакцій у дитини, безумовно, пов'язаний з типом її темпераменту [7]. Так, діти, що відносяться до другої групи, є швидше холериками, а представники третьої групи – меланхоліками або флегматиками. Загальним же для всіх намічених груп дітей з емоційними порушеннями є те, що неадекватні афективні реакції (що виявляються по-різному у різних типів дітей) у кожної дитини носять захисний, компенсаторний характер.

Таким чином, дорослий при взаємодії з дитиною повинен постійно пам'ятати про особливості її емоційної сфери, сприяючи ефективній регуляції дитини і оптимальним способам її соціалізації. Так, наприклад:

- необхідно навчити дитину адекватним формам реагування на ті або інші ситуації і явища зовнішнього середовища;

- не треба намагатися в процесі занять з «важкими» дітьми повністю захищати дитину від негативних переживань. Важливо пам'ятати, що дитині потрібні динамізм емоцій, їх різноманітність;

- відчуття дитини не можна оцінювати: неможливо вимагати, щоб дитина не переживала того, що вона переживає. Як правило, бурхливі афектні реакції дитини – це результат тривалої заборони емоцій.

Помічено, що інтенсивність переживання тривоги, рівень тривожності у хлопців та дівчат різні. В молодшому шкільному віці хлопці більш тривожні ніж дівчата. Це пов'язано з тим, з якими ситуаціями вони зв'язують свою тривогу, як її пояснюють, чого побоюються, і чим більш дорослі діти, тим помітніше ця різниця. Дівчата частіше пов'язують свою тривогу з іншими людьми. До людей, з якими дівчата можуть зв'язувати свою тривогу, відносяться не тільки друзі, рідні, вчителі, але дівчата бояться й так званих «небезпечних людей» – п'яниць, хуліганів. Хлопці ж бояться фізичних травм, нещасних випадків, а також покарань, які можна чекати від батьків або зовні сім'ї: вчителів, директора школи.

Одним з чинників, що впливають на емоційність дитини, як вказують А.І. Захаров, К.Е. Ізард, А.М. Прихожан, є батьківські відносини [3, 4].

В.М. Мясищев, Є.К. Яковлева, Р.А. Зачепецький, С.Г. Файєберг говорили про те, що виховання в умовах суворих, але суперечливих вимог і заборон веде до виникнення сприяючого чинника неврозу, нав'язливих станів і психастенії; виховання за типом надмірної уваги і задоволення всіх потреб і бажань дитини – до розвитку істеричних рис вдачі з егоцентризмом, підвищеною емоційністю і відсутністю самоконтролю; пред'явлення до дітей непосильних вимог – як етіологічний чинник неврастенії.

З погляду навчання і розвитку, основними особливостями дитини є те, що: 1) дитина може довільно керувати своєю поведінкою, а також процесами уваги і запам'ятовування, емоційними реакціями (О.В.Запорожець).

2) у будь якого вигляді діяльності дитина може вийти за межі сьогоденної ситуації, усвідомити тимчасову перспективу, одночасно утримати в свідомості ланцюжок взаємопов'язаних подій або різні

стани речовини або процесу (О.М. Под'яков).

3) провідне значення привертає розвиток уяви (Л.С. Виготський).

Висновки. Аналіз наукової літератури дає змогу виокремити провідні напрямки дослідження емоційної сфери людини в сучасній психологічній науці. Перспективою дослідження є вивчення морального і емоційного розвитку особистості дитини дошкільного та молодшого шкільного віку.

#### Список літератури:

8. Божович Л.И. Личность и её формирование в детском возрасте /Л.И.Божович. – СПб.: Питер, 2008. – 400 с.

9.Вилюнас В.К. Психология эмоциональных явлений /В.К.Вилюнас. – М.: Изд-во МГУ, 1976. – 142 с.

10. Изард К.Э. Психология эмоций: Пер. с англ. / К.Э.Изард. – СПб.: Питер, 1999. – 464 с.

11. Изард К.Э. Эмоции человека / К.Э.Изард. – М.: Изд-во МГУ, 1980. – 439 с.

12. Ильин Е.П. Эмоции и чувства / Е.П.Ильин. – СПб.: Питер, 2001. – 752 с.

13. Основи психології: Підручник / За заг. ред. О.В.Киричука, В.А.Роменця. – 4-те вид., стереотип. – К.: Либідь, 1999. – 632 с.

14. Рейковский Я. Экспериментальная психология эмоций / Пер. с польск / Я.Рейковский. – М.: Прогресс, 1979. – 392 с.

**Концептуальные основы формирования валеологической компетентности студенческой молодёжи: теория и методология**

*Евгений Анатольевич Павленко*

*ст. преподаватель,*

*кафедра физического воспитания, спорта и здоровья человека,*

*Мариупольский государственный университет,*

*г. Мариуполь, Украина*

*e-mail: e-pavlenko@mail.ua*

***Аннотация.** В статье рассматриваются теоретические аспекты концепции природы здоровья, выступающие доминантой здорового образа жизни и развития на их основе валеологической компетентности студенческой молодёжи.*

***Ключевые слова:** валеология, компетентность, валеологическая культура, здоровье, психолого-педагогическое диагностирование.*

***Abstract.** The article highlights theoretical aspects of the health protection concept that proves to be a dominant feature of healthy lifestyle as well as creates valeological competence of University students.*

***Keywords:** valueology, competence, valueological culture, health, psychological and pedagogical diagnosis.*

Вопросы, связанные с формированием здорового образа жизни человека и общества в целом, всегда выступали объектом пристального внимания медицинской антропологии, постепенно перерастая в социально значимое явление, претендующее на роль создателя и регулятора человеческой жизнедеятельности. В связи с этим возникла острая потребность создания целостной теории, которая бы предлагала возможные способы реализации вышеназванной проблемы, выработку

концептуальных основ стратегии её развития и совершенствования. Это, прежде всего, вызвано общеизвестной истиной, не вызывающей споров о том, что в глобальном масштабе сохранение здоровья является одним из важнейших факторов существования человеческой цивилизации. Учитывая тот факт, что за последнее время наблюдаются тенденции, связанные с негативными изменениями состояния здоровья населения, принято ряд международных и государственных документов (ВООЗ, ЮНЕСКО), которые акцентируют на актуальности выдвинутой проблемы. В контексте вышеизложенного внимание исследователей сосредоточено на многочисленных вопросах, связанных с поиском решений проблемы охраны здоровья человека, среди которых на первый план выступает проблема адекватной валеологической подготовки населения. В связи с этим за последнее время вышел в свет ряд научных и методических публикаций, посвящённых разным аспектам изучения данного вопроса, а именно: восстановление здоровья человека путём компенсации нарушенных или утраченных функций организма (В. Григоренко, В. Мухин, С. Попов, В. Синёв, З. Шкиряк-Нижник, В. Колбанов и др.), эффективность системы физического воспитания (С. Канишевский, В. Мурза, Ю. Лисицин), физическая культура как интегральная составляющая физической реабилитации (В. Кукса, Ю. Лянной, Э. Кудрявцева) коррекционная педагогика (Б. Сермеев, В. Синёв, Б. Шеремет, М. Шеремет), лечебно-адаптивная физкультура (С. Евсеев, Р. Чудная), оздоровительное образование (Н. Амосов, И. Мурахов, В. Мурза), теоретические аспекты формирования валеологического образования (И. Брехман), валеологическая концепция природы здоровья, формирования здорового образа жизни, профилактики заболеваний и факторов риска (Г. Апанасенко, В. Петленко, Л. Попова, Б. Чумаков, В. Мухин, О. Михеенко), а также совокупность различных факторов, сфера которых не ограничивается

физической культурой и спортом (И. Неумывакин, Г. Никифоров, В. Язловецкий) и др.

Новый подход к пониманию источников и факторов, определяющих состояние здоровья человека, нашёл своё отражение в теории и практике валеологической подготовки (С. Авчинникова, В. Войтенко, Г. Апанасенко, Э. Булыч, В. Кулиниченко, И. Мурахов, Л. Попова), ключевой идеей которой выступает осознание того, что использование валеологических технологий в системе реабилитационных мероприятий позволяет расширять резервы и потенции физиологических функций, возобновлять способность организма к саморегуляции и самовосстановлению, компенсировать последствия функциональных расстройств, останавливать и даже возвращать назад патологические процессы. Исходя из этого, можно сделать вывод, что валеология (термин, введённый в научный оборот И. Брехманом) не только выступает важнейшим структурным компонентом подготовки специалистов по физической реабилитации и неотъемлемой составляющей их дальнейшей профессиональной деятельности, но и органично вписывается в систему высшего образования в целом, акцентируя на необходимости формирования валеологической компетенции преподавателей вузов и студентов. При этом последняя рассматривается, с одной стороны, как неотъемлемая составляющая личностной компетентности, с другой – как независимое интегральное образование, выступая своего рода ориентиром для решения задач, связанных с сохранением (восстановлением) физического, психического и социального здоровья.

Исходя из того, что любая компетентность ассоциируется с деятельностью, т.е. обладает деятельностным характером приобретенных и обобщённых навыков и умений в сочетании с предметными знаниями в конкретных сферах [1], валеологическая

компетентность имеет позитивный опыт реализации оздоровительных программ, выступая средством самореализации, фактором непрерывного профессионального саморазвития индивида. Таким образом, формирование валеологической компетентности студентов высших учебных заведений уже на первом году обучения должно осуществляться через включение их в академическую, практико-ориентированную и здоровьесберегающую деятельность. Последняя, как известно, выступает стержневым компонентом валеологической компетентности, которую рассматриваем как динамический стереотип деятельности индивида, который бы, с одной стороны, вызывал стремление к формированию у него здорового образа жизни, а с другой – способствовал бережному отношению к здоровью окружающих, то есть формировал валеологическую культуру, которая в контексте вышеизложенного выступает формой присвоения на личностном уровне концепции здоровья, выступающей доминантой индивидуальной программы здорового образа жизни и развития на её основе здорового творческого мышления. Таким образом, валеологию представляем в качестве новой комплексной дисциплины, интегративной области знаний, которая изучает индивидуальные закономерности, способы и механизмы формирования, сохранения и укрепления здоровья человека с использованием оздоровительных методов и технологий, учитывая различные, свойственные ему проявления жизненной активности.

Среди многочисленных, выявленных и обобщённых отечественными и зарубежными теоретиками и практиками дефинитивных характеристик понятия здоровья можно прийти к заключению, что указанный феномен рассматривается как динамическое состояние жизнедеятельности человека, которое определяется поддержкой гомеостаза, самосохранением и самосовершенствованием соматического и психического состояния при

оптимальном взаимодействии органов и систем, адекватной адаптации к изменениям окружающей среды, использованием резервных и компенсаторных механизмов в соответствии с фенотипными потребностями и возможностями выполнения биологических (в частности репродуктивных) и социальных функций. При этом одной из определяющих составляющих рассматриваемого понятия выступает концепция целостности индивида, в основе которой лежит принцип взаимосвязанности и взаимообусловленности, что даёт нам основание изучать биопсихосоциальную природу человека как сложную, открытую для изменений систему, способную к саморегуляции не только на физическом (клеточном), но и на социальном (семья, общество) уровне. Здоровье – это всегда результат взаимодействия индивида с окружающей средой, комплексное представление о котором нельзя сформировать без тщательного изучения его биосоциального феномена.

В связи с этим возникает необходимость не только теоретического обоснования валеологической компетенции, но и осознанного её восприятия в комплексе всех составляющих компонентов, что позволило бы, таким образом, рассматривать науку о здоровье как творческую, практическую деятельность, направленную на формирование нового, более полного представления о сохранении здоровья и достижение активного долголетия. При этом значительное место отводим физической и психологической формам активности, направленным на повышение роли личностных качеств человека в осознанном принятии и соблюдении им норм и принципов здорового образа жизни как основополагающих ориентиров его жизнедеятельности. Такая направленность выступает для него конструктивным перевоплощением окружающей действительности [5], что, в свою очередь, вызывает разумное регулирование собственных

привычек, целостную самооценку, склонность к самоанализу с последующей коррекцией собственного поведения. Именно поэтому рассматриваем самосознание как фактор, влияющий не только на самовоспитание и самообразование конкретного индивида, но и как такой, который обеспечивает эффективность всей его деятельности, в том числе и валеологической.

Формирование валеологической подготовки у студентов вузов осуществляется на основе межличностного взаимодействия преподавателей и студентов, построенного на принципах демократизации и гуманизации образовательного процесса, что, как известно, способствует формированию соответствующих профессиональных ориентиров, ценностей и установок, вызывает стремление к личному совершенствованию, стимулирует профессиональный рост будущего специалиста в каждом конкретном виде деятельности.

Творческое «оздоровительное мышление» формируется как профессиональная способность мышления анализировать, сравнивать, обобщать, оценивать оздоровительно-воспитательную практику, создавать оздоровительные теории и концепции, делать научные открытия и эффективно осуществлять необходимые мероприятия по укреплению и сохранению здоровья [3], опираясь при этом на принципы его приоритетности у субъектов образовательного процесса, социальную обусловленность, практическую направленность, а также межпредметные связи, отражающие основные компоненты, критерии и уровни сформированности здоровьесберегающей компетенции, в структуре которой выделяем *когнитивный* (совокупность интегрированных медико-биологических, психолого-педагогических и физкультурных знаний), *аксиологический* (психологические установки на осознание ценности здоровья), *деятельностный*

(общепедагогические умения и навыки), *рефлексивный* (экстраполяция мировоззренческих установок на профессиональную деятельность) компоненты.

Немаловажную роль в процессе формирования валеологической компетенции студенческой молодёжи играет психолого-педагогическое диагностирование критериев и уровней её сформированности. Первые репрезентованы знаниями, умениями и навыками, отношением индивида к своему здоровью (здоровьесберегающее поведение). Уровни сформированности (потребительский, профессионально-направленный, ценностно-смысловой) находятся в тесной взаимосвязи с вышеперечисленными критериями и определяются в соответствии с разработанными педагогическими технологиями, влияющими на эффективность образовательного процесса в целом. Сюда относим *традиционные* (лекции, практические, лабораторные, семинарские занятия), *инновационные* (квазипрофессиональные игры, видеоанализ, презентации, тренинги) формы работы; *теоретические* (беседа, дискуссия), *наглядные* (показ, демонстрация моделей, схем), *практические* (упражнения, ситуативные задачи) методы; *дидактические* (учебно-методические комплексы), *инструментальные* (тренажеры, гимнастические снаряды), *мультимедийные* (презентации, видеофильмы, электронные учебники и т.д.) средства реализации образовательного процесса [7], которые не только помогают выстроить педагогическую модель формирования валеологической компетенции студентов, но и составляют теоретико-методологическую и практическую основу для реализации приоритетных целей физического воспитания.

Таким образом, валеологическая компетентность рассматривается в совокупности всех её компонентов, на основе которых определяются типовые задачи по организации здоровьесберегающей среды во всех

сферах человеческой деятельности, разрабатываются социальные проекты, направленные на улучшение различных аспектов стиля и образа жизни и обогащённые передовым опытом в области здравоохранения.

#### Список литературы:

1. Авчинникова С.О. Валеогизация подготовки специалистов социальной работы: содержательный компонент / С. О. Авчинникова // Мир науки, культуры, образования. – 2009. – №7 (19). – С. 186-189.

2. Байденко В.И. Компетенции: к освоению компетентного подхода. Материалы к методологическому семинару / В. И. Байденко – М.: 2004. – 110 с.

3. Бараненко В. А. Здоровье и физическая культура студента: Учеб. пособие / В. А. Бараненко, Л. А. Рапопорт // 2-е изд., перераб. – М.: 2014. – 336 с.

4. Бойко О. В. Становлення та розвиток поняття «здоровий спосіб життя» / О. В. Бойко // Морально-духовний розвиток особистості в сучасних умовах: Зб. наук. праць. Книга I. – К.: 2000. – С. 117-124.

5. Болотов В. А. Компетентностная модель: от идеи к образовательной программе / В.А. Болотов, В.В. Сериков // Педагогика. – 2003. – №10. – С. 13-20.

6. Войтенко В.М. Здоровий спосіб життя і рухова активність підлітків / В.М. Войтенко // Гуманістично спрямований виховний процес і становлення особистості: Зб. наук. праць. – К.: 2001. – С. 64.

7. Лобачев В.В. Формирование компетенции здоровьесбережения в профессиональной подготовке будущего педагога физической культуры / В.В. Лобачев // Системный анализ и управление биомедицинских систем. – 2006. – №2. – С. 310-331.

**Реализация образовательного потенциала при формировании  
здорового образа жизни студентов ВУЗа**

*Лионелла Юрьевна Павлютина*

*к.пед.н., доцент кафедры «Физического воспитания и спорта»,*

*Омский государственный технический университет,*

*г. Омск, Россия*

*e-mail: guchina7lina@mail.ru*

***Аннотация.** В статье раскрыт вопрос реализации образовательного потенциала как одно из условий эффективного формирования здорового образа жизни студентов вуза.*

***Ключевые слова:** образовательный потенциал, здоровье, здоровый образ жизни.*

***Abstract.** The article deals with the question of realization of educational potential as one of conditions of effective formation of a healthy lifestyle of students of higher education institution.*

***Keywords:** educational potential, health, healthy lifestyle.*

Укрепление здоровья подрастающего поколения, и профилактика заболеваний считаются одними из приоритетных задач высшего физкультурного образования, что отражено в приказе «Об организации процесса физического воспитания в высших учебных заведениях» [4].

За последнее десятилетие уровень здоровья и физической подготовленности студенческой молодежи ухудшился, этому свидетельствуют ежегодные результаты медицинских осмотров [1]. В таких условиях особенно возрастает значение физической культуры и спорта как фактора укрепления здоровья. Только физические нагрузки в сочетании с рациональным питанием, соблюдением гигиенических

правил, отказом от вредных привычек являются гарантией укрепления здоровья молодежи.

Актуальным является на современном этапе оптимизация процесса формирования здорового образа жизни студентов на занятиях по физической культуре в вузе. По нашему мнению учет потенциальных возможностей личности студентов, т.е. их образовательного потенциала в учебном процессе наиболее благоприятно отразится на формировании здорового образа жизни молодежи.

На современном этапе в психолого-педагогической науке исследование возможностей человека является перспективным, актуализирует рассмотрение потенциала личности в сфере образования, в том числе и в области физической культуры, что делает необходимым рассмотрение образовательного потенциала студентов.

Основополагающим подходом к сущности понятия образовательного потенциала является теория современного содержания образования на основе общечеловеческой культуры.

Таким образом, образовательный потенциал студента – это совокупность реальных и перспективных возможностей личности студента, необходимых для реализации системы знаний, опыта осуществления известных способов деятельности, эмоционально-ценностных отношений и опыта творческой деятельности, направленных на эффективную профессиональную деятельность [3].

Для диагностики образовательного потенциала при формировании здорового образа жизни студентов использовалась адаптированная комплексная методика, имеющая два вида оценки (самооценку и экспертную оценку). Теоретический материал, характеризующий сущность и содержание здорового образа жизни студентов вуза, определили критерии и показатели методики.

Констатирующий эксперимент имел место на начальном этапе

исследования для получения данных о реальном состоянии проблемы. Выборка исследования составила 100 человек, студентов 1,3 курсов факультета «Экономики и управления» Омского государственного технического университета. В состав экспертной группы входили преподаватели кафедры «Физического воспитания и спорта». Результаты констатирующего эксперимента показали недостаточный уровень образовательного потенциала при формировании здорового образа жизни студентов.

Реализация образовательного потенциала при формировании здорового образа жизни студентов осуществлялась на теоретических, учебно-методических, учебно-тренировочных занятиях по физической культуре. Так, нами представлен фрагмент плана семинарского занятия по теме «Здоровый образ жизни студентов вуза», таблица 1.

*Таблица 1*

**Фрагмент плана семинарского занятия «Здоровый образ жизни студентов ВУЗа»**

<b>Этап</b>	<b>Знания</b>	<b>Способы деятельности</b>	<b>Опыт творческой деятельности</b>	<b>Опыт эмоционально ценностных отношений</b>
1. Постановка целей, задач	Цели, задачи, план занятия	Организация студентами учебной деятельности. Умение выделять основные и второстепенные цели деятельности	Проектирование способов эффективного выполнения заданий	Формирование мотивации к плодотворной работе на занятии
2. Содержание заданий	Понятие «здоровье», его содержание и критерии	Выделить подходы к определению «здоровья». Составить таблицу Понятие «здоровье». (понятие, подход, автор)	Преобразование формы таблицы, формулирование своих выводов по выявлению подходов к понятию «здоровье»	Осознание личных ценностей путём сопоставления их с социальными ценностями

	Функциональные возможности проявления здоровья человека в различных сферах жизнедеятельности	Привести собственные аргументы функциональных возможностей проявления здоровья человека в различных сферах жизнедеятельности	Индивидуальный анализ. Обоснование содержания примера	Формирование эвристически поискового подхода к решению задания
	Направленность поведения человека на обеспечение своего здоровья	Определить самооценку уровня здоровья студента	Обоснование результатов методики	Развитие ответственного отношения к выполнению задания, самостоятельности
	Содержательные особенности составляющих здорового образа жизни	Ответить на тест	Системный подход, обобщение изученного	Формирование познавательного интереса к реализации заданий, самоутверждения
3 Подведение итогов занятия	Выводы, рекомендации по выполнению самостоятельной работы	Рефлексия учебной деятельности студентов	Программа самосовершенствования студента, проектирование предстоящей работы	Чувство удовлетворенности от выполненной работы, создание мотивации к предстоящей самостоятельной работе

В процессе реализации образовательного потенциала при формировании здорового образа жизни студентов большое значение имела методическая обеспеченность учебного процесса: учебное пособие «Физическая культура», методические указания «Основы здорового образа жизни студента. Физическая культура в обеспечении здоровья» [2] и др.

Контрольный срез показал средний и высокий уровни реализации образовательного потенциала при формировании здорового образа жизни студентов вуза.

Таким образом, реализация образовательного потенциала является одним из эффективных условий формирования здорового образа жизни

студентов вуза.

Список литературы:

1. Васенков Н.В. Динамика состояния физического здоровья и физической подготовленности студентов / Н.В. Васенков // Теория и практика физической культуры. – 2008. – №5. – С. 91-92.
2. Гущина Л.Ю. Основы здорового образа жизни студента. Физическая культура в обеспечении здоровья: метод. указания / Л.Ю. Гущина. – Омск, 2012. – 35 с.
3. Гущина Л.Ю. Формирование образовательного потенциала студентов в вузе: автореф. ... канд. пед. наук: 13.00.08 / Л.Ю. Гущина. – Караганда, 2006. – 25 с.
4. Приказ от 26 июля 1994 г. №777 «Об организации процесса физического воспитания в высших учебных заведениях».

УДК 678.016:608.1:614.253.4

**Обучение студентов-медиков дисциплине «Основы биоэтики и биобезопасности» как залог сохранения и укрепления здоровья будущих поколений**

*Светлана Петровна Пасевич*

*к.мед.н., ассистент кафедры фармакологии,  
Буковинский государственный медицинский университет,  
г. Черновцы, Украина  
e-mail: svetlana-pasevich@yandex.ru*

*Аннотация. В статье рассматриваются вопросы формирования квалифицированных медицинских специалистов и их роль в становлении физического, психического, социального здоровья будущих поколений.*

**Ключевые слова:** *студенты-медики, биоэтика, здоровье.*

*Abstract.* The article deals with the issues of qualified medical professionals generation and their role in the formation of physical, mental and social health of future generations.

**Keywords:** *medical students, bioethics, health.*

Отражением нравственного кризиса современного общества является равнодушие части его членов к жизни других людей, стремление достичь любой ценой желаемой цели и собственного благосостояния, пренебрегая интересами других. В этих условиях происходит социализация молодежи. Противодействием влиянию среды может стать только целенаправленное воспитание молодежи, формирование у нее этических и нравственных ориентиров. Особое значение имеет морально-этическое воспитание студентов медицинских учебных заведений, ведь они в будущем сыграют огромную роль в становлении физического, психического и социального здоровья населения.

Особую актуальность в современных условиях приобретает изучение студентами-медиками курса биоэтики, ведь преподавание этой дисциплины логично дополняет и на более высоком уровне интегрирует знания студентов, полученные при изучении медицинских дисциплин [1]. Кроме того, социально-экономические изменения общественной жизни и целый ряд реформ в медицине требуют от будущих медицинских сотрудников знаний общих биоэтических проблем медицины, вопросов медицинской этики, деонтологии, морально-правовых и психологических аспектов деятельности медицинских работников [5]. При этом важным должно оставаться умение решать на высоком профессиональном уровне морально-этические проблемы, которые являются неотъемлемой частью в ежедневной работе каждого медицинского специалиста, не допуская при этом возможности

возникновения деонтологических и профессиональных ошибок. Изучение курса «Основы биоэтики и биобезопасности» студентами в Высшем государственном учебном заведении Украины «Буковинский государственный медицинский университет» на кафедре фармакологии представлено 12-ю практическими занятиями, последнее из которых является зачетным. Каждая тема следующего занятия является неотъемлемой частью и логическим завершением предыдущей, и в совокупности все темы практических занятий составляют единое целое.

Первое вводное занятие посвящено предмету, задачам, принципам и истории развития биоэтики, на котором студенты имеют возможность вспомнить основные ценности медицины: сочувствие, компетентность, автономность, и при этом усвоить базовые этапы формирования и становления биомедицинской этики как науки. Темы следующих занятий содержательно раскрывают вопросы биоэтических основ профессиональной деятельности врача, модели отношений между врачом и пациентом, аспекты взаимоотношений больного, его семьи и медицинского персонала. Так, на занятиях студенты получают возможность с помощью различных ситуационных заданий и задач учиться принимать решения в тяжелых психологических ситуациях, которые могут в дальнейшем встречаться в их собственной клинической практике, и иметь дело с ними на рациональной и принципиальной основах, вступать в дискуссии и дебаты друг с другом, осуществлять анализ моральных решений и поведения друг друга. В большинстве ситуаций врачи должны самостоятельно решать, как действовать правильно, но в процессе принятия решений также полезно знать, каким образом действовали бы другие врачи в подобной ситуации, а также обязательно помнить о принципах правдивости, информированного согласия и конфиденциальности при любых условиях работы в клинике.

Темы следующих занятий посвящены этическим вопросам репродукции человека, методам планирования семьи, аспектам репродуктивных технологий, генной инженерии. Эти вопросы особенно важны, поскольку связаны с зарождением и началом жизни человека, с анализом таких понятий как контрацепция, генетический скрининг, аборт, пересадка органов, клонирование. На занятиях не остаются в стороне проблемы пагубного влияния на репродуктивную функцию женщин и организм мужчин вредных привычек – употребления алкоголя, наркотиков, курения.

В связи с бурным развитием медицинской науки и внедрением новых методик, процедур, способов лечения возникают этические противоречия, которые рассматриваются и обсуждаются на практических занятиях, касающихся проблем внедрения новых медицинских технологий и клинических испытаний лекарственных средств, донорства, дарения органов, использования стволовых клеток. Необходимость проявления уважения к жизни любого живого существа с момента зачатия до смерти, жизни как самому ценному и уникальному дару – это должен понимать каждый врач. Благодаря теме практического занятия «Биоэтические проблемы жизни, умирания, реанимации и смерти» преподаватели кафедры охватывают ряд этических дилемм: от попыток продлить жизнь тяжелобольных пациентов с помощью современных технологий к возможности преждевременно прекратить жизни тяжелобольных путем эвтаназии [3]. Однако, независимо от ситуации, студенты должны помнить о том, что не имеют права отказываться от умирающих больных, а должны продолжать оказывать сочувственную помощь, даже когда дальнейшее лечение невозможно. Врачи всех специальностей, как и все медицинские работники, должны помнить, что от их профессионализма при исполнении служебных обязанностей зависит жизнь и здоровье

пациента, поэтому они должны четко осознавать последствия своих действий или бездействия [2]. Одна из тем курса «Основы биоэтики и биобезопасности» посвящена социальной этике медицины, вопросам социальной справедливости и социо-этических обязательств, необходимости восприятия биоэтических проблем на международном уровне, особенно в условиях бурного расширения международных отношений [4]. Именно при рассмотрении этой темы студенты узнают о том, что в основе отношений между медиком и пациентом лежит защита прав человека и уважение достоинства каждого. Поскольку пациенты, с которыми сталкиваются врачи, могут переносить глубокие страдания, из-за которых становятся агрессивными и недовольными; они могут быть алкоголиками или наркоманами, преступниками, умственно неполноценными, переносчиками опасных инфекций, поэтому во всех этих, как и во многих других не менее тяжелых ситуациях, медику нельзя забывать того, что каждый человек заслуживает особого внимания и отношения. Эти вопросы основательно раскрываются и в следующей теме: «ВИЧ-инфекция и СПИД как биоэтическая и социальная проблемы. Биоэтические проблемы алкоголизма, употребления наркотиков и курения», где обсуждаются проблемы дискриминации врачами определенных категорий больных и полное вытеснение их из практики медицины, и необходимости справедливого, сочувственного и милосердного отношения к пациентам. Заключительной является тема «Здоровый образ жизни как условие ее продолжительности, физического и духовного развития», в которой всесторонне охватываются вопросы основ здоровья, его составляющих, условия его сохранения и укрепления.

Биоэтика вооружает медиков знаниями специфических вопросов медицинской этики, способностью к системному анализу, вырабатывает привычку рассматривать проблемы в междисциплинарном и

социокультурном контексте, при этом развивает воображение, практические навыки и моральную ответственность за принятые этические решения, а также чувство эмпатии и сострадания ко всему живому.

Таким образом, для студента-медика, который будет принимать непосредственное участие в формировании здоровья детей, подростков и молодежи путем профилактической медицины, готовится лечить человека или проводить с его участием научные исследования, специальная подготовка в области этико-правовых проблем медицинской науки и практики не просто желательна, а необходима, ведь в дальнейшем эти знания сыграют огромную роль в сохранении и укреплении здоровья будущих поколений.

#### Список литературы:

1. Бачинська Л.Ю. Філософсько-правове розуміння біоетики / Л.Ю. Бачинська // Науковий вісник Херсонського державного університету. – 2014. – Т. 3, Вип. 5. – С. 312-315.
2. Васкес Абанто Х.Е. Біоетика в медицині: сучасні концепції та принципи / Х.Е. Васкес Абанто, А.Е. Васкес Абанто, С.Б. Арельяно Васкес // Світ медицини та біології. – 2015. – Т. 51, №3. – С. 121-125.
3. Шпачук А.О. Евтаназія: правові та етичні аспекти / А.О. Шпачук // Вісник Академії адвокатури України. – 2012. – Т. 25, №3. – С. 159-163.
4. Вук С. Bioethics, law and European construction // Abstract book of 1st international conference «Fritz Jahr and European roots of bioethics: establishing an international scholars' network» (Rijeka (Croatia), March 11-12, 2011). – University of Rijeka, 2011. – P. 15.
5. The current state of bioethics education in the system of medical education in the CIS member countries: analytical review / Ed. O.I. Kubar. – SPb.: Pasteur Institute, 2010. – 68 p.

**Психологическое консультирование как способ сохранения и укрепления здоровья личности**

***Лина Анатольевна Перелыгина***

*д.биол.н., профессор,*

*профессор кафедры психологии деятельности в особых условиях,*

*Национальный университет гражданской защиты Украины,*

*г. Харьков, Украина*

*e-mail: kzp\_uczu@mail.ru*

***Наталья Евгеньевна Афанасьева***

*к.психол.н., доцент,*

*доцент кафедры психологии деятельности в особых условиях*

*Национальный университет гражданской защиты Украины,*

*г. Харьков, Украина*

*e-mail: kzp\_uczu@mail.ru*

***Аннотация.*** В статье проанализированы особенности и психотехнология психологического консультирования пожарных-спасателей в контексте сохранения и укрепления их физического, психического и психологического здоровья. Описан алгоритм интерпретации логической структуры и содержательных показателей истории клиента, актуализации и вербализации его травматического опыта.

***Ключевые слова:*** здоровье, психологическое консультирование, психотехнология, пожарные-спасатели, алгоритм интерпретации.

***Abstract.*** The article analyzes the characteristics and psycho-counseling firefighters and rescuers in the context of preserving and strengthening their physical, mental and psychological health. An algorithm

*for the interpretation of the logical structure and meaningful indicators of customer history, updating and verbalization of his traumatic experience.*

**Keywords:** *health, psychological counseling, psycho, fire-rescue, interpretation algorithm.*

Проблема сохранения физического, психического и психологического здоровья является одной из наиболее актуальных на современном этапе развития общества и науки. По нашему мнению, большое значение для сохранения и укрепления здоровья имеет своевременно оказанная психологическая помощь в сложных, стрессовых, кризисных и прочих критических периодах жизни личности.

Предметом нашего углубленного изучения является психологическое сопровождение профессиональной деятельности, протекающей в экстремальных условиях, в частности, пожарных-спасателей. Экстремальные условия деятельности сопряжены с постоянным действием различных чрезвычайных по сложности факторов, в том числе представляющих социальную опасность. Отдельным и малоразработанным аспектом проблемы выступает психологическое консультирование данных специалистов.

Исходя из теоретического анализа состояния проблемы и нашего опыта практической работы, мы определяем психологическое консультирование как процесс продуктивного взаимодействия, направленный на оказание помощи психически здоровой личности в исследовании, прояснении и разрешении актуальных затруднений в эмоциональной, когнитивной, поведенческой и коммуникативной сферах; целью которого является осознание и изменение деструктивных, иррациональных убеждений, чувств, состояний,

поведения; формирование новых подходов к переработке опыта для профилактики рецидивов и повышения качества жизни [1].

При консультировании пожарных-спасателей нам часто приходится сталкиваться с реакцией сопротивления, когда клиент, обычно не вполне осознавая это, препятствует психологу в его желании понять психологическую проблематику, проанализировать ее и помочь разрешить. Причины такого поведения, когда клиент фактически уклоняется от предлагаемой помощи, следующие: страх перед изменениями и необходимостью меняться самому, нежелание понимать и принимать свои негативные черты, избегание интенсивной интеллектуальной деятельности, требующей значительных психологических усилий; склонность к манипуляциям в межличностных отношениях и т.п.

Сложность организации процесса психологического консультирования пожарных-спасателей вынудила нас создавать новые психотехнические приемы, стимулирующие их повествовательную функцию. Для того чтобы персонифицировать проблему, сделать ее видимой, дать ей название и поговорить о том, как она влияет на жизнь, мы используем сюжетные фотографии, с помощью которых активизируем вербализацию биографического контекста клиента, определяем уровень проблематизации, актуальные затруднения, вычленим то содержание психики, которое является травмирующим в данный момент и требует психологической проработки с помощью психологического консультирования [2].

Для анализа логической структуры историй мы используем следующие методы:

– Метод сходства. Если две или более ситуации, в которых имеет место данное явление, обладают лишь одним общим элементом, то этот

элемент, единый для всех ситуаций, является либо причиной, либо следствием данного явления.

– Метод различия. Если ситуация, в которой данное явление имеет место, и ситуация, в которой оно отсутствует, схожи во всем, за исключением данного элемента, этот элемент можно считать следствием или причиной, либо частью причины данного явления.

– Объединенный метод сходства-различия. Если, по меньшей мере, две ситуации, в которых данное явление имеет место, имеют лишь один общий элемент, и по меньшей мере две ситуации, в которых оно отсутствует, не имеют между собой ничего общего, за исключением отсутствия этого элемента, то этот элемент считается следствием, либо причиной, либо частью причины данного явления. Этот метод позволяет делать более достоверные умозаключения, поскольку никогда нельзя быть уверенным в том, что при использовании метода сходства или различия по отдельности были учтены все элементы ситуации.

– Метод сопутствующих изменений. Этот метод применим в тех случаях, когда анализируемая переменная различается не наличием либо отсутствием, а разной степенью выраженности в разных историях. То есть, если при определенных изменениях одного явления другое явление также претерпевает какие-либо изменения, то оно либо причина, либо следствие первого, или же связано с ним общей причиной.

– Метод логического вывода, анализ причины и следствия.

Также мы анализируем содержательные показатели историй: факультативные. Если основные содержательные показатели описывают структуру и динамику сюжета, то факультативные содержательные показатели присутствуют не в каждой истории, и представляют собой отдельные содержательные элементы, которыми

клиент сопровождает сюжет, и в которых его личностные структуры проецируются непосредственным образом. К ним относятся:

1. Символы. Употребление символов встречается нечасто и фиксируется в том случае, если прямым текстом сказано, что одно олицетворяет (символизирует) другое.

2. Оценки, которые получают в истории те или иные формы поведения, поступки, вещи, понятия, характеризующие систему личностных ценностей клиента. Личностные ценности проявляются как непосредственно, в виде формулирования определенных идеалов, представлений о должном, желательном, хорошем, а также антиидеалов, так и опосредованно, через оценки персонажей, их действий и т.д., которые всегда ориентированы на определенный критерий оценивания, в роли которого выступает та или иная личностная ценность.

3. Конструкты. Они обозначают субъективные осознанные или неосознанные оценочные шкалы, которыми человек пользуется для характеристики и оценки других людей, вещей, явлений и т.п. Конструкты говорят о том, что важнее всего для клиента в людях, вещах и т.д., что выступает для него на первый план, и тем самым дают богатую информацию о смыслах и ценностях клиента. Конструкты формулируют как в виде эпитетов, так и в виде более сложных словесных конструкций. Особое внимание уделяется, прежде всего, тем конструктам, которые используются клиентом для характеристики персонажей.

4. Упоминание физических состояний. Фиксируются все упоминания о самочувствии, физическом состоянии, болезнях персонажей. В том случае, если описание какого-то состояния появляется на протяжении всей сессии более одного раза, то это, как правило, связано с соответствующими соматическими ощущениями самого клиента.

5. Особые темы. К особым темам относятся: смерть, тяжелая болезнь, увечья, преступления, вооруженные конфликты, война, убийство, самоубийство, психическое заболевание и пр. Сравнительно большое количество особых тем (4-5 и больше) – весьма неблагоприятный показатель с точки зрения психологического здоровья клиента. Некоторые из особых тем, в частности самоубийство, должны настораживать даже при единичном появлении.

6. Генерализации. Это обобщающие суждения, которые клиент вставляет в текст. В отличие от справочных комментариев, генерализации сообщают не о каких-то объективных фактах, а о житейских обобщениях, хотя для самого клиента они могут выступать и часто выступают как объективная истина. Генерализации представляют собой структурные элементы мировоззрения клиента. Мировоззрение, как и образ мира в целом, отражает явления действительности, прежде всего, не в их объективных, а в смысловых связях – связях, характеризующих их отношение к жизни данного конкретного человека. В мировоззренческих суждениях – генерализациях – проецируется смысловая сфера личности, ее самые глубинные компоненты. При этом содержание мировоззрения в меньшей степени подвержено искажающему влиянию психологических защит, чем, скажем, содержание «Я-концепции», поскольку защита обеспечивается уже самой формой, которую те или иные смысловые ориентации приобретают, будучи сформулированы в виде квазиобъективных мировоззренческих суждений. Поэтому генерализации там, где они встречаются, представляют собой материал чрезвычайно высокой проективной ценности, очень много говорящий об образе мира клиента.

Методы анализа вербальных сообщений (не только очевидного, но и неосознаваемого, латентного содержания):

1. Метод выявления центральной конфликтной темы отношений. Это истории о взаимодействии (с родителями, другими значимыми фигурами), которые клиент спонтанно рассказывает в ходе сессий. Каждая формулировка, как правило, включает желания по отношению к другим людям, ответные реакции, ожидания от других и реакции самого клиента.

2. Диагностический метод. Включает описание: целей психологического консультирования; деструктивных убеждений, которые мешают достичь этих целей; способы, которыми клиент «проверяет» психолога с точки зрения этих убеждений; инсайты, которые могли бы помочь.

3. Конфигурационный анализ. Приводит к осознанию ролевых моделей отношений с помощью анализа: состояний, паттернов взаимодействия и информации.

4. Переживание отношений с психологом. Анализируются скрытые намеки и явные ссылки на отношения с консультантом. Определяется, в какой степени вмешательства (интервенции) психолога затрагивают латентное и актуальное переживание клиентом этих отношений.

5. Деадаптивные паттерны, имеющие циклический характер. Анализируются в структуре социального поведения клиента с помощью следующих выделяемых компонентов: действия клиента, ожидания по отношению к другим, последующие действия других по отношению к клиенту, последующие действия клиента по отношению к самому себе.

6. Метод фреймов. Фрейм (единица анализа) определяется как последовательность предикатов, в которых их продуцирует клиент. Основан на последовательностях событий, связанных с желаниями и убеждениями, по мере их проявления в действиях, мыслях, восприятии, чувствах.

7. Метод нарративного інтерв'ю. Використовується для визначення центральних моделей відносин. При стандартному RAP-інтерв'ю клієнту пропонується розповісти суб'єктивно важливі для нього епізоди реально відбуваються і суттєвих для нього відносин.

Таким чином, суттєва модифікація традиційної психотехнології психологічного консультування викликана її специфікою, пов'язаною з соціально-психологічними, професійними і індивідуально-особистими рисами пожежних-рятувальників; а також тим, що традиційні методи в даному випадку виявилися неефективними.

#### Список літератури:

1. Афанасьєва Н.Є. Організація психологічного консультування фахівців екстремального профілю діяльності / Н. Є. Афанасьєва // Проблеми сучасної психології: збірник наукових праць Державного вищого навчального закладу «Запорізький національний університет» та Інститут психології ім. Г.С. Костюка НАПН України / за ред. С.Д. Максименка, Н.Ф. Шевченко, М.Г. Ткалич. – Запоріжжя: ЗНУ, 2014. – №1(5). – С. 24-30.

2. Афанасьєва Н.Є. Психотехнологія консультування пожежних-рятувальників / Н. Є. Афанасьєва // Проблеми екстремальної та кризової психології. Зб. наук. праць. Вип. 18. – Харків: НУЦЗУ, 2015. – С. 21-28.

**Место интерактивных методов обучения в системе  
медицинского образования**

*Петко Петков*

*кафедра Медицинского образования,  
факультет общественного здравоохранения,  
Медицинский университет Софии*

*г. София, Болгария*

*Научный руководитель: профессор, д-р Теодор Попов*

*г. София, Болгария*

**Аннотация.** Интерактивные методы обучения основаны на конструктивистской образовательной парадигме. Студенты превращаются из пассивных получателей чужих знаний в активных создателей своих собственных знаний. Интеграция интерактивных методов обучения (ИМО) в области медицинского образования является необходимым условием для повышения качественных характеристик человеческих ресурсов в области здравоохранения.

**Ключевые слова:** Интерактивные методы обучения, конструктивистская парадигма, интеграция, медицинское образование.

**Abstract.** Interactive teaching methods are based on constructivist educational paradigm. Students become from passive recipients of foreign knowledge into active creators of their own knowledge. Integration is a prerequisite for increasing the quality characteristics of human capital in health.

**Keywords:** Interactive training methods, constructivist paradigm, integration, medical education.

**Введение.** Интерактивные методы обучения основаны на конструктивистской образовательной парадигме. В соответствии с ней, обучение является активным процессом «строительства» нового знания обучающимся путем интеграции новой информации и опыта доступными познавательными методами. Элементами интерактивного обучения являются: реальная (динамическая) образовательная среда, междисциплинарный подход, отсутствие противоречивых и негативных оценок, работа в команде, замена монолога диалогом, самоанализ и самооценка субъектов, постоянная обратная связь и мн. др. Интерактивное взаимодействие является этапом педагогического общения (межличностного взаимодействия), когда учащийся становится субъектом единого образовательного процесса. Т.е. преподаватели и ученики являются равноправными партнерами.

Инновации в медицинском образовании, такие как интерактивное обучение, являются фактором для улучшения качественных характеристик человеческого капитала в системе здравоохранения. Преподаватель в высшей медицинской школе (ВМШ) чаще всего одновременно и педагог, и врач-специалист. Он перестает быть единственным источником информации. Различные роли, которые он исполняет в процессе обучения, наиболее подходят ему в качестве посредника. Упрощение является процессом, при котором преподаватель помогает студентам в процессе обучения, являясь посредником между ними и учебным материалом, стимулируя общение, поддерживая академическую мотивацию, делая адекватную оценку и др. Т.Попов пишет, что процесс образования, кроме обучения, ставит своей целью и адекватное профессиональное воспитание [4].

**Цель исследования:**

Изучение возможностей применения интерактивных методов обучения (ИМО) в медицинском образовании.

### **Контингент и методология исследования:**

Был проведен опрос путем специально разработанной анкеты. Использовались математико-статистические методы обработки и анализа результатов. Опрошено 134 преподавателя из Медицинского университета Софии, Медицинского университета Плевны, Медицинского факультета Старой Загоры, Факультета социальных наук Университета Бургаса и Софийского филиала в городе Враце. 68% опрошенных составляют группу от 41г. до 60 лет. Средний стаж работы опрошенных составляет 20 лет.

### **Результаты и обсуждение:**

В литературе описаны две системы для интерактивного обучения – гуманно-центрированная (человек в центре) и технологично базированная. Гуманно-центрированная система включает метод проектов, ролевые игры, проблемно-ориентированное обучение и др.

Технологично-базированная система обучения в значительной степени определяется понятием «электронного обучения» (e-learning). Смешанное обучение (blended learning) реализуется в двух образовательных средах – виртуальной и реальной [2]. При многопрофильном обучении, студенты разных медицинских специальностей координируют свои усилия и каждый из них вносит свой вклад в достижение целей в области образования.

На вопрос «Какие интерактивные методы обучения Вам известны и используете?» Большинство опрошенных указали на методы из группы гуманно-центрированных ИМО. Технологично-базированные ИМО остаются на втором месте, хотя преподаватели Софии отдают им предпочтение (рис. 1).



*Рис. 1 Использование интерактивных методов обучения преподавателями ВМУ.*

У нас в 2000-2001 гг. в Медицинском университете Плевны было проведено проблемно-базированное обучение студентов. Полученный при этом опыт положителен [4]. Нужно отметить, что в силу специфики медицинского образования, не для всех специальностей, ученых степеней и форм можно применять технологично-базированные ИМО. Г. Петрова указывает на то, что дистанционное обучение, например, подходит для последипломной подготовки и специализации медицинских работников [3].

На вопрос «Какие предложения Вы могли бы дать для продвижения интерактивных методов в ВМУ?» преподаватели дали более одного ответа (поэтому сумма процентов превышает 100%) (рис. 2).

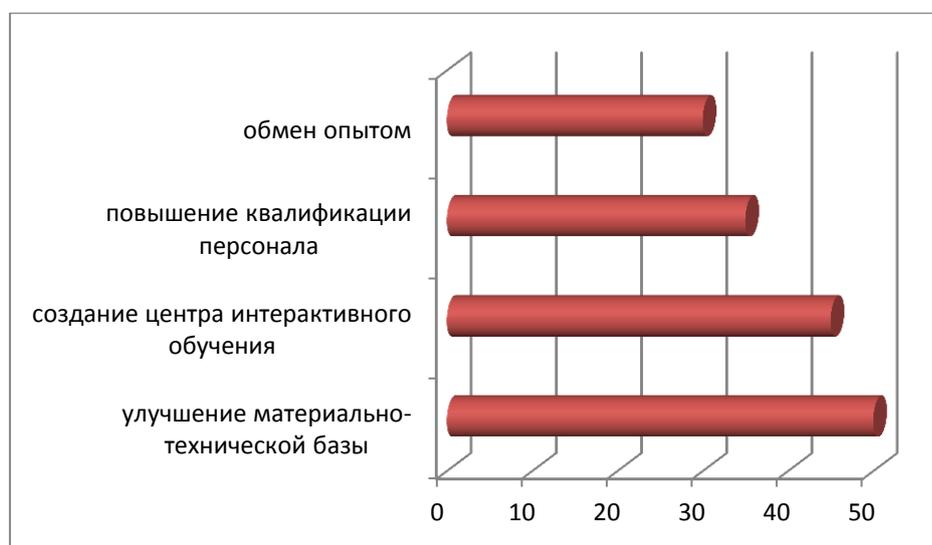


Рис. 2. Предложения преподавателей по содействию ИМО в ВМУ.

На рисунке показано, что для преподавателей первостепенное значение имеет материально-техническая база.

Полноценное педагогическое общение имеет большое значение для достижения целей в области образования. На вопрос «Что ограничивает полное педагогическое общение между вами и студентов?» опрошенные снова дали более одного ответа (сумма процентов превышает 100%) (табл. 1).

Таблица 1

**Факторы, которые ограничивают полноценное педагогическое общение, по мнению преподавателей ВМУ**

Опрошенные	факторы, ограничивающие общение педагога			
	число студентов	формы и методы обучения	незаинтересованность студентов	Нехватка времени
МУ – София	46,2%	13%	68,5%	26%
МУ – Пловдив	56%	20%	48%	24%
МУ – Плевен	50%	5%	55%	5%
МФ – Ст. Загора	75%	25%	33%	25%
Университет – Бургас	26%		33%	60%
МУ – София, филиал – Враца	56%	20%	48%	24%

Отсутствие интереса у студентов является одним из основных факторов, ограничивающих полноценное педагогическое общение. Не надо забывать, однако, что барьеры в общении могут быть и этносоциокультурными, возрастными, индивидуальными и др. В качестве основных преимуществ ИМО опрошенные отметили увеличение академической мотивации, улучшение коммуникативных навыков студентов, улучшение их навыков самоконтроля и самооценки и др. Возможно, это приведет к лучшей профессиональной реализации, а нам ясно, что именно она является наиболее надежным показателем качества образования. Поэтому важно получить информацию от студентов об их ожиданиях относительно реализации после окончания университета. Интересно исследование А. Андонова о мотивации среди студентов – медицинских сестер, в котором отмечается, что студенты хотели бы увеличить долю своего практического обучения [1].

Выбор ИМО определяется характером предмета, дидактическими возможностями преподавателей, материально-технической базой, конкретными целями обучения и др. В литературе описан ряд проблем интерактивного обучения, с которыми может столкнуться каждый преподаватель:

- Отсутствие контроля над дисциплиной;
- Отсутствие мотивации;
- Отсутствие времени, необходимого для выполнения всех задания;
- Недостаточная материально-техническая база;
- Отсутствие четких критериев оценки и др. [2].
- Не случайно В. Гюрова считает, что оптимальным вариантом процесса обучения является сочетание традиционного и интерактивного подхода [2].

Выводы:

1. Одним из основных факторов для утверждения ИМО является материально-техническая база;

Преподаватели в основном используют гуманно-центрированные ИМО;

3. Основным негативным фактором для полноценного педагогического общения является незаинтересованность студентов;

4. Выбор ИМО зависит от многих факторов;

5. Отсутствуют четкие критерии оценки при интерактивном обучении.

