ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ НАУКИ

САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА СТУДЕНТОВ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО КОЛЛЕДЖА КАК ФАКТОР АКТИВИЗАЦИИ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА В КОЛЛЕДЖЕ

Кадырова Фатима Базаровна, Рахимова Ситора Ташпулатовна, Рустамова Шахноза Абдурахмановна

Преподаватели Гиждуванского педагогического колледжа Бухарской области, Узбекистан

В современном обществе функции современного преподавателя кардинально меняются. Преподаватель становится организатором познавательной, преобразовательной деятельности учащихся, которые – не пассивные объекты, а субъекты учебно-воспитательного процесса. Поэтому роль педагога как носителя ценностей определяет требования к содержанию его повышения квалификации, его самоподготовки, которая должна обеспечивать:

- адекватный мировому - уровень общей и профессиональной культуры общества;
- формирование у студентов адекватной современному уровню – знаний;
- адекватной уровню образовательной программы – картины мира.

Научить студента самостоятельно учиться – одна из важных задач педагогики. К студенту благодаря развивающему обучению приходит умение мыслить, творчески подходить к процессу обучения, развиваться умственно и морально. У него появляются такие важные качества, как сознательность, активность, инициативность.

К самостоятельной работе студентов можно отнести выполнение домашних заданий, работу с основной и дополнительной литературой, написание курсовых и дипломных работ, лабораторные, контрольные работы, самостоятельное преобразование студентом теоретических знаний в практические умения.

Самостоятельная работа студентов педагогических колледжей играет огромную роль при изучении учебных курсов по всем направлениям колледжа. Педагог должен знать уровни готовности к самообразованию, что позволит ему направлять студентов в оптимальное русло работы по осмыслению нового материала.

Самостоятельная работа студентов – это организованная преподавателями активная деятельность студентов, направленная на выполнение поставленной дидактической цели в специально отведенное для этого время.

Дидактические цели – поиск знаний, их осмысление, закрепление, формирование и развитие умений и навыков, обобщение и систематизация знаний, развитие самостоятельности мышления, формирование убежденности, волевых черт характера, способности к самоорганизации.

Как дидактическое явление самостоятельная работа представляет собой:

- учебное задание (то, что должен выполнить студент, объект его деятельности);
- форму проявления соответствующей деятельности (памяти, творческого воображения, мышления) при выполнении студентом учебного задания, которое приводит студентов к получению нового, неизвестного им знания.

Как считает Степаненкова Э.Я. (2001), решение педагогических задач на уроке активизирует мышление студентов, повышает профессиональный уровень, вызывает интерес к различным ситуациям из жизни детского сада (4).

Как отмечает Шестова А. (1999), самостоятельная работа является важным средством развития у студентов познавательных способностей (44).

Степаненкова Э.Я. (2001) предлагает у студентов педагогического колледжа формировать такие способности, как (4):

- дидактические способности – умение правильно строить педагогический процесс;
- академические – творческое искание нового;
- коммуникативные – умение установить добрые отношение с ребенком, родителями, товарищами по работе;
- перцептивные – умение заглянуть во внутренний мир ребенка, узнать по его глазам, жестам состояние здоровья, настроение, в котором он пришел в садик;
- экспрессивные – речь, мимика, жесты, пантомимика;
- организаторские – умение организовать прогулки, досуг, праздники;
- гностические – умение анализировать деятельность своих подопечных и свою собственную;
- суггестивные – умение внушить интерес к занятиям физической культуры, красоте движений;
- стрессоустойчивость – умение управлять своими амбициями, активировать механизм саморегуляции, проявлять выдержку, терпение и спокойствие в критических ситуациях;
- эмпатия – способность сопереживать, сорадоваться и огорчаться.

Студенты, по мнению Алябьевой Н.В. (1991), должны знать свои сильные и слабые стороны, чтобы, со-

отнеся их с характеристикой личности специалиста дошкольного работника, смогли целенаправленно проводить работу над собой (3). Как предлагает Сековец Л.С. (1991), на усвоение теоретических и практических знаний, изучение и обобщение передового практического опыта, реализацию творческих возможностей студентов направлены задания учебного, производственного и исследовательского характера. Их выполнение в самостоятельной деятельности студентов осуществляется через различные формы и виды работы, выбор которых зависит от этапа изучения курса (3).

По мнению Нестеровой З.И. (1991), усиление внимания к образовательной стороне изучения двигательных действий способствует активизации мыслительной деятельности студентов и более эффективному формированию педагогических знаний, умений и навыков (3).

Самостоятельная деятельность формируется способностями выстраивать ее логику. Логические ориентиры – это «путеводная звезда» самостоятельно выполняемой работы. Четкая логика изложения, строгие классификации, способы рационального поиска нужных источников, формулирование корректных выводов и прочее – это то, по мнению Ю.Д. Железняка (2002), что направляет движение мысли и укрепляет ее. Аналитическое начало возникает в деятельности студента именно из-за наличия в ней этих факторов. Оригинальность принимаемых решений, динамизм мысли, ее широта имеют в своей основе именно их (2).

Антонова А. и Найбауэр А. (2000) считают, что самостоятельная работа наиболее полно выполняет свою задачу, соответствует своему предназначению, когда дает импульс самообразованию будущих специалистов. Студент оказывается перед явным пониманием того, что придание аналитического характера той или иной деятельности, ее проблематизация, раскрытие все новых и новых ее сторон, все более глубоких ее «слоев» - дело не только увлекательное, но и принципиально посильное, не создающее, при наличии соответствующего опыта, непреодолимых трудностей (1).

Таким образом, самостоятельная работа студентов очень важна. Начиная вдумываться, размышлять, задаваться все более «тонкими» вопросами, студент как бы «впитывает», переводит в структуры внутреннего плана содержание проблемных контактов с другими людьми. Подобная работа и выражает собой рост профессионализма, компетентности студента, именно подобным образом преподаватель и развивает студента, приближает меру его компетентности к собственной. Вовлекая студента в процессы постановки целей предстоящей самостоятельной работы, формулируемые на основе исходных учебных проблем, обращая его внимание на корректные пути ее осуществления и совместно с ним оценивая ее итоги, преподаватель активно способствует накоплению студентом необходимого опыта самостоятельной деятельности.

Организация самостоятельной работы, при увеличении отводимой на нее доли учебного времени, должна обеспечить, по мнению Черноглазкина С.Ю. (2000), серьезные и видимые самому студенту позитивные изменения в его способностях результативно действовать в тех или иных проблемных ситуациях. (5)

Список литературы

1. Антонова А., Найбауэр А. Самостоятельная работа студентов на учебных занятиях по этикету.//Дошкольное воспитание,2000, №12.
2. Педагогика / под ред. Ю.К.Бабанского. – М.,1988.
3. Поздняк Л. Подготовка педагогов нового поколения // Дошкольное воспитание, 2000,№2.
4. Семушина Л.Г. и др. Преподавание курса дошкольной педагогики в педагогическом училище. Пособие для преподавателей педагогических училищ и студентов педагогических институтов / Л.Г.Семушина, Б.Р.Борщанская, Н.С.Подлесская – М., 1990.
5. Шестова А. Самостоятельная работа учащихся на уроках и дома. Курс методики физического воспитания // Дошкольное воспитание, - 1988, №12.
6. Фаустова Э.Н. Студент нового времени: социокультурный профиль. – М., 2004. – 72 с.

GENERAL GUIDELINES OF THE CASE STUDY METHOD

Rozova Elena
Business English Teacher, Pridnestrovian State University, Tiraspol

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ СИСТЕМЫ КЕЙС-СТАДИ

Розова Елена Олеговна, Преподаватель, Приднестровский государственный университет, г. Тирасполь

ABSTRACT

This article takes the reader behind the scene of a case study. Problems typical of the case study method and the measures taken to reduce their effect are briefly discussed.

АННОТАЦИЯ

В данной статье описывается техника кейс-стади, а также проблемы, характерные для данной методики развития аналитического и критического мышления. Кроме того, кратко обсуждаются меры, принимаемые для решения данных проблем.

Keywords: case study, case method.

Ключевые слова: кейс-стади, бизнес-кейсы, кейс-метод, обучение на практических примерах, метод конкретных ситуаций, ситуационное обучение, ситуационные задачи.

Case studies are performed for various purposes. In the most limited sense of the concept, cases themselves may be of interest such as when one studies an organization with the aim of improving its functioning. When applied as a research method, case studies are usually carried out to generate findings of relevance beyond the individual cases. As a research method, case studies seem to be appropriate for investigating phenomena when (1) a large variety of factors and relationships are included, (2) no basic laws exist to determine which factors and relationships are important, and (3) when the factors and relationships can be directly observed. [4, p.215]

The case study method is a specific field research method. Field studies are investigations of phenomena as they occur without any significant intervention of the investigators. Becker (1970) explains that case study refers to a detailed analysis of an individual case supposing that "one can properly acquire knowledge of the phenomenon from intensive exploration of a single case" [2, p. 55]. The case study attempts, on the one hand, to arrive at a comprehensive understanding of the event under study but at the same time to develop more general theoretical statements about regularities in the observed phenomena.

Case studies are not rigorously planned. When investigators plan a field study without predefined structure for the observations and analyses, they assume that the conduct of the study will be guided by what they see in the field. The flexibility introduced into the case study is an important and useful attribute as explained by Becker (1970):

It prepares the investigator to deal with unexpected findings and, indeed, requires him to reorient his study in the light of such developments. It forces him to consider, however crudely, the multiple interrelations of the particular phenomena he observes. And it saves him from making assumptions that may turn out to be incorrect about matters that are relevant, though tangential, to his main concerns. This is because a case study will nearly always provide some facts to guide those assumptions, while studies with more limited data-gathering procedures are forced to assume what the observer making a case study can check on. [2, p. 56]

The activity in the field centers on data gathering. The techniques of data collection are largely determined by the nature of the subject matter. Investigators usually look for a large variety of sources to supply the collected data. Direct observations, interviews, or available documents are recorded as completely as possible.

The analysis of the data is performed throughout the duration of the study. New data are constantly analyzed and results of previous analyses direct future investigation. During the process of data analysis, the investigator identifies the problems that appear to be of major importance. The selection of problems, hypotheses, and concepts is guided by the concrete findings and the attempts of the investigator to identify possible theoretical implications. This process reveals the relevant aspects of the phenomena studied.

The selection of the individual events to be observed follows a special method of sampling which is different from those used in experimental studies. Glaser and Strauss (1967) explain the methodological rationale for this procedure. [5, p. 55]

As with any other research method, the case study method needs to establish its scientific credibility. Two criteria are considered to be important for assessing the quality of research results: reliability and validity.

Reliability refers to the extent to which repeated employment of the same research instrument, under conditions taken to be constant, produces the same result. Case studies cannot claim reliability in the commonly accepted sense because they cannot be repeated under constant conditions: the observer records events as they occur. Though events that recur may be observed again, the conditions under which they recur are never the same. In fact, in the case study method it is precisely the different ways in which an event recurs that are usually relevant to the purpose of the observation. Moreover, two of the major advantages of this method are not compatible with the common notion of reliability. That is, an observational study is of particular value when the observer "sees" what other investigators have ignored. Further, the personal relations between the investigator and the persons studied provide the essential source for understanding. [4, p. 215]

Validity refers to the degree to which the researcher has investigated what he set out to investigate. Because case study research relies on subjective understanding, validity is an issue of concern. The investigator should institute controls to test whether a theme or interpretation is valid. Several methods of validation are suggested by the methodological literature. One of the methods recommended by Diesing (1971) compensates for bias in an interpretation by requiring each interpretation to be based on several kinds of evidence. Interpretations are rechecked and validated through comparisons of the different kinds of evidence.

To sum up, case studies, although time consuming and often highly subjective, create a starting point for future research as they study something that may appear to affect only a select few, but further research may uncover more and also help to find an underlying cause. Case studies provide information that may not have been studied in experimental research and the collection of qualitative data from this is highly useful. Qualitative data is rich so can provide an in-depth explanation for behavior and also the effects that the behavior has. So overall, we are sure that case studies should be held in high respect.

Список литературы

1. Becker, H.S. (1990). Generalizing from case studies. In E. Eisner & A Peshkin (Eds.), Qualitative inquiry in education: The continuing debate (pp. 233-242.) New York: Teachers College Press.
2. Becker, H.S. (1970). Field work evidence. In H. Becker, Sociological work: Method and substance (pp. 39-62). New Brunswick, NJ: Transaction Books.
3. George, A., & Bennett, A. (2005). Case studies and theory development in the social sciences. Cambridge: MIT Press.
4. Raya Fidel (1984). Online searching styles: A case-study-based model of searching behavior. Journal of the American Society for Information Science - vol. 35, no. 4, pp. 211-221.
5. Glaser, B. G. and Strauss, A. L. (1967). "The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Quantitative Research." Chicago, IL: Aldine.

ТЕХНОЛОГИИ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ КАК СРЕДСТВО РАЗВИТИЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ОБУЧАЮЩИХСЯ

Савельева Светлана Владимировна

канд. пед. Наук, Военный учебно-научный центр Военно-воздушных сил «Военно-воздушная академия», Челябинск

DISTANCE LEARNING TECHNOLOGY AS A MEANS OF INDEPENDENCE OF STUDENTS

Savelyev Svetlana, candidate of Science, Military Educational and Scientific Center of the Air Force, "The Air Force Academy", Chelyabinsk

АННОТАЦИЯ

Современное общество испытывает потребность в самостоятельных и творчески активных специалистах с высоким уровнем развития самостоятельности, обуславливающей успешную профессиональную деятельность. В данной статье мы рассмотрим технологии дистанционного обучения как средство способствующие развитию самостоятельности обучающихся.

ABSTRACT

Modern society feels the need for independent and creative activity of professionals with a high level of autonomy causes a successful professional career. In this article we will look at the technology of distance learning as a means of contributing to the development of independence of students.

Ключевые слова: информационные технологии, технологии дистанционного обучения, самостоятельность.

Keywords: information technology, distance learning, autonomy.

Особенностью современного общества является увеличение роли информации, знаний и информационных технологий, информационного взаимодействия на всех уровнях государства и правительства, создание глобального информационного пространства и доступа к мировым информационным ресурсам. Осуществляется переход от индустриального общества к обществу информационному.

Происходящие на данном этапе развития общества изменения не могут не касаться сферы образования. Так, технологии дистанционного обучения (ДО), появившись в конце XX столетия, вошли в XXI век как одна из наиболее эффективных и перспективных систем подготовки специалистов, а в практике современного профессионального образования особую значимость приобретают формы и методы обучения, направленные на развитие самостоятельности обучающихся.

В исследованиях, проводимых в сфере технологий ДО нет единства терминологии. В научной литературе активно используются такие термины как дистанционное обучение, дистанционное образование, интернет обучение, дистанционные образовательные технологии, которые применяются чаще всего для описания особенностей обучения на расстоянии с применением современных информационных технологий.

Термин «дистанционное обучение» включает в себя два понятия «дистанционное» и «обучение». Первое понятие трактуется как «совершаемое на расстоянии» [9], второе как «целенаправленный процесс взаимодействия учителя и обучающихся, в ходе которого осуществляется образование, воспитание и развитие человека» [8, с. 18]. Таким образом, дистанционное обучение (ДО) можно трактовать как «целенаправленный процесс взаимодействия преподавателя и обучающихся на расстоянии, в ходе которого осуществляется образование, воспитание и развитие человека».

В научных трудах А.А. Андреева, связанных с интернет-обучением, понятие «дистанционное обучение» трактуется как «синтетическая, интегральная, гуманистическая форма обучения, базирующаяся на использовании широкого спектра традиционных и новых информационных технологий и их технических средств, которые используются для доставки учебного материала, его самостоятельного изучения, организации диалогового обмена между преподавателем и обучающимся, когда процесс обучения некритичен к их расположению в пространстве и во времени, а также к конкретному образовательному учреждению» [1, 2].

Исходя из определения ДО как формы организации познавательной деятельности, основанной на самообразовании, где непосредственное педагогическое общение сведено к минимуму, дидактическими принципами ДО считают [2, 6, 7]: 1) построение процесса обучения на самостоятельной познавательной деятельности; 2) активизацию познавательной деятельности обучающихся; 3) личностно-ориентированную направленность дистанционного обучения.

Первый принцип устанавливает отношение субъектов процесса обучения и роль преподавателя в учебном процессе. Во-первых, преподаватель – руководитель учебного процесса, его обязанность консультирование обучающихся и контроль качества знаний. Во-вторых, преподаватель – это воспитатель. Организация общения преподавателя и обучающихся осуществляется посредством тьютеров – преподавателей-консультантов. В-третьих, функция интерпретатора знаний от преподавателя переходит к самому обучающемуся. Второй принцип определяет уровень мотивации к получению знаний. При организации процесса обучения на расстоянии необходимо строить взаимоотношения между субъектами обучения на основе активных методов обучения с применением информационных технологий. Третий принцип определяет индивидуальный характер дистанционного обучения. Понятие «личностно-ориентированное обучение» предполагает дифференциацию и индивидуализацию обучения в зависимости от психолого-педагогических свойств обучаемого.

Стремление к активной самостоятельной деятельности – одна из основных потребностей личности. Самостоятельность как качество личности, выражается в умении ставить определенные цели и добиваться их достижения. В педагогическом энциклопедическом словаре самостоятельность означает «ответственное отношение человека к своим поступкам, способность действовать сознательно в любых условиях, принимать нетрадиционные решения» [4]. В словаре практического психолога самостоятельность определяется как «обобщенное свойство личности, проявляющееся в инициативности, критичности, адекватной самооценке и чувстве личной ответственности за свою деятельность и поведение» [5].

Самостоятельная работа представляет собой, с одной стороны, учебное задание, объект деятельности обучающегося, с другой стороны, форму проявления соответствующей деятельности (памяти, мышления, воображения) при выполнении учебного задания, которое, приводит обучающегося либо к получению совершенно нового, ранее неизвестного ему знания, либо к углублению и расширению сферы действия уже полученных знаний.

Долгое время в педагогической литературе понятия «самостоятельная деятельность» и «самостоятельная работа» отождествлялись. Попытку «развести» эти понятия сделал П.И. Пидкасистый [10]. По его мнению самостоятельная деятельность «организованная активная деятельность обучающихся, направленная на выполнение поставленной преподавателем цели (поиск знаний, их осмысление, закрепление, формирование и развитие умений и навыков, обобщение и систематизацию знаний) в специально отведенное для этого время», самостоятельная работа «… средство вовлечения учащихся в самостоятельную учебную деятельность, её логической и психологической организации» [10].

Исходя из структуры деятельности, управление самостоятельной учебной деятельностью обучающихся, включает следующие компоненты: постановку цели, планирование, организацию, оценку и корректировку деятельности обучающихся и диагностику ее результатов. При этом можно выделить два этапа управления самостоятельной учебной деятельности обучающихся: 1) педагогическое руководство, где осуществляется предъявление учебной задачи, инструктаж по ее выполнению, мотивация, контроль и коррекция самостоятельных действий, оценка результатов; 2) организация, где происходит отбор форм, методов и условий, стимулирующих познавательную активность, обеспечивающих эффективность самостоятельной деятельности.

В статье 16 Федерального закона № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012 [28] условиями реализации технологий дистанционного обучения понимаются «условия для функционирования электронной информационно-образовательной среды, включающей в себя электронные информационные ресурсы, электронные образовательные ресурсы, совокупность информационных технологий, телекоммуникационных технологий, соответствующих технологических средств и обеспечивающей освоение обучающимися образовательных программ в полном объеме независимо от места нахождения обучающихся». Таким образом, технологии дистанционного обучения могут быть использованы в образовательном процессе в качестве носителей учебной информации, инструмента деятельности педагога и обучающихся для достижения поставленных целей, развития самостоятельности обучающихся.

Изучив теоретические основы технологий ДО, отметим их положительные стороны, имеющие значение для нашего исследования: 1) повышают конкурентоспособность и технический уровень, за счет освоения новых информационных технологий; 2) решают проблему выстраивания индивидуальной образовательной траектории (самостоятельного выбора времени, темпа и объема изучаемого учебного материала); 3) способствуют формированию (развитию) потребности и осуществления самостоятельной деятельности в течение всей активной жизни.

Анализ информационных ресурсов Интернет и отзывов на форумах по проблемам систем дистанционного обучения (СДО) показал, что наибольший интерес среди открытых систем представляет СДО Moodle. Вокруг него сформировалось активное международное сетевое сообщество разработчиков и пользователей, которые делятся опытом работы, обсуждают возникающие проблемы, обмениваются планами дальнейшего развития среды и их результатами.

В системе Moodle существует три типа форматов курсов: форум, структура (учебные модули без привязки к календарю), календарь (учебные модули с привязкой к календарю). Курс может содержать произвольное количество ресурсов (пояснение, страница, файл, папка, гиперссылка, книга) и интерактивных элементов курса (Вики, семинар, задания, глоссарий, опрос, тест, лекция).

СДО Moodle: 1) позволяет организовать обучение в активной форме для людей разного образовательного уровня, разных физических возможностей (включая инвалидов), разных культур; 2) обеспечивает широкие возможности для коммуникации (обмен файлами любых форматов, рассылка, форум, чат, внутренняя почта и др.) и оценивания работ обучающихся (балльная, словесная системы); 3) предоставляет полную информацию о работе обучающихся (активность, время и содержание учебной работы, портфолио); 4) соответствует разработанным стандартам и дает возможность вносить изменения без тотального перепрограммирования.

Таким образом, технологии ДО как средство развития самостоятельности, обучающихся имеют ряд отличий от традиционных форм обучения, заключающихся в высокой динамичности, связанной с гибкостью выбора учебных курсов, осознанном уровне мотивации потребителей образовательных услуг, большом объеме самостоятельной познавательной деятельности, использовании всевозможных форм учебно-методического обеспечения, обеспечении альтернативных способов получения информации, наличии интерактивной коммуникации.

Литература

1. Андреев, А.А. Основы интернет-обучения [Электронный ресурс] / А.А. Андреев. — М.: МГППУ, 2006. Режим доступа: http://www.kemsma.ru/alien/aaa_oio/.
2. Андреев А.А. Дидактические основы дистанционного обучения / А.А. Андреев. — М.: РАО, 1999.
3. Андреев, А.В. Практика электронного обучения с использованием Moodle / А.В. Андреев, С.В. Андреева, И.Б. Доценко. — Таганрог: Изд-во ТТИ ЮФУ, 2008.

4. Бим-Бад, Б.М. Педагогический энциклопедический словарь / Б.М. Бим-Бад. — М.: Большая Российская энциклопедия, 2002.
5. Головин, С.Ю. Словарь практического психолога / С.Ю. Головин. — Минск: Харвест, 2000.
6. Демкин, В.П. Технологии дистанционного обучения В.П. Дем- кин, Г.В. Можаева. — Томск: ООО «Графика», 2006. – 122 с.
7. Дистанционные образовательные технологии: проектирование и реализация учебных курсов / Лебедева М.Б., Агапонов С.В., Горюнова М.А., Костиков А.Н., Костикова Н.А. и др.; под общ. ред. М.Б. Лебедевой. – СПб.: БХВ-Петербург, 2010.
8. Ильина, Т.А. Педагогика / Т.А. Ильина. — М.: Просвещение, 1984.
9. Ожегов С. И. Толковый словарь русского языка / С. И. Ожегов, Н. Ю. Шведова. — 4-е изд., доп. — М.: Азбуковник, 2000.
10. Пидкасистый, П. И. Самостоятельная деятельность учащихся: дидактический анализ процесса и структуры воспроизведения и творчества / П. И. Пидкасистый. — М.: Педагогика, 1972.

К интерактивным элементам относятся [3, 7]:

- Вики, позволяющий обучающимся работать над одним проектом. Добавлять, расширять и изменять содержимое создаваемого проекта, при этом предыдущие версии документа не удаляются и могут быть восстановлены;
- семинар, вид занятий, где каждый обучающийся не только выполняет собственную работу, но и может оценивать работы других обучающихся. Итоговая оценка учитывает качество собственных работ, а также деятельность обучающегося в качестве рецензента;
- глоссарий, с помощью которого создается основной словарь понятий, используемых программой, а также словарь основных терминов каждой лекции;
- задания позволяют преподавателю ставить задачу, которая требует от обучающихся подготовить ответ в электронном виде (или другом формате) и загрузить его на сервер;
- опрос, применяется для проведения голосования среди обучающихся. Это может быть полезным в качестве быстрого опроса, чтобы стимулировать мышление или найти общее мнение в процессе исследования проблемы;
- тесты, позволяют преподавателю создать набор тестовых вопросов. Все вопросы хранятся в базе данных и могут быть впоследствии использованы для формирования тестов в этом курсе или в других;
- лекция представляет учебный материал в интересной и гибкой форме. Он состоит из набора страниц. Каждая страница обычно заканчивается вопросом, на который учащийся должен ответить. В зависимости от правильности ответа учащийся переходит на следующую страницу или возвращается на предыдущую.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНТЕРАКТИВНОЙ ДОСКИ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ

Краснопёрова Надежда Леонидовна,
методист
Кузнецова Татьяна Владимировна,
заведующий практикой
Порываева Ирина Вячеславовна,
преподаватель
Салмина Анастасия Павловна,
руководитель отдела проектирования и реализации ОП, Чайковский техникум промышленных технологий и управления, г. Чайковский

USING THE INTERACTIVE WHITEBOARD IN THE WORK OF THE TEACHER
Krasnopyorova Nadezhda Leonidovna, methodist
Kuznetsova Tatyana Vladimirovna, head of practice
Poryvaeva Irina Vyacheslavovna, teacher
Salmina Anastasiya Pavlovna, head of the teaching programs' design and implementation department, Tchaikovsky College of Industrial Technologies and Management, Tchaikovsky

АННОТАЦИЯ

Преподаватели должны на высоком уровне владеть информационной компетенцией. Каждое учебное заведение искало и ищет свои пути в работе по внедрению ФГОС и способам информатизации учебного процесса. Цели проекта:

1. Создание условий для повышения качества образования на основе внедрения новых информационно-коммуникационных технологий.

2. Формирование и развитие информационной культуры учащихся, педагогов, администрации техникума.

Ключевые слова: цифровые образовательные ресурсы; фонды оценочных средств; интерактивная доска

ABSTRACT

Teachers must possess a high level of information competence. Each institution was looking and is looking for his way to work on the implementation of the GEF and ways of informatization of educational process.

Iintentions: 1.Creating conditions for improving the quality of education through the introduction of new information and communication technologies.

2. Organization and development of information culture of students, teachers, administration of college.

Key words: digital learning resources; evaluation tools; interactive whiteboard

Постановка проблемы

В наши дни современное образовательное учреждение должно готовить выпускников к жизни в информационном обществе. Значит, необходима информатизация образовательного пространства:

- интеграция ИКТ в образование, обеспечение свободного доступа к информации всех участников образовательного процесса;
- обоснованное использование потенциала ИКТ для обучения, воспитания, развития обучающихся;
- рациональное использование ИКТ для обеспечения профессиональной деятельности, повышения квалификации педагога, руководителя, эффективного решения задач управления образовательным процессом.

Одна из первых задач, которую должны решать преподаватели, заключается в создании таких условий обучения, при которых студенты могли подготовиться к жизни в высокотехнологичном конкурентном мире. Информатизация образовательного процесса является одним из приоритетных направлений. При информатизации должна быть решена проблема соотношения традиционных составляющих учебного процесса и новых информационных технологий, новых взаимоотношений обучающегося и преподавателя С введением новых образовательных стандартов обязательный результат обучения формулируется как формирование профессиональных и общих компетенций в состав которых входят:

ОК 4. Осуществлять поиск информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач.

ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.

Для того, чтобы качественно формировать данные компетенции, преподаватели должны на высоком уровне владеть информационной компетенцией.

Под ИКТ грамотностью мы понимаем использование цифровых технологий, инструментов коммуникации и/или сетей для получения доступа к информации управления информацией, ее интеграции, оценки и создания для функционирования в современном обществе.

Каждое учебное заведение искало и ищет свои пути в работе по внедрению ФГОС и способам информатизации учебного процесса.

В нашем учебном заведении многие преподаватели владеют компьютером на уровне уверенных пользователей, создают к урокам эффективные электронные презентации в программе Power Point, организуют внеаудиторную самостоятельную деятельность обучающихся по вопросам поиска и обработки информации.

С другой стороны техникум оснащён современной техникой на достаточном уровне: почти во всех кабинетах есть ПК и проекторы, принтеры и копировальная техника. Кроме того, два кабинета оснащены интерактивными досками SMART. В настоящее время наблюдается разрыв между потенциальными возможностями, которые предоставляют современные технические средства и телекоммуникации, установленные в техникуме, и пониманием большей части педагогов и руководителей, как эти новшества использовать для обеспечения профессиональной деятельности и организации учебно-воспитательного процесса. Одна из причин заключается в отсутствии системной работы по повышению квалификации педагогов в этих вопросах.

Идея проекта

Интеграция новых информационно-коммуникационных технологий в образовательный процесс должна повысить качество образования, будет способствовать развитию коммуникативных способностей обучающихся, что подготовит их к жизни в современном информационном обществе.

Цели проекта

1. Создание условий для повышения качества образования на основе внедрения новых информационно-коммуникационных технологий.
2. Формирование и развитие информационной культуры учащихся, педагогов, администрации техникума.
3. Развитие коммуникативных способностей, обучающихся и использование средств ИКТ для творческого самовыражения и подготовки, обучающихся к жизни в современноминформационном обществе.
4. Формирование банка ЦОР в программе SMART NOTEBOOK.

Задачи проекта

1. Включение в единое информационное пространство техникума всех участников образовательного процесса: преподавателей, обучающихся, администрации, родителей.
2. Обеспечение необходимых правовых, научно-методических, организационных,
3. информационных, кадровых условий для перехода на новый уровень использования ИКТ.
4. Организация обучения преподавателей и мастеров производственного обучения по работе с интерактивной доской, изучение возможностей доски.
5. Формирование техникумовского фонда информационных образовательных ресурсов (CD, DVD-дисков, электронных учебников, электронных презентаций) для всех предметных областей.
6. Практическое использование Фонда информационных образовательных ресурсов в образовательном процессе.
7. Развитие методической поддержки преподавателей и мастеров производственного обучения в области использования информационно-коммуникационных технологий в образовательном процессе.

Описание проекта

Проектная идея реализовывается рабочей группой в составе: методист, руководитель отдела проектирования и реализации образовательных программ, преподаватель информатики и ИКТ. Проект делится на этапы, каждый из которых основывается на результате предыдущего. Полномочия по реализации проекта поделены между всеми членами рабочей группы в соответствии с их

функциональными обязанностями. Это даёт возможность осуществлять внутренний контроль (объект и субъект контроля находятся в одной системе) за выполнением целей и задач проекта.

Педагогические профессиональные проекты требуют от педагогов высокой методической и педагогической культуры. В связи с этим руководителям и педагогическим работникам образовательного учреждения важно уметь выявлять, исследовать и формулировать социальный заказ на ту или иную деятельность. Необходимо научиться анализировать внутренние ресурсы образовательного учреждения (педагогические, информационные, учебно-воспитательные и другие) и ресурсы социума: кадровые, творческие, материально-технические, финансовые – с целью максимального их привлечения к организации учебного процесса.

Основная цель данного проекта – создание фондов ЦОР в программе SMART NOTEBOOK. Под фондом ЦОР будем понимать

- ✓ банк методических разработок уроков с применением интерактивной доски и программного обеспечения SMART NOTEBOOK по дисциплинам и модулям, реализуемым в техникуме;
- ✓ индивидуальные задания с использованием различных возможностей доски: перемещение объектов, изменение размеров объектов, выделение объектов цветом, использование мультимедийных вставок, игровые приёмы и т.д.
- ✓ организация внеаудиторной самостоятельной работы обучающихся с целью обработки информации.

Ценность проекта в том, что при успешном достижении результата создаются педагогические условия для повышения качества образовательных услуг, педагогического мастерства преподавателей и мастеров производственного обучения, мотивации обучающихся.

При создании данного продукта используются такие методы и приёмы:

- ✓ методическая поддержка, обучение и самообучение педагогов;
- ✓ предупреждение возникновения кризисных ситуаций;
- ✓ активная поддержка того, что является успешным;
- ✓ учёт пожеланий потребителей образовательных услуг.

Организация проектной деятельности

Целевая аудитория участников проекта – преподаватели и мастера производственного обучения отделения на Речной. Выбор данной целевой аудитории обоснован тем, что средний возраст педагогов составляет 38 лет; материально-техническая база отделения на высоком уровне; заинтересованность обучающихся в использовании на занятиях ИКТ высокая, о чём говорят данные анкетирования.

Таблица 1

В проекте будут участвовать следующие субъекты

Субъекты	Способ участия в проекте
Методист	Координация деятельности участников проекта
Заведующий практикой	Организация деятельности рабочих групп
Руководитель отдела проектирования и реализации ОП	Информационная поддержка на каждом этапе деятельности по проекту
Преподаватель информатики и ИКТ	Организация обучения и консультирование преподавателей и мастеров производственного обучения
Преподаватели	Реализация этапов проекта
Обучающиеся	Участие в апробации материалов

Данный проект рассчитан на 1 учебный год и делится на следующие этапы:

1. Подготовительный – сентябрь 2014г;
2. Организация обучающих семинаров и практикумов по программному обеспечению SMART NOTEBOOK – октябрь 2014 – февраль 2015г;
3. Разработка уроков, заданий и задач с применением интерактивной доски – март-апрель 2015г., апробация материалов;
4. Формирование банка ЦОР – май – июнь 2015г.

В связи с тем, что работа по созданию и реализации проекта не выходит за рамки государственного бюджета, установленного на ведение образовательной деятельности учебного заведения, смета затрат по проекту входит в финансирование образовательного учреждения.

Ожидаемые результаты

- ✓ фонд ЦОР по учебным дисциплинам и профессиональным модулям;
- ✓ развитие педагогического опыта;
- ✓ повышение уровня ИКТ компетенции у педагогов;
- ✓ формирование у педагогов исследовательских и аналитических навыков.

Таблица 2

Риски

№	Риск	Способы устранения
1	Недостаточность материальных ресурсов и обученного персонала	Составление графика индивидуальных консультаций
2	Низкая мотивация преподавателей	Ходатайство перед администрацией техникума о материальном поощрении по результатам реализации проекта
3	Создание неэффективных ЦОР	Привлечение к консультированию на стадии создания материалов специалистов: психолога, зам директора по УМР, руководителя практик, социальных партнёров

Информационные источники
1. Аванесов В.С. композиция тестовых заданий: Учебная книга.-3 изд. доп.- М: Центр тестирования, 2002, 120с.
2. Гетманская А.А., Зимин В.Н. Реализация модульно-компетентностного подхода в обучении (модуль2) Методические рекомендации/серия «Модульно-компетентностное обучение». – Иркутск: ООО Оперативная типография «На Чехова», 20005, 130с.
3. Давыдова Л.Н. Различные подходы к определению качества образования.// Качество. Инновации. Образование.- 2005.№2
4. Пермяков О.Е. Методологические основы и технологии оценки индивидуальных образовательных достижений в системе профессионального образования: Монография.- М: Федеральный институт развития образования, 2008. 34 с.
5. Федеральный государственный образовательный стандарты
6. Интернет-ресурсы

ИГРА КАК СРЕДСТВО АКТИВИЗАЦИИ ПОЗНАВАТЕЛЬНОГО ИНТЕРЕСА СТУДЕНТОВ ВУЗА

Сафронова Ольга Владимировна
кандидат пед. наук, доцент, филиал Алтайского государственного университета в г. Бийске, г. Барнаул

Safronova Olga, Candidate of Science, assistant professor of Biysk branch of Altay State University, Barnaul

АННОТАЦИЯ

Данная статья посвящена проблеме активизации познавательной активности студентов, являющейся социально значимым качеством личности. Особое внимание уделяется игре как одному из методов активного обучения, ориентированных на личность студента, на его активное участие в саморазвитии, получении качественных знаний, профессиональных умений; приводятся некоторые примеры применения игровых методов на занятиях иностранного языка в вузе.

ABSTRACT

This article is devoted to the problem of intensification of students' cognitive activity which is person's socially significant quality. Particular attention is paid to the game as one of the methods of active learning focused on the student's personality, his active participation in the self-development, obtaining of high-quality knowledge, professional skills; some examples of the use of gaming techniques in the lessons of foreign language are given.

Ключевые слова: познавательная активность; активизация познавательной активности; активные методы обучения; игровые методы обучения.

Key words: cognitive activity; intensification of cognitive activity; methods of active learning; gaming techniques of learning.

Высокие темпы развития мировой экономики, интеграция отечественной высшей школы в мировое образовательное пространство приводят к постоянно меняющимся требованиям подготовки специалистов, не только обладающих качественными знаниями, но и способных к жизнедеятельности в условиях информационного мира.

Поставленные в настоящее время перед высшей школой цели можно достигнуть лишь путем творческого подхода к организации учебного процесса, сочетанию традиционных и нетрадиционных методов обучения, так как именно методы обучения оказывают существенное влияние на результаты подготовки специалистов.

Успешности и результативности педагогического процесса способствует не предпочтительное использование какого-либо одного метода, а совместное их применение в процессе профессиональной подготовки. Кроме того, использование того или иного метода определяется исходя из цели и задач обучения. При этом следует помнить, что обучение – это не только усвоение знаний и умений, но и развитие, воспитание студентов.

Преподаватель не должен быть направлен на изложение готовых знаний и контроль за их воспроизведение. Задача преподавателя – самостоятельное овладение студентами знаний в процессе активной познавательной деятельности. Познавательная активность всегда была в центре внимания педагогической теории и практики, так как современное общество требует от человека не только исполнительности, но и самостоятельности, инициативности в решении учебных и жизненных проблем.

Познавательная активность является социально значимым качеством личности и формируется в учебной деятельности.

Педагогическая действительность постоянно доказывает, что процесс обучения будет проходить эффективнее, если школьник либо студент проявляет познавательную активность.

С другой точки зрения, познавательная активность понимается как характеристика деятельности обучающегося, а именно ее интенсивность и напряженность.

Множество работ отечественных педагогов посвящено проблеме активизации учебного процесса.

Например, Р.Г. Ламберг [3] и П.Н. Груздев [2] исследовали проблемы активизации мышления учащихся в процессе обучения, проанализировали проблему самостоятельной деятельности учащихся и делают вывод, что самостоятельность является высшим уровнем активности.

Г.И. Щукина [5] характеризует познавательную активность как интеграцию поисковой направленности в

учении, познавательного интереса и его удовлетворения, при помощи различных источников знаний, благоприятных условий осуществления деятельности.

Качеством личности познавательная активность, по мнению специалистов, становится при устойчивом проявлении стремления к познанию. Это структура личностного качества, где потребности и интересы обозначают содержательную характеристику, а воля представляет форму.

Анализ литературы по проблемам развития познавательной активности показывает, что термин этот ученые понимают по-разному. Одни отождествляют активность с деятельностью, другие активность считают результатом деятельности, третьи утверждают, что активность – более широкое понятие, чем деятельность. Однако общим для всех исследований является наличие в процессе формирование познавательной активности нескольких факторов. В их числе – внутренний фактор, т.е. субъективная характеристика познавательного действия.

Условием активизации познавательной деятельности становится активное обучение – переход от преимущественно регламентирующих, алгоритмизированных, программированных форм и методов организации дидактического процесса к развивающим, проблемным, исследовательским, поисковым, обеспечивающим рождение познавательных мотивов и интересов, условий для творчества в обучении [1].

Технология активного обучения предполагает использование активных методов обучения, в основе которых лежит диалог, как между преподавателем и студентами, так и между самими студентами. В процессе диалога развиваются коммуникативные способности, умение решать проблемы коллективно, развивается речь студентов. Активные методы обучения направлены на привлечение студентов к самостоятельной познавательной деятельности, вызывают личностный интерес к решению различных познавательных задач, возможность применения студентами полученных знаний.

Наиболее часто используется классификация методов активного обучения для СПО и Высшей школы, предложенная А.М. Смолкиным, в которой различают имитационные методы активного обучения, т.е. формы проведения занятий, в которых учебно-познавательная деятельность построена на имитации профессиональной деятельности. Все остальные относятся к неимитационным, т.е. способы активизации познавательной деятельности на лекционных занятиях.

Имитационные методы делятся на игровые и неигровые. К игровым относятся проведение деловых игр, игрового проектирования и т.п., а к неигровым – анализ конкретных ситуаций, решение ситуационных задач и другие [4, 30].

Игровые методы стимулируют познавательные интересы, повышают мотивацию и способствуют активизации учебного процесса.

Особую роль в современном становлении игрового обучения сыграло стихийное развитие игротехнического движения, опиравшегося в первую очередь на использование деловых игр.

Обучающие игры занимают важное место среди современных психолого-педагогических технологий обучения. Сегодня и в России, и в других развитых странах нет такого учебного заведения, в которых не использовались бы деловые игры или игровые моменты.

Возникшая в советской системе образования теория воспитывающего обучения активизировала применение игр в дидактике дошкольных систем, но практически не вывела игры на учащихся, подростков и юношества. В России дидактическое значение игры доказывал еще К.Д. Ушинский. Педагогический феномен игры истолкован в трудах А.С. Макаренко и В.А. Сухомлинского.

Познание невозможно без активности мысли, поэтому наиболее значительными для интереса к познанию являются процессы мышления, но такие, которые дают эмоциональные переживания. Любая учебная деятельность мотивирована.

Игровые формы обучения как никакая другая технология способствует использованию различных способов мотивации: мотивы общения (студенты, совместно решая задачи, участвуя в игре, учатся общаться, учитывать мнение товарищей; совместные эмоциональные переживания способствуют укреплению межличностных отношений), моральные мотивы (в игре каждый может проявить себя, свои знания, умения, характер, волевые качества, свое отношение к деятельности, к людям), познавательные мотивы (каждая игра имеет близкий результат и стимулирует участников к достижению цели и осознанию пути достижения цели).

Воспитательное значение игры во многом зависит от профессионального мастерства педагога, от знания им психологии обучающегося, учета его возрастных и индивидуальных особенностей, от правильного методического руководства взаимоотношениями участников игры, от четкой организации и проведения всевозможных игр.

Работая над заданиями, составленными в форме деловой игры, студенты имеют возможность применить накопленные знания и умения, проверить свои способности анализировать сложившуюся производственную ситуацию, делать обобщения и выводы.

Положительным моментом ролевых игр является то, что обучающиеся сами создают проект, обосновывают его и защищают, при этом, не только отстаивая свою точку зрения, но и понимая и принимая мнение других.

Игровой момент на занятиях способствует снятию напряжения в отношениях, созданию положительного эмоционального климата, позитивного характера общения и атмосферы взаимодействия. Студенты учатся работе в команде и созданию ситуации сотрудничества, приобретают навыки ведения дискуссии (логично структурировать собственное высказывание, уметь слушать собеседника, тактично реагировать на его сообщения, аргументировано доказывать свою точку зрения, корректно приводить контраргументы, делать выводы) и самое главное проявляют творческий подход к решению задачи.

Примеры игровых моментов на уроке иностранного языка в вузе:

1. Серия игровых встреч:

- перед вами человек, которого вы совершенно не знаете, видите его впервые, но вам необходимо узнать, как проехать до нужного вам места в городе, где вы находитесь впервые;
- вас окликнули на улице, оглянувшись, вы увидели незнакомого человека, который также понял, что ошибся; вы начинаете словами …;
- перед вами человек, который чем-то расстроен и никак не может успокоиться; подойдите к нему, начните разговор, успокойте его.

В каждой ситуации важно было, начиная разговор, сказать что-то приятное своему собеседнику и также на приятной ноте расстаться с ними.

2. Ролевая игра «Семья» (студенты делятся на подгруппы, где каждая подгруппа – это семья, планирующая свой отпуск (усложняющим элементом является несовпадение времени отпусков, вкусов, интересов членов семьи и т.д.); важно уметь выслушать каждого в подгруппе и найти наиболее оптимальный вариант).

3. Интервью журналистов с представителями различных профессий, рассказывающих о своей работе, отдыхе и повседневной жизни.

4. Конференция по теме «Введение правил университета» (студенты применяют на себе роли директора, зам.директора по учебной работе, зам.директора по воспитательной работе, учителей и студентов. Все участники конференции обсуждают, каким должен быть устав университета, какие положения он должен включать, какую форму иметь. В конце «директор» озвучивает принятое решение).

Активизация познавательной деятельности посредством технологии игры осуществляется через избирательную направленность личности обучающегося на предметы и явления окружающей действительности. Эта направленность характеризуется постоянным стремлением к познанию, к новым, более полным и глубоким знаниям, т.е. возникновению познавательного интереса.

Проведение учебных занятий с использованием игровых методов повышает интерес к занятию, что сопряжено с положительными эмоциями и находит эмоционально-интеллектуальный отклик на обучение. Наблюдается высокий уровень мотивации, самоуправления. Игровые методы обучения создают необходимые условия для развития умений самостоятельно мыслить, ориентироваться в новой ситуации, находить свои подходы к решению проблем, устанавливать деловые контакты с аудиторией, оказывают влияние на подготовку студентов к будущей профессиональной деятельности. Развивается устная речь студентов, умения формулировать и высказывать свою точку зрения, активизируется мышление.

Таким образом, использование преподавателями игровых методов в процессе обучения способствует преодолению стереотипов в обучении, выработке новых подходов к профессиональным ситуациям, развитию творческих способностей студентов.

Список литературы

1. Вербицкий, А.А. Активное обучение в высшей школе: Контекстный подход / А.А. Вербицкий. – М.: Высшая школа, 1991. – 205с.
2. Груздев, П.Н. Вопросы воспитания мышления в процессе обучения: научное изданиие / П.Н. Груздев; АПН РСФСР. – М.: Изд-во Аккад. пед. наук РСФСР, 1949. – 171с.
3. Ламберг, Р.Г. О самостоятельной работе учащихся / Р.Г. Ламберг // Советская педагогика. – 1962. – №2. – С. 16-27.
4. Смолкин, А.М. Методы активного обучения / А.М. Смолкин: науч.-метод. Пособие. – М.: Высшая школа, 1991. – 176с.
5. Щукина, Г.И. Активизация познавательной деятельности в учебном процессе / Г.И. Щукина. – М.,1979.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ ИЗУЧЕНИЯ ИМИДЖА В ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ НАУКЕ

Симонова Ирина Феликсовна

Ст. преподаватель, Санкт-Петербургский государственный институт культуры, г. Санкт-Петербург

CURRENT STATUS AND PROSPECTS OF STUDY OF IMAGE IN PEDAGOGICAL SCIENCES.

Simonova Irina Feliksovna, Sen. Teacher, St. Petersburg State Institute of Culture, St. Petersburg

АННОТАЦИЯ

В статье обосновываются современные теоретические основы педагогической концепции имиджа, актуальность обращения к педагогическим проблемам имиджа, представлены результаты и перспективы научных исследований имиджа в рамках педагогической науки.

Ключевые слова: педагогическая концепция, имидж, интеграция, воспитание, обучение.

ABSTRACT

The theoretical basis of modern pedagogical concept of image and relevance of the appeal to the educational problems of image are substantiated in the article, there are presented the results of scientific research and prospects of image within the pedagogical science.

Keywords: pedagogical concept, image, integration, education and training.

Научный интерес к имиджу в России, ярко обозначившись в середине XX века, к концу его сложился в междисциплинарную, многоуровневую область активных исследований. В начале XXI века в российской педагогической науке начали формироваться собственные подходы к изучению имиджа. Научный интерес к проблемам имиджа в педагогике связан с поиском нового базиса его изучения в единстве теории и практики, выходящем за рамки, уже обозначенные наукой, сводимыми к решению педагогических задач, интеграции знания об имидже в существующие педагогические теории воспитания и образования.

В основу педагогического подхода к изучению имиджа легли положения, сформулированные в рамках философии, социологии, психологии, накопивших достаточный

опыт концептуального осмысления этого феномена. Несмотря на различные теоретико-методологические подходы и неоднозначные толкования понятия имидж, существующие исследования позволяют выделить важные с точки зрения педагогики общие базовые теоретические положения, фиксировать значимые грани изучаемого феномена, а также процесса формирования имиджа.

В качестве основных постулатов философского анализа, важных в педагогическом аспекте, можно выделить понимание имиджа, как некоего объёма определённого качества эмоционально окрашенной информации об объекте восприятия, в том числе, о его внутреннем состоянии (качествах); как символического конструкта, который создается в целях усиления эмоционального воздействия, несет оценочную и мотивационную нагрузку, является частью социально-культурных коммуникаций. [7] Позитивный имидж, как ценность современной культуры, имеет прямое отношение к ценностным ориентациям, идеалам человека, группы, общества и признаётся обязательным элементом культуры в профессиональных коммуникациях [2,20-25]

В педагогическом аспекте большой интерес представляют так же исследования социологов, которые показывают, что имидж является совокупным механизмом социальной идентификации, социального управления, социального контроля, регуляции поведения, индивидуального преломления социальных требований, основным символическим посредником в разрешении противоречий между субъектом и социальной, профессиональной средой. [12]

Наибольший опыт теоретических исследований, связанных с имиджем, накоплен в психологической науке. Важными представляются положения о том, что имидж, являясь неотъемлемой частью любого зрелого человека, способного его создавать, [8,23] активно взаимодействует с его внутренним миром, способствует развитию и имеет для личности моделирующее значение. [3,225] В психологических исследованиях убедительно показано, что формирование имиджа может идти двумя путями: спонтанно и целенаправленно; [3,250] осуществляется в несколько возрастных этапов, начиная с раннего детского возраста. Первый уровень «естественного имиджа», [5] становление которого связано с начальным усвоением действующих в социуме важнейших элементов культуры, стремлением получить социальное одобрение, с пониманием себя через образы идеальных других, формируется на основе механизма подражания в возрасте 6–8 лет. [11] В качестве второго уровня выделяется подростковый период, когда закладывается «универсальная мотивация» [8, 67] к созданию имиджа - стремление приблизить Я-концепцию к идеальному Я. Имидж, в этом случае представляет собой результат естественного, субъективного процесса развития, роста и саморазвития и предстает как вторичный продукт деятельности. [3, 259]

В качестве первого благоприятного периода для целенаправленной деятельности по созданию имиджа, психологи выделяют возраст 16-22 года, когда человек вступает в новую фазу инкультурации, социализации, личностного развития. В это время формируется способность к постановке цели по самоутверждению, саморазвитию, самосовершенствованию, самореализации; [13] осознанному выбору адекватных средств и способов интеграции в социум, в том числе моделей поведения, внешнего вида. Формирование имиджа в этот период обеспечивается процессами принятия решения относительно того, «кем я хочу быть в глазах других людей», т. е. процессом личностного, социального или профессионального самоопределения. [1,59] В этом случае имидж предстает как объективизация цели, первичный, самоценный продукт деятельности. [3,259]

Несмотря на наличие в социально-гуманитарных науках множества различных подходов, методов, определений имиджа, часто исключающих друг друга, можно обнаружить некоторое единство взглядов, важное для осмысления этого феномена в рамках педагогической науки.

Объединяющим различные подходы является понимание имиджа, как многокомпонентного, многоуровневого феномена, где одновременно присутствуют психические, социальные и деятельностные детерминанты. Применительно к содержанию имиджа речь идет об интеграции его социальных, профессиональных, психологических и, собственно, относящихся к внешнему облику характеристик. [6, 23] Единство взглядов проявляется и в определении многочисленных функций имиджа, которые носят технологический, регулирующий и ценностный, характер. Объединяющей тенденцией можно считать стремление исследователей не фиксировать имидж в табуированном пространстве культуры и отказ от манипулятивных моделей.

Использование ресурсов философии, социологии, психологии и других наук образует необходимый теоретический и эмпирический базис для решения проблем, выходящих за пределы их компетенции, дает возможность обоснования педагогических подходов к изучению имиджа.

Имидж как социально-педагогический феномен находится в имманентной связи с воспитанием, обучением, всесторонним развитием личности, формированием общей культуры, социально-психологической, профессиональной компетентности.

Сегодня изучение имиджа в педагогике базируется на понимании того, что имидж – это исторически, социально обусловленный элемент культуры. Позитивный имидж представляется адекватным внешним выражением (форма) существующих в реальности положительных, социально-одобряемых характеристик, качеств и свойств (содержание), который призван, обеспечить эффективное взаимодействие личности с социальной и\или профессиональной средой.

Обращение к педагогике позволяет обсуждать имидж в контексте педагогических ценностей, идеалов и целей, способов их обоснования и достижения в условиях педагогической реальности, педагогического процесса, деятельности и общения.

Идея создания позитивного имиджа – это источник инновационных педагогических идей, уникальная лаборатория, в которой возможен успешный опыт постановки и решения проблем воспитания и обучения. В рамках этой лаборатории педагогическая мысль способна переносить опыт создания позитивного имиджа на различные аспекты жизни, в том числе, социально-культурный, профессиональный, организационный и др.

Современные педагогические исследования имиджа (В.В. Волкова, Е.В.Климкович, Т. Б. Кулакова, М.С. Пискунов, А.В.Скрипкина, Н.А. Тарасенко, В.Н. Черепанова и

др.), позволяют развить эту идею до уровня эффективного инструмента объяснения, осмысления и решения целого круга современных проблем теории и практики воспитания и образования в контексте современных, реальных и актуальных педагогических ситуаций в логике культуры, в современных ценностных координатах.

Педагогическая концепция создания позитивного имиджа не противоречит педагогическим ценностям, традициям, целям, методам организации воспитания и образования. Она отражает понимание тенденций и перспектив развития педагогической реальности и вполне соотносится с представлениями о природе человека, развитии, саморазвитии, с нравственными и эстетическими идеалами.

Принимая во внимание тот факт, что создание имиджа представляет собой многоаспектную личностно-ориентированную деятельность, связанную с личностным, физическим, творческим, духовным развитием и саморазвитием, которая по своему содержанию и объему выходит за рамки образования, и, в значительной мере реализуется средствами внеучебной, воспитательной деятельности, теория и практика создания имиджа в ряду педагогических идей и технологий представляется «идеальной» педагогической моделью, органично соединяющей воспитательные и образовательные практики. Она позволяет увидеть новые горизонты и возможности воспитания и образования, современные пути и средствах их осуществления, новых способах постановки и решения педагогических проблем в актуальных условиях.

В теоретическом отношении актуальность обращения к педагогическим проблемам имиджа определяется дефицитом комплексных, обобщающих теоретических работ, посвященных имиджу, как социально-педагогическому феномену. Немногочисленные исследования, выполненные в рамках педагогики, оставляют за рамками изучения важнейшие аспекты, в том числе, выявление особенностей, закономерностей, социально-педагогических механизмов, принципов, педагогических условий формирования имиджа в единстве теоретических, содержательных, методических, деятельностных, аксиологических аспектов. Практически нет разработанных и научно обоснованных эффективных педагогических методик, обеспечивающих конструктивный, креативный и творческий характер процесса формирования имиджа.

В рамках педагогики уже предприняты попытки определения педагогического потенциала позитивного имиджа, его педагогических функций, выявления важнейших факторов его формирования, этапов и принципов, на которых строится этот процесс. [9, 67-87]

Педагогический потенциал имиджа может быть определен через его аксиологические (имидж, как ценность) и гносеологические (имиджа как способ познания человеком самого себя и других людей) свойства, функциональные особенности и моделирующие свойства (имидж как способ самоизменения, саморазвития).

В педагогическом аспекте выделяют информационно-развивающую, когнитивную, мировоззренческую, психологического, педагогического, эстетического влияния, социализирующую, воспитательную функции, которые определяют потенциал имиджа. [10, 41] Одной из важнейших функций позитивного имиджа является аксиологическая функция, ориентирующая на индивидуальные и профессиональные ценности и предполагающая возможность обмена эстетическими и этическими ценностями. [9,58]

В рамках педагогики процесс формирования имиджа представляет собой самостоятельный вид деятельности, целенаправленно организуемый педагогический процесс, связанный реализацией творческого и интеллектуального потенциала посредством моделирования условий социальной среды, индивидуально – личностных, социально и профессионально значимых качеств, характеристик внешности.

Педагогический процесс формирования имиджа основан на технологиях обеспечивающих всестороннее развитие, формирование общей культуры, социально-психологической компетентности; реализацию Я-стратегий (самопознания, самоанализа, самоопределения, саморазвития); освоение и активное включение в практическую плоскость деятельности и поведения морально-нравственных, индивидуальных, профессиональных ценностей, раскрывающихся в идеях ценности здоровья, физически, этически, эстетически оправданного стиля жизни и т.д.; приобретения умений и навыков эффективной самопрезентации в значимых средах коммуникации за счет акцентирования коммуникативно-презентационных характеристик и качеств. [10,155]

Педагогическая наука находится в начале пути создания собственной концепции имиджа. Перспективы научных исследований, которые возможны в рамках педагогической науки представляются весьма широкими и интересными. Сегодня существует настоятельная потребность в создании методик, нацеленных на создание позитивного имиджа, соответствующего духу времени, своеобразию отечественной культуры, способного выдержать сравнение с образцами, выражающими вкус, красоту, совершенство. В связи с этим перспективным представляется изучение педагогических условий и механизмов создания позитивного имиджа, как элемента трансляции культурных кодов, как способа передачи ценностей, образов, знаний, опыта в конкретной культуре.

Можно выделить несколько направлений педагогических исследований имиджа, которые имеют право на существование в реальной исследовательской практике. Прежде всего, это исследования, где позитивный имидж признается ценностью, как образец, как идеал, который быть использован для решения современных проблем теории и практики воспитания и образования.

Во-вторых, актуальной остается проблема уточнения сущности имиджа и его определения, как социально-педагогического феномена, а также его структуры, функций и места в педагогическом процессе. В - третьих, исследования, связанные с решением задач разработки методологического инструментария, познавательных, диагностических, оценочных методов и процедур. Существует необходимость разработки экспериментальных программ, педагогических моделей, технологий формирования позитивного имиджа на основе интеграции воспитания (внеучебной деятельности) и учебной деятельности и т.д. И, наконец, творческий, креативный потенциал имиджа может и должен быть использован в процессе развития соответствующих способностей.

Педагогическая наука, как наука влияния на педагогическую действительность, преобразования и совершенствования её, сегодня близка к созданию собственной

концепции, основанной на принципах научности, креативности, интеграции, практической направленности, ориентированности на личность, способной придать воспитанию и обучению развивающую направленность.