Рекомендации:

1. Совершенствование материально-технической базы в ВМУ;

2. Улучшение взаимодействия между образованием и другими социальными секторами для содействия ИМО – совместные проекты и др.

3. Создание интерактивного учебного центра

4. Повышение квалификации преподавателей по отношению к ИМО

5. Фокусирование на мониторинге и критериях оценки

6. Улучшение обратной связи преподаватель-студент.

Список литературы:

1. Андонова А., Обучението на медицинските сестри. Роля на мотивацията, Ст. Загора, 2013г.

2. Гюрова В., Дерменджиева Г., и соавт., Интерактивността в учебния процес, изд. «Агенция Европрес», София, 2006г.

3. Петрова Г., Обучение на бакалаври по «управление на здравните грижи», изд. «Екс-прес», Габрово, 2009г.

4. Попов Т., и соавт., Медицинска педагогика, под научното ръководство и редакция на проф. Т. Попов, изд. «Екс-прес», Габрово, 2010 г.

УДК 316.346.32-053.6

**Сравнительный анализ творческого потенциала студентов в  
условиях образовательной среды университета**

*Наталья Павловна Плеханова*

*к.психол.н., доцент*

*Сургутский государственный университет,*

*г. Сургут, Россия*

*e-mail: plehanova-np@yandex.ru*

*Аннотация.* На основе анализа самооценки ценностных ориентаций студентов Сургутского государственного университета, сделан сравнительный анализ и оценена динамика развития творческого потенциала студентов спортивного и неспортивного факультетов.

*Ключевые слова:* творческий потенциал, самооценка, образовательная среда.

**Comparative analysis of students' creative potential within  
university educational environment**

*Nataliya Pavlovna Plekhanova*

*candidate of psychological sciences, associate professor*

*Surgut state university,*

*Surgut, Russia*

*Abstract.* Based on the analysis of self-appraisal of value orientations of students of Surgut State University, a comparative analysis was made and the dynamics of development of creative potential of students of sports and non-sports departments was estimated.

*Keywords:* creative potential, self-appraisal, educational environment.

Today creativity as one of the most important components of human activity plays a key role in various socially important spheres of public life. Considerable attention is paid to the analysis of artistic, scientific-technological, intellectual creativity, teachers' creativity is also of interest. At the Russian Popular Front conference in Rostov-on-Don in March 2013 the President of the Russian Federation urged to approach the solution of the state social and economic problems creatively but not straightforwardly.

Considering the potentials of the university educational environment in the development of this variant of creative potential (CP) of students of sports department, we have already noted that to succeed in this work its original state should be taken into account, and stressed the fact that the state is quite specific and is characterized by the high level of claims to the creative abilities rather than their presence [2]. The temporal pattern shows that the total profile of the creative potential of students does not change fundamentally over five years of study, and the university as an educational institution and university education as such, play, at least not the main role in the development of creative potential and formation of creative skills of young people [3]. And if the university considers it necessary to influence the development of the creative potential of its athletes, its primary task is to seek adequate ways to provide such an influence.

The search direction within the university should be based primarily on the intellectual component of the CP, as it is typical for a creative person to have a stronger than for the majority of people desire for importance of own personality, and it is appropriately shown in increased creative, including cognitive and intellectual activities. D.B. Bogoyavlenskaya [1] draws attention to it, interpreting intellectual activity as exactly intellectual initiative. Intellectual activity is an integral characteristic of some hypothetic

system with the key components presented by general mental abilities and motivational factors of intellectual activity.

As there are other situations for athletes focused primarily on achieving result in sport to implement their creative abilities as «strives for own importance», we tried to determine the intellectual component by comparing the creative potential of students of sports and non-sports departments, where the process of studies is theoretically based on obtaining of an intellectual result, so is to be focused on the intellectual component [4].

**The purpose of the study** was to find the ways of enhancement of the university educational environment to provide efficient conditions for creative self-fulfillment of students of sports departments.

**Materials and methods.** The self-appraisal method was used as the most convenient and adequate method of analysis of personality formation and as an approach to estimation of creative potential. The integrated creativity test by Sharov was applied as a criterion of students' ideas on the level of their creative abilities.

We used as an approach to assessment of creative potential one of the most affordable and adequate methods for the analysis of personality formation - a method of self-evaluation, and the Sharov's test to estimate individual's creative potential as a criterion of students' ideas of the level of their creative abilities [7]. The study was conducted at the physical culture and medical departments of Surgut State University in 2011-12 academic years in all courses of study. The study involved 257 male and female student-athletes and 559 medical students aged 18-23 years.

**Results and discussion.** Our results of the self-estimation of creative abilities are presented in tables 1 and 2.

Table 1

**Distribution of levels of self-estimation of personality's creative potential in groups of 1-5-year students of physical culture department (in %)**

Self-appraisal level	1 <sup>st</sup> course	2 <sup>nd</sup> course	3 <sup>rd</sup> course	4 <sup>th</sup> course	5 <sup>th</sup> course
inadequately low	–	–	–	–	–
low	–	–	–	–	–
below the average	–	–	–	–	–
average	15	26	15	6	6
above the average	31	37	30	32	44
high	33	33	25	56	38
<b>very high</b>	<b>21</b>	<b>4</b>	<b>30</b>	<b>6</b>	<b>12</b>
<b>inadequately high</b>	–	–	–	–	–

Table 2

**Distribution of levels of self-appraisal of personality's creative potential in groups of 1-5-year students of medical department (in %)**

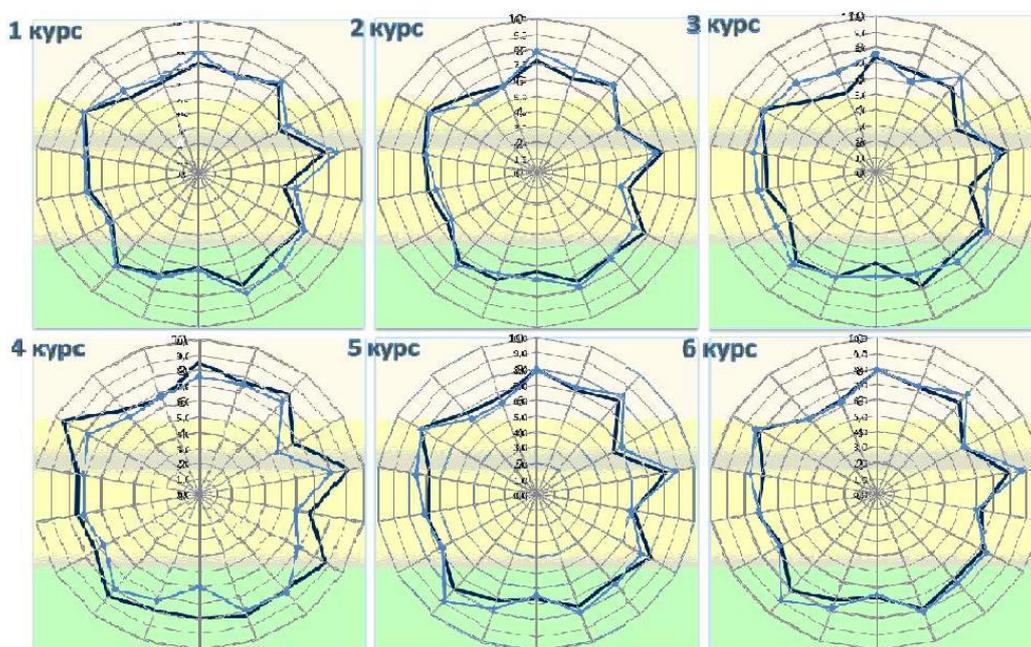
Self-appraisal level	1 <sup>st</sup> course	2 <sup>nd</sup> course	3 <sup>rd</sup> course	4 <sup>th</sup> course	5 <sup>th</sup> course	6 <sup>th</sup> course
inadequately low	–	–	–	–	–	–
low	–	–	–	–	–	–
below the average	–	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
average	26	28	41	26	24	23
above the average	24	27	23	31	23	26
high	12	18	12	24	30	28
<b>very high</b>	<b>8</b>	<b>20</b>	<b>18</b>	<b>12</b>	<b>19</b>	<b>21</b>
<b>inadequately high</b>	<b>30</b>	<b>2</b>	–	<b>2</b>	<b>2</b>	–

Despite the fact that tables are usually not very obvious, the original differences of self-appraisal of freshmen and the gradual elimination of these differences until the final years of study can be marked. Moreover, these differences are more quantitative rather than qualitative, and the similarity between the faculties becomes even more apparent when comparing the graphic profiles of creative potential, presented in Figure 1. We emphasize that both the differences between the departments and between courses are

insignificant, i.e. the situation with the students' creative potential in sports and non-sports departments does not change fundamentally during all the years of study.

This similar pattern testifies primarily to the lack of qualitative differences at departments in the conditions ensuring the development of CP, and little differences in the intellectual component at the physical culture and medical departments, except for the only difference that medical teachers initially face a larger number of students with the extremely high level of self-appraisal.

We do not dare to judge whether it is good or bad, but would like to draw attention once again not only to consistency over time, but at the same smooth graphical picture of the profile, which suggests that the observed high level of self-appraisal reflects some other processes that occur in the cases when a person claims for his own importance, but has no psychological or any other basis for their implementation, rather than high creative potential.



*Fig.1. Comparison of the creative potential profiles of students of the physical culture and medical departments of SurSU.*

Clearly, in this case the organization of the university activity on formation of creative potential should be completely different. And when choosing it one must first take into account the fact that self-appraisal can be optimal and suboptimal. «High», «above the average» and «average» levels of self-appraisal are optimal. Our result (tab. 1) shows that the vast majority of such people is like this, and their number is not reduced below seventy percent anywhere. And it is good, as this state of things enables to speak not so much about development as the use of the students' creative potential. However, anyone who has tried to organize student activities beyond the standard requirements or not supported by guaranteed success, faced not so much the desire to participate in it, as the desire to avoid it, which is hardly possible with high creative potential. And we assume that the smooth profile structure we have mentioned before is a reflection of this very state that enables to speak not so much on inadequately high as about unreasonably high level of self-appraisal, meaning that only the high level of claims is possible.

Individuals with exaggerated self-assessment are characterized by the desire to avoid failure at all costs, so they give up the goals that are at least to some extent threaten to turn into a failure. Their defense mechanisms are activated, with the preference for the strategy of type of «guaranteed success», so educational and professional activities usually below capacities because there is no activity to achieve more difficult goals. The unwillingness to accept the fact that capacities are lower than claims makes these people avoid any situations where this inequality might be found. So self-confidence is formed not based on the available success, but on the absence of failure, and gradually this confidence becomes unreasonably high. First failures are ignored, explained by chance, external causes, repeated failures are accompanied by strong emotional reactions, sometimes of affective nature, which may lead to the decrease of the strength of the activity motive and

even its refusal. It provokes a difficult emotional state - inadequacy affect, mainly caused by the resistance of the established stereotype of overestimation of own personality. The inadequacy affect arises as an attempt of persons with exaggerated self-assessment to protect themselves from the actual circumstances and save the usual self-esteem. Resentment and injustice experiences help a person to feel good, be on a due level in his own eyes, consider himself a victim, which itself raises him in his own eyes and eliminates dissatisfaction with himself. As a consequence, the need for excessive self-appraisal is satisfied and there is no need to change it, i.e. to get involved in self-control. There are inevitable conflicts with the society that has different ideas of this person, his abilities, capabilities and value in the society. The inadequacy affect is psychological defense, it is a temporary measure, because it does not solve the main problem, namely - the radical change of the non-optimal self-appraisal causing adverse interpersonal relationships.

And here the university not just can but has to organize a purposeful work not so much on development as reorganization of creative potential, adapting it to the challenges of the modern society and, consequently, relieving tension between it and a person. Changes in the number of inadequately self-confident students (tab. 1), especially in the medical department, suggests that changes in the self-appraisal of own creative potential still occur. But the immutable profile structure (fig. 1) indicates on the one hand that these changes are not of good quality, and most likely reflect attempts to preserve the established status quo, and on the other – that the impact of higher school, if there is some, is not purposeful and unorganized. In such a situation, the students' ideas of their own capabilities, including creative ones, are formed not due to the accumulation of success, but by avoiding the amount of failures, and therefore the situation is not only invariable, it can hardly change [5, 6]. Moreover, this situation looks less

attractive in the educational system initially focused on the intellectual component of creative potential, which confirms our findings.

**Conclusion.** The priority personal qualities, serving the basis in implementation of personal creative potential are to be defined for complete understanding of the state of the problem and organization of activities intended to change the situation, since only a person capable of realizing it to the maximum in different situations is able to estimate himself adequately and fulfill himself in the future.

#### References:

1. Bogoyavlenskaya D.B. Intellectual activity as a problem of creativity / D.B. Bogoyavlenskaya. – Rostov-on-Don: Publ. h-se Rostov unty, 1983. – 173 p.

2. Povzun V.D. Capacities of the university educational environment in development of creative potential of sports faculty students / V.D. Povzun, A.A. Povzun, V.V. Apokin // *Teoriya i praktika fizicheskoy kultury*. – 2013 – №1. – P. 94-95.

3. Povzun V.D. Creative potential dynamics of sports faculty graduates / V.D. Povzun, O.A. Fyntyne, A.A. Povzun, V.V. Apokin // *Teoriya i praktika fizicheskoy kultury*. – 2015 – №7. – P. 86-88.

4. Povzun V.D. Comparative analysis and ways of development of students creative potential within university educational environment / V.D. Povzun, A.A. Povzun, V.V. Apokin // *Teoriya i praktika fizicheskoy kultury*. – 2013 – №7 – P. 85-88.

5. Povzun V.D. Psychological characteristics of student's creative potential and their changes in university educational environmet / V.D. Povzun, A.A. Povzun, V.V. Apokin, N.L. Ivanova // *Teoriya i praktika fizicheskoy kultury*. – 2013 – №9 – P. 83-86.

6. Povzun V.D. Comparative analysis of gender specifics of changes in creativity of sports faculty students within university educational

environment / V.D. Povzun, A.A. Povzun, V.V. Apokin, O.V Bulgakova // Teoriya i praktika fizicheskoy kultury. – 2014 – №6 – P. 83-86.

7. Sharov A.S. The system of value orientations as a psychological mechanism of regulation of human life: doctoral thesis (Psychol.)/ A.S. Sharov. – Novosibirsk, 2000. – 383 p.

УДК 316.334:37

**Организация рейтинговой системы контроля знаний студентов с учётом их индивидуальных ритмов**

*Александр Андреевич Повзун*

*к.биол.н., доцент,*

*Сургутский государственный университет,*

*г. Сургут, Россия*

*e-mail: povzun64@mail.ru*

***Аннотация.** Показано что, использование рейтинговой системы оценки знаний студентов может быть эффективным средством повышения мотивации обучения, качества знаний и уровня образовательной компетенции будущих специалистов.*

***Ключевые слова:** образовательный процесс, качество образования, самостоятельная работа студентов, рейтинговая система, биоритмологический подход.*

**Organization of rating system for knowledge assessment to their individual rhythms**

*Alexander Andreevich Povzun*

*candidate of biology sciences, associate professor,*

*Surgut state university,*

*Surgut, Russia*

***Abstract.** Shows that the use of the rating system for assessment of students' knowledge is assumed to be an efficient method of enhancement of the learning motivation, quality of knowledge and educational competence of future specialists.*

***Keywords:** educational process, quality of education, independent work of students, rating system, biorhythmological approach.*

The competences of the prospective specialist, competitive in the present labor market environment, should be formed based on the students' knowledge of fundamental disciplines, being the core of university education [1]. The process of acquisition of necessary knowledge is a complicated task both for students themselves and for teachers. Solution of this task consists, first of all, in development of students' creative skills during the whole learning process, increase of their intellectual potential, activity and independence [3, 4]. Despite the process of teaching and forming students' educational competences traditionally associated with different methods of the knowledge transfer and, ultimately, only the independent work of students and monitoring of its performance in case of appropriate organization contributes to formation of their skill of independent thinking and the creative approach to solution of problems in education and life [5].

**The purpose of the study** was to prove the expedience of introducing the rating system in view of the biorhythmological approach.

**Results and discussion.** The control of knowledge level obtained by students can be rather traditional. In this case the quality of lecture notes (usually it is not useful), the accuracy and quality of laboratory works, the skills of working with equipment, the abilities to observe, perform necessary calculations, describe and analyze results, form conclusions according to experimental results, and use catalogues and handbooks, etc. are examined

and estimated. Nonetheless, it should be noted that the quality of studies significantly increases when rating system of control is applied, since this system allows systematic and differential estimation of all student activities, and helps students to distribute their workload reasonably both by time and kinds of activity to achieve best result, i.e. to implement students' freedom of choice.

The expediency of this approach is based, first of all, on the long-term practice of higher-school education in the world, and on the experience of numerous Russian experts that have proved high efficiency of the rating system of knowledge estimation in the higher-school education. The efficiency of the system proposed by us for the estimation of students' knowledge of physiology at the department of physical education was confirmed by psychological and pedagogic investigations, particularly in A.V. Sal'kov's Ph.D. thesis [7]. A.V. Sal'kov established that implementation of the rating system in the educational process is an efficient way to raise students' motivation and create conditions for success. This result, in our opinion, is especially important for sports departments where the educational process with such an approach is particularly reasonable, since student-athletes have highly-developed competitive qualities, such as ardor, aspiration for achievement of high results, persistence, diligence, ability to concentrate in crucial moments; which contribute to significant enhancement of the learning process and its quality.

The rating system of knowledge control has several advantages if the quality education needs to be enhanced along with health protection. It is no secret that athletes spend most of class hours at competitions, training camps and other sports events, so they cannot attend classes regularly; therefore, it is particularly important to organize for them an individual learning process under the conditions of the rating control system. First of all, because this system not only enables a student to choose the most convenient and

interesting for him (her) learning activities, but, what is especially important, the student can determine the accomplishment period. Thus, students develop their ability to work individually with various information sources and they have no psychological problems caused by the necessity to strictly follow the curriculum requirements; in addition, students learn to choose and organize their educational process by themselves. A correct organization of learning process, the choice of optimal terms for preparation and fulfillment of both semester and current tasks estimated using various control options can significantly affect the students' academic performance.

The problem is that the present standard curriculum in the absolute majority of higher schools provides strict connection of any form of learning activity, and particularly its control, to certain dates, that is reasonable from the standpoint of a standard organization of educational process. However, this situation brings a lot of difficulties to students of sports departments, and possibly to other students that practice sports actively, i.e. students whose personal schedule is strictly related to various sports events and accompanying event activities. Administration is not enthusiastic about the attempts to organize a flexible schedule of repeated examination of previously failed students, though de facto, such schedules are common practice, and reasonable scientific arguments in favour of a flexible schedule for learning regimes are practically absent.

As we have already showed [6], consideration of man's individual rhythms, i.e. cyclic fluctuations of students' intellectual, physical, and emotional activities [1], can significantly, and harmlessly, enhance the organization of the learning process. Proceeding from our results, we believe that the hypothesis of three rhythms, despite its vulnerability, can serve as a weighty argument in favor of the individual approach not only to the schedule of semester examinations, but to any other learning activity for both athletes and students of other specialties. Moreover, we can claim with full

confidence that such a rhythmologic approach will contribute not only to more optimal organization of athletes' workload distribution during learning, but also improve education quality in general. All the more, as the new concept of higher school educational standards is based on the ideas of a systematic activity approach when the efficiency of a student and a teacher, higher school educational process as a whole, is determined first of all by the quality of the environment within which the activity is being carried out, therefore it would be wrong not to consider biorhythmological factors.

It is worthwhile to note that nowadays there is a common practice in some countries, when a student can be examined in some disciplines in a certain period of time according to a flexible schedule, so using the opportunities of block-modular learning and the principle of academic freedom which delegates him or her not only the responsibility for the content of the curriculum and the quality of its implementation, but also an opportunity to agree the fulfillment of that curriculum with the university administration, including the terms of examinations and tests.

Taking into account the possibilities and conditions, we believe that a particular organization of individual work and rating control system are especially important for the department of physical culture, where students spend a lot of their class hours in training camps and competitions, i.e. during this period of time they are excluded from the standard scheduled-themed learning process.

First of all, lectures can not be included into the control system due to students' frequent leaving for various sports events, whereas laboratory works, being a basis for physiological studies, are highly recommended. Physiology is an experimental science, and lab works on all the topics of the course are the major learning activity. Accomplishment of each laboratory work is included into the rating control system when the skills of laboratory

work, experimental skills, and abilities to analyze results and form a comprehensive conclusion are estimated by a particular scale.

All forms of individual work are fulfilled in accordance with a particular tutorial which contains not only methodologies of lab works planned, but also rather extensive theoretical materials on a discipline, that is necessary for students to understand the essence of the laboratory work.

The same theoretical material, along with the textbook content, is the basis for introductory control, enabling fast and qualitative estimation of a student's readiness for a laboratory work. Pre-test interview is among the most effective methods of control used to examine the whole group of students within a short period of time. The introductory tests were developed for each laboratory work and included fifteen questions of various types on the foundations of the laboratory subject.

The introductory control is well incorporated into the rating system of students' knowledge control, since every test task is estimated in points. The introductory control is considered to be passed if a student got not less than 60% of the maximum number of points for the whole test. Those students who got less points are either not allowed to the laboratory work at all or allowed to accomplish this work in additional time. In the latter, different forms of test tasks are proposed, and their accomplishment is estimated by a lower number of points.

The points received during both the introductory tests and the laboratory works are the main, but not exclusive components of the rating. Home work on the disciplines studied at classes is an important form of individual work too. Series of questions are formed for each laboratory work, and special time is allocated for discussions on these questions at weekly student consultations. Theoretical discussions on these questions are not compulsory; nevertheless, such discussions can help best prepared students to significantly raise their rating in the discipline. The same form of control is

used for students who have failed to get enough points at primary tests, or who for some reasons were absent at the laboratory work and lectures.

Having regard to the peculiarities of the physical education department, it should be mentioned that typically there is a number of students absent at lab works or lectures. A particular system of individual learning on all topics of physiology was developed for those persons who are off in long-term training camps or competitions. This system includes an optional simple laboratory work that does not need special equipment or conditions, a practical task concerning analysis of a physiological law or dependence, and several problems. A student gets such a test before his or her departure, and reports on it after arrival. The accomplishment of all tests on all missed topics is scored up according to the rating and does not need additional work.

Another form of individual work is the semester tasks that are fulfilled by students during a semester and reported as soon as completed. Those tasks may be mandatory, for example they could be control works aimed at the examination of students' theoretical background in the topics not included into laboratory works for some reason. Using control works one can estimate not only the level of theoretical knowledge, but also the skills to describe it in the written form, find additional literature on the topic and use it, and the ability to distinguish the most important issues. The accomplishment of control work is a mandatory task for every student.

Solving situational problems on the topics studied is an optional, but important semester task. The ability to solve such problems shows a good level of knowledge, however, no time is left to develop this ability within the laboratory work. Thus, situational problems were developed for each topic, and students solve them individually and have exams when the studies of the topic are over. Accuracy of the solutions is then discussed at consultations.

Correctly solved problems are estimated by a certain number of points, and those points are included into the whole rating.

**Conclusion.** Thanks to the fulfillment of all kinds of individual work, either as a whole or partially, students can master a discipline more thoroughly and completely, acquire preliminary professional skills and increase considerably their educational rating; while a teacher gets an opportunity to use various methods for encouraging student at examination. We assume that the use of the rating system for assessment of students' knowledge is an efficient method of enhancement of learning motivation, quality of knowledge, and the educational competence of future specialists.

#### References:

1. Apokin V.V. Humanitarian university environment as a condition of value self-identification of students / V.V. Apokin, A.A. Povzun, V.D. Povzun // *Teoriya i praktika fizicheskoy kultury*. – 2014 – №4 – P. 92.

2. Kuznetsov Yu.F. Human biorhythms: physical, emotional, intellectual / Yu.F. Kuznetsov. – Amrita-Rus', 2006. – 384 P. (In Russian)

3. Povzun V.D. Capabilities of the university educational environment in developing the creative potential of sports faculty students / V.D. Povzun, A.A. Povzun, V.V. Apokin // *Teoriya i praktika fizicheskoy kultury*. – 2013. – №1 – P. 94-95.

4. Povzun V.D. The comparative analysis and ways of development of students' creative potential in the university educational environment / V.D. Povzun, A.A. Povzun, V.V. Apokin // *Teoriya i praktika fizicheskoy kultury*. – 2013 – №7 – P. 87-91.

5. Povzun V.D. Organization of rating system for knowledge assessment of students of faculties of sport subject to their individual rhythms / V.D. Povzun, A.A. Povzun, V.V. Apokin, O.V Bulgakova // *Teoriya i praktika fizicheskoy kultury*. – 2013. – №10 – P. 89-93.

6. Povzun V.D. The role of registration of biorhythms in enhancement of the academic performance of university students / V.D. Povzun, A.A. Povzun, V.V. Apokin, A.V. Sal'kov // Teoriya i praktika fizicheskoy kultury. – 2013. – №4 – P. 86-88.

7. Sal'kov A.V. Educational conditions of development of the achievement motivation in university students: abstract of Ph.D. thesis / A.V. Sal'kov. – Orenburg, 2002. – 20 p.

УДК 316.346.32-053.6

**Гендерные особенности межличностного выбора студентов  
университета**

***Вера Дмитриевна Повзун***

*д.пед.н., профессор,*

*заведующая кафедрой педагогики,*

*Сургутский государственный университет,*

*г. Сургут, Россия*

*e-mail: povzun64@mail.ru*

***Аннотация.** На основе самооценки уровня полоролевой социализации оценены гендерные особенности полоролевых предпочтений межличностного выбора студентов университета. Анализ и использование полученного результата может быть очень широким, и показать не только несовпадения между ожидаемыми и демонстрируемыми качествами представителями каждого пола в ожидании гендерного успеха, но и увидеть причины такого несовпадения.*

**Ключевые слова:** полоролевая социализация, половое поведение, полоролевая идентичность, гендерные предпочтения, гендерные роли, межличностный выбор.

## **Gender features of university students' interpersonal choice**

***Vera Dmitrievna Povzun***

*doctor of pedagogical sciences, professor,  
manager of department of pedagogics,  
Surgut state university, Surgut, Russia*

**Abstract.** *The purpose of the study was to identify gender specifics of sex-role preferences of interpersonal choice in university students. The analysis and the use of the result could be very broad, and show not only the discrepancy between the expected and the displayed qualities of representatives of each gender in the anticipation of gender success, but also see the reasons for this discrepancy.*

**Keywords:** *sex-role socialization, sexual behavior, sex-role identity, gender preferences, gender roles, interpersonal choice.*

The problem of sex-role socialization is a process that determines man's gender identity and formation of limits of the so-called sexual behavior, namely behavior specific for a particular sex – is getting increasingly relevant today [6], and the need to take into account the gender specifics provokes the need to organize political [3] and economic [2] strategies, settle social issues [4], sports [8, 9] and health [5, 10] issues, organize everyday and family relationships [15], education [11], science [7] and a number of other issues.

In this regard, it is clear that taking into account features of gender-role stereotypes of each generation, and moreover their formation in a direction

acceptable to society, is an important social problem, and educational institutions play in this process, if not the main, then a rather significant role [1]. The solution of this problem requires first and foremost understanding of the problem, especially as now we start to realize that young people are not only the object of education, but also the subject of social action that requires a fundamentally different type of social policy, and institutions of higher education can be one of the places for its implementation [14].

The problem is that the criteria of «correctness» in modern society are significantly blurred, and the most important institutions of education, including family, are weakened. It results in the blurred patterns of social behavior – a specific set of requirements, expectations imposed by society to male and female individuals, which undoubtedly leads to the disruption of the sex-role socialization – the process of forming male or female gender identity in accordance with the accepted in a given society cultural norms. This disruption results in inevitable errors in the demonstration of their own gender role, as well as in the assessment of the adequacy of such a role in the ones of the opposite sex. Consequently, it is necessary to control over the process of a person's entering the cultural norms of behavior and relations between men and women. Moreover, the control, which would enable not only the society, but also the person to determine the level and direction of his sex-role socialization which would help him adequately monitor and adjust his sex-role behavior. The method of self-evaluation is one of the most accessible and adequate methods of organization of control over such a process.

**The purpose of the study** was to identify gender specifics of sex-role preferences of interpersonal choice in university students.

**Materials and methods.** In the study, the participants were asked to, massively and independently from each other, name at least ten adjectives characterizing representatives of their own and the opposite sex, that ensure

their gender success. The boys and girls were surveyed separately. The survey involved up to 200 boys and 300 girls. In total, there were named about 150 adjectives, some of which were encountered only once, some had nothing to do with the personal qualities, and some were of frankly provocative nature. Therefore, 20 of the most common qualities were separately chosen from the resulting lists for male and female groups, the connection between which in each group with respect to «ideal» and «real» representatives of their own and the opposite sex was estimated by the method of Spearman's rank correlation.

**Results and discussion.** The data obtained at this stage clearly showed [12], that most of the values were outside optimal self-esteem, mainly being low self-esteem, namely below the «average» level, which itself is a poor indicator due to its extremely negative impact on social behavior. Inadequate self-esteem can cause a gender conflict.

However, such a result, while also confirming the existence of the conflict and in most cases of the dissatisfaction of the respondents with the attitude to their own and the opposite sex, yet did not help us identify any meaningful hierarchy of qualities exhibited by the representatives of each sex for their gender success and also evaluate the success of this presentation, and, therefore, find a contradiction between them.

To answer this question, we, using the ranking of qualities of «ideal» and «real» representatives of both genders that has already been done earlier during self-evaluation, made a stepwise summation of the same twenty qualities presented and expected by the representatives of each gender based on their significance, that is the frequency of putting those qualities to a certain place. The speed with which this number decreases reflects the degree of significance of the given quality for the group of subjects and furthermore reveals primary and secondary important qualities as characteristics, serving the basis for the sex role choice [13].

Judging by the first position, young girls consider femininity, intelligence and beauty by far the most popular and therefore important for being a success with men. And it is absolutely expected. All the other positions are far behind. However, there is a gradual increase in popularity of other qualities, which makes us clearly see their priority and, therefore, understand what will be presented if the first qualities are or are not appreciated, what are the first and the last qualities to be demonstrated, according to a girl. Thus, an «ideal» girl shows sexuality, openness, and mysteriousness last of all, which is unexpected in some sense.

For better clarity, we could have constructed the curves of the rise of popularity of certain qualities, but we will give only a table showing the importance of the qualities in the first three, five, ten and fifteen places. Assessment after fifteen places is hardly possible, since the totals of all the qualities begin to level off. For the same reason, in our case, it is pointless to assess more than twelve qualities.

Taking into account that the self-assessment method reveals the hierarchy of qualities not only for a «real» but for an «ideal» representative of gender, the result could be very broadly analyzed and used, and in our case show not only the discrepancy between the expected and the displayed qualities of representatives of each gender in the anticipation of gender success, but also see the reasons for this discrepancy.

Table. 1 shows the result we have obtained that reflects the peculiarities of their own and the opposing sex-role preferences expressed by both sexes with respect to «ideal» (N1) and «real» (№2) representatives of gender, calculated and assessed by the total of fifteen first places.

We note only some of the features that are important particularly for the student environment.

Table 1

**The hierarchy of qualities reflecting the peculiarities of sex-role preferences of interpersonal choice among the students of Surgut State University**

	<b>Girls about girls N 1</b>	<b>Girls about girls N 2</b>	<b>Boys about girls N1</b>	<b>Boys about girls N2</b>
1	<i>Feminine</i>	<i>Pretty</i>	<i>Well-mannered</i>	<i>Attractive</i>
2	<i>Smart</i>	<i>Smart</i>	<i>Attractive</i>	<i>Cheerful</i>
3	<i>Attentive</i>	<i>Kind</i>	<i>Honest</i>	<i>Beautiful</i>
4	<i>Kind</i>	<i>Attentive</i>	<i>Caring</i>	<i>Feminine</i>
5	<i>Cheerful</i>	<i>Cheerful</i>	<i>Kind</i>	<i>Pretty</i>
6	<i>Sociable</i>	<i>Caring</i>	<i>Feminine</i>	<i>Kind</i>
7	<i>Responsible</i>	<i>Interesting</i>	<i>Interesting</i>	<i>Smart</i>
8	<i>Interesting</i>	<i>Feminine</i>	<i>Cheerful</i>	<i>Interesting</i>
9	<i>Understanding</i>	<i>Sociable</i>	<i>Tender</i>	<i>Open</i>
10	<i>Housewifely</i>	<i>Understanding</i>	<i>Loving</i>	<i>Sexually attractive</i>
11	<i>Charming</i>	<i>Housewifely</i>	<i>Beautiful</i>	<i>Enigmatic</i>
12	<i>Beautiful</i>	<i>Responsive</i>	<i>Pretty</i>	<i>Sociable</i>
	<b>Girls about boys N1</b>	<b>Girls about boys N 2</b>	<b>Boys about boys N 1</b>	<b>Boys about boys N 2</b>
1	<i>Smart</i>	<i>Cheerful</i>	<i>Responsible</i>	<i>Cheerful</i>
2	<i>Loving</i>	<i>Sociable</i>	<i>Attentive</i>	<i>Caring</i>
3	<i>Faithful</i>	<i>Kind</i>	<i>Smart</i>	<i>Attentive</i>
4	<i>Caring</i>	<i>Interesting</i>	<i>Faithful</i>	<i>Understanding</i>
5	<i>Purposeful</i>	<i>Handsome</i>	<i>Interesting</i>	<i>Smart</i>
6	<i>Manly</i>	<i>Attentive</i>	<i>Kind</i>	<i>Interesting</i>
7	<i>Understanding</i>	<i>Strong</i>	<i>Reliable</i>	<i>Responsive</i>
8	<i>Reliable</i>	<i>Manly</i>	<i>Caring</i>	<i>Kind</i>
9	<i>Strong</i>	<i>Charming</i>	<i>Manly</i>	<i>Manly</i>
10	<i>Brave</i>	<i>Caring</i>	<i>Honest</i>	<i>Faithful</i>
11	<i>Kind</i>	<i>Handsome</i>	<i>Sociable</i>	<i>Strong</i>
12	<i>Attentive</i>	<i>Understanding</i>	<i>Brave</i>	<i>Sociable</i>

The first thing worth noting is the lack in those significant qualities of even a hint on the value of health. There is no mentioning of such quality even in the ideal case. And that is in the group consisting predominantly of medical students. We can assume with certainty that the behavior patterns aimed at a healthy lifestyle are also lacking.

Girls believe that an ideal girl should be, above all, feminine, but for a real girl femininity is in the second half of the list. This is understandable, given that femininity is a virtual concept and has no numerically measurable

evaluation criteria, and thus is practically unattainable. We can only sympathize with the girls striving to it and be glad that the other criteria such as smart, thoughtful, kind are matching.

The situation with the characteristic «beautiful» is even less understandable. It is quite natural that girls do not see it in the real representatives of their gender, but it is surprising that, considering an endemic desire of women to be beautiful, this quality is on the 12th place in the ideal characterization! Of course, the characteristic «beautiful» is in the top of the first places (as well as «femininity»), but it loses ground in the end. So, femininity is ultimately associated with some other qualities, as femininity is present in the list of real qualities but beauty is not!

Ideal boys also do not consider girls' beauty an important quality, although these are beautiful girls whom they see around themselves. Ideally, boys want to see well-mannered, attractive, honest girls. But they only see attractive and beautiful (and probably therefore attractive). Boys don't meet honest and well-mannered girls in real life. Such a situation should affect girls primarily because, as we expected, it clearly reflects the orientation to sexual (short-term), and not gender (long-term) success.

However, the situation is even more difficult among girls; they want to see an intelligent, loving and faithful boy and do not see any of these qualities in the real boys!

**Conclusion.** Our findings are just food for thought for educational institutions responsible for organization of educational activities, so that changes could be made in family relationships, especially for young people themselves who are to change value orientations in search of each other to be understood, seen and evaluated by their potential «soul mate». Otherwise, the expanding today gender nihilism, i.e. general reluctance to join any relationship other than sexual, and recriminations such as «all of them are such...» are inevitable.

## References:

1. Apokin V.V. Humanitarian university environment as a condition of value self-identification of students / V.V. Apokin, A.A. Povzun, V.D. Povzun // *Teoriya i praktika fizicheskoy kultury*. – 2014 – №4 – P. 92.
2. Bazueva E.V. Gender economics – a new direction of fundamental economic theory / E.V. Bazueva // *Ekonomicheskaya nauka sovremennoy Rossii*. – 2010. – №3. – P. 51-64.
3. Batler D. Gender regulation / D. Batler // *Neprikosnovenny zapas: debaty o politike i kul'ture*. – 2011. – №2. – P. 11-29.
4. Bogatova L.M. Emancipation as an ontological tragedy of sex / L.M. Bogatova // *Filosofiya nauki*. – 2008. – №6. – P. 113-133.
5. Brown J.W. Gender differences in health // J.W. Brown, L.V. Panova, N.L. Rusinova // *Sotsiologicheskie issledovaniya*. – 2007. – №6. – P. 114-122.
6. Gender stereotypes in the changing society: experience of complex sociological research / Ed. by N.M. Rimashevskaya. – Moscow: Nauka, 2009. – 272 p.
7. Naumova T.V. Feminization of science in modern Russia: pros and cons // *Sotsial'no-gumanitarnye znaniya*. – 2012. – №1. – P. 43-57.
8. Povzun A.A. Change of nonspecific adaptability of male and female swimmers at long flights from east to west / A.A. Apokin, V.V. Apokin, N.R. Usaeva // *Teoriya i praktika fizicheskoy kultury*. – 2012. – №11. – P. 92-94.
9. Povzun A.A. Comparative analysis of changes in the biorhythm structure in male and female swimmers at long flights / A.A. Povzun, V.V. Apokin, V.A. Rodionov // *Teoriya i praktika fizicheskoy kultury*. – 2012. – №10 – P. 89-92.
10. Povzun V.D. Recreational activities via physical culture in a preschool educational institution / V.D. Povzun, A.A. Povzun, V.V. Apokin // *Teoriya i praktika fizicheskoy kultury*. – 2012. – №8. – P. 83-86.

11. Povzun, A.A. Assessment of the level of sex-role socialization of students of the faculty of physical culture in view of their gender preference introspection / A.A. Povzun, V.V. Apokin, Yu.A. Mulyukina // *Teoriya i praktika fizicheskoy kultury*. – 2012. – №2. – P. 85-87.

12. Povzun V.D. Estimation of state of gender-role preferences of adolescents and their gender peculiarities / V.D. Povzun, A.A. Povzun, V.V. Apokin, N.P. Plekhanova // *Teoriya i praktika fizicheskoy kultury*. – 2013. – №11. – P. 87.

13. Povzun V.D. Gender features of gender-role preferences of students interpersonal choice / V.D. Povzun, A.A. Povzun, V.V. Apokin, V.Yu. Losev // *Teoriya i praktika fizicheskoy kultury*. – 2014. – №3. – P. 83-87.

14. Povzun V.D. Individual learning path as a way to implement interactive model of university education / V.D. Povzun, A.A. Povzun, V.V. Apokin, N.N. Sidorova // *Teoriya i praktika fizicheskoy kultury*. – 2015. – №1. – P. 91-93.

15. Shershen T.V. Spouses' equality rights: genesis and some problems of their implementation in the modern family law in Russia / T.V. Shershen' // *Rossiyskaya yustitsiya*. – 2010. – №7. – P. 28-31.

**Эмоциональное выгорание как специфический стресс-синдром**

*Алена Александровна Погребная*

*аспирант кафедры психологии,*

*Донбасский государственный педагогический университет,*

*г. Славянск, Украина*

*e-mail: sheewy2402@rambler.ru*

***Аннотация.** Статья посвящена проблеме эмоционального выгорания в педагогической среде. Рассматриваются различные концептуальные положения относительно соотношения таких понятий, как «стресс» и «выгорание». Представлены результаты экспериментального исследования, которые позволяют рассматривать эмоциональное выгорание в качестве стресс-синдрома. Экспериментально подтверждена гипотеза о том, что подверженность профессиональным стрессам и стресс-синдромам имеет внутривидовые различия и зависит от специфики профессиональной деятельности педагогов.*

***Ключевые слова:** эмоциональное выгорание, профессиональный стресс, стресс-синдром, стресс-фактор, деструкция.*

***Abstract.** The article is devoted to a problem of burnout in the educational environment. Various conceptual provisions are regarding in reference to such concepts as «stress» and «burnout». The results of experimental studies that allow us to consider the emotional burnout as stress syndrome are introduced. Experimentally confirmed the hypothesis that exposure to occupational stress and stress syndrome has intraprofessional differences, depending on the specifics of professional work of teachers.*

*Keywords: emotional burnout, occupational stress, stress syndrome, stress-factor, destruction.*

Профессиональный стресс является неотъемлемой составляющей профессиональной деятельности педагога. Исследования Н.В. Кузьминой, А.К. Марковой, Е.Л. Марковец, Л.М. Митиной, В.В. Радула, М.М. Рыбаковой и др. свидетельствуют о «стрессоопасности» педагогической деятельности: интенсивное эмоционально насыщенное общение, информационные перегрузки, чрезвычайно высокая ответственность за результаты труда, жесткая система контроля и оценивания, отсутствие стимулов для качественной работы и т.д. – стресс-факторы, способные нарушить процесс профессионализации, привести к личностным и профессиональным деформациям и деструкциям, к числу которых относится и эмоциональное выгорание. В профессиональной деятельности учителей специальных общеобразовательных школ-интернатов для детей с интеллектуальной недостаточностью, кроме вышеописанных, можно также выделить такой стресс-фактор, как взаимодействие с психологически «трудным» контингентом (дети с психофизиологическими нарушениями) и оказание на них коррекционного воздействия.

Несмотря на чрезвычайную актуальность данной проблемы в практическом аспекте, в научных кругах до сих пор ведется полемика по вопросу соотношения таких понятий, как «стресс» и «выгорание». В частности, Г. Селье рассматривает выгорание в качестве длительного рабочего стресса. В рамках теории стресса и общего адаптационного синдрома эмоциональное выгорание приравнивается к третьей стадии стресса (истощение), которой предшествует стойкий и неподдающийся контролю уровень возбуждения [4].

В исследованиях Н.В. Гришиной, Е.В. Ермаковой, А. Лэнгле и др. предпринята попытка изучения эмоционального выгорания с точки зрения экзистенциального анализа. Расширив границы понимания данного синдрома за рамки профессиональной сферы, авторы рассматривают эмоциональное выгорание как нарушение ценностно-смысловой сферы человека. Например, А. Лэнгле считает выгорание особой формой экзистенциального вакуума, в которой доминирует картина истощения, счетом, предъявляемым нам за отчужденную, удаленную от нашей человеческой (экзистенциальной) действительности жизнь в угоду требованиям своего времени [2].

Некоторые исследователи не усматривают связи между эффектами выгорания и профессиональными стрессами. По мнению В.Е. Орла, люди прекрасно могут работать в стрессовых условиях, если считают, что их работа важна и значима [3]. Интересными, на наш взгляд, являются исследования Т.С. Яценко, проведенные в рамках глубинной психокоррекции. Так, синдром эмоционального выгорания, с точки зрения автора, имеет глубинно-психологические истоки и представляет собой нивелирование, «сожжение» либидных чувств к близким людям, которое экстраполируется на других людей, профессиональное взаимодействие. Блокирование либидного потенциала происходит на основе эдипальной зависимости и травматических переживаний раннего детства, подросткового возраста. Согласно психодинамической теории Т.С. Яценко, эмоциональное выгорание связано с формированием статичности психики, которая проявляется в блокировании личностного развития, тенденции к психологической смерти, регрессии [5].

Большинство современных исследований, опираясь на трехкомпонентную модель эмоционального выгорания, предложенную С. Maslach и S. Jackson, рассматривают данный синдром в качестве

относительно самостоятельного феномена, отличительными особенностями которого являются его дезадапционный характер и профессиональная направленность. Согласно этой модели, под выгоранием понимают синдром, развивающийся на фоне хронического стресса и ведущий к истощению эмоционально-энергических и личностных ресурсов работающего человека [1]. Данный стресс-синдром включает в себя три основных составляющих: эмоциональное истощение, деперсонализацию (цинизм) и редукцию профессиональных достижений. Авторы не случайно использовали понятие синдром, подчеркивая тем самым относительную независимость входящих в него элементов, которые сами по себе могут существовать в качестве отдельных элементов и в других состояниях. Поскольку синдром – это группа симптомов, С. Maslach и S. Jackson отмечали, что только диагностировав наличие всех трех компонентов, мы можем говорить о выгорании [1, 3].

Теоретический анализ современных исследований проблемы эмоционального выгорания показал: несмотря на сходство третьей фазы стресса и симптомов выгорания, данный синдром имеет дифференциальные критерии отличия от сходных феноменов (длительность протекания, успешность адаптации, степень распространенности и т.д.). Рассматривая эмоциональное выгорание в качестве специфического стресс-синдрома, мы предположили, что степень подверженности профессиональным стрессам и его последствиям имеет внутривидовые различия и зависит от специфики профессиональной деятельности педагогов. Для проверки данной гипотезы было проведено экспериментальное исследование, в котором приняли участие 80 учителей специальных общеобразовательных школ-интернатов для детей с интеллектуальной недостаточностью (экспериментальная группа), 80 учителей

общеобразовательных школ-интернатов (контрольная группа 1) и 80 учителей общеобразовательных школ (контрольная группа 2) гг. Славянска, Краматорска, Николаевки, Красного Лимана (Украина). С целью диагностики предрасположенности педагогов к профессиональному стрессу была использована авторская анкета, которая учитывала особенности стресс-факторов, встречающихся исключительно в педагогической среде и обусловленных спецификой профессиональной педагогической деятельности. Для исследования степени подверженности учителей эмоциональному выгоранию была использована стандартизированная методика В.В. Бойко. Достоверность различий между процентными долями двух выборок оценивалась с помощью критерия  $\phi$ -Фишера.

Результаты анкетирования показали, что наиболее уязвимой к профессиональным стрессам категорией среди испытуемых оказались учителя экспериментальной группы. Представленность высоких показателей в данной выборке составила 72,5%, что на статистически значимом уровне превышало представленность аналогичных показателей в контрольной группе 1 ( $p \leq 0,01$ ) и контрольной группе 2 ( $p \leq 0,001$ ). Соответственно, количество низких показателей в экспериментальной группе значительно уступало представленности таких в группе учителей из контрольных групп 1 и 2 (см. табл. 1).

*Таблица 1*

**Степень предрасположенности учителей экспериментальной и контрольных групп к профессиональному стрессу**

Степень предрасположенности	ЭГ (n=80)	К1 (n=80)	$\phi$	К2 (n=80)	$\phi$
высокая	72,5%	52,5%	2,64**	30%	5,56***
средняя	16,3%	20%	0,61	21,3%	0,81
низкая	11,2%	27,5%	2,67**	48,7%	5,45***

*Примечание:* \*\* -  $p \leq 0,01$ ; \*\*\* -  $p \leq 0,001$ .

Таким образом, на основе анализа полученных результатов можно сделать вывод, что учителя экспериментальной группы в большей степени, нежели их коллеги из контрольных групп, демонстрировали высокую вероятность развития у них профессионального стресса. Данная категория педагогов склонна воспринимать широкий спектр профессиональных явлений в качестве стрессогенных: межличностные отношения в системах «учитель-ученик», «учитель-учитель», «учитель-администрация»; психологические и физиологические особенности подопечных; профессиональную ответственность за их будущее; специфику педагогической деятельности и т.д. У них наблюдалось эмоциональное напряжение, беспокойство, тревожность, раздражительность, физический и психический дискомфорт в отношении большинства профессионально напряженных ситуаций. Необходимо отметить, что указанная категория педагогов уже демонстрировала некоторые психологические и физиологические признаки имеющегося стресса: они жаловались на чувство усталости, недостатка энергии на работе или при мыслях о ней, бессонницу, пониженное настроение, невозможность отключиться от рабочих проблем, прием лекарственных препаратов для снятия напряжения и т.п.

Результаты исследования эмоционального выгорания у педагогов общеобразовательных учебных заведений представлены в таблице 2.

Таблица 2

**Наличие признаков эмоционального выгорания у учителей  
экспериментальной и контрольных групп**

Эмоциональное выгорание	ЭГ (n=80)		К1 (n=80)		Ф	К2 (n=80)		Ф
	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%		Абс.ч.	%	
наличие признаков	71	88,8	58	72,5	2,66**	42	52,5	5,29***
отсутствие признаков	9	11,2	22	27,5	2,67**	38	47,5	5,30***

Примечание: \*\* -  $p \leq 0,01$ ; \*\*\* -  $p \leq 0,001$ .

Анализ данных, представленных в таблице 2, показал, что наиболее подверженными эмоциональному выгоранию оказались учителя экспериментальной группы – 88,8%, что значительно превышало количество специалистов с такими же признаками и из контрольной группы 1 ( $p \leq 0,01$ ), и из контрольной группы 2 ( $p \leq 0,001$ ). Результаты исследования свидетельствуют, что педагогические работники специальных общеобразовательных школ-интернатов для детей с интеллектуальной недостаточностью в значительно большей степени, нежели их коллеги из контрольных групп, отличались физическим и эмоциональным истощением, деперсонализацией, исключением чувств и эмоций из повседневного реагирования и их чередованием с неадекватными эмоциональными реакциями. Постоянная включенность в эмоционально насыщенные контакты, которые являются сугубо специфическими в специальных школах-интернатах, способствовала возникновению у профессионалов чувства усталости, напряжения, апатии, подавленности, что отразилось на их работоспособности и продуктивности деятельности.

Результаты исследованной нами связи между степенью предрасположенности к профессиональному стрессу и наличием признаков эмоционального выгорания у учителей общеобразовательных учебных заведений разных типов представлены в таблице 3.

*Таблица 3*

**Соотношение показателей предрасположенности к профессиональному стрессу и эмоциональному выгоранию у учителей экспериментальной и контрольных групп**

Степень предрасположенности к профессиональному стрессу	ЭГ		К1		К2	
	отсутствие эмоц. выгорания (n=9)	наличие эмоц. выгорания (n=71)	отсутствие эмоц. выгорания (n=22)	наличие эмоц. выгорания (n=58)	отсутствие эмоц. выгорания (n=38)	наличие эмоц. выгорания (n=42)
высокая	–	81,7%	–	72,4%	–	57,2%
средняя	–	18,3%	–	27,6%	2,6%	38,1%
низкая	100%	–	100%	–	97,4%	4,7%

Результаты таблицы сопряженности показали, что высокие показатели склонности к профессиональному стрессу встречались у 81,7% учителей экспериментальной группы; 72,4% учителей контрольной группы 1; 57,2% учителей контрольной группы 2, которые имели признаки эмоционального выгорания.