Литература

1. Антонова Н. В., Дятлова А. А. Индивидуальный имидж как результат самоопределения личности // Психология. Журнал Высшей Школы экономии. 2011. — № 2.— С. 59–68
2. Бекетов, Н.В. Имидж: ретроспективный и культурологический анализ феномена / Н.В. Бекетов // Маркетинг в России и за рубежом. – 2008. - №3. – С. 20-25.
3. Горчакова В.Г. Прикладная имиджелогия: Учебное пособие/В.Г.Горчакова. – М.: Академический проект, 2007. -400 с.
4. Григорьева Н.И. Имиджи и симулякры в социально-коммуникативной среде современной цивилизации: дис.... канд. филос. наук: 09.00.11 / Н. И. Григорьева; - Н. Новгород, 2010. - 198 с.
5. Имидж лидера: психологическое пособие для политиков / под ред. Е.В. Егоровой-Гантман. – Москва: Знание, 1994. – 265 с.
6. Калюжный А.А. Социально-психологические механизмы построения профессионального имиджа //Проблемы социальной психологии личности: Межвузовский сборник научных трудов: Выпуск 3. - Саратов: Изд-во Сарат. ун-та, 2006. – С. 21-27.
7. Марков А.П. Проектирование маркетинговых коммуникаций. Учебное пособие. — СПб.: Издание Санкт-Петербургского гуманитарного университета профсоюзов, 2005. — 398 с
8. Перелыгина Е.Б. Психология имиджа: учеб. пособие / Е.Б. Перелыгина. – Москва: Аспект–Пресс, 2002. – 223 с.
9. Симонова И.Ф. Педагогика имиджа. /И.Ф.Симонова СПб. Ультра Принт, 2012. – 304 с/
10. Симонова И.Ф. Формирование имиджа специалиста социально-культурной сферы в культурно-образовательном пространстве вуза: дис.... кандидата педагогических наук: 13.00.05 /И.Ф.Симонова СПб., 2014. – 237 с.
11. Теймурова Э.Б. Психологические условия формирования позитивного имиджа у старших подростков: дис.... канд. психол. наук: 19.00.07 / Э.Б. Теймурова. – Махачкала, 2004. – 176 с.
12. Федоров И.А. Индивидуальный имидж как сторона духовной жизни общества: дис. … д–ра социол. наук: 22.00.06 / И.А. Федоров. – Тамбов, 1998. – 366 с.
13. Цукерман Г. А., Мастеров Б. М. Психология саморазвития. – М. 1995. – 287 с.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПРАКТИКА СТУДЕНТОВ С ОСОБЫМИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ

Скамьянова Татьяна Юрьевна

кандидат техн. наук, доцент, Пермский национальный исследовательский политехнический университет, г. Пермь

PROFESSIONAL PRACTICE OF STUDENTS WITH SPECIAL EDUCATIONAL NEEDS

Skamyanova Tatiana, Candidate of Science, assistant professor of Perm National Research Polytechnic University, Perm

АННОТАЦИЯ

Студенты с особыми образовательными потребностями требуют повышенного внимания педагогов. Применение педагогических технологий контекстного обучения, обучения через обучение и разноуровневого обучения повышает их учебную успешность. В статье убедительно доказано, что эти технологии можно реализовывать не только при аудиторном взаимодействии со студентами, но и при проведении системы профессиональных практик.

ABSTRACT

Students with special educational needs require more teacher attention. Their learning successfulness can be raised by using pedagogical technologies of contextual learning, learning through learning and split-level education. The article clearly demonstrates that these techniques can be implemented not only during the lecture interaction with the students, but also during the system of professional practices.

Ключевые слова: студенты; особые образовательные потребности; система профессиональных практик; учебная успешность.

Keywords: students; special educational needs; professional practice system; learning successfulness.

Федеральный закон об образовании в Российской федерации подчеркивает, что обучающиеся имеют разнообразные образовательные потребности, которые могут быть особыми, в силу их индивидуальных возможностей, в том числе по состоянию здоровья.

Новый Федеральный закон об образовании в Российской федерации № 273-ФЗ от 29.12.2012 г. выделяет категории обучающихся с особыми образовательными потребностями. К ним закон относит лиц с ограниченными возможностями здоровья [10, ст. 5, п. 5, п.п. 1; ст. 11, п. 6; ст. 48, п. 1, п.п. 6; ст. 79, п. 10]; лиц с особенностями развития [10, ст. 3, п. 1. п.п. 8; ст. 34, п. 1, п.п. 2] и лиц с нарушениями развития и социальной адаптации [10, ст. 5,

п. 5, п.п. 1]. Чаще других занимаются учебной деятельностью, например, в высшем техническом учебном заведении, студенты-сироты, как действительно не имеющие одного или обоих родителей, так и люди, переживающие состояние социального сиротства; студенты-инвалиды или лица с серьезными хроническими заболеваниями; беременные студентки; студенты с длительным перерывом в образовании, частью относимые к главе «льготники» при проведении приемных испытаний.

Проблема сохранения контингента таких студентов в настоящее время весьма актуальна, поскольку, как показывает многолетнее взаимодействие с различными категориями этих лиц, они с существенным запозданием от нормативных требований осваивают учебную программу. Анализ начального периода адаптации студентов с особыми образовательными потребностями к педагогическому процессу политехнического университета позволил нам сделать вывод о том, что общий показатель освоения учебной программы на уровне «удовлетворительно» группой таких студентов составлял менее 58 %. Изучение причин отчисления студентов с факультетов показало, что среди отчисленных с курса обучения лиц более 80 % учащиеся с особыми образовательными потребностями. Таким образом, для сохранения контингента студентов с особыми образовательными потребностями необходимо найти возможность повысить их учебную успешность.

При решении педагогических задач уровня высшей школы весьма значимо все вопросы воспитательной и учебной деятельности увязывать с конечной целью образовательного процесса – профессиональной компетентностью выпускника. Так считают многие педагоги. В.А. Якунин писал о необходимости развития профессионального самосознания, отмечал, что эта область педагогики мало исследована [11, с. 211]. А.Б. Бюрки утверждал, что необходимо обучать студентов профессиональному поведению, и приводил в пример университет швейцарского города Каштаниенбаума, который ввел эту дисциплину в программу личностного развития студентов [1, с. 26–27]. А.А. Вербицкий разработал и внедрил в учебный процесс технологию контекстного обучения, ориентирующую обучающихся на решение конкретных вопросов профессиональной деятельности по избранной ими специальности во время учебы в вузе [2, с. 123]. Н.В. Гафурова предлагает принять продуктивную модель образования «в рамках концепции CDIO, … Придумывай – Разрабатывай – Внедряй - Управляй», позволяющую студенту воплощать свои идеи в реальные проекты [3, с. 138]. Доктор педагогических наук А.П. Тряпицына трактует профессиональную компетентность как способность специалиста «решать типичные профессиональные задачи, возникающие в реальных ситуациях профессиональной деятельности» [5, с. 8].

О работе со студентами с особыми образовательными потребностями написано значительно меньше. Так А.П. Тряпицына отмечает новое явление в педагогике – наличие субъектов образовательного процесса, обладающих необычными моделями поведения. Автор считает целесообразным при общении с такими лицами опираться на новые подходы [5, с. 245], использовать индивидуальные образовательные маршруты [5, с. 193], при обучении учитывать уникальные качества личности [5, с. 127]. В.А. Ситаров считает, что фактором нарушения здоровья может являться и информационная среда, особенно если она способствует развитию переутомления у человека [7, с. 113, 112]. Ученый предлагает создавать особое предметное и информационное окружение для преодоления негативных последствий воздействия на людей травмирующих факторов. Н.М. Назарова разделяет коррекционно-педагогическую помощь и психологическое сопровождение обучающихся с особыми образовательными потребностями [4, с. 161] Педагогическая диагностика и консультирование, считает она, востребованы и в учреждениях профессионального образования, осуществлять их может лишь специально подготовленный педагог. Л.Н. Соколова предлагает повышать учебную успешность студентов за счет адаптационной обработки информации и специальной подготовки текстов заданий [9, с. 259]. Н.А. Ярославцева описывает ряд специфических особенностей, характерных для студентов с ограниченными возможностями здоровья по слуху, рекомендует совместное использование разных видов ресурсного обеспечения занятий с тем, чтобы дать возможность каждому обучающемуся работать в своем, привычном для него, режиме [12].

Однако никто из упомянутых авторов не предлагает систематическое профессиональное воспитательное воздействие на разные категории студентов с особыми образовательными потребностями при прохождении ими различных практик на основе инновационных педагогических технологий.

Закон обязывает профессиональные образовательные организации и образовательные организации высшего образования создавать для таких обучающихся специальные условия [10, ст. 48, п. 1, п.п. 6; ст. 79, п. 10], используя различные педагогические подходы и методы [10, ст. 5, п. 5, п.п. 1]. Поскольку педагогические технологии, применяемые для обучения практически здоровых студентов, не позволяют достичь нормативного уровня освоения инженерных компетенций студентами с особыми образовательными потребностями, была поставлена задача подбора и апробирования инновационных педагогических технологий для таких студентов в процессе выполнения ими задания по производственной практике.

Конкретизируя требования закона, считаем важным подчеркнуть, что педагогическая поддержка студентов с особыми образовательными потребностями должна быть долговременной. Для интенсификации педагогического процесса, субъектами которого являются такие студенты, нами отобраны и апробированы следующие педагогические технологии. Технология разноуровневого обучения, автор М.Ю. Бухаркина; технология контекстного обучения, автор А.А. Вербицкий; технология учения через обучение, разработанная и впервые примененная на практике профессором Айхштеттского университета доктором Жан-Полем Мартаном.

Эти педагогические технологии применимы не только при организации аудиторных занятий в высшем учебном заведении, они дают стабильный положительный эффект и при реализации системы профессиональных практик. Студент за время обучения участвует, как минимум, в следующих практиках: ознакомительной, учебной, производственной, технологической и преддипломной, поскольку овладеть профессиональными компетенциями будущему инженеру можно лишь через его активное личное участие в различных видах профессиональной деятельности [5, с. 10, 128, 176]. Подробнее остановимся

на реализации упомянутых педагогических технологий при прохождении студентами с особыми образовательными потребностями производственной практики, например, в современном литейном цехе. Целью практики является ознакомление с деятельностью промышленного предприятия, осуществляющего «эффективное экологически и технически безопасное производство» [6, ПК-12].

Для ее организации мы опирались на технологию М.Ю. Бухаркиной. Педагогическая технология разноуровневого обучения предполагает различную скорость освоения нормативного учебного материала обучающимися; позволяет им встречаться с преподавателем на аудиторных занятиях в удобное время; работать с педагогом как в группах, так и индивидуально. Студентам-практикантам были предложены ежедневные встречи с руководителем практики; они проходили в отделах, цехах и технологическом бюро подразделения и в аудитории ВУЗа (табл. 1). Занятия начинались как в первой половине дня, так и вечером; предполагали взаимодействие со всей группой или индивидуальной общение со студентом. Студентам, имеющим инвалидность или хронические заболевания, такой режим учебных занятий помогает эффективно восстанавливать свое здоровье. Студентам, склонным к переутомлению от интенсивной интеллектуальной нагрузки, такой режим позволяет ограничиться нормативно необходимым минимумом учебной деятельности.

Таблица 1

Расписание ежедневных встреч с руководителем практики

Дата встречи	Время	Место	Время	Место	Примечание
30.06.2014 г.	11:00	ОК ОАО	17:00	038 (ВУЗ)	
1.07	11:00	Цех ОАО			
2.07	11:00	Цех ОАО			
3.07	11:00	Цех ОАО			
4.07	11:00	Цех ОАО	17:00	038 (ВУЗ)	
7.07	11:30	Тех. бюро	17:00	038 (ВУЗ)	
8.07	11:30	Тех. бюро			
9.07	11:30	Тех. бюро			
10.07	11:30	Тех. бюро			
11.07	11:30	Тех. бюро	17:00	038 (ВУЗ)	
14.07			17:00	038 (ВУЗ)	
15.07	11:30	038 (ВУЗ)			
16.07	11:30	038 (ВУЗ)			
17.07	11:30	038 (ВУЗ)			
18.07			17:00	038 (ВУЗ)	
21.07			17:00	038 (ВУЗ)	Обзорная лекция
22.07	11:30	038 (ВУЗ)			Зачет, 1 подгруппа
23.07	11:30	038 (ВУЗ)			
24.07	11:30	038 (ВУЗ)			Лекция-консультация
25.07			17:00	038 (ВУЗ)	Зачет, 2 подгруппа

При прохождении производственной практики имеется возможность полной реализации технологии контекстного обучения, ориентирующей обучающихся на решение конкретных вопросов профессиональной деятельности по избранной ими специальности. Будущие инженеры внимательно изучали технологические процессы, обращая внимание на лиц, осуществляющих руководство ими. Знакомились с работой технологов участков, производственных мастеров, конструкторов литейной оснастки, поскольку именно с этих должностей начинает свою трудовую карьеру большинство выпускников инженерных высших учебных заведений. Студенты изучали должностные обязанности упомянутых работников, нормативные документы, по которым они осуществляли свою деятельность, становились свидетелями разрешения реальных производственных проблем. Компетентностный состав должностных функций производственных руководителей среднего звена подробно рассмотрен нами в работе [8, с. 17], отметим лишь, что по результатам этих наблюдений молодые люди принимали решение о своей полной или частичной подготовленности к выполнению той или иной инженерной деятельности. Молодые люди видели также различную организацию малых трудовых коллективов: от сосредоточенной индивидуальной работы узких специалистов до выполнения задания целой бригадой исполнителей. Последние наблюдения особенно значимы для студентов-сирот, как фактических, так и социальных, поскольку они наиболее склонны к коллективной деятельности. Таким образом, участие в работе реального производственного подразделения, по нашему мнению, повышает профессиональную мотивацию и располагает студентов к осознанному освоению материала. Студент с особыми образовательными потребностями становится более компетентным, так как понятие компетентность включает в себя и мотивационный элемент [5, с. 8].

Технология учения через обучение значительно повышает индивидуальную активность учащихся по освоению нового материала. Поскольку каждый из них выполняет индивидуальное задание по практике, а изучают они один и тот же процесс, появляется необходимость в обмене знаниями. Она реализуется как через организацию совместных сайтов в информационных сетях, так и через личное общение. Студент, раскрывающий своим однокурсникам инновационную технологию, стремится их заинтересовать, выделить в предлагаемом материале главное, вступить в полемику. Такое взаимодействие с коллегами позволяет, например, студенту зрелого возраста расширить свои возможности при работе с различными программными продуктами и поделиться с молодыми

людьми своими умениями обобщения и актуализации материала.

Считаем важным подчеркнуть необходимость опоры на здоровьесберегающий подход при работе со всеми категориями студентов с особыми образовательными потребностями, как того требует законодательный акт. Результаты реализации подхода при организации педагогического процесса с одной из категорий таких студентов приведены в работе [8, с. 32].

Применение педагогических технологий, интенсифицирующих педагогический процесс, субъектами которого являются студенты с особыми образовательными потребностями, позволяет значительно повысить его результативность. Во-первых, указанные категории студентов повышают свою учебную успешность с уровня ниже «удовлетворительно» до уровня «хорошо и отлично». Во-вторых, они осознанно осуществляют смену познавательных потребностей на профессиональные [2, с. 129]. В-третьих, как показали наши исследования их мотивационной деятельности, у них значительно усиливаются мотивы учения, в том числе профессиональный мотив от неуверенного «не знаю, буду ли я работать» до твердого решения «моя цель – быть профессионально успешным инженером» по избранной специальности.

Список литературы

1. Будущее индустрии гостеприимства за выпускниками IMI University Centre // Все об обучении за рубежом. 2010. № 4. С. 26–27.
2. Вербицкий А.А. Личностный и компетентностный подходы в образовании: проблемы интеграции / А.А. Вербицкий, О.Г. Ларионова. – М.: Логос. 2009. – 336 с.
3. Гафурова Н.В., Осипова С.И. Металлургическое образование на основе идеологии CDIO // Высшее образование в России. 2013. № 12. С. 137–139.
4. Назарова Н.М. Специальная педагогика: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Л.И. Аксенова, Б.А. Архипов, Л.И. Белякова и др.; Под ред. Н.М. Назаровой. – 4-е изд., стер. – М.: Издательский центр «Академия» – 400 с., 2005.
5. Педагогика: Учебник для вузов. Стандарт третьего поколения / Под ред. А.П. Тряпицыной. – Спб.: Питер, 2013. – 304 с.
6. Приказ Министерства образования и науки России от 25 января 2010 г. № 66. Об утверждении и введении в действие федерального государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования… [квалификация [степень] «бакалавр»].
7. Ситаров В.А. Социальная экология: учебник для бакалавров / В.А. Ситаров, В.В. Пустовойтов. 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Издательство Юрайт, 2013. – 517 с.
8. Скамьянова Т.Ю. Педагогическая поддержка беременных студенток. LAMBERT Academic Publishing, Саарбрюкен – [Германия], 2014. – 72 с.
9. Соколова Л.Н. «Мотивация учебной деятельности студентов технического вуза». Л.Н. // Материалы V Международной научно-практической конференции «Новые технологии в образовательном пространстве родного и иностранного языка», Издательство ПНИПУ, 2013, Пермь, 384 с.
10. Федеральный закон об образовании в Российской федерации от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ.
11. Якунин В.А. Педагогическая психология: Учеб. пособие / 2-е изд. – СПб.: Изд-во Михайлова В.А. 2000. – 349 с.
12. Ярославцева Н.А. Особенности обучения студентов с ограниченными возможностями здоровья по слуху [Электронный ресурс] // Наука и образование: электронное научно-техническое издание. 2013. № 12 – режим доступа к изданию: http://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-obucheniya-studentov-s-ogranichennymi-vozmozhnostyami-zdorovya-po-sluhu [дата обращения: 12.05.2015].

КОНСТРУКТИВНАЯ КОМПЕТЕНЦИЯ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ТРЕНЕРОВ ПО УШУ

Смолина Анна Алексеевна
Аспирант, Томский государственный педагогический университет, г. Томск
Пешков Владимир Федорович
доктор пед. наук, профессор, Томский государственный педагогический университет, г. Томск

CONSTRUCTIVE COMPETENCE IN PROFESSIONAL ACTIVITY OF WUSHU COACHES
Smolina Anna, postgraduate student, Tomsk State Pedagogical University, Tomsk
Peshkov Vladimir, Doctor of Science, professor, Tomsk State Pedagogical University, Tomsk

АННОТАЦИЯ

Исследуется проблема формирования конструктивной компетенции тренеров по ушу. Обоснована необходимость формирования данной компетенции у тренеров по ушу, определены ее структура и содержание.

ABSTRACT

The article deals with the research of solving of the problem of forming constructive competence of wushu coaches. Need of forming this competence was substantiated. The structure and content of this competence were defined.

Ключевые слова: компетенции; конструктивная компетенция; структура компетенции; содержание компетенции; тренеры; ушу.

Key words: competences; constructive competence; structure of competence; content of competence; coaches; wushu.

Ушу – сложнокоординационный вид спорта, в основе которого лежит система древней китайской гимнастики, включающей в себя элементы бокса, виды традиционной акробатики, упражнения с оружием. Соревновательным упражнением в ушу являются комплексы таолу [5, с.7]. На современном этапе ушу постоянно развивается. Из года в год повышаются требования, предъявляемые к выполнению элементов повышенной сложности, меняется структура комплексов таолу. Растет популярность данного вида спорта, повышается уровень конкуренции на соревнованиях различного ранга. Поэтому для достижения высоких результатов необходим поиск новых педагогических технологий, используемых при построении тренировочного процесса.

В структуре системы подготовки спортсменов, занимающихся ушу, определяющими элементами являются тренер, спортсмены и тренировочный процесс, включающий в себя средства, содержание, дозы тренировочной нагрузки и методику обучения [7, с.3]. Тренер выступает ключевым элементом данной системы, так как большое значение имеет грамотное построение тренировочного процесса. От его знаний и умений, способности строить тренировочный процесс зависит конечный результат спортивной подготовки [3]. Степень изученности построения тренировочного процесса в ушу находится на начальном уровне обоснования (Т.Ж. Абовян 1999, А.А. Маслов 2006, С.В. Сизяев 2007).

Тенденции развития современного спорта и потребность в более рациональных технологиях построения тренировочного процесса на всех этапах подготовки спортсменов, занимающихся ушу, диктует необходимость совершенствования системы профессиональной подготовки квалифицированных тренеров.

С введением профессионального стандарта тренера (Приказ Минтруда России от 07.04.2014 N193н "Об утверждении профессионального стандарта "Тренер") и Федерального государственного стандарта спортивной подготовки по ушу (Приказ Министерства спорта РФ от 20 ноября 2014 г. № 929 "Об утверждении Федерального стандарта спортивной подготовки по виду спорта ушу"), важным становится формирование профессиональных компетенций тренеров по ушу [6; 8].

Компетентностный подход всесторонне разрабатывают следующие ученые: В.И. Байденко, А.А. Деркач, И.А. Зимняя, Н.В. Кузьмина, Ю.Г. Татур, Ю.В. Фролов, А.В. Хуторской и др. В мировой образовательной практике данный подход выступает в качестве основного, поскольку на рынке труда востребованы не только знания, умения и навыки, но и способность применять их на практике и продуктивно выполнять определенные профессиональные функции [9].

Формирование профессиональных компетенций рассматривается в работах А.А. Вербицкого, И.А. Зимней, А.К. Марковой, Дж. Равена, Н.А. Селезневой, А.В. Хуторского. В Федеральных государственных бразовательных стандартах высшего профессионального образования по направлениям подготовки бакалавров и магистров в области физической культуры и спорта прописаны требования к выпускникам педагогических вузов, определены общие и профессиональные компетенции, которыми должны обладать педагогические работники в сфере физической культуры и спорта.

Важными остаются вопросы переподготовки и повышения квалификации уже действующих специалистов. Вопросы повышения квалификации педагогов, формирования их профессиональной компетентности, рассматривались в диссертационных исследованиях Т.Л. Ерошенко (2011), Е.В. Соломатина (2012), О.В. Мицук (2012).

Современные авторы не дают однозначной трактовки понятиям «компетенция» и «компетентность». Проанализировав научно-методическую литературу по данной проблеме (Дж. Равен (2002), А.В. Хуторской (2003), И.А. Зимняя (2004), Ю.Г. Татур (2004), Э.Ф. Зеер (2007)), мы также уточнили ключевые понятия «профессиональная компетенция» и «профессиональная компетентность».

Профессиональная компетенция – это свойство личности, отражающее уровень знаний, умений и навыков, а также способность применять их в процессе решения профессиональных задач в определенной области.

Профессиональная компетентность – это интегративная характеристика личности, определяющая владение совокупностью профессиональных компетенций.

В.И. Лях (2000), В.М. Зациорский (2009), В.Д. Фискалов (2010) считают, что повседневная работа тренера в спорте направлена на повышение адаптационных возможностей, развитие физических качеств, технической подготовленности, повышение психологической устойчивости в условиях соревновательной борьбы. В.П. Губа (2003), В.Б. Коренберг (2004), отмечают, что в профессиональной деятельности тренера необходимо обладать искусством построения тренировочного процесса, уметь планировать, прогнозировать и анализировать спортивные результаты. Л.П. Матвеев (1999), Ю.Ф. Курамшин (2004), Н.Г. Озолин (2004), В.Н. Платонов (2013) считают, что профессионализм тренера во многом характеризуется умением рационально распределять нагрузку в процессе построения тренировочного процесса.

В профессиональном стандарте тренера [6] подчеркивается важность одной из основных трудовых функций тренера – планирование, учет и анализ результатов тренировочного процесса на различных этапах подготовки».

Таким образом, для осуществления профессиональной деятельности тренера необходимы знания в области содержания и построения тренировочного процесса, умения планировать, реализовывать и анализировать его результаты. Современные авторы, такие как Н.М. Костихина (2014), Л.С. Петракова (2014), О.И. Загревский (2012), А.Б. Шарафеева (2012), М.Б. Иванов (2012) отмечают, что одним из неотъемлемых компонентов профессиональной компетентности тренера является конструктивная компетенция.

М.Б. Иванов (2012) выделяет следующие компетенции тренера: гностическая компетенция, проектировочная, конструктивная, организаторская и рефлексивная. Конструктивная компетенция включает [1, с.10]:

- анализ и отбор содержания учебного материала с учетом цели, частных задач обучения, структурно-логических связей между отдельными учебными элементами;
- выбор средств, методов обучения и форм организации учебно-познавательной деятельности с учетом закономерностей и принципов обучения, содержания обучения, конкретных задач и материально-технических условий;

– разработку оперативных планов и программ занятий по обучению технике и тактике избранного вида спорта.

Изучая вопросы содержания профессиональных компетенций специалиста по физической культуре и спорту, А.Б. Шарафеева и О.И. Загревский (2012) выделяют гностические, коммуникативные, конструктивные, проектировочные и организаторские компетенции [9]. Авторы пишут, что конструктивные компетенции предполагают отбор и композиционное построение содержания физкультурно-спортивной деятельности, выбор конкретных видов и форм ее организации.

Н.М. Костихина, Л.С. Петракова (2014) разработали «Список компетенций педагогической деятельности», которые классифицировали в соответствии с функциональными компонентами педагогической деятельности: гностическим, проектировочным, конструктивным, коммуникативным, организаторским. Авторы акцентируют внимание на необходимости формирования конструктивной компетенции специалистов по физической культуре и спорту (тренеров). Конструктивные компетенции по их мнению характеризуют действия, касающиеся отбора и композиционного построения содержания тренировочного процесса [2].

Н.В. Кузьмина (1993) считает, что компоненты педагогической деятельности характеризуют педагогическую систему в действии.

С.Г. Молчанов (2008) понимает конструктивную компетенцию в педагогической деятельности как разработку методической продукции для организации профессиональной деятельности: разработку конспектов занятий, авторских образовательных программ, методических материалов, которые могут быть воспроизведены педагогами других образовательных учреждений [4].

Следовательно, можно определить конструктивную компетенцию тренера как интегративное качество личности, предусматривающее специальные умения, навыки и способности необходимые для:

а) эффективного отбора средств, методов, содержания, тренировочного процесса, с учетом структурно-логических связей между ними;
б) рационального дозирования тренировочной нагрузки в зависимости от этапа спортивной подготовки, периода и цикла тренировочного процесса;
в) разработки рабочих программ, планов тренировочного процесса, конспектов тренировочных занятий;
г) осуществления разных видов контроля подготовленности спортсменов и внесения коррективов в планы тренировочного процесса на основе его результатов.

Анализ научной педагогической литературы и практического опыта в области формирования профессиональных компетенций педагогов и тренеров, позволил выявить противоречие между потребностью в высоком уровне сформированности конструктивной компетенций тренеров по ушу для реализации современных требований Федерального стандарта спортивной подготовки по ушу и недостаточной разработанностью содержания данной компетенции и процесса ее формирования.

Указанное противоречие определило проблему исследования, которая заключается в обосновании необходимости формирования конструктивной компетенции у тренеров по ушу, определении основных компонентов данной компетенции и разработке ее содержания.

Цель исследования: изучение особенности формирования конструктивной компетенции у тренеров по ушу, определение основных компонентов данной компетенции, и разработка ее содержание.

Для достижения поставленной цели решались следующие задачи:

1. Изучение позиции квалифицированных тренеров и судей относительно необходимости формирования конструктивной компетенции.
2. Определение основных структурных компонентов конструктивной компетенции тренеров по ушу и разработку ее содержание.

В исследовании применялись следующие методы: 1) анализ и обобщение научно-методической литературы; 2) опрос на основе анкетирования.

Изучена и проанализирована научно-методическая литература по исследуемой проблеме. В ходе исследования разработана анкета, в которой проводился опрос тренеров и судей по ушу.

Цель опроса – выявление позиций квалифицированных тренеров и судей о необходимости формирования конструктивной компетенции тренеров по ушу. В опросе приняли участие ведущие специалисты по ушу в Томской области: тренеры-преподаватели, спортивные судьи, представляющие МБОУ ДОД ДЮСШ № 15, МАОУ ДОД ДООПЦ «Юниор», МАОУ ДОД ДЮЦ «Синяя птица» и ОО «Томская областная федерация ушу». Было опрошено 20 специалистов.

В результате обработки данных выявлено, что по основным вопросам, касающихся формирования конструктивной компетенции, специалисты имеют схожие мнения. По мнению 90% респондентов от уровня сформированности у тренера системы знаний, умений и навыков в области построения тренировочного процесса во многом зависит успех выступлений спортсменов на соревнованиях. Около 10% специалистов считают, что построение тренировочного процесса не является ключевым фактором, влияющим на успех выступлений спортсмена.

На вопрос «Считаете ли вы, что всегда правильно дозируете нагрузку?» 85% респондентов ответили, что испытывают необходимость в совершенствовании знаний о дозировании тренировочных нагрузок. Около 15% респондентов отметили, что обладают достаточным уровнем знаний о распределении объема в тренировочном процессе, но при этом испытывают затруднения при определении интенсивности нагрузки.

Около 80% респондентов считают необходимым усовершенствовать свои навыки в использовании информационно-компьютерных технологий при построении тренировочного процесса, 20% – уже активно используют их в своей профессиональной деятельности.

По мнению 70% респондентов (с введением Федерального стандарта спортивной подготовки по ушу) появились затруднения при составлении рабочих программ. 30% считают, что новые требования практически не отличаются от старых.

На вопрос: «В какой форме вы бы хотели получать знания в целях повышения своей квалификации?» 90% опрошенных ответили, что в связи с большой академиче-

ской нагрузкой удобно повышение мастерства дистанционно. 10% одобрили очные курсы повышения квалификации.

Проанализировав исследования (Э.Ф. Зеер (2007), И.А. Зимняя (2004), А.В. Хуторской (2003), Дж. Равен (2002)) посвященные структуре компетенций мы выделили три структурных компонента компетенций:

1. когнитивный компонент, который рассматривается как система знаний в конкретной профессиональной области;
2. операционно-деятельностный компонент – это система умений и способностей по выбору средств, способов и технологий конструирования, моделирования, проектирования решения профессиональных социально-педагогических задач, отвечающих специфике целей и содержания профессиональной деятельности работника;
3. личностный компонент, включающий ценностно-смысловую и индивидуально-психологическую составляющие.

В ходе изучения профессионального стандарта тренера выявлены следующие трудовые функции, владение которыми, на наш взгляд, является неотъемлемой частью конструктивной компетенции тренера [6]:

- разработка и представление для утверждения руководством учреждения проекта расписания занятий;
- организация прохождения учащимися контрольных процедур с целью подтверждения достигнутого уровня физической подготовленности;
- систематический учет, анализ, обобщение результатов работы, в том числе с использованием компьютерных технологий;
- оценка эффективности подготовки обучающихся с использованием современных информационных и компьютерных технологий, в том числе текстовых редакторов и электронных таблиц в своей деятельности;
- внесение корректив в дальнейшую подготовку обучающихся;
- внедрение современных методик и технологий подготовки обучающихся по программам;
- выявление наиболее перспективных обучающихся для их дальнейшего спортивного совершенствования.

На основании исследований, посвященных структуре компетенций, изучения профессионального стандарта тренера, нами определены структура и содержание конструктивной компетенции тренера по ушу, включающие в себя когнитивный, операционно-деятельностный и личностный компоненты (Таблица 1).

Таблица 1

Структура и содержание конструктивной компетенции тренера по ушу

№	Когнитивный	Операционно-деятельностный	Личностный
1.	Знание целей, задач, средств, методов обучения, содержания тренировочного процесса в ушу	Умение ставить цели, задачи обучения, отбирать эффективные средства и методы обучения, содержание тренировочного процесса в ушу	Стремление к совершенствованию своих профессиональных знаний и умений в построении тренировочного процесса
2.	Знания о дозировании тренировочных нагрузок в ушу	Способность правильно дозировать нагрузку в зависимости от индивидуальных особенностей, этапа подготовки, периода и цикла тренировочного процесса	Осознание тренером своей ведущей роли в формировании и сохранении здоровья спортсменов.
3.	Знания о разработке стратегии тренировочного процесса	Умение разрабатывать рабочие программы на основе ФССП, осуществлять перспективное планирование тренировочного процесса, внедряя современные методики и технологии обучения.	Способность к рефлексии: оценке своей проектной и конструктивной деятельности.
4.	Знания о ведении тактики тренировочного процесса	Умение планировать тренировочный процесс в средних и малых циклах, составлять конспекты занятий, применяя современные компьютерные программы	Способность решать образовательные, оздоровительные и воспитательные задачи, выявлять проблемы, связанные с особенностями личности спортсмена
5.	Знание об организации контроля физической, технической, тактической и психологической подготовленности спортсменов, в тренировочном процессе в ушу	Умение осуществлять контроль подготовленности спортсменов и на его основании вносить коррективы в планы тренировочного процесса	Способность применять методики педагогического контроля, методики диагностики психологического состояния спортсменов.
6.	Знание современных компьютерных программ, применяемых при построении тренировочного процесса в ушу	Умение разрабатывать построение тренировочного процесса, проводить систематический учет, анализ, обобщение результатов работы, в том числе с использованием компьютерных технологий	Способность к владению компьютерными технологиями, необходимыми для работы со спортсменами.

Выводы:

1. По результатам опроса специалистов, выявлен дефицит компонентов и содержания конструктивной компетенции у тренеров по ушу. Необходимость формирования данной компетенции вызвана требованиями профессионального стандарта тренера и ФССП по ушу.
2. Изучение научно-методической литературы по проблеме формирования конструктивной компетенции, а также федерального стандарта тренера и федерального стандарта спортивной подготовки по ушу, позволило выявить структуру и содержание конструктивной компетенции тренера по ушу. Основными компонентами данной компетенции являются: когнитивный, операционно-деятельностный и личностный компонент.
3. Когнитивный компонент, рассматривается как система знаний в конкретной профессиональной области; операционно-деятельностный компонент – система умений и способностей по выбору средств, способов и технологий конструирования, моделирования, проектирования решения профессиональных социально-педагогических задач, отвечающих специфике целей и содержания профессиональной деятельности работника; личностный компонент, который включает ценностно-смысловую и индивидуально-психологическую составляющие.

Список литературы

1. Иванов М.Б. Характеристика дидактической компетенции тренера // Педагогико-психологические и медико-биологические проблемы физической культуры и спорта. – 2012. – вып. 4. – С. 56–62.
2. Костихина Н.М., Петракова Л.С. Место конструктивной компетенции в профессиональном становлении студентов физкультурного вуза // Физкультурное образование в Сибири. – 2014. – Вып. 2. – С. 24–27.
3. Крючкова Л.Н. Педагогическое мастерство тренера. Учебно-методическое пособие для студентов факультета физической культуры. Саратов: Издательство СГУ им. Н.Г. Чернышевского, 2011. – 37 с.
4. Молчанов С.Г., Яковлева Г.В. Условия повышения профессиональной и методической компетентности педагогов специальных образовательных дошкольных образовательных учреждений // Специальное образование. – 2008. – С. 63–65.
5. Музруков Г.Н. Основы ушу. Том 2. Короткое спортивное оружие: Учебник для спортивных школ. – М.: Физкультура и спорт, 2013. – 112 с.
6. Профессиональный стандарт «Тренер», утв. Приказом Минтруда России от 07.04.2014 N193н [электронный ресурс].
7. Смолина А.А., Пешков В.Ф., Канакова Л.П. Тренировочный процесс в предсоревновательном мезоцикле как элемент системы подготовки юных спортсменов, занимающихся ушу // Вестн. Томского гос. пед. ун-та. – 2013. – Вып. 12. – С. 197–202.
8. Федеральный стандарт подготовки по виду спорта ушу, утв. приказом Министерства спорта РФ от 20 ноября 2014 г. № 929 [электронный ресурс].
9. Шарафеева А.Б., Загревский О.И. Технология формирования профессиональных компетенций в рекреационной деятельности будущих специалистов по физической культуре и спорту // Вестн. Томского гос. ун-та. – 2012. – № 361. – С. 153–156.

ТЕХНОЛОГИЯ ИНДИВИДУАЛИЗАЦИИ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ ИНФОРМАТИКЕ

Стародумов Леонид Львович
кандидат пед. Наук, Сочинский государственный университет

THE TECHNOLOGY OF INDIVIDUALIZATION OF LEARNING COMPUTER SCIENCE STUDENTS
Starodumov Leonid Lvovich, candidate of pedagogical Sciences, Sochi state University

АННОТАЦИЯ

В статье рассматриваются педагогические условия обучения студентов информатике на основе учета доминирующего у них вида мышления.

ABSTRACT

The article considers the pedagogical conditions of training of students of computer science on the basis of the dominant they have kind of thinking.

Ключевые слова: индивидуализация обучения, компьютерные технологии.
Keywords: individualization of training, computer technologies.

1. Проведенный анализ теории и практики обучения информатике в вузе свидетельствует о том, что в образовательном пространстве высшей школы фактически не учитываются индивидуальные особенности мышления студентов, учебные программы ориентированы преимущественно на вербализацию учебного процесса, при этом студенты с доминированием образного мышления оказываются в депривированном положении. Существующие учебники и учебные пособия также ориентированы на универсальные технологии обучения и соответственно на универсальные стратегии познания. При изложении учебного материала авторы учебников, как правило, ориентируются на вербально-логическую стратегию познавательной деятельности студентов. Однако, гуманистически ориентированный процесс обучения студентов возможен лишь на основе учета базовых потребностей личности и, в частности, потребности в познании с опорой на доминирующий вид мышления.

2. В связи с доминирующими у студентов видами мышления были выявлены следующие индивидуальные стратегии изучения информатики:

- студенты с образным мышлением испытывают сложности в процессе приобретения теоретических знаний, они в большей степени предпочитают получать знания в процессе индивидуального общения с преподавателем и другими студентами; используют компьютер для поиска личностно значимой информации, не связанной с учебным процессом, для общения с другими людьми и для игр; в сети Интернет их больше интересует информация гуманитарного характера, связанная с исследованием сферы человеческих отношений и ее коммуникационный аспект;
- студенты с вербально-логическим мышлением испытывают сложности в практическом освоении компьютера, они предпочитают получать знания на лекциях и также в процессе работы с учебником; компьютер чаще используют для поиска готовых рефератов, информации по заданной теме; в сети Интернет их чаще интересует информация, связанная с бизнесом и политикой.

3. Индивидуализация обучения студентов информатике в вузе будет более эффективной, если будет осуществляться с учетом следующих условий:

- для студентов с доминированием образного мышления целесообразно начинать обучение компьютерным технологиям с конкретных практических задач, прямо связанных с их личностными потребностями, мотивами жизнедеятельности. Формирование компьютерных навыков необходимо осуществлять в индивидуально обусловленном темпе в постоянной привязке к задачам будущей профессиональной деятельности. Решение учебных задач рационально в максимальной степени связывать с режимом игровой деятельности. Для таких студентов целесообразно предлагать учебный материал, переведенный с языка информационных алгоритмов, символов, знаков на язык наглядных схем, образных конструкций в соответствии с логикой перехода от конкретного к абстрактному (от отдельных заданий, отражающих образное представление задач, к обобщению и систематизации, к изложению материала в абстрактно-логической, структурированной форме);
- для студентов с доминированием вербально-логического мышления обучение будет эффективным, если будет строиться на наиболее обобщенном материале алгоритмического характера без апелляции к вариативной конкретике компьютерных технологий и без привязки к решению конкретных задач. Для таких студентов рекомендуется промежуточный перевод информации в вербальную форму. С этой целью для самостоятельной работы целесообразно использовать задания, построенные на основе учета эмпирического (житейского) опыта студентов, закодированного в вербальной форме; технологические задания для самостоятельной работы необходимо подбирать в соответствии с индивидуально своеобразными вербальными способами кодирования и переработки информации, методические пособия должны содержать материал, который излагается с помощью понятийного аппарата, характерного для ментального опыта студентов.
- введения интегративных форм учебных занятий в курс информатики, представляющих из себя синтез лекционной, практической и лабораторной форм обучения, позволяющих обеспечить единство формальной, количественной и качественной сторон представления информации, когда все три части учебного процесса и преподаватель и студент проводят непосредственно за компьютером. В связи с этим целесообразно использование обучающих программных сред, где излагаемая информация иллюстрируется как качественными и количественными зависимостями, так и параллельным и одномоментным представлением различных форм наглядности (схематической, образной, в том числе динамической, с использованием средств анимации и мультимедиа).

4. Программа развития мышления студентов с использованием компьютерных технологий должна быть построена с опорой на игровые виды деятельности:

- для развития вербально-логического мышления у студентов с доминированием образного мышления необходимо использование следующего комплекса компьютерных игр: комбинаторных игр типа шахмат, шашек, карт, направленных на развитие логических мыслительных операций; моделирующих игр типа «диарамный лабиринт», требующих от игрока абстрактного моделирования недостающих элементов зрительного поля; конвейерных игр, целью которых является формирование устойчивости мыслительной деятельности;
- для развития образного мышления у студентов с доминированием вербально-логического мышления эффективно использование комплекса игр, направленных на развитие интуиции; спортивных игр, направленных на развитие сенсомоторной координации, быстроты реакции; стратегических игр и игр-аркад, актуализирующих деятельность наглядно-действенного мышления; азартных игр, стимулирующих инсайт; игр-симуляторов, способствующих развитию эмоций и чувств, достаточный тонус которых необходим для эффективного функционирования правополушарных стратегий; ролевых игр, обеспечивающих развитие образного мышления за счет введения в задачи коммуникационного фона; игр с мнимыми ситуациями, способствующих развитию фантазии и воображения студентов.

5. Организация процесса обучения студентов с учетом доминирующего у них вида мышления позволяет существенно повысить успешность их обучения информатике.

РАЗВИТИЕ ПОЗНАВАТЕЛЬНЫХ УНИВЕРСАЛЬНЫХ УЧЕБНЫХ ДЕЙСТВИЙ НА УРОКАХ ГЕОГРАФИИ

Судакова Светлана Владимировна
кандидат биол. наук, Школа № 1692, г. Москва, Зеленоград

THE DEVELOPMENT OF COGNNITIVE UNIVERSAL EDUCATION ACTIONS ON GEOGRAPHY LESSONS
Sudakova Svetlana, candidate of biological sciences School № 1692, Moscow, Zelenograd

АННОТАЦИЯ

Изменения в современном обществе способствуют преобразованию в учебном процессе. На уроках географии в 6-7 классах внедряются такие познавательные учебные действия как, сравнивание объектов, фактов, явлений по заданным критериям, выявление причинно-следственных связей, решение проблемных задач, анализирование зависимости между компонентом и объектом, работа с текстом и картами атласа, качественное описание объекта. При изучении материала в старших классах развиваются следующие познавательные учебные действия как, сравнение объекта по главным и второстепенным признакам, систематизация материала, составление схем, таблиц, определение проблемы и способов ее решения, формулирование проблемных вопросов.

ABSTRACT

Changes of modern society contribute to the transformation in the studying process. The cognitive educational actions are introduced on the geography lessons in the sixth and seventh forms, such as a comparison of objects, facts and events by choosing criteria, identifying of cause-and-effect relationships, problem tasks, analyzing the relationship between the components and objects, work with text and maps of atlas, quality description of object. There are cognitive educational actions on the lessons of geography in higher school, such as a comparison of object by the main and secondary signs, ordering materials, preparation of charts, tables, definition of the problem and ways of its solution, making of problematic questions.

Ключевые слова: география, ученик, познавательные универсальные учебные действия, развитие, стандарты.

Keywords: geography, pupil, educational universal educational actions, development, standards.

Темпы развития современного общества, внедрение и использование в обучение новых федеральных стандартов – все это диктует необходимость переработки традиционных способов подачи материала на уроках, что способствует формированию целостного представления об изучаемом предмете, повышает интерес к дисциплине, дает возможность расширить границы самореализации ребенка. В процессе поиска новых форм учебной деятельности был выдвинут термин интерактивное обучение, определяющий момент этого инновационного метода – это обучение, погруженное в общение. В данном случае обучение идет не как ранее (традиционная форма) передача знаний, а переходит на диалог, субъект – субъектные отношения, основанные на взаимопонимании и взаимодействии учителя и ученика в процессе решения учебных задач.

Роль педагога очень велика в воспитании личности и формировании социально активного, всесторонне развитого человека. Если ранее процесс обучения представлял собой передачу знаний, то на сегодняшний день – это овладение информацией при самостоятельном добывании ее учеником.

Изменения в сфере преподавания коснулись не только методов и приемов подачи материала, но и способов. Наиболее широко внедрены информационно-компьютерные технологии, разработаны по некоторым предметам и апробируются электронные учебники – все это направлено на развитие умственного потенциала современного ребенка.

На сегодняшний день функция учителя на уроке заключается в координировании действий при изучении материала, при использовании универсальных учебных действий различного направления, например, регулятивных, познавательных, учебно-информационных, коммуникативных.

Рассмотрим развитие универсальных учебных действий, применяемых на уроках географии, на примере познавательных.

В начале урока каждому ученику дается возможность самостоятельно поставить для себя цель при оглашении темы занятия, что у некоторых учеников все еще вызывает затруднение и требуется помощь учителя или сверстников. При подведении итогов урока обязательно проводится анализ по постижению цели, что дает возможность проверить усвоенность пройденного материала более слабых учеников, либо мало работающих на занятии.

На уроках в 5-6 классах учитель при использовании таких учебных действий как, определение критериев для сравнения факторов, явлений, событий, объектов, а также выявление причинно-следственных связей и решение проблемных задач, способствует развитию познавательной деятельности. В ходе чего развивается мышление, изучается фактический материал, проводится работ с текстом и картами атласа. При этом ребенок учиться формулировать и высказывать свои суждения, подтверждая их фактами, анализировать полученный материал, отстаивать свою точку зрения. Учебный план построен так, что сначала идет изучение темы «Земная кора – верхняя часть литосферы», где мы знакомимся с внутренним строением Земли, с силами, создающими неровности поверхности, видами литосферных плит и их деятельностью. Далее мы изучаем тему «Движение земной коры», где рассматриваем виды движения, землетрясения, вулканизм и проводим анализ связи соподчинения и зависимости между границами литосферных плит и расположением вулканов [1, с. 74-80].

В 7-х классах ученикам дается возможность самостоятельно искать и отбирать информацию из учебных и справочных материалов по теме, работать как с текстовыми, так и вне текстовыми компонентами учебника, с картами атласа при изучении океанов, климатических поясов, материков. Ребята учаться выделять главные, существенные признаки объектов, определять критерии для сравнения, изучаемых объектов, анализировать полученную информацию. Вид отчета о полученных результатах ребенок выбирает самостоятельно. В результате чего развиваются учебно-логические и учебно-познавательные действия.

В старших классах работа на уроке организована таким образом, что направлена на развитие таких познавательных действий, как сравнение объекта по главным и второстепенным признакам, определение проблемы и способов ее решения при изучении природных районов России (в 8 классе), экономического районирования (в 9 классе), географии мировых природных ресурсов (в 10 классе), зарубежных субрегионов (в 11 классе). В ходе изучения материала ученики систематизируют и структурируют полученную информацию, формулируют проблемные вопросы и ищут пути решения, анализируют полученную информацию и делают выводы.

В 11 классе при обобщении экономических регионов мира охвачен значительный изученный объем информации. Данное занятие проводится со сменой деятельности, причем работа идет в высоком темпе, что способствует развитию логического мышления, работе в группе. Результаты каждой рабочей группы заслушиваются, ученики, выступая перед аудиторией, демонстрируют владение навыками анализа и синтеза, умение ведения дискуссии, диалога, берут на себя ответственность за работу команды, за результат выполнения заданий, принятие решений в стандартных и нестандартных ситуациях [2, с. 67-70].

Таким образом, развитие познавательных универсальных учебных действий формируется во время обработки полученного материала, заполнения таблиц, составления схем, либо заполнения пропущенных звеньев в схеме, составления опорных конспектов, работе по маршрутному листу и пр.

Изучение материала с применением универсальных учебных действий способствуют развитию не только познавательной, но и коммуникативной деятельности учеников. На уроках они учатся выступать перед аудиторией, придерживаясь определенного стиля, включаться в обсуждение, отстаивать и аргументировать свою точку зрения, слушать и формулировать вопросы.

Интерактивные методы обучения формируют у учеников такие качества, как уважение прав и достоинств человека, мирный способ разрешения конфликтов, сотрудничество, терпимость, настойчивость, справедливость, уважение чужих и своих трудовых усилий. Работа в малых группах дает возможность брать на себя ответственность.

Развитие познавательных действий на уроках географии лежат в основе формирования целостного мировоззрения, способствуют увеличению познавательных интересов и формированию познавательной активности. У учеников повышается мотивация к активной работе на занятии так же за счет того, что существует возможность получить положительные оценки не только за урок, но и за выбранный способ отчета при выполнении домашнего задания.

Изменения, коснувшиеся образовательного процесса, направлены на гармоничное формирование личности, в результате которого ученик самостоятельно добывает информацию, обрабатывает ее, делает отчет, в результате чего развивает и познает окружающий мир. При этом функция учителя на уроке остается немаловажной, так как именно он способствует развитию познавательных интересов при изучении нового материала, используя различные методы и способы организации учебного процесса, координируя их деятельность, уходя от репродуктивного метода обучения.

Список литературы

1. География. 5-6 классы: учебник для общеобразовательных организаций с приложением на электронном носителе; под ред. А.И. Алексеева. – М.: Просвещение, 2014. – 192 с.
2. Ковалёва С.В. Интегрированный урок как средство обучения на уроках географии / С.В. Ковалёва // Проблемы и перспективы развития регионально-отраслевого университетского комплекса ИрГУПС: сб.статей научно-метод. конференции, посвященной 200-летию с начала подготовки в России инженеров путей сообщения. – Иркутск: ИрГУПС, 2009. – С. 67-70

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНЕДРЕНИЯ ИННОВАЦИОННЫХ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫХ МЕТОДОВ ПРЕПОДАВАНИЯ НА ПРОФЕССИОНАЛЬНУЮ ПОДГОТОВКУ БУДУЩИХ ДИЗАЙНЕРОВ

Тасмагамбетова А.Р.
ст. преподаватель, университет «Туран- Астана»

Новые образовательные технологии зарождаются не как дань моде, а как результат научных исследований, обусловленных научными открытиями. Так, развитие кибернетики и вычислительной техники обусловило введение программированного обучения; результаты исследований закономерностей развития человеческого мышления привели к развитию проблемного обучения; деятельностный подход возник на основе исследований психологов в области человеческой деятельности.

Для достижения главной дидактической цели преподаватель, занимающийся обучением, должен уметь планировать проблему, управлять процессом поисков и подвести студентов к ее разрешению.

Гипотезы, решения, новые данные в науке, кризис традиционных представлений, поиски новых подходов к проблеме – вот далеко не полный перечень тем, подходящих для изложения. Овладение логикой поиска через историю открытий – один из перспективных путей формирования мышления. Одним из основных положений концепции современного университетского образования является приоритетная ориентация на междисциплинарные технологии обучения с направленностью на развитие «конкурентоспособных, с достаточным потенциалом знаний», творческих качеств личности [1].

В подготовке специалистов графического дизайна важно готовить студентов к творческой трудовой деятельности, формировать у них определенные умения и навыки, осуществлять эстетическое и нравственное воспитание. В условиях становления информационного общества востребованный тип культуры личности -информационная культура человека как часть его общей культуры. Среди социальных приоритетов образование все более объективно выдвигается на передний план. Информационная революция меняет коренным образом цель и средства образования. Основной задачей образования выступает становление целостной духовной личности, нравственной, отвечающей за свои поступки и способной сделать при необходимости ответственный выбор

Здесь еще немало «белых пятен». Следовательно, для оптимизации подготовки специалистов важно не только выявить межпредметные связи, но и учесть их профессиональную направленность при отборе содержания учебных дисциплин. Анализ психолого-педагогической и методической литературы по данной проблеме показывает, что вопросы междисциплинарного обучения изучались многими учеными и в большей степени разработаны на дидактическом уровне и в методиках преподавания разных предметов в вузе (Б.Г. Ананьев, А.Г. Гейн, И.Д.Зверев, Кулагин П.Г. и др.).

Вместе с тем в дидактике и методике высшего профессионального образования проблема разработана недостаточно. Особенно по творческим дисциплинам. Кроме того, возможность использования информационных технологий для междисциплинарной интеграции в вузе стала изучаться только в последнее время, о чем свидетельствуют исследования Ю.С. Брановского, Т.Г. Везирова, Т.К. Самуратовой., И.А. Давыдова, А.А. Денисовой, Н.В. Макаровой, С.Ж. Турикпеновой и др. Сегодня вуз пока не дает достаточной глубины и широты фундаментального знания. Проблема состоит в том, что будущий специалист должен обладать умениями и профессиональной мобильностью оперативно реагировать на постоянно возникающие изменения в практической и научной деятельности. А это возможно «при подготовке специалиста, умеющего использовать методологию, основные понятия и положения каждой отдельной дисциплины в междисциплинарной, интегративной связи с другими, как средство решения задач в профессиональной деятельности» [2]. Следовательно, для оптимизации подготовки специалистов важно не только выявить междисциплинарные связи, но и учесть их профессиональную направленность при отборе содержания учебных дисциплин.

От уровня подготовки преподавателя дизайна, от его знаний, заинтересованности в работе во многом зависит успешность решения задачи совершенствования учебного процесса.

Важно уделять большое внимание подбору научного материала и наглядных средств обучения для учебных предметов Рисунок, Живопись и Композиция и к системе их построения, использования средств ТСО. Необходимо применять дифференцированное обучение, исследование, наблюдение, обобщение результатов собственной практики.

С этой целью нужно вести учет результатов своего труда: следить за выполнением планов занятий, вести дневник наблюдений. Отмечать эффективность тех или иных приемов, учитывать повышение уровня знаний, вести мониторинг уровня знаний [3].

На первом курсе студенты знакомятся с основами рисунка и живописи, умением правильной компановки, а также с материалами, необходимыми для работы. Знакомятся с техникой выполнения и системными подходами в изображении предметов «мертвой натуры». На втором и третьем курсах полученные знания закрепляются практическими заданиями. Одним из методов интерактивного обучения- является метод малых групп. Каждый человек индивидуален, особенно творческая личность. Следует помнить, что ученик обладает индивидуальными способностями, возможностями, знаниями и опытом определенной системы нравственных ценностей. В нем заложено стремление к познанию. И задача преподавателя спланировать научный процесс согласно индивидуальным способностям студента так, чтобы развивалась его личность. Образование должно быть целостным, для чего отдельные дисциплины рассматриваются не как совокупность традиционных автономных курсов, а интегрируются в единые циклы фундаментальных дисциплин, связанных общей целевой функцией и межпредметными связями.

Одним из основных положений концепции современного университетского образования является приоритетная ориентация на междисциплинарные технологии обучения

Информатизация общества, вызвавшая внедрение в образовательный процесс ИКТ позволяет воплотить на практике реальную интеграцию учебных дисциплин, проектирование междисциплинарной подготовки студентов. Таким образом, нахождение путей повышения эффективности интегративных знаний у студентов как одного из средств их активности в учебно-познавательной и профессиональной деятельности является приоритетной областью дидактики и особенно актуально в настоящее время [4].

Анализ состояния реализации междисциплинарных технологий в профессиональной подготовке студентов выявил ряд противоречий: между необходимостью формирования интегративных знаний с использованием междисциплинарных технологий и отсутствием соответствующих научно - методических разработок по организации такой работы в вузе; между необходимостью реализации междисциплинарной технологии в подготовке в школе и в колледжах на уроках по рисованию и отсутствием условий для реализации таких технологий в вузе[5].

Названные противоречия обусловили выбор темы статьи и его проблему, которая заключается в недостаточной разработанности педагогических, методических и организационных основ междисциплинарной интеграции в условиях информатизации образования и реализации механизма внедрения данной концепции в профессиональную подготовку будущих дизайнеров. Основной целью стало:

1. Выявить междисциплинарные связи учебных дисциплин для стратегического планирования профессиональной подготовки будущих дизайнеров в вузе.
2. Разработать и экспериментально проверить междисциплинарную модель обучения будущих дизайнеров в вузе с привлечением интерактивнных технологий.
3. Выявить педагогические возможности междисциплинарных методов обучения, базирующихся на новых интерактивных технологиях.
4. Обосновать педагогические, методические и организационные условия взаимодействия преподавателей и студентов в ходе междисциплинарного обучения с учетом реализации системы непрерывного, интегрированного и личностно-ориентированного образования.

Организация исследования проводилась в три этапа с 2011 - 2012г.

На первом этапе (2011 - 2012гг.) осуществлялось исследование и изучение проблемы обучения студентов с применением интерактивных технологий. Разрабатывалась концепция, которая будет иметь комплексный характер, включая проблемы ориентированной подготовки и преемственности знаний на каждом этапе образовательного процесса;

На втором этапе (2012 - 2013гг) продолжался теоретический анализ проблемы формирования интегративных знаний у будущих дизайнеров на основе использования интерактивых технологий, разрабатывалась междисциплинарная модель обучения студентов.

На третьем опытно - экспериментальном этапе (2013 - 2014гг.) был проведен обучающий эксперимент теоретических положений исследования, а также проверка эффективности разработанной междисциплинарной модели обучения. Разработана междисциплинарная модель обучения будущих дизайнеров с привлечением интерактивных технологий. Обоснована необходимость использования интерактивнных технологий для междисциплинарного обучения. Выявлены педагогические, методические и организационные условия взаимодействия преподавателей и студентов с интерактивными технологиями в реализации междисциплинарных связей в образовании будущих дизайнеров.

Теоретическая значимость исследования заключается в том, что оно выявляет тенденции совершенствования профессиональной подготовки будущих дизайнеров в процессе обучения в вузе и открывает перспективы использования в учебном процессе междисциплинарной технологии.

Практическая значимость исследования в том, что разработанный курс и рекомендации по его организации способствуют успешной реализаций междисциплинарной технологии обучения будущих дизайнеров в контексте совершенствования качества профессионального образования и эффективному использованию полученных знаний в своей профессиональной деятельности; предложены разработки занятий по интегрированным курсам «Рисунок», «Живопись» и «Композиция» Обоснованность и достоверность результатов исследования обеспечивались использованием различных методов исследования, соответствующих предмету, поставленным целям и задачам работы; методической обоснованностью теоретических положений, связанных с профессионализацией процесса обучения в условиях информатизации образования; экспериментальной проверкой гипотезы, давшей положительные результаты; применением методов обработки эмпирических данных и апробацией результатов исследования в практике вузовского обучения; личным опытом работы преподавателей в ВУЗах.

Принципы, формы, методы и средства реализации междисциплинарной технологии обучения будущих дизайнеров в условиях информатизации образования активизируют творческую активность. За период внедрения интерактивных междисциплинарных образовательных технологий обучения были получены подтвержающие положительные результаты. Студенты, обучающиеся по этой технологии стали заваевывать призовые места во многих республиканских и международных конкурсах, олимпиадах, фестивалях и творческих выставках, повысилось качество образования.

Все вышеизложенное подтверждает, что использование в учебном процессе междисциплинарной технологии обучения на основе интерактивных технологий позволит повысить эффективность преподавания и качество обучения студентов графического дизайна, и тем самым реализовать профессиональную направленность обучения.

Подводя итог сказанному, считаем необходимым заметить, что проблему внедрения междисциплинарной интеграции в вузовскую практику нельзя считать исчерпанной, как и всякую другую, связанную с фундаментализацией образовательного процесса.

Образование должно быть целостным, для чего отдельные дисциплины рассматриваются не как совокупность традиционных автономных курсов, а интегрируются в единые циклы фундаментальных дисциплин, связанных общей целевой функцией и межпредметными связями.

Одним из основных положений концепции современного университетского образования является приоритетная ориентация на междисциплинарные технологии обучения.

Интерактивные технологии в настоящее время должны повлиять на формирование нового содержания образования, на организационные формы и методы обучения, поскольку именно они способствуют воплощению на практике реальной интеграции учебных дисциплин [6].