Таким образом, большинство педагогов общеобразовательных учреждений всех типов, у которых было диагностировано эмоциональное выгорание, подвержены профессиональному стрессу, что дает нам основание рассматривать выгорание в качестве стресс-синдрома. Полученные экспериментальные данные подтвердили нашу гипотезу о том, что несмотря на сходства проблемных ситуаций, возникающих на рабочем месте у педагогических работников, подверженность профессиональным стрессам и стресс-синдромам зависит от специфики их профессиональной деятельности.

В частности, трудовая деятельность учителей специальных общеобразовательных школ-интернатов для детей с интеллектуальной недостаточностью характеризуется чрезвычайно напряженным психоэмоциональным модусом профессиональной деятельности, что обуславливает наибольшую среди педагогов общеобразовательных учреждений подверженность профессиональным стрессам и его последствиям, наиболее деструктивным из которых является эмоциональное выгорание.

#### Список литературы:

1. Водопьянова Н.Е. Психодиагностика стресса / Н.Е. Водопьянова. – СПб.: Питер, 2009. – 336 с.
2. Лэнгле А. Эмоциональное выгорание с позиций экзистенциального анализа: теоретическое исследование / А. Лэнгле // Вопросы психологии. – 2008. – №2. – С. 3-16.

3. Орел В.Е. Синдром психического выгорания личности: [монография] / В.Е. Орел. – Ярославль: Изд-во Институт психологии РАН, 2005. – 330 с.

4. Селье Г. Стресс без дистресса / Г. Селье. – М: Прогресс, 2002 – 123 с.

5. Яценко Т. Глибинна психокорекція та упередження психічного вигорання. Частина 1. / Т. Яценко, Б. Іваненко, І. Євтушенко. – К.: Главник, 2008. – 176 с.

УДК 159.923.2-057.87:37.015.3

**Адаптационные проявления психологической защиты и  
смысло-жизненных ориентаций личности студента**

*Елена Анатольевна Резникова*

*к.психол.н., доцент*

*Донбасский государственный педагогический университет*

*г. Славянск, Украина*

*e-mail: di-9@mail.ru*

*Аннотация.* В статье приведены результаты эмпирического исследования динамических характеристик психологической защиты и смысловых ориентаций личности студентов с первого по пятый курс обучения в вузе. Установлена тесная связь динамических характеристик механизмов психологической защиты с этапами адаптационного процесса; особенности смысловых ориентаций сопровождают динамику адаптационного процесса студентов.

**Ключевые слова:** механизмы психологической защиты, адаптационный процесс, смысло-жизненные ориентации.

***Abstract.** The article presents the results of the empirical research of the dynamic characteristics of psychological defense and sense orientations of the personality of the students from the first to the fifth years of studying at university. The close connection of the dynamical characteristics of psychological defense with the stages of the adaptation process is defined; the peculiarities of the sense orientations accompany the dynamics of the adaptation process of the students.*

***Keywords:** mechanisms of psychological defense, adaptation process, sense-life orientations.*

Особенности адаптационной ситуации личности в период обучения в вузе определяются совпадением или наложением друг на друга в этот период двух типов стрессовых воздействий: связанных с особенностями и проблемами юношеского возраста и обусловленных условиями жизни и социального положения студенчества. Следовательно, студенческий период можно рассматривать как предъявляющий повышенные требования к психологической защите личности, а проблему психологической защиты студенчества к числу наиболее актуальных проблем высшей школы.

В современной зарубежной и отечественной и науке накоплен богатый теоретический и эмпирический материал, отражающий различные концепции психологической защиты и иллюстрирующий противоречивость данного феномена (Ф.В. Бассин, Ф.Е. Василюк, Р.М. Грановская, Л.Р. Гребенников и Е.С. Романова, В.И. Журбин, Б.В. Зейгарник, А.А. Налчаджян, В.С. Ротенберг, А.М. Штыпель, Т.С. Яценко и др.). Остается невыясненным вопрос о том, какие механизмы личности позволяют ей конструктивно противостоять агрессивной среде, защищая себя, свою целостность, свою внутреннюю свободу и достигать необходимой адаптированности.

Теоретический анализ проблемы психологической защиты позволяет предположить, что выбор той или иной стратегии психологической защиты осуществляется благодаря личностной регуляции.

Изучение смыслового уровня саморегуляции связано с анализом смысло-жизненных ориентаций личности. *Согласно Д.А. Леонтьеву, ощущение смыслонаполненности или бессмысленности жизни – это индикатор переживания успеха или неуспеха в самореализации [1].*

Цель исследования состояла в определении динамико-содержательных характеристик механизмов психологической защиты и смысло-жизненных ориентаций в качестве способов личностной регуляции адаптационных процессов студентов.

Выборку составили студенты 1-5 курсов факультета психологии, экономики и управления Донбасского государственного педагогического университета в возрасте от 18 до 25 лет. Всего в исследовании приняло участие 400 человек.

С целью исследования бессознательной адаптационной активности личности студента был использован тест-опросник механизмов психологической защиты, разработанный Р. Плутчиком совместно с Г. Келлерманом и Х.Р. Контом и адаптированный Л.П. Гребенниковым.

Для изучения смысловой сферы личности нами был использован «Тест смысло-жизненных ориентаций» Д.А. Леонтьева. Тест является адаптированной версией теста «Цель в жизни» Д. Крамбо и Л. Махолика, разработанной авторами на основе теории стремления к смыслу и логотерапии В. Франкла.

Изучение динамических характеристик психологической защиты и смысло-жизненных ориентаций студентов проводилось на основании

анализа изменений средних значений соответствующих показателей с первого по пятый курс обучения в вузе.

Анализ результатов свидетельствует, что показатели механизмов защиты находятся в границах достаточной выраженности (отрицание, вытеснение, проекция, замещение, реактивное образование) и высокой степени выраженности (регрессия, компенсация) на всех пяти курсах обучения. Интеллектуализация занимает среднюю линию графика и проходит через точку 50 перцентилей. При этом выраженность показателей механизмов защиты меняется в зависимости от курса обучения.

Очевидны некоторые общие закономерности в динамике механизмов психологической защиты с первого по пятый курс.

Установлено, что ко второму курсу динамика большей части защитных механизмов (проекция, замещение, отрицание, вытеснение, регрессия, компенсация, показатель ИНЗ) характеризуется увеличением интенсивности. При этом статистическая достоверность увеличения представлена у механизма проекции ( $t=-2,37$ ;  $p=0,01$ ) и показателя ИНЗ ( $t=-2,11$ ;  $p=0,03$ ). Динамика механизмов интеллектуализация и реактивное образование, напротив, обнаруживает снижение интенсивности ко второму курсу. В целом, интенсивность механизмов защиты на втором курсе самая высокая.

Характер изменений интенсивности механизмов со второго по третий курс однозначен. Все механизмы проявляют тенденцию снижения интенсивности (отрицание, вытеснение, компенсация, проекция, замещение, реактивное образование, регрессия показатель ИНЗ). Механизм интеллектуализация сохраняет свои значения со второго до четвертого курса. Статистически значимых изменений не выявлено. В целом, интенсивность механизмов защиты на третьем курсе сохраняется высокая.

Тенденция снижения интенсивности механизмов с третьего по четвертый курс сохраняется и даже усиливается у таких механизмов как подавление, регрессия, проекция, замещение, реактивные образования, показатель ИНЗ. Статистически значимых изменений между показателями механизмов защиты третьего и четвертого курса не выявлено, но обнаружена статистическая достоверность снижения интенсивности на четвертом курсе по отношению к показателям второго курса таких механизмов как проекция ( $t=2,62$ ;  $p=0,01$ ), регрессия ( $t=2,12$ ;  $p=0,03$ ), замещение ( $t=4,14$ ;  $p=0,00007$ ), показатель ИНЗ ( $t=3,7$ ;  $p=0,0003$ ). Это позволяет сделать вывод о том, что спад интенсивности механизмов защиты охватывает период со второго по четвертый курс. Не наблюдается данная тенденция у механизма отрицание и компенсация, которые увеличивает интенсивность к четвертому курсу по сравнению с третьим курсом, хотя при этом не превышают значения показателей второго курса.

Характер изменений механизмов защиты (вытеснение, регрессия, проекция, замещение, интеллектуализация, реактивное образование, показатель ИНЗ) с четвертого по пятый курс имеет тенденцию увеличения. Статистическая достоверность увеличения выявлена у механизмов вытеснение ( $t=-3,44$ ;  $p=0,0009$ ), замещение ( $t=-2,8$ ;  $p=0,006$ ), показатель ИНЗ ( $t=-2,23$ ;  $p=0,03$ ). Причем, увеличение интенсивности вытеснения на пятом курсе статистически достоверно по отношению к его значениям на первом ( $t=-3,67$ ;  $p=0,0004$ ), третьем курсах ( $t=-2,65$ ;  $p=0,009$ ). Механизмы отрицания и компенсация не вписываются в данную схему и демонстрируют тенденцию понижения интенсивности на пятом курсе. При этом их значения не достигают значений первого курса.

Обнаруженная динамика механизмов психологической защиты студентов становится понятной при рассмотрении ее применительно к

этапам адаптационного процесса, выделенных в работах В.И. Медведева [2]. Интенсификация бессознательной психологической защиты является составной частью системного ответа на возникновение трудных жизненных условий. Защитная бессознательная активность личности обеспечивает «ресурсосберегающее» поведение в изменяющихся условиях и возрастающих требованиях среды. Адаптационной целью личности становится саморегуляция, оценка целей и имеющихся ресурсов и оптимизация психофизиологической стоимости адаптационных перестроек.

На основе анализа средних значений переменных можно сделать следующие выводы:

– динамические характеристики механизмов психологической защиты имеют тесную связь с этапами адаптационного процесса. Высокий уровень интенсивности защит на втором и пятом курсах может рассматриваться как показатель пиков напряжения адаптационных процессов, а снижение напряжения защит на третьем и четвертом курсах – как показатель стабилизации процесса адаптации;

– различия в динамических характеристиках механизмов защиты студентов проявляются в различном соотношении спадов и подъемов их интенсивности с этапами адаптационного процесса. Схожие графики динамик демонстрируют механизмы отрицания и компенсации, механизмы вытеснения, регрессии, проекции, замещения, механизмы реактивное образование, интеллектуализация;

Анализ результатов свидетельствует, что общий показатель осмысленности жизни, а также показатели всех шкал лежат в пределах среднего диапазона значений предусмотренных ключом опросника. Исключение составляет показатель локус-контроля Я, значения которого на четвертом курсе превышают средние значения, а на пятом достигают низких.

Динамика смысло-жизненных ориентаций в общем виде может быть представлена как снижение показателей на втором и третьем курсе с последующим повышением их на четвертом и пятом курсах. Для показателя общего уровня осмысленности жизни характерно статистически достоверное: уменьшение значений на третьем курсе по отношению к значениям первого курса ( $t=2,02$ ;  $p=0,05$ ); увеличение значений на пятом курсе по отношению к значениям второго курса ( $t=-2,56$ ;  $p=0,01$ ) и значениям третьего курса ( $t=-2,50$ ;  $p=0,01$ ).

*Факт снижения показателя осмысленности жизни на третьем курсе может быть связан с содержательными компонентами социально-психологической адаптации студентов. Несовпадение еще абитуриентских представлений и обретенного в процессе обучения более реального видения профессии часто приводит к кризису профессионального становления и, как результат – снижение осмысленности жизни. К окончанию третьего и началу четвертого курса первый этап кризиса профессионального становления завершается. Механизмом разрешения кризиса может считаться трансформация личностного смысла обучения студента путем приведения его в большее соответствие с профессиональными требованиями. Судя по повышению показателя ОЖ на пятом курсе, этот процесс протекает успешно.*

Достаточно динамичен показатель *удовлетворенности прожитой частью жизни*. Установлено статистически достоверное увеличение показателя результат: на четвертом курсе по отношению к показателям первого ( $t=-3,80$ ;  $p=0,0002$ ), второго ( $t=-3,73$ ;  $p=0,0003$ ) и третьего ( $t=-4,18$ ;  $p=0,00001$ ) курсов; на пятом курсе по отношению к показателям второго ( $t=-2,06$ ;  $p=0,04$ ) и третьего ( $t=-2,52$ ;  $p=0,01$ ) курсов. Значительное повышение на четвертом курсе шкалы результат

свидетельствует о завершенности определенного цикла адаптационного процесса.

Динамические характеристики обнаруживает показатель локус-контроля Я. Наиболее выражена способность к преодолению жизненных трудностей, уверенность в своей способности влиять на эти ситуации у студентов четвертого курса. В качестве причины отказа личности нести ответственность за происходящие события пятом курсе можно назвать адаптационное напряжение в связи с задачами профессионального и личностного самоопределения. В этом случае экстернальный локус становится своеобразным защитным механизмом, позволяющим личности легче адаптироваться к воздействию внешних и внутренних адаптогенных факторов. Установлено статистически достоверное снижение показателя локус-контроля «Я» на пятом курсе по отношению к показателям первого курса ( $t=2,50$ ;  $p=0,01$ ).

Убеждение в контролируемости жизни наиболее шаткое на третьем курсе. Установлено статистически достоверное уменьшение на третьем курсе по отношению к значениям первого курса показателей локус-контроля «жизнь» ( $t=2,04$ ;  $p=0,04$ ).

На основе анализа средних значений переменных можно сделать следующие выводы:

- напряжение адаптационного процесса и проблемы экзистенциального характера совпадают на временном отрезке второго и третьего курса обучения студентов в вузе;
- рост показателей смысло-жизненных ориентаций на четвертом и пятом курсах может рассматриваться как результат адаптационной трансформации личности студента;
- напряжение адаптационного процесса на пятом курсе связано со снижением интернальности личности;

– высокие значения показателей шкалы результат, шкалы локус контроля Я на четвертом курсе могут рассматриваться как показатель завершенности определенного цикла адаптационного процесса, что находит свое проявление в субъективном ощущении возможности реализации внутриличностного потенциала в условиях установившегося баланса в системе личность – среда.

Результаты корреляционного анализа представили сопоставимость и взаимосвязь механизмов психологической защиты и показателей смысло-жизненных ориентаций личности, а также связанных с ними двух аспектов локуса контроля и общего показателя осмысленности жизни. С показателями смысло-жизненных ориентаций связи механизма отрицания имеют прямую, а связи механизмов проекции, регрессии, замещения, реактивного образования – обратную зависимость; связи механизмов компенсации и вытеснения разнонаправленные с показателями смысло-жизненных ориентаций

Таким образом, функционирование механизмов защиты, снижение и повышение их интенсивности опосредовано влиянием смысло-жизненных ориентаций. При этом механизмы психологической защиты выступают одновременно как в качестве способов личностной регуляции адаптационных процессов так и способов организации смысло-жизненных ориентаций в структуре адаптационного ответа.

#### Список литературы:

1. Леонтьев Д. А. Самореализация и сущностные силы человека / Д. А. Леонтьев // Психология с человеческим лицом: Гуманистическая перспектива в постсоветской психологии. – М., 1997. – С. 156-176.
2. Медведев В. И. Адаптация человека / В. И. Медведев. – СПб.: Институт мозга человека РАН, 2003. – 551 с.

**Роль родительских комитетов в государственно-  
общественном управлении общеобразовательным учебным  
заведением**

***Ирина Анатольевна Решетова***

*к.пед.н., доцент кафедры управления учебными заведениями,  
Донбасский государственный педагогический университет,  
г. Славянск, Украина*

***Алина Геннадьевна Голота***

*магистрант кафедры управления учебными заведениями,  
Донбасский государственный педагогический университет,  
г. Славянск, Украина*

*e-mail: irina\_sotskaya@ukr.net*

***Аннотация.*** В статье определена сущность понятия «государственно-общественное управление», его цели и задачи. Автором исследованы вопросы деятельности органов общественного самоуправления, в частности родительских комитетов общеобразовательных учебных заведений. В ходе научного поиска рассмотрена деятельность постоянно действующих комиссий родительских комитетов школ.

***Ключевые слова:*** государственно-общественное управление, родительский комитет общеобразовательного учебного заведения, постоянно действующие комиссии.

***Abstract.*** The article deals with the sense of the statement state and public administration, its aims and tasks. The author has researched the questions of the activity of public self-rule bodies, namely the parents' committees of secondary educational establishments. During the scientific

*research the activity of constantly functioning parents' committees at schools has been analyzed.*

**Keywords:** *public and state administration, parents' committee of secondary educational establishment, constantly functioning commissions.*

Формирование нового демократического государства требует изменений ее политической, экономической, социальной и культурной составляющих. Этот процесс становится возможным при условии формирования у современной молодежи демократического мировоззрения, что является основополагающим в современном образовании в период становления образовательной системы. Такой процесс формирования мировоззрения молодежи требует научно обоснованных подходов к управлению образованием для ее дальнейшего развития.

Переход к новой системе управления образованием идет по пути её утверждения как государственно-общественной. При этом управление образованием преследует цель максимального учета и удовлетворения потребностей граждан, работодателей и общества в целом.

Результатом интеграции системы образования Украины в мировое пространство стало создание на всех уровнях управления самоуправляющихся и общественных структур [3]. Согласно положений Национальной доктрины развития образования Украины необходимо обеспечение государственного управления с учетом общественного мнения, что в свою очередь приводит к изменениям центрального и регионального управления образованием, его функций, нагрузки, структуры и стиля [4]. Это становится возможным при государственно-общественном управлении образованием, как особом типе управления. Целью государственно-общественного управления образованием

является обеспечение равных прав в управлении образованием субъектов и их органов, как представляющих интересы государства в области образования, так и выражающих интересы гражданского общества, населения.

Основными задачами государственно-общественного управления образованием являются:

- реализация определенных прав и обязанностей педагогов, учащихся и их родителей на участие в управлении общеобразовательными учебными заведениями;
- демократизация государственного управления образованием;
- удовлетворения потребностей и интересов участников образовательного процесса [1].

В процессе становления государственно-общественного управления образованием особое место занимают органы общественного самоуправления. Остановимся на изучении деятельности органов общественного самоуправления в общеобразовательном учебном заведении. Существуют следующие органы общественного самоуправления: ученический и родительский комитет; профком, методический совет. Особо актуальным на современном этапе развития образования является деятельность родительских комитетов общеобразовательных учебных заведений. Общешкольные и классные родительские комитеты являются органами общественности в школе и действующими помощниками педагогического коллектива в учебно-воспитательной работе. Родительские комитеты учебных заведений действуют в соответствии с Примерным положением о родительских комитетах (совета) общеобразовательного учебного заведения, утвержденного Приказом Министерства образования и науки Украины №440 от 2 июня 2004 года. Согласно указанного положения целью деятельности родительских

комитетов общеобразовательных учебных заведений является защита законных интересов своих детей в органах общественного самоуправления заведения в соответствующих государственных, судебных органах, а также оказание помощи педагогическому коллективу в реализации задач общего среднего образования [5]. Основными задачами деятельности комитетов является содействие созданию условий для: 1) получения учащимися обязательного общего среднего образования, развития их природных способностей и поддержки одаренной молодежи; 2) формирования и развития личности ученика и его гражданской позиции, становлению ученического самоуправления; 3) формирования общечеловеческой культуры и морали, культуры межнациональных отношений; 4) воспитания у учащихся уважительного отношения к государственным святыням, украинскому языку и культуре, истории и культуре народов, проживающих в Украине; 5) всестороннего укрепления связей между семьями, учебным заведением и общественностью с целью установления единства их воспитательного воздействия на детей; 6) защиты здоровья и сохранения жизни и здоровья детей; 7) предотвращения безнадзорности детей в свободное от занятий время и беспризорности; 8) организации работы по распространению психолого-педагогических и правовых знаний среди родителей, повышение их ответственности за обучение и воспитание детей; 9) привлечения родительской общественности к профессиональной ориентации учащихся, внеклассной и внешкольной работе; 10) решения вопросов развития материально-технической базы учебного заведения и его благоустройства.

В состав родительского комитета школы входят главы (представители) всех комитетов классов школы. Количественный и качественный состав комитета заведения, срок его полномочий

определяются советом этого учреждения. При необходимости родительский комитет школы может созвать собрание родителей заведения [5]. План работы родительского комитета составляется на основании плана работы общеобразовательного учебного заведения, решений собрания родителей, рекомендаций директора, классного руководителя, органов ученического самоуправления, общественности.

Эффективность работы родительского комитета школы зависит: во-первых, от работоспособности и активности всех его членов; во-вторых, от действенного повседневного руководства его деятельностью со стороны директора школы и классных руководителей; в-третьих, от личной связи членов комитета с учителями; в-четвертых, от организованной плановой и систематической работы всех его постоянно действующих комиссий. Как правило, для систематической работы родительский комитет школы создает такие постоянно действующие комиссии: учебно-воспитательную, культурно-массовых, комиссия педагогической пропаганды, материально-бытовую и санитарно-хозяйственную [6]. Учебно-воспитательная комиссия родительского комитета уделяет большое внимание успеваемости и поведению учеников. Члены комиссии вместе с классными руководителями посещают родителей и проводят с ними определенную работу по вопросам успеваемости и дисциплины их детей. Если оказывается, что причиной недисциплинированности и плохой успеваемости являются сами родители, то нерадивых родителей вызывают на заседание учебно-воспитательной комиссии или на заседание родительского комитета школы и педагогического совета.

Материально-бытовая комиссия проводит значительную работу по оказанию материальной помощи отдельным необеспеченным детям из фонда, который ежегодно создается в школе и находится в распоряжении родительского комитета. Родительский комитет школы

иногда принимает решение о принятии мер к отдельным родителям, не выполняющим своих родительских обязанностей, а также об улучшении материально-бытовых условий отдельных учеников, которые в этом нуждаются.

Культурно-массовая комиссия вместе с учителями организует посещение учащимися театров, кинотеатров, проводит экскурсии в музеи, предприятия, помогает в проведении тематических ученических вечеров, в организации художественной самодеятельности.

Комиссия педагогической пропаганды помогает школе выявлять трудности, с которыми сталкиваются родители в воспитании детей, выявлять и распространять лучший опыт семейного воспитания, организовывать классные и общешкольные родительские собрания. Членами комиссии организовывается школьный лекторий для родителей, проводятся общешкольные родительские конференции по обмену опытом семейного воспитания и др.

Санитарно-хозяйственная комиссия предоставляет систематическую помощь школьному врачу в поддержке санитарного состояния школьных помещений, столовых, в организации прививок против различных инфекционных болезней, в проведении в школьном лектории лекций по профилактике детских заболеваний, в организации оздоровления детей и т.д. Члены комиссии принимают активное участие в подготовке к новому учебному году и в укреплении учебно-материальной базы школы, привлекая родительский актив [6].

Председатели постоянно действующих комиссий в конце каждой учебной четверти отчитываются о своей работе на заседании общешкольного родительского комитета [6]. Родительский комитет школы как один из важнейших звеньев в системе работы школы с родителями, играют важную роль в укреплении связей между семьей, учебным заведением и общественностью; повышении ответственности

родителей за обучение и воспитание детей; содействию созданию условий для всестороннего развития ребенка.

Выводы. Учитывая общие тенденции модернизации образования, одной из существенных составляющих проведения этих реформ в каждом учебном заведении является формирование социального партнерства участников школьного образования: учителей, учеников и их родителей. В современных условиях невозможно обойтись без поддержки родительской общественности, шефов, поэтому роль родительских комитетов в общеобразовательных учебных заведениях является ключевой в государственно-общественном управлении современной школой.

#### Список литературы:

1. Бочкарёв В.И. Государственно-общественное управление образованием: каким ему быть? / В.И. Бочкарёв // Педагогика. – 2001. – №2.
2. Єльнікова Г. Теоретичні підходи до моделювання державно-громадського управління / Г. Єльнікова // Директор школи. – 2003. – №40-41.
3. Зайченко О.І. Шляхи розвитку державно-громадського управління в системі освіти / О.І. Зайченко // Теорія та методика управління освітою. – №4. – 2010.
4. Національна доктрина розвитку освіти // Освіта. – 2002. – №26.
5. Примірне положення про батьківські комітети (ради) загальноосвітнього навчального закладу, затверджене Наказом МОН України №440 від 2 червня 2004 р.
6. Шаповал М.М. Спільна робота школи, сім'ї і громадськості / М.М. Шаповал. – Київ: Радянська школа, 1965. – 232 с.

**Самооценка психоэмоционального состояния – элемент профилактики переутомления у вахтовиков заполярья**

*Александр Сергеевич Сарычев*

*д.мед.н., доцент кафедры гигиены и медицинской экологии,  
Северный государственный медицинский университет,*

*г. Архангельск, Россия*

*e-mail: k69069@yandex.ru*

*Янина Васильевна Шимановская*

*к.с.н., доцент, заведующая кафедрой социальных технологий,  
Российский государственный социальный университет,*

*г. Москва, Россия*

*e-mail: ya1873@yandex.ru*

***Аннотация.** В статье рассматриваются вопросы использования подекадного тестирования с использованием метода субъективных оценок утомления, для своевременного выявления и профилактики развивающегося переутомления у вахтовых рабочих в Заполярье.*

***Ключевые слова:** вахтовые рабочие, диагностика и профилактика переутомления, Заполярье.*

***Abstract.** This article discusses the use of every ten days of testing using the method of subjective estimates of fatigue, for the early detection and prevention of emerging shift workers from overwork in the Arctic.*

***Keywords:** shift workers, diagnosis and prevention of overwork, the Arctic.*

Современное состояние и перспективы роста нефтедобычи в труднодоступных и малообжитых районах Заполярья предопределяет необходимость использования вахтовых, экспедиционно-вахтовых и

экспедиционных методов труда [3, 7]. Интенсивность разноплановых нагрузок на организм человека, на современном этапе нефтегазодобычи, предъявляет повышенные требования к деятельности всех функциональных систем и, прежде всего к состоянию центральной нервной системы, которая во многом определяет стратегию функционирования организма в экстремальных условиях Заполярья и его работоспособность [2, 4]. В отраслях, связанных с использованием в производственном цикле эргономических систем «человек-машина» и «человек-машина-среда», оперативная системная психофизиологическая диагностика свойств специалистов является важнейшим условием безопасности их работы [1, 5, 6].

Исследование любых проявлений высшей нервной деятельности человека предполагает определение её объективных и субъективных характеристик. При этом общепризнано, что тщательно учтенные «субъективные данные» являются не менее ценными, чем объективные, и должны учитываться при анализе исследуемых явлений. При оценке работоспособности и функционального состояния человека необходимо также учитывать его субъективное состояние (усталость), являющееся довольно информативным показателем. Ощущая усталость, человек снижает темп работы или вовсе прекращает её. Этим самым предотвращается истощение функциональных резервов в лимитирующих аэробную деятельность физиологических системах и обеспечивается возможность быстрого восстановления работоспособности человека к началу следующего рабочего цикла [4,5,7,8].

В рамках комплексных экспедиций на о. Колгуев и п. Варандей в 2002, 2006, 2007 годах, в полевых условиях были обследованы 71 человек, у которых применялись 12 – часовые рабочие смены через 12 часов отдыха в течение 52 дней с последующим отдыхом 52 дня по

месту жительства (формула РТО  $12 \times 12 / 52 + 52$ ), и 12 – часовые рабочие смены через 12 часов отдыха в течение 24 дней, с последующим отдыхом 24 дня по месту жительства (формула РТО  $12 \times 12 / 24 + 24$ ). Все обследованные рабочие практически здоровые лица мужского пола в возрасте  $39,6 \pm 3,6$  лет, занятые средним и тяжелым физическим трудом на открытом воздухе и операторским трудом в служебных помещениях.

Учитывая, что производительность и эффективность труда напрямую связана с самочувствием, как ощущением психофизиологической комфортности внутреннего состояния, с целью максимальной объективизации данной характеристики использовался опросник «самочувствие-активность-настроение» (САН) в динамике вахтового периода [8]. Самочувствие тесно связано с активностью, которая всегда выступает в соотношении с работоспособностью человека и проявляется в общении, творчестве, волевых актах. Активность, также связана с настроением человека, которое придает положительный или отрицательный фон жизненным событиям и рассматривается как основополагающий элемент, формирующий реакции на события и как инструмент мониторинга окружающих обстоятельств. Настроение влияет на поведение человека и возможности его саморегуляции, что немаловажно для трудового процесса, который для ограниченного коллектива вахтовиков, протекает в условиях значительно отличающихся от привычных [1].

Анализ полученных результатов проводился с помощью статистического пакета SPSS 13.0. После проверки на правильность распределения, сравнение независимых групп данных, не подчиняющихся закону нормального распределения, осуществлялось с использованием непараметрического теста Wilcoxon Signed Ranks Test, непараметрического критерия Mann-Whitney и теста Exact. Результаты представлялись в виде медианы (Md), 25 и 75 перцентилей.

Критический уровень значимости (P) в данной работе принимался равным 0,05 [7].

Динамика изменений показателей субъективной оценки самочувствия, активности и настроения рабочими в течение вахтового периода при использовании экспедиционного типа вахтовой организации труда с (формулой РТО  $12 \times 12 / 52 + 52$ ) выглядела следующим образом (рис. 1).

В начале вахты все три параметра имеют высокие значения: самооценка настроения –  $Md=5,8(4,8;6,8)$  баллов, активности –  $Md=5,7(4,7;6,3)$ , самочувствия –  $Md=5,7(5,0;6,4)$ . В соответствии с диагностической шкалой, состояние нефтяников в диапазоне (С=6,0 до 4,5 баллов), (А=6,0 до 4,3 баллов) и (Н=6,0 до 4,1 балла) оценивалось на этом этапе вахты как – нормальное самочувствие, двигательная активность, адекватное восприятие обстановки.

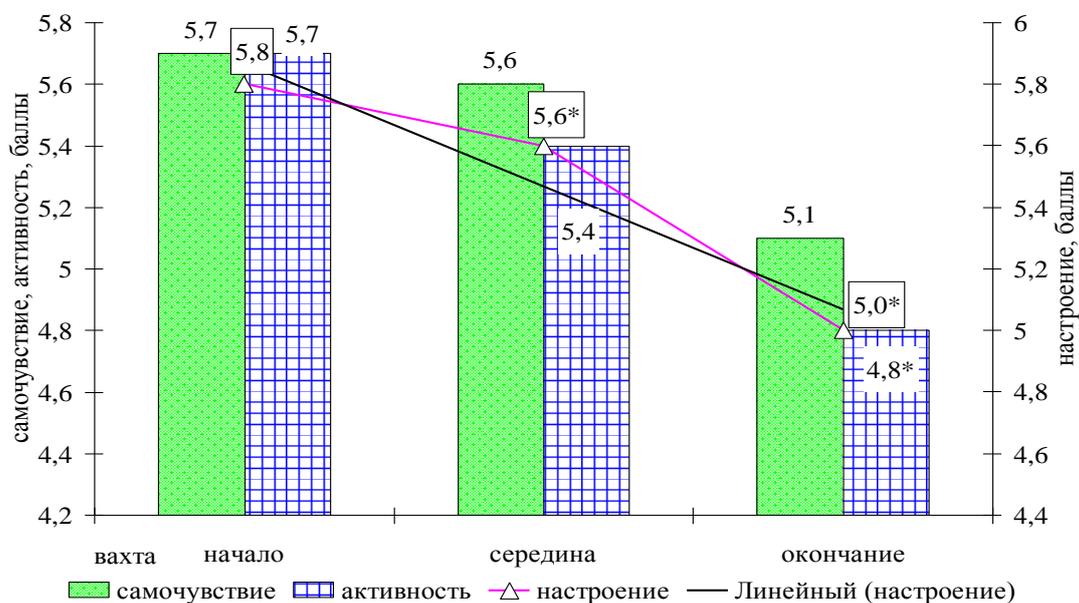


Рис. 1. Динамика самочувствия, активности и настроения у вахтовиков при экспедиционном типе организации труда (формула РТО  $12 \times 12 / 52 + 52$ ).

Примечание: \* – статистически значимые отличия с началом вахты ( $p < 0,05$ ).

На протяжении всей вахты показатели самочувствия, активности

и настроения существенно снижаются, причём более выражено снижается самооценка настроения, подчиняясь линейной зависимости ( $y = -0,4x + 6,2667$ ;  $R^2 = 0,92$ ). Если в начале вахты балльная оценка настроения выше значений самочувствия, то начиная с 39 суток оценочный уровень настроения снижается, становясь ниже значений самочувствия, что свидетельствует о явном переутомлении рабочих. Снижение показателей активности начинает проявляться с 20 дня вахты, цифровые значения данного параметра постепенно падают (с 5,61 балла на 20-й день до 4,63 балла на 48-й день). После 37 суток нахождения на вахте описываемый параметр, а, следовательно, и связанная с ним производительность труда, находились на нижней границе нормы и составляли 4,5-4,8 баллов, что помимо снижения адаптационных возможностей, отражает и нарастающую астенизацию организма.

Практически синхронные изменения наблюдались и в оценке рабочими уровня настроения. Снижение его уровня отмечалось после 20-25 дня вахты, причем минимальными в течение суток оказались значения, полученные утром, в разные дни они составили 4,9-5,3 балла, что соответствовало нижней границе нормы. Увеличение разницы между величинами исследуемых параметров более чем на 0,6 балла по сравнению с исходными данными может свидетельствовать об изменении функционального состояния коры головного мозга и снижении работоспособности обследуемых на фоне нарастающей астенизации [1, 4, 8], при развитии которой, человек не чувствует себя отдохнувшим после сна, а ухудшение состояния наблюдается именно в утренние часы.

Динамическое обследование в полевых условиях нефтегазодобытчиков в п. Варандей работавших с использованием экспедиционно-вахтового типа вахтовой организации труда (формула

РТО 12×12/24+24) также позволило выявить ряд особенностей в самооценке самочувствия, активности и настроения у рабочих на протяжении вахтового периода (рис. 2).

Первая декада вахты пришлась на предновогодний период, в связи с чем, самооценка настроения (6,0-6,1 баллов), соответствовала уровню «эйфории». В последующем регистрировались колебания настроения по периодам вахты, но в целом оно снижалось, подчиняясь зависимости ( $y=-0,04x+6,06$ ;  $R^2=0,5$ ), оставаясь на уровне адекватного восприятия обстановки.

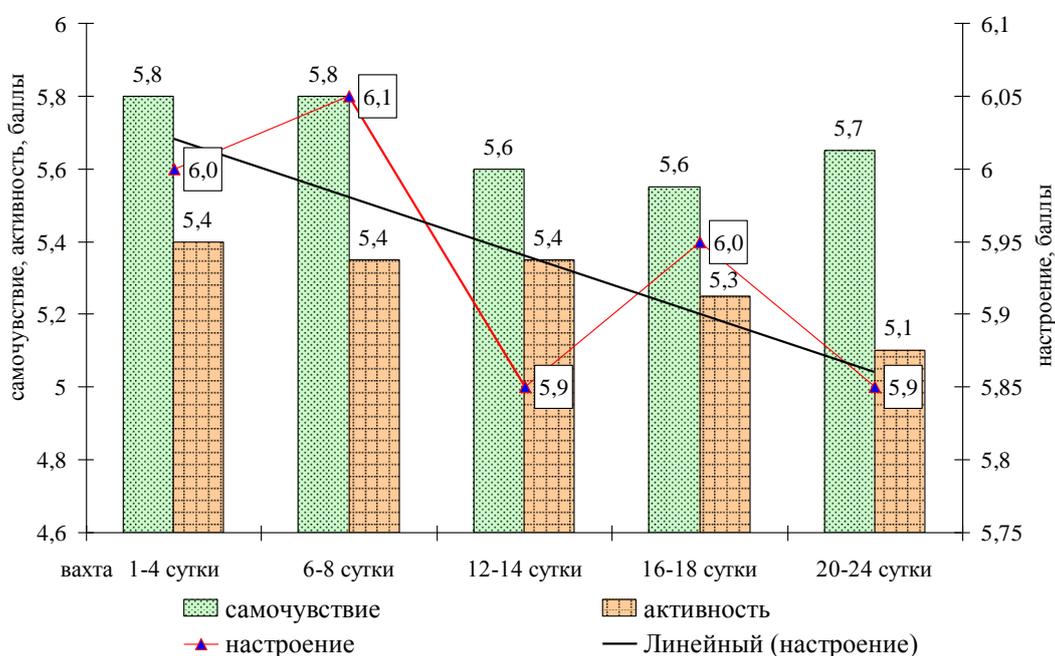


Рис. 2. Вариабельность самочувствия, активности и настроения в динамике экспедиционно-вахтового типа организации труда (формула РТО 12×12/24+24).

Самооценка самочувствия претерпевала сходные колебания, что и изменения настроения, с отчетливой тенденцией к снижению, подчиняющейся линейной зависимости ( $y=-0,055x + 5,845$ ;  $R^2 = 0,57$ ) после 10-12 суток. Показатель самооценки активности удерживался на стабильно высоком уровне до 15 суток вахты, после чего прогрессивно снижался ( $y=-0,07x + 5,5$ ;  $R^2 = 0,86$ ) к завершению вахтового периода.

Установлено, что в динамике рабочего цикла, число вахтовиков с

нормальным самочувствием, двигательной активностью и адекватным восприятием обстановки варьировало от 39,3 до 64,3% от численного состава вахты. Прогрессивно снижалось число нефтяников находящихся в состоянии эйфории с двигательной и эмоциональной расторможенностью с 30-42% в начале вахты до 12-25% к её завершению ( $y = -8,9286x + 51,19$ ;  $R^2 = 0,98$ ), параллельно регистрировалось увеличение числа рабочих, у которых было снижено настроение, двигательная активность и самочувствие с 17,1-17,9% в начале до 21,4-26,8% к завершению вахты ( $y = 4,878x + 11,382$ ;  $R^2 = 0,92$ ). Учитывая, что к концу вахтового периода более четверти от численного состава бригады находилось в состоянии сниженной активности, самочувствия и настроения, можно с высокой степенью уверенности предполагать снижение производительности и эффективности труда на фоне нарастающего утомления.

При обработке данных теста «САН» необходимо учитывать не только абсолютные величины самочувствия, активности и настроения, но и соотношение этих характеристик между собой. Известно, что в условиях интенсивной профессиональной деятельности ухудшение самочувствия и активности сопровождается, как правило, менее выраженным снижением настроения [1,4,5,8], что и имело место у нефтяников при реализации трудовой деятельности в Заполярье.

Таким образом, анализ результатов теста САН показал, что в начале вахтового периода рабочие независимо от используемого типа вахтовой организации труда и формулы РТО – бодры, энергичны и настроены на работу. Далее, в процессе трудовой деятельности, самооценка самочувствия, активности и настроения существенно снижается. В зависимости от протяженности рабочего цикла в каждом конкретном случае выраженное снижение показателей самооценки регистрировалось с середины вахтового периода. Причем к концу вахты

значения настроения были ниже значений самочувствия, что свидетельствует о явном переутомлении нефтяников.

Рекомендуем, с целью своевременного выявления и профилактики развивающегося переутомления у вахтовиков при работе в экстремальных условиях, проводить подекадное тестирование работающих. Для этого необходимо использовать простые в исполнении (бланковые, аппаратные, компьютерные) и в тоже время информативные методы субъективных оценок утомления с использованием опросников и субъективного шкалирования. Проведение тестирования, после предварительного обучения, можно возложить на сменного мастера (бригадира), что позволит заблаговременно выявлять лиц с нарастающей астенизацией и осуществлять ротацию кадров в пределах вахтовой смены.

#### Список литературы:

1. Актуальные проблемы физиологии военного труда. / Под ред. проф. В.И. Шостака. – СПб.:ВМА им. С.М. Кирова, 1992. – 238 с.

2. Казначеев В.П., Трофимов А.В. Хроноэкология: новые аспекты проблемы адаптации // Эколого-физиологические проблемы адаптации. Тез. докладов XI Международн.симпоз. – М.; Издательство РУДН, 2003. – С. 98-100.

3. Кривошеков С.Г. Производственные миграции и здоровье человека на Севере / С.Г. Кривошеков, С.В. Охотников – Новосибирск: Изд-во СО РАМН. 2000. – 118 с.

4. Мороз М.П., Чубаров И.В. Методология оценки и прогнозирования работоспособности человека-оператора. – СПб.:ГУП «Петроцентр», 2001. – 80 с.

5. Павлова Л.П. Доминантные механизмы работоспособности // Нервная система. – Л.: Изд-во ЛГУ, – 1988. – Вып. 26. – С. 203-218.

6. Русалов В.М. Биологические основы индивидуально-

психологических различий. – М., 1979. – 352 с.

7. Сарычев А.С., Шимановская Я.В. Динамика функционального состояния у нефтяников в ходе ночных и дневных 12-ти часовых рабочих смен / Я.В. Лопатина, А. С. Сарычев // Человеческий капитал.– 2011. – №3. – С. 71-74.

8. Тест дифференцированной самооценки функционального состояния / Доскин В.А., Лаврентьева Н.А., Мирошников М.П., Шарай В.Б. // Вопросы психологии. – 1973. – №6. – С.141-145.

УДК 371

**Здоровьесберегающее воспитание: нормативно-смысловые аспекты**

**Марина Викторовна Сёмина**

*к.пед.н., доцент,*

*Забайкальский государственный университет*

*г. Чита, Россия*

*e-mail: semina-67@mail.ru*

*Аннотация.* В статье акцентирована задача формирования у детей и подростков культуры здорового образа жизни, ценностных представлений о физическом здоровье и способах его сохранения. Представлена нормативно-законодательная база организации здоровьесбережения в современном российском образовании, показаны пути и методы воспитания культуры здоровьесбережения обучающихся.

**Ключевые слова:** *здоровье, воспитание здоровьесбережения, образование, нормативно-законодательная база.*

**Abstract.** *In article the problem of formation at children and teenagers*

*of culture of a healthy lifestyle, valuable representations about physical health and ways of its preservation is accented. The standard legislative base of the organization of a health-saving in modern Russian education is presented, ways and methods of education of culture of a health-saving of the trained are shown.*

**Keywords:** *health, education of a health-saving, education, standard legislative base.*

Здоровье – бесценное достояние не только каждого человека, это потенциал развития цивилизованного общества, модус качества жизни. Идея здоровьесберегающего воспитания в мире с каждым годом обретает все большее число сторонников [1, с. 64]. В.П. Казначеев, известный российский учёный в области медицины, биофизики, экологии, социологии, педагогики; доктор медицинских наук, профессор, академик РАН, трактует здоровье человека как процесс сохранения и развития биологических, физиологических и психологических функций оптимальной трудоспособности, социальной активности при максимальной продолжительности жизни. Здоровье позволяет человеку выполнять поставленные планы, успешно решать основные жизненные задачи, преодолевать трудности, выносить при необходимости значительные перегрузки.

В современной России нормативно-законодательная база организации здоровьесберегающего образования представлена в ряде правительственных документов, основными из которых являются Федеральный закон от 24 июля 1998 г. №124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» (ст. 10, 14) и Федеральный закон РФ «Об образовании в Российской Федерации» №273-ФЗ от 29.12.2012 (ст. 29,32,51), а также приказы и распоряжения отдельных ведомств: Приказ Министерства здравоохранения

Российской Федерации и Министерства образования Российской Федерации от 30.06.1992 №186/272 «О совершенствовании системы медицинского обеспечения детей в образовательных учреждениях»;

Приказ Минздрава Российской Федерации от 04.04.2003 №139 «Об утверждении Инструкции по внедрению оздоровительных технологий в деятельность образовательных учреждений»; Письмо Министерства образования РФ от 27.06.2003 №28-51-513/16 «Методические рекомендации по психолого-педагогическому сопровождению обучающихся в учебно-воспитательном процессе в условиях модернизации образования»; Приказ Министерства образования РФ от 28.12.2010 №2106 «Об утверждении федеральных требований к образовательным учреждениям в части охраны здоровья обучающихся, воспитанников», Указ Президента РФ от 1 июня 2012 г. №761» О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012 – 2017 годы» [3].

Особое место в нормативно-законодательной базе здоровьесбережения в образовании занимает принятая в 2013г. Правительством РФ Программа развития воспитательной компоненты в общеобразовательных учреждениях. Ее целью является «укрепление и развитие воспитательного потенциала в социокультурном пространстве Российской Федерации на основе взаимодействия систем общего и дополнительного образования» [4].

Программа рассчитана на период реализации до 2020г., в качестве основных функциональных векторов развития запланированы нормативно-правовое, организационно-управленческое, кадровое, информационное, мониторинговое, финансовое и материально-техническое направления. Суть приведенного документа связана с обновленным представлением воспитания как процесса, осуществляемого с учетом отечественных традиций, национально-

региональных особенностей, достижений современного опыта; включающего формирование разнообразных воспитательных систем, стимулирование разнообразия воспитательных стратегий и технологий, повышение эффективности взаимодействия учебной и внеучебной деятельности, установление и поддержку баланса государственного, семейного и общественного воспитания.

Содержание программы включает и конкретизирует одиннадцать приоритетных для современной России воспитательных направлений: гражданско-патриотического, нравственного и духовного, воспитания положительного отношения к труду и творчеству и т.д. Значимым направлением реализации Программы является здоровьесберегающее воспитание. В общем контексте организация документа здоровьесберегающего воспитания основывается на классических принципах отечественного образования, в частности, принципах гуманистической направленности воспитания, личностной самоценности субъектов образовательного процесса, культуросообразности/духовности воспитания, лично-значимой деятельности, коллективного воспитания, природосообразности и природоспособности, целостности и вариативности воспитательных систем. Представляет интерес акцентирование Программы на реализации принципа «концентрации воспитания на развитии социальной и культурной компетентности личности», формировании социальности и «социального закаливания» от нежелательных практик; необходимости создания дополнительных условий для социализации детей с особыми потребностями в обучении и ограниченными возможностями; проведении мероприятий, направленных на комплексное решение проблем семей с детьми-инвалидами, детьми-мигрантами, обеспечении их полноценной жизнедеятельности и интеграции в школьном пространстве и в социуме в целом; проявлении

толерантности как признания наличия плюрализма мнений, терпимости к мнению других людей, учет их интересов, мыслей, культуры, образа жизни, поведения в различных сферах жизни, что, по сути, отражает инновационный характер документа.

Определенный потенциал Программы связан с признанием роли преемственности в воспитании, заключающейся в непрерывности этого процесса (как на уровне поколений, так и на уровне образования), в развитии необходимости личностного присвоения учащимися культурно-исторических ценностей и традиций своего народа. Знаковым является применение воспитывающего обучения как использования потенциала содержания изучаемых учебных дисциплин – как основных, так и дополнительных образовательных программ в целях личностного развития школьников, формирования положительной мотивации к самообразованию, а также ориентации их на творческую внеучебную деятельность.

Здоровьесберегающее воспитание подразумевает решение комплекса задач, связанных, во-первых, с формированием у обучающихся культуры здорового образа жизни, ценностных представлений о физическом здоровье, о ценности духовного и нравственного здоровья; во-вторых, формированием у обучающихся навыков сохранения собственного здоровья, овладением здоровьесберегающими технологиями в процессе обучения во внеурочное время; в-третьих, формированием представлений о ценности занятий физической культурой и спортом, пониманием влияния этой деятельности на развитие личности человека, на процесс обучения и взрослой жизни.

В качестве действенных программ и проектов в развитии данного направления воспитательной деятельности могут быть представлены:

- программы и проекты, направленные на воспитание

ответственного отношения к состоянию своего здоровья, на профилактику развития вредных привычек, различных форм асоциального поведения, оказывающих отрицательное воздействие на здоровье человека посредством регулярных профилактических мероприятий, лекций, встреч с медицинскими работниками, сотрудниками правоохранительных органов, детскими и подростковыми психологами; проведения дней здоровья, олимпиад и тематических конкурсов;

– программы и проекты, направленные на обеспечение условий для занятий физической культурой и спортом через развитие спортивных школ, клубов, кружков, увеличение числа оборудованных спортивных площадок, обеспечение спортивным инвентарем детских оздоровительных лагерей, лагерей отдыха, трудовых лагерей, санаториев и профилакториев, проведение разнообразных спортивных мероприятий, состязаний, изучение истории спорта и олимпийских игр, развитие семейного спорта, детского и юношеского туризма;

– программы и проекты, направленные на формирование культуры здоровья путем организации историко-поисковой и научно-исследовательской деятельности учащихся по теме здорового образа жизни, изучения в рамках деятельности кружков и клубов позитивных примеров здорового образа жизни в семье и регионе, создания школьных музеев здоровья и спорта, проведения в общеобразовательных учреждениях научной работы, связанной с проблемой сохранения здоровья субъектов образовательной деятельности;

– программы и проекты, направленные на обеспечение пропаганды здорового образа жизни и физической культуры, в том числе и средствами социальной рекламы с целью информационного сопровождения спортивных соревнований и оздоровительных

мероприятий;

– разработка и реализация информационно-пропагандистских мероприятий для различных групп населения: детей, подростков, учащейся молодежи, направленных на формирование и пропаганду здорового образа жизни; создание молодежных спортивных и оздоровительных интернет-порталов информационно-пропагандистской направленности;

– программы и проекты, направленные на обеспечение нравственного и духовного здоровья. Примером могут стать научные сообщества учащихся, исследующие проблемы психологического комфорта, коммуникативной компетентности, нравственного поведения, дискуссионные клубы и молодежные центры, рассматривающие вопросы социального партнерства, социальной и межкультурной коммуникации, проведение форумов, лекций и круглых столов по проблемам духовного здоровья молодого поколения, преодоления асоциального поведения, профилактики экстремизма, радикализма в детской и молодежной среде.

Как показано в исследованиях Л.В. Водогреевой и других, процесс взаимодействия школы и семьи, а также других агентов социализации (правовых и медицинских учреждений, социальных и психологических служб, общественных организаций) по приобщению школьников к здоровому образу жизни будет наиболее эффективным при реализации следующих педагогических условий:

– формирование отношения у школьников к здоровому образу жизни как ценности совместными усилиями образовательного учреждения и его социальных партнеров, родителей учащихся. Это предполагает знакомство учащихся с относительно новой для них здоровьесберегающей областью знаний, осознание роли знаний в сохранении и приумножении своего здоровья, возможности их

применения в практике повседневной жизни;

– организация взаимодействия школы и семьи, других субъектов социализации на основе деятельностного подхода, включающего родителей, педагогов и учащихся в субъект-субъектную деятельность с использованием интерактивных форм, стимулирующих процессы самоизучения и самосовершенствования участников;

– учет типологических особенностей семьи и семейного воспитания при организации взаимодействия школы и семьи в приобщении школьников к здоровому образу жизни на основе лично-ориентированной стратегии взаимодействия с семьей учащегося. При этом ведущим в педагогическом планировании становится учет семейных традиций, структурно-функциональных особенностей семьи [2, с. 41]. В качестве современных образовательных ценностно-смысловых детерминант здоровьесбережения могут выступать календарные памятные даты и праздники, призывающие к сбережению здоровья и имеющие, таким образом, общекультурное и воспитательное значение [5, с.3].