Учитывая высказывания разных ученых, можно сделать вывод, что реформа образования должна обеспечить фундаментальность образования, дающего целостное видение природы, человека и общества в контексте междисциплинарного диалога [7].

Действующие учебные планы и программы в структуре высшего образования, несмотря на их постоянную корректировку, не учитывают специфику подготовки будущих специалистов.

Одним из путей решения проблемы в вузах- это оптимизация образовательного процесса на основе системного подхода междисциплинарной организации обучения в вузе.

При проектировании междисциплинарной модели обучения в качестве исходного положения было принято междисциплинарное обучение в вузе, как дидактически целесообразное сочетание обучения по профилирующим и элективным дисциплинам с применением интерактивных технологий, которые выступают как мощное средство в решении задач познавательной, творческой и профессиональной деятельности.

Суммируя и обобщая вышеизложенные позиции, можно сделать следующие выводы:

1. Междисциплинарное обучение в вузе есть дидактически целесообразное сочетание обучения элективным и профилирующим дисциплинам, с применением интерактивных образовательных технологий, которые выступают как мощное средство в решении задач в познавательной и профессиональной деятельности.
2. Междисциплинарное содержание учебных дисциплин позволяет объединить изучаемые дисциплины в единый блок интегративных дисциплин и разработать для их изучения общую междисциплинарную технологию обучения.
3. Разработанная междисциплинарная модель обучения будущих дизайнеров на основе использования интерактивных технологий адекватно отражает потребности образовательной практики на современном этапе в условиях реализации государственных образовательных стандартов нового поколения.
4. Реализация междисциплинарной технологии обучения в учебно-воспитательном процессе вуза способствует его эффективности, так как ведет к более качественному усвоению материала, развитию мышления, повышению интереса к предмету, формирует умение анализировать, сопоставлять факты из различных областей знаний.
5. Разработанная система дидактических материалов и экспериментальная методика междисциплинарного обучения, учитывающая возможности применения интерактивных технологий для ее реализации, обеспечивает формирование оптимального уровня профессиональной зрелости выпускников по специальности «Графический дизайн».

Результаты подтвердили, что использование в учебном процессе междисциплинарной технологии обучения на основе интерактивных технологий позволяет повысить эффективность преподавания и качество обучения будущих дизайнеров и тем самым реализовать профессиональную направленность обучения.

Список литературы

1. Апатова Н.В. Информационные технологии в школьном образовании. -М,2004.
2. Бабанский Ю.К. Оптимизация учебно-воспитательного процесса: (Методические основы). М.: Просвещение, 2002.
3. Беспалько В.П. Образование и обучение с участием компьютеров (педагогика третьего тысячелетия). М.: Изд-во Московского психолого-социального института, 2002
4. Бондаревская Е.В.Гуманистическая парадигма личностно-ориентированного образования // Педагогика. -2011. №4.
5. Ботвинников А. Д. Организация и методика педагогических исследований. Рекомендации и материалы. - М., 2005.
6. Брановский Ю.С. Молчанов А.С. Педагогические информационные инновации (Введение в педагогическую информатику): Учебное пособие. -Ставрополь: Изд-во СГУ, 2001г. 88с.
7. Брановский Ю.С., Шапошникова Т.Jl. Информационные инновационные технологии в профессиональном образовании. Учебное пособие Краснодар: Изд-во КубГТУ, 2011 - 356 с.

ПОДГОТОВКА УЧИТЕЛЯ НАЧАЛЬНЫХ КЛАССОВ К РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ В УСЛОВИЯХ ИНКЛЮЗИИ

Шамарина Елена Владимировна

кандидат педагогических наук, доцент, ФГБОУ ВПО «Орловский государственный университет», г. Орел

TRAINING OF ELEMENTARY CLASSES TEACHERS FOR WORK WITH DISABLED CHILDREN IN THE CONDITIONS OF INCLUSIVE

Shamarina Helena, Candidate of pedagogical Sciences, Associated Professor FSBEI HPE Orel State University, Orel

АННОТАЦИЯ

В настоящей статье рассматриваются теоретические аспекты по подготовке учителя начальных классов к работе с младшими школьниками с ограниченными возможностями здоровья. В настоящее время они получают образование в условиях инклюзии при тесном взаимодействии специалистов различного профиля. Работа содержит и некоторую историческую ретроспективу рассматриваемой проблемы.

Ключевые слова: дети с ограниченными возможностями здоровья младшего школьного возраста, специальное образование, Л.С. Выготский как один из основоположников интеграции и инклюзии в специальном образовании на территории Российской Федерации.

ABSTRACT

This article examines theoretical aspects on training of elementary classes teacher for the work with junior pupils with disabilities. At present they are studying in the conditions of inclusive in close cooperation with various specialists. The work contains some historical retrospective show of the problem under consideration.

Keywords: disabled children of primary school, special education, L.S. Vygotsky as a founder of the inclusive in the RF, integration.

«Чем ниже уровень психического развития ребенка, тем выше должен быть уровень образования учителя», - писал в начале XX века известный немецкий педагог-дефектолог П. Шуман. Германия не только первой в истории педагогики начала профессиональную подготовку учителей, но и впервые в 1812г. открыла курсы по подготовке учителей для работы с детьми, имеющими особые образовательные потребности при Берлинской школе глухонемых. В России подготовка учителей - дефектологов: логопедов и сурдопедагогов началась в Санкт-Петербурге в 1898 году также в рамках специальных подготовительных курсов (Н.М. Назарова, 2004).

Сегодня общеобразовательная школа должна выполнять такие же функции, которые регламентируются документами специальной (коррекционной) школы: гарантирование детям с особенностями психофизического развития физическую и социально-психологическую безопасность, обеспечение их специальными дидактическими средствами, создание специальных (коррекционных) условий для их личностного развития и реализации своих возможностей. Современный отечественный и зарубежный опыт свидетельствует, что люди любого возраста с тяжелыми и множественными нарушениями развития (ТМНР) могут участвовать в жизни общества, реализовывать свои права и исполнять некоторые обязанности, если государством и обществом создаются условия, благоприятствующие процессам нормализации их общественной жизни.

Так, в 1994 году сотрудниками института Коррекционной педагогики РАО была разработана «Концепция коррекционно-развивающего обучения», получили широкое распространение классы коррекционно-развивающего обучения (КРО) при общеобразовательной школе. Цель их организации - создание в общеобразовательном учреждении целостной системы, обеспечивающей оптимальные педагогические условия для детей с трудностями в обучении в соответствии с их индивидуально-типологическими особенностями, состоянием нервно-психического и соматического здоровья.

Однако, обращаясь к историко-психологическому наследию, отметим, что в 1929 г. Л.С. Выготский пишет: «Процесс развития дефективного ребенка двояким образом социально обусловлен: социальная реализация дефекта (чувство малоценности) есть одна сторона социальной обусловленности развития, социальная направленность компенсации на приспособление к тем условиям среды, что созданы и сложились в расчете на нормальный человеческий тип, составляет ее вторую сторону. Глубокое своеобразие пути и способа развития при общности конечных целей и форм у дефективного и нормального ребенка – вот наиболее схематичная форма социальной обусловленности этого процесса» [2, с.15]. Итак, как и все остальные люди, человек с ограниченными возможностями в своем развитии направлен на освоение некоторого социального опыта и социализацию, включение в жизнь общества. Однако, путь, который он должен пройти для этого, значительно отличается от общепринятого в педагогике: физические и психические недостатки меняют, отягощают процесс развития, причем каждое нарушение по-своему изменяет развитие растущего человека.

Важнейшими задачами являются предупреждение возникновения вторичных отклонений в развитии, их коррекция и компенсация средствами образования. Это означает максимально полное удовлетворение возникших в связи с нарушением и, следовательно, с ограничением специфических образовательных потребностей.

Некоторое время назад в Институте коррекционной педагогики РАО началась работа по разработке Федерального государственно образовательного стандарта для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), который предусматривает гибкий подход к образованию таких учащихся при учете всего спектра особых образовательных потребностей почти всех без исключения категорий детей с ограниченными возможностями здоровья, в числе которых дети ранее считающимися необучаемыми (Н.Н. Малофеев, О.Д. Смолин, 2014). При разработке действующего образовательного стандарта учитываются: особые образовательные потребности каждой категории обучающихся, особенности усвоения ими, прежде всего, общеобразовательной программы, диапазон возможностей усвоения ими программы того образовательного учреждения, в котором длительное время находится ребенок.

В то же время исследователями современности делается фундаментальный вывод о ценности многих исторических свидетельств прошлого опыта. Так, они свидетельствуют о том, что законы греческих полисов не упоминают лиц с умственными и физическими недостатками, а велись только лишь поиски медицинских решений проблем увечности детей (Н.Н. Малофеев, 1996). Отметим, что спустя много лет, на основе работ сравнительного характера, приблизительно в 50-е годы XX века получают распространение первые основополагающие исследования по изучению, например, особенностей речи и речевой деятельности старших дошкольников и младших школьников. Так, Р.Е.Левина создает особое междисциплинарное направление в науке, определенное впоследствии как логопсихология (И.Ю. Левченко, Т.Н. Волковская, 2009). Предпринимаются педагогические попытки в организации работы с детьми с задержкой психического развития (ЗПР), но уже в 60 - е годы XX века при Институте дефектологии, где коррекционно-педагогические мероприятия осуществляли специалисты.

Таким образом, выше указанные работы частично позволили всерьез задуматься об обучении лиц с ограниченными возможностями здоровья и, начиная с 1960 - х гг. ушедшего столетия, ряд центральных вузов принимает инвалидов на групповое и индивидуальное обучение. Другие исторические данные свидетельствуют, что с 1917 года в России складывается система специальных профессиональных училищ и техникумов для инвалидов. При этом в наборе специальностей, предлагаемых человеку с

ограниченными возможностями здоровья (швея, резчик по дереву и другие), отражается утилитарное представление о целях обучения [3, с.7]. Детям же с минимальными нарушениями развития, среди которых младшие школьники с ЗПР, ранним детским аутизмом и заиканием должен быть предоставлен широкий выбор разнообразных деятельностей, тогда у них появляется шанс найти те из них, которые наиболее близки к их способностям и задаткам. В связи с изложенными выше фактами, приоритетным направлением становится подготовка воспитателей и учителей для работы с детьми, имеющими недостатки развития познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы и личности в целом.

В 70-х годах XX века отмечается интенсивное развитие проблематики высшей школы в области специальной педагогики, открываются дефектологические факультеты в педагогических ВУЗах страны. Здесь идет понимание интегрированного и инклюзивного образования как процесса развития общего образования, которое подразумевает доступность его для всех категорий детей с нарушениями развития и дает право выбора родителям. В тоже время педагоги не всегда осознают те трудности, которые испытывают эти дети в процессе обучения, связанные с навыками межличностного общения. Модель инклюзивного образования предполагает создание для детей с функциональными нарушениями благоприятной среды в обучении. Какова же востребованность различных типов учреждений, предоставляющих образовательные услуги детям с ограниченными возможностями здоровья? Это инклюзивные школы для учащихся с сохранным интеллектом. Дети с тяжелыми формами интеллектуального недоразвития практически все учатся не инклюзивно, при этом посещают коррекционные школы, в том числе и частные, другие дети посещают лекотеки при массовых дошкольных образовательных учреждениях и медико-психолого-социальные центры, а также Центры лечебной и реабилитационной педагогики.

Данную ситуацию в настоящее время отягощает такой фактор, как малая подготовленность педагогов общеобразовательных школ к коррекционной деятельности, т.е. слабая теоретическая подготовленность к работе с младшими школьниками с ограниченными возможностями здоровья. Так, например, учителя, приходящие на дом не имеют необходимой квалификации как для коррекции имеющихся у ребенка нарушений, так и для вовлечения его в общеобразовательный процесс. Однако, признавая важность инклюзивного образования и контакта с обычными, здоровыми сверстниками, родители детей с ОВЗ боятся проблем, связанных с переходом в общеобразовательную школу, например, во взаимоотношениях со здоровыми детьми и их родителями. Это может отразиться на качестве образовательных услуг, предоставляемым детям с ОВЗ.

Таким образом, наибольшую остроту и педагогическую значимость приобрел вопрос, связанный с переквалификацией педагогов, работающих в массовых школах. Действительно, учителя, работающие в массовой школе, никогда не сталкивавшиеся с особенностями обучения детей с различными проблемами развития (в одном классе могут быть дети с различными нарушениями здоровья и различной степенью их выраженности), часто не владеют необходимыми приемами и методиками образовательного процесса, даже несмотря на то, что прошли курсы повышения квалификации. В основном эту позицию отмечали родители детей с весьма выраженными нарушениями здоровья - с умственной отсталостью, задержкой психического развития церебрально – органического генеза и нарушениями слуха и зрения. Эти же родители чаще других отмечали позицию - «дефицит соответствующих образовательных программ и учебников». Около 26% при этом считают, что педагоги и другие специалисты, работающие с детьми с ОВЗ, являются противниками инклюзии, потому что это им доставляет дополнительные трудности, связанные с зарплатой, а 10% родителей считают, что мало особых технических средств обучения для их детей.

Инклюзивное образование предполагает использование следующих форм обучения. В соответствии с имеющейся и действующей концепцией ФГОС для обучающихся с ОВЗ детям различной тяжести создаются следующие условия: максимальная индивидуализация процесса обучения в соответствии с имеющимися условиями; комплексный характер взаимодействия специалистов разного профиля в связи с необходимостью преимущественно педагогического сопровождения их образовательного процесса и многие другие условия.

Соблюдение выше указанных и других условий предполагает длительную и специальную работу по введению ребенка с нарушенным темпом развития в более сложную предметную и социальную среду, что будет предполагать дозированное, планомерное, тщательно организованное общение нормально развивающихся младших школьников с детьми, имеющими различные отклонения в развитии, их частичное и кратковременное введение в обычную школьную обстановку. В соответствии с большим разнообразием состава обучающихся детей, их индивидуальными типологическими особенностями и темпом психического развития возникает необходимость в единой структуре специальной общеобразовательной программы. Указанные выше условия не отрицают применение общих и принципиальных основ организации процесса обучения в школе. Это позволяет учителю организовывать работу с группой детей, имеющих приблизительно одинаковые проблемы в развитии и обучении. Кроме того, следует использовать игры-тренинги и упражнения на формирование зрительно - пространственной активности в режиме школьного урока. И даже в этом случае следует учитывать потенциальные возможности в развитии ребенка с опорой на принцип о том, что правильное обучение «ведет» за собой развитие любого ребенка (Л.С. Выготский). Согласно программе «120 уроков психологического развития младших школьников» (психологическая программа развития когнитивной среды учащихся I-IV классов) и методическим рекомендациям к ней на всех уроках желательно использование элементов развивающей работы (Н.П. Локалова, 2011) с целью совершенствования их познавательной деятельности. В содержание этой программы включены специально подобранные познавательные задания, упорядоченные на основе дифференционно - интеграционного закона психического развития (Н.И. Чуприкова, 2011) и направленные на развитие мышления, внимания, воображения, внутреннего плана действия, пространственных представлений, эмоционально - личностной сферы учащихся.

Итак, отношение к системе образования детей с проблемами здоровья стало меняться в России в начале

90-х годов прошлого столетия, потому что в это время получают распространение новые клинические и коррекционно-психологические технологии обучения детей с ОВЗ, формируется законодательная и нормативная базы инклюзивного образования, реализуются комплексные целевые программы в интересах таких детей, как на федеральном, так и региональном уровнях.

Студенты, обучаясь в вузах по системе бакалавриата, должны овладеть широким спектром теоретических знаний, быть способными организовывать совместную деятельность и межличностное взаимодействие субъектов образовательной среды. Например, в результате изучения курса «Основы коррекционной педагогики и специальной психологии» студенты-бакалавры должны знать: психолого - педагогические особенности развития детей с ограниченными возможностями здоровья; особенности организации и содержание коррекционно - педагогической работы с детьми в специальном образовании. Уметь: выявлять и проводить первичное психолого - педагогическое изучение детей с отклонениями в развитии при помощи самостоятельно подобранных методов; осуществлять консультирование родителей по проблемам детей с отклонениями в развитии; применять знания теоретических основ и технологий начального образования, работая в условиях инклюзии; использовать методы развития образного и логического мышления младших школьников с ОВЗ.

В целях подготовки специалистов к работе с детьми, имеющими временные ЗПР и обучающимися преимущественно в условиях интеграции и инклюзии, в педагогических колледжах вводят дополнительную специальность: «Учитель начальных классов с правом преподавания в классах коррекционно-развивающего обучения». В педагогических вузах в учебный план вводят различные спецкурсы коррекционного цикла: «Особенности познавательной и эмоциональной сферы младших школьников с задержкой психического развития», «Психолого-педагогическая диагностика» и другие учебные предметы. Таким образом, расширение научной базы специального образования позволяет предать новый вектор в теоретической подготовке учителя начальных классов на основе исследований и интеграции знаний из смежных областей наук [1, с.5].

Литература

1. Волковская Т.Н. Теоретико-методологические и методические основы логопсихологии. Монография / Т.Н. Волковская.- М.: Образование, 2009.-272с.
2. Выготский Л.С. Собрание сочинений в 6-ти томах. Т.5. Основы дефектологии /Под ред. Т.А. Власовой.- М.: Педагогика, 1983.- 368 с.
3. Колесова А.А. Получение высшего образования лицами с ограниченными возможностями здоровья / А.А. Колесова.- Саратов, 2013.- 28с.
4. Малофеев Н.Н. Специальное образование в России и за рубежом. В 2-х частях / Н.Н. Малофеев. - М.: Институт коррекционной педагогики, 1996.-182с.
5. Рудь И.Н. Инклюзивное образование: проблемы, поиски, разрешения /И.Н. Рудь.- М.: УЦ «Перспектива, 2011.- 28 с.

СОЦИОКУЛЬТУРНАЯ ОСНОВА ОРГАНИЗАЦИИ УЧЕБНОГО ДИАЛОГА В СОВРЕМЕННОМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОСТРАНСТВЕ

Шац Ольга Марковна

доцент, кандидат педагогических наук, ФГАОУ ВПО Северо-Восточный федеральный университет им. М.К.Аммосова, г. Якутск

CULTUROLOGICAL BASIS OF THE ORGANIZATION OF EDUCATIONAL DIALOGUE IN MODERN EDUCATIONAL SPACE

Shats Olga Markovna, associate Professor, candidate of pedagogical Sciences, Federal state Autonomous educational institution of higher professional education North-Eastern Federal University. M. K. Ammosov, Yakutsk

АННОТАЦИЯ

Данная статья посвящена таким актуальным вопросам, как диалог культур, учебный диалог, рассматриваемый сквозь призму культурного пространства, культурологический дискурс. В работе представлены основные характеристики урока-диалога, а также учебные ситуации, на основе которых подобный диалог возможен. Сделан вывод о том, что учебный диалог раскрывается как универсальный способ усвоения культуры и основных культурологических дискурсов.

ABSTRACT

This article is devoted to such topical issues, as dialogue of cultures, the educational dialogue considered through a prism of cultural space, a culturological discourse. In work the main characteristics of a lesson dialogue, and also educational situations on the basis of which similar dialogue is possible are submitted. The conclusion that educational dialogue reveals as a universal way of assimilation of culture and the main culturological discourses is drawn.

Ключевые слова: диалог культур, учебный диалог, культурологический дискурс.

Key words: dialogue of cultures, educational dialogue, culturological discourse.

В последнее время в вузовской и школьной практике большое внимание уделяется дискурсивным («речевым») процессам в рамках межличностной коммуникации. Они связаны с диалогом, который, по словам М. Бахтина, становится «почти универсальным явлением, пронизывающим всю человеческую речь и все отношения, и проявления человеческой жизни, вообще все, что имеет

смысл и значение» [1, с.179]. Диалог, по Бахтину, может быть понят, как обмен смыслами, поиск индивидом своего собственного смысла и общего смысла для участников диалога. Полноценный диалог возможен при признании участниками диалога равноценности позиций и смыслов, которые открываются в высказываниях, суждениях, репликах, вопросах, согласии, возмущении, ожидании. В связи с этим в бахтинской теории диалог существует лишь там, где есть «диалог диалогов» - бесконечная спираль речевых высказываний и речевых ситуаций. Все мысли М.Бахтина о диалоге в конечном счете связаны с культурой - бытием культуры, ее морфологией, встречей и взаимодействием культур. Сама культура им понимается как диалогическое, воплощенное в произведениях самосознание каждой цивилизации.

Свое понимание диалога представил, и известный философ В.С. Библер [2], определив его как диалог логик, в отличие от бахтинского диалога смыслов. Если бахтинский диалог определяет сущность филологического, а шире - гуманитарного мышления, в основе которого лежит признание диалогичности любого текста, порождающего дискурс между сознаниями, а также внешней и ментальной речью внутри определенного сознания, то Библер придает диалогу больше коммуникативно-педагогические функции. Для его осуществления ученый выделяет несколько необходимых условий: постановку вопроса, проблемы, высказывание различных версий ответа на него, выявление разных культурологических подходов к решению проблемы, обсуждение этих подходов и выбор оптимального.

Диалог в образовательном процессе рассматривается как форма обучения, при которой задачи ставятся в виде неразрешенных проблем, парадоксов. Эти проблемы обсуждаются на уроке, в результате чего ученик вступает в общение, демонстрируя различные типы мышления и логики.

Учебный диалог организуется посредством текстов и протекает в силовом поле культуры или культур. Он включает в себя самые разные виды диалога: диалог ученика с другими учениками, учителем, диалог внутри сознания ученика и учителя и, наконец, диалог культур и разных типов сознания. Таким образом, учебный диалог пронизывает все бытийные смыслы ученика и учителя на уроке, создает необходимую психокультурную среду для погружения участников диалога в культуру.

Рассмотрим основные характеристики урока-диалога в свете нашего социокультурного подхода. Во-первых, это общение одного субъекта с другим субъектом, «постоянное разрешение внутренних противоречий в сознании в поисках конструктивных решений при сохранении напряжения творческой активности». На таком уроке могут возникать вопросы, на которые не знает ответа ни учитель, ни критик, ни автор изучаемого текста. Во-вторых, это партнерство, сотрудничество, сотворчество учителя и учеников, которые в пространстве диалога присваивают и отстаивают определенные позиции, роли, например, читателя-художника, читателя-критика, проявляя при этом свой свободный выбор и поступая в соответствии с особенностями своего художественного развития.

Урок-диалог рождается из взаимодействия двух текстов: подготовленной учителем режиссуры урока и текста, рождаемого в результате коллективной работы участников диалога. В этом его отличие от традиционного урока, готовый сценарий которого в большей мере реализуется на уроке.

Пятой отличительной чертой урока-диалога является его многоплановость. Он предполагает разные виды деятельности учащихся, связанные с восприятием, оценкой, интерпретацией художественных явлений.

Еще одна особенность данного урока - это активное использование на нем игровых методик, что также восходит к бахтинскому пониманию сущности диалога, карнавала и интериоризации культуры участниками коммуникации. И, наконец, - урок-диалог соединяет в себе макро- и микродиалог и ставит своей главной целью самосозидание личности в пространстве культуры. Е.Н. Ковалевская [3, с.45], исходя из современного представления об уроке как драматургическом действии, разбила его на своеобразные мизансцены - учебные ситуации, понимая их не только как чисто учебные действия, но и мыследействия, психологические состояния участников коммуникативного действия. Учебные ситуации на уроке-диалоге, по мнению исследователя, предполагают:

- вычленение педагогом и детьми фактов, понятий, идей, концепций, которые могу стать предметом обсуждения и осмысления;
- включение предметного материала в пространство диалога;
- обеспечение духовно-личностного вхождения, учащегося в учебную ситуацию;
- организацию познавательной деятельности школьников в учебной ситуации;
- осознание, формулирование учащимися индивидуальных позиций;
- интеграцию найденных подходов и выбор оптимального [3].

В связи с этим можно выстроить технологическую цепочку урока-диалога. Его основные фазы:

1. Погружение участников диалога в личностные смыслы, психологическая адаптация к предстоящей рецептивно-эстетической и познавательной деятельности (задается личностный контекст урока).
2. Обозначение темы урока и его установок (задается культурное пространство диалога).
3. Осознание учащимися своих собственных впечатление и мыслей об изучаемом тексте, возникновение в сознании школьника вопросов себе и другим. Поддержание учебной ситуации, обеспечивающей включение учащихся в культурное пространство текста.
4. Определение «нерва» будущего диалога и обозначение совместными усилиями драматургической интриги урока, в основе которой создание пространства для общего переживания, вопросы-удивления, вопросы-несогласия, противоречия между знанием и незнанием, гипотезы, диалогизация текста.
5. Создание учебных ситуаций, связанных с погружением участников диалога в культурное пространство текста. Переход от стихийно целостного восприятия текста к вычленению и анализу его уровней и частей, раскрытию его знаков, кодов.
6. Оформление речевых высказываний и взаимный обмен смыслами, создание силового поля смыслов.

7. Использование приема «точек удивления», которых обнаруживают учащиеся и учитель. Диалогическая жизнь позволяет приобретать жизненный опыт и опыт переживаний.
8. Интерпретация текста с открытием его мироконцепции в результате интеграции системы диалогических смыслов.
9. Перевод диалога из синхронии в диахронию. Возникновение новых учебных ситуаций и познавательных противоречий в сфере многоголосья мнений, суждений, наблюдений, открытий по ходу движения понимания.
10. Подведение итогов: осмысление мыследеятельности и перевод диалога во внутренний план - в индивидуальные сознания участников коммуникации.
11. Микродиалог в посткоммуникативной фазе, если он продолжается, свидетельствует о высокой мотивационной стороне проведенного урока. Его результаты могут быть выявлены в итоге проведения контрольных срезов и творческих работ.
12. Таким образом, учебный диалог осмысляется как универсальный способ усвоения культуры и основных культурологических дискурсов.

Литература

1. Бахтин, М.М. Эстетика словесного творчества // Сб. избр. тр. – М.: Искусство, 1979. – 423 с.
2. Библер, В.С. Школа диалога культур / В.С. Библер. - Кемерово, 1992.
3. Ковалевская, Е.Н. Организация деятельности в педагогической мастерской как условие развития профессиональной культуры педагога в новых образовательных условиях // Вестник Томского государственного педагогического университета. - 2013. - №2. - С.44-50
4. Хохловская, О.Г. Диалогичность профессиональной педагогической коммуникации / О.Г. Хохловская. Языки профессиональной коммуникации: Материалы междунар. науч. конф. — Челябинск, 2003. - С. 568-571.

МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ

ВЛИЯНИЕ ТРИПСИНА И АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ НА БИОПЛЕНКИ STAPHYLOCOCCUS AUREUS

Алиева Лейла Октай
студент 3 курса лечебного факультета, Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера, г. Пермь
Щукина Валентина Павловна
студент 3 курса лечебного факультета, Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера, г. Пермь
Башев Сергей Сергеевич
студент 2 курса стоматологического факультета, Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера, г. Пермь
Гордина Екатерина Михайловна
аспирант кафедры микробиологии и вирусологии с курсом КЛД, Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера, г. Пермь

EFFECT OF TRIPSIN AND ANTIMICROBIALS AGENTS ON BIOFILMS OF STAPHYLOCOCCUS AUREUS
Alieva Leyla, 3rd year student of the medical faculty Academician Wagner Medical University of Perm
Schukina Valentina, 3rd year student of the medical faculty, Academician Wagner Medical University of Perm
Bashev Sergey, 2nd year student of the Faculty of Dentistry, Academician Wagner Medical University of Perm
Gordina Ekaterina, Department of Microbiology and Virology with a course of Clinical Laboratory Diagnostics Academician Wagner Medical University of Perm

АННОТАЦИЯ

Изучено влияние трипсина и антибактериальных препаратов (линкомицина и ципрофлоксацина) на 24-х часовые биопленки Staphylococcus aureus. Все штаммы были чувствительны к действию данных препаратов и характеризовались способность формировать биопленки. В результате часового воздействия трипсина обнаружено уменьшение толщины сформированных биопленок, в то же время антибактериальные препараты оказывали стимулирующий эффект, более выраженный у ципрофлоксацина. Совместное применение трипсина и антибиотиков нивелировало усиливающий эффект антибактериальных препаратов.

ABSTRACT

There was examined the effect of trypsin and antimicrobials agents (ciprofloxacin and lincomycin) on daily (24 hours) biofilms of Staphylococcus aureus. All strains were sensitive to these drugs, and were characterized by the ability to form biofilms. As a result, an hour lasting trypsin effect showed a decrease in the thickness of biofilms, while antibiotics showed a stimulating effect more pronounced in ciprofloxacin. The combined use of trypsin and antimicrobials agents removed the reinforcing effect of antibacterial agents.

Ключевые слова: биопленкообразование, Staphylococcus aureus, трипсин, линкомицин, ципрофлоксацин
Key words: biofilm formation, Staphylococcus aureus, trypsin, lincomycin, ciprofloxacin

Принято считать, что в настоящее время более 80% всех инфекционных заболеваний обусловлено микроорганизмами, существующими в форме организованного сообщества – биопленок. Эта специфика организации этиологических агентов наиболее характерна для практически всех искусственных имплантатов.

Биопленкообразование это сложный комплексный процесс, сформировавшийся в процессе эволюции микроорганизмов, как способ выживания в различных условиях обитания. Стафилококки обладают разнообразным набором факторов для его реализации. Это позволяет им «комфортно» существовать в неблагоприятных условиях и, самое главное, противостоять действию различных антибактериальных препаратов [4, с. 304]. Внутри биопленок бактерии приобретают особые формы антибиотикорезистетности. Благодаря этому сесильные микроогранизмы способны выживать и при воздействии антибиотиков. В этих условиях для достижения бактерицидного эффекта иногда необходимо создать концентрации антибиотиков в сотни раз превышающие терапевтические [7, с. 167]. Бактерии в составе биопленок, как правило, отличаются полирезистентностью ко многим антибактериальным препаратам различных классов [8, с. 895]. Более того, известен факт усиления интенсивности биопленко-

образования у штаммов Staphylococcus capitis в присутствии максимальных терапевтических концентраций оксациллина [6, с. 6]. В клинических условиях такая высокая выживаемость сесильных бактерий приводит к неэффективности проводимой антибактериальной терапии и как следствие к хронизации инфекционного процесса [2, с. 59].

Структурные характеристики стафилококковых биопленок определяются организацией и количеством бактериальных слоев, а также особенностями внеклеточного биопленочного матрикса [2,с. 59]. Для Staphylococcus aureus характерно образование белковых биопленок (PIA-независимых), при этом участвуют белок Rbf («Regulator of biofilm formation»). В результате, биопленки изолятов S. aureus чувствительны к трипсину [3, с. 101].

На процесс биопленкообразования могут оказывать влияние многочисленные факторы, в том числе концентрация глюкозы, присутствие ионов железа, хлорида натрия, нитриты и другие соединения [2, с. 59]. В своем исследование мы изучили влияние на суточные биопленки S. aureus трипсина, а также ряда антибиотиков (линкозамидов и фторхинолонов) и их комбинированное влияние.

Цель исследования – оценить действие трипсина, линкомицина и ципрофлоксацина на суточные биопленки S. aureus.

Материалы и методы. Изучена биопленкообразующая способность 26 клинических изолятов S. aureus. Использовали 96-луночные полистироловые планшеты для иммуноферментного анализа. В 12 лунок каждого ряда планшета вносили по 100 мкл инокулума определенного штамма, содержащего 107 КОЕ/мл, после чего планшеты инкубировали в течение 24 часов (370С). Через сутки планктонную культуру удаляли и биопленки дважды промывали 10 мМ фосфатным буфером (рН 7,2). Затем в несколько лунок каждого ряда вносили по 150 мкл мясопептонного бульона (МПБ) с трипсином в концентрации 1000 мкг/мл, в другие также по 150 мкл МПБ с линкомицином и ципрофлоксацином в концентрациях 125 мкг/мл (бактерицидная доза). Для изучения комбинированного влияния на биопленки S. aureus лунки обрабатывали смесью трипсина и раствора линкомицина, а также ципрофлоксацина по 75 мкл в тех же концентрациях. В контрольные лунки вносили по 150 мкл МПБ. Планшеты инкубировали при температуре 370С. Через час лунки промывали 10 мМ фосфатным буфером (рН 7,2). Биомассу сформированных биопленок определяли при их окрашивании 0,1% раствором генцианвиолета с последующей спиртовой экстракцией связавшегося красителя. Детекцию окрашенных экстрактов биопленок осуществляли на ридере BenchmarkPlus при длине волны 570 нм. Результаты выражали в единицах оптической плотности. Степень интенсивности биопленкообразования (БПО) стафилококков определяли в соответствии с критериями, разработанными S. Stepanovic [5, с. 897].

Минимальные подавляющие концентрации антибиотиков для изучаемых штаммов S. aureus определяли в соответствии с требованиями МУК 4.2.1890 (2004 г.) [1, с. 324]. В исследование были включены только чувствительные к ципрофлоксацину и линкомицину культуры.

Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием программы Statistica 6.0. О статистически значимых различиях полученных результатов в сравниваемых группах судили по величине цифровых значений p (критерий Манна-Уитни). Критический уровень значимости (p) при проверке статистических гипотез в данном исследовании принимался равным 0,05.

Результаты. Все изученные штаммы S. aureus обладали способностью образовывать биопленки, причем 46,15±3,55% из них характеризовались низкой степенью биопленкообразования, 53,85±4,14% – средней.

При изучении влияния трипсина на 24-х часовые биопленки S. aureus выявлено, что уже после его часового воздействия происходило статистически значимое снижение биомассы сформированных биопленок. Напротив, антибактериальные препараты усиливали процесс биопленкообразования тестируемых культур S. aureus, толщина биопленок при воздействии данных препаратов статистически значимо увеличилась (Таблица 1).

Таблица 1

Результаты часового влияния трипсина и антибактериальных препаратов на 24-х часовую биопленку S. aureus

Действующий фактор	Среднее значение толщины биопленки (единицы ОП)	p
Трипсин	0,194±0,014	0,039
Линкомицин	0,401±0,029	0,023
Ципрофлоксацин	0,559±0,040	0,007
Мясопептонный бульон (контроль)	0,243±0,017	

Примечание: p – статистическая значимость различий между влиянием трипсина, антибактериальных препаратов и контролем

Полученные результаты подтверждают существующие данные о преобладание белкового компонента в матриксе биопленок S. aureus, в силу чего их обработка протеолитическим ферментом уже в течении часа приводила к снижению ее толщины. Что касается антибактериальных препаратов, то независимо от класса, тот и другой оказывали стимулирующее воздействие на формирование биопленок S. aureus. В то же время для ципрофлоксацина в большей мере было характерно это влияние, в сравнении с линкомицином (p=0,034). В этой связи следует отметить, что практически все тестируемые штаммы были более чувствительны к этому антибиотику.

В последующем выполнена оценка комбинированного влияния трипсина и антибактериальных препаратов на суточные биопленки S. aureus (Таблица 2).

Таблица 2

Комбинированное действие трипсина и антибактериальных препаратов на 24-х часовую биопленку S. aureus

Действующий фактор	Среднее значение толщины биопленки (единицы ОП)	p
Трипсин+Линкомицин	0,237±0,017	0,053
Трипсин+Ципрофлоксацин	0,237±0,017	0,053
Трипсин	0,194±0,014	-

Примечание: p – статистическая значимость различий между комбинированным влиянием изученных неблагоприятных факторов и трипсина

Полученные данные указывают на то, что трипсин является активным противобиопленочным фактором для штаммов S. aureus, причем даже при его совместном воздействии с антибактериальными препаратами, усиливающими биопленкообразование, не происходит статистически значимого увеличения биомассы биопленок. Следует отметить, что средние значения толщины биопленки S. aureus под влиянием ципрофлоксацина и линкомицина в 2 раза превышали показатели, которые были получены при их использовании с трипсином (0,559±0,040 и 0,401±0,029 соответственно против 0,237±0,017).

Выводы:

1. При часовом воздействии трипсина на 24-х часовую биопленку S. aureus происходит статистически значимое снижение ее биомассы.
2. Линкомицин и ципрофлоксацин усиливают биопленкообразование S. aureus, причем действие последнего более выражено.
3. Совместное применение трипсина и антибактериальных препаратов уменьшают толщину биопленок S. aureus.

Список литературы

1. МУК 4.2.1890 – 04 “Методы контроля. Биологические и микробиологические факторы. Определение чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам”. – М.: Федеральный центр Госсанэпиднадзора МЗ России, 2004. – 91 с.
2. Коробов, В. П. Анализ чувствительности процессов формирования биопленок S. epidermidis 33 к некоторым факторам внешней среды / В. П. Коробов, Л. М. Лемкина, В. И. Монахов // Вестник Пермского университета. – 2010. – Том 13, № 5. – С. 59-63.
3. Маянский, А. Н. Стафилококковые биопленки: структура, регуляция, отторжение / Маянский, А. Н., Чеботарь И. В. // Журн. микробиол. – 2011. – № 1. – С. 101-108.
4. Чеботарь, И.В. / Новый метод исследования антибиотикорезистентности бактериальных биопленок // И. В. Чеботарь, Н.А. Маянский, Е.Д. Кончакова // Клин микробиол антимикроб химиотер. – 2012. – Том 14, № 4. – С. 303-308.
5. Stepanovic, S., Quantification of biofilm in microtiter plates: overview of testing conditions and practical recommendations for assessment of biofilm production by staphylococci / Stepanovic S., Vukovic D., Hola V., Di Bonaventura G., Djukic S., Cirkovic I. // APMIS. – 2007. – Vol. 115, No. 8. – P. 891-899.
6. Antibiotic susceptibility of coagulase-negative staphylococci isolated from very low birth weight babies: comprehensive comparisons of bacteria at different stages of biofilm formation [Электронный ресурс] / Y. Qu, A.J Daley, T.S Istivan et al. // Ann. Clin. Microbiol. Antimicrob. - 2010. - Vol. 9, No16.
7. Donlan, R.M. Biofilms: Survival Mechanisms of Clinically Relevant Microorganisms / R.M. Donlan, J.W. Costerton // Clin. Microbiol. Rev. - 2002. - Vol. 15, No2. - P. 167-193.
8. High-level antibiotic resistance in Pseudomonas aeruginosa biofilm: the ndvB gene is involved in the production of highly glycerol-phosphorylated β-(1→3)-glucans, which bind aminoglycosides / I. Sadovskaya, E. Vinogradov, J. Li et al. // Glycobiology. - 2010. - Vol. 20, No7. - P. 895-904.

ПЕРВИЧНАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ 0-14 ЛЕТ КАБАРДИНО-БАЛКАРИИ

Анаева Лима Асланбиевна

Кандидат медицинских наук, ассистент, Кабардино-Балкарский государственный университет, г. Нальчик

PRIMARY DISABILITY OF CHILDREN AGED 0-14 IN KABARDINO-BALKARIAN REPUBLIC

Lima Aslanbievna Anaeva, PhD, Assistant, Kabardino-Balkarian State University, Nalchik

АННОТАЦИЯ

С целью изучения динамики первичной инвалидности детей в возрасте 0-14 лет в Кабардино-Балкарской республике изучены показатели детской инвалидности и проведен статистический анализ по данным годовой отчетности формы №19 «Сведения о детях-инвалидах» государственного учреждения здравоохранения «Медицинский информационно-аналитический центр» Министерства здравоохранения КБР за период 2009-2013 гг. За исследуемый период в республике на фоне увеличения общей численности детского населения на 4% выявлено снижение показателя первичной инвалидности детей 0-14 лет на 21,1%, составив в 2013 году 1,91‰.

ABSTRACT

In order to study the dynamics of primary disability of children aged 0-14 in Kabardino-Balkarian republic infant disability index have been monitored. Statistic analysis has been carried out on the basis of annual report form №19 «Disabled children data» of state healthcare institution «Medical Information and Analytical Cente» of Ministry of Healthcare KBR for the period 2009-2013 years. The undertaken period showed a common growth of infant population in 4%. The index of primary disability in children aged 0-14 decreased to 21,1%, which made 1,91% in 2013.

Ключевые слова: дети, первичная инвалидность.

Key words: children, primary disability.

Детская инвалидность является важной медицинской, социально-экономической и правовой проблемой, имеет общегосударственное значение и является одной из основных характеристик общественного здоровья и социального благополучия страны. По мнению ВОЗ, доля тяжелой детской инвалидности в мире составляет 1-2% детской популяции. Органы здравоохранения в своей работе широко используют показатели инвалидности, выявляют их тенденции для определения состояния здоровья населения и разработки дальнейших мероприятий по реабилитации инвалидов [3, 6].

Распространенность и нозологическая структура детской инвалидности зависит от возраста ребенка и имеет свои региональные особенности. В этой связи мероприятия по снижению детской инвалидности и реабилитационные программы должны носить региональный характер [2, 4, 5].

Целью настоящей работы стало изучение динамики первичной инвалидности детей в возрасте 0-14 лет в Кабардино-Балкарской республике (КБР) за 2009-2013гг.

Для реализации поставленной цели нами изучены показатели детской инвалидности по данным годовой отчетности формы №19 «Сведения о детях-инвалидах» государственного учреждения здравоохранения «Медицинский информационно-аналитический центр» Министерства здравоохранения КБР за период 2009-2013 гг. Проведен статистический анализ изученных показателей.

Анализ статистических данных показал, что за последние пять лет в КБР численность детей 0-14 лет увеличилась на 4%, составив в 2013 году 170767 человек, что обусловлено ростом рождаемости, отмеченным в республике в последние годы (табл. 1).

Таблица 1

Общая численность и показатель первичной инвалидности детей 0-14 лет в КБР за период 2019-2013 гг.

Показатель	ГОДЫ				
	2009	2010	2011	2012	2013
Численность детей	164025	165084	166571	168838	170767
Число детей-инвалидов (в абсолютных значениях)	397	423	364	358	327
Число детей-инвалидов (на 1000 детского населения)	2,42	2,56	2,19	2,12	1,91

Дальнейший анализ выявил, что с 2009 года наряду с незначительным улучшением демографической ситуации в республике наблюдается снижение показателя частоты первичной инвалидности детей. За период 2009-2013 гг. снижение показателя первичной инвалидности детей 0-14 лет произошло на 21,1%, составив в 2013 году 1,91‰ (табл. 1).

Необходимо отметить, что в последние годы в КБР выросла общая заболеваемость детского населения [1]. Отсутствие корреляции между заболеваемостью и инвалидностью дает основание для предположения о неполном выявлении детей и установлении им инвалидности. Возможно, это связано с тем, что инвалидность является самым управляемым показателем, а также жесткой политикой службы медико-социальной экспертизы, направленной на снижение детской инвалидности. В этой связи необходимо тщательное комплексное изучение динамики распространенности и нозологической структуры детской инвалидности и анализ деятельности реабилитационной службы в Кабардино-Балкарской республике.

Литература

1. Анаева Л.А. Динамика первичной заболеваемости детского населения Кабардино-Балкарской республики // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 6. URL: http://www.science-education.ru/120-17014
2. Елисеева Е.В. Характеристика первичной инвалидности детского населения Калужской области // Материалы Российской научно-практической конференции «Медико-социальные проблемы детей-инвалидов». – М., 2002. – С.20.
3. Зелинская Д.И. О состоянии детской инвалидности и реализации Федеральной целевой программы «Дети-инвалиды» // Российский педиатрический журнал. – 2001. – №2. – С.4-7.
4. Медведева Н.Д., Жавнерова В.В. Актуальные вопросы детской инвалидности в Ленинградской области // Материалы Российской научно-практической конференции «Медико-социальные проблемы детей-инвалидов». – М., 2002. – С. 23.
5. Тарасова Г.В. Распространенность и региональные особенности инвалидности у детей // Бюллетень НЕМ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко. – 1995. – №3. – С.7-22.
6. Яковлева Т.В. Инвалидность и смертность детского населения России: региональные особенности и законодательное обеспечение путей снижения: Автореф. дис. д-ра мед. наук – М., 2005. – 37 с.

ТЕНДЕНЦИИ СМЕРТНОСТИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В РЕГИОНАХ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН

Аскаров Расул Аскарович,
к.м.н., доц., ГОУ ВПО Российского государственного геологоразведочного университета им. С.Орджоникидзе, Москва
Аскарова Загира Фатхулловна,
д.м.н., профессор кафедры гигиены труда и профессиональных болезней ГБОУ ВПО Башкирского государственного медицинского университета, г.Уфа
Карелин Александр Олегович,
д.м.н., профессор, зав. кафедрой общей гигиены с экологией ГБОУ ВПО Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург
Чуенкова Гульнара Александровна,
МБУЗ, Поликлиника № 32, г.Уфа

CHILDREN AND ADOLESCENT MORTALITY TRENDS IN REGIONS OF BASHKORTOSTAN

R.A.Askarov, Z.F.Askarova, A.O.Karelin, Askarov Rasul Askarovich, MD, 1GOU VPO Russian State Geological Prospecting University of S.Ordzhonikidze, Moscow
Askarova Zagira Fathullovna, MD, professor GBOU VPO Bashkir State Medical, University Ministry of Health, Ufa
Karelin Alexander Olegovich, MD, professor, GBOU VPO First St. Petersburg State Medical University named of Acad. I.P Pavlova, St. Petersburg
Chuenkova Gulnara Alexandrovna, MBUZ, polyclinic number 32, Ufa

АННОТАЦИЯ

Представлен анализ смертности детей и подростков в регионах Республики Башкортостан (РБ) с использованием среднемноголетних данных (2002-2013 гг.) Башкортстанстата и Росстата. Проанализированы причины смертности детей и подростков, проведена сравнительная оценка динамики смертности в регионах с аналогичными показателями по РБ и Российской Федерации (РФ). Установлены региональные особенности в уровнях и динамике смертности детей и подростков, особенности тенденций ведущих причин смерти. Полученные данные диктуют необходимость дальнейшего углубления исследований по идентификации и количественной оценке факторов риска здоровью для научного обоснования мероприятий по укреплению здоровья детского населения.

Ключевые слова: смертность; причины смерти; динамика показателей смертности; младенческая смертность; мертворождаемость.

ABSTRACT

The analysis of mortality among children and adolescents in the regions of the Republic of Bashkortostan (RB) using average long-term data (2002-2013 gg.) Bashkortstanstata, Rosstat. Analyzed the causes of death of children and adolescents, a comparative assessment of the dynamics of mortality in regions with those in RB and the Russian Federation (RF). Established regional peculiarities in the levels and trends of mortality among children and adolescents, especially trends in the leading causes of death. The data obtained dictate the need for further in-depth study to identify and quantify risk factors for the scientific substantiation of health promotion interventions child health.

Key words: mortality; cause of death; dynamics of mortality; infant mortality; stillbirth

На территории Республики Башкортостан (РБ) выделяют семь социально-экономических регионов (центральный, южный, западный, северо-западный, северный, северо-восточный и уральский), каждый из которых отличается по уровню социально-экономического развития, степени урбанизации, характеру социально-демографических процессов, а также по этническому составу населения. Для снижения показателя детской смертности в конкретном регионе необходим подробный анализ структуры явления с учетом этих особенностей. В регионах РБ не проводились углубленные исследования, посвященные изучению проблем смертности детей и подростков, результаты которых должны являться основой для научного обоснования приоритетных мероприятий по снижению уровня смертности, что обосновывает актуальность проведения настоящего исследования. С целью выявления особенностей смертности детей и подростков (0-17 лет) в регионах РБ нами было проведено изучение данных показателей за период с 2002 по 2013 гг.

Материалы и методы. В качестве источника использовались данные Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по РБ (таблица С 51, А 12), Росстата за период 2002-2013 годы [1]. Расчет и статистическую обработку показателей выполняли с использованием пакета прикладных программ Statistica версии 8.0, включающего параметрические и непараметрические методы оценки значимости различий.

За 2000-2013 гг. в РБ наблюдалось увеличение численности детей в возрасте до 1 года (на 43,9%), уменьшение численности детей в возрасте 0-14 лет (на 18,2%) и 0-17 лет (на 22,2%). В 2013 г. дети и подростки до 17 лет составляли 21% от общей численности населения РБ (в 2000 г. – 26,8%). Результаты анализа численности детского населения в регионах за 2002- 2013 гг. свидетельствуют об увеличении численности детей в возрасте до 1 года (от 20% в северном до 105,1% в уральском); в 1-4 года (от 1,8% в северном до 48,3% в центральном); в возрасте 0-14 лет -

уменьшилась в южном (на 1,4%), северном (на 14,3%) и северо-восточном (на 14,3%), а по остальным регионам прирост численности в 2013 г. по сравнению с 2002 г. составил только от 0,3% (северо-западный) – до 3,9% (западный регионы). По территориям РБ сокращение численности наибольшими темпами наблюдалось среди детей и подростков 0-17 лет отмечено в северном регионе (20,4%). Таким образом, наибольшее снижение численность детей приходится на старшую возрастную группу. Очевидно, это связано с негативными социальными и демографическими процессами, вызванными дефолтом 1998 года.

За анализируемый период в целом по РБ было выявлено 6856 случаев младенческой смертности (МС) на 703397 рождений. МС с 2000 года снизилась к 2013 году на 47,5% (с 14,8 до 7,8 на 1000 родившихся живыми). Аналогичные тенденции отмечаются и при рассмотрении неонатальной смертности (с 9,4 до 4,7‰) и постнеонатальной смертности (соответственно с 5,4 до 3,1‰). Снижение мертворождаемости было менее выраженным (на 7,8%, или с 6,39 до 5,89‰) в сравнении с ранней неонатальной смертностью (на 56,5%), что дает основание считать уменьшение перинатальной смертности (ПС) обусловленным достижениями в большей мере неонатальной службы, чем акушерской.

За 2002-2012 гг. уровень мертворождаемости по РБ составил 5,33±0,2‰ (по РФ 5,62±0,2‰), перинатальной смертности – 9,46±0,6‰ (по РФ 9,95±0,6‰), что ниже аналогичных показателей по РФ (соответственно t=3,98, p<0,001 и t=3,32, p<0,01). Различий в уровнях ранней неонатальной смертности по РБ (4,14±0,4‰) и РФ (4,33±0,4‰) не выявлено (t=0,119). Максимальные темпы снижения как МС, так и неонатальной смертности по РБ наблюдаются в 2011 г., где показатель снизился соответственно на 54,7% (с 14,8 в 2000 г. до 6,7‰ в 2011 г.) и на 63,1% (9,4 до 3,5‰), однако к 2013 г. показатель МС увеличился на 15,8% (с 6,7 до 7,8‰), неонатальной – на 34,3% (с 3,5 до 4,7‰) по сравнению с 2011 г. Удельный вес смертности детей в неонатальном периоде в РБ в младенческих потерях составлял 56,0% (среднее за 2002-2013 гг.) (56% по РФ в 2010 г.) и снизился на 5,7% (с 63,4 до 59,7%), при этом доля постнеонатальной смертности увеличилась на 9,9% (с 36,6 до 40,3%).

По РБ в структуре неонатальной смертности преобладают отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде, доля которых увеличилась с 64,1% в 2000 г. до 81% в 2013 г. (73,2% по многолетним данным). Второе место занимают врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения (ВПР) (снизилась с 22,7 до 17,2%) (в среднем 20,0%), что можно объяснить хорошей дородовой диагностикой и прерыванием беременности. Третье место занимают «симптомы, признаки, отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках» (2,0%). Далее находились болезни органов дыхания (1,4%), некоторые инфекционные, паразитарные болезни (1,3%), травмы, отравления и другие последствия воздействия внешних причин (1,2%), болезни крови, кроветворных органов (0,5%), болезни нервной системы (0,2%), болезни системы кровообращения (0,1%). В структуре младенческой смертности по РБ также преобладают состояния перинатального периода (46,6% по многолетним данным). Второе место занимают ВПР (26,2%), третье - «симптомы и другие неточно обозначенные состояния» (9,6%). Далее находились болезни органов дыхания (6,1%), внешние причины смерти (3,6%), некоторые инфекционные, паразитарные болезни (2,9%), болезни крови, кроветворных органов (2,4%), болезни нервной системы (1,3%), новообразования (0,7%). За анализируемый период во всех регионах отмечено снижение показателя МС – от 23,5% (северо-западный) – до 60,2% (северо-восточный регионы). Показатель МС по многолетним данным варьировал от 9,2±0,7‰ (западный регион) до 13,6±1,5‰ (северо-восточный регион) и наиболее высок в северо-восточном и минимален в северо-западном регионе (13,6±1,5 и 8,9±0,6‰ соответственно). При множественном сравнении средних уровня МС в регионах по Kruskal-Wallis с аналогичными показателями по РБ и РФ не выявлено существенных различий.

При анализе причин смерти детей до года по регионам выявлено превышение частоты болезней крови и кроветворных органов в центральном регионе по сравнению с аналогичными показателями северо-западного (p=0,014), северного (p=0,004), уральского (p=0,042), северо-восточного регионов (p=0,030). Частота болезней органов дыхания в уральском регионе выше показателей центрального (p=0,023) и западного регионов (p=0,035). Также в уральском регионе в смертности детей до 1 года внешние причины смерти выше аналогичных показателей центрального (p=0,016) и западного регионов (p=0,013). По регионам структура МС имеет значительный разброс. Как по РБ и РФ за период 2002-2013 гг. состояния перинатального периода занимают первое место. Второе место во всех регионах занимают ВПР. Далее, третье место, в уральском и южном регионах занимают болезни органов дыхания, в остальных регионах неточно обозначенные состояния. По сравнению с РБ в целом в центральном регионе выше доля в МС заболеваний, возникающие в перинатальном периоде (51,2%), болезней системы крови и кроветворных органов (4,0%). В западном регионе на ВПР приходится 28,5%. В уральском регионе высок удельный вес болезней органов дыхания (10,5%), ВПР (28,1%), травм, отравлений и др. несчастных случаев (6,2%). В южном регионе значительна доля болезней органов дыхания (9,0%), новообразований (1,0%), а в северо-восточном – неточно обозначенных состояний (19,8%). Смертность детей от инфекционных и паразитарных заболеваний в структуре МС колеблется от 1,7% (северо-западный) до 3,5% (северный регионы) (по РБ 2,9%).

За анализируемый период динамика неонатальной смертности во всех регионах характеризовалась тенденцией к снижению и темпы снижения показателей составили 28,3% (южный) – 65,9% (западный), кроме северного региона, где уровень неонатальной смертности вырос на 14,6%. Доля неонатальной смертности в младенческих потерях по многолетним данным составляла 50,0 (северо-восточный) – 58,5% (центральный) (по РБ 56%) и имела тенденцию к снижению, кроме северного региона, где доля умерших увеличилась (на 94,1%), и была обусловлена ростом смертности от перинатальных состояний (в

3,1 раза). В динамике за 2002-2013 гг. отмечается также рост смертности от неточно обозначенных состояний в центральном регионе (на 24,4%). По остальным классам болезней в регионах отмечается снижение уровня смертности. При сравнительном анализе многолетних данных неонатальной смертности в регионах с аналогичными показателями по РБ по Kruskal-Wallis не выявлено существенных различий.

Показатель ПС в РБ с 2004 по 2011 гг. характеризуется снижением (на 31,3%), как за счет снижения мертворождаемости (на 23,8%), так и ранней неонатальной смертности (на 41,6%) (по данным таблицы А 12). Однако в 2013 г. по сравнению с 2011 г. произошло увеличение как перинатальной смертности (на 35,7%), так и ее составляющих – мертворождаемости (на 37,3%) и ранней неонатальной смертности (на 32,9%). Доля мертворожденных в структуре ПС увеличилась с 57,8% до 64,9% и уровень превысил значение ранней неонатальной смертности. Таким образом, основной задачей перинатальной службы является снижение мертворождаемости, т.е. совершенствование деятельности акушерской службы. При анализе показателей ПС по регионам выявлено увеличение перинатальной смертности, кроме незначительного снижения в уральском регионе. Мертворождаемость наиболее значительно увеличилась в западном (в 2,8 раза) и центральном (в 2,3 раза) регионах.

В разных возрастных группах темпы снижения смертности были разными. В целом по РБ более выраженное снижение смертности за 2002-2013 гг. наблюдалось в 1-4 года (на 49,6%) и в 5-9 лет (на 41,9%;). В возрастном интервале 10-14 лет смертность снизилась на 28,8%; в 0-14 лет - на 22,3%, и в 0-17 лет - на 24,4%. За анализируемый период умершие младенцы составили 62,6% от числа умерших в возрасте 0-14 лет и 78,2% от числа умерших в 0-4 года. Анализ динамики смертности детей разных возрастных групп по регионам выявляет значительные колебания показателя.

Так, смертность детей в 1-4 года по многолетним данным колебалась в пределах 57,7±4,4 (центральный регион) – 88,3±12,2 (северный регион) на 100 тыс. детей соответствующего возраста (по РБ 64,9±3,6‰). Наиболее неблагополучными по уровню смертности детей в 1-4 года являются северный (88,3±12,2‰), уральский (74,3±4,9‰), северо-восточный регионы (74,2± 12,2‰) (по РБ 64,9±3,6‰).

Однако при сравнительном анализе средних в регионах с аналогичными показателями по РБ не выявлено существенных различий. В структуре смертности детей в 1-4 года в регионах первое место занимают травмы, отравления и некоторые последствия воздействия внешних причин, удельный вес варьировал от 30,5% (западный) до 46,7% (северный регионы) (по РБ 36%) при уровне смертности 19,3±1,9‰ (центральный) – 39,7±7,9‰ (северный регионы) (по РБ 23,0±1,5‰). При этом смертность от данного класса болезней увеличилась в северо-восточном регионе (на 38,0%), по остальным территориям снижение составило от 21,4% (северный) до 53,7% (южный регионы). Второе место - ВПР, удельный вес варьировал в пределах 11,5% (северо-восточный) – 24,1% (западный) (по РБ 19,5%) при уровне смертности 11,0±19‰ (северо-восточный) – 17,3±4,8‰ (северный регионы) (по РБ 12,6±1,0‰). Рост смертности от ВПР отмечен в центральном регионе (на 34,9%). Надо отметить, что в северо-восточном регионе на втором месте находились «симптомы и другие неточно обозначенные состояния» (24,3%).

Третье место в южном (13,4%), северо-западном (10,6%), северном (10,1%), уральском (14,1%), северо-восточном (18,5%) занимали болезни органов дыхания, а в центральном (12,7%), западном (13,9%), по РБ (10,2%) – неточно обозначенные состояния. Рост смертности от болезней органов дыхания отмечен в южном (на 92,7%) и западном (на 60,1%) регионах. Уровень смертности от данной причины у детей в 1-4 года уральского региона превысил соответствующую величину для данной возрастной группы центрального региона (p=0,014). Доля новообразований в структуре смертности детей в 1-4 года в регионах варьировала от 7,2% (северо-западный) до 11,3% (центральный регионы) (по РБ 8,8%) при уровне смертности 3,7±1,3‰ (уральский) – 8,6±3,8‰ (северо-восточный регионы) (по РБ 5,8±0,6‰).