Таким образом, становление культуры здоровьесбережения обучающихся сегодня является приоритетной государственной задачей. Ее постановка и выполнение рассматривается в контексте целостной воспитательной политики современной России, обусловленной реальной ситуацией, сложившейся в детской и молодежной среде.

#### Список литературы:

1. Белякова Л.Ю. Теоретико-практические основы организации открытого учебно-оздоровительного комплекса: Дис. канд. пед. наук. СПб, 2006. – 178 с.
2. Водогреева Л.В. Роль семьи в формировании здорового образа жизни // Гигиена и санитария. – 2008. – №5. – С. 34-42.
3. Здоровьесберегающая деятельность образовательного

учреждения. – Режим доступа. – URL:  
<http://zdor.74213sinter.edusite.ru/p2aa1.html> (дата обращения 12.12.2015).

4. Программа развития воспитательной компоненты в общеобразовательных учреждениях. – Режим доступа. – URL:  
<http://nsportal.ru/obshcheobrazovatel'naya-tematika/all/2014/03/26/programma-razvitiya-vospitatelnoy-komponenty-v>.  
(дата обращения 20.01.2016).

5. Сёмина М. В. Календарь фамилистических памятных дат и личных семейных событий – Чита: Деловое, 2012. – 24 с.

УДК 614.2

**Возможности популяризации здорового образа жизни  
среди молодежи при помощи новых технологий**

*Добриана Александрова Сиджимова*

*доцент, доктор,*

*Медицинский университет г. София,*

*факультет общественного здоровья,*

*кафедра политики и управления здравоохранением,*

*e-mail: dsidjimova@mail.bg*

*г. София, Болгария*

***Теодор Николов Попов***

*профессор, доктор,*

*Медицинский университет г. София,*

*факультет общественного здоровья, заведующий,*

*кафедрой медицинской педагогики,*

*г. София, Болгария*

***Аннотация.*** В статье анализируются характеристика, навыки и

*специфика поколения Z, которые следует учитывать с целью максимально эффективного воздействия на данную генерацию для популяризации здорового образа жизни.*

**Ключевые слова:** *поколение, новые технологии, здоровый образ жизни*

**Abstract.** *The article analyzes the characteristics, skills and the specifics of the generation Z, which should be considered in order to maximize the popularization impact of healthy lifestyle among the young people.*

**Keywords:** *generation, new technologies, healthy lifestyle.*

### **Специфика поколения Z.**

Каждое поколение людей в истории цивилизации отличалось своими специфическими характерными чертами, которые формировали его особенности в отличие от предыдущих и следующих поколений. Изучение данных особенностей повышает эффективность коммуникации с представителями данного поколения, способствует обособлению его потребностей с целью их удовлетворения и установлению сильных и слабых сторон для создания базы сотрудничества и преемственности ценностей и норм, утвержденных в данном социуме в течение времени.

Таким образом формировалось поколение бейби бумеров, чье рождение относится к периоду 1943-1960 гг.; поколение X – к периоду 1961-1976 гг.

К поколению Y относятся люди, рожденные в период 1977-2000 гг. Это очень взыскательное, технологически активное поколение. Как и их родители, представители поколения Y очень трудолюбивы, но не ограничиваются только на своей работе. До 2025 г. 75% мировой рабочей силы будет состоять именно из людей, принадлежащих к этому

поколению.

За поколением Y приходит генерация Z – это все еще дети, рожденные в начале XXI века. Принято говорить, что современные дети рождаются с компьютерной мышкой в руках. Это в действительности подтверждается фактом, что они намного успешнее и быстрее усваивают технологические новости. Для них атрактивно все яркое, зрелищное и сенсорное. Они увлекаются компьютерными играми, предпочитают sms-ы телефонным разговорам, чат – имейлам, социальные сети – блогам. Поколение Z находится в непрерывной связи, благодаря интернету, вот почему их характеризуют как Digital Native. Они свободнее чувствуют себя, когда задают вопрос в Google, чем своим родителям. По данным масштабного исследования среди поколения Z, 70% респондентов убежденно утверждает, что они уже не дети, хотя все анкетированные были в возрасте 10 лет. Представители этой генерации склонны создавать свою собственную среду, доминированную компьютерами и цифровыми технологиями [4].

Можно сделать вывод, что Z-дети живут в виртуальном мире, им более близки персонажи компьютерных игр, чем реальные люди. Для них характерно быстрое зрительное восприятие фотографий (в Instagram) или видеороликов. Им не нравится массовая ТВ программа.

Свои модели подражания дети находят в видеопорталах. По данным исследования журнала Entrepreneur, для американских тийнейджеров десять самых известных лиц – это звезды со своими собственными каналами в YouTube. А актуальный анализ на сайте Variety в США, осуществленный среди 1500 человек в возрасте 13-18 лет, доказывает, что американская молодежь восхищается 20 идолами, 10 из которых голливудские звезды, а остальные 10 – известные имена You Tube канала, т. наз. влогеры – блогеры со своими видеоканалами [3].

## **Характеристика общественного здоровья с акцентом на здоровье детей.**

По мнению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), «инвестиции в здоровье подростков помогают предотвратить до 1,4 миллиона смертельных случаев, которые происходят ежегодно во всем мире в результате дорожно-транспортного травматизма, насилия, суицида, ВИЧ и причин, связанных с беременностью. Они могут также улучшить здоровье и благополучие многих миллионов подростков, испытывающих такие проблемы, как депрессия, анемия или ВИЧ-инфекция; они могут также способствовать созданию поведенческих моделей, помогающих предотвратить такие проблемы здоровья, которые зарегистрированы в последние годы, а именно: сердечно-сосудистые заболевания и рак легких, возникающие в подростковом возрасте вследствие низкой физической активности и табакокурения. И, наконец, инвестиции в здравоохранение подростков могут предотвратить возникновение проблем в следующих поколениях, таких, как недоношенность и низкая масса тела у детей, родившихся у очень молодых матерей» [8].

Одной из самых серьезных проблем, стоящих перед общественным здравоохранением в 21-м веке, является ожирение среди детей. Такие дети склонны к ожирению в зрелом возрасте, и у них с большей вероятностью в более молодом возрасте появятся такие неинфекционные болезни, как диабет, сердечно-сосудистые заболевания, мышечно-скелетные нарушения, особенно остеоартрит и некоторые виды рака (рак эндометрии, молочной железы и толстой кишки) [7].

Ожирение у детей связано с повышенной вероятностью преждевременной смерти и инвалидности в зрелом возрасте.

Согласно имеющимся оценкам [10], во всем мире избыточную

массу тела имеют около 170 миллионов детей (лиц младше 18 лет), и в некоторых странах число детей с избыточной массой тела с 1980 г. утроилось [2]. Кроме того, избыточная масса тела и ожирение в детском возрасте ассоциируются со значительным ухудшением качества жизни [11, 12] и повышенным риском того, что ребенка будут дразнить и травить его сверстники и он окажется в социальной изоляции [10].

Избыточный вес и ожирение, а также связанные с ними болезни в значительной степени предотвратимы. Поэтому профилактике ожирения детей необходимо уделять первоочередное внимание.

### **Возможности популяризации здорового образа жизни среди молодежи при помощи новых технологий.**

В связи с установленными характеристиками, навыками и спецификой поколения Z следует учитывать предпочтения представителей данной генерации и способы максимально эффективного воздействия на него с целью популяризации здорового образа жизни.

Одной из успешных тактик в данном случае должно быть использование потенциала компьютерных игр. Совместные усилия и сотрудничество IT специалистов и медиков, а также и политиков в области здравоохранения следует направить на создание интересных, интерактивных образовательных игр, которые будут виртуально обучать детей и воспитывать их воспринимать здоровье как уникальную ценность. При этом подход должен быть не назидательным, а провоцирующим детский интеллект и любопытство к изучению нового.

При популяризации здорового образа жизни среди подростков особенно эффективно использование авторитета любимых и воспринимаемых в качестве идиологов блогеров с их видеоканалами в YouTube. Эти любимые и уважаемые личности, которые пользуются доверием детей, могут оказать огромное значение при формировании

положительного отношения к собственному и общественному здоровью. На личном примере они могут демонстрировать удовольствие от занятий спортом и результаты спортивной активности. Эти личности могут представить в качестве приоритета здоровое питание и убедить детей во вредности продуктов, которые приводят к ожирению и ухудшению здоровья.

Медицинская общественность все более часто использует программы и интеллигентные устройства в целях управления здоровьем пациентов – эта практика называется «мобильным здоровьем» («mHealth»). В исследовании маркетинговой компании «Manhattan Research» на тему «Cybercitizen Health» установлено, что свыше 95 млн. американцев пользуются своими смартфонами для получения медицинской информации [9].

По анализам «IMS Institute for Healthcare Informatics» свыше 20 000 мобильных приложений связаны с темой здоровья [13].

Восход «mHealth» приложений полностью изменяет здравоохранение, содействуя повышению ответственности пациентов за их собственное здоровье. На рынке «mHealth» широко популярны приложения, связанные со здоровым образом жизни (например, «MyFitnessPal» помогает потребителям вести ежедневный дневник и следить за своим режимом питания и соответственно осуществлять деятельность по редуцированию веса). Следует разрабатывать и специализированные приложения для детей, посредством которых популяризировать здоровый образ жизни.

#### Список литературы:

1. Визев Кр., Визева М. Някои аспекти на стареенето и трудоспособността. Социална Медицина. 2011, №2. – С. 23-26.
2. Всемирная организация здравоохранения. Глобальная стратегия в области рациона питания, физической активности и здоровья.

Рамочная основа для мониторинга и оценки реализации стратегии. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2006.

3. Звезды от видеопортала. [Электронный ресурс] <http://www.manager.bg/маркетинг/звезды-от-видеопортала>. (дата обращения: 09.08.2014 г.).

4. Поколение Z – нова ера за маркетинга. [Электронный ресурс] <http://www.manager.bg/маркетинг/поколение-z-нова-ера-за-маркетинга> (дата обращения: 05.12.2012 г.).

5. Попов Т. Семейно възпитание. Семейството като възпитателна среда. Детерминанти, функции, задачи, стилове и методи на семейно възпитание. В: Педагогика. Теория на възпитанието. Учебник на студенти от ФОЗ, МУ-София. Под н. рък. и ред. на проф. Т. Попов. «Везни». С., 2007.

6. Проданова Я. Застраховане и корпоративна социална отговорност. Здравна политика и мениджмънт. С, 2014 (14). – №1. – С. 44-47.

7. Рост масштабов избыточного веса и ожирения среди детей. [Электронный ресурс] <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/ru>

8. Укрепление действий сектора здравоохранения в ответ на проблемы здоровья и развития подростков. [Электронный ресурс] [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/cah\\_adh\\_flyer\\_2010\\_12\\_ru.pdf?ua=1](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/cah_adh_flyer_2010_12_ru.pdf?ua=1).

9. An App a Day Keeps the Doctor Away. [Электронный ресурс] <https://www.ama.org/publications/MarketingHealthServices/Pages/app-a-day-keeps-doctor-away.aspx>.

10. Lobstein T., Baur L., Uauy R. Obesity in children and young people: a crisis in public health. *Obes Rev.* 2004 May; 5 Suppl 1:4-104

11. Tsiros M.D. OT, Buckley J.D., Grimshaw P., Brennan L, Walkley J., et al. Health-related quality of life in obese children and adolescents. *Int J*

Obes (Lond). 2009; 33: P. 387-400.

12. Williams J WM, Hesketh K, Maher E, Waters E. Health-related quality of life of overweight and obese children. JAMA. 2005; 293:70-6

13. [http://publications.ama.org/MHS\\_magazine/MHS\\_issues/MHS-spring14/index.html](http://publications.ama.org/MHS_magazine/MHS_issues/MHS-spring14/index.html).

УДК 316.334:37

**Использование ситуации достижения в практике  
университетского образования**

***Наталья Николаевна Сидорова***

*к.пед.н., доцент,*

*кафедра педагогики,*

*Сургутский государственный университет,*

*г. Сургут, Россия*

*e-mail: nns56@bk.ru*

***Аннотация.*** *Статья посвящена рассмотрению ситуации достижения в образовательной деятельности студента, создаваемую преподавателем, как педагогическое условие, способствующее аксиологизации содержания изучаемых университетских курсов, т.е. преобразованию необходимой для студента учебной деятельности, в лично-значимую, где мотивация достижения выступает механизмом возвышения потребностей студента к ценностям профессии, общества.*

***Ключевые слова:*** *ситуация достижения, успех, мотивация достижения, ценностное отношение, рейтинг, личностное достижение, восхождение личности от потребностей к ценностям.*

## **The use of achievement situation in practice of hight education**

*Nataliya Nikolaevna Sidorova*

*candidate of pedagogical sciences, associate professor,*

*department of pedagogics,*

*Surgut state university,*

*Surgut, Russia*

**Abstract.** *This article is dedicated to considering the achievement situation in student's educational activity, created by a teacher as an educational condition, facilitating axiologization of the content of studied university courses, namely transformation of the appropriate for a student educational activity into personally important, where achievement motivation acts a mechanism of the increase of the role of student's needs to professional, social values.*

**Keywords:** *achievement situation, success, achievement motivation, value attitude, rating, personal achievement, ascent of personality from needs to values.*

**Introduction.** Nowadays the problem of reforming university education, search for its value orientations, updating its contents and forms are of special importance [1]. We believe that the aim of higher school is not only to provide professional training in the field of physical culture in accordance with modern requirements, but also to create conditions for the development of morally healthy, versatile creative personality of a student capable of constant professional and personal development and self-perfection [7,8].

This paper is dedicated to the studies of the achievement situation in student's learning activity, created by a teacher, as an educational condition, facilitating axiologization of the content of studied university courses,

namely transformation of the appropriate for a student learning activity into personally important, where achievement motivation acts as a mechanism of increasing the role of student's needs to professional, social values [4, 6].

We are convinced that the student's more stable value attitude to learning promotes higher level of his learning motivation, he strives more for success and considers even failure as a deliberate incentive to achieve a set educational goal.

Thanks to achievement situation, created by a teacher, a student is encouraged to active communication and interaction in the university educational environment with all subjects of the educational process. He not only gains the experience of some activity, structures his own knowledge, but also, as noted by L.S. Vygotsky, is absorbed in such an environment, which acts as a source of development, not just conditions for the development of his personality [2].

**The purpose of the study** was to determine the role of achievement situation in the transformation of the evaluative attitude into students' value attitude to studies in the university environment.

**Results and discussion.** The study proved that achievement situation starts the mechanism of development of student's personality, when his personal achievement is an objective indicator of success in learning. As is generally known, the content of some subjects (especially non-core) is not personally important for many students learning in accordance with the educational programs of the specialization «Physical Culture», which results in their low achievement motivation during studies regarding the development of the content of these courses.

In this paper, based on the analysis of a number of researches [3, 5] the most significant aspects of achievement situation, created by a teacher, were highlighted, which help a student to experience learning activities as components of achievement activity:

1. Student's independent achievement of result, based on mastering the success achievement technology.

2. Performance result is estimated qualitatively and quantitatively by a teacher and a student himself.

3. To assess student's personal achievement in studies a scale is applied, within which the standard level is defined.

4. Subject of activity earns reward for the obtained result.

5. The requirements for estimating personal achievements are adequate to student's capabilities.

Student's attitude to learning changed after the teacher's evaluation of the results the student had achieved. The latter were assessed on the basis of well-developed rating system of students' knowledge control. Points the student earned were recorded in the teacher's journal and then were fixed on the stand. Therefore, every student could learn about not only his, but also his fellow students' achievements, which fostered the competitive atmosphere, common for athletes, which had a positive impact on the development of achievement motivation.

Doing tasks, the student got not only an assessment of his actions, but also an opportunity to better understand the purpose and the meaning of the task, its place and role in professional development as a future specialist.

At the early stages of the experimental work students treated rating as a mark and when getting three points for the done task, 78% of students considered themselves to be unsuccessful and 98,5% claimed that the marks «4» or «5» prove their success. Among them 40,2% of respondents seemed «successful in their own eyes» and 48,25% of students – «successful in the eyes of others». So we turned down the grading system, but left the five-mark rating system as basic.

Students learning in the specialization «Physical Culture» managed to get 90 points during practical studies of the physiology course. The student

could achieve a maximum of 10 points per one class: for a done test task, made of 15 questions, and a laboratory work. The test showed the level of knowledge assimilation and developed skills of students, the laboratory work – the ability to apply this knowledge in practice, the level of development of students' creative abilities, their ability to analyze and synthesize acquired information, independence and ability to persist in their opinion.

Given the fact that students' academic performance is influenced by many factors, including individual biorhythms [9,10], we assumed that the level of achievement motivation of university students can be one of them. However, the findings did not confirm our hypothesis. Students with both weak and strong achievement motivation showed a fairly high level of knowledge assimilation. But students, who were interested in succeeding, were qualitatively different from others when setting the educational goal and finding effective ways and means of its achievement.

This is evidenced by the following facts. About 69% of students with weak and strong achievement motivation wanted to get «bonuse», i.e. extra points that were earned in a verbal answer in practical studies or in the extracurricular time (during a consultation) and were taken into account when giving a mark. The verbal answer presupposed the possibility of giving extra points. Attempt to answer – 1 point, retelling with notes – 2 points, retelling without notes – 3 points, answer with notes using additional literature – 4 points, analysis of contradictions and explanation of the conclusion on the matter – 5 points.

Thanks to this assessment system a student could feel successful, even if he gained 2 or 3 points, since this achievement level corresponded either to the efforts applied, or student's abilities, in other words, the level of his claims. In this case, the teacher made for the formation of student's positive self-esteem through awareness of his own achievement as an important positive event – success.

**Conclusion.** Personal achievement in studies turned for a student into the value that motivated him to achieve next result, better than the previous one.

At the beginning of work students treated each particular achievement as a meaningful event, but then the combination of personal achievements preconditioned the formation of the value attitude to educational activity, they were involved in during studies in the university in general.

The achievement situation arranged by a teacher facilitated the transformation of students' attitude into the value attitude to studies. When achievement in studies was treated by a student as a success, was stabilized and constant, but not situational and necessary, the chain reaction of increase of the role of personal need to social and professional values was launched [11]. Hence, axiologization of university education gave a goal oriented tone to the vector of personality development and the achievement situation acted an effective condition of the process.

#### References:

1. Apokin V.V. Humanitarian university environment as a condition of value self-identification of students / V.V. Apokin, A.A. Povzun, V.D. Povzun // *Teoriya i praktika fizicheskoy kultury*. – 2014 – №4 – P. 92.
2. Vygotsky L.S. Selected psychological studies / L.S. Vygotsky. – Moscow, 1956.
3. Dodonov B.I. Emotions as a value / B.I. Dodonov. – Moscow, 1978. – 272 p.
4. Kir'yakova A.V. Theory of personality's orientation in the world of values: monograph / A.V. Kir'yakova. – Orenburg, 1996. – 188 p.
5. Markova A.K. Formation of learning motivation / A.K. Markov, T.A. Matis, A.B. Orlov. – Moscow, 1990.
6. Povzun V.D. Tsennostnoe samoopredelenie lichnosti v universitetskom obrazovanii: dis. ... dokt. ped. nauk (Personal value self-

determination in university education: doctoral thesis (Hab.) / V.D. Povzun. – Surgut, 2005. – 387 P.

7. Povzun V.D. Capacities of university educational environment in development of creative potential of sports faculty students / V.D. Povzun, A.A. Povzun, V.V. Apokin // *Teoriya i praktika fizicheskoy kultury*. – 2013 – №1 – P. 94-95.

8. Povzun V.D. Comparative analysis and ways of development of students creative potential within university educational environment / V.D. Povzun, A.A. Povzun, V.V. Apokin // *Teoriya i praktika fizicheskoy kultury*. – 2013 – №7 – P. 85-88.

9. Povzun V.D. Organization of the rating system of students' knowledge control at sports departments in view of their individual rhythms / V.D. Povzun, A.A. Povzun, V.V. Apokin // *Teoriya i praktika fizicheskoy kultury*. – 2013 – №10 – P. 89-93.

10. Povzun V.D. The role of consideration of biorhythms in enhancement of academic progress of university students / V.D. Povzun, A.A. Povzun, V.V. Apokin, A.V. Sal'kov // *Teoriya i praktika fizicheskoy kultury*. – 2013. – №4. – P. 86-88.

11. Sal'kov A.V. The use of situation of achievement in practice of students specialized in «physical culture» / A.V. Sal'kov, V.D. Povzun, A.A. Povzun, V.V. Apokin, // *Teoriya i praktika fizicheskoy kultury*. – 2013. – №4. – P. 86-88.

**Психологическая суверенность при разных уровнях  
эмоциональной зрелости**

**Чжао Синь**

*аспирант кафедры психологического  
консультирования и психотерапии,*

*Харьковский национальный университет им. В.Н. Каразина,*

*г. Харьков, Украина*

*e-mail: chzhao.s@mail.ru*

**Аннотация.** *Статья посвящена изучению особенностей психологического пространства у лиц с разным уровнем эмоциональной зрелости. Обозначены теоретические и прикладные аспекты изучаемой проблемы. Описаны основные концепции эмоциональной зрелости личности. Изучен вопрос о влиянии родительской семьи на становление важнейших структур психики человека. Обоснована адекватность применения субъектно-средового подхода к рассмотрению личности как к психопространственному феномену, в рамках которого основными являются категории «психологическое пространство» и «психологическая суверенность личности».*

**Ключевые слова:** *эмоциональная зрелость личности, уровни эмоциональной зрелости, суверенность психологического пространства.*

**Abstract.** *Article examines the characteristics of psychological space in individuals with different levels of emotional maturity. Are the theoretical and applied aspects of the problem being studied. The basic concept of the emotional maturity of the person. Studied the impact of the parental family on the formation of the most important structures of the human psyche. The adequacy of the subject-environmental approach to consider the person as to*

*psihospacial phenomenon, in which the main categories are «psychological space» and «psychological sovereignty of the individual».*

**Keywords:** *emotional maturity of personality, level of emotional maturity, the sovereignty of psychological space.*

Исследование проблемы эмоциональной зрелости обусловлено как теоретической, так и практической важностью данной проблемы. Изучение эмоциональной зрелости малоразработанная проблема в психологии. Феномены эмоциональной зрелости/незрелости описаны в работах, посвященных аспектам страха психологической интимности, синдрому эмоционального холода, феноменам межличностной зависимости/контрзависимости [3 и др.]. Эмоциональная незрелость личности приводит к отсутствию коммуникативной компетенции, невозможности к установлению долгосрочных и глубоких отношений с людьми, уплощению мотивации и деятельности. Отдельным и важным аспектом является наличие соматоформных расстройств при отсутствии адекватного эмоционального функционирования.

Эмоциональная зрелость как эмоциональная компетентность. Согласно этой модели эмоциональная компетентность – это конструкт, отражающий эмоциональную зрелость человека и обобщающий интеллектуальные, регулятивные и эмоциональные составляющие психики. R. Busk определяет эмоциональную компетентность как способность действовать согласно с внутренней средой своих чувств и желаний. В следующей модели эмоциональная зрелость рассматривается как эмоциональный интеллект. Эмоциональный интеллект – это понятие, которое характеризует способность человека осознавать эмоции, достигать и генерировать их так, чтобы содействовать мышлению, пониманию эмоций и того, что они означают и, соответственно, управлять ими таким образом, чтобы способствовать

своему эмоциональному и интеллектуальному росту. Основной моделью EQ, на данный момент, считается модель Дж. Майер, в которой выделяют четыре составляющие. Эмоциональная зрелость в психотерапевтических подходах. Эмоциональная зрелость как тенденция к самоактуализации (А. Маслоу). А. Маслоу выделил характеристики самоактуализирующихся людей: более эффективное восприятие реальности; принятие себя, других и природы; непосредственность, простота и естественность; центрированность на проблеме; независимость: потребность в уединении; автономия: независимость от культуры и окружения; свежесть восприятия; вершинные или мистические переживания; общественный интерес; глубокие межличностные отношения; демократичный характер; разграничение средств и целей; философское чувство юмора; креативность; сопротивление окультуриванию. Таким образом, гуманистическая природа теории А. Маслоу ярко проявляется в концепции самоактуализации, стремлении к наивысшей реализации своего потенциала. Эмоциональная зрелость – «полноценно функционирующая личность» [6]. Эмоциональная зрелость характеризуется открытостью осознанию своих собственных чувств и ощущений (как положительных, так и отрицательных), причин, их вызвавших, и их содержание; способность переживать эмоции различного диапазона, глубины и интенсивности (при этом эмоциональные переживания характеризуются ясностью и яркостью); умение вербализовать (называть и описывать) собственные эмоциональные переживания; способность к эмпатии.

В ряде работ показано, что родительская семья выступает важным, одним из первых и основных агентов развития и социализации личности (Л.С. Выготский, З. Фрейд, А. Адлер, Дж. Буолби, М. Малер, М. Кляйн. Д. Винникот и др.), именно в рамках семейного

взаимодействия усваиваются основные правила поведения, нормы и ценности, происходит обучение практикам повседневной жизни.

Влияние родительской семьи на различные сферы функционирования психического показаны в ряде работ последних лет: работа Н.В. Бариновой (2006) посвящена изучению отношения отца как фактору формирования полоролевой Я-концепции; в работе Е.К.Яковенко (2011) показано влияние факторов родительской семьи на психосексуальное развитие девушек; в работе А.А. Реан и Я.Л. Коломинского (2008) показано влияние родительских установок на адаптацию личности; Ю. Зеликова (2002) исследовала феномен отчуждения женщин от своего тела, причины которого состоят в транслировании семьей ограничительных культурных норм; Ю. Денисенко изучала (2008) факторы формирования личностной идентичности в современной семье; Г.Л. Корцова исследовала (2007) роль семьи в формировании сексуальной культуры старшеклассников; А.А. Коцюба провела (2008) анализ ранних воспоминаний женщин, находящихся в зависимых отношениях любви; О.О. Крутикова (2010) исследовала отношения с матерью как фактор конституирования женской идентичности; работа В.П. Левкович (2008) посвящена изучению роли родительской семьи во взаимоотношениях молодых супругов; Т.Б. Хомуленко с соавт.(2007) изучали влияние родительского отношения на особенности познавательного интереса младших школьников.

Итак, семья, выступая первичным институтом социализации через установки, особенности воспитания и типы отношения регулирует становление психического развития. При наполнении психологического пространства детско-родительских отношений иррациональными установками, ограничивающими мифами и сценариями, среди негативных последствий процесса социализации отмечаются усвоения

ложных образцов, нарушенных паттернов взаимодействия, негативного эмоционально-оценочного и мотивационного компонента к различным сторонам жизни.

Описание выборки и методов исследования. В исследовании приняло участие 157 человек, из них 80 лиц женского пола, 77 – мужского, в возрасте от 20 до 25 лет. Все исследуемые воспитывались в полных семьях. 65 исследуемых являлись единственным ребенком в семье. В исследование были включены исследуемые без выраженной соматической и психической патологии. По результатам опросника, направленного на диагностику эмоциональной зрелости [9] было сформировано 3 исследовательские группы: группа 1 (далее Гр.1) – 54 человека (34,54%), у которых диагностирован низкий уровень эмоциональной зрелости; группа 2 (далее Гр.2) – 63 человека (40,13%) у которых диагностирован средний уровень эмоциональной зрелости; группа 3 (далее Гр.3) – 40 человек (25,48%) у которых диагностирован высокий уровень эмоциональной зрелости.

Результаты исследования. Суверенность как форма субъектности развивается в ходе жизненного пути. С.К. Нартова-Бочавер [7] определила и эмпирически обосновала такую последовательность развития психологического пространства: телесность возникает в младенчестве, личная территория и вещи – на протяжении раннего и дошкольного детства, временные привычки – с дошкольного до младшего школьного возраста. Социальные связи начинают формироваться в дошкольном возрасте, вкусы и ценности – тогда же, однако становятся регулятором поведения в подростковом возрасте. Таким образом, развитие суверенности и уточнение границ и происходит в течение всей жизни человека, но особенно интенсивно эти процессы протекают в дошкольном и подростковом возрасте. В начале жизни формы поддержания суверенности осуществляется близкими

людьми. Согласно Н.К. Нартовой-Бочавер, ППЛ подвижно и зависит от силы и сознательности жизни человека. ППЛ может расширяться если перспективы на будущее неопределенные и это соответствует стадии жизненного поиска, может оставаться стабильным если найден ответ, а может стягиваться. ППЛ развивается, как было указано выше, в онтогенезе, наиболее важным свойством, указывает автор, является прочность его границ. Исследование показало, во-первых, что повышение показателей психологической суверенности связано повышением уровня эмоциональной зрелости, это относится и к общему показателю суверенности, и для каждого из его измерений. И среднее по общему показателю суверенности (СПП), и средние показатели по всем измерениям психологической суверенности у испытуемых с высоким уровнем эмоциональной зрелости выше, нежели у лиц со средним и низким уровнем ЭЗ. Таким образом, можно говорить, что более, суверенными, являются лица с высоким уровнем ЭЗ. Для подтверждения этого вывода была произведена корреляция для установления связей между уровнем ЭЗ и параметрами суверенности психологического пространства.

Выводы: состояние и сохранность психологического пространства, целостность его границ определяют и отражают эмоциональную зрелость личности, а его нарушения могут быть причиной снижения уровня развития эмоциональной зрелости. Ранняя среда, депривирующая психологическую суверенность личности является не только и не столько фактором, но источником развития эмоциональной зрелости личности.

#### Список литературы:

1. Боулби Дж. Привязанность. М.: Гардарики. 2003. – 477 с.
2. Кочарян А. С. Терещенко Н. Н., Асланян Т. С., Гуртовая И. В. Синдром «эмоционального холода» в межличностных отношениях:

аддиктивний контекст // Вісник Харківського національного університету ім. В.Н. Каразіна. Серія «Психологія». 2007. – №771. – С. 115-119.

3. Кошлань И.Г. Характеристика стиля воспитания в семьях подростков с доминированием эмоциональной модальности «безразличие» // Наука і освіта. 2005. – №7-8. – С. 128-130.

4. Крутікова О. О. Стосунки з матір'ю як чинник конституювання жіночої ідентичності: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук: спец. 19.00.01 «Загальна психологія, історія психології» // Південноукр. нац. пед. ун-т ім. К. Д. Ушинського. Одеса, 2010. – 20 с.

5. Левкович В. П. Роль родительской семьи во взаимоотношениях молодых супругов. Психологический журнал. 2008. – Т. 29, – №3. – С. 41 – 47.

7. Нартова-Бочавер С. К. Человек суверенный: психологическое исследование субъекта в его бытии. СПб. 2008. – 400 с.

8. Панкратова А.А. Практический, социальный и эмоциональный виды интеллекта: сравнительный анализ // Вопросы психологии. 2010. – №2. – С. 111-119

9. Півень М.А Розробка методики діагностики емоційної зрілості особистості // Актуальні проблеми психології:збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка. Київ, 2013. Том 11. Психологія особистості. Психологічна допомога особистості. Вип. 7. Частина 2. Ніжин: ПП Лисенко М.М., 2013. – С.224.

10. Реан А.А. Психология адаптации личности. СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2008. – 479 с.

11. Юсупова Г.В. Состав и измерение эмоциональной компетентности: автореф. дис. на получение науч. степени канд. психол. наук: спец.19.00.01 / Казань. 2006. – 20 с.

**Формирование здорового образа жизни студентов в процессе  
обучения в ВУЗе**

**Ольга Владимировна Соколова**

*начальник психологической службы,  
Забайкальский государственный университет,  
г. Чита, Россия*

*e-mail: ov-sokolova001@mail.ru*

**Людмила Александровна Резник**

*доцент кафедры физического воспитания,  
зав. кафедры физического воспитания,  
Забайкальский государственный университет,  
г. Чита, Россия*

**Аннотация.** *Анализируются недостатки и противоречия современных моделей в формировании здорового образа жизни студентов в образовательном процессе. Обсуждаются методологические основы организации формирования здорового образа жизни, представления о целях, задачах и перспективах ее развития.*

**Ключевые слова:** *здоровый образ жизни, активное население, направления работы, перспектива развития, вредные привычки.*

**Abstract.** *Analyzes the shortcomings and contradictions of current models in the formation of healthy lifestyle of students in the educational process. Discusses methodological basis for the organization of healthy lifestyle, ideas about the aims, tasks and prospects of its development.*

**Keywords:** *healthy lifestyle, active population, direction of work, prospect development, bad habits.*

Здоровье – важнейший компонент качественной

жизнедеятельности. Сократ говорил, что если человек сам следит за своим здоровьем, то трудно найти врача, который знал бы лучше полезное для его здоровья, чем он сам. Для того чтобы сохранить крепкое здоровье, необходимо вести здоровый образ жизни. Государству необходимо здоровое и активное население. Охрана здоровья молодежи является важной социальной задачей. Важно, чтобы молодые люди развивались в правильном направлении и серьезно относились к своему организму. От того какой образ жизни ведет молодое поколение, зависит развитие страны и облик нации. Но, к сожалению, существует проблема, связанная с вредными привычками среди молодежи. Когда человека не беспокоят проблемы с нарушениями в организме, он относится несерьезно к своему здоровью. Часто молодые люди, также студенты, становятся жертвами неправильного образа жизни. Употребление спиртных напитков, курение, знакомство с наркотическими веществами, а также отказ от спорта, ведет к серьезным проблемам со здоровьем. Крепкое физическое и психическое здоровье необходимо человеку, чтобы проходить обучение в высшем учебном заведении. Все вредные привычки ведут к разрушению клеток мозга, из-за чего студент хуже воспринимает информацию, которая ему необходима для того, чтобы стать хорошим специалистом. Популяризация здорового образа жизни среди молодежи одна из основных задач, которая стоит перед обществом.

Причины существования тенденции нездорового образа жизни среди молодежи различны. Опросы показали, что здоровый образ жизни студенты понимают как отказ от вредных привычек. Хотя молодые люди осознают, что вредные привычки губительны для здоровья, тем не менее, почти треть опрошенных студентов

употребляет алкогольные напитки. Существует несколько факторов, которые объясняют стремление молодых людей разрушать свой организм вредными привычками. С помощью алкоголя и курения студенты хотят иметь вес в глазах сверстников. К сожалению, вредные привычки иногда расцениваются как залог успеха среди молодежи.

Чтобы в стране не стояло остро проблема со здоровьем молодого поколения, государство должно вести активную политику, направленную на формирование правильного сознания у молодежи. Также необходимо обеспечить молодым людям условия для того, чтобы они могли заниматься своим здоровьем. Чемпион Олимпийских игр по водному поло Сергей Котенко считает, что когда государство вкладывается в массовый спорт и создает бесплатные секции для детей, то в обмен получает здоровое население.

Пропаганда здорового образа жизни обязательно должна присутствовать во всех средствах массовой информации и осуществляться педагогами в учебных заведениях. В данное время, если следить за тенденциями среди молодежи по всему миру, то можно заметить, что здоровый образ жизни набирает популярность и более того входит в моду. Кумиры молодежи стали пропагандировать здоровый образ жизни. Смотря на звезд шоу бизнеса и спорта, молодые люди берут с них пример и занимаются своим здоровьем, ведь здоровье – залог красоты. Очень важно, чтобы личности, которые имеют влияние на людей и являются примерами для подражания, продвигали отказ от вредных привычек, спорт и правильный распорядок жизни. На настоящий момент существует масса социальных реклам, которые также очень эффективно влияют на сознание людей. Чтобы большее количество молодых людей заразилось идеей здорового образа жизни нужна не только активная пропаганда, но и абсолютное исключение антипропаганды. Курящие герои кинофильмов и музыканты, которые

имеют проблемы с психоактивными веществами, оказывают колоссальное влияние на здоровье молодежи. Пока существует мода на нездоровый образ жизни, будут проблемы со здоровьем у молодого поколения.

Существует множество молодежных организаций, которые несут идею здорового образа жизни в массы. Например, молодежное движение «Эхо» занимается популяризацией ЗОЖ уже 15 лет. Ребята говорят, что хотели бы, чтобы идеи здорового образа жизни, безопасного и ответственного поведения разошлись с помощью волонтеров Молодежного Движения среди всей молодежи, как круги по воде. Волонтеры Движения «ЭХО» осуществляют циклы занятий и лекций с молодежью, а также проводят акции, пропагандирующие здоровый образ жизни. Такие организации способны помочь молодому человеку разобраться, что ему действительно необходимо и какой образ жизни является губительным. Необходимо, чтобы в учебных заведениях существовали подобные организации. Когда появляется новая модная тенденция, большинство людей молодого возраста подхватывают эту идею. В тот момент, когда вредные привычки подвергнуться массовому порицанию со стороны молодежи, проблема станет менее значительной. Обычно, молодые люди попадают под влияние социальной ситуации, которая сложилась в нашей стране. Употребление вредных веществ стало для подростков способом социализации. Для того чтобы у людей была мотивация вести здоровый образ жизни, отказ от губительных действий на здоровье не должен приниматься негативно среди молодежи. Педагоги должны попытаться сформировать у подростков психологический иммунитет к таким тенденциям.

Перед любым высшим учебным заведением лежит ряд задач, с помощью которых осуществляется мотивация студентов на здоровый

образ жизни. В университете должна быть развита инфраструктура по обеспечению спортивной жизни студентов. Также необходимо обеспечить студентов ресурсами для здорового питания и предоставить медицинское обслуживание.

Профилактика наркотической, табачной и алкогольной зависимостей должна осуществляться регулярно. Молодежь должна активно привлекаться к созидательному процессу, чтобы студенты проводили свое время продуктивно.

В каждом высшем учебном заведении необходимо формирование лидерского актива волонтеров, который будет мотивировать остальных студентов на внимательное отношение к здоровью. С помощью данных технологий возможен прогресс в борьбе с пагубным образом жизни.

У каждого из нас есть обязательство – защита своего здоровья. В современном мире здоровье человека является наивысшей ценностью, так как от его сохранения зависит качество жизни. В обществе востребованы здоровые люди, так как ритм жизни любого успешного человека достаточно динамичный. Каждый студент должен понимать, что его успех напрямую зависит от его здоровья. Так как студенты находятся в той возрастной категории, когда у человека наиболее активно формируется воля, для них не должно составлять труда сделать свой выбор в пользу здоровья и успеха.

#### Список литературы:

1. Абаскалова Н.П. Системный подход в формировании здорового образа жизни субъектов образовательного процесса (школа – ВУЗ): Монография. – Н., 2001. – 316 с.
2. Амосов Н.М. Раздумья о здоровье. – М., 1987. – 64 с.
3. Колбанов В.В. Валеология: Основные понятия, термины и определения. 2 изд. – СПб., 2000.
4. Лисицын Ю.П. Здоровье человека – социальная ценность. – М.,

1988.

5. Матрос Л.Г. Социальные аспекты проблемы здоровья. – Новосибирск. 1992. – 214 с.

УДК 372.016:796

**Формирование готовности студенческой молодёжи к самостоятельным занятиям физической культурой и спортом**

*Анатолий Иванович Софенко*

*к.пед.н., доцент кафедры физической культуры,  
Брестский государственный университет им. А.С. Пушкина,  
г. Брест, Р. Беларусь  
e-mail: phiscult@brsu.brest.by*

*Эдуард Алексеевич Моисейчик*

*к.пед.н., доцент кафедры физической культуры,  
Брестский государственный университет им. А.С. Пушкина,  
г. Брест, Р. Беларусь  
e-mail: m.edward@tut.by*

***Аннотация.** Учебная дисциплина «Физическая культура» обязательна для всех специальностей высших учебных заведений Республики Беларусь. Являясь характеристикой общей и профессиональной культуры, она служит целям укрепления здоровья, физического, интеллектуального и духовного совершенствования студентов. Учебная дисциплина «Физическая культура» обязательна для всех специальностей высших учебных заведений Республики Беларусь. Являясь характеристикой общей и профессиональной культуры, она служит целям укрепления здоровья, физического, интеллектуального и духовного совершенствования студентов.*

**Ключевые слова:** физическая культура, студенты, здоровье.

**Abstract.** *The main directions of teaching the discipline of «Physical culture» in Higher Educational Establishment at the present moment are being told about in this article. The aims and tasks of spreading of physical culture among students youth. The analysis of teoretical and practical material on the course of «Physical culture» is being carried out.*

**Keywords:** *physical culture, students, spreading.*

Самостоятельная работа студентов это основа вузовского образования. Её целью является формирование у молодых людей знаний, умений и навыков, направленных на решение учебных задач. Этот вид деятельности создаёт базу для их дальнейшего самосовершенствования, что в будущем позволит успешно решать производственные задачи в различных областях народного хозяйства.

Встаёт закономерный вопрос: «А нужна ли самостоятельная работа по дисциплине «Физическая культура» для студентов непрофильных специальностей?». Анализ и обобщение полувекового опыта работы кафедры физической культуры БрГУ имени А.С. Пушкина, изучение передового опыта родственных кафедр других вузов Республики Беларусь, и общение с выпускниками нашего вуза, позволили выявить ряд причин, по которым каждый студент должен расширять свои знания в области физической культуры самостоятельно.

1. Знание основ физического воспитания и спорта нужны студентам для понимания того, что выполнение физических упражнений благоприятно сказывается на состоянии здоровья и физической активности человека в течение всей его жизни.

2. Знание основ физического воспитания и спорта позволит студентам, как будущим родителям, управлять и контролировать

физическое развитие своих детей, формируя у них положительное отношение к занятиям физическими упражнениями.

3. Молодые специалисты, работающие в системе образования, сообщают подрастающему поколению обширную часть знаний, на которых базируется физическая культура личности.

4. Молодые люди, используя знания, приобретённые в области физического воспитания и спорта, могут и должны применять их с тем, чтобы с одной стороны – содействовать работникам образования, физической культуры и спорта в гармоничном развитии подрастающего поколения, а с другой – улучшать организацию общего физкультурного образования в нашей стране.

Различают два основных вида самостоятельной работы студентов:

- под руководством и контролем преподавателя (лекции и практические занятия, секционные занятия по видам спорта);
- индивидуальная деятельность (выполнение физических упражнений самостоятельно, без чьего-либо руководства).

Основной объём физкультурных знаний, которыми должны овладеть студенты под руководством преподавателя, изложены в учебной программе [10]. Учебная работа проводится в форме лекций и практических занятий.

На лекциях рассматриваются ключевые темы:

- знакомящие с основами теории и методики физического воспитания человека в разные возрастные периоды его жизни;
- объясняющие положительное значение занятий физическими упражнениями и содействующие в формировании здорового образа жизни;
- способствующие пониманию роли физической культуры в воспитании человека.

В процессе практических занятий студенты:

- познают правила техники безопасности при выполнении различных физических упражнений;
- овладевают системой практических умений и навыков, обеспечивающих укрепление и сохранение здоровья;
- овладевают основами методик выполнения физических упражнений различной направленности;
- развивают и совершенствуют свои физические и волевые качества;
- овладевают основами проведения самостоятельных занятий физическими упражнениями.

На секционных занятиях, на примере избранного вида спорта, которым занимается студент, углубляются теоретические и практические знания, приобретённые на учебных занятиях.

Основной целью, учебных и секционных занятий является формирование физической культуры студента, как неотъемлемой части общей культуры личности, характеризующейся деятельностным самоопределением к творческому освоению существующих физкультурных ценностей [1, 2, 5, 6, 7, 8].

Основу физической культуры студента составляет культура выполнения отдельного упражнения, т.е. выполнение его по определённым правилам, способность управлять своими двигательными действиями для достижения поставленной цели и получения удовлетворения от выполнения упражнения [9]. Само физическое упражнение представляет собой двигательные действия человека, при помощи которых он осуществляет целенаправленное воздействие на свой организм [11]. При подборе и выполнении любого упражнения необходимо учитывать следующие его показатели: продолжительность, количество повторений упражнения и интенсивность выполнения;

продолжительность интервала отдыха и его характер между повторениями упражнения [3].

Продолжительность выполнения упражнения зависит от вида двигательной деятельности, решаемой задачи, и может длиться от нескольких секунд до нескольких десятков минут. Интенсивность выполнения упражнения также зависит от вида двигательной деятельности и определяется количеством двигательных действий в единицу времени. Продолжительность и характер отдыха между выполнением упражнений зависит от индивидуальных особенностей работы различных систем организма студента. Длительность отдыха в процессе занятий физическими упражнениями позволяет поддерживать состояние студента на оптимальном рабочем.

Овладение знаниями, двигательными умениями и навыками во многом зависит от отношения студента к занятию физическими упражнениями, состояния здоровья, а также квалификации преподавателей, проводящих учебные или секционные занятия. Сведения, сообщаемые преподавателем в процессе различных занятий, составляют основу дальнейшей самостоятельной работы студента.

Помимо изучения программного материала, занятия по дисциплине «Физическая культура» и секционные занятия по виду спорта имеют для студентов образовательное, оздоровительное и воспитательное значение. Это способствует всестороннему совершенствованию их физических, духовных способностей и становлению общественно активной личности в жизни [2, 5, 7, 8].

Образовательное значение заключается в том, что передача специальных физкультурных знаний преподавателем, составляют основу физическому и духовному самосовершенствованию студентов на протяжении всей их дальнейшей жизни.

Выполнение различных физических упражнений имеет и оздоровительное значение. Оно заключается в целенаправленном их выполнении, обеспечивающем повышение устойчивости организма к неблагоприятным воздействиям внешней среды и различного рода заболеваниям. Сформированная привычка, соблюдать двигательную активность и выполнять гигиенические требования, будет способствовать укреплению и поддержанию хорошего здоровья на долгие годы.

Воспитательное значение занятий физическими упражнениями заключается в формировании у каждого студента комплекса социально-личностных качеств, взглядов, привычек и убеждений, обеспечивающих его дальнейшее развитие. Этот вид воспитания сопряжён с другими видами воспитания (умственным, трудовым, нравственным и эстетическим) и развитием волевых качеств, необходимым в любой деятельности человека.

Занятия физическими упражнениями постоянно сопровождаются различными ситуациями, способствующими совершенствованию умственных способностей. В зависимости от сложности ситуации, восприятие, осмысление, запоминание информации и поиск лучшего способа выполнения двигательной деятельности всегда связаны с определённой быстротой мышления, а в некоторых случаях и с творческим её проявлением.

Содержанием трудового воспитания, при занятиях физическими упражнениями, является сам процесс их выполнения. Многократное, целенаправленное выполнение упражнений, как в каждом отдельном занятии, так и на протяжении определённого временного отрезка способствует повышению работоспособности и трудолюбия студента. Осознанное и настойчивое отношение к их выполнению, придаёт

физическим упражнениям конкретную направленность, подготовку студента к жизни и его дальнейшему труду.

Выполнение физических упражнений связаны с нравственным воспитанием, формирующим определённые правила оправданного поведения студентов в группе или коллективе. Это способствует совершенствованию нравственных чувств, вырабатывает навыки и привычки поведения человека в обществе.

Эстетическое воспитание призвано сформировать у студентов не только понимание красоты тела и движений, но и способность воплотить это при выполнении физических упражнений.

В процессе занятий физическими упражнениями студенту приходится преодолевать различные по сложности объективные и субъективные трудности. Объективные трудности обусловлены спецификой проведения занятия, выполнения определенного вида двигательной деятельности и по своей сложности одинаковы для всех студентов. Субъективные трудности зависят от особенностей личностных качеств студента и чаще всего возникают при его отрицательном эмоциональном состоянии, оказывающем негативное влияние на занятия физическими упражнениями.

Преодоление этих трудностей, требует от студента проявления определённых волевых качеств, т.е. воли, – сознательного и целенаправленного управления своей деятельностью. Волевыми качествами человека являются целеустремленность, настойчивость и упорство, решительность и смелость, инициативность и самостоятельность, выдержка и самообладание [4]. Эти качества выражаются в различных умениях студента и проявляются только в процессе практической деятельности. Занятия физическими упражнениями способствуют не только совершенствованию его

волевых качеств, но и обучению самовоспитания и на основе самопознания, осмысление своей деятельности.

Целеустремленность характеризуется наличием определённой цели в физическом совершенствовании и стремлением к её достижению. Оно проявляется в умение ставить конкретные задачи, как на отдельное занятие, так и на более длительный период (семестр, учебный год), планировать и планомерно осуществлять занятия физическими упражнениями, соблюдать определённый жизненный режим для достижения поставленной цели

Настойчивость и упорство характеризуются длительным сохранением активности на занятиях физическими упражнениями. Эти качества проявляются при регулярном посещении учебных, секционных и проведении самостоятельных занятий, на каждом из которых неукоснительно выполняются запланированные задания, несмотря на развитие чувства усталости, а иногда и неблагоприятные окружающие условия.

Решительность и смелость характеризуются непреклонным исполнением принятого решения, отсутствием сомнений в своём физическом совершенствовании. Они проявляются в многократных повторных попытках при неудачном выполнении упражнений и полном сосредоточении на необходимых действиях в различных условиях (особенно неблагоприятных), оперативном принятии решения о выполнении упражнений в быстро изменяющейся ситуации.

Выдержка и самообладание характеризуются терпением и способностью владеть собой в различных условиях и ситуациях. Эти качества проявляются в сохранении контроля над своими действиями при появлении чувства усталости, неблагоприятных условиях проведения занятий, удержании себя от эмоциональных неэтичных поступков в конфликтных ситуациях.

Инициативность и самостоятельность характеризуются личным почином в своих действиях, направленных на физическое самосовершенствование, отсутствием посторонней помощи и устойчивостью к внушающим влияниям окружающих. Они проявляются в самостоятельной подготовке, проведении и анализе прошедших занятий, в поиске индивидуального варианта своего физического совершенствования, отсутствии слепого подражания действиям и советам окружающих.

Все волевые качества взаимосвязаны, но есть главенствующее из них, объединяющее все остальные – целеустремленность. Оно влияет на уровень развития и проявления других качеств студента.

При рациональном руководстве преподавателя совершенствованием волевых качеств студента, они становятся постоянными чертами его личности, что позволяет проявлять их в учебной, трудовой, общественной и других видах деятельности.

Основным видом самостоятельной работы студента являются его индивидуальные занятия физическими упражнениями, представляющие достаточно разнообразные формы: от выполнения комплекса утренней гимнастики до тренировочного занятия в избранном виде спорта. Эта работа начинается с того момента, когда студент твёрдо решил, каким хочет стать и что будет делать, т.е. определил цель, составил план и разработал программу самосовершенствования. В основе планирования занятий физическими упражнениями лежит закономерность любой предстоящей деятельности человека. Согласно которой, он заранее планирует определённые действия, позволяющие решить поставленные задачи и достичь намеченной цели к установленному (запланированному) сроку.