Снижение показателя смертности детей в возрастном интервале 5-9 лет отмечено как по РБ, так и в регионах, и более значительно в северо-западном (на 73,4%), а увеличение - в северо-восточном регионе (на 6,9% с 2003 по 2013 гг.). Рост смертности детей в возрасте 5-9 лет от болезней органов дыхания отмечен в южном регионе (на 44,0%), от болезней нервной системы (на 34,3%) - в центральном регионе. Превышение показателя смертности детей в возрасте 5-9 лет в 1,4 раза аналогичных показателей по РБ отмечено в северном регионе (46,9±6,1‰) (по РБ 33,4±2,0‰). Однако при сравнительном анализе средних в регионах с аналогичными показателями по РБ не выявлено существенных различий.

При снижении с 2002 по 2013 годы смертности детей в 10-14 лет в регионах и по РБ, она выросла среди детей северного (на 14,9%) и северо-восточного (на 18,1%) регионов. Показатель смертности детей в 10-14 лет составил в РБ за 2002-2013 гг. 36,0±1,6‰ с колебаниями по регионам в 1,5 раза от 54,9±5,5‰ (северный регион) до 33,1±2,5‰ (центральный регион). Сравнительный анализ показал, что среднемноголетний показатель смертности у детей 10-14 лет северного региона статистически значимо выше аналогичных показателей центрального региона (p=0,025). В динамике отмечается рост смертности от болезней нервной системы у детей в 10-14 лет центрального региона (на 48,9%); от травм и отравлений - северного (в 2,8 раза), северо-восточного (в 2,2 раза); от новообразований (в 5,1 раза) и от болезней органов дыхания (на 28,2%) - уральского регионов. По РБ отмечен рост смертности в 10-14 лет от болезней органов дыхания (в 2,2 раза) от болезней эндокринной системы (на 67,9%). По остальным классам болезней отмечено снижение уровня смертности.

Доля детей 0-14 лет среди всех умерших по РБ за 2002-2013 гг. составила 1,4% с уровнем смертности 106,9±3,4‰. При общей тенденции снижения уровня смертности детей данной возрастной группы, в целом отмечено увеличение показателя в 2013г. по сравнению с 2012 г. в северном (на 16,8%), северо-восточном (на

40,9%) и незначительно - в уральском регионах. Смертность детей в 0-14 лет в регионах колебалась в пределах 103,2±4,8%ооо (северо-западный) - 138,6±8,1%ооо (северо-восточный). Наиболее неблагополучными по уровню смертности детей в 0-14 года являются северо-восточный (138,6±8,1%ооо), северный регионы (123,6± 8,2% ооо).

Это сельскохозяйственные регионы с благополучной экологической ситуацией, однако, для них характерны более низкие уровни дохода семей, благоустроенности жилищ, социального и медицинского обслуживания. Изучение различий выявило, что среднемноголетний показатель смертности детей 0-14 лет северо-восточного региона статистически значимо выше аналогичных показателей южного (p=0,047) и северо-западного регионов (p=0,026). В динамике за 2002-2013 гг. отмечается рост смертности от ВПР в северо-западном (на 99,4%), уральском (на 65,9%), центральном (на 27,7%), западном (на 27,0%) (по РБ на 31,7%) регионах; от травм, отравлений – в северо-восточном регионе (в 2,6 раза). По остальным классам болезней отмечено снижение уровня смертности. При этом уровень смертности от травм и отравлений детей 0-14 лет значимо выше в северном регионе (34,5±3,7%ооо) аналогичных показателей центрального региона (17,8±1,3%ооо, p=0,002) и превышает среднереспубликанские показатели в 1,7 раза. Показатель смертности от болезней органов дыхания в динамике снизился во всех регионах, однако смертность в уральском регионе в 1,7 раза выше республиканского показателя. Она значимо выше в этом регионе аналогичных показателей центрального и западного регионов (соответственно p=0,000 и p=0,020), а в южном регионе выше (p=0,012), чем в центральном регионе.

Структура причин смерти детей 0-14 лет в регионах различна. Значительный удельный вес занимают травмы, отравления и некоторые последствия воздействия внешних причин – от 16,3% (центральный) до 27,7% (северный) (по РБ 19,6%); ВПР – от 16,1% (северо-восточный) – до 20,4% (западный) (по РБ 19,7%); болезни органов дыхания – от 4,1% (центральный) - до 10,3% (уральский) регионы (по РБ 6,7%). Удельный вес новообразований варьировал от 3,3% (уральский) до 5,1% (южный) регионы (по РБ 4,4%).

В возрастной структуре смертности детей 0-17 лет по РБ по многолетним данным 81,9% от всех умерших составляют дети от 0 до 14 лет, а дети первого года жизни - 51,3% от общего числа умерших детей и подростков до 17 лет. Разброс показателя смертности детей и подростков в возрасте 0-17 лет по регионам составил от 99,4±4,6%ооо (южный) до 138,0±7,4%ооо (северо-восточный) (по РБ 105,2±4,2%ооо). За период наблюдения по уровню смертности на первом месте находился северо-восточный регион, второе место занимал северный регион (125,2± 8,6%ооо), на третьем - уральский регион (116,9±5,0%ооо). И вновь заслуживает внимания тот факт, что в сельскохозяйственных регионах показатели оказались худшими. Возможные причины этой ситуации мы изложили выше. Минимальная смертность детей в 0-17 лет отмечалась в южном регионе (99,4±4,6%ооо) (по РБ 105,2±4,2%ооо). В динамике в целом в возрасте 0-17 лет за анализируемый период наблюдался рост показателей смертности от ВПР в центральном (на 47,9%), западном (на 41,6%), северо-западном (в 2,2 раза), уральском (на 76,7%) регионах и по РБ (на 32,1%). Однако при сравнительном анализе средних показателей смертности от врожденных аномалий не выявлено существенных различий. В северном регионе отмечен значительный рост неточно обозначенных состояний (в 2,5 раза), уральском – от новообразований (на 41,3%). В северо-западном регионе наблюдался рост смертности от болезней нервной системы (на 10,2%) и при сравнительном анализе смертность от данного класса болезней выше в западном регионе аналогичных показателей центрального (p=0,007) и южного регионов (p=0,038).

Структура причин смерти детей и подростков 0-17 лет в регионах различна. На первом месте стоят травмы, отравления и несчастные случаи, их удельный вес варьировал от 25,1% с уровнем смертности 25,8±2,1%ооо (центральный) до 39,0% с уровнем смертности 49±4,2%ооо (северный). В динамике смертность от данной причины снизилась во всех регионах, однако при сравнительном анализе смертность детей и подростков в 0-17 лет в северном регионе оказалась значимо выше аналогичных показателей центрального и западного регионов (соответственно p=0,000 и p=0,025), в северо-восточном выше, чем в центральном регионе (p=0,014). На втором месте находились ВПР, их удельный вес варьировал от 12,6% с уровнем смертности 12,9±1,9%ооо (северо-западный) до 17,4% с уровнем смертности 20,6±1,2%ооо (уральский), кроме северо-восточного региона, где на 2-м месте расположились неточно обозначенные состояния (15,2%). В центральном, северо-западном, западном, северном, уральском и по РБ на третьем месте находились неточно обозначенные состояния. В то же время в южном регионе болезни органов дыхания занимали 3-е место, при этом удельный вес смертности от болезней органов дыхания в регионах варьировал от 4,1% с уровнем смертности 4,2±0,5 (центральный) до 8,7% с уровнем смертности 10,5±1,0%ооо (уральский) (по РБ 5,9% и 6,5±0,5%ооо). Смертность от болезней органов дыхания детей и подростков 0-17 лет выше в уральском регионе аналогичных показателей центрального (p=0,000), западного (p=0,017) регионов, в южном выше, чем в центральном регионе (p=0,026). Далее идут болезни нервной системы, а в центральном и южном регионах – новообразования.

Таким образом, полученные данные также диктуют необходимость дальнейшего углубления исследований по идентификации и количественной оценке факторов риска здоровью для научного обоснования мероприятий по укреплению здоровья детского населения.

Литература

1. Демографический ежегодник России: Москва; Росстат; 2013.

References

1. Demographic Yearbook of Russia: Moskva; Rosstat; 2013 (in Russian).

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ПСОРИАЗА У ДЕТЕЙ В ПРОЦЕССЕ ПРОВОДИМОЙ ТЕРАПИИ

Бабабекова Нигора Бахтияровна
Кандидат медицинских наук, ассистент, Ташкентский педиатрический медицинский институт

THE CLINICAL COURSE OF PSORIASIS IN CHILDREN IN THE COURSE OF THE THERAPY
Bababekova Nigora Bahtiyarovna, PhD, Assistant, Tashkent Pediatric Medical Institute

АННОТАЦИЯ

С целью изучения клиники и показателей индекса PASI в процессе проводимой терапии под наблюдением находились 110 больных детей псориазом в возрасте от 1 до 14 лет. В результате комплексного подхода к лечению псориаза у детей с включением иммуностимулятор Иммунал сокращаются сроки наступления клинической ремиссии, а также сокращается частота и выраженность обострений, что доказано корреляционным анализом показателей индекса PASI и динамики псориатического процесса во всех возрастных группах.

ABSTRACT

To study the clinic and indicators in PASI during the therapy were observed 110 patients with psoriasis in children aged 1 to 14 years. As a result, a comprehensive approach to the treatment of psoriasis in children with the inclusion of an immunostimulant Immunal reduced time the onset of clinical remission, as well as reducing the frequency and severity of exacerbations, as evidenced by correlation analysis of indicators and dynamics of the index PASI psoriatic process in all age groups.

Ключевые слова: псориаз, дети разного возраста, лечение
Key words: psoriasis, children of different ages, treatment

Псориаз является одним из распространенных заболеваний кожи детского возраста и по частоте встречаемости занимает второе место после атопического дерматита [5, с. 85], его удельный вес в структуре детских дерматозов колеблется в пределах от 1 до 8% [2, с.26; 4, с.15].

Клиническое течение псориаза в детском возрасте в отличие от взрослых имеет свои особенности [7, с. 2465], в связи с этим актуальным является изучение особенностей клинического течения псориаза у детей с учетом возрастного аспекта.

Известно, что в патогенезе псориаза особое место отводится роли наследственности, нарушению микроциркуляции, вирусным, инфекционно-аллергическим факторам, иммунным, нейроэндокринным, биохимическим, обменным и другим нарушениям [6, с. 9], однако, ни одна из этих причин не являются общепризнанными.

В литературе отсутствуют сведения об исследовании особенностей течения псориаза у детей в возрастном аспекте с учетом активности, тяжести течения процесса.

Материалы и методы исследования: под наблюдением находились 110 больных детей псориазом в возрасте от 1 до 14 лет, из них девочек было 63 (57,3%), мальчиков – 47 (42,7%). Дети были разделены на три группы: в возрасте до 3 лет было 6 (5,5%) больных, от 3 до 7 лет – 20 (18,2%) и от 7 до 14 лет - 84 (76,4 %) больных.

Все проводился клинический осмотр патологического процесса, определялись; распространенность, симметричность, преимущественное расположение и характер высыпаний у детей, больных псориазом. При постановке диагноза использовались диагностические критерии: симптомы стеаринового пятна, терминальной пленки, кровяной росы, изоморфной реакции Кёбнера. Диагноз псориаз был выставлен на основания X пересмотра международной классификации болезней МКБ-10. шифр L 40.

Оценка клинических особенностей течения псориаза у детей, разных возрастных групп проводилась методом PASI - Psoriasis Area and Serverite Index (Индекс площади псориатических поражений и тяжести кожного процесса) [1, с. 108].

В зависимости от проводимой терапии больные были распределены на 2 группы. В I группе больным (32) была проведена традиционная медикаментозная терапия. Во II группе больных (46), кроме общепринятой базисной медикаментозной терапии, был назначен иммуностимулятор растительного происхождения Echinacea purpurea – Иммунал. Препарат является продукцией фармацевтической компании ЛЕК (Словения). Препарат выпускается в форме раствора и таблеток для приема внутрь. 1 таблетка содержит высушенный сок травы эхенацеи пурпурной 80 мг, 1 мл раствор препарата содержит сок травы эхинацеи пурпурной 0,8 мл.

Препарат назначался в форме раствора детям в возрасте от 1 года до 6 лет по 1 мл 3 раза в сутки, от 6 до 12 лет по 1,5 мл 3 раза в сутки и подросткам старше 12 лет по 2,5 мл 3 раза в сутки. Перед приемом необходимое количество капель разводиться в небольшом объеме воды. В форме таблеток назначается детям в возрасте от 4 до 6 лет по 1 таб. 1-2 раза в сутки, от 6 до 12 лет по 1 таб. 3 раза в сутки, взрослым и подросткам старше 12 лет по 1 таб. 3-4 раза в сутки. [3, с. 73]

Продолжительность приема составило от 2 до 4 недель в зависимости от достижения клинического эффекта.

Результаты исследования. От полученного рационального метода лечения у 6 (5,5%) детей, больных псориазом, в раннем детском возрасте на 3-4 сутки отмечалась остановка роста папулезных элементов, наблюдалось наличие псевдоатрофического ободка Воронова, побледнение, очищение элементов от чешуек. В последующем, элементы, рассасываясь, теряли четкость и очерченность, прекратились субъективные жалобы. Наблюдалось отсутствие свежих элементов высыпаний, классический феномен псориатической триады и феномен Кебнера были отрицательными. В данном возрастном периоде

раннее начало разрешение псориатического процесса наблюдалось со стороны волосистой части головы, лица и в последующем со стороны элементов, расположенных на туловища и конечностей.

Динамика развития индекса PASI в конце проводимого лечения имела снижение до 5,15±0,30 балла, тогда как при поступлении среднее значение составило 16,0±1,24.

У детей, больных псориазом, в возрастной группе от 3-7 лет у 1 (0,9%) больного с легкой степенью течения, получавшего традиционное медикаментозное лечение, исходное значение индекса PASI при поступлении составляло 8,1 балла, постепенно снижаясь к концу 2 недели, доходило до 3,8 балла.

В результате проводимого лечения у 14 (12,7%) детей со среднетяжелой степенью тяжести течения болезни в конце 3 недели исходное значение индекса PASI от 15,26±2,26 - до лечения достоверно снизилось до 6,72± 1,07 балла, тогда как после проведенного рационального лечения этот показатель индекса PASI составил 4,61±0,68 баллов. У 13 (11,8%) детей наблюдалось тяжелое течение болезни. Если в этой группе больных до лечения индекс PASI составлял 38,44±2,35 балла, после традиционной терапии его значение снижалось до 8,7±2,68 балла, а при рациональной терапии до 4,36±0,75 значений соответственно.

Динамика развития снижения индекса PASI коррелировали с положительной динамикой клиники псориаза. При этом появление новых элементов высыпаний, их периферический рост и интенсивность зуда уменьшались, и эти изменения на 5-6 сутки полностью приостановились. Относительно замедленным была динамика у детей, больных псориазом с экссудативной (1) и бляшечной формой болезни (2). Следует отметить, что вышеуказанные изменения были более существенными в группе детей, где была проведена рациональная терапия, и регресс псориатического процесса наступал на 2-3 недели.

В возрастной группе 7-14 из 76 детей, больных псориазом, у 5 (4,5%) больных с легкой степенью тяжести течение болезни до лечения индекс PASI в конце 3 недели составил 9,09±0,74 баллов. Из них у 2 больных после проведенного традиционного лечения исходное значение индекса PASI снизилось и составляло 5,87±0,94 баллов. После рациональной терапии у 3 больных значение индекса PASI было снижено до уровня 5,10±0,44 баллов.

Со среднетяжелой степенью течения у 54 (49,1%) детей, больных псориазом, индекс PASI оставался в высоких значениях как после проведенной традиционной (14,85±1,35), так и после рациональной (13,84±0,62) терапии. Совершенно иная картина наблюдалась со стороны группы больных (17;15,5%) с тяжелым течением болезни. При этом до лечения значение индекса PASI составляло 42,75±5,64 баллов. После проведенной традиционной терапии показатель индекса PASI снижался до 14,21±0,52, после рациональной терапии до 12,81±0,60 значений.

В результате проведенной терапии у детей со среднетяжелой и тяжелой степенью течения псориаза, отмечалась стабилизация кожного процесса на 5-7 сутки, а в последующие 2-3 недели - регрессирование псориатического процесса до рассасывания элементов высыпания. В данной группе больных заметное начало разрешение процесса прослеживалось со стороны туловища, конечностей и волосистой части головы. Замедленное разрешение наблюдалось со стороны складок и кожи лица.

Таким образом, во всех возрастных группах показатели индекс PASI коррелировали с динамикой псориатического процесса, при этом стабилизация, разрешение и, наконец, регрессирование кожного патологического процесса наступили в ранние сроки у детей, получавших рациональную терапию по сравнению с группой детей, получавших традиционную терапию.

Выводы:

1. Псориатический процесс у детей 1-3 года носит распространенный характер, высыпания имеют каплевидную (66,6%) и нуммулярную формы (33,3%), в возрасте 3-7 лет процесс протекает в виде каплевидной (46,4%), реже нуммулярной (21,4%), бляшечной (21,4%), ладонно-подошвенной (10,7%) и экссудативной (3,6%) форм, тогда как в 7-14 лет преобладают высыпания бляшечной (43,4%) и каплевидной (34,2%) формами, реже нуммулярной, экссудативной, ладонно-подошвенной, интертригинозной и эритродермической формами.
2. В результате комплексного подхода лечения псориаза у детей с включением иммуностимулятор Иммунал сокращаются сроки наступления клинической ремиссии, а также сокращается частота и выраженность обострений, что доказано корреляционным анализом показателей индекса PASI и динамики псориатического процесса во всех возрастных группах.

Список использованной литературы

1. Адаскевич В.П. /Диагностические индексы в дерматологии. /М.: Медиасфера, 2004. – С. 107-109.
2. Дмитрук В.С., Зуев А.В., Солятова В.М. и др. /Изучение спектра кожи у больных псориазом. / Клиническая дерматология и венерология. - 2011. - № 2. – С. 25-27.
3. Корсун В.Ф., Корсун Е.В. Препараты эхинацеи в клинической практике.// Врач. – 2008. - № 2. – С. 71-73.
4. Курбанова Н.К., Мирхамидова Н.В., Шураева С.А. /Состояние цитокинового статуса и эндогенной интоксикации у больных псориазом. / Дерматовенерология и эстетическая медицина. - 2009. - №3. – С. 15-18
5. Приятинская В.А., Карякина Л.А., Приятинская А.Б. /Псориаз. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. /Клиническая дерматология и венерология. - 2011. - № 1. – С. 83-90.
6. Рахматов А.Б., Мирхамидова Н.В. Эпидемиология псориаза в Узбекистане и перспективы его лечения. // Дерматовенерология и эстетическая медицина. - 2009. - № 1. – с. 8 – 10.
7. Ali E. /Protetive effects of Echinacea on cyproterona acetate induced live damage in male rats / Pak. J. Biol. Sci. – 2008.- vol. 11.- № 21. – P. 2464 - 2471.

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ КРЫС ПРИ ИЗБЫТОЧНОМ ПОТРЕБЛЕНИИ ПАЛЬМОВОГО МАСЛА

Бибик Елена Юрьевна
доктор мед.наук, профессор, заведующая кафедрой фундаментальной и клинической фармакологии ГУ «Луганский государственный медицинский университет», Луганская народная республика
Шипилова Наталья Владимировна
ассистент кафедры технологии лекарств, организации и экономики фармации ГУ «Луганский государственный медицинский университет», Луганская народная республика
Романенко Дарина Вячеславовна, Решетило Наталья Владимировна, Гайворонская Юлия Вадимовна
ассистенты кафедры фундаментальной и клинической фармакологии ГУ «Луганский государственный медицинский университет», Луганская народная республика

Bibik ElenaYr'evna, Doctor of Medical Science, Professor, Head of the Department of Fundamental and Clinical Pharmacology SE "Lugansk State Medical University", People's Republic of Lugansk
Romanenko Darina Vyacheslavovna, Assistant of the Department of Fundamental and Clinical Pharmacology, SE "Lugansk State Medical University", People's Republic of Lugansk
Shipilova NataliaVladimirovna, Assistant, Chair of drug technology, organization and economics of pharmacy, SE "Lugansk State Medical University", People's Republic of Lugansk
Reshetilo NataliaVladimirovna, Assistant of the Department of Fundamental and Clinical Pharmacology, SE "Lugansk State Medical University", People's Republic of Lugansk
Gaivoronskaya Julia Vadimovna, Assistant of the Department of Fundamental and Clinical Pharmacology, SE "Lugansk State Medical University", People's Republic of Lugansk

В настоящее время алиментарное ожирение представляют собой одну из наиболее актуальных проблем современной медицины. К сожалению, до сих пор сохраняется тенденция к увеличению во всем мире лиц, страдающих избыточным весом. Пищевое пальмовое масло является основой для многих продуктов питания: сгущенного молока, маргарина, майонеза, кондитерских изделий, детских молочных смесей и др..

В связи с вышесказанным достаточно актуальным является интерес к изучению влияния избыточного количества рафинированного пальмового масла и дальнейшее исследование развития нарушений биохимических показателей углеводного и липидного обмена.

Цель исследования – изучение влияния избыточного потребления пальмового масла на уровень глюкозы, общего холестерина, триглицеридов и липопротеидов у животных различных периодов онтогенеза в эксперименте.

Материалы и методы исследования. Нами были отобраны 150 белых нелинейных крыс (по 50 особей неполовозрелые, половозрелые и крысы старческого возраста). В качестве экспериментальной модели алиментарного ожирения служил патологический процесс, который развивался у животных при введении в рацион питания суточной дозы пальмового масла в расчете 30 г/кг массы тела на протяжении 6 недель. Данная экспериментальная модель привела ко II-III стадии алиментарного ожирения.

Результаты исследования. Установлено, что уровень глюкозы и холестерина в крови неполовозрелых крыс опытной группы увеличился более чем в 2 раза в сравнении с аналогичными показателями животных интактной серии. Проведенные нами экспериментальные исследования позволяют сделать вывод о том, что употребление рафинированного пальмового масла приводит к увеличению массы тела, а также влияет на показатели углеводного и липидного обмена, вызывая тем самым метаболические нарушения. Это, может служить пусковым механизмом возникновения метаболического синдрома как у детей и взрослых, так и у лиц пожилого возраста.

ЭНДОБРОНХИАЛЬНАЯ УЛЬТРАСОНОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЛЕГКИХ

Вакурова Елена Сергеевна
Кандидат мед. наук, старший научный сотрудник отделения эндоскопии ФГБНУ РОНЦ им.Н.Н. Блохина, г. Москва
Унгиадзе Гурам Вахтангович
Доктор мед. наук, профессор, зав.отделением эндоскопии, ФГБНУ РОНЦ им.Н.Н. Блохина, г. Москва

ENDOBRONCHIAL ULTRASONOGRAPHY IN THE DIAGNOSIS OF PERIPHERAL LESIONS OF LUNGS
Vakurova Elena S., Candidate of Medical Sciences, senior research assistant of Endoscopy Department N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center, Moscow

Ungiadze Guram V., M.D, professor, chief of Endoscopy Department N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center, Moscow

АННОТАЦИЯ

Цель. Оценить эффективность эндобронхиальной ультрасонографии в диагностике периферических образований легких.

Материал и методы. В анализ включено 70 пациентов (48 мужчин и 22 женщины) которым выполнено эндобронхиальное ультразвуковое исследование радиальным мини-зондом (частота сканирования 20 МГц) с последующей трансбронхиальной биопсией визуализируемых образований легких.

Результаты. Используя радиальный мини-зонд, вводимый в рабочий канал бронхоскопа, удалось визуализировать патологические образования и выполнить трансбронхиальную биопсию легких в 67 (95,7%) из 70 случаев. У трех пациентов (4,3%) выявлены воспалительные и фиброзные изменения в легких. В большинстве случаев был верифицирован рак легкого (43/67), у 10 – другая патология. Суммарная эффективность трансбронхиальной биопсии легких составила 79,1% (53 пациента). У 14 больных (20,9%) – материал не информативный.

Выводы. Эндобронхиальная ультрасонография является эффективным методом визуализации периферических новообразований легких. Прогностическими факторами эффективности биопсии являются: размеры образования > 20 мм, наличие дренирующего бронха по данным КТ, центральное положение мини-зонда относительно образования.

Ключевые слова: эндобронхиальная ультрасонография, периферические образования легких, трансбронхиальная биопсия.

ABSTRACT

Objective. To evaluate the effectiveness of endobronchial ultrasonography in the diagnostics of peripheral lesions of lungs.

Material and methods. The analysis included 70 patients (48 men and 22 women) who underwent endobronchial ultrasound study using radial mini-probe (scanning frequency 20 MHz) with subsequent transbronchial biopsy of visualized lesions in lungs.

Results. Using the radial mini-probe entered into operator channel of bronchoscope, we managed to visualize pathological lesions and to perform transbronchial biopsy of lungs in 67 (95.7%) out of 70 cases. In three patients (4.3%) we detected inflammatory and fibrous changes in the lungs. In majority of cases we verified the lungs cancer (43/67); in 10 patients we verified another type of pathology. Total effectiveness of transbronchial biopsy of lungs was 79.1% (53 patients). In 14 patients (20.9%) the material was not informative.

Conclusions. Endobronchial ultrasonography is an effective method for visualization of peripheral neoplasms of the lungs. Prognostic factors of biopsy effectiveness are: size of the lesion > 20 mm, presence of draining bronchus based on CT data, central position of mini-probe relative to the lesion.

Key words: endobronchial ultrasonography, peripheral neoplasms of the lungs, transbronchial biopsy.

В начале XXI века рак легкого в большинстве развитых стран продолжает оставаться наиболее распространенной злокачественной опухолью. В России, в структуре заболеваемости мужского населения, эта патология занимает 1-е ранговое место [1, с.95-99]. В мире рак легкого остается одной из основных причин смерти онкологических больных. В структуре собственно рака легкого особое место занимают периферические опухоли.

Периферический рак легких по данным компьютерной томографии характеризуются наличием шаровидного образования, локализующегося в легочной паренхиме. Длительное бессимптомное течение, отсутствие каких-либо патогномоничных признаков на начальном этапе заболевания делает раннюю диагностику исключительно сложной. Верификация периферических новообразований легких представляет сложную задачу, частично из-за их расположения, частично из-за небольшого размера. Эффективность эндоскопической трансбронхиальной биопсии легкого, выполняемой при бронхологическом исследовании даже при рентгеноскопическом контроле, не превышает 40% [2, с.131-148].

С внедрением эндосонографических радиальных датчиков стало возможным выполнение эндобронхиальной ультрасонографии (EBUS) с точным позиционированием и биопсией периферических образований легких. Однако показатели эффективности трансбронхиальных биопсий при ультразвуковой навигации, по данным разных авторов, значительно варьируют – от 46 до 77 % [3, с.972-975]. Чувствительность метода зависит от размеров опухоли и от местоположения ультразвукового зонда относительно опухоли. Так при размере опухоли менее 10 мм чувствительность составляет 45%, от 10 до 30 мм – 76%, свыше 30 мм – 92%. При расположении ультразвукового зонда в области поражения диагноз верифицирован у 87% пациентов. Если зонд локализуется рядом с поражением – верификация уменьшается до 42% [4, с.959-965]. В нашем исследовании мы хотели оценить эффективность эндобронхиальной ультрасонографии в диагностике периферических новообразований легких.

Материал и методы

В анализ включено 70 пациентов, которым было выполнено эндобронхиальное ультразвуковое исследование с использованием радиального мини-зонда с частотой сканирования 20 МГц. Характеристика больных, включенных в исследование, приведена в таблице 1.

Перед исследованием определялось предполагаемая локализация образования на основании данных КТ или ПЭТ/КТ. Исследование выполнялось под местной анестезией (sol. Lidocaini 2%) гибким эндоскопом фирмы Olympus.

Во время исследования в рабочий канал бронхоскопа проводился ультразвуковой мини-зонд радиального сканирования с частотой 20 МГц (Olympus UM-4R, внешний диаметр 2.0 мм). Осуществлялось последовательное сканирование субсегментарных бронхов, проходящих через опухолевое образование или максимально близко от него. При визуализации опухоли, после извлечения ультразвукового зонда, проводилась трансбронхиальная биопсия опухоли.

Таблица 1

Характеристика больных

Параметр	Значение
Число пациентов	70
Мужчины/женщины	48/22
Средний возраст	61,8+/-12,2
Размеры образования, мм (данные КТ) максимальный минимальный	 38,4+/-19,5 29,0+/-16,0
Локализация образования верхняя доля правого легкого верхняя доля левого легкого нижняя доля правого легкого нижняя доля левого легкого средняя доля	 32 10 10 9 9

Результаты

С помощью EBUS удалось определить местоположение патологического образования и выполнить трансбронхиальную биопсию легких в 67 (95,7%) из 70 случаев. У трех пациентов (4,3%) выявлены воспалительные и фиброзные изменения в легких. В большинстве случаев был верифицирован рак легкого: плоскоклеточный рак – 17, аденокарцинома – 22, мелкоклеточный рак – 2, бронхоальвеолярный рак – 2. Другие: гранулематозные изменения – 4, гамартома – 2, метастаз меланомы – 1, рака толстой кишки – 2, метастаз фиброгистиоцитомы мягких тканей бедра – 1. (рис. 1-3). Суммарная эффективность трансбронхиальной биопсии легких составила 79,1% (53 пациента). У 14 больных (20,9%) – материал не информативный.

Из 67 пациентов у 25 (37,3%) взят материал для гистологического исследования. Диагноз подтвержден у 11 человек. Катетеризация с забором аспирата выполнена у всех пациентов (100%). Диагноз подтвержден у 54 пациентов (80,6%). Браш-биопсия выполнена у 59 (88%)пациентов. Диагноз подтвержден у 51 (86,4%) человека.

В таблице 2 показано влияние эндосонографических параметров образований на информативность биопсии.