У студента есть два основных пути дальнейшего физического самосовершенствования. Первый, идти на основе приобретённого

практического опыта и личного убеждения в пользу выполняемых упражнений, а также опыта и советов других лиц. Этот путь не всегда верен, т. к. он носит субъективный характер и не всегда приводит к желаемому конечному результату. Другой путь, использовать в практической деятельности теоретические сведения, представленные в специальной литературе. Именно в источниках информации изложен и хранится весь передовой практический опыт применения различных физических упражнений, обеспечивающий преемственность их эффективного выполнения в различные возрастные периоды жизни и позволяющий знать не только какие изменения происходят в организме человека сейчас, но и дающий возможность предвидеть изменения в будущем.

Процесс физического самосовершенствования всегда индивидуален, потому, что индивидуально неповторимым является не только понимание и осмысление изученного практического опыта, научных знаний, но и умение творчески применять их для себя на практике в соответствии с поставленной целью.

#### Список литературы:

1. Бальсевич В.К. Физическая культура: молодежь и современность / В.К. Бальсевич, Л.И. Лубышева // Теория и практика физической культуры. – 1995. – №4. – С. 2-8.
2. Бальсевич В.К. Онтокинезиология человека / В.К. Бальсевич. – Москва: Теория и практика физической культуры, 2000. – 275 с.
3. Волков, Н. И. Некоторые вопросы теории тренировочных нагрузок / Н.И. Волков, В. М. Зацюрский // Теория и практика физической культуры. – 1964. – №6. – С. 20-24.
4. Гогунев Е.Н. Психология физического воспитания и спорта: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений // Е.Н. Гогунев, Б.И. Мартемьянов Б.И. – М.: Издательский центр «Академия», 2002. – 288 с.

5. Коледа В.А. Физическая культура в формировании личности студента / В.А. Коледа. – Минск: БГУ, 2004. – 167 с.

6. Лотоненко А.В. Физическая культура и её виды в реальных потребностях студенческой молодёжи / А.В. Лотоненко, Е.А. Стеблецов // Теория и практика физической культуры. – 1997. – №6. – С. 39-41.

7. Лубышева Л.И. Концепция физкультурного воспитания: методология развития и технология реализации / Л.И. Лубышева // Физическая культура: воспитание, образование, тренировка. – 1996. – №1. – С. 11-17.

8. Пономорёв Н.И. Ещё раз о теории физической культуры / Н.И. Пономорёв // Теория и практика физической культуры. – 1985. – №6. – С. 46-49.

9. Тер-Ованесян А.А. Педагогические основы физического воспитания / А. А. Тер-Ованесян. – М.: Физкультура и спорт, 1978. – 206 с.

10. Физическая культура: типовая учеб. программа для высш. учеб. заведений / сост.: В.А. Коледа [и др.]; под ред. В.А. Коледы. – Минск: РИВШ, 2008. – 60 с.

11. Фомин, Н.А. Физиологические основы двигательной активности / Н.А. Фомин, Ю.Н. Вавилов. – М.: Физкультура и спорт, 1991. – 224 с.

**Эмоциональная составляющая профессионального  
становления студентов-психологов**

*Лариса Викторовна Степаненко*

*к.психол.н., доцент кафедры психологии,*

*Донбасский государственный педагогический университет,*

*г. Славянск, Украина*

*e-mail: Lora\_Step74@mail.ru*

***Аннотация.** Статья посвящена проблеме профессионального становления студентов в процессе обучения психологии. Особое внимание при этом уделяется эмоциональным состояниям обучающихся при реализации профессионального становления. В статье определено, что деструктивные эмоциональные состояния студентов, составляющие их эмоциональный потенциал, негативно влияют на профессиональное развитие и деятельность.*

***Ключевые слова:** профессиональное становление, эмоциональные состояния, эмоциональное выгорание.*

***Abstract.** The article is devoted to the problem of professional formation of students in the process of their learning psychology. Special attention is paid to the emotional states of the learners while realizing professional formation. In the article it is defines that the destructive emotional state of students that comprise their emotional potential negatively influence on the professional development and activities.*

***Keywords:** professional formation, emotional state, emotional burning-out.*

Профессиональное становление личности довольно сложный процесс прогрессивного изменения личности под влиянием социальных

воздействий, собственной активности, направленной на саморазвитие и самосовершенствование. Но личность может испытывать и отрицательное воздействие на себя этого процесса. Такое воздействие приводит к появлению разного рода деформаций и эмоциональных состояний, снижающих не только профессиональные успехи, но и негативно влияющих на всю жизнедеятельность личности. Особенно это отражается на молодых людях, студентах, которые поступили в высшее учебное заведение, и проблема выбора профессии еще окончательно не решена.

Подготовка психологов в рамках учебной программы ВУЗа предполагает соответствующие условия для самопознания, саморазвития, самосовершенствования и самореализации личности студента. Такие условия позволяют реализовать профессиональное становление личности и сформировать зрелую внутреннюю, профессиональную позицию будущего специалиста. А также проводить профилактическую работу различных личностных проблем, которые возникают у студентов во время обучения.

Система подготовки специалистов определена спецификой конкретной профессиональной деятельности. Профессия психолога относится к типу профессий «человек-человек». Основной особенностью профессиональной деятельности специалиста типа «человек-человек» является взаимодействие с людьми: умение общаться, контактировать с окружающими, добиваться взаимопонимания в процессе выполнения профессиональных функций. В структуре деятельности специалистов, работающих с людьми, выделяют задачи, связанные не только с реализацией собственного личного и профессионального потенциала, но и имеющие четкую эмоциональную составляющую, обеспечивающую эффективное взаимодействие субъект-субъектных отношениях: адекватное

понимание себя, своих эмоций, состояний, мыслей; овладения навыками психологической релаксации, которые предотвращают профессиональное выгорание [1].

В исследовании Л.В. Мовы были выделены следующие критерии личностной самореализации будущих психологов: а) низкий уровень личностной тревожности; б) низкий уровень агрессивности; в) выраженная сила «Я»; г) гибкость взглядов; д) развита эмпатия; е) высокий уровень креативности; ж) уверенность в себе; з) эмоциональная устойчивость; и) самостоятельность (независимость суждений) [2]. В свою очередь, Е.С. Романова [3], выделяла качества, которые препятствуют эффективности профессиональной деятельности психолога: психическая и эмоциональная неуравновешенность; агрессивность; замкнутость; нерешительность; отсутствие склонности к работе с людьми; неумение понять позицию другой человека; ригидность мышления (неспособность изменять способы решения задач в соответствии с условиями среды, изменяются), низкий интеллектуальный уровень развития.

Однако, наиболее негативными для профессионального становления личности являются разнообразные профессиональные деформации и синдром «эмоционального выгорания». В исследованиях О.Б. Егоровой [4] было установлено, что одним из существенных факторов профессионального выгорания психологов есть личностный эгоцентризм, который приводит к повышению уровней тревоги и депрессии, неадекватности эмоционального реагирования, психическому истощению, психическому выгоранию, эмоциональному истощению.

Основываясь на понимании эмоционального выгорания как динамического процесса, который возникает поэтапно, в полном соответствии с механизмом развития стресса, В.В. Бойко [2] выделил

три фазы формирования выгорания, каждая из которых сопровождается определенными эмоциональными, когнитивными и поведенческими реакциями:

1. Фаза напряжения служит «запускающим» механизмом в формировании эмоционального выгорания и связана, согласно определению, с наличием следующих симптомов: переживание психотравмирующих обстоятельств, неудовлетворенность собой, загнанность в клетку, тревога и депрессия.

2. Фаза резистенции – формирование защиты с участием эмоционального выгорания происходит на фоне следующих явлений: неадекватное избирательное эмоциональное реагирование, эмоционально-нравственная дезориентация, расширение сферы экономики эмоций, редукция профессиональных обязанностей.

3. Фаза истощения характеризуется более или менее выраженным падением общего энергетического тонуса и ослаблением нервной системы. Сопровождается наличием эмоциональной и личностной отстраненности, эмоциональным дефицитом, психосоматическими нарушениями. Эмоциональная защита в форме «выгорания» становится неотъемлемым атрибутом личности.

Таким образом, В. В. Бойко рассматривает выгорание как процесс, протекающий в соответствии с основными фазами развития стресса. Также С. Маслач выделила три структурных компонента синдрома «выгорание»: 1) эмоциональное истощение, 2) деперсонализация (тенденция развивать негативное отношение к клиентам), 3) редукция профессиональных достижений. В соответствии с данными точками зрения, синдром эмоционального выгорания характеризуется истощением не только физических и духовных сил, но и эмоциональным истощением. Следует отметить, что эмоциональное истощение требует определенного эмоционального потенциала

личности, который будет способствовать ее профессиональному самоутверждению.

В психологии проведено много исследований, посвященных проблеме развития личности специалиста в период обучения в вузе, профессиональной деятельности и профессионализации (Б.Г. Ананьев, В.В. Белоус, Э.Ф. Зеер, И.А. Зимняя, Е.А. Климов, А.К. Маркова, А.А. Осипова и др.). Профессиональное самоопределение приводит к всестороннему личностному развитию, готовности выполнять профессиональную деятельность, которая не сводится к простому накоплению знаний, умений и навыков, а во много зависит от внутреннего психического состояния студентов.

С целью исследования эмоциональных состояний студентов-психологов, нами определена выборка, состоящая из студентов, которые имеют низкий уровень профессионального самоопределения. Для анализа состояния эмоционального дискомфорта применялась методика социально-психологической адаптации К. Роджерса и Р. Даймондом в адаптации Т.В. Снегиревой. Анализ результатов показал, что низкий уровень эмоционального дискомфорта получили 18% студентов. Их можно охарактеризовать как эмоционально благополучных, уравновешенных, спокойных, которые легко выражают свои эмоции. Средний уровень выявлен у 69% студентов. Такой уровень эмоционального дискомфорта характеризуется частичными проявлениями негативных переживаний, неуверенностью, вследствие недостатка опыта переживаний, но сохраняя негативное отношение к себе. 13% студентов имеют нарушение эмоционального равновесия, которое определяется характеристиками доминирующего негативного эмоционального состояния одновременно сопровождается и неприятными субъективными переживаниями.

Для характеристики проявления устойчивости – неустойчивости эмоциональных состояний мы использовали тест-опросник Айзенка. Согласно позиции Айзенка, нейротизм характеризуется неадекватно сильными эмоциональными реакциями. В результате количественной обработки полученных результатов были определены уровни проявления нейротизма. Средний уровень нейротизма получили 22% студентов-психологов, они проявляют эмоциональную стабильность, характеризуются устойчивостью эмоциональных проявлений, отсутствием напряженности, беспокойства. Низкий уровень нейротизма получили 24% студентов. Такие показатели эмоциональной устойчивости свидетельствуют о неумении личности адекватно реагировать на эмоциогенную ситуацию, чаще других фиксируют внимание на своих неудачах и образах. 54% студентов, получившие очень высокий уровень нейротизма характеризуются неадекватностью эмоциональных реакций, эмоциональной неустойчивостью, эмоциональной возбудимостью, что может вызвать различные проявления агрессивности, высокую импульсивность в поведении. Резкие перепады настроения, эмоциональная нестабильность имеет выражение в склонности воспринимать все близко к сердцу, в беспокойства, подозрительности, нерешительности, волнении, застенчивости, неудовлетворенности собой, замкнутости.

Результаты тестирования студентов по методике Ч.Д. Спилбергера позволили определить, что низкий уровень тревожности получили 55% студентов-психологов. Студенты достаточно уравновешены, внутренне довольны собой, уверены в себе. Средний уровень тревожности получили 32% студентов. Это говорит о том, что студенты испытывают беспокойство, но могут контролировать свои негативные переживания, адекватно оценивать ситуацию, регулировать свое поведение. 13% студентов имеют высокий уровень тревожности,

который может быть вызван реальным неблагополучием в наиболее значительных отраслях жизнедеятельности.

Таким образом, профессиональное становление будущего специалиста в условиях высшего образования достаточно сложный процесс, обеспечивающий развитие всех сторон личности. А также определяющий специфику проявления эмоциональных состояний и формирование устойчивых черт личности, характерных для будущего вида деятельности. Следовательно, необходимо формировать в процессе профессионального становления специалиста эмоциональный потенциал, который будет наиболее адекватный конкретным формам деятельности и поведения.

#### Список литературы:

1. Сорокіна О.А. Психологічна підготовка соціальних працівників як складова професійної компетентності // Актуальні проблеми психології. – Т. V: Психофізіологія. Психологія праці. Експериментальна психологія. / За ред. С.Д. Максименка. – К.: ІВЦ Держкомстату України, 2007. – Вип. 6. – С. 296-301.

2. Мова Л.В. Психологічні особливості забезпечення особистісної самореалізації майбутніх психологів у процесі фахової підготовки: Автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.07 / Національний педагогічний ун-т ім. М.П. Драгоманова. – К., 2003. – 20с.

3. Романова Е.С. 99 популярных профессий. Психологический анализ и профессиограммы. – 2-е изд. – СПб.: Питер, 2007. – 464 с.

4. Кокун О.М. Психологія професійного становлення сучасного фахівця: Монографія. – К.: ДП «Інформ.-аналіт. Агенство», 2012. – 200 с.

5. Бойко В. В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других. М., 1996. – 469 с.

**Психологические особенности при атопическом дерматите у подростков: гендерный аспект**

**Чарити Джастин Такйун**

*аспирант кафедры психологического  
консультирования и психотерапии,*

*Харьковский национальный университет им. В.Н. Каразина,*

*г. Харьков, Украина*

*e-mail: takyun@bk.ru*

**Аннотация.** *Статья посвящена изучению индивидуально-психологических особенностей подростков с диагнозом «атопический дерматит». Специфическими мужскому гендеру типами отношения к болезни при атопическом дерматите у подростков являются типы, при которых социальная адаптация существенным образом не нарушается. Специфическими женскому гендеру типами отношения к болезни при атопическом дерматите у подростков являются типы, нарушающие психическую адаптацию преимущественно интерпсихической направленности.*

**Ключевые слова:** *атопический дерматит, подростки, индивидуально-психологические особенности.*

**Abstract.** *The article is devoted to the study of individual and psychological features of adolescents with diagnosis «atopic dermatitis». Specific to masculine gender types of attitude to the disease of atopic dermatitis among adolescents are the types where the social adaptation is not significantly damaged. Specific to feminine gender types of attitude to the disease of atopic dermatitis among adolescents are the types where the psychological adaptations are mostly damaged in terms of interpsychic direction.*

*Keywords: atopic dermatitis, adolescents, individual and psychological features.*

Атопический дерматит – одно из наиболее распространенных заболеваний кожи, которое отличается хроническим рецидивирующим течением с нарастанием степени тяжести, частота которого неуклонно растет во всех странах мира [2]. На сегодняшний день увеличивается частота тяжелых форм атопического дерматита с увеличением площади поражений кожи, возрастает количество пациентов с хроническим рецидивирующим течением, торпидных к традиционной терапии, снижается качество жизни данных больных [5].

Подростковый возраст рассматривается как самый важный и наиболее трудный период человеческой жизни, которому свойственно резкое, бурное, кризисное течение, когда отрочество переживается как второе рождение, в итоге которого возникает новое «Я», одним из главных компонентов которого является – «сфокусированность на самом себе».

В подростковом возрасте повышается значимость внешнего облика в структуре ценностей, структурируется представление о собственной внешности, складывается ее самооценка, приобретая в дальнейшем достаточно устойчивый характер.

Осознание своего физического облика, его эстетического эффекта является одним из важных условий, участвующих в формировании личности подростка и одним из регулирующих факторов его поведения.

Та или иная оценка своей внешности влечет за собой изменение самочувствия и может определять характер взаимоотношений между людьми. В восприятии подростка «быть красивым» означает иметь успешные личные отношения, внешность повышает статус подростка и

гарантирует ему большую успешность в межличностных взаимодействиях и принятие социальной группой.

Осознание особенностей своей внешности также влияет на формирование у подростка многих важных качеств личности – уверенность в себе, жизнерадостность, замкнутость, индивидуализм и др. Оценивая свое тело, подросток, сталкиваясь со своей физической необычностью, делает вывод о своей социальной неполноценности [3, 4, 6].

Таким образом, повышенная значимость внешности в пубертатном возрасте, широкая распространенность атопического дерматита и сопутствующие ему косметические дефекты определяют медико-психологическую значимость этой проблемы.

Особую актуальность приобретает проблема коррекции эмоционально-личностного развития подростков, в связи с тем, что тяжесть АД влияет на уменьшение частоты общения со сверстниками, что приводит к замкнутости и коммуникативной некомпетентности. Своевременное оказание психологической помощи данному контингенту пациентов способно купировать неблагоприятное воздействие заболевания на индивидуально-психологические особенности подростков.

Цель статьи – описание индивидуально-психологических особенностей подростков с диагнозом «атопический дерматит».

В исследовании приняло участие 83 подростка в возрасте от 13 до 15 лет с диагнозом «Атопический дерматит» со средним и тяжелым течением. Разделение групп осуществлялось по гендерному признаку – группу 1 составили 45 девочек-подростков, группу 2 – 38 мальчиков-подростков.

В результате сравнения данных, полученных в двух выборках, были получены результаты, свидетельствующие о гендерно-

специфических типах отношения к болезни подростков с диагнозом «Атопический дерматит».

Статистически достоверное отличие между группами установлено по анозогнозическому типу отношения к болезни, который присущ мальчикам-подросткам. Данный тип отношения к болезни характеризуется отбрасыванием мыслей о болезни, о ее последствиях. Подростки мужского пола находятся в приподнятом настроении, легкомысленно относятся к заболеванию, склонны к нарушению режима и рекомендаций. Отсутствие данного типа отношения к болезни в группе девочек можно объяснить мальчишеской подростковой бравадой, желанием продемонстрировать свою неуязвимость, уверенность, что на деле представляет собой попытку компенсировать низкую самооценку. Мальчики стремятся к сохранению соответствия существующим гендерным стереотипам, которые приписываются лицам мужского пола – сила, выносливость, а признание проблем, страхов, тревожности является признаком проявления слабости. Отмечается [2], что мальчики и мужчины вынуждены прибегать к более мощной защите своей самооценки, нежели женщины, девочки, которым «разрешено» быть слабыми, неуверенными, экспрессивными, не прибегают к такому самоописанию заболевания, так как не вынуждены к подобным мерам самозащиты.

Мальчики отличаются от девочек эргопатическим типом отношения к болезни, которому характерен «уход в учебу», поглощенность деятельностью, гиперответственное, стеничное отношение; мальчики стремятся, несмотря на болезнь, сохранять свой ученический статус. Данное гендерное отличие может быть объяснено тем, что у мальчиков больше выражена мотивация достижения в сферах, которые предполагают активность действий, заслуживающих поощрения и порицания [4]. Нацеленность на цель и результат,

свойственная мужскому полу, делает мальчиков непоколебимыми в упорной учебе, преодолении тех препятствий, которые создает заболевание. Достижение целей имеет огромное значение для лиц мужского пола, потому что именно таким способом они могут доказать свою состоятельность и не упасть в собственных глазах. Многими авторами подчеркивается [2], что женский пол во главу угла ставит отношения между людьми, что проявляется и в большей для женщин значимости общения. Мужской пол в большей степени сосредоточен на задаче.

Сенситивный тип отношения к болезни присущ девочкам-подросткам. Этот тип характеризуется интерпсихической направленностью личностного реагирования, что обуславливает социальную дезадаптацию девочек. Основная озабоченность девочек в связи с заболеванием – неблагоприятное впечатление, которое могут произвести симптомы болезни на окружающих. Колебания настроения обусловлены межличностными контактами, которые для девочек более значимы, чем для мальчиков. Таким образом, сенситивный тип отношения к болезни, присущий девочкам, обусловлен тем, что девочки более ориентированы на взаимоотношения, которые нарушаются вследствие специфики заболевания, мальчики более ориентированы на задачу. Мальчики и девочки мотивированы разными потребностями: для девочек потребность в аффилиации важнее, чем потребность в достижениях, которая более значительна для лиц мужского пола. Кроме аффилиативного вектора мотивации женского пола, что определяет сенсibiliзованное отношение к болезни, фактором, его обуславливающим, является отношение женского пола к собственной внешности. Привлекательная внешность является одной из основных жизненных ценностей, именно женскому полу свойственна большая неудовлетворенность собственной внешностью [2]. Привлекательная

внешность имеет социальную ценность, повышает женскую самооценку и ценность в глазах других. Симптоматика атопического дерматита сказывается негативно на внешнем облике девочки-подростка, что создает почву сенситивного отношения к заболеванию. Женский пол в большей мере испытывает на себе социокультурное влияние, связанное с внешностью.

Диффузный тип отношения к болезни присущ девочкам-подросткам с атопическим дерматитом. Недифференцированность указывает на неопределенность картины собственного заболевания, на ее «размытость», которая охватывает всю личность, не оставляя зон, свободных от конфликта. Необходимо отметить, что неотъемлемой частью недифференцированного типа отношения к болезни у девочек, является его сенсibilизированный компонент (100%). Меньшая выраженность недифференцированности отношения к болезни мальчиков может быть объяснена меньшей уязвимостью мужского пола данным заболеванием и большей уязвимостью и вовлеченностью женского.

Наиболее часто встречаемым типом отношения к болезни, независимо от пола, является смешанный тип отношения к болезни интра- и интерпсихической направленности. Также нужно отметить, что гармоничный тип отношения к болезни не диагностирован ни у одного участника из двух групп.

Структура дерматологического качества жизни у девочек указывает на общее тяжелое состояние девочек-подростков, страдающих АД, заболевание оказывает значительное влияние на все сферы жизни девочек, не оставляя «люцидных окон». Наиболее значим фактором, оказывающим влияние на качество жизни девочек, является нарушенная сфера личных отношений.

Снижение качества жизни мальчиков-подростков с АД связано с двумя факторами. В первом варианте наиболее значим фактором, оказывающим влияние на КЖ мальчиков, является фактор плохого самочувствия, который оказывает влияние на повседневную активность и учебу подростков. Второй вариант снижения качества жизни мальчиков с АД связан с нарушенным фактором досуга, который связан с личными отношениями и лечением, последний параметр в свою очередь препятствует нормальному проведению досуга.

Структура эмоциональности девочек-подростков с диагнозом «Атопический дерматит» – астенична и может быть названа структурой «стыда-страха-вины». Структура эмоциональности мальчиков-подростков неоднородная с преобладанием дезадаптивного компонента.

#### Список литературы:

1. Burks A.W. Atopic dermatitis and food hypersensitivity reactions / A.W. Burks, J.M. James // J. Pediatric. – 1998. – №1. – P. 132-136.
2. Феденко Е.С. Применение полиоксидония у больных атопическим дерматитом / Е.С. Феденко, М.И. Варфоломеева, Т.В. Латышева // Лечащий врач. 2001. – №4. – С. 52-54.
3. Кле М. Психология подростка/ Мишель Кле. – М.: Педагогика, 1991. – 176 с.
4. MacGregor F.C. Transformation and identity / MacGregor F.C. – NY: Times book. –1974. – P. 127-220.
5. Бендас Т.В. Гендерная психология. СПб.: Питер, 2009. – 384 с.
6. Ильин Е.П. Дифференциальная психофизиология мужчины и женщины/ Е.П.Ильин. – СПб.: Питер, 2002. – 544 с.

**Теоретические аспекты социально-педагогической профилактики наркотической зависимости молодежи**

**Оксана Анатольевна Тимотина**

*аспирант кафедры социальной педагогики и социальной работы,*

*Донбасский государственный педагогический университет,*

*г. Славянск, Украина*

*e-mail: konoshenko.sergey@yandex.ru*

**Аннотация.** В статье раскрывается сущность феномена «наркотическая зависимость несовершеннолетних» и анализируются пути социально-педагогической профилактики указанного отрицательного явления.

**Ключевые слова:** социально-педагогическая профилактика, молодежь, наркотическая зависимость.

**Abstract.** The article reveals the essence of the phenomenon of «juvenile addiction» and analyzed the socio-pedagogical preventive maintenance of this negative phenomenon.

**Keywords:** socio-educational prevention, youth drug addiction.

Сучасний період розвитку українського суспільства потребує негайного розв'язання важливих завдань щодо навчання, виховання, комплексної реабілітації девіантних школярів, рішення проблеми дитячої злочинності, жебрацтва, споживацтва, попередження наркотичної залежності неповнолітніх, а відповідно, створення психолого-педагогічних умов для підготовки вихованців до самостійного життя, адаптації в суспільство та ін. Аналіз цієї проблеми, яка гостро стоїть перед сучасним суспільством, показує, що система педагогічної, превентивної та реабілітаційної роботи з девіантними школярами недостатньо відпрацьована. Зараз постає гостра потреба

більш ґрунтовного дослідження феномену адиктивної поведінки та удосконалення соціально-педагогічної роботи з наркозалежними дітьми і молоддю.

Питання навчання, виховання, соціально-педагогічної допомоги, профілактики девіантних (адиктивних) учнів залежно від існуючих у них проблем щодо адаптації в учбовому і трудовому колективі, у сім'ї, товаристві ровесників, пошуку роботи та відновлення здоров'я розглядали О. Беца, З. Зайцева, Г. Золотова, В. Кравець, Н. Максимова, Н. Ничкало, В. Оржеховська, В. Синьов, А. Татенко та ін. Проте актуальна для сучасного українського суспільства проблема соціально-педагогічної профілактики наркотичної залежності неповнолітніх не знайшла достатнього висвітлення в соціально-педагогічній і психологічній літературі.

Метою статті є розкриття сутності феномену «наркотична залежність неповнолітніх» та аналіз шляхів соціально-педагогічної профілактики зазначеного негативного явища.

Створення системи профілактики і раннього виявлення випадків уживання речовин наркотичної дії учнівського та студентською молоддю є актуальною медико-психологічною і соціально-педагогічною проблемою.

Сьогодні, це захворювання з рідкісних випадків перетворилося в справжню епідемію. Причому, спостерігається тенденція не тільки до подальшого збільшення випадків наркоманії, але і до їх значного «омолодження». Великого поширення набула наркоманія серед дітей і підлітків. Тому необхідно зробити все, щоб проникнення в нашу країну страшного ворога наркоманії – було зустрінуте у всеозброєнні знань про те, що являє собою захворювання, штучно викликане людиною в самої себе.

Н. Максимова стверджує, що більшість наркоманів почали

вживати наркотичні речовини ще в підлітковому віці і майже завжди під впливом друзів [1, с.24]. Характерно, що в медичній практиці не зареєстровано жодного випадку, коли б підліток сам, без зовнішнього впливу почав вишукувати і вживати наркотичні речовини. Основний мотив першого вживання наркотику в компанії друзів – бути «своїм серед своїх», не відставати від товаришів, острах бути висміяним, відкинутим від групи. Значну роль грає також помилкове розуміння дорослості, нарешті проста цікавість, бажання пізнати недозволене.

Залежність від наркотичних (токсичних) речовин у дітей і підлітків виникає найчастіше як один із наслідків відхилень у поведінці, складності соціально-психологічної адаптації [5, с.102].

До психолого-педагогічних і соціально-психологічних причин ранньої наркоманії в першу чергу відносяться такі:

1. діти і підлітки, що вживають наркотики, в багатьох випадках ростуть і виховуються в неблагополучних родинах, з нездоровим психологічним кліматом, з постійними конфліктами, суперечливими методами виховання;

2. відсутність життєвої перспективи, безробіття, низький рівень заробітної плати;

3. неуважність до проблем молодих людей з боку держави і т.д. [2].

Схильність до наркотизації може бути обумовлена явищами психічного інфантилізму, що властива деяким неповнолітнім, а також внутрішньо особистісними конфліктами, пов'язаними з високим рівнем домагань, потребою у визнанні і хворобливому усвідомленні неможливості досягти бажаного. Невміння переборювати комунікативні бар'єри, безуспішні спроби знайти хоча б одного близького друга приводять підлітків до психологічного дискомфорту, що вони намагаються зняти за допомогою прийому наркотичних засобів.

У роботі з первинної соціально-педагогічної профілактики і максимально ранньому виявленню наркоманії і токсикоманії серед учнів та студентів зобов'язані брати участь усі, хто безпосередньо відповідає за їхнє виховання і моральний розвиток: батьки, викладачі, вихователі, лікарі, психологи, співробітники органів внутрішніх справ, учні [4, с.78].

З метою забезпечення більш повного виявлення випадків наркотизації серед учнівської та студентської молоді нарколози, що займаються підлітковим контингентом, мають забезпечувати педагогічних працівників необхідною інформацією про ознаки уживання підлітками речовин наркогенної дії.

У процесі підготовки педагогічних працівників до проведення профілактичної роботи необхідно розповідати про основні клінічні ознаки стану наркотичного сп'яніння, знання яких дозволяє виявляти усі випадки навіть епізодичного вживання наркогенних речовин.

У виховній взаємодії з такими підлітками перевага надається індивідуальному впливу. Хоча не варто ігнорувати залученням підлітків до громадського життя, організацією змістовного проведення вільного від навчання часу з урахуванням особливостей їхнього характеру, схильностей, інтересів. Встановлюється строгий контроль за поведінкою учнів з боку педагогів, батьків, медичних працівників, наркологів.

Система заходів щодо первинної соціально-педагогічної профілактики наркотичної тенденції в підлітків включає такі елементи:

1. виділення з загального контингенту учнів так званої «групи ризику»;
2. проведення цілеспрямованих профоглядів;
3. активна проти наркотична пропаганда [4, с.216].

Пропаганду наукових знань з проблеми наркоманії, з огляду на

серйозність і відповідальність цієї теми, варто будувати особливо чітко, обдумано, з урахуванням аудиторії. Лікарі – наркологи і підготовлені лікарі інших спеціальностей повинні проводити лекції і бесіди:

1. з адміністративно – викладацьким складом (не рідше 1-2 рази на рік);
2. з батьками учнів – регулярно не менш 1-2 рази на рік;
3. з учнями – у межах спеціального циклу з 3-4 лекцій.

Лекційну роботу повинні проводити добре підготовлені психіатри-наркологи.

Вважаємо необхідним навести приблизну тематику лекцій антинаркоманійного циклу:

Тема 1. Вплив вживання наркотичних і токсикоманійних речовин на психіку людей молодого віку.

Тема 2. Наслідки наркотизації для організму молодої людини.

Тема 3. Наркоман у суспільстві: антагонізм і соціальна деградація. Наркоманія як загроза суспільству.

Тема 4. Причини й умови прилучення підлітків і молоді до вживання дурманних речовин.

Тема 5. Профілактика наркоманії і токсикоманії серед підлітків і молоді. Обов'язковість своєчасного лікування.

Тема 6. Правові міри боротьби з наркоманією. Законодавство у відношенні неповнолітніх.

У позаурочній виховній роботі з соціально-педагогічної профілактики наркоманії серед учнів рекомендується використовувати такі форми роботи, як лекції, бесіди, усні журнали, диспути, обговорення книг, фільмів, спектаклів, картин; вечори і зустрічі з лікарями.

Бесіда як метод роботи має на меті збір фактичного матеріалу, з'ясування і уточнення питань. Вона розпочинається зі створення

відповідного психологічного клімату, що ґрунтується на відкритості та довірі. Велику роль відіграють комунікабельність, сенситивність, «спрямованість на іншого», тактовність психолога або соціального педагога.

У соціально-педагогічній практиці залежно від конкретних умов, можуть бути використані різні види бесід:

1. діагностичне інтерв'ю – мета полягає в одержанні різноманітних даних про властивості особистості та особливості психічного розвитку;

2. психотерапевтична бесіда – метою якої є надання психологічної допомоги;

3. стандартизована бесіда будується за чітко визначеним сценарієм і наперед розробленим планом;

4. вільна бесіда – психолог може змінювати тактику ведення бесіди залежно від ситуації [5].

В роботі з підлітками перевага надається вільним формам бесіди, які дозволяють знизити рівень сором'язливості. В психологічній бесіді, особливо у відносно вільних її формах, формування кожного запитання є для психолога своєрідним міні завданням, тому вдало сформульовані запитання – це свідчення професійної зрілості психолога як спеціаліста певної галузі.

Вважаємо, що бесіда в контексті соціально-педагогічної і психокорекційної роботи є важливим невід'ємним компонентом. Вона дозволяє виділити суттєве, значиме. В одних випадках під впливом бесіди можна досягти прозріння, поглибленого відчуття і сприймання власного «Я», а в інших – бесіда є першим серйозним поштовхом до самоаналізу. Бесіду з метою соціально-педагогічної профілактики наркоманії необхідно проводити в невеликих аудиторіях, тому що в таких умовах легше досягти двостороннього контакту.

Висновки. В підлітковому віці найбільш характерним є пошук сенсу життя, спроби знайти нові стереотипи поведінки. Тому в цей час особливо небезпечним є знайомство підлітка з наркоманами. Адже здатність наркотичних речовин послаблювати нервові напруження, відволікати від роздумів про реальність, невирішеність проблем може міцно привернути підлітка до наркотизації як до найбільш ефективного способу «подолання труднощів». На психолога – педагогічному рівні розуміння проблеми наркотизму неповнолітніх, на нашу думку, полягає у недопущенні таких поєднань умов, які зумовлювали б дію певного фактору як фатального.

#### Список літератури:

1. Балакірева О.М., Дупленко П.Ю., Максимова Н.Ю, Мілютіна К.Л. Профілактика вживання алкоголю, наркотиків і токсичних речовин серед молоді // Молодь України: проблеми, шляхи розв'язання. – Вип.7. – К.: НТЗФ «Студцентр», 1998. – 168 с.
2. Гишинский Я.И. Социальный контроль над девиантностью / Я.И. Гишинский. – СПб.: СПб. Филиал ин-та Социологии РАН, Балтийский институт экологии, политики и права, 1998. – 196 с.
3. Клейберг Ю.А. Психология девиантної поведінки: Учебное пособие для вузов / Ю.А.Клейберг. – М.: ТЦ Сфера, при участии «Юрайт-М», 2001. –160 с.
4. Наркоманія: адаптація молоді до праці та життя / А. М. Нагорна, В. В. Беспалько. – Кам'янець-Подільський: Аксіома, 2005. – 384 с.
5. Соціально-педагогічна робота з дітьми групи ризику: монографія / С.Я. Харченко, Л.В. Кальченко, Г.Д. Золотова, С. В. Горенко. – Луганськ: ЛНУ ім. Т. Шевченка, 2009. – 145 с.

**Использование здоровьесберегающих технологий на занятиях  
физической культурой для будущих педагогов**

*Екатерина Сергеевна Тонких*

*преподаватель физической культуры,*

*Читинский педагогический колледж*

*г. Чита, Россия*

*e-mail: katya.tonkikh.86@mail.ru*

**Аннотация.** *Статья посвящается теме «Использование здоровьесберегающих технологий на занятиях физической культурой для будущих педагогов». Автор рассматривает применение пальчиковой и зрительной гимнастики на занятиях физической культуры.*

**Ключевые слова:** *здоровьесберегающие технологии, физическая культура, будущие педагоги.*

**Abstract.** *The article is devoted to the theme «The Use of health saving technologies in physical training for future teachers». The author considers the use of finger and visual gymnastics in classes of physical culture.*

**Keywords:** *health saving technologies, physical culture, future teachers.*

Роль занятий физической культуры возрастает в связи с проблемой сохранения здоровья и развития физического потенциала будущих педагогов.

Эффективность развития физических качеств обучающихся реализуется, прежде всего, посредством здоровьесберегающих технологий по физической культуре, которые направлены на развитие у обучающихся жизненно необходимых двигательных умений и навыков,

развитие таких физических качеств как сила, ловкость, выносливость, гибкость, быстрота.

Здоровьесберегающие технологии в физическом воспитании – это совокупность приёмов, методов, методик, средств обучения и подходов к образовательному процессу, при которых выполняются как минимум 4 требования:

1. Учёт индивидуальных особенностей обучающихся.
2. Деятельность преподавателя в аспекте реализации здоровьесберегающих технологий на занятиях физической культуры должна включать знакомство с результатами медицинских осмотров обучающихся.
3. Не допускать чрезмерной изнуряющей физической, эмоциональной, нагрузки при освоении учебного материала.
4. Обеспечение такого подхода к образовательному процессу, который гарантировал бы поддержание только благоприятного морально-психологического климата в коллективе.

Для достижения целей здоровьесберегающих образовательных технологий обучения применяются следующие группы средств:

1. Средства двигательной направленности;
2. Оздоровительные силы природы;
3. Гигиенические факторы.

К средствам двигательной направленности относятся – движение; физические упражнения; физкультминутки и подвижные перемены; эмоциональные разрядки и минутки «покоя» гимнастика (оздоровительная, пальчиковая, корригирующая, дыхательная, для профилактики простудных заболеваний, для бодрости); лечебная физкультура, подвижные игры; специально организованная двигательная активность обучающихся (занятия оздоровительной физкультурой, своевременное развитие основ двигательных навыков);

массаж, самомассаж, и др.

Остановимся на средствах двигательной направленности, которые используем на занятиях физической культурой в группах первого и второго курса по специальности «Педагогика дополнительного образования в области ИЗО» и «Программирование в компьютерных системах», а именно, на специальных упражнениях для профилактики переутомления пальцев рук и глаз.

Прежде всего, применяем примерные комплексы зрительной гимнастики для снятия зрительного напряжения. Будущим педагогам информатики и учителям ИЗО необходимо не только знать, но и уметь применять комплексы специальных упражнений, несмотря на небольшую продолжительность (1 мин) при регулярном проведении зрительной гимнастики, она является эффективным мероприятием профилактики утомления. Так, при выполнении специальных упражнений обеспечивается периодическое переключение зрения с ближнего предмета на дальний, снимается напряжение с цилиарной мышцы глаза (ресничная мышца), регулирующей аккомодацию глаза (способность ясно видеть предметы, находящиеся на различных расстояниях от глаза), активизируются восстановительные процессы аккомодационного аппарата глаза, в результате чего функция зрения нормализуется после длительной работы на компьютере. Зрительная гимнастика проводится в середине занятия с компьютером (одно упражнение) и после него (одно-два упражнения). Через 2-4 занятия упражнения рекомендуется менять [2, с.220].

Для будущих педагогов изобразительного искусства полезна правильная разминка суставов кисти и пальцев, что способствует подготовке к движениям, необходимым в художественном творчестве. Это дает обучающимся возможность правильно, долго и без видимых усилий использовать художественные инструменты. Одним из

эффективных способов решения данной проблемы является проведение специальной пальчиковой гимнастики перед началом занятия по изобразительной деятельности. Упражнения для кистей рук учат напрягать и расслаблять мышцы, переключаться с одного движения на другое развивают умение сохранять положение пальцев некоторое время [1. с. 98].

Использование здоровьесберегающих технологий в физическом воспитании будущих педагогов это в первую очередь творческий подход к педагогическому процессу с целью повысить интерес занятий физической культурой и спортом, укрепления их здоровья, а также подготовке здоровьесберегающих технологий в их будущей профессиональной деятельности.

#### Список литературы:

1. Косинова Е.М. Пальчиковая гимнастика: учеб. пособие. М.: БИБЛИОТЕКА Ильи Резника ЭКСМО, 2009. – 144 с.

2. Могилева В.Н. Психофизиологические особенности детей младшего школьного возраста и их учет при работе с компьютером: учеб. пособие для студ. пед. учеб. Заведений. М.: Издательский центр «Академия», 2007. – 352 с.

УДК 376.56 (048)

### **Воспитание здорового образа жизни у дезадаптированных учеников**

*Светлана Павловна Тямало*

*аспирант кафедры социальной педагогики и социальной работы,*

*Донбасский государственный педагогический университет,*

*г. Славянск, Украина*

*e-mail: konoshenko.sergey@yandex.ru*

***Аннотация.** В статье раскрыто сущность понятия «здоровый образ жизни», осуществлен анализ опыта формирования здорового образа жизни, охарактеризовано специфику воспитания здорового образа жизни у дезадаптированных учеников и внесено предложения относительно оптимизации этого процесса.*

***Ключевые слова:** воспитание, дезадаптированные ученики, здоровый образ жизни.*

***Abstract.** In article it is opened essence of concept «healthy way of life», the analysis of experience of formation of a healthy way of life is carried out, is characterised specificity of education of a healthy way of life at desadaptations pupils and made offers concerning optimisation of this process.*

***Keywords:** education, desadaptations pupils, healthy way of life.*

В основі соціокультурних змін українського суспільства є не тільки необхідність економічної перебудови, але й активізація чинників, які пов'язані з соціальною адаптацією людини. Як відомо, соціальна адаптація спрямована на реалізацію сутнісних сил особистості. В значній мірі це стосується дезадаптованих учнів.

Соціальна адаптація підлітка передбачає його гармонійне взаємне існування та взаємодію як із суспільством, так і з його соціальними інститутами. Проте, як показує практика, значна кількість дітей підліткового віку відчуває проблеми у взаємодії з даними інститутами, зокрема, школою. У вихованців спостерігається шкільна дезадаптація. Як відомо, емоційно-вольова сфера дезадаптованих учнів має певні особливості (нестійкість, невміння відстоювати власну точку зору, схильність до негативного впливу оточуючих тощо). Крім того, значна частина таких дітей походить з кризових сімей (де батьки зловживають

алкоголем, наркотиками, тобто не ведуть здорового способу життя). Отже, зважаючи на визначені обставини, формування здорового способу життя в дезадаптованих учнів є актуальною проблемою, яку необхідно негайно вирішувати.

Проблему формування здорового способу життя досліджували такі вчені, як Н. Василенко, С. Кириленко, Л. Крилова, Ю. Мельник, С. Омельченко, В. Торотій, В. Шкуркіна й інші. Проте аспект виховання здорового способу життя в дезадаптованих учнів потребує подальшого вивчення і висвітлення.

Метою статті є аналіз досвіду з формування здорового способу життя, аналіз специфіки виховання здорового способу життя в дезадаптованих учнів та внесення пропозицій щодо оптимізації цього процесу.

За кордоном програма здорового способу життя має такі основні складники.

1. Шкільний навчальний курс сприяння здоров'ю. Навчання здорового способу життя передбачає як розвиток відповідних знань, так і можливості розвитку й використання на практиці здорового способу життя, які повинні глибоко увійти в переконання, оцінки, емоції та мораль, що висуває відповідні вимоги до вчителів та шкільної організації.

2. «Здоровий шкільний день». Атмосфера будь-якої школи впливає на здоров'я учнів, тому важливо враховувати весь великий діапазон питань, пов'язаних з перебуванням молоді в школі (шкільне оточення, харчування, фізична активність тощо).

3. Шкільні соціальні та оздоровчі служби. Такі служби складаються з кваліфікованих спеціалістів: медиків, психологів та соціальних службовців. Вони покликані не тільки спостерігати за розвитком дітей, санітарними умовами в школі та виявляти

захворювання школярів, але також стимулювати зміщення акценту шкільного курсу про здоровий спосіб життя до впровадження в повсякденну поведінку таких життєвих правил, які сприяють здоров'ю, давати поради вчителям шкіл щодо оздоровчих аспектів навчання та брати участь у розробці й упровадженні відповідних програм тощо [1, с. 21-22].

У нашій країні формуванням здорового способу життя в учнів загальноосвітніх шкіл займаються в межах курсу «Основи безпеки життєдіяльності». Однак немає чітко визначеного поняття «здоровий спосіб життя», і багато вчителів розуміють його по-різному. Тому доцільно зупинитися на визначенні цього поняття.

Здоровий спосіб життя – це все, що в межах сфери людської діяльності стосується збереження та зміцнення здоров'я [5, с.11]. Здорове життя є комплексним поняттям, яке має принаймні чотири складники: фізичне, психічне, соціальне та духовне здоров'я.

Фізичне здоров'я складається з фізичної активності та здорового харчування. Отже, під час формування здорового способу життя в дезадаптованих учнів значну увагу слід приділяти формуванню уявлень про здорове харчування та необхідності у виконанні фізичних вправ. Починаючи з дошкільного віку, необхідно зробити так, щоб дитина щодня виконувала фізичні вправи, але в ігровій формі, тобто треба заохочувати дитину до рухів. У школі слід якомога частіше проводити фізкультпаузи. Зрозуміло, що розумову патологію часто супроводжують порушення координації та моторики кистей рук, що спричиняє в дезадаптованої дитини деяку невпевненість. Поступовий розвиток координації з допомогою фізичних вправ також сприятиме формуванню здорового способу життя.

Як відомо, значна частина дезадаптованих учнів походить з кризових сімей, де в багатьох випадках не мають уявлення про культуру

харчування. Тому, починаючи з першого класу, в учнів необхідно формувати поняття про здорове харчування; режим, сумісність продуктів, шкідливі наслідки від переїдання та неякісної їжі, етичні норми поведінки за столом тощо. Тільки коли ці норми стануть звичними для учнів у їхньому повсякденному житті, правомірно буде говорити, що в дитини сформовані навички здорового харчування та фізичної активності.

Поняття «психічне здоров'я» стосується процесів, які відбуваються в мозку людини, та їхніх атрибутів і пов'язане з мисленням, характером та здібностями індивіда [2, с.51].

У дезадаптованих учнів необхідно створити доброзичливу атмосферу, дбати про створення сприятливого психологічного клімату.

Психологічне здоров'я малої групи як багаторівневий показник якості її життєдіяльності характеризується адекватністю її соціальних, психолого-педагогічних процесів, стосунків, реагувань, орієнтацій у проблемних ситуаціях. Воно має власну структуру.

Духовне здоров'я залежить від духовного досвіду індивіда та сприйняття ним різних боків духовної культури людства – освіти, науки, мистецтва, релігії, моралі та етики. Молодь здебільшого надає великого значення чинникам, які визначають духовне та психічне здоров'я індивіда. Вона віддає перевагу таким формам відпочинку, які спричиняють звуження спектру духовної культури, звернення лише до найпростіших та найдоступніших джерел [3].

Для формування духовного здоров'я в дезадаптованих учнів слід розширювати їх позитивний досвід у галузі сприйняття мистецтва, формувати естетичний смак, починаючи з початкових класів. Необхідно регулярно організовувати групові відвідування театрів, музеїв, визначних місць міста. Зараз у багатьох школах функціонують різні секції та гуртки: з історії, музики, танців, народного фольклору тощо.

Слід досягти того, щоб правила поведінки, які вивчаються, стали повсякденною нормою

*Соціальне здоров'я* людини залежить від зв'язків цієї людини з іншими людьми та соціальними інститутами, такими як сім'я чи групи однолітків. Більшість молодих людей погоджується з твердженням, що найближче соціальне оточення (друзі, знайомі, сім'я) має велике значення для формування способу життя молодої людини.

Деякі дезадаптовані учні мають проблеми в цій сфері, що виявляється в збільшенні кількості непорозумінь у стосунках з людьми, які їх оточують (учителями, батьками, однолітками тощо), а також у наростанні відчуття нервового напруження, стресу та негативного ставлення до себе з боку інших і незадоволення самим собою.

Задоволення дітей та молоді багатьма аспектами життя помітно зменшується з віком, це пов'язане передусім зі збільшенням матеріальних потреб. Найменше задоволені своїм життям підлітки [4, с. 327].

Серед проблемних чинників, які шкодять здоров'ю дезадаптованих дітей, слід відзначити чотири: вживання алкоголю, тютюнокуріння, вживання наркотиків, хвороби, що передаються статевим шляхом.

Серед дезадаптованих учнів України поширеними явищами є тютюнокуріння, вживання алкоголю й наркотиків та небезпечний секс. Бажання «йти в ногу з часом» спонукає деяких молодих людей до прийняття моделі модного й стильного життя, яке для багатьох з них пов'язується зі згаданими явищами. Ситуація обтяжується через наявність у вільному продажу тютюнових виробів, порівняно легкий доступ до наркотиків та лібералізацію статевих зв'язків, а також через те, що учні школи внаслідок особливостей їх розвитку схильні до негативного впливу оточення [5]. Тому необхідно розробляти програми

щодо профілактики алкоголізму, наркоманії, тютюнокуріння тощо, створювати альтернативу «модному проведенню часу», цікаво організовувати дозвілля учнів, проводити психологічні тренінги щодо розвитку вольових якостей тощо.

Для ефективного формування здорового способу життя необхідні тривалі й наполегливі зусилля. Процес зміни позицій та поведінки кожної конкретної дитини або молодої людини вимагає часу. Дезадаптовані учні повинні набути нових знань та навичок, організації мають включати ідею формування здорового способу життя до своїх програм. Запровадження змін – це поступовий, повільний процес, який вимагає часу, зусиль та ресурсів. Нові поняття та інноваційні підходи сприймаються лише тоді, коли педагогічні працівники навчального закладу й окремі індивіди, які беруть участь у їх запровадженні, готові до цього.

Для забезпечення ефективності програм з формування здорового способу життя в цілому вирішальне значення має якість реалізації таких заходів і програм. Коли втілення ідеї та інформування про здоровий спосіб життя, зокрема антитютюнові та антинаркотичні кампанії, погано організовані, вони виявляються неспроможними забезпечити бажаний вплив. Прогалини швидко заповнюються інформацією, одержаною від однолітків і від виробників тютюнових та алкогольних виробів, які прагнуть забезпечити собі максимально можливу кількість споживачів [5].

Отже, можна зробити такі висновки. В нашій країні, як і за кордоном, останніми роками велике значення надається проблемі формування здорового способу життя. Формування здорового способу життя складається з таких аспектів: психічного, фізичного, соціального та духовного, і лише планомірна робота в усіх вищезазначених аспектах забезпечить в дезадаптованих учнів сформованість необхідних навичок.

Особливості психічного розвитку дезадаптованих учнів підвищують ризик уживання алкоголю, наркотиків та тютюнокуріння. Реалізація програм щодо профілактики тютюнокуріння, наркоманії та алкоголізму не завжди є ефективною, тому що іноді їх реалізація відзначається непрофесійним рівнем. Ефективність виховання здорового способу життя можна підвищити за допомогою дискусії, рольових ігор та демонстрації наочних прикладів.

Подальше дослідження форм і методів формування здорового способу життя різних категорій учнів, розробка спеціальних програм з формування в них здорового способу життя в умовах навчально-виховних і реабілітаційних закладів є найнеобхіднішим і перспективним, тому що це сприятиме соціальній адаптації, соціалізації, формуванню правильної життєвої позиції та інтеграції дезадаптованих дітей у суспільство.

#### Список літератури:

1. Василенко Н. Проблема здорового способу життя в освіті європейських країн / Н. Василенко // Шлях освіти. – 2000. – №2. – С. 19-22.
2. Кириленко С. Розвиток педагогічних технологій формування культури здоров'я старшокласників / С. Кириленко // Рідна школа. – 2000. – №11. – С.50-55.
3. Формування здорового способу життя молоді в Україні: національна модель «Молодь за здоров'я» / П. Шатц, О. Балакірева та ін. – К.: Укр. ін.-т соц. досліджень, 2005. – 130 с.
4. Шеремет Б. Освітня галузь «Здоров'я й фізична культура»: специфіка побудови // Дидактичні та соціально-психологічні аспекти корекційної роботи в спеціальній школі. – Наук-метод. збірник. – Вип. 5. – К.: Науковий світ, 2004. – С. 326-328.
5. Шкуркіна В.М. Формування соціального здоров'я дітей-сиріт

підліткового віку в загальноосвітніх школах-інтернатах: дис. ...канд. пед. наук: 13.00.05 / Шкуркіна Вікторія Миколаївна. – Луганськ, 2006. – 220 с.

УДК 37.01

**Исследование эффективности методов обучения  
среди подростков**

**Г. Ууганбаяр**

*преподаватель кафедры Медсестринского дела,*

*Дарханской Медицинской Школы,*

*Монгольский Национальный Университет Медицинских Наук,*

*г. Дархан, Монголия*

*e-mail: uuganbayar.g@mnims.edu.mn*

**Х. Амаржаргал**

*преподаватель кафедры Медсестринского дела, профессор,*

*Дарханской Медицинской Школы,*

*Монгольский Национальный Университет Медицинских Наук,*

*г. Дархан, Монголия*

***Аннотация.** Новизна данного исследования заключается в учёте эффективности интерактивного метода обучения среди подростков и может послужить источником для дальнейших исследований. Практическое значение заключается в оценке эффективности проведенный обучения по-здоровому образу жизни интерактивным методом среди учащихся, с приложением практической рекомендацией реконструкции программы обучения по-здоровому образу жизни. Возраст от 18-19 лет считают подходящим для вступления в половые отношения 40% учащихся, прошедших обучение традиционным методом и 50% прошедших интерактивным методом.*

**Ключевые слова:** учащиеся, качество, успеваемость, среда, информация.

**Abstract.** *The novelty of this study lies in the Registered effectiveness of interactive teaching method among adolescents and can serve as a source for further research. The practical significance is to evaluate the effectiveness of providing training in healthy lifestyle among students in an interactive method, with practical recommendations prelozhenie reconstruction training program in a healthy lifestyle. Age from 18-19 years is considered suitable for sexual relations to 40% of students trained in the traditional method and 50% held an interactive method.*

**Keywords:** *students, quality, performance, environment, information.*

**Обоснование исследования.** Внедренный интерактивный метод обучения более 80 лет тому назад в Харвардском Университете бизнеса в настоящее время широко применяется во многих странах мира.

Из результатов сравнительного исследования традиционного и интерактивного методов обучения, проведённых среди студентов I курса университета города Сарубай Индонезии, установлено, что качество успеваемости студентов было значительно выше у группы с интерактивным обучением.

В Монголии, реализованные Фондом Тысячелетия (ММСС) тренинги по здоровому образу жизни проводились по-интерактивному методу, с целью приобретения умения и навыков информации о заболеваниях, проведения научно-обоснованной профилактической работы и творческой деятельности для создания благоприятной среды для обучающегося.

В лекциях с традиционным методом обучения, преподаватель даёт много информации, настаивает свою точку зрения, не учитывает результаты обучения. При этом участие обучающихся пассивное, из-за

чего риски получения от ровесников не достоверной информации, привития ими не соответствующего умения и навыков высокие.

В нынешнее время в связи востребованностью подростков в тренингах с возможностями права выбора и саморешения для участника и проводимой интерактивным методом (interactive) с привитием навыков и умений здорового образа жизни, поддержки их участия, оказания им помощи в сохранении и защите здоровья стала актуальным вопросом времени, что и послужило предметом нашего исследования.

### **1. Цель исследования:**

Исследовать эффективность методов тренинга по-здоровому образу жизни среди подростков

### **2. Задачи исследования:**

1. Определить положение тренингов по-здоровому образу жизни и актуальные вопросы.

2. Дать сравнительную оценку традиционным и интерактивным методам обучения подростков.

3. Выявить и дать практические рекомендации по альтернативным методам обучения учащихся здоровому образу жизни.

### **3. Новизна и практическое значение исследования:**

Новизна данного исследования заключается в учёте эффективности интерактивного метода обучения среди подростков и может послужить источником для дальнейших исследований.

Практическое значение заключается в оценке эффективности проведения обучения по-здоровому образу жизни интерактивным методом среди учащихся.

### **4. Материалы и методы исследования:**

В исследовании приняли участие 192 подросткаов из старшей школы региона Шарын гол города Дархана. Разрешение на проведение исследования были взяты у менеджера школы по-учебным делам и

учащихся. Участников исследования подразделили на две группы: группа исследования с традиционным и контрольная группа с интерактивными методами введения урока. В 11а, 10б и 11в классах уроки здорового образа жизни были проведены лекции традиционным методом, а в 11б, 10а и 10в классах – интерактивным методом. Перед проведением исследования, для установления уровня знаний учащиеся были опрошены методом анкетирования.

1. *Схема и методы проведения исследования.* Использованы аналитическая схема исследования методами сравнения контрольной и группы исследования.

2. *Материалы исследования.* Материалы исследования были собраны анкетированием учащихся по-специальному опроснику. Данные исследования были обработаны на программах Word, Excel, SPSS 20 с учётом коэффициента значимости.

#### **5. Результаты исследования:**

Таблица 1

## Обращение при проблемах здоровья

	16 лет		17 лет		18 лет		19 лет	
	Активн.	Традиц.	Актив.	Традиц.	Актив.	Традиц.	Актив.	Традиц.
Семья	9,09%	2,08%	3,3%	1,04%	0%	3,12%	0%	0%
Врач	12,12%	6,25%	6,06%	2,08%	40%	6,25%	50%	1,04%
Одноклассники	6,6%	1,04%	0%	4,16%	15%	3,12%	50%	0%
Брат, сестра	15,15%	6,25%	6,06%	8,33%	40%	6,25%	0%	1,04%
Учитель по здравоохранению	42,42%	6,25%	57,57% %	21,85%	5%	0%	0%	0%
	15,15%	9,37%	27,27% % ?	2,08%	0%	8,33%	0%	0%

Из таблицы видно, что на данный вопрос из 17 летних учащихся 21.87% прошедших обучение традиционным и 57.57% интерактивным методами ответили, что обратиться к учителям по-здоровому образу жизни.

Таблица 2

## Уровень знания об инфекциях, передаваемых половым путём (ИППП)

	16 лет		17 лет		18 лет		19 лет	
	Активн.	Традиц.	Актив.	Традиц.	Актив.	Традиц.	Актив.	Традиц.
Хорошо знают	51,51%	9,37%	66,66%	18,75%	90%	10,41%	50%	2,08%
Знают	18,18%	4,1%	33,33%	9,37%	10%	6,25%	40%	0%
Не знают	15,15%	7,29%	0%	11,45%	0%	10,41%	10%	0%

Из таблицы 2 видно, что уровень знания об ИППП выше у учащихся, прошедших обучение по-интерактивному методу обучения, чем у прошедших по-традиционным методом.

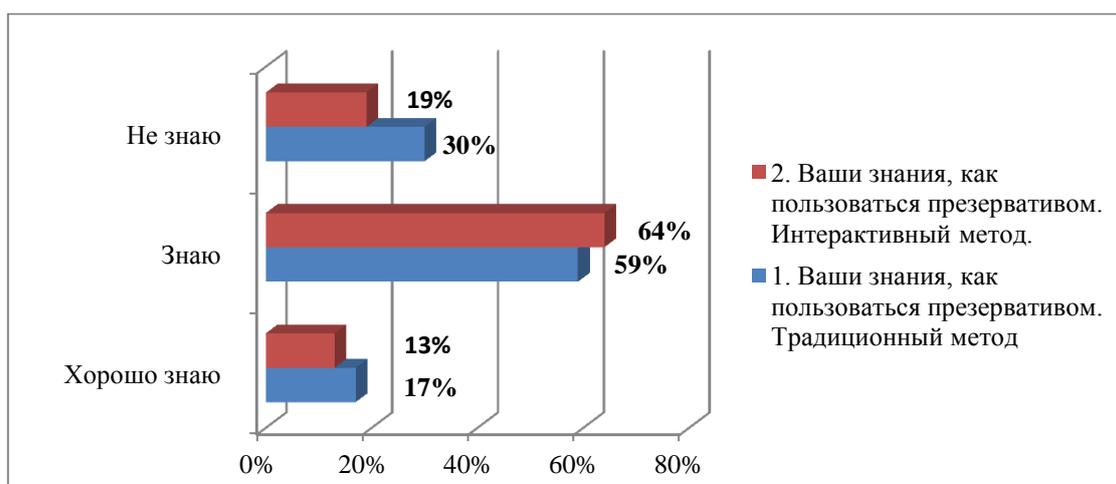
*Итоги проведения обучения интерактивным и традиционными методами.*

*Таблица 3*

№	Оценки	16 лет		17 лет		18 лет		итого	
		Активн.	Традиц.	Актив.	Традиц.	Актив.	Традиц.	Актив.	Традиц.
1	<b>90-100</b>	3±1,3	1±1,0	12±1,8	4±1,4	9±1,7	1±1,0	24±2,2	6±1,5
2	<b>80-89</b>	11±1,8	4±1,4	15±1,9	8±1,3	6±1,5	3±1,3	32±2,3	15±1,9
3	<b>70-79</b>	13±1,8	7±1,6	9±1,7	13±1,8	9±1,7	8±1,3	28±2,3	27±2,2
4	<b>60-69</b>	8±1,3	12±1,8	2±1,1	14±1,9	0	7±1,6	10±1,7	27±2,2
5	Ниже 59-и	2±1,1	5±1,4	0	6±1,5	0	7±1,6	2±1,1	17±2,0
6	<b>Средние баллы</b>	72,7	48,0	70,9	58,4	82	48	77,2	53,7
	<b>Общие баллы</b>	37	29	38	45	24	26	96	96

Согласно по-утверждённому плану обучения, были проведены 6 разовые обучения по ИППП традиционным и интерактивным методами обучения, продолжительностью по 45 минут.

Сравнение результатов исследования показало, что уровень знаний учащихся на 23,5% выше при проведении обучения интерактивным методом, чем при традиционным методе. Это подтверждает эффективность интерактивного метода проведения уроков здорового образа жизни среди подростков.



*Рис. 1 Традиционные методы профилактики от ИППП.*

61% участвующих, которые прошли обучение традиционным методом на вопрос о знании пользования презервативом ответили, что не знают. Только 23% учащихся прошедших обучение новым методом сказали, что не знают.

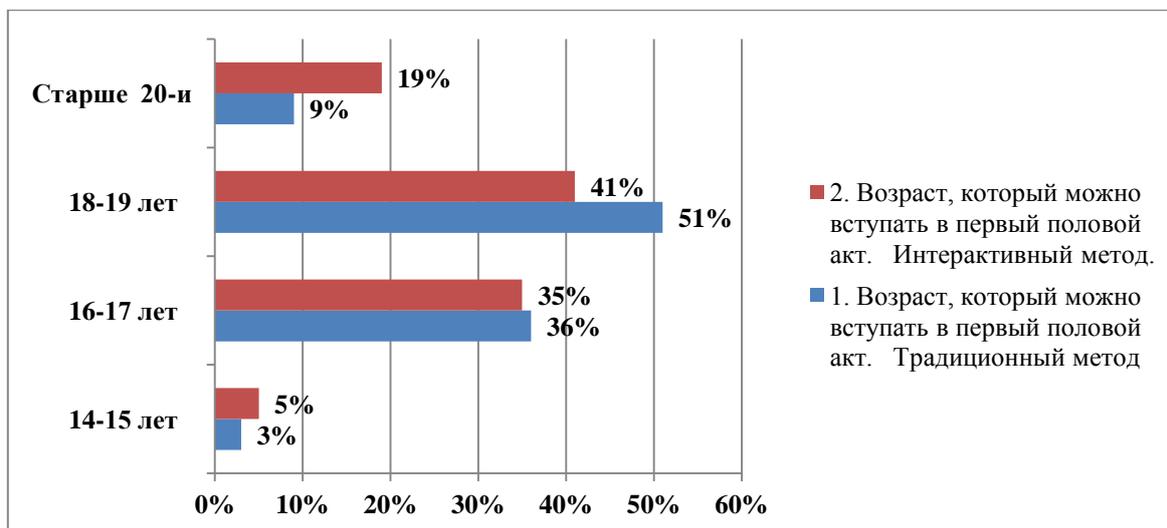


Рис. 2. Возраст, подходящий для вступления в половые отношения.

На данный вопрос возраст от 18-19 лет считают подходящей 40% учащихся, прошедших обучение традиционным методом и 50% прошедших интерактивным методом.

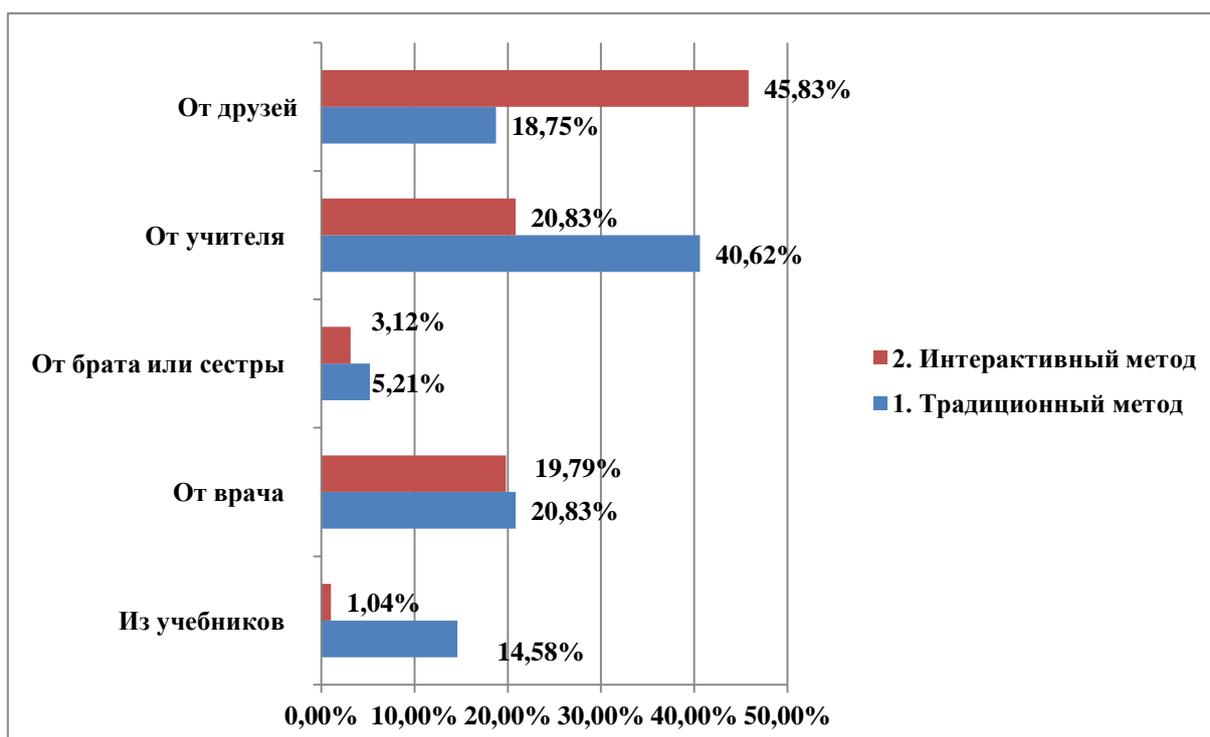
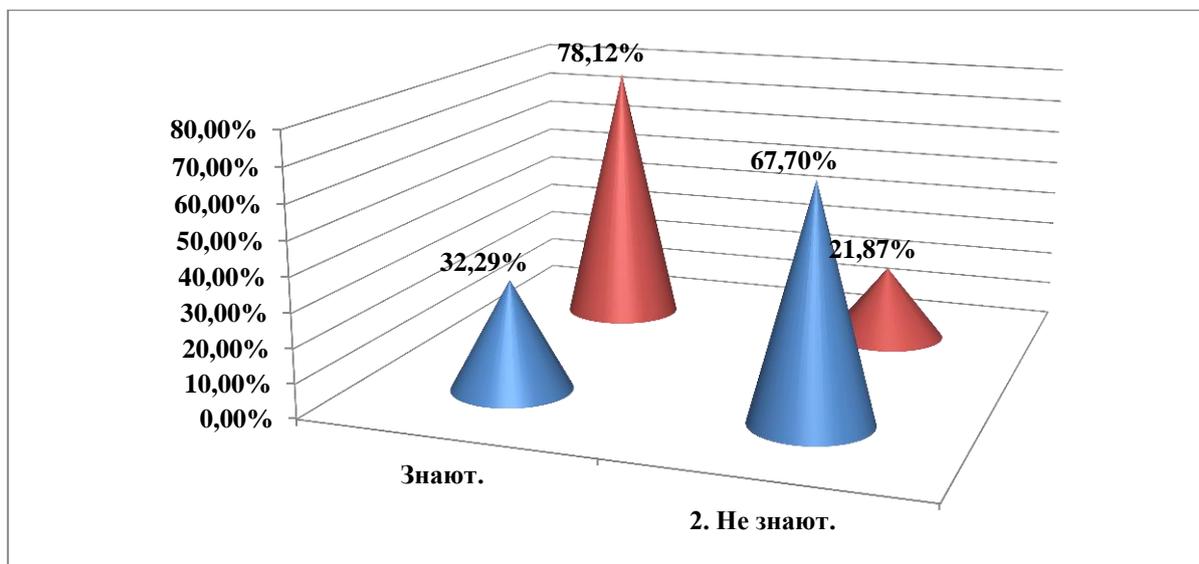


Рис. 3. Источник информации об инфекциях передаваемых половым путём (ИППП).

Видно, что большинство информации подростки получают от друзей, учителей и врачей.



При сравнении результатов обучения, проведённых данными методами различны.

Таблица 4

#### Уровень знания об ИППП

Показатели	16 лет		17 лет		18 лет	
	Число	%	Число	%	Число	%
Особенности подросткового возраста	22±2,1	16,9%	5±1,4	11,9%	4±1,4%	20%
О половом воспитании	13±1,8%	10%	7±1,2%	16,6%	4±1,4%	20%
Инфекция передаваемая половым путём /ИППП/	51±2.6%	39,2%	6±1,5%	14,2	2±1,1%	10%
Планирование семьи	14±1,9%	10,7%	8±1,6	19%	7±16%	35%
ЖСА	18±2,0%	13,8	6±1,5%	14,2	0	0
Дружба	12±1,8	9,2%	10±1,3	23,8%	3±1,3	15
<b>Итого</b>	<b>130</b>	<b>100</b>	<b>42</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

При опросе, какая тема более востребованна среди подростков, 51(39,2%) считают ИППП.

Выводы:

1. На проведение обучения по-здоровому образу жизни среди подростков негативные влияния могут оказывать: методы обучения, активность учащихся, преподавание данного предмета учителями

общих наук, а также среда обучения и недостатки в техническом обеспечении.

2. Установлено, что уровень знаний учащихся контрольной группы, прошедших обучение интерактивным методом выше, чем у группы исследования с традиционным методом обучения  $OR=0.798$ .

3. Для эффективного обучения подростков здоровому образу жизни, необходимо применять различные методы обучения.

#### Список литературы:

1. Медицинское образование. Улан-Батор.
2. Б.Батхуяг. Методология преподавания в университетах. Улан-Батор.
3. Половое воспитание-учебник для средних школ. №1.Улан-Батор.
4. Половое воспитание-учебник для средних школ. №1.Улан-Батор.
5. Давид Вернер.Билл Бовер.Учебное пособие для обучения медицинских работников.
6. Учебное пособие по здравоохранению для 10-11 классов.
7. *Медицинское образование №3.2015.*, Улан-Батор.
8. Учебные материалы Фонда Тысячелетия /ММСС/.
9. Законодательство образования Монголии. Улан-Батор.
10. Реконструкция в медицинском образовании Монголии.Улан-Батор.2014.
11. Организация Открытого Общества Монголии /Фонд Сороса/ Как провести успешное обучение? Улан-Батор.
12. Организация Открытого Общества Монголии /Фонд Сороса/. Реконструкция средних школ. Улан-Батор.2013.

**Сестринский процесс в реабилитации больных, перенесших  
острое нарушение мозгового кровообращения**

**С. Цэеэрэгзэн**

*преподаватель старшей категории,*

*кафедры Медсестринского дела,*

*Дарханская Медицинская Школа,*

*Монгольский Национальный Университет Медицинских Наук,*

*г. Дархан, Монголия*

*e-mail: Tseye-regzen.ntuims.edu.mn*

**Д. Амарсайхан**

*преподаватель старшей категории,*

*кафедры Медсестринского дела*

*Дарханская Медицинская Школа,*

*Монгольский Национальный Университет Медицинских Наук,*

*г. Дархан, Монголия*

**С. Наранчимэг**

*преподаватель старшей категории,*

*кафедры Медсестринского дела,*

*Дарханская Медицинская Школа,*

*Монгольский Национальный Университет Медицинских Наук,*

*г. Дархан, Монголия*

*e-mail: Tseye-regzen.ntuims.edu.mn*

*Аннотация. По данным статистики Всемирной Организации  
Здравоохранения 15 миллионов человек заболевают кровоизлиянием  
мозга, из них 5 миллионов умирают от этой болезни, а 10 миллионов  
остаются инвалидами. По данным ВОЗ, ежегодно в мире  
регистрируется от 100 до 300 случаев инсульта на каждые 100 тыс.*

человек. В России этот показатель составляет 250-300 случаев на 100 тыс. человек. В Монголии в среднем на 100 тыс человек 290 случаев. В Дархан-Уул аймаке численность населения 94 тыс человек, за год насчитывается от 120 до 128 случаев заболевания инсультом.

**Ключевые слова:** основная программа, обучение и медсестринский уход при инсульте.

### **Issues to develop core curriculum of nursing care during cerebral stroke**

**Abstract.** *On statistical data of World Health Organization of 15 million people get sick with brain hemorrhage, from them 5 million die of this illness, and 10 million remain disabled people. According to WHO data, annually in the world is registered from 100 to 300 cases of a stroke on each 100 thousand people. In Russia this indicator makes 250-300 cases on 100 thousand people. In Mongolia on average on 100 thousand people of 290 cases. To Darkhan-Uul the aimag population of 94 thousand people, in a year is from 120 to 128 cases of a stroke.*

**Keywords:** *the main program, training and medical sisterly leaving at a stroke.*

#### **Backgrounds.**

Nursing is being focused on getting involved family members, giving health education to protect their health, prevent from diseases and being trained to healthy life [1]. According to the WHO, about 6 million new cases of cerebral stroke are registered per a year and it is third place of morbidity of total population [2]. World Neurological Association suggests the curriculum which to train stroke team physicians, nurses and health care specialists in advanced level of knowledge, skill and attitude for improving safety and

quality of health care to patient and their family during cerebral stroke [3]. License to operate with this profession is given after passed examination successfully. Developing core curriculum, instructing and analyzing is a chance to learn knowledge, skill and attitude in short time with constructive way for nurses and medical specialists [4,5]. It is important to make curriculum similar with world stage, implement curriculum with integrated way of theoretical and clinical training because using trends of world medical education in our training and organize training skillfully as a adjusting the training with social needs which are changing are main base of increasing value of curriculum and graduates to be accepted in foreign countries[6]

**Goal:** To evaluate current situation of nursing care during cerebral stroke and determine a way to improve nursing training

**Purpose:**

1. To determine need of specialized nursing care during cerebral stroke
2. To evaluate knowledge, skill and attitude of nurse and health specialists who cares during cerebral stroke
3. To develop core curriculum model for preparing professional stroke nurse who able to care with complex way during cerebral stroke

**Materials and methodology.**

The study was done by quality, Hennessy-Hicks's method. 51 students who are learning at Darkhan-Uul branch school of MNUMS as nurse and nursing bachelor, 210 graduates who works in Arkhangai, Uvurkhangai, Selenge, Bulgan, Darkhan-Uul province, 59 patient with cerebral stroke, 38 trustee of patients, 20 nurse and health specialists of Central hospital of Darkhan-Uul province, 20 physicians of primary health care hospital, 30 medical teacher who works at Darkhan-Uul branch school of MNUMS were chosen randomly and participated our study. Informed consent which was approved by Committee of Research Ethics of MNUMS (Number of decision №13-17/1A) and according to permission given by the committee,

participants were joined our study after accepted and verified it by signing on informed consent.

### **Statistical analysing of results.**

Data were inserted to SPSS 20.0 software after standardized operations to code, insert and check error. Descriptive and inferential statistics were done by SPSS 20.0. Information about the participants was revealed by percent and results were confirmed by 95% confident interval. Pearson Chi Square was used to test hypothesis about variables represented by percent and hypothesis about difference between mean and standard error of numeric variables tested by Student t-test.

### **Results.**

20-29 years old were 19.52 percent (41), 30-39 years old were 46.9 percent (97), 40-49 years old were 32,38 percent (68), 50-59 years old were 6.6 percent (4) and men were 6,6 percent (14), women 93,4 percent (196) in participants. Mean age of them was  $37.17 \pm 8.673$ . 10,95 percent (23) hav got degree of diploma and 89,04 percent (187) have got bachelor degree. Mean age of participants for students were  $20 \pm 2$ , for physician, nurse and health specialists were  $33.17 \pm 2,13$ , for patients with stroke were  $52 \pm 3,2$ , for trustee of patients were  $35 \pm 2$ . Cases of stoke is increasing for people older than 62 and this result is statistically significant. Clinical symptoms for patients with stroke were polio paralysis 84.1%, nervous pain 84.3%, hypertension 91%, anxiety and distress 73.2%, being unable to control urination 23%, tongue to start hardly move in the mouth 36%. For the ones who cares patients with stroke, 30(50.84%) were family member, 21(35.59%) were nurse, 6(10,16%) were volunteers and the most useful things for them are wheelchair and cane for walking aid. 41 (69,4%) of them said that the most important care by nurse is caring polio paralysis and treat anxiety. 72(34%) of graduates considered than specialized nursing care for patient with stroke is very important and 38(18.09%) thought as important. Then 58,3% of them said

that current situation of training for nursing care during stroke is in middle rate. According to the study on core curriculums to prepare a nurse with degree of bachelor, those curriculums consisted from 108-146 credit hours and it should be studied 3-4 years. Neurological nursing is 0.8 credit hours and it is 1.8-0.6% in the curriculums.

**Dedication of curriculum:** This is a post graduate training core curriculum which issues certification about the speciation and dedicated for nurse and health specialist who graduated from medical or health science school.

**Goal of curriculum:** To provide knowledge, skill and attitude for nurse or health specialists to care patient with stroke and to implement integrated clinical management during cerebral stroke more effectively.

**Objectives of curriculum:** To implement integrated clinical management during cerebral stroke /structure and organization, early evaluation, diagnostics, emergency care, standard treatment, caring and nursing, early rehabilitation, community based rehabilitation, investigation and to make skilled health specialists/.

**Definition of training:** This is a post graduate training titled «Nursing care during cerebral stroke» and attendees will study be learned about cerebral stroke, structure and organization of nursing care during cerebral stroke in developed countries, health problems of patient with stroke, broad knowledge about health status of them, management of polyhedral between operations and responsibility of stroke team, influencing to support health of patient with stroke, nursing management during cerebral stroke, to make shaped skills and attitudes of nursing during stroke, anatomy and physiology of brain and knowledge to perform participation of nurse during treatment of stroke accordance with standard.

**Planning of training:** The training will based on principle of «competency based education», planning of training will be organized with

integrated way of theory and practice and attendees will be gained knowledge, skill and attitudes about assessment, treatment, nursing, caring, early rehabilitation of cerebral stroke [10].

**Capacity of training:** Theoretical knowledge and practical skills will be gained during clinical training circle for 3 months.

Credit hours	Lecture	Seminar	Practice	Independent work
13 CH	5 CH/60 hours		6 CH/144 hours	2CH/96 hours

### **Contents of curriculum.**

**Knowledge:** Theoretical knowledge about cause of cerebral stroke, pathway, diagnostics, treatment, complications, management of primary and secondary prevention

**Skill:** Assessment of patient with cerebral stroke, define first symptoms, transporting to hospital, emergency diagnostics, general and special treatment.

**Attitude:** To make shaped ethical standard to contact sincerely with patient with stroke, insensible, paralyzed, and with phonopathy and their family.

**Methodology:** Real situation to perform task successfully will be created in part of action orientation. Result of performance will be assessed and action to improve the result will be done in control part. This part claims deliberate attention. Actions will become just collection of counter action without orientation action by losing psychological contents [11]. Algorithm of orientation action in training is divided into liner, inlaid, branched and mixed [13].

**Teaching methods:** *Problem based, Competency based, Relation based, Task based*, small group task/group working, method of *PPP*

**Methodology of assessment:** Assessment system is issue to reveal learner's advancement of knowledge, skill, attitude and value with quality

and quantity indicator it will be done before, during and after the training.

**Principles of assessment:** Formative assessment will be affecting with feedback on training activity for support learning of students, stimulate and activate them. Trustiness, effectiveness of assessment, advancement of learning, achievement of program will be defined for reveal level of knowledge and skills of students after cycle of training.

**Goals of evaluation:** To confirm level of competency of learner indicated in curriculum, to order learners with success and make shaped a attitude to learn.

**Methodology of evaluation:** Human cognition is unlimited like other objects but evaluation methods will be chosen from them depending on competency level of learners during training activity which has clear goals, contents, methodology, materials and evaluation for train learners according to the needs of patients in social and medical fields by fitting with standards of medical education.

**Assessment methods:** Test, Assessment of clinical skills, Assessment of clinical practice, 360<sup>0</sup> degree, Observation assessment of close handed performance. **DISCUSSION:** Clinical symptoms revealed in patients with cerebral stroke for types of stroke have not statistically significant difference. (p=0.93). According to the our study, 61.3% of cerebral stroke is caused by arterial hypertension is similar to result of study by Pipat Chiewvit., Nasuda Danchaivijitr, (59, 5%).

### **Conclusion:**

1. Utilization of core curriculum has been started at MNUMS since 2010. A lesson which contains 0.8 cd/hours about dominating diseases of neurological system included in the core curriculums for each professions.
2. Content about nursing care during cerebral stroke is not included in curriculums of post graduate training. It means that issues related to cerebral stroke is not stressed attention in a way and there is not enough

specialized human resource in our country in an opposite way.

3. Common ways of teaching for nursing training are lecture and seminar. Those ways are not so good to gain or improve competency. More effective teaching ways such as practice with case, analyze on clinical case, discussing, write an essay about analyzing and independent work should be used.

#### References:

1. Jiang, B., Wang, W. Z., Chen, H., Hong, Z., Yang, Q. D., Wu, S. P., & Bao, Q. J. (2006). Incidence and trends of stroke and its subtypes in China results from three large cities. *Stroke*, 37(1), P. 63-65.

2. Schneider, Z., & Whitehead, D. (2013). *Nursing and midwifery research: Methods and appraisal for evidence-based*.

3. National Stroke Association. Alfred Stroke Nurse Practitioner Model Development Report practice. <http://www.uems-neuroboard.org>. National Stroke Association Stroke Center.

4. Network(STN) <http://www.pmembers@stroke.org>.

5. Billings-Gagliardi, S., Fontneau, N. M., Wolf, M. K., Barrett, S. V., Hademenos, G., & Mazor, K. M. (2001). Educating the Next Generation of Physicians About Stroke Incorporating Stroke Prevention into the Medical School Curriculum. *Stroke*, 32(12), P. 2854-2859.

**Организация самостоятельной работы и условия ее  
реализации**

***Елена Владимировна Чередник***

*к.пед.н., доцент кафедры управления учебными заведениями,  
Донбасский государственный педагогический университет,  
г. Славянск, Украина*

***Наталья Владимировна Козюберда***

*магистрант кафедры управления учебными заведениями,  
Донбасский государственный педагогический университет,  
г. Славянск, Украина*

*e-mail: 21raduga-duga21@mail.ru*

***Аннотация.*** *Статья посвящена вопросу организации самостоятельной работы и условиям ее успешной реализации. В ходе анализа научно-педагогической литературы автором было выделено три направления деятельности, по которым может развиваться самостоятельность: учебно-познавательная, практическая и организационно-техническая. Детально изучены функции и принципы управления самостоятельной работы учащихся.*

***Ключевые слова:*** *организация, самостоятельная работа, учащиеся, функции, принципы, управление.*

***Abstract.*** *Article is devoted to a question of the organization of independent work and conditions of its successful realization. During the analysis of scientific and pedagogical literature the author allocated three activities on which independence can develop: educational and informative, practical and organizational and technical. Functions and the principles of management of independent work of pupils are studied in detail.*

***Keywords:*** *organization, independent work, pupils, functions,*

*principles, management.*

Любая наука ставит своей задачей не только описать и объяснить тот или иной круг явлений или предметов, но и в интересах человека управлять этими явлениями и предметами, и, если нужно, преобразовывать их. Управлять и тем более преобразовывать явления можно только тогда, когда они достаточно описаны и объяснены. В науке функции управления и преобразования выполняют предписания, к которым относятся принципы и правила преобразования явлений.

Организация самостоятельной работы, руководство ею – это ответственная и сложная работа каждого преподавателя. Воспитание активности и самостоятельности необходимо рассматривать как составную часть воспитания учащихся. Эта задача выступает перед каждым преподавателем в числе задач первостепенной важности.

Говоря о формировании у индивида самостоятельности, необходимо иметь ввиду тесно связанные между собой две задачи. Первая из них заключается в том, чтобы развить у учащихся самостоятельность в познавательной деятельности, научить их самостоятельно овладевать знаниями, формировать свое мировоззрение; вторая – в том, чтобы научить их самостоятельно применять имеющиеся знания в учении и практической деятельности.

Ученые теоретики в единстве с философами, психологами, социологами исследуют и теоретически обосновывают этот аспект проблемы в свете основных качеств личности представителя современной эпохи – инициативности, самостоятельности, творческой активности – как главных показателей всестороннего развития человека наших дней.

Анализ многих работ, посвящённых проблеме организации самостоятельной работы учащихся М. Данилова, И. Зимней, И. Лернера,

П. Пидкасистого, М. Скаткина, Т. Шамовой, показал, что понятие самостоятельной работы трактуется неоднозначно.

Целью статьи является изучение организации самостоятельной работы учащихся и условий ее успешной реализации.

Актуальность этой проблемы бесспорна, т.к. знания, умения, убеждения, духовность нельзя передать от преподавателя к ученику, прибегая только к словам. Этот процесс включает в себя знакомство, восприятие, самостоятельную переработку, осознание и принятие этих умений и понятий.

На наш взгляд главной функцией самостоятельной работы является формирование высококультурной личности, т.к. только в самостоятельной интеллектуальной и духовной деятельности развивается человек.

Самостоятельная работа – это такая работа, которая выполняется без непосредственного участия преподавателя, но по его заданию, в специально предоставленное для этого время, при этом учащиеся, сознательно стремятся достигнуть поставленные цели, употребляя свои усилия и выражая в той или иной форме результат умственных или физических (либо тех и других вместе) действий [5, с. 52].

Полагаем, что, самостоятельная работа, наиболее полно определяется автором А. Зимней. По её определению самостоятельная работа представляется как целенаправленная, внутренне мотивированная структурированная самим объектом в совокупности выполняемых действий и корректируемая им по процессу и результату деятельности. Её выполнение требует достаточно высокого уровня самосознания, самодисциплины, личной ответственности, доставляет ученику удовлетворение как процесс самосовершенствования и самопознания [2, с. 335].

Во-первых, в данном определении принимаются во внимание

психологические детерминанты самостоятельной работы: саморегуляция, самоактивация, самоорганизация, самоконтроль.

Саморегуляция – изначально психологическое обеспечение деятельности, в последующем развитии приобретающее личностный смысл, т.е. собственно психическое наполнение.

Самоактивация – это субъективно соотнесённая внутренняя мотивация деятельности.

Самоорганизация – свойство личности мобилизовать себя, целеустремлённо, активно использовать все свои возможности для достижения промежуточных и конечных целей, рационально используя при этом время, силы, средства.

Самоконтроль – необходимый компонент самой деятельности, который осуществляет её исполнение на личностном уровне [2, с. 337].

Во-вторых, акцентируется внимание на том, что самостоятельная работа связана с работой ученика в аудитории и является следствием правильной организации учебно-познавательной деятельности на уроке.

А. Зимняя подчёркивает, что самостоятельная работа ученика есть следствие правильно организованной его учебной деятельности на уроке, что мотивирует самостоятельное её расширение, углубление и продолжение в свободное время [2, с. 370].

В-третьих, самостоятельная работа рассматривается как высший тип учебной деятельности, требующий от учащегося достаточно высокого уровня самосознания, рефлексивности, самодисциплины, ответственности, и доставляющий ученику удовлетворение, как процесс самосовершенствования и самосознания [2, с. 340].

Эффективность учебного процесса познания определяется качеством преподавания и самостоятельной познавательной деятельностью учеников. Мы считаем, что эти два понятия очень тесно связаны, но следует выделить самостоятельную работу как ведущую и

активизирующую форму обучения в связи с рядом обстоятельств.

Во-первых, знания, навыки, умения, привычки, убеждения, духовность нельзя передавать от преподавателя к ученику так, как передаются материальные предметы. Каждый учащийся овладевает ими путём самостоятельного познавательного труда: прослушивание, осознание устной информации, чтение, разбор и осмысление текстов, и критический анализ.

Во-вторых, процесс познания, направленный на выявление сущности и содержания изучаемого подчиняется строгим законам, определяющим последовательность познания: знакомство, восприятие, переработка, осознание, принятие. Нарушение последовательности приводит к поверхностным, неточным, неглубоким, непрочным знаниям, которые практически не могут реализоваться.

В-третьих, если человек живёт в состоянии наивысшего интеллектуального напряжения, то он непременно меняется, формируется как личность высокой культуры.

Именно самостоятельная работа вырабатывает высокую культуру умственного труда, которая предполагает не только изучение книги, ведение записей, а прежде всего ума, потребность в самостоятельной деятельности, стремление вникнуть в сущность вопроса, идти в глубь ещё не решённых проблем. В процессе такого труда наиболее полно выявляются индивидуальные способности человека, его наклонности и интересы, которые способствуют развитию умения анализировать факты и явления, учат самостоятельному мышлению, которое приводит к творческому развитию и созданию собственного мнения, своих взглядов, представлений, своей позиции.

Нами было выявлено, что самостоятельная работа в теоретическом плане, выделяется тремя направлениями деятельности, по которым может развиваться самостоятельность: учебно-

познавательная, практическая и организационно-техническая.

Б. Есипов (60-е гг) обосновал роль, место, задачи самостоятельной работы в учебном процессе. При формировании знаний и умений учащихся стереотипный, в основном вербальный способ обучения, становится малоэффективным. Роль самостоятельной работы индивида возрастает так же в связи с изменением цели обучения, его направленностью на формирование навыков, творческой деятельности, а так же в связи с компьютеризацией обучения [1, с. 55].

Считаем, что второе направление берет свое начало в трудах Я. Коменского, содержанием которого является разработка организационно-практических вопросов вовлечения ученика в самостоятельную деятельность. При этом предметом теоретического обоснования основных положений проблемы выступает здесь преподавание, деятельность учителя без достаточно глубокого исследования и анализа природы деятельности самого ученика [3, с. 237].

На наш взгляд третье направление характеризуется тем, что самостоятельная деятельность избирается в качестве предмета исследования. Это направление берет свое начало в основном в трудах К. Ушинского. Исследования, которые развивались в русле психолого-педагогического направления, были направлены на выявление сущности самостоятельной деятельности как дидактической категории, ее элементов – предмета и цели деятельности. Однако существуют некоторые структурные принципы анализа значения, места и функции самостоятельной деятельности. Имеются 2 варианта, близких по сути, но имеющих собственно наполнение и специфику: они и определяют (при условии их единения) сущность самостоятельной окраски деятельности.

Первая группа: а) содержательный компонент: знания,

выраженные в понятиях, образах, восприятиях и представлениях; б) оперативный компонент: разнообразные действия, оперирование умениями, приемами, как во внешнем, так и во внутреннем плане; в) результативный компонент: новые знания, способы, социальный опыт, идеи, способности, качества.

Вторая группа: а) содержательный компонент: выделение познавательной задачи, цели учебной деятельности; б) процессуальный компонент: подбор, определение, применение адекватных способов действий, ведущих к достижению результатов; в) мотивационный компонент: потребность в новых знаниях, выполняющих функции словообразования и осознания деятельности [4, с. 117].

Собственно процесс самостоятельной деятельности представляется в виде триады: мотив – план (действие) – результат.

Еще один важный момент самостоятельной деятельности учеников – это процесс управления, который обеспечивает развивающую функцию самостоятельной работы учащихся на уроке и дома.

Необходимость управления следует из структуры педагогической системы. Компонентами педагогической системы являются цели, субъекты, реализующие эти цели, деятельность, отношения, возникающие между её участниками и объединяющее их управление, обеспечивающие единство системы. Утрата любого компонента ведёт к разрушению системы в целом.

Учащиеся испытывают потребность в педагогическом руководстве в силу несовершенства их опыта самостоятельной познавательной деятельности. Даже хорошо подготовленным ученикам нужна помощь или консультация учителя, хотя не так часто как остальным. Активность, умственное и волевое напряжение, которые появляются при самостоятельных действиях, проявляются не только в

сосредоточенности, углубленности в работу, но и в потребности общения, направленного на обсуждение возникающих вопросов.

Исходя из структуры деятельности, управление самостоятельной работой включает целепологание, планирование, организацию, корректировку и оценку деятельности учащихся, диагностику ее результатов.

Организация самостоятельной работы – это отбор средств, форм и методов, стимулирующих познавательную активность, обеспечение условий эффективности.

Мы выяснили, что в процессе управления самостоятельной деятельностью не последнее место принадлежит преподавателю, так как он принимает прямое (затем косвенное) участие в организации педагогического процесса. В связи с этим следует перечислить следующие принципы управления: 1) дифференцированный подход к учащимся с соблюдением посильности учебных заданий; 2) планомерное возрастание интеллектуальных нагрузок и последовательный переход к более неточным и неполным указаниям по выполнению самостоятельной работы; 3) постепенное отдаление учителя и занятие им позиции пассивного наблюдателя за процессом; 4) переход от контроля учителя к самоконтролю.

Из всего ранее сказанного видно, что самостоятельная работа – это высшая работа учебной деятельности ученика и является компонентом целостного педагогического процесса, поэтому ей присущи такие функции, как воспитательная, образовательная, развивающая.

В социальном плане самостоятельная деятельность может рассматриваться в очень широком спектре. В любом отношении личности к окружающему миру, в любом виде ее конкретного взаимодействия со средой.

### Список литературы:

1. Ёсипов Б.П. Самостоятельная работа учащихся на уроках / Б.П. Ёсипов. – М.: Учпедгиз, 1961. – 212 с.
2. Зимняя И.А. Основы педагогической психологии / И.А. Зимняя. – М, 1980. – 425 с.
3. Материалы науч. сессии АПН РСФСР, посвящённой 300-летию опубликования собрания дидактических трудов Я.А. Коменского. – М., 1959. – 510 с.
4. Ушинский К.Д. Собрание сочинений: в 11т. / Редкол. А.И. Еголин и др., Ин-т теории и истории педагогики. / К.Д. Ушинский. – М.: Изд-во АПН РСФСР, 1949. – Т. 10. – 380 с.
5. Щукина Г.И. Активизация познавательной деятельности учащихся в учебном процессе: учеб. пособие для студ. пед. ин-тов. / Г.И. Щукина. – М.: Просвещение, 1979. – 168 с.

УДК 371.7

### **Психолого-педагогическое просвещение как важный аспект профилактической работы психолога**

***Леонид Федорович Чупров***

*к.психол.н., главный редактор электронного научного журнала*

*«РЕМ: Psychology. Educology. Medicine»,*

*г. Черногорск, Россия*

*e-mail: leo-chuprov@yandex.ru*

*Аннотация. В статье обсуждаются вопросы распространения специальных знаний и просвещения населения в области психологии. Рассматривая просвещение населения, как составную часть профилактической деятельности специалиста, автор подчеркивает,*

*что в настоящее время меняется специфика распространения специальных знаний.*

***Ключевые слова:** профилактическая работа, психологическая профилактика, распространение социальных знаний, психологическое просвещение, Интернет.*

***Abstract.** The article discusses the proliferation of special knowledge and education in the field of psychology. Considering education as an integral part of prevention activity specialist, the author stresses that currently changes the specific distribution of special knowledge.*

***Keywords:** prevention, psychological prevention, dissemination of knowledge, psychological education, Internet.*

Психологическое просвещение на сегодняшний день это та цель, которую еще плохо освоили педагоги и психологи. При всем изобилии информации во Всемирной паутине, ценных «зерен», легко отделимых от плевел, отыскать трудно. Интернет заполнен информацией от неспециалистов или от любителей психологии. Психологи зачастую используют Интернет лишь для общения между собой [11]. При явном недостатке выхода специалистов на виртуальную коммуникацию с целью распространения научных знаний, психологического, санитарно-гигиенического просвещения это поле занимают либо не специалисты, либо не очень ответственные и осознающие последствия своего сброса во всемирную паутину описания инструментария, непроверенных научно фактов и т.п. [8, 10].

Можно выделить несколько проблем психологического просвещения населения:

– потребность обывателей в психологических знаниях выражается, как желание получить готовый «рецепт» решения собственных жизненных проблем; мифологизация психологического

знания;

– зачастую психологические знания преподносятся и усваиваются в виде «эзотерического знания», которое доступно узкому кругу людей;

– смешение собственно психологического просвещения и так называемых «психологических/психических/эзотерических» практик;

– редуционизм и упрощение психологических понятий, фактов и закономерностей; отсутствие профессиональных психологов в мероприятиях психологического просвещения и принятие на себя роли «психолога» специалистом из другой области (учитель, социальный педагог, методист и др.);

– необязательный (факультативный) характер психологического просвещения и низкий «спрос» на его получение [3, 12].

В исследовании, проведенном недавно Н.К. Юрьевым, отмечается, что лишь в последние несколько лет на этот аспект психопрофилактической работы психолога стали обращать внимание и специалисты [11]. Даже на Национальном профессиональном конкурсе «Золотая Психея», лишь в 2015 году было выделено отдельное направление и отдельная номинация «Психология – людям!», или Просветительский психологический проект года» [11].

Вот, именно, это положение «Золушки» в психологической практике и определяет актуальность данного сообщения [5].

Причины такого пренебрежения психологическим просвещением несколько. Это и дефицит учебно-методических разработок по данному направлению деятельности психологических служб, и неготовность самих психологов к такой работе, и отсутствие системы подготовки психологических кадров для практической деятельности. Практикующие психологи фактически вырывают своего подопечного (клиента, пациента) из социальной среды, достигая диагностических, экспертных и консультативно-коррекционных результатов в

искусственных условиях, придуманных ими самими без учета объективной реальности. Немало важную роль играет и сама специфика психологического просвещения, как варианта педагогической деятельности, требующего, помимо соблюдения этико-педагогического такта, еще и определенных знаний из области дидактики [6, 8, 9]. В определенной степени понятие «психологическое просвещение» не совсем точно отражает специфику этой составной части психопрофилактической работы, более точное определение – психолого-педагогическое просвещение. Но для краткости здесь и далее будет использоваться термин «психологическое просвещение».

Психологическое просвещение – составная часть психологического обеспечения населения (термин введен М.М. Бафаевым и Л. Ф. Чупровым в 2014) [1]. Психологическое обеспечение – комплекс мероприятий по сохранению, укреплению психического здоровья, своевременному оказанию психологической помощи и восстановлению здоровья, населения. Психологическое обеспечение включает профилактические, диагностические, коррекционные, консультативные, экспертные, направления работы психолога, психотерапевтические, а также мероприятия организационного плана.

Введение этого термина продиктовано и тем, что в настоящее время психологическое обеспечение населения осуществляется и как «психологическая помощь», и как «психологическая услуга». Психологическое просвещение, как любая профилактическая деятельность, относится к разряду психологической помощи, а не услуге.

Психологическое просвещение выполняет следующие четыре задачи:

1. формирование научных установок и представлений о психологической науке и практической психологии в частности

(психологизация социума);

2. информирование населения по вопросам психологического знания;

3. формирование устойчивой потребности в применении и использовании психологических знаний в целях эффективной социализации подрастающего поколения и в целях собственного развития;

4. профилактика дидактогений (ятрогений). Содержание психологического просвещения определяется исходя из специфики, вида и профиля учреждения, уровня общей и психологической культуры информируемого субъекта (отдельный человек, группа, коллектив, массовая аудитория) и социальной ситуации.

Формы организации психологического просвещения:

- индивидуальные (беседа);
- групповые (тематический урок, родительское собрание);
- творческие (эстрадные представления с участием субъекта-реципиента, КВН и т.п.);
- публичные выступления (лекция, сообщение перед большой аудиторией) и др.

По степени взаимодействия субъектов информирования в процессе просвещенческой деятельности формы организации могут быть подразделены на монологическое (лекции), диалогическое (дискуссии) и групповое (диспуты).

Использование той или иной формы определяется как опытом практического психолога, его коммуникативными и лекторскими, творческими возможностями, так и конкретной ситуацией той аудитории, в которой (или по запросу которой) проводится этот вид работы.

Любое мероприятие по психологическому просвещению

одновременно имеет психопрофилактическую и познавательную направленность.

В целом же, осуществляя психологическое просвещение, психолог чаще всего выступает минимум в четырех социальных ролях (позициях): носителя специальных знаний и эксперта в соответствующей области науки и практики, в данном случае это психология и ее направления. Первая – позиция носителя и популяризатора психологических знаний. В рамках этой позиции специалист-психолог информирует, консультирует реципиента психологической информации, но не несет, ни какой ответственности за ее результат. Вторая – позиция представителя СМИ, наделенного специальными знаниями по психологии, или выполнение роли эксперта («экспертиза» – от латинского слова «expertus», опытный, сведущий). Выступая в рамках этой позиции, психолог уже ответственен за то «чем наше слово отзовется». Довольно часто психолог выступает и в роли респондента (т.е. субъекта, отвечавшего на вопросы, например, корреспондента или ведущего). Роль интервьюера (т.е. специалиста, производящего опрос) реализуется при поведении психологом мини-опросов или расширенного социально-психологического исследования, а также при подготовке материала в соавторстве со смежными специалистами. Отдельные, продвинутые в этой работе, психологи достигают определенных высот как публицисты. Нередко психологу случается выступать и в качестве защитника интересов своего клиента[1].

Опыт, накопленный нами, позволяет судить о вполне возможном осуществлении этого аспекта психопрофилактической работы психолога учреждений образования, практикующих психологов, используя разнообразные формы и варианты просветительной работы среди населения [2, 4, 7]. Как в плане сотрудничества с печатными и

электронными СМИ, так и распространяя психологические знания через непосредственный контакт с реципиентом как индивидуально, так и через групповое просвещение [8, 10]. Одним из наиболее эффективных путей приобщения населения к психологическим знаниям в ситуации изменившихся социально-педагогических и информационно-коммуникативных условий деятельности психолога является Интернет [1]. Способы распространения психологических знаний в Интернете довольно широки. Это могут быть: модераторство на психологических ветках открытых форумов, участие в Интернет-энциклопедиях, публикация популярных материалов по психологии в сети, в блогах и на персональных сайтах. Легко реализуемо активное участие в обсуждении на форумах и чатах вопросов психолого-педагогической тематики и т.п. Посредством Интернета возможно также, ориентированное на контакт с конкретным клиентом, консультирование в сети. К сожалению, Интернет-ресурсы в настоящее время используются психологами зачастую не во благо распространения доступных и необходимых для широкой общественности психологических знаний, а во вред психологической практике [1].

Просто психологу нужно самому найти наиболее посильные для него варианты такой просветительной работы.

#### Список литературы:

1. Бафаев М.М., Чупров Л.Ф. Просвещение и пропаганда специальных знаний в системе психологического обеспечения населения// Вестник по педагогике и психологии Южной Сибири. 2014. – №1. – С. 115-121.

2. Бухаркина О.Г., Чупров Л.Ф. Психологическое просвещение: общие положения и опыт психологов города Черногорска // V Съезд Общероссийской общественной организации «Российское психологическое общество». – Москва, 14-18 февраля 2012 года.

Научные материалы. – Том III. Психологическая практика – М., 2012. – С. 189-190.

3. Костригин А.А., Хусяинов Т.М., Чупров Л.Ф. Актуальные вопросы распространения специальных знаний из области педагогики, психологии, медицины и социологии среди населения: новые вызовы // Наука. Мысль. – 2015. – №5. – С. 17-24.

4. Чупров Л.Ф. Санитарное просвещение во вспомогательных школах // Фельдшер и акушерка. – 1981. – №2. – С. 36-37.

5. Чупров Л.Ф. Психологическое просвещение в системе психопрофилактической работы практического психолога: Основы теории и методика (пособие). – М., ОИМ.RU, 2003. – 3,53 авт. л.; таб., рис. / Л.Ф. Чупров // Образование: исследовано в мире /Под патронажем Российской академии образования, ГНПБ им. К.Д. Ушинского. – М.: ОИМ.RU, 2000-2003. <http://www.oim.ru/reader.asp?nomer=379> – 02.12.2003.

6. Чупров Л.Ф. Санитарное и психологическое просвещение: общие дидактические аспекты и проблемы // Актуальные проблемы психологии и медицины в условиях модернизации образования и здравоохранения: материалы Международной научной конференции/под ред. Е.Л. Николаева. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2012. – С. 195-197.

7. Чупров Л.Ф. Психологическое просвещение: опыт психологов Черногорска // Вестник по педагогике и психологии Южной Сибири. 2012. – №4. – С. 58-71.

8. Чупров Л.Ф., Щукин А.С. Принцип «Primum non nocere» в психологическом и санитарном просвещении и Интернет // Вестник по педагогике и психологии Южной Сибири. 2013. – №1-2. – С. 162-169.

9. Чупров Л.Ф. Педагогические аспекты психологического просвещения // В сборнике: Международна научна школа «Парадигма».

Лято – 2015 сборник научни статьи в 8 тома. Н. В. Слюсаренко, Л. Ф. Чупров, Е. К. Янакиева. Варна, 2015. – С. 296-300.

10. Шукин А.С., Чупров Л.Ф. Ретиальная коммуникация и информационные технологии в психологической практике // Вестник по педагогике и психологии Южной Сибири. 2014. – №3. – С. 51-59.

11. Юрьев Н.К. Распространение психологических знаний: от индуктора к реципиенту // Вестник по педагогике и психологии Южной Сибири. – 2015. – №4. – С. 172-180.

12. Chuprov L.F., Kostrigin A.A., Khusyainov T.M. Current issues of dissemination of expertise in field of psychology, pedagogics and social pedagogics: new challenges // International Journal Of Applied And Fundamental Research. – 2015. – №2 – URL: [www.science-sd.com/461-24905](http://www.science-sd.com/461-24905) (28.11.2015).

УДК 796

### **ГТО – вчера и сегодня**

***Ольга Юрьевна Шарова***

*ст. преподаватель кафедры физического воспитания,  
Забайкальский Государственный университет,  
г. Чита, Россия  
e-mail: gava.69@mail.ru*

***Елена Леонидовна Крутикова***

*ст. преподаватель кафедры физического воспитания,  
Забайкальский Государственный университет,  
г. Чита, Россия*

***Аннотация.*** Целью нашего исследования стала оценка подготовки студентов к сдаче норм ГТО.

**Ключевые слова:** ГТО (готов к труду и обороне), физическая культура спорт, студенты.

**Abstract.** The aim of our study was to evaluate the preparation of students for passing standards TRP.

**Keywords:** TRP (Ready for Labor and Defense), physical education sport students.

Всесоюзный физкультурный комплекс ГТО был разработан по инициативе Ленинского комсомола в 1930 году. Он был задуман для подготовки молодёжи и взрослого населения к высокопроизводительному труду и защиты Родины, а так же для оценки этой подготовки. 7 марта 1931 года Всесоюзный совет физической культуры утвердил Положение о комплексе ГТО, который стал основой Советской системы физического воспитания. В 30-е г. комплекс ГТО сыграл большую роль физкультурного движения в стране. Благодаря комплексу ГТО уже в 1934 году в стране насчитывалось 5 млн. физкультурников, половина из которых была значкистами комплекса ГТО. За годы своего существования программа комплекса менялась несколько раз: 1979, 1985, 1989. Но суть оставалась прежней – определялся уровень развития основных физических качеств (силы, быстроты, выносливости) и требования, показывающий уровень овладения основными прикладными навыками (плавание, бег на лыжах, стрельба, метания и т.д.) [1].

Затем на несколько десятков лет здоровье нации отошло на второй план и, про комплекс забыли белее, чем на 20 лет. И только 4 апреля 2013 года президент России поручил правительству разработать Всероссийский комплекс. 24 марта 2014 года президент подписал указ, которым постановил до 15 июня 2014 года утвердить «Положение» о Всероссийском комплексе и ввести его в действии до 1 сентября.

Введение комплекса, что было разделено на 4 этапа и до января 2017 года будет введен во все возрастные категории.

В новом комплексе так же обязательными испытаниями является тесты на силу, быстроту, гибкость, выносливость и несколько тестов по выбору, которые человек может выбрать сам. Целью нашего исследования стала оценка подготовка студентов к сдаче норм ГТО.

В тестировании участвовало 51 человек – это студенты 1 курса юноши (18 – 19 лет) ЗабГУ Юридического и Горного факультетов. Были приняты три теста: прыжок в длину с места, подтягивание на высокой перекладине, наклон вперед из положения, стоя на гимнастической скамейке.

В испытании у Горного факультета участвовал 31 человек, у Юридического факультета 17 человек. После сдачи нормативов подсчитали общий коэффициент по видам. Сложив количество, результатов по каждому виду и разделив, на число испытуемых получился средний результат, который приведен в табл. 1.

*Таблица 1*

№ п/п	Виды испытаний	Горный факультет	Юридический факультет	Средний результат
1.	Подтягивание на высокой перекладине (кол-во) раз	9,97	10,2	9,95
2.	Прыжок в длину с места толчков двумя ногами (в см)	234	242	238
3.	Наклон туловища вперед из положения, стоя на гимнастической скамейке (в см)	+7,2	+7,1	7,1

Ниже мы приводим таблицу примера испытаний IV ступени для мужчин 18-19 лет из комплекса «Горжусь тобой, Отечество».

*Таблица 2*

№ п/п	Виды испытаний	Бронзовый знак	Серебряный знак	Золотой знак
1.	Подтягивание на высокой перекладине (кол-во) раз	9	10	13
2.	Прыжок в длину с места	215	230	240

	толчков двумя ногами (в см)			
3.	Наклон туловища вперёд из положения, стоя на гимнастической скамейке (в см)	+6	+7	+13

Из данных таблиц мы можем сделать следующий вывод, что студенты-первокурсники выполняют три испытания на серебряный значок. Но если взять индивидуальные результаты, то в тесте на подтягивание самый лучший результат 33раза, а самый слабый 1раз. В прыжке в длину с места соответственно 288 см. и 130 см. В испытании наклон туловища вперед +13 и +2см. Так как комплекс ГТО постепенно вводят во все учебные заведения. Мы со своей стороны должны подготовить студентов к данным испытаниям. На занятиях по физическому воспитанию особое внимание уделять развитию таких качеств, как сила, гибкость, выносливость. Сдача нормативов ГТО – дело добровольное, поэтому Министерство спорта РФ ищет способы привлечь людей к этому спортивному проекту. Так в качестве поощрения за выполнение нормативов ГТО выпускникам школ предлагается добавлять баллы к ЭГЭ при поступлении в ВУЗы, а работающему населению давать дополнительные дни к отпуску.

#### Список литературы:

1. «Физическая культура в школе»,1989. – №11. – С. 18.
2. <http://kremlin.ru/events/president/news/20636>.

**Проблема личностной ответственности в психологических  
исследованиях**

**Ольга Викторовна Шевельдина**

*ассистент кафедры прикладной психологии,  
Донбасский государственный педагогический университет,  
г. Славянск, Украина  
e-mail: solo7772003@mail.ru*

**Аннотация.** В данной статье рассматривается ответственность в контексте исторических и современных психолого-педагогических проблем развития личности. Раскрывается широкий круг вопросов, связанных с определением параметров ответственного поведения, путей и способов воспитания ответственного отношения к определенной деятельности, выделением механизмов формирования ответственности.

**Ключевые слова:** личностная ответственность, свобода выбора, реализация жизненной позиции, самореализация личности.

**Abstract.** In this article the responsibility in the context of modern history is the psycho-pedagogical problem of personality development. A wide range of questions is revealed in connection with defining of responsible behavior parameters, the ways and methods of educating responsible attitude to a particular activity, the release mechanisms of responsibility forming.

**Keywords:** personality`s responsibility, freedom of choice, the implementation of position in life, self-realization of the individual.

Постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок з важливими науковими та практичними завданнями. В умовах зміни соціального контексту розвитку суспільства метою навчання та

виховання в національній школі стає не просто оволодіння певною сумою знань, а формування готовності підростаючого покоління до самостійної, творчої активності, до вміння за власною ініціативою знаходити відповіді на ті питання, що раніше не зустрічались в соціальному досвіді школярів, виявляти знання та вміння, яких від них потребує життя, при цьому з готовністю брати відповідальність за власні рішення та вчинки.

У психологічній літературі розглядається широке коло питань, пов'язаних із визначенням параметрів відповідальної поведінки, шляхів і засобів виховання відповідального ставлення до певної діяльності, виділенням механізмів формування відповідальності. Західними авторами проблема формування відповідальності вивчається в рамках морального розвитку особистості, причому виділяються певні взаємозалежні етапи формування моральної свідомості, а отже, й відповідальності (Ж. Піаже, Л. Колберг). У рамках іншого напрямку дослідників цікавлять питання про фактори, умови, що впливають на процес атрибуції відповідальності і т.п.

У вітчизняній психології виділяються три напрямки в дослідженні відповідальності. Один напрямок висвітлює проблему виховання відповідальності на різних вікових етапах. Мова йде про умови, фактори, прийоми, що впливають на виховання цієї якості особистості (І. Бех, Ж. Завадська, Л. Ітельсон, К. Клімова, А. Колесова, Т. Морозкіна, К. Мурай, В. Пискун, Н. Румянцева, Л. Славіна, Ю. Сокольніков, Л. Татомир, Н. Тен, Л. Шевченко).

У роботах іншого напрямку відповідальність розглядається як феномен міжособистісних відносин у груповій діяльності (В. Агєєв, Л. Сухінська). Третій напрямок представлено у працях, в яких досліджується проблема формування відповідальності в конкретному виді діяльності, і зокрема у трудовій (Т. Гаєва, Л. Коршунова, К.

Муздибаєв, А. Слобідський і ін.).

**Аналіз останніх досліджень і публікацій, в яких започатковано розв'язання даної проблеми, і на які спирається автор.** Незважаючи на те, що питання відповідальності особистості широко обговорюються як у філософській, так і в психологічній літературі, проблема формування відповідальності не має ще достатнього теоретико-методологічного обґрунтування. У психологічній науці виділяється декілька напрямів вивчення відповідальності, між якими існує чимало суперечностей. Відповідальність розглядається як якість особистості (І. Бех, Т. Гаєва, А. Лопуховська, як смисловий принцип мотиваційної регуляції поведінки особистості (М. Савчин), як ставлення особистості (Т. Морозкіна, А. Растігаєв).

Деякі автори визначають почуття відповідальності як соціальну настанову особистості на добровільне прийняття необхідних суспільних вимог і зобов'язань, схильність дотримуватися загальноприйнятих у певному суспільстві соціальних норм, виконувати рольові обов'язки та готовність відповідати за свої дії (С. Анісімов, К. Муздибаєв, А. Ореховський).

Інші розглядають відповідальність як інтегративну властивість особистості, яка виникає в результаті синтезу всіх її моральних якостей. Зокрема, І.Бех підкреслює, що відповідальність виявляється лише у вільних вчинках та діях особистості.

**Формулювання цілей статті (постановка завдання).** Метою даного дослідження було розглянути відповідальність у контексті історичних та сучасних психолого-педагогічних проблем розвитку особистості.

**Виклад основного матеріалу дослідження з повним обґрунтуванням отриманих наукових результатів.** Відповідальність є характеристикою будь-яких відносин, в яких реально перебувають

люди, і стосується різних аспектів їх діяльності. Тому в сучасних наукових дослідженнях вона розглядається комплексно і є однією з актуальних проблем філософії, етики, соціології, психології, педагогіки, екології, політології та інших наук.

Поняття відповідальності розглядається багатьма суспільними науками. Проте найбільш фундаментально це поняття як категорія обґрунтовано у філософському та юридичному дискурсах. Якщо правова відповідальність становить зовнішню її складову на індивідуальному рівні і притаманна людині як вихідній ланці суспільства, котра виконує певні соціальні ролі, то моральна – етична – внутрішня складова відповідальності характеризує людину поза її публічними ролями, як «приватну» істоту [6, с.63].

В історії західної психології виділяють чотири основні концептуальні підходи до вивчення особистості: психодинамічний, біхевіористичний, гуманістичний та когнітивний. Якщо перші два виникли раніше і повністю відкидали поняття відповідальності, то гуманістична та когнітивна теорії вперше звернулися до відповідальності як психологічного поняття.

Спинимось на окремих із них. Згідно з концептами А. Маслоу, саме самоактуалізація втілює повноцінний розвиток людини, який є нормативним і водночас адекватним її біологічній природі. Однак самоактуалізація – це завжди реальні вчинки, котрі виявляють особистісну активність та відповідальність. Здатність до своєчасного та оптимального життєвого вибору, на думку вченого, самовдосконалення – головна тема свідомого життя людини, в якій ідеальна модель особистості – це відповідальна людина, котра вільно робить свій вибір [6, с. 67].

З таким тлумаченням відповідальності як головної ознаки сформованої особистості повністю погоджується К.Роджерс [11].

Самовизначення – сутнісна ознака природи людини, тому кожен відповідальний за те, що являє собою.

Важливою щодо психологічного осмислення відповідальності є когнітивна теорія навчання Дж. Роттера, передусім його концепт локусу контролю, який узагальнено відображає очікування того, якою мірою люди контролюють і як оцінюють власні дії та перебіг життя. Учений, вживаючи термін «відповідальність», досліджує явище, котре описується ним як властивість інтернальності особистості (схильність приписувати відповідальність за все внутрішнім чинникам – своїй поведінці, характеру, здібностям), яка протистоїть екстернальності (схильність приписувати відповідальність за все зовнішнім чинникам). Однак Дж. Роттер наголошує, що локус контролю не варто розглядати як континуум, який має на одному боці виражену «екстернальність», а на іншому – «інтернальність»; переконання людей розташовані між ними, здебільшого посередині. Це означає, що окремі з нас дуже екстернальні, окремі вкрай інтернальні, але більшість знаходиться між двома екстремумами [1, с. 420].

Певне відображення знайшла проблема відповідальності в психологічних дослідженнях вітчизняних авторів. Спинимося на останніх дослідженнях. Розглядаючи розвиток особистості, її активності в різних її проявах та формах, низка дослідників вважає, що повноцінна відповідальність притаманна насамперед соціально зрілій особистості [3, 4, 5, 6, 8].

У дослідженнях Т. Титаренко відповідальність неможливо розглядати відокремлено від поняття свободи. Як зауважує Т. Титаренко [9], відповідальність не суперечить свободі, вона є логічним наслідком, який об'єднує низку вчинків у життєвий шлях людини. Відповідальність передбачає свободу прийняття рішень, свободу вибору цілей та способів, методів і стилів їх досягнення [7, 8]. Оскільки вибір

можливості дії впливає з активності суб'єкта, то ступінь його особистісної відповідальності зумовлюється напрямом і соціальними наслідками його діяльності. Напрямок цієї діяльності обирається вільно, шляхом відповідального прийняття рішення. У цьому розумінні відповідальність є мірою свободи. Відповідальність передбачає необхідність збереження індивідуальної своєрідності, нетотожності життєвого світу. Якщо простір, в якому живе особистість, замкнений, то її відповідальність ніби зменшується, стає зовнішньою [8].

Вивчаючи феномен вибору в контексті соціальної поведінки, Г. Балл вважає, що «очевидною є необхідність достатньої компетенції і відповідальності особи у прийнятті та здійсненні стратегічного життєвого рішення (включно з потрібними при цьому актами вибору) і в подальшій діяльності, спрямованій на реалізацію відкритих цим рішенням можливостей [1, с. 6]. Відповідальність, яку суб'єкт має виявити при здійсненні актів вибору, на думку дослідника істотно залежить від типу виконуваної діяльності. У просторі реального життя кожний акт вибору є більш відповідальним, бо «переграти» його тут неможливо. У кращому випадку вдається виправити більшою чи меншою мірою його негативні наслідки» [1, с. 12].

І. Бех знаходить шляхи розвитку відповідальності в кооперативній діяльності. «В кооперативній діяльності інтенсивно проявляється груповий вплив на особистість: тут діють механізми емоційного зараження, ідентифікації, відповідальності за групу й за себе» [2, с. 12]. При цьому велике значення надається почуттю корисності для іншого, яке «є тією підвалиною, на якій будується моральна система особистості, адже сутнісна характеристика цього почуття – сприяння людині – стосується і правдивості, і справедливості, і вірності, і надійності та багатьох інших моральних ставлень» [2, с. 15].

Для формування відповідальності особистості необхідне

усвідомлення того, що вона може (умінь, навичок, знань, здібностей), чим вона є (фізичних і особистісних якостей). Не менш важливим для особистості є розуміння того, чого бажає суспільство. Старанність може трансформуватись у відповідальність, коли відбувається співвіднесення «квартету» «хочу – можу», «є – вимагають» і прийняття рішення стосовно соціально важливих цілей. Відповідальність відрізняється від обов'язку ступенем внутрішньої усвідомленості. В обов'язку яскравими є елементи зовнішнього примусу. Оскільки можливі суттєві розбіжності між спостережуваною поведінкою людини і її особистими ціннісними настановами, то виконання та дотримання соціальних норм, на думку М. Тутушкіної, не є корелятом відповідальності як особистісної риси. Проте відповідальність можна розглядати як окремий випадок вияву обов'язку за наявності суб'єктивного переживання почуття відповідальності. З суб'єктивної сторони відповідальність є показником свободи особистості, самостійності, що дозволяє залишатися індивідуальністю при взаємодії з іншими людьми. Суб'єктивне переживання почуття відповідальності виникає лише за умови усвідомлення людиною власних дій та їх можливих наслідків. Відповідальності протистоїть конформність – пристосування людиною власної поведінки і думки до устрою певної соціальної групи. Конформність як вияв інфантильності характеризується тим, що особа ніби побоюється самостійно, на власний розсуд проводити своє життя, весь час чекає, щоб за неї прийняли рішення інші; схильна чинити так, як більшість, не замислюючись, чи їй саме так хочеться і потрібно [3, с.44].

**Висновки і перспективи подальших розробок у даному напрямку.** Таким чином, у різних наукових галузях різними мислителями відповідальність розуміється як свобода вибору, волі та засобів існування або як дотримання категоричного імператива, як

спосіб реалізації життєвої позиції або як спосіб самореалізації особистістю своєї сутності. Як би не тлумачилася проблема відповідальності різними авторами й у різні часи, відповідальність потрібно розглядати як одну із форм контролю активності особистості або групи в оточуючій її соціальній дійсності з критерієм виконання-референції тих чи інших нормативів-принципів, що здійснюється за допомогою диференціальних форм. Виходячи з цього, найбільш імовірно віднести відповідальність до явища, що поєднує об'єктивні і суб'єктивні сторони. При цьому існують екстероматриці контролю, які забезпечують покладені на суб'єкта обов'язки, відповідальність за результати тієї чи іншої діяльності, або ж інтроформи контролю за його діяльністю, наприклад, почуття відповідальності, обов'язку, совісті і т.д. Форми відповідальності як психоєдиниці суб'єкта, як риса його характеру в кореляті зі стабільно-вольовими механізмами формуються в процесі інтердіяльності індивідів, у результаті трансінтеоріоізації соціоорієнтацій, соціонорм, соціоправил, соціоцінностей.

#### Список літератури:

1. Балл Г.О. Феномен вибору в контексті соціальної поведінки / Г.О. Балл // Соціальна психологія. – 2005. – №1(9). – С.13-15.
2. Бех І.Д. Педагогіка успіху: виховні втрати та їх подолання / І.Д. Бех // Педагогіка і психологія. – 2004. – №4. – С.5-15.
3. Булах І.С. Психологічні основи особистісного зростання підлітків: дис. д. психол. н. / Булах І.С. – К.: 2004. – 368 с.
4. Вольфовська Т.О. Визначення рівня сформованості інтерактивних умінь особистості на етапах соціалізації / Т.О. Вольфовська // Педагогіка і психологія. – 2003. – №3-4. – С.141-148.
5. Лепіхова Л.А. Значення соціально-психологічної компетентності в реалізації життєвих домагань / Л.А. Лепіхова // Педагогіка і психологія. – 2004. – №3. – С. 77-85.

6. Ложкін Г. Поняття відповідальності в історико-філософському психологічному дискурсі / Г. Ложкін, О.Лазарко // Психологія і суспільство. – 2003. – №4. – С. 61-71.

7. Майерс Д. Психологія / Д. Майерс. – Мн.: Попурри, 2001. – 848 с.

8. Татенко В.О. Про екологічний генезис у Е.Гуссерля та проблему суб'єктивних перетворень психіки в онтогенезі / В.О.Татенко // Психологія і суспільство. – 2004. – №4. – С. 13-36.

УДК 377.5

**Роль социального педагога в формировании культуры  
здоровья детей**

***Татьяна Сергеевна Шуравина***

*студентка,*

*Павлодарский государственный университет им. С. Торайгырова,*

*г. Павлодар, Казахстан*

*e-mail: tane4ka194@mail.ru*

*Аннотация. В статье рассматриваются вопросы формирования культуры здоровья у детей, цели, задачи и направления деятельности социального педагога в данной сфере.*

**Ключевые слова:** *культура здоровья, формирование и воспитание, социальный педагог, профилактическая работа.*

**Abstract.** *This article is devoted to the questions of formation children's health culture. The article considers the information about goals, objectives and directions of the social educator's activity in this sphere.*

**Keywords:** *health culture, formation and education, social educator, prevention work.*

В условиях современной природной и социально-экономической ситуации проблема здоровья детей приобретает глобальный характер. В настоящее время она является первой по актуальности среди множества других проблем обучения и воспитания детей. Ухудшение здоровья детей и современные социальные условия диктуют новые подходы к формированию здорового образа жизни детей, что предъявляет соответствующие требования к личности и деятельности социального педагога. Основой для формирования здорового образа жизни детей служит такое значимое качество личности, как «культуры здоровья».

Культура здоровья – это комплексное понятие, которое включает теоретические знания о факторах, благоприятствующих здоровью, а также грамотное применение в повседневной жизни принципов активной стабилизации здоровья, то есть оздоровления. Культура здоровья каждого человека формируется на основании следующих компонентов: познавательного, эмоционального, волевого и коммуникативного [1].

1. Под познавательным компонентом понимается познавательная деятельность личности. То есть, насколько сам человек понимает «культуру здоровья». Здесь важна информированность человека в отношении физиологических и патологических процессов в организме, а также о влиянии на них различных факторов окружающей среды и образа жизни. В формировании культуры здоровья также имеет значение, насколько человек пополняет знания в этой области.

2. Эмоциональный компонент «культуры здоровья» отражает уровень физического и социального благополучия, качество и удовлетворенность жизнью. Другими словами, от того, какие эмоции доминируют у человека, зависит его психологическое здоровье. Оно, в

свою очередь, оказывает влияние на физическое состояние человека, а также определяет отношение личности к жизни в целом.

3. Коммуникативность также является важным компонентом культуры здоровья, так как она отражает адекватность взаимодействия человека с другими людьми и с окружающим миром. Коммуникативность зависит от разнообразных факторов: воспитания, опыта личности, а также ее культуры, ценностей, потребностей, интересов, установок, характера, темперамента, привычек, особенностей мышления.

4. Даже обширные теоретические знания в области культуры здоровья недостаточны для формирования правильного поведения человека. Сознательное и активное отношение к сохранению и укреплению своего здоровья требует от человека определенных волевых качеств (самообладания, целеустремленности). Поэтому еще раз необходимо подчеркнуть важность волевого компонента, а также мотивации для формирования высокой культуры здоровья [2].

Исходя из вышеизложенного, культуру здоровья можно определить как процесс осознания, объяснения, понимания субъектом ценности своего здоровья (здорового образа жизни), выраженный в желании субъекта заботиться о своём теле (правильное питание, гигиена, нормальный сон, упражнения) [3].

Воспитание культуры здоровья – это воспитание у детей личностных качеств, способствующих сохранению и укреплению здоровья, формирование представления о здоровье, как ценности, усиление мотивации на ведение здорового образа жизни, повышение ответственности за собственное здоровье, здоровье семьи, сообщества, физическое воспитание.

Влияние на формирование культуры здоровья детей и подростков, общество и государство могут осуществлять через систему образования

и воспитания посредством деятельности широкого круга специалистов, в числе которых одна из наиболее важных ролей отводится социальному педагогу

Целевой установкой воспитания культуры здоровья учащихся в работе социального педагога является: создание условий для гармоничного развития личности ребенка, учитывающих индивидуальные показатели состояния здоровья, создание устойчивой мотивации к здоровому и продуктивному стилю жизни и формирование здорового духовно, психически, социально адаптированного, физически развитого человека [4].

Забота о здоровье подопечных – составляющая охранно-защитной функции социального педагога. Кроме того, защита здоровья может стать самостоятельным объектом специализации педагога-валеолога. К задачам социального педагога по защите прав ребенка на охрану здоровья можно отнести:

- социо-психологопедагогическую профилактику укрепления и охраны здоровья, реализацию прав ребенка на здоровье, закрепленных в Конвенции о правах ребенка;

- щадящую корректировку индивидуальных качеств и контактов личности.

В задачи социального педагога входят и медико-валеологические, и экологические аспекты работы. Его обязанность – разъяснить экологическую ситуацию, вести просветительскую работу с населением, помочь родителям наметить профилактические меры, способствующие сохранению здоровья детей. Эту работу социальный педагог проводит совместно с медицинскими работниками [5].

Основными требованиями к социально-педагогической деятельности в связи с реализацией задач защиты права ребенка на охрану здоровья являются следующие:

– профессионально-этическая ответственность специалистов за профилактику и охрану физического, психологического, социального здоровья личности;

– гуманность, проявление обнадеживающего сочувствия и бережного отношения к страдающим и больным детям, учет особенностей личности и индивидуальных черт характера, вариантов поведения, нюансов отношения к жизни, учебе и здоровью;

– способность педагога сохранять собственное здоровье и обучать этому детей;

– умение предупреждать собственные невроты и устранять социопсихологопедагогическими средствами причины, их вызывающие;

– позитивное отношение к личностному росту ребенка, поощрение в ребенке чувства собственного достоинства в деятельности и отношениях с людьми;

– учет возможностей природной и социокультурной среды, конкретного пространства жизнедеятельности;

– сопряжение заинтересованных усилий педагога, врача и семьи с активностью самого ребенка в становлении его физического, психического, социального здоровья.

Выделяют следующие направления профилактической работы социального педагога по реализации права несовершеннолетнего на охрану здоровья:

1. вовлечение детей в деятельность по охране своего физического, эмоционального и социального здоровья;

2. обучение культуре использования свободного времени с учетом возможностей и потребностей личности, количества часов, отведенных на те или иные занятия, общего режима в школе и семье;

3. целенаправленное обучение способам наблюдения за своим состоянием и его саморегуляция в деятельности и общении;

4. формирование этнокультуры детей;
5. пропаганда здорового образа жизни, в том числе и на личном примере;
6. информирование о возможных негативных последствиях вредных привычек, бездумного отношения к собственному здоровью.
7. контроль и регулирование формирования и реализации валеологической культуры во внутришкольной жизни [5].

Здоровье подрастающего человека – актуальная социальная проблема настоящего времени. Приобщение школьников к проблеме сохранения своего здоровья это, прежде всего процесс социализации – воспитания. Необходимо совместными усилиями родителей, педагогов, специалистов имеющих подготовку по основам валеологии формировать у детей культуру здоровья, здорового образа жизни, воспитывать соответствующие навыки и привычки, что будет способствовать эффективности мер социальной защиты здоровья детей. И конечно, большая роль в этом отводится социальному педагогу, деятельность которого должна быть направлена прежде всего на профилактику различных девиаций в развитии детей, появления вредных привычек у школьников – наркомании, табакокурения и др. Большое внимание также следует уделить организации свободного времени учащихся – занятия в кружках и спортивных секциях. Таким образом, роль социального педагога в воспитании культуры здоровья трудно переоценить. Однако, успешная реализация этой важнейшей социальной задачи можно осуществить при определенном уровне подготовленности педагогов, включающей широкий круг знаний, навыков и умений.

#### Список литературы:

1. Разумов А.Н. Здоровье здорового человека / А. Н. Разумов. – М.: Медицина, 1996. – 413 с.

2. Барчуков И.С. Физическая культура и спорт: методология, теория, практика: учебное пособие для вузов / И.С. Барчуков, А.А. Нестеров. – М.: Академия, 2008. – 526 с.

3. Матвеев Л.П. Теория и методика физической культуры: учебник для институтов физической культуры. М.: 2001. 155с

4. Кузнецов В.С. Физическая культура. Физкультурно-оздоровительная работа в школе. – М.: НЦ ЭНАС, 2006. – 164 с.

5. Шакурова М.В. Методика и технология работы социального педагога: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений. – 2-е изд., стереотип. – М.: Издательский центр «Академия», 2004. – 272 с.

УДК 613.2

### **Пропаганда здорового образа жизни среди молодежи**

***Марина Александровна Щербакова***

*к.биол.н., ст. преподаватель кафедры анатомии и физиологии,  
Витебский государственный университет имени П.М. Машерова,  
г. Витебск, Р. Беларусь  
e-mail: mas-80@mail.ru*

***Анастасия Александровна Стаховская***

*студентка 4 курса, факультет социальной педагогики и  
психологии,  
Витебский государственный университет имени П.М. Машерова,  
г. Витебск, Р. Беларусь*

***Аннотация.*** В статье рассматриваются проблемы формирования здорового образа жизни у молодежи.

***Ключевые слова:*** здоровый образ жизни, молодежь.

*Abstract. In article problems of formation of a healthy way of life at youth are considered.*

*Keywords: healthy way of life, youth.*

**Введение:** Здоровый образ жизни – это образ жизни, основанный на принципах нравственности, рационально организованный, активный, трудовой, закаливающий и, в то же время, защищающий от неблагоприятных воздействий окружающей среды, позволяющий до глубокой старости сохранять нравственное, психическое и физическое здоровье. Каждый человек имеет большие возможности для укрепления и поддержания своего здоровья, для сохранения трудоспособности, физической активности [1, 2, 3].

Здоровье – самое ценное, что мы имеем. Нездоровая нация не может быть экономически благополучной. Поэтому здоровье населения – это проблема не столько медицинская, сколько социально – экономическая, т. е. прежде всего государственная. Она затрагивает все аспекты и сферы человеческой жизни и деятельности. Нередко бывает так, что человек неправильным образом жизни, вредными привычками, гиподинамией, перееданием уже к 20-30 годам доводит себя до катастрофического состояния и лишь тогда вспоминает о здоровье [1].

Здоровье – это первая и важнейшая потребность человека, определяющая способность его к труду и обеспечивающая гармоническое развитие личности. Оно является важнейшей предпосылкой к познанию окружающего мира, к самоутверждению и счастью человека. Активная долгая жизнь – это важное слагаемое человеческого фактора [1, 2, 3].

**Цель:** проанализировать формирование понятия о здоровом образе жизни у учащихся средней школы.

**Материал и методы исследования:** исследование проводилось

на базе ГУО «Средняя школа №115» г. Минск, наблюдение, анализ литературных источников.

**Результаты исследования:** Формирование здорового образа жизни зависит только от нас самих, наших предпочтений, убеждений и мировоззрений.

В наше время, научно-технической и промышленной революции за человека почти все делают машины, лишая его двигательной активности. Основная доля физических нагрузок приходится на спорт и физическую культуру. На которые у нас как всегда нет возможности, времени, сил, желания. Отсюда и слабое здоровье, и вялость, и болезни, и ожирение и остальные недуги.

Определения понятия «здоровье», которое могло бы полностью претендовать на всеобщую признанность и абсолютную точность, нет, и основная причина в том, что к человеку нельзя подходить только, как к биологическому, живому организму. Человека надо рассматривать, как существо биосоциальное.

На сегодняшний день более полного понимания здоровья с социальных позиций, чем предложенного Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), еще нет: «Здоровье – это состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических недостатков».

Ключевым пониманием здесь выступает «благополучие». Можно ли считать благополучным человека с нормальным самочувствием, но который курит, или имеет лишний вес, или злоупотребляет алкоголем, или живет в условиях повышенного радиационного фона, или дышит загрязненным воздухом от расположенного рядом с его жильем промышленного предприятия?

Кого вообще можно сегодня назвать здоровым? Исходя из вышеизложенных подходов – очень немногих!

Признавая значимость адаптационных способностей и возможностей индивидуума, можно развернуть предложенный ВОЗ термин «здоровья»:

1. физическое благополучие – отсутствие патологических изменений в организме при наличии способностей и возможностей человека к хорошей адаптации к изменяющимся условиям среды;

2. психическое благополучие подразумевают достаточную психоэмоциональную устойчивость в стрессовых ситуациях;

3. социальное благополучие – это умение человека достигать созидательных результатов в окружающей его социальной среде [1, 2, 3].

Таким образом, применив такой подход к интерпретации здоровья, можно увидеть важнейший путь к его повышению через увеличение адаптационных способностей человека.

Здоровый образ жизни – это такие способы активной биосоциальной деятельности людей, которые в максимальной и непосредственной степени укрепляют здоровье при наличии благоприятных материальных и общественных условий.

Здоровый образ жизни – это гигиеническое поведение, базирующееся на научно-обоснованных социально-гигиенических нормативах, на повышении адаптации организма к факторам риска, укреплении и сохранении здоровья, обеспечение высокого уровня трудоспособности и достижение активного долголетия.

Стратегические цели по достижению здоровья для всех на ближайшее и отдаленное будущее позволило медицинскому сообществу планеты предложить цивилизованному миру следующие основные направления здорового образа жизни для обеспечения высокого уровня социального благополучия человека:

1. Физическая культура.

2. Рациональное питание.
3. Отказ от курения,
4. Отказ от наркотиков.
5. Отказ от алкоголя
6. Этика.
7. Самоконтроль за своим здоровьем.
8. Сексуальная культура и репродуктивное здоровье.

Например, американская ассоциация врачей предлагает 7 действий, обязательных для здоровья: регулярное трехразовое питание, обязательный завтрак, умеренные физические упражнения 2-3 раза в неделю, но не менее 20 часов недельного времени, поддержание оптимального веса, достаточный сон 7-8 часов, отказ от курения и наркотиков, отказ от алкоголя или его умеренное потребление (в сутки не более 50 г. чистого алкоголя, или стакан вина, или бутылка пива).

Профилактическая активность определяется комплексом поведенческих критериев, которые отражают стремление к освобождению от вредных привычек, к устранению в окружающей среде факторов риска для здоровья, к соблюдению режима труда, отдыха, питания, а также своевременное активное посещение медицинских учреждений для профилактических осмотров и диспансеризации, выполнение медико-профилактических рекомендаций.

Под пропагандой здорового образа жизни понимают широкий спектр деятельности – от просветительских и выездных программ работы с населением до использования средств массовой информации – деятельности, направленной на то, чтобы люди ответственнее относились к своему здоровью и располагали необходимой информацией для его сохранения и укрепления.

Важный метод укрепления здоровья населения – это обучение

граждан здоровому образу жизни, пропаганда и информирование их о той важной роли, которую каждый человек играет в сохранении собственного здоровья и благополучия общества. Поэтому пропаганда формирования здорового образа жизни населения требует создания массовой информационно-пропагандистской кампании с использованием широкого спектра разнообразных средств, с широким использованием средств массовой информации – печати, радио, телевидения.

При пропаганде здорового образа жизни используются методы устной, печатной, наглядной (изобразительной) и комбинированной пропаганды.

Метод устной пропаганды является наиболее эффективным. Он включает лекции, беседы, дискуссии, конференции, викторины.

Метод печатной пропаганды охватывает широкие слои населения. Он включает статьи, листовки, памятки, стенные газеты, буклеты, брошюры.

Наглядный метод – самый многообразный по числу входящих в него средств. Их можно разделить на 2 группы: натуральные объекты и изобразительные средства (объемные и плоскостные).

Комбинированный метод – метод массовой пропаганды, при которой происходит одновременное воздействие на слуховые и зрительные анализаторы.

Залогом успешного развития нашего общества является здоровье подрастающего поколения. Вопрос формирования, сохранения и укрепления здоровья детей, подростков, учащейся молодежи имеет особую социальную значимость, так как от этой категории населения зависит здоровье нации.

Развитие стремления к здоровому образу жизни у молодежи необходимо стимулировать посредством воспитательного воздействия и

пропаганды.

Пропаганда ЗОЖ представляет собой систему развивающих мероприятий направленных на раскрытие сущности и пользы здорового образа жизни в рамках современных тенденций развития общества.

Пропаганду здорового образа жизни нужно начинать с семьи. Невозможно вырастить здорового ребенка с тягой к здоровому образу жизни, если родители пьют, курят и едят все подряд.

Зачастую родители плохо представляют, как же необходимо приобщать ребенка к здоровому образу жизни. Важно помнить, что основная задача родителей не только охранять детский организм от вредных влияний, но и создавать условия, которые способствуют повышению защитных сил организма и его работоспособности.

Воспитание здорового образа жизни начинается с приучения к правильной организации режима дня, который оптимально сочетает периоды бодрствования и сна детей в течение суток, удовлетворяет их потребности в пище, в деятельности, отдыхе, двигательной активности. Режим дня дисциплинирует детей, способствует формированию многих полезных навыков, приучает их к определенному ритму.

Ребенка нельзя насильно принуждать к занятиям физкультурой, а также к соблюдению правил гигиены, потому что ребенок быстро теряет интерес к этому.

При поступлении ребенка в школу важно учитывать не только его интеллектуальное развитие, но и уровень его физического развития. При этом формирование ЗОЖ является одной из первоочередных задач воспитания ребенка.

Воспитание здорового образа жизни в среде молодежи является очень тяжелым трудом, требующим активной пропаганды не только в ВУЗах и училищах, но и в общественных местах, таких как кинотеатры, рестораны и клубы.

Современная молодежь, не смотря на тенденции к здоровому питанию и фитнесу, не осознает реальных последствий таких вредных привычек как нерегулярный сон, курение и употребление легких наркотиков. Бытует такая установка: «Пока молод – можно все». С этим нужно активно бороться посредством адекватной пропаганды здорового образа жизни.

Выводы: Подводя итог, хочется отметить следующее: здоровье – бесценное достояние не только человека, но и общества. Именно поэтому пропаганда здорового образа жизни очень важна!

В заключении хочется подчеркнуть, что здоровый образ жизни является важной составляющей полноценной жизни в быстро меняющемся мире. Здоровый образ жизни – это образ жизни, основанный на принципах нравственности, рационально организованный, активный в то же время, защищающий от неблагоприятных воздействий окружающей среды, позволяющий до глубокой старости сохранять нравственное, психическое и физическое здоровье.

Глобальной задачей общества является внедрение в образовательные стандарты как можно больше направлений связанных со здоровым образом жизни. Необходима прежде всего, адекватная работа с семьями, с целью борьбы с вредными привычками: курением и алкоголизмом. Ребенок с детства должен ценить свое здоровье и следовать нормам ЗОЖ. Благодаря здоровому образу жизни каждый человек имеет большие возможности для укрепления и поддержания своего здоровья, для сохранения трудоспособности, физической активности.

#### Список литературы:

1. Национальная стратегия устойчивого социально-экономического развития Республики Беларусь на период до 2020 года //

Национальная комиссия по устойчивому развитию Республики Беларусь; Редколлегия: Я.М. Александрович и др. – Минск, Юнипак.

2. Здоровье-21. Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе. Европейская серия по достижению здоровья для всех. ВОЗ. Евробюро. – 1999. – №6.

3. Ростовцев, В.Н., Винокурова, С.П. Культура здоровья: структура и формирование / В.Н. Ростовцев, С.П. Винокурова // Здоровоохранение. – 2001. – №4.

УДК

**Влияние телевидения на духовно-нравственное воспитание и формирование личности подростка**

***М. Дарьмаасурэн***

*преподаватель кафедры социальной медицины,*

*Дарханская Медицинская Школа,*

*Монгольский Национальный Университет Медицинских Наук,*

*г. Дархан, Монголия*

*e-mail: dm\_baagi@yahoo.com*

***Э. Ариунцэцэ***

*преподаватель инфекционных болезней кафедры социальной*

*медицины,*

*Дарханская Медицинская Школа,*

*Монгольский Национальный Университет Медицинских Наук,*

*г. Дархан, Монголия*

*e-mail: E\_ariuna17@yahoo.com*

**Ключевые слова:** подросток, воспитание, фильм, передача.

**Abstract.** *The majority, or 55%, of all teenagers under the study spend 3-6 hours a day watching movies and shows on TV. In regards to gender and age differences, teenage girls within 14-18 age range spend the most amount of time watching TV. Multi-episode TV series about violent crimes are the most popular TV shows amongst teenagers, which are also the most widely shown programs on TV. There are few programs on TV that are beneficial for development and well-being of children.*

**Keywords:** *teen years, development, movie, TV program/series.*

## **I. Обоснование исследования.**

К подростковому возрасту относятся дети от 10-19 лет и на их воспитание кроме семьи, друзей большое влияние оказывают телевидение, компьютерные игры и различные факторы. Одним из таких факторов является СМИ. В Монголии ныне регулярно действуют 166 ТВ, 68 интернет сайтов, 84 FM радио станций, 99 журналов и 135 ежедневных газет.

Раньше дети подражали своих дядей и тётей, так как были в постоянном общении с ними. Ныне они копируют дядей и тётей с экрана телевидения, стригутся, одеваются и говорят слоганами.

Многие родители, педагоги и попечители озабочены, негативным влиянием различных телепередач на духовно-нравственное воспитание детей.

В исследовании «Нынешнее положение семейных отношений Монголии» 95% опрошенных единогласно ответили, что СМИ оказывают негативное влияние на развитие семьи и детей. Во всем мире известны, что СМИ являются мощным средством влияния на психологию общества. Хотя для детей 8-10 лет и подростков просмотр телепередач продолжительностью 3-4 часа в день стало нормальным

явлением, то чрезмерно продолжительный, непрерывный просмотр оказывает негативное влияние.

Подростки во всём стараются подражать своим любимым кумирам, их фотографии с гляцевых журналов развешивают в своей комнате, без пропусков смотрят все его сериалы, подражают манерам и стилю одежды, причёске, стараются пользоваться гелем той же фирмы и есть такую же пищу как его кумир. Молодой человек копирует действия экранных героев, переносит их в свою жизнь, формируя и развивая тем самым интересы, идеалы, заменив живое общение с родителями и со сверстниками, отношения с окружающими, на отношение к миру, его ценностям, основанных на действиях героев с экрана. В связи с этим нами было поставлена цель исследовать влияние телевизионных передач на формирование личности подростка.

## **II. Цель исследования.**

Исследовать влияния телевизионных передач и фильмов на формирование поведения и личности подростка.

## **III. Задачи исследования.**

1. Определить частоту ежедневного просмотра телепередач и телевизионных фильмов подростком.
2. Исследовать негативное влияние телепередач и телевизионных фильмов на процесс обучения подростка.
3. Установить влияния телепередач на духовное развитие и формирование личности подростка.

## **IV. Новизна исследования.**

Если раньше подростка воспитывали традиционными методами, то новизна нашего исследования заключается в раскрытии в эпоху современной информационной технологий возможности положительного влияния через СМИ на формирование личности подростка.

## **V. Практическое значение исследования.**

Практическое значение исследования заключается в выявлении негативного влияния некоторых телепередач и фильмов на духовно-нравственное воспитание подростка.

### VI. Объект исследования.

В исследование были выбраны всего 176 учащихся возраста от 14-16 лет, по 40 учащихся от комплексной «Од» и 9-той средней школы, 50 от первой и 46 от 16-той средних школ Дархан-Уул аймака региона Монголии.

### VII. Результаты исследования.

Таблица 1

**Определение частоты ежедневного просмотра телепередач подростком по возрастным и половым различиям**

Показатель		Количество (%)	Р значение
Возраст, пол			
13 лет	Мужской	6(3,4%)	<b>0.02</b>
	Женский	21(11,9%)	
14 лет	Мужской	26(14,7%)	
	Женский	36(20,4%)	
15 лет	Мужской	29(16,4%)	
	Женский	38(21,5%)	
16 лет	Мужской	7(3,9%)	
	Женский	8(4,5%)	
17 лет	Мужской	1(0,6%)	
	Женский	4(2,3%)	
<b>Всего</b>	Мужской	69(39,3%)	
	Женский	107(60,7%)	
<b>176 (100%)</b>			
Количество телепередач в неделю			
Сериалы		152(86,4%)	
Развлекательные программы		5(2,8%)	
Познавательные передачи		9(5,1%)	
Передачи для детей		9(5,1%)	
ТВ чаты		1(0,6%)	

При исследовании возраста и пола подростков, подростки 13 лет занимали 27(15,3%), 14 лет 62 (35,2%), 15 лет 67 (38%), 16 лет 15(8,5%), 17 лет 5(2,8%), средний возраст составляет  $14 \pm 0,95$ , 69(39,2%) мужского и 107(60,7%) женского пола. Из исследованных подростков

152 (86,4%) ответили, что различные сериалы занимают самый большой процент из всех передач недели.

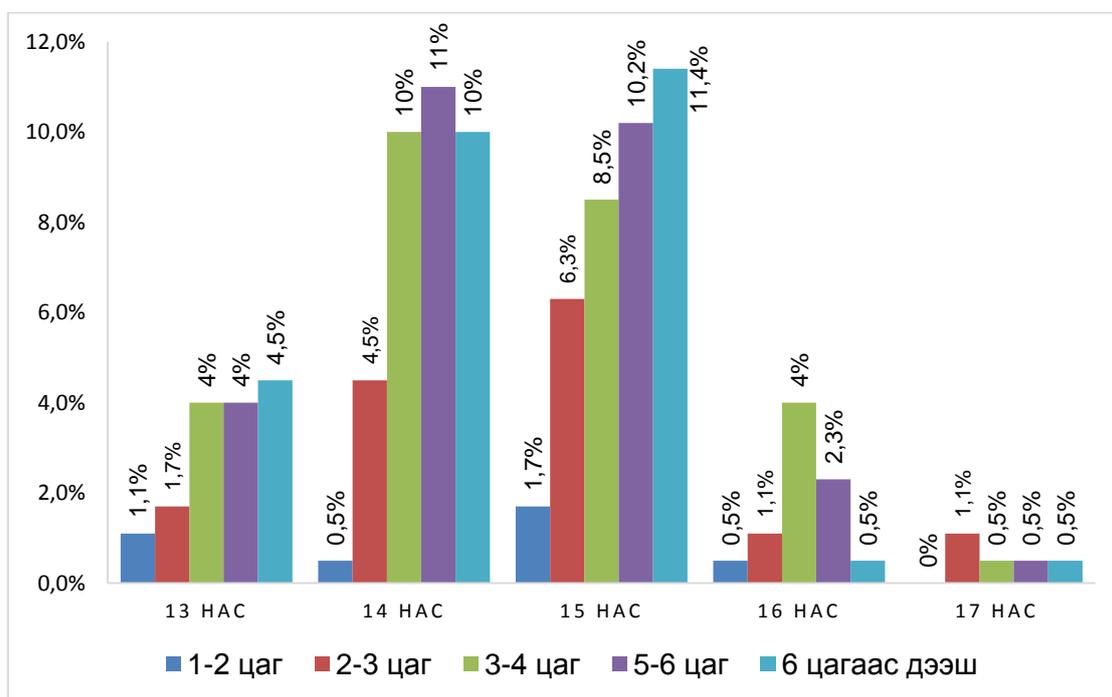


График 1. Время затрачиваемое подростком на просмотр телепередач.

При исследовании времени проводимой перед телевизором 27% подростков ответили, что смотрят от 3-4 часов в день, 28% смотрят от 5-6 часов, 26,9% смотрят свыше 6 часов в день ( $p=0,057$ ).

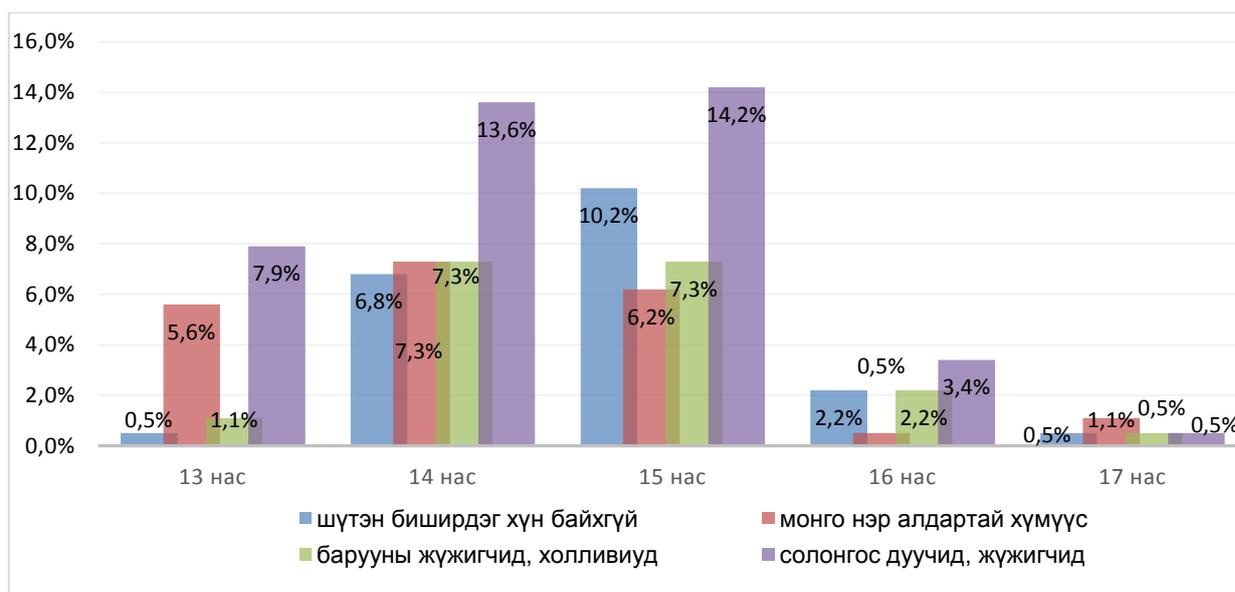


График 2. Кумиры подростков.

Из исследованных подростков от 13-17 лет большая часть 39,6% предпочитают корейских актёров и солистов.

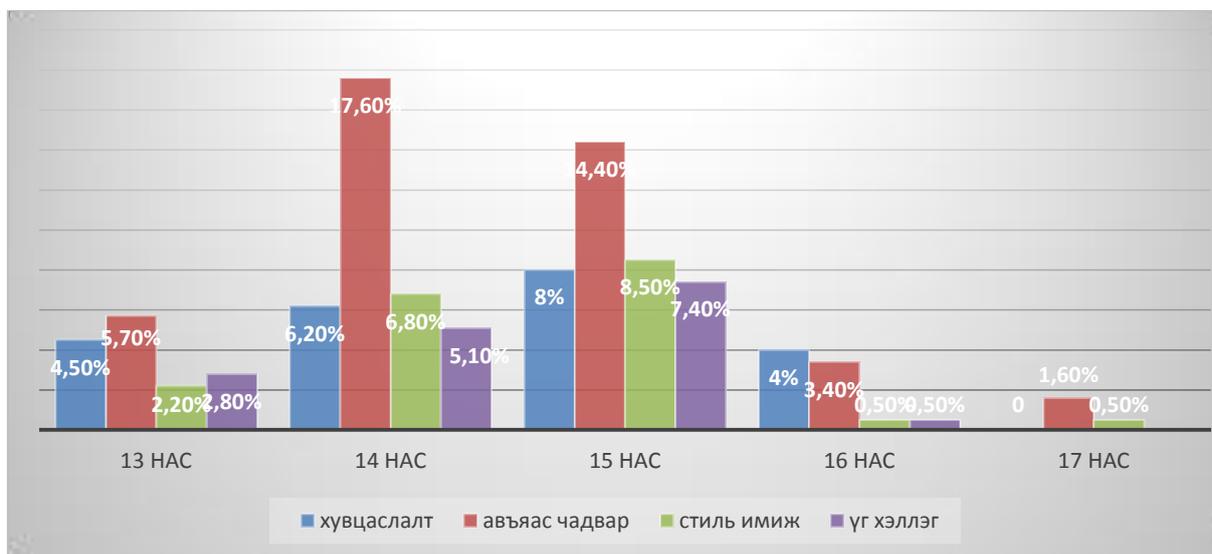


График 3. Подражаемые качества кумиров подростком.

На вопрос подражаемых качеств кумиров, 75 (42,6%) подростков ответили, что предпочитают умения и таланты, тогда как 37 (21%) наряжаются под их одежду, 33 (18,7%) любят копировать имиджы кумиров ( $p=0,011$ ).

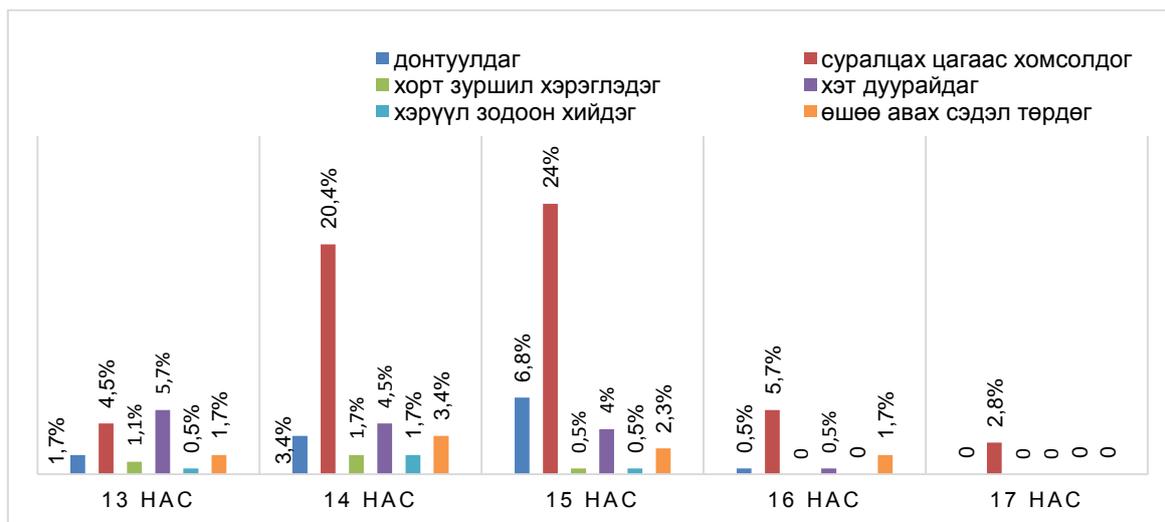


График 4. Негативные влияния, наблюдаемые среди подростков от продолжительного просмотра телепередач.

Из исследованных подростков ответили 57,4% отнимают время от учёбы, 12,4% вызывают манию к сериалам, 14,7% копируют, нь хэт дуурайдаг, 9,1% порождают чувство мести. Отсюда видно, что продолжительный и непрерывный просмотр телепередач вредит развитию возможностей подростков, воспитывает пассивный подход к жизни, создавая тем самым почву для негативного поведения подростка ( $p=0,073$ ).

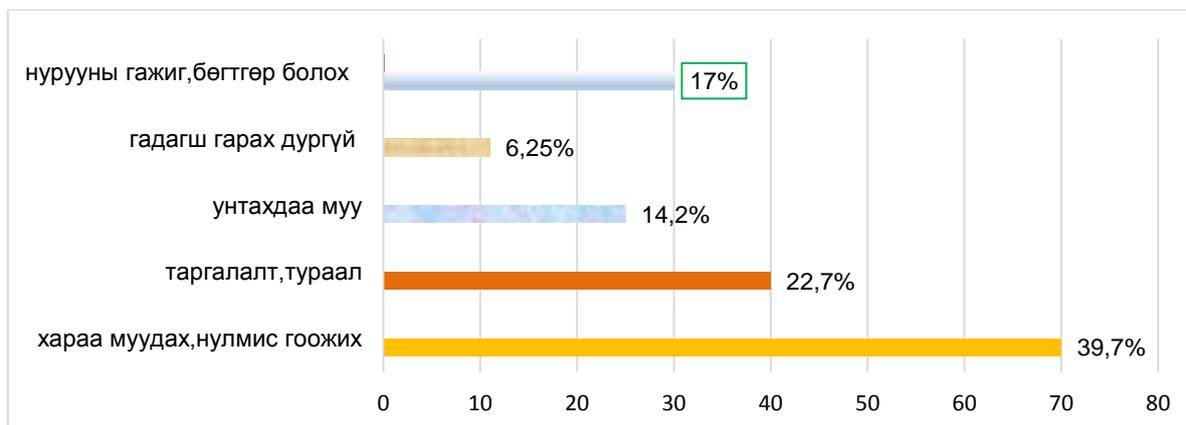


График 5. Признаки телемания, наблюдаемые среди подростков.

Из исследованных подростков у 39,7% наблюдалось ухудшение зрения, слезоточивость, 22,7% страдают ожирением или гипотрофией, 14,2% недостаточный сон, 6,25% не любят выходить из дома, 17% имеют искривления позвоночника, кифоз.

Выводы:

1. Из результатов нашего исследования видно, что 55% подростков на просмотр телепередач тратят от 3-6 часов в день. Наибольшее время перед телевизором проводят девочки от 14-18 лет, среди подростков большую популярность имеют сериалы со сценами насилия, убийств, занимающие также большую часть еженедельной программы телевидения. Недостаточны познавательные, научные и интеллектуально-развивающие программы для подростков. Из предпочитаемых сериалов 45% занимают приключения, 33% занимают комедийные ( $p=0,024$ ).

2. При исследовании негативного влияния телепередач 52,2% ответили, что не успевают с выполнением домашних заданий, снижается активность в учёбе ( $p=0,002$ ).

3. Продолжительный просмотр подростками телепередач приводят к таким негативным влияниям как ухудшение зрения, слёзоточивость, ожирение, недостаточный сон, искривлению позвоночника, а сериалы со сценой насилия, убийств и преступлений служат основой для агрессивного поведения подростков. Кроме того много времени уходит на отвлечение от учёбы, порождают чувство мести, неосознанное копирование почитаемых кумиров ( $p=0,073$ ).

УДК

**Исследование некоторых факторов, влияющих на становление личности у подростков**

***М. Нарантуяа***

*преподаватель кафедры социального здоровья,*

*Дарханская Медицинская Школа,*

*Монгольский Национальный Университет Медицинских Наук,*

*г. Дархан, Монголия*

***М. Дарьмаасүрэн***

*преподаватель кафедры социальной медицины*

*Дарханская Медицинская Школа,*

*Монгольский Национальный Университета Медицинских Наук,*

*г. Дархан, Монголия*

*Аннотация. Подростковый возраст является важным периодом в дальнейшей жизни человека. Неспроста Жан Жак Руссо назвал его «вторым рождением человека». Знаменитый педагог В.А.*

*Сухомлинский написал, что переход к подростковому возрасту означает второе рождение человека. Если в первый раз рождается просто животное, то во второй раз – уже «гражданин»[2]. В этот период у подростка происходят всесторонние изменения во взаимоотношениях с другими, физиологические, психологические и познавательные изменения.*

*Говорят, воспитание детей, их становление в личность начинается с детства. Ребёнок, независимо от нас вступает в отношения с внешним миром, происходит становление личности в кругу людей. Если мы не сможем дать понять все нюансы плохого и хорошего, будем защищать своих детей от других, устраивая ссоры, то в будущем это может быть пагубным для них. К сожалению, увеличиваются эгоизм, бескультурность, высокомерность. Возможно, это связано с недостаточной адаптацией в обществе. Конечно, ребёнок не обязан нравиться всем, но он должен слушаться указаний пожилых, знать меры приличия [3].*

*По-данным полицейских организаций, хотя и снижается количество преступлений и нарушений, совершаемых подростками, но увеличиваются случаи причастности их к тяжёлым, особо тяжёлым преступлениям, выбора молодёжью беспризорной жизни [5].*

*В современном обществе, у подростков наблюдается немало отрицательных влияний и недостатков в становлении личности, их отношениях с другими, применение алкоголя, табака и т.д. стало причиной выбора данной актуальной темы.*

**Ключевые слова:** *подростки, формация, семья, уровень поведения.*

**Abstract.** *For formation of young generations we have purpose to determine influences on social being Janjak Russo named it «second birth» and it is occasional thing. Also famous educator Suhomlinsky it says that «transferring to teenage means rebirthing. In first turn birth as an animal but*

*in second turn birth as citizen. He wrote that for young generation children make changes that involved all sides including physiology, knowledge, psychologically». For development of young generation children make changes involved like all sides of psychology, knowledge and psychology. Moral of young generation that live and study in present society. Character formation cannot meet requirement and cannot behave properly misbehave with others to communicate with others in unfair, improved usage of alcoholism and smoking. The behaviorism of young generation is higher than environment climate and influences of young generation friend ( $p=0.05$ ) is dependent completely, depend on unpleasant family climate. For young generation children commonly expressed negative senses like diffident, decreasing of learning interest. Also the comparison with others, analyze about themselves and prefer opinions. Unpleasant family environment, relationship of teachers, depress of friends, savage community, bad level of excitement, children's courage are in bad level.*

**Keywords:** *teenage, formation, family, level of behavior.*

### **1.1. Цели исследования.**

Исследовать социальное влияния на процессы становления личности у подростков.

### **1.2. Задачи исследования.**

1. Выявить влияние семьи, школы, педагогов и ровесников на становление характера подростков.
2. Определить положительные и отрицательные стороны проявления характера подростков.
3. Установить степень становления личности подростков.

### **1.3. Новизна исследования.**

Заключается в исследовании степени становления личности у подростков, в определении положительной и отрицательных сторон характера подростков.

#### 1.4. Практическое значение исследования.

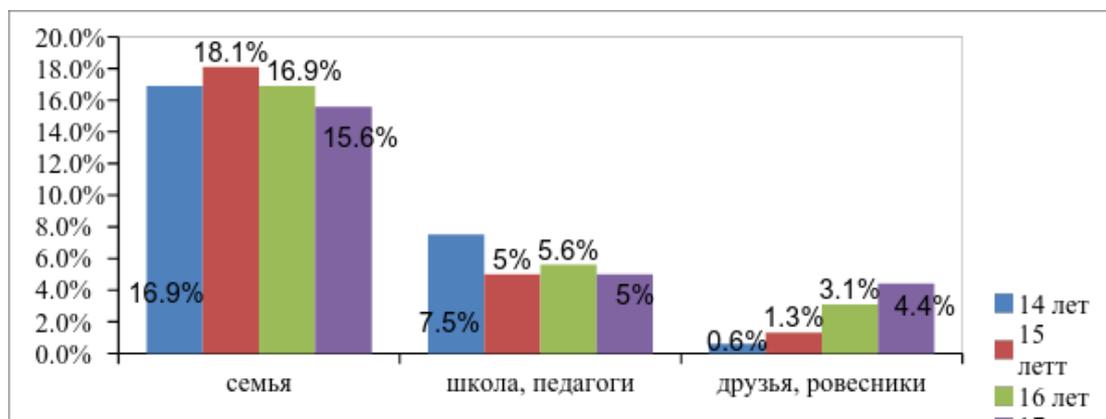
Некоторые результаты исследования содержат важные данные, которые могут быть полезными и использованы педагогами, родителями и социальными работниками.

#### 1.5. Объект исследования.

В исследовании участвовали 160 учащихся 4 средних общеобразовательных школ районов Дархан Дархан-Уул аймака. В числе:

1. Общеобразовательный комплекс «Од»-40.
2. 9-ая школа-40.
3. 4-ая школа.
4. Общеобразовательный комплекс «Жигүүр»-40.

Исследование некоторых факторов, влияющих на становление личности у подростков районов Дархана проводилось одномоментным дескриптивным методом.



#### 1.6. Методы исследования.

1. Исследование проводилось методом многоступчатого отбора учащихся средних школ Старого, Нового и деревенской части посёлковой части Дархана.

2. Исследование проводили используя следующие методы:

-Метод анкетирования: С помощью специально обработанных 14 вопросов были оценены отношения в семье, школе, с педагогами и состояние становления личности.

-Метод собеседования. Проводилось собеседование наедине или в фокус группах о климате в семье, о влиянии родителей, педагогов и друзей.

-Статистические данные были обработаны на компьютерной программе SPSS-17 с учётом средних значений, стандартного отклонения, коэффициента вероятной достоверности и взаимосвязи.

### Результаты исследовательской работы:

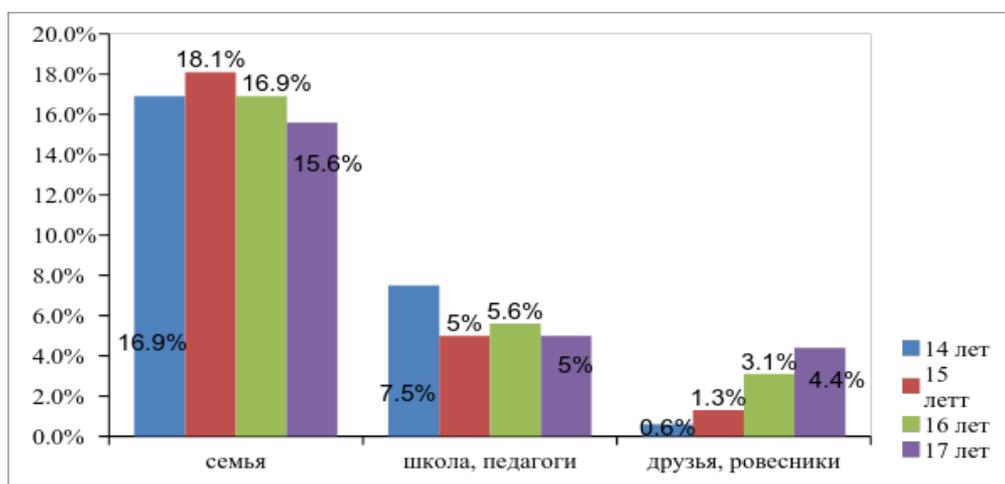


График 1. Влияние среды на становление личности подростков.

Средний возраст исследованных детей составлял  $14,12 \pm 1.6$ , 14-15 летние дети занимали 52,6%, у 14-16 летние детей в 67,5% на становление личности оказывает влияние климат в семье. Отсюда видно, что на становление личности климат в семье оказывает ведущую роль ( $p < 0.05$ ).

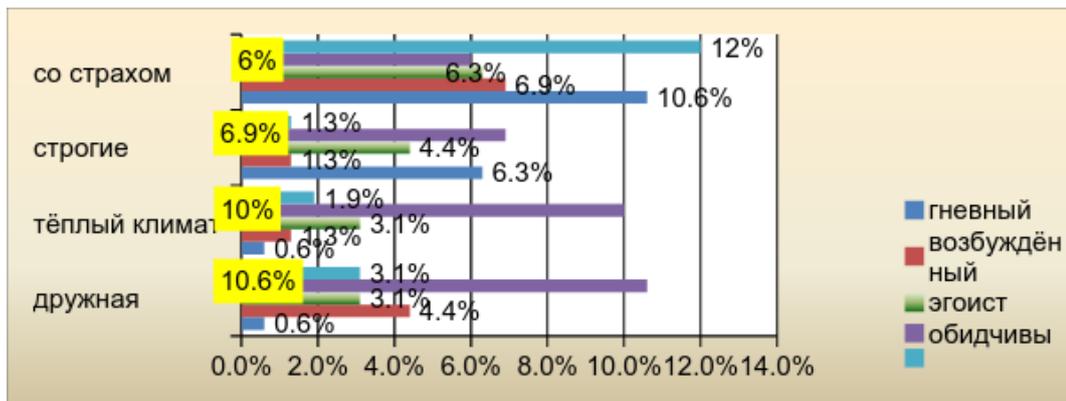


График 2. Связь климата в семье с проявлением отрицательной эмоции.

Из графика 3 видно, что дети живут 22% в дружной, 17% в тёплой, 20% в строгой обстановках, 43,3% в семье со страхом. Отрицательные проявления в характере подростков находятся в прямой зависимости с семейным климатом.

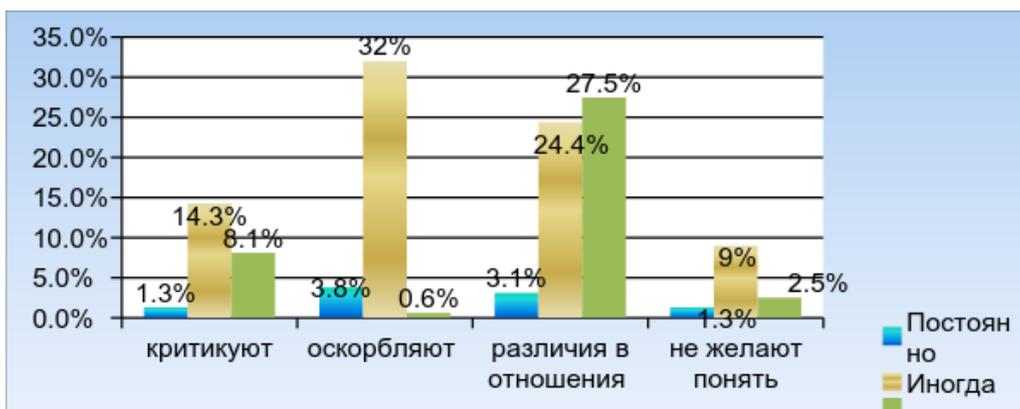


График 3. Отношения педагогов.

Из исследованных ответили, что педагоги критикуют 24%, оскорбляют 36%, различия в отношениях 27,5%, не желают понять 12,5% ( $p=0.413$ ).



График 4. Отрицательные эмоции из-за проблемы в отношениях в семье и с ровесниками.

У исследованных из-за проблем в отношениях в семье и с ровесниками наблюдаются возбуждения, гневность, неуверенность в себе и обидчивость.

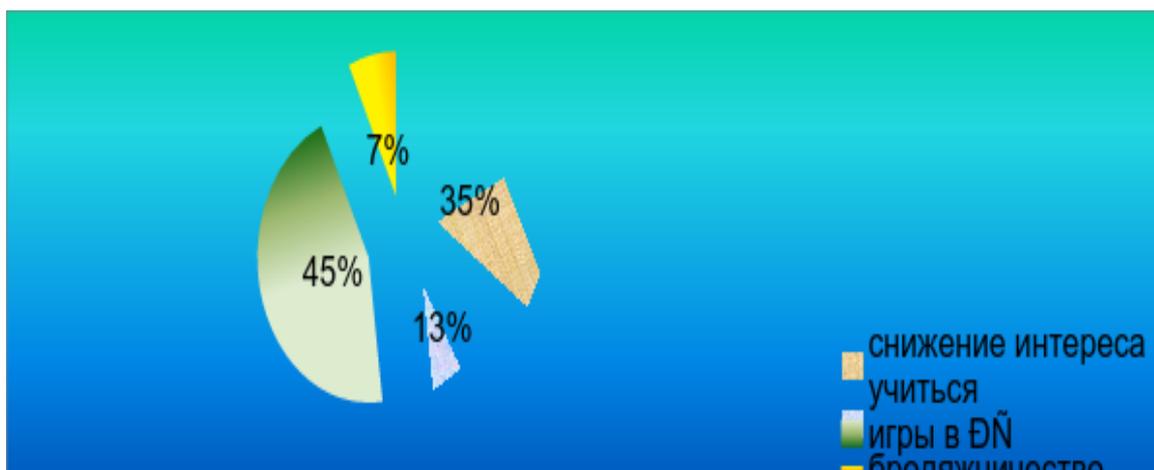


График 5. Негативные проявления характера.

45% детей ответили, что снижены желания учиться, 7% применяют спиртное и табак, 35% играют в РС, 13% бродяжничают. Неблагоприятные отношения в семье и с педагогами оказывают отрицательные влияния на становление личности и наблюдается сильная зависимость между ними (OR=0.8).

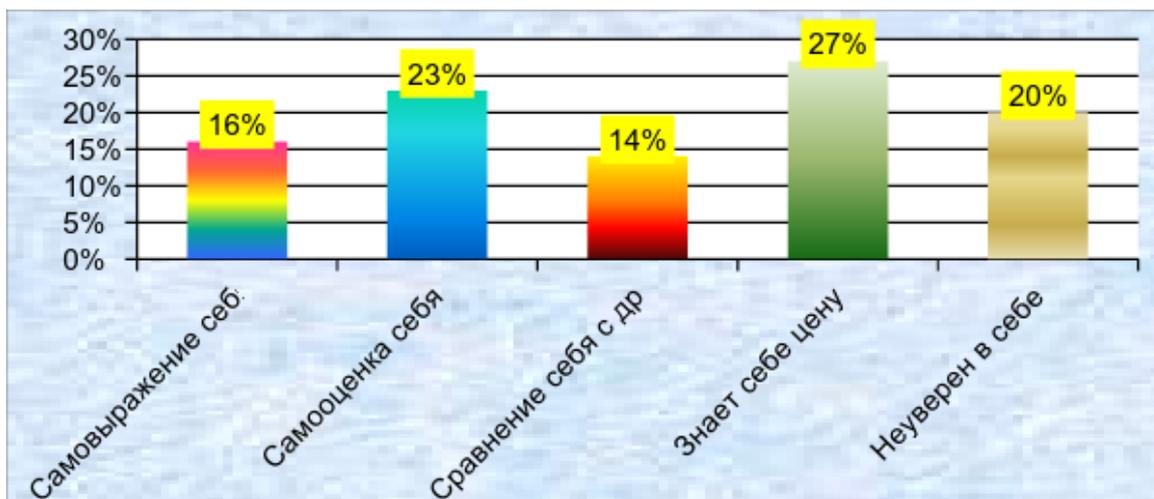


График 6. Самооценка характера.

27% исследованных отмечено чрезмерно развито самовыражение «Я», 23% критически относится к себе, 14% сравнивают себя с другими, 27% знают себе цену, 20% неуверены в себе ( $p < 0.416$ ).

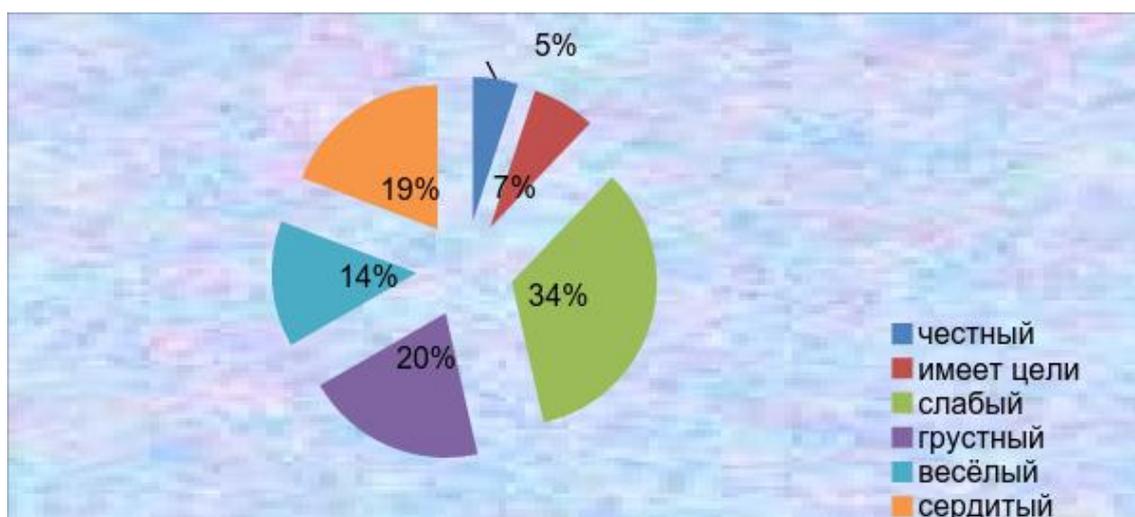


График 7. Признаки становления личности у подростков.

Среди исследованных 20% детей честные, дружные, 19% слабые, 15% грустные, 17% весёлые, 34% беспокойные, сердятся. Степень становления личности у 23% проходит достаточно хорошо, у 77% имеются недостатки в смелости и эмоциях ( $p < 0.05$ ).

**Обсуждение.** По-нашему исследованию на становление личности у подростков климат в семье и отношения с преподавателями оказывают прямое, сильное взаимозависимое влияние, что согласуется с данными

исследования «Методика работы с детьми трудного характера» Б. Энхмаа (2009 г.). Также наши данные согласуются с данными «Профилактика от семейного насилия» исследователя О. Сансар (2010 г.), что семейный климат и становление личности находятся в сильной взаимосвязи друг с другом.

Выводы:

1. Из исследования видно, что климат в семье оказывает преобладающее влияние на становление личности, чем влияния педагогов, друзей и ровесников ( $p=0.05$ ).

2. Среди подростков широко распространены отрицательные эмоции, как неуверенность в себе, гнев, обидчивость, нежелание учиться.

Также зачастую они сравнивают себя с другими, критически относятся к себе, ценят своё «Я».

3. Неблагоприятный климат в семье, грубое отношение, отношения с педагогами, давления со стороны друзей оказывают отрицательные влияния на проявления смелости и эмоции у подростков.

Список литературы:

1. Бямбасүрэн С. «Сэтгэцийн эрүүл мэнд» УБ. 2007. Хуудас 729-736.

2. Бүрэнжаргал Т. «Гэр бүлийн социологи». УБ. 2005 он 56-59.

3. Гүндсамбуу Х. «Монголын өнөөгийн айл гэрийн социологийн асуудлууд» УБ. 2003 он. №3 хуудас 15.

4. «Гэр бүл-хүүхдийг хөгжүүлэн төлөвшүүлэх анхдагч орчин нол практикийн бага хурлын эмхэтгэл. МУИС. УБ. 1999 он. Хуудас 26-28.

5. «Гэр бүлийн харилцааны уламжлал, шинэчлэл» МУИС. УБ. 2000 он. Хуудас 51-52.

6. «Гэр бүл дэх хүчирхийлэлийн эмхэтгэл». УБ. 2001.

7. Дондог Д. «Гэр бүл, соёл иргэншил» УБ. 1977 хуудас 21-24.

8. Дашдэндэв Д. «Ирээдүйн гэр бүлийн эрүүл ахуй, ёс суртахууны үндэс». УБ. 1986он. Хуудас 45-46.
9. Лхагва Л. «Эрдмийн ажлын арга барил». УБ. 1997он.
10. Монгол гэр бүлийн харилцааны өнөөгийн байдал. Судалгааны тайлан. УБ. 2002он.
11. Монгол Улсын Гэр бүлийн тухай хууль. УБ. 1999он.
12. Мөнхбат О., Болд Ц. «Гэр бүлийн зарим асуудлууд». Социологи сэтгүүл. 2001он.
13. Мягмар. Д. Өрхбүл. УБ. 1994. Хуудас 41-46.

УДК

**Сравнительное исследование симптома дисменореи методами  
западной и восточной медицины**

***Ц. Эрдмаа***

*мастер медицинских наук,*

*кафедра Медицинских наук,*

*Дарханская Медицинская Школа,*

*Монгольский Национальный Университет Медицинских Наук,*

*г. Дархан, Монголия*

*e-mail: Erdmaa@mnums.edu.mn*

***Г. Ууганцэцэг***

*мастер медицинских наук,*

*кафедра Традиционной медицины,*

*Дарханская Медицинская Школа,*

*Монгольский Национальный Университет Медицинских Наук,*

*г. Дархан, Монголия*

*e-mail: Uugantsetseg@mnums.edu.mn*

**Ж. Номин-Эрдэнэ**  
мастер медицинских наук,  
кафедра Медицинских наук,  
Дарханская Медицинская Школа,  
Монгольский Национальный Университет Медицинских Наук,  
г. Дархан, Монголия  
e-mail: nominerdene@mnumts.edu.mn

**Аннотация. Результаты исследования.** Синдром дисменореи встречается у 73,2% (n=235) исследованных студенток.

Среди исследованных студенток распространённость болевого симптома дисменореи наблюдалась у 68,2% (n=219), нарушение менструального цикла у 40% (n=94), изменения в количестве менструации со снижением у 8% (n=19) и увеличения у 9,7% (n=23).

При исследовании сопровождающих симптомов, у 2,9% (n=7) дисменорея сопровождалась с 4 симптомами, у 9,7% (n=23) с 3 симптомами и у 37% (n=87) с 2 симптомами. Из студентов с дисменорей 8% (n=19) обращались к врачам.

**Выводы:**

1. Симптом дисменореи наблюдались у 73,2% исследованных.
2. При сравнительной характеристике Западной и Восточной медицины об этиологии болевого синдрома дисменореи определено, что если западная медицина объясняет механизмы возникновения болевого синдрома, то Восточная медицина объясняет теориями 5 уровней реальности-твёрдое тело (земля), жидкость (вода), газ (воздух), плазма (огонь) и элементарные частицы и 7 уровнями реальности-плюс к вышеуказанным физический вакуум (эфир), первичные торсионные поля (поле сознания), абсолютное <Ничто> (Божественная монада), сущность данных теорий совпадают в подходе к дисменореи.

3. Первичная дисменорея у студенток служит весьма распространенной причиной пропуска учебных занятий, снижения активности и нарушений социальной жизни.

**Ключевые слова:** дисменорея, альгодисменорея, восточная и западная медицина.

**Abstract.** In oriental medicine indicated that symptoms are paresthesia's of the uterus and uterine contractions diseases, isolation foam menstruation, menstruation in the form of marks or blood clot, cramping abdominal pain, feeling cold in the lower part of the body [3].

**Purpose.** The shape of dysmenorrhea and give the comparative characteristic pain of dysmenorrhea theories of Western and Oriental Medicine.

**Results.** Among the students surveyed the prevalence of pain symptoms of dysmenorrhea was observed in 68,2% (n=219), menstrual disorders in 40% (n=94), in the amount of change with a reduction in menstrual 8% (n=19) and increasing 9,7% (n=23).

**Conclusions.** If the comparative characteristics of Eastern and Western medicine on the etiology of dysmenorrhea pain is determined that if Western medicine explains the mechanisms of pain, then explains the theories of Oriental Medicine 5 levels of reality-rigid body (earth), liquid (water), gas (air), plasma (fire) and the elementary particles and 7 levels of reality - to the above plus a physical Vacuum (ether), the primary torsion fields (field of consciousness), the absolute <None> (Divine monad), the essence of these theories coincide in the approach to dysmenorrhea.

**Keywords:** dysmenorrhea, Eastern and Western medicine.

**Обоснование исследования.** В современной медицине под понятия дисменорея понимают нарушения менструального цикла, выражающееся в болевом синдроме во время менструации и

сопровождается широким спектром нейровегетативных, обменно-эндокринных, психических и эмоциональных отклонений. По международной классификации болевой синдром сопровождающий менструацию называют дисменореей [1,2]. В восточной медицине указаны, что признаками заболеваний матки служат парестезия и сокращений матки, выделение пенистой менструации, менструация в виде следов или сгустка крови, схваткообразные боли в области живота, чувство холода в нижней части тела [3].

Распространённость синдрома дисменореи различные, в Китае среди девочек встречается 68,7%, среди студенток Турции 84,9% и 94% среди учениц старшей школы США штата Омаи [4,6].

Дисменорея весьма распространена, хотя и не часто обращаются за помощью к врачам является актуальной проблемой подростков и женщин, что и послужило стимулом проведения данного исследования.

**Цель исследования:**

Исследовать формы дисменореи и дать сравнительную характеристику болевого синдрома дисменореи теориями западной и восточной медицины.

**Задачи исследования:**

1. Определить распространённости различных форм дисменореи среди студенток.
2. Дать сравнительную характеристику болевого синдрома дисменореи теориями западной и восточной медицины.
3. Оценить повседневную активность студенток с первичной дисменореей.

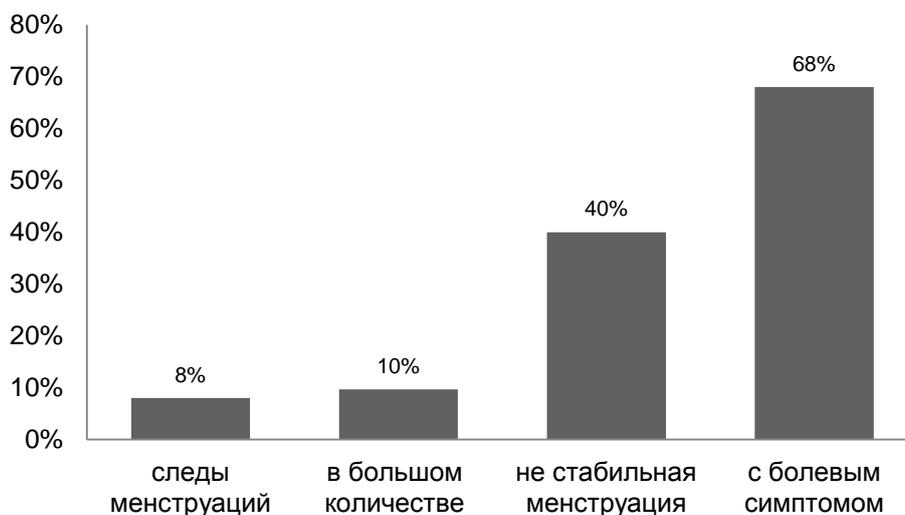
**Методы исследования.** Исследование проведено дескриптивным, аналитическим методом одномоментного исследования с последующим анализом и синтезом данных исследования. В исследовании приняли участие 321 студенток, анкетированные 32 специальными вопросами.

Данные исследования обработаны на программе SPSS-17 с вычислением среднего ошибочного значения и коэффициента достоверности. Границы достоверности данных (CI – confidence interval) равны 95%.

**Результаты исследования.** В нашем исследовании приняли участие 321 студентка от 15-25 лет. Средний возраст студенток составлял  $20.53 \pm 2$ . У студенток впервые менструация наблюдалась в среднем возрасте  $14.33 \pm 1.38$  лет.

Синдром дисменореи встречается у 73.2% (n=235) исследованных студенток.

Среди исследованных студенток распространённость болевого симптома дисменореи наблюдалась у 68,2% (n=219), нарушение менструального цикла у 40% (n=94), изменения в количестве менструации со снижением у 8% (n=19) и увеличения у 9,7% (n=23).



*График 1. Формы синдрома дисменореи.*

При исследовании сопровождающих симптомов, у 2.9% (n=7) дисменорея сопровождалась с 4 симптомами, у 9.7% (n=23) с 3 симптомами и у 37% (n=87) с 2 симптомами. Из студентов с дисменорей 8% (n=19) из них обращались к врачам.

При опросе о применении лекарственных средств при болевом симптоме, то 28,9% (n=68) из исследованных применяют обезболивающие средства, анальгетики. Среди исследованных студенток применение других методов лечения, соблюдения диеты и занятия спортом при дисменорее не наблюдалось.

## **2. Сравнительная характеристика болевого синдрома дисменореей теориями западной и восточной медицины.**

Если по-современной медицине причинами первичной дисменореей служат анатомо-функциональные нарушения внутренних половых органов, то по-Восточной медицине первичная дисменорея чаще всего встречается у девушек и возникновение болевого симптома связано с недостаточным развитием матки и с узким перешейком матки, что в сущности в подходе к дисменореей данные теории схожие. А причинами вторичной дисменореей современная медицина считает целый ряд заболеваний и состояний, таких как миома матки, эндометриоз, пороки развития матки и влагалища, опухоли придатков матки, воспалительные заболевания, варикозное расширение вен малого таза. Восточная медицина вторичную дисменорею также связывают с наклоном матки назад (ретроверзия матки) вместо обычного наклона вперед, образованием холодного газа в яичнике, что также схожи в сущности объяснения причины вторичной дисменореей. В современной медицине болевой симптом дисменореей связывают с гиперпродукцией простагландинов  $F_{2\alpha}$  и  $E_2$  в течение менструального цикла, а также увеличением их соотношения. Восточная медицина причину возникновения боли при дисменореей связывают с нарушением нормального направления газа и накоплением патологической смеси газа и крови в матке.

## **3. Оценить повседневную активность студенток с первичной дисменореей.**

Из результатов нашего исследования видно, что дисменорея оказывает определённое влияние на социальную деятельность студенток.

Таблица 1

**Повседневную активность и первичная дисменорея**

№	Повседневная деятельность	Да		Нет		Всего	
		Количество	%	Количество	%	Количество	%
1	Разрешение от уроков	17	7.8%	202	92.2%	219	100%
2	Пропуск занятий	34	15.5%	185	84.5%	219	100%
3	Снижение успехов в учёбе	39	17.8%	180	82.2%	219	100%
4	Освобождение от домашних дел	49	22.4%	170	77.6%	219	100%
5	Ограничение занятия спортом	69	31.5%	150	68.5%	219	100%
6	Снижение социальной активности	105	48%	114	52%	219	100%

**Выводы:**

1. Симптом дисменореи наблюдались у 73,2% исследованных.
2. При сравнительной характеристике Западной и Восточной медицины об этиологии болевого синдрома дисменореи определено, что если западная медицина объясняет механизмы возникновения болевого синдрома, то Восточная медицина объясняет теориями 5 уровней реальности-твёрдое тело (земля), жидкость (вода), газ (воздух), плазма (огонь) и элементарные частицы и 7 уровнями реальности-плюс к вышеуказанным физический вакуум (эфир), первичные торсионные поля (поле сознания), абсолютное <Ничто> (Божественная монада), сущность данных теорий совпадают в подходе к дисменореи.
3. Первичная дисменорея у студенток служит весьма распространенной причиной пропуска учебных занятий, снижения активности и нарушений социальной жизни.

### Список литературы:

1. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология. Москва. 2001.
2. Жав Б., Лхагвасүрэн Ж. Биений юмны хямралд оношлогоо, эмчилгээний зарчим. Улаанбаатар. 1994.
3. Анагаах ухааны дөрвөн үндэс. Улаанбаатар. 1967.
4. Chan S.S., Yiu K.W., Yuen P.M., Sahota D.S., Chung T.K. Menstrual problems and health-seeking behaviour in Hong Kong Chinese girls. 2010;
5. Seven M., Guvenc G., Akyuz A., Eski F. Evaluating Dysmenorrhea in a Sample of Turkish Nursing Students. 2013. American Society for Pain Management Nursing. Published by Elsevier Inc. All rights reserved.
6. Al-Kindi R., Al-Bulushi A. Prevalence and Impact of Dysmenorrhoea among Omani High School Students. 2010.
7. Дарма М.Л. Алтан хадмал. ӨМӨЗО. Хөх хот. Ардын хэвлэлийн хороо. 1984. Дээд дэвтэр.
8. Сээсрэгдорж. С. Тэжээхүйн Ухаан дахь эрүүл амьдрах ёсны их өв соёл. Улаанбаатар. 2010.
9. Батнайрамдал Ч. Үр хөврөлийн хөгжлийн үе шатыг Дорно ба Өрнийн анагаах ухааны онолоор тайлбарласан нь. Магистрийн ажлын диссертаци УБ. 2005.
10. Айламазяна Э.К. Гинекология от пубертата до постменопаузы. Москва. 2004.
11. Ганбаяр Я., Төмөрбаатар Н. Монголын Уламжлалт Анагаах Ухааны онолын үндэс. Улаанбаатар. 2003.

**Assessment of the Mandibular Osteoporosis from Dental  
Panoramic Radiographs**

*Ulambayar T., Uranchimeg D., Demberelsuren J.,  
School of Dentistry,  
Mongolian National University of Medical Science,  
Ulaanbaatar, Mongolia*

**Abstract.** *Objectives: The aims of this study were to evaluate the influence of gender and dental status on the mental index, mandibular cortical index and panoramic mandibular index from dental panoramic radiographs. Methods: Panoramic radiographs of 603 dental patients (age range 16-88 years) were evaluated. It were recorded values of the mandibular cortical index (MCI), panoramic mandibular index (PMI), mandibular cortical width (MCW). Results: Dental status was statistically significantly associated with the mandibular cortical width, panoramic mandibular index and the categories of MCI ( $P < .05$ ). Conclusions: Our study showed that there were statistically significant differences according to gender, dental status, and values of the MCW, MCI.*

**Keywords:** *Osteoporosis, Panoramic radiography; Mandibular Cortical Index; Panoramic Mandibular Index.*

**Background:** Osteoporosis is a growing public health problem due to its global prevalence. Currently it is estimated that annually over 200 million people suffer from this disease and 8.9 million osteoporotic fractures incidents are reported by World Health Organization. It is on the 4<sup>th</sup> place after the heart diseases, cancer and diabetes. The US National Osteoporosis foundation reported that worldwide 1 in 3 women and 1 in 5 men, aged over 50, are at risk of an osteoporotic fracture. The International Osteoporosis

foundation alarms about the increasing osteoporotic occasions among the younger individuals.

Osteoporosis is a metabolic bone disease characterized by decreased bone mass, poor bone quality and bone deformations. It means that there occurs the collagen and calcium imbalance and the bone density loss. As a result the bone becomes porous and easy fractured. Mostly it affects the other organs' bone tissue and cause the osteoporosis in the spine, hip, wrist and mandible.

A dentist is often the most regularly visited doctor in the population; consequently an evaluation of the mandibular cortex width (MCW) and porosity from the dental panoramic radiographs can be the basic measurement of the Osteoporosis. The earliest suggestion of an association between osteoporosis and oral bone loss was made in 1960. Dental radiographs, especially panoramic images, have been used to predict low bone mineral density in patients. A number of mandibular cortical indices, including the mandibular cortical index (MCI), mandibular cortical width (MCW) and panoramic mandibular index (PMI), have been developed to assess and quantify the quality of mandibular bone mass and to observe signs of resorption on panoramic radiographs for identification of osteopenia. The best established of these is the mental index (MI), which is the mean of the widths of the lower border cortex below the two mental foramina. Osteopenia can be identified by the thinning of the cortex at the lower border of the mandible. A thin mandibular cortical width has been shown to be correlated with reduced skeletal bone mineral density

**Purpose:** To evaluate the mandible osteoporosis on the dental panoramic radiographs.

**Materials and Methods:** Randomly selected 603 from the 6900 cases who were received either routine or emergency dental care in August, 2014-July, 2015 (233 men, 370 women; age range 16-85 years) were evaluated at

the Department of Oral Diagnosis and Radiology, Department of Dentistry, Mongolian National University of Medical Science. Descriptive research method was used to assess the osteoporotic status according to the patients' values of the radiomorphometric indices including Mandibular cortical indices C1, C2, C3 (MCI), mandibular alveolar bone Resorption Index, panoramic mandibular index (PMI), and mental index (MI). The dental status was recorded into 3 groups dentate, partially dentate and edentulous. A partially dentate status was recorded by Kennedy classification.

**Results:** The 38.6% (233) and 61.4% (370) of the 603 participants were men and women, respectively. Their mean age was 40+1.39 and the gender ratio 1:1.5.

The 75.3% or 454 subjects that has normal cortical edge classified as the C1 category of MCI, the 21.1% (127) whose cortical edge was fragmented with semilunar defects belonged to C2, whereas the 3.6% (22) with the porosity went to the C3.

The Panoramic Mandibular Index showed that the mandible was shrunk to 0.2-0.3 mm than the standard deviation; the women's were 0.025 mm shorter than the men's.

The right and left sides of the mental indices were 0.5 and 0.6 mm shorter than standards, correspondingly. But the men's MI was 0.3 mm longer than the women's.

**Conclusion:**

1. According to the dental panoramic radiograms the 21.1% and 3.6% of the participants were grouped to C2 and C3 respectively. The PMI shortened in 0.2-0.3 mm. And the right and left MI were deviated from the standard in 0.5 and 0.6 mm correspondingly.

2. Concerning to the participants' ages they were divided into the 3 categories of the MCI, the C2: the 8% of the 16-19 age group, 4% – 20-29 ages, 13% – 30-39 ages, 11.9% – 40-49 ages, 7.9% – 50-59 ages, and 59% in

60 and over. The gender ratio men to women were 26.2% to 17.8%. The C3 group: 7.95% in 50-59 ages and 14% – above the 60s. The PMI in men were shorter than in women: the left – 0.030 mm (P=0.024) and the right – 0.020 mm (P=0.405), while the men's right and left MI, both, were 0.3 mm longer than the women's (P= 0.002, P=0.000).

3. The 32% of the total participants had full dentate. The 1% was edentulous. Due to the Kennedy Classification the 18%, 14%, 35% and 2% of the participants were assigned to class I, II, III, and IV correspondingly. The class I dominate in any age groups.

### **Discussion:**

Cortical width and porosity on dental panoramic radiographs have been shown to be potentially useful assessment methods. Therefore, this study used the panoramic MCI, MI and PMI radiomorphometric indices to evaluate individual's risk of osteoporosis. Measurement of the thickness of the mandibular cortical width in panoramic radiographs has been suggested as a way to predict patients with low bone mineral density. Dutra et al observed higher values for MCW in men. The results of a study by Knezovic-Zlataric et al suggest that the values begin to decrease sharply for women as compared to men. Devlin and Horner reported that a cortical width of 3 mm is the most appropriate threshold for referral for bone densitometry. White et al believe that it is more appropriate to post the threshold in the mid 4 mm range. Klemetti et al reported that a threshold of 4 mm is optimal, but not sufficient by itself for excellent classification of subjects. In the present study, a cortical width of 4 mm was used as a threshold.

### **References:**

1. World Health Organization. Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis. Report of WHO Study Group // World Health Organ Tech Rep ser. 1994; 843. – P. 1-129.

2. Groen JJ, Duyvensz F, Halsted JA. Diffuse alveolar atrophy of the jaw (non-inflammatory form of paradental disease) and presenil osteoporosis // *Geront Clin.* – 1960. – №2. – P. 53-54.

3. Dutra V, Yang J, Devlin H, Susin C. Radiomorphometric indices and their relation to gender, age, and dental status // *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* – 2005. – №99. – P. 479-484.

4. Devlin H, Horner K. Mandibular radiomorphometric indices in the diagnosis of reduced skeletal bone mineral density // *Osteoporos Int.* – 2002. – №13. – P. 373-378.

5. White SC, Taguchi A, Kao D, Wu S, Service SK, Yoon D, Suei Y, Nakamoto T, Tanimoto K. Clinical and panoramic predictors of femur bone mineral density // *Osteoporos Int.* – 2005. – №16. – P. 339-346.

6. Knezović Zlatarić D, Celebić A, Lazić B, Baucić I, Komar D, Stipetić-Ovcaricek J, Ibrahimagić L. Influence of age and gender on radiomorphometric indices of the mandible in removable denture wearers // *Coll Antropol.* – 2002. – №26. – P. 259-266.

7. Klemetti E, Kolmakow S. Morphology of the mandibular cortex on panoramic radiographs as an indicator of bone quality // *Dentomaxillofac Radiol* 1997. – №26. – P. 22-25.

8. Taguchi A, Suei Y, Ohtsuka M, Otani K, Tanimoto K, Ohtaki M. Usefulness of panoramic radiography in the diagnosis of postmenopausal osteoporosis in women. Width and morphology of inferior cortex of the mandible // *Dentomaxillofac Radiol.* – 1996. – №2. – P. 263-267.



СБОРНИК НАУЧНЫХ СТАТЕЙ  
VII МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ  
ИНТЕРНЕТ-КОНФЕРЕНЦИИ

**СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ:  
МЕДИЦИНСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ПСИХОЛОГО-  
ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ**

---

Забайкальский государственный университет  
672039, Чита, ул. Александрo-Заводская, 30

---

Издательский комплекс ЗабГУ  
672039, Чита, ул. Александрo-Заводская, 30  
chita-iio@mail.ru