Таблица 2

Влияние эндосонографических параметров образований на информативность биопсии

Параметр	Информативность биопсии	
	Информативна	Неинформативна
Размер образования, мм > 20 (49/67) ≤ 20 (18/67)	 45 13	 4 5
Наличие дренирующего бронха по данным КТ (45/67)	42	3
Центральное положение датчика относительно образования (38/67)	37	1
Краевое положение датчика относительно образования (29/67)	16	13

Заключение

Эндобронхиальная ультрасонография является эффективным и безопасным методом контроля эндоскопической биопсии легкого при периферических образованиях легкого.

Прогностическими факторами эффективности биопсии являются: размеры образования > 20 мм, наличие дренирующего бронха по данным КТ, центральное положение мини-зонда относительно образования.

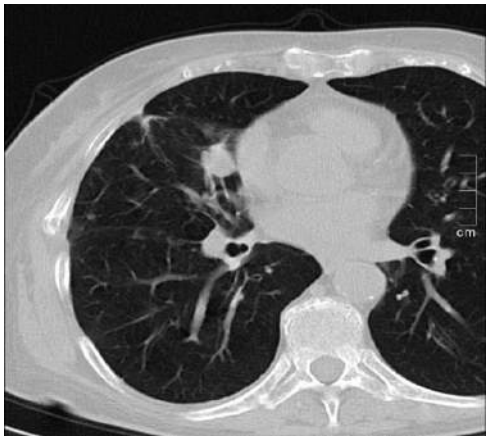


Рис. 1. Компьютерная томография пациентки 75 лет: периферическое образование медиального сегментарного бронха (S5) средней доли правого легкого 2,2х1,8 см

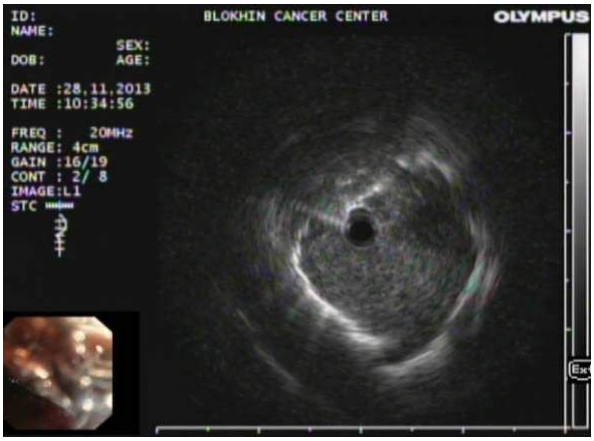


Рис. 2. Эндосонографическая картина периферической опухоли в S5 средней доли правого легкого. Образование с четкими контурами, однородной структуры.

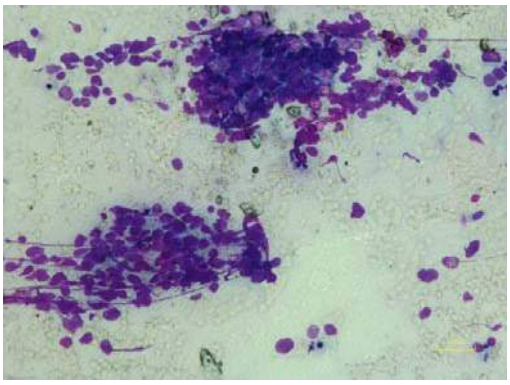


Рис. 3. Цитограмма трансбронхиальной биопсии легких. Мелкоклеточный рак.

Литература

1. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Злокачественные новообразования в России и странах СНГ в 2001 г. М.2003, с.95-99.
2. Rivera M.P., Mehta A.C. Initial diagnosis of lung cancer: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. //Chest.-2007. – Vol.132. – P.131-148.
3. Herth F., Ernst A. Endobronchial ultrasound (EBUS) guided transbronchial lung biopsy in solitary pulmonary nodules and peripheral lesions //Eur. Respir.J. – 2002. – Vol.20. – P.972-975.
4. Kurimoto N., Miyazawa T. Endobronchial ultrasonography Using Guide Sheath Increases the ability to diagnose peripheral pulmonary lesions endoscopically. // Chest.-2004. – Vol.126. – P.959-965

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РЕТИНОБЛАСТОМОЙ В МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ С 1964 ПО 2014 ГОДЫ

Гришина Елена Евгеньевна
д.м.н., профессор, ГБУЗ МО МОНИКИ им.М.Ф.Владимрского, г.Москва
Таранникова Светлана Викторовна
м.н.с., ГБУЗ МО МОНИКИ им.М.Ф.Владимрского, г.Москва

RETINOBLASTOMA INCIDENCE IN MOSCOW REGION FROM 1964 TO 2014.

Grishina Elena - Doctor of Medical Sciences, Professor, M.F. Vladimirsrky Moscow Regional Clinical and Research Institute, Moscow
Tarannikova Svetlana - Junior research fellow, M.F. Vladimirsrky Moscow Regional Clinical and Research Institute, Moscow

АННОТАЦИЯ

Цель – изучение эпидемиологии ретинобластомы в Московской области с 1964 по 2014 годы.

Материал и методы: ретроспективный анализ историй болезни и амбулаторных карт больных ретинобластомой, проживающих на территории Московской области и состоящих на учете в Московском областном онкологическом диспансере г.Балашиха.

Результаты: за период 1964 - 2014г.г. в Московской области выявлено 67 пациентов, страдающих ретинобластомой. За последние два десятилетия отмечается тенденция к увеличению выявляемости данной патологии. По половому признаку преобладают девочки. Процент заболеваемости наиболее высок у детей в возрасте до 6 лет (89,6%), с преобладанием в период от 3лет 1мес до 6 лет (41,8%). Монолатеральная форма ретинобластомы составила 3/4 от всех выявленных случаев. Смертельный исход только в 1% случаев. Высока выживаемость.

Выводы: Относительно благоприятный прогноз для жизни у пациентов, страдающих ретинобластомой. В настоящий момент ведется тщательная оценка состояния здоровья пациентов, получивших лечение по поводу ретинобластомы в детском возрасте.

Ключевые слова: ретинобластома, эпидемиология, Московская область

ABSTRACT

Purpose – to study the epidemiology of retinoblastoma in the Moscow region from 1964 to 2014.

Materials and methods: Retrospective analysis of medical history of patients with retinoblastoma living in Moscow region and registered in the Moscow Regional Oncological Center in Balashikha.

Results: 67 patients with retinoblastoma were detected by this method from 1964 to 2014. Diagnostics of this pathology increased during the last 20 years. There were more girls than boys. Children under 6 years of age had high percent of disease (89,6%), mainly in period 3 years 1 month – 6 years. The monolateral form of retinoblatoma made up 3/4 from all cases. The lethal outcome was 1%. The survival of retinoblastoma patients is high.

Conclusions: Patients with retinoblastoma have a rather favorable prognosis for life. Now we are carefully studing health of the patients with retinoblastoma who received treatment in childhood.

Key words: retinoblastoma, epidemiology, Moscow region

Актуальность.

Ретинобластома – это злокачественная быстрорастущая опухоль сетчатой оболочки глаза, исходящая из тканей эмбрионального происхождения (внутреннего листка глазного бокала) - нейроэпителия.

По данным Европейской ассоциации офтальмологов (2003г.), частота ретинобластомы в популяции составляет 1 на 10 000 - 13 000 живых новорожденных и с каждым годом отмечается тенденция к увеличению заболеваемости.

Среди врожденных заболеваний глаз ретинобластома занимает примерно 0,7%, а среди всех злокачественных опухолей детского возраста от 1,1 до 3,8% [1]. Среди всех внутриглазных опухолей у детей, частота ретинобластомы достигает 31,7 - 35%, а среди злокачественных внутриглазных опухолей - 90 -95% [2, 3, 4, 5]

Цель исследования.

Целью нашего исследования явилось изучение эпидемиологии заболеваемости ретинобластомой в Московской области с 1964г. по 2014год. В период с 1964 по 1973г. обнаружено 2 случая заболеваемости ретинобластомой, с 1974 по 1983г – 6 случаев, с 1984 по 1993г- 5 случаев, с 1994 по 2003г. – 23 случая и в период с 2004 по 2014г. – 31 случай.

Материал и методы.

Нами ретроспективно изучены истории болезни и амбулаторные карты больных, проживающих на территории Московской области, прошедших обследование и лечение по поводу ретинобластомы и находящихся на учете в Московском областном онкологическом центре г.Балашиха.

Результаты.

За период 1964-2014г.г. выявлено 67 пациентов с ретинобластомой, проживающих в Московской области. Следует отметить, что распространенность заболеваемости преобладает в Северо-восточных районах области.

Среди больных обнаружено 28 (41,8%) мальчиков и 39 (58,2%) девочек. Степень риска заболеваемости наиболее высокая у жителей городов 48 (71,6%) по сравнению с проживающими в сельской местности 19 (28,4%).

Больных детей до 1 года выявлено 12 (17,9%), от 1г.1мес до 3 лет 20 (29,9%), от 3лет 1мес до 6 лет 28 (41,8%), старше 6 лет 7 больных (10,4%). Возраст самого маленького пациента составлял 10дней, самого старшего - 15.5лет. Средний возраст больных во время выявления был 3 года.

Монолатеральная ретинобластома диагностирована у 50 больных (74,6%), билатеральная форма ретинобластомы - у 17 (25,4%).

У двух детей отмечен выход опухоли за пределы фиброзной капсулы глаза и у одного ребенка в процесс вовлечен начальный отдела зрительного нерва. У одного пациента опухоль из орбиты распространилась в клетки решетчатого лабиринта

За этот период проведено 53 энуклеации глазного яблока.

За указанный период наблюдения по данным онкодиспансера от основного заболевания умер 1 ребенок в возрасте 6лет через 3,5 года с момента выявления. У ребенка диагностирована билатеральная форма ретинобластомы, быстропрогрессирующая, с разрушением костных стенок орбиты, с прорастанием в клетки решетчатого лабиринта.

Выводы и обсуждения.

Проанализировав полученные данные, можно сделать вывод, что за последние 20лет в Московской области отмечаются высокие показатели выявляемости заболеваемости ретинобластомой среди детского населения, что может быть связано с улучшением качества диагностики в крупных городах, укомплектованностью и оснащением медицинских учреждений современным высокоэффективным диагностическим оборудованием.

Преобладание распространенности в Северо-восточных районах Московской области можно связать с высокой плотностью населения и наличием крупных промышленных предприятий.

Высокий процент заболеваемости ретинобластомой среди городского населения может быть связан с лучшим качеством диагностики, а также с экологической ситуацией.

Ретинобластома встречается, как правило, у детей младшего возраста. Возраст больных к моменту диагностики колебался от 10дней жизни до 16 лет. Подавляющее большинство составляли дети в возрасте до 6 лет (89,6%), что объясняется происхождением этой опухоли из незрелых клеток нейроэпителия и не противоречит данным российской и зарубежной статистики [4, 5, 6]. Процентные соотношение по половому признаку практически равнозначное, но в нашем случае отмечено незначительное преобладание девочек (58,2%).

За последние 50лет в Московской области преобладает монолатеральная форма ретиноблатомы и составляет 3/4 от всех выявленных случаев.

Отмечается относительно благоприятный прогноз для жизни. В настоящий момент ведется тщательная оценка состояния здоровья пациентов, получивших лечение по поводу ретинобластомы в детском возрасте.

Список литературы

1. Аветисов Э.С., Ковалевский Е.И., Хватова А.В. Руководство по детской офтальмологии. - М.: Медицина, 1987.
2. Бровкина А.Ф. Офтальмоонкология: Руководство для врачей. - М.: Медицина, 2002
3. Поляков В.Г. Ретинобластома у детей / Энциклопедия клинической онкологии. – М.: Издательская группа РОНЦ, 2004
4. Саакян С.В. Ретинобластома (Клиника, диагностика и лечение). – М.: Медицина, 2005
5. Schefler AC, Abramson DH. Retinoblastoma: what is new in 2007-2008. Curr Opin Ophthalmol. 2008 Nov;19(6):526-34
6. Chu-Ling Yu, Margaret A. Tucker, David H. Abramson, Kyoji Furukawa, Johanna M. Seddon, Marilyn Stovall, Joseph F. Fraumeni, Jr, and Ruth A. Kleinerman Cause-Specific Mortality in Long-Term Survivors of Retinoblastoma, J Natl Cancer Inst. 2009 Apr 15; 101(8): 581–591.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЭРИТРОЦИТОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА НА ФОНЕ МИКРОБИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА

Ахмедова Ш. У.
кандидат мед. наук, доцент Ташкентского Педиатрического Медицинского Института. г.Ташкент, Узбекистан
Абдуллаева О. И.
ассистент Ташкентского Педиатрического Медицинского Института. г.Ташкент, Узбекистан
Даминова М. Н., Алиева Г. Р., Ибрагимова Х. Н.
кандидаты мед. наук, доценты Ташкентского Педиатрического Медицинского Института. г.Ташкент, Узбекистан

FUNCTIONAL STATE OF ERYTHROCYTES IN CHILDREN AND TEENAGERS WITH TYPE 1 DIABETES ON THE BACKGROUND OF INTESTINAL MICROBIOCENOSIS

Akhmedova SH. U candidate of medical sciences, associate professor of the Tashkent Pediatric Medical Institute. Tashkent, Uzbekistan
Daminova M. N candidate of medical sciences, associate professor of the Tashkent Pediatric Medical Institute. Tashkent, Uzbekistan
Abdullayev O. I assistant Tashkent Pediatric Medical Institute. Tashkent, Uzbekistan
Aliyev G. P candidate of medical sciences, associate professor of the Tashkent Pediatric Medical Institute. Tashkent, Uzbekistan
Ibragimov Kh N candidate of medical sciences, associate professor of the Tashkent Pediatric Medical Institute. Tashkent, Uzbekistan

АННОТАЦИЯ

В статье приведены данные об общих показателях крови, о функциональном состоянии эритроцитов у детей и подростков с сахарным диабетом 1 типа на фоне микробиоценоза кишечника. Показано, что низкое содержание гемоглобина в эритроцитах снижает их адсорбирующую способность, и этот феномен может быть использован как критерий определяющий состояние неспецифических факторов защиты организма. У детей сахарный диабет 1 типа часто осложняется диареей. С целью предупреждения развития иммунодефицитного состояния на фоне дисбактериоза необходимо вовремя восстановить нормальную микрофлору кишечника с применением эубиотиков.

ABSTRACT

The article presents data on general indicators of blood, the functional state of erythrocytes in children and adolescents with type 1 diabetes on a background of the gut microbiota. It is shown that low levels of hemoglobin in red blood cells reduces their absorption capacity, and this phenomenon can be used as a criterion for determining the state of nonspecific factors of defense. In children, type 1 diabetes is often complicated by diarrhea. In order to prevent the development of immunodeficiency in the background of dysbiosis is necessary during restore normal intestinal microflora with eubiotics.

Ключевые слова: Эритроциты, дети, подростки, Сахарный диабет 1 типа, микробиоценоз кишечника, пробиотик, энтерол.

Key words: erythrocytes, children, adolescents, Type 1 diabetes, microbiocenosis intestine, probiotic enterol.

Сахарный диабет (СД) остается острой проблемой современной медицины, несмотря на несомненные успехи в изучении патогенеза и лечения этого заболевания [1]. При этом фактическая распространенность заболевания выше в 3–4 раза. В мировом масштабе наблюдается тенденция к росту заболеваемости СД. Ожидается, что к 2025 году число больных диабетом возрастет до 300 миллионов человек (5,4 % общей популяции), ежегодный прирост составляет около 5–5,5 миллиона человек. Риск развития кардиоваскулярных осложнений (острый коронарный синдром, острое нарушение мозгового кровообращения) в 6 раз выше у больных СД, чем у лиц, не имеющих его [2]. В процесс также часто вовлекается кишечник. Однако эпидемиология и варианты вовлечения кишечника исследованы существенно меньше. [3].

Поражение органов пищеварения является частым (от 30 до 83%) и серьезным осложнением СД. [4].В настоящее время особое внимание клиницистов привлечено к проблеме патологии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) при СД. Это связано с тем, что благодаря более глубокому изучению патофизиологии и классификации симптомов СД была определена патогенетическая связь этого заболевания с желудочно-кишечной симптоматикой. Большинство исследователей чаще всего связывают желудочно-кишечную симптоматику СД с диабетической автономной нейропатией (ДАН). Одной из важнейших функций нормальной микрофлоры кишечника является непосредственное участие в формировании иммунологической реактивности организма. Собственные микроорганизмы полостей человека стимулируют лимфоидный аппарат, синтез иммуноглобулинов, увеличивают уровень пропердина и комплемента, повышают активность лизоцима и т.п. [5].

Проявление симптомов меняется в широких пределах и затрагивает весь ЖКТ. Естественно при нарушении микробиоценоза кишечника первым страдает иммунная система. Уменьшение количества микробов антагонистов приводит к нарушению витаминного баланса группы В и К, которое влияет на функциональное состояние эритро-

цитов. Однако остаётся неизученным функциональное состояние эритроцитов у детей и подростков с сахарным диабетом 1 типа на фоне микробиоценоза кишечника.

Цель исследования. Изучение функционального состояния эритроцитов у детей и подростков с сахарным диабетом 1 типа на фоне микробиоценоза кишечника.

Материалы и методы исследования. Представлены результаты клинико-бактериологического обследования 33 детей с сахарным диабетом 1 типа, в возрасте от 4 до 15 лет, находящихся под наблюдением у эндокринологов. Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц. Диагноз СД 1 типа верифицировали с учетом клинических признаков периодической гипергликемии (повышенная потребность в жидкости, полиурия, эпизоды сухости во рту), анамнестических данных (перенесенные эпизоды кетоацидоза или кетоацидотическая кома, абсолютная зависимость от инсулинотерапии, установленный ранее клинический диагноз СД 1 типа).

Микрофлору толстой кишки исследовали по методическим рекомендациям А.З.Смолянской (1984) и Н.М.Грачевой и соавт. (1986), модифицированным в отделе микробиологии научно-диагностического центра ТМА. Состояние кишечной микрофлоры и выраженность дисбиотических сдвигов оценивали по общепринятым критериям деления нарушений микробиоценоза кишечника [5]. Изучены состав микрофлоры кишечника, гематологические показатели крови и адсорбирующая способность эритроцитов. Результаты работы обработаны методами параметрической статистики с помощью пакета программ Excel, адаптированных для медикобиологических исследований. Результаты работы обработаны методами параметрической статистики с помощью пакета программ Excel, адаптированных для медикобиологических исследований.

Результаты и обсуждение. Начало заболевания у всех больных детей было постепенным, появлялись жалобы на снижение аппетита, вялость, общую слабость. В 18(54,5%) случаев отмечены жалобы на боли в животе, урчание по ходу кишечника. В большинстве случаев появлялся учащенный жидкий стул с примесями слизи. При изучении микробиоценоза кишечника у всех обследованных нами детей, больных сахарным диабетом 1 типа выявлены, изменения в составе кишечной флоры выраженного или умеренного характера. Лишь у 5 (15,2%) имелись незначительные дисбиотические отклонения. При медленно-прогрессирующей стадиях сахарного диабета 1 типа независимо от клинической стадии заболевания отмечались незначительные дисбиотические изменения.

При анализе количественного и качественного состава микрофлоры кишечника у детей, больных сахарным диабетом 1 типа, обнаружено выраженное снижение бифидобактерии - на 7,45±0,15 lg КОЕ/г (P<0,001), аналогичные изменения наблюдались и с лактобациллами, что отразилось и на общем количестве анаэробов. Выявленный дефицит анаэробов отразился и на аэробной части микробиоценоза кишечника. Наиболее характерным явилось уменьшение количества лактозопозитивных кишечных палочек до 7,39±0,015 lg КОЕ/г на фоне резкого увеличения содержания лактозонегативных кишечных палочек, энтеробактерий, стафилококков, грибов рода Кандида, особенно протея.

Все больные получали стандартную комплексную терапию, включающую диету с пребиотиками, пробиотиками, оральную и регидратацию в зависимости от тяжести состояния и симптоматические средства. При определении клинической эффективности оценивали основные параметры заболевания (рвота, диарея, лихорадка, явления интоксикации, обезвоживания, жажда). Хорошая эффективность регистрировалась при исчезновении симптомов болезни в течение 1-3 суток после начала терапии: удовлетворительная – при уменьшении выраженности основных симптомов болезни в течении 1-3 суток от начала терапии с последующим выздоровлением без назначения дополнительных препаратов.

Эффективность комплексного лечения дисбиотических измениений с применением пробиотика энтерола у детей больных сахарным диабетом 1 типа оценивалась по результатам бактериологического анализа. Данные бактериологического обследования кишечника детей, больных сахарным диабетом 1 типа, представленные в табл. 1, убедительно свидетельствуют, что однократный курс комплексного лечения вызывал коррекцию бактериоценоза кишечника, приведя ее к почти нормальным показателям.

Так, отмечено достоверное увеличение числа бифидобактерий, несколько увеличилось содержание лактобактерий, хотя изначально их количество было снижено не столь значительно, как бифидобактерий. У всех детей, больных сахарным диабетом 1 типа, возросла частота выделения лактозоположительных кишечных палочек и, что особенно важно, снизился среди них процент гемолитических кишечных палочек: до лечения он составлял 30%, после лечения – 8% (при норме – 2%). Другие представители энтеробактерий и грамотрицательные неферментирующие бактерии выделялись в два раза реже после проведенного курса лечения. Следует, однако, отметить, что хотя и произошло значительное снижение количества дрожжеподобных грибов после применения комплексного лечения, тем не менее они сохранились в количестве, несколько превышающем физиологическую норму.

В результате проведенного лечения, дисбиотические изменения кишечника наблюдались в 72,73%, а через 7 недель после начала лечения нормальный микробиоценоз кишечника установился у 93,9% обследованных детей с сахарным диабетом 1 типа.

Изучение анализов крови показывают, что гематологическая картина крови у детей и подростков с сахарным диабетом 1 типа на фоне микробиоценоза кишечника не отличается от здоровых, т.е. количество эритроцитов, лейкоцитов и СОЭ остаются в норме. Однако установлены очень низкие показатели гемоглобина (табл.1).

Гематологические показатели у детей и подростков с сахарным диабетом 1 типа на фоне микробиоценоза кишечника.

Возраст обследованных	Эритроциты (Х1012)г/л	Гемоглобин (г/л)	Лейкоциты (Х109)	СОЭ (мм/ч)
С 4-х до 6 лет	4,8	76,5	6,5	7
7-10 лет	4,6	80,5	6,6	7
11-15 лет	4,7	105,5	6,8	5

Если в норме средний показатель гемоглобина равняется 110-140г/л у детей до 6-летнего возраста, то при сахарном диабете 1 типа на фоне микробиоценоза кишечника отмечено более низкий уровень гемоглобина до 76,5 г/л. Снижается уровень гемоглобина при сахарном диабете 1 типа на фоне микробиоценоза кишечника, у детей с 7 лет до 10-летнего возраста до 80,5г/л. У детей с сахарным диабетом 1 типа на фоне микробиоценоза кишечника от 11 до 15 лет этот показатель остаётся в пределах нормы – 105,5г/л.

Такие результаты доказывают, что нарушение микробиоценоза играет патогенетическую роль при снижении показателей гемоглобина.

В защите организма детей от инфекционного агента важную роль играют неспецифические факторы защиты. Одним из них является адсорбирующая способность эритроцитов.

Результаты наших исследований показали, что количественное изменение эритроцитов при сахарном диабете 1 типа на фоне микробиоценоза кишечника по сравнению с нормой не происходит. Однако их адсорбирующая способность резко снижается. В норме прилипающая способность эритроцитов микробных клеток составляет 18-20%, у детей с сахарным диабетом 1 типа на фоне микробиоценоза кишечника от 7 до 15 лет - 17-18% и у детей с сахарным диабетом 1 типа на фоне микробиоценоза кишечника от 4 до 6 лет - 9-10%, это доказывает, что под действием длительной интоксикации и при недостаточности витаминного баланса группы В и К эритроциты теряют способности адсорбировать патогенный агент.

Изменение адсорбирующей способности эритроцитов при сахарном диабете 1 типа на фоне микробиоценоза кишечника по сравнению со здоровыми ещё раз указывают, что этот феномен является одним из факторов неспецифической защиты организма и активно участвует со всеми звеньями иммунитета в единой борьбе против инфекции.

Таким образом, уменьшение количества гемоглобина является патологичным для организма детей. При этом нарушается метаболизм эритроцитов, и они теряют защитную способность.

Выводы:

1. У детей сахарный диабет 1 типа часто осложняется диареей. С целью предупреждения развития иммунодефицитного состояния на фоне дисбактериоза необходимо вовремя восстановить нормальную микрофлору кишечника с применением эубиотиков.
2. У детей с сахарным диабетом 1 типа на фоне микробиоценоза кишечника отмечено более низкий уровень гемоглобина, что составляет 76,5 г/л.
3. У детей с сахарным диабетом 1 типа на фоне микробиоценоза кишечника количество эритроцитов остаётся в норме. Однако способность их адсорбировать бактерии резко снижается. Этот тест можно использовать как критерий определяющий состояние неспецифических факторов защиты организма.

Список литературы

1. Балаболкин М. И., Чернышова Т.Е., Трусов В.В., Гурьева И.В. Диабетическая нейропатия: патогенез, диагностика, классификация, прогностическое значение, лечение (учебно–методическое пособие). – М.: Экспертиза, 2003 – с.3–105.
2. Бойко А. І. Фармацевтичні фактори, які визначають якість життя хворих на цукровий діабет // Вісник фармації. — 2004. — № 4. — С. 49-52.
3. Дорофеев А.Э. Заболевания кишечника. — Горловка: Ліхтар, 2010. — 532 с.
4. Чернышева Т. Е. Особенности функционального состояния автономной нервной системы у больных сахарным диабетом / Т.Е. Чернышева // Терапевтический архив: Ежемесячный научно-практический журнал. 2003. - Том 75, № 10.-С. 17-21.
5. Коровина Н. А., Захарова И.Н., Костадинова В.Н. и др. Пребиотики и пробиотики при нарушениях кишечного микробиоциноза у детей.//Пособие для врачей М., 2004; С.44-47.

ПРИМЕНЕНИЕ ТИОЦЕТАМА В ОСТРОМ И РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДАХ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Жаркинбекова Назира Асановна

кандидат медицинских наук, доцент, Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент

Орманов Намазбай Жаппарович

доктор медицинских наук, профессор, Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент

THE APPLICATION OF TIOCETAM IN THE ACUTE AND RECOVERY PHASES OF ISCHAEMIC STROKE

Zharkinbekova Nazira Asanovna, Candidate of Medical Science, Assistant Professor, South Kazakhstan State Pharmaceutical Academy, Shymkent

Ormanov Namazbay Zhapparovich, Doctor of Medical Science, Professor, South Kazakhstan State Pharmaceutical Academy Shymkent

АННОТАЦИЯ

В данной работе доказана превышающая эффективность терапии, включающей препарат тиоцетам при ишемическом инсульте. Так, снижение баллов по NIHSS статистически значимо больше в основной группе, по сравнению с контрольной группой на 4-м и 5-м визитах (p < 0,001 на обоих визитах) и усиливается с каждым визитом (p

< 0,001 на 4 и 5-м визитах). При оценке главной переменной как категориальной (категории оценок по NIHSS), также было выше в основной, чем в контрольной. Переносимость препарата была хорошей (95 %) или удовлетворительной (5 %), побочные явления не требовали отмены тиоцетама.

ABSTRACT

In this paper, the excess effectiveness of a therapy is given, including drug Tiocetam in ischemic stroke. Thus the decline in scores on the NIHSS was greater in the study group, compared with the control group at the 4 and 5 visits (p<0.001 for both visits) and increased with each visit (p<0.001 for 4 and 5visits). When considering a main variable as a categorical (category assessments of NIHSS), the effectiveness in the basic group is also higher than in the control group. Tolerance of the drug was good (95%) or satisfactory (5%), side effects did not require abolition of Tiocetam.

Ключевые слова: ноотропы, ишемический инсульт, перекисное окисление липидов

Key words: nootropics, ischemic stroke, lipid peroxidation

Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) занимают второе место в списке ведущих причин смерти на земном шаре, уступая лишь заболеваниям сердца. Ежегодно в мире погибает около 16 млн. человек от сердечно-сосудистых заболеваний, 5,1 млн. из них связаны с инсультом. Количество больных, получающих пособие по инвалидности в Казахстане, в связи с перенесенным инсультом, превышает 200 тысяч человек. Заболеваемость инсультом в различных регионах Казахстана составляет 250 – 370 случаев на 100 тыс. человек.

Расстройства памяти и другие когнитивные нарушения отмечаются у 30-80% пациентов, перенесших ишемический инсульт, что существенно усложняет их реабилитацию и социальную адаптацию [1,4]. Для улучшения памяти и других когнитивных функций больным, перенесшим инсульт и имеющим когнитивные расстройства, рекомендуют применение лекарственных средств [1,2,3]. В рекомендациях American Stroke Association применению лекарственных средств с целью ускорения процесса реабилитации после перенесенного ишемического инсульта присвоен уровень доказательности Ib [4]. Вопрос о выборе лекарственных средств, стимулирующих когнитивную функцию и ускоряющих процесс реабилитации, остается открытым.

В настоящее время представляет интерес комбинированный препарат тиоцетам, содержащий в качестве активных компонентов пирацетам и тиотриазолин, обладающий не только ноотропным, но и нейропротекторным действием. Тиотриазолин обладает выраженным антиоксидантным эффектом, стабилизирует клеточные мембраны в условиях ишемии и противодействует патологическому апоптозу. Подобный механизм действия обеспечивает нейропротекторный эффект тиотриазолина, подтвержденный результатами доклинических исследований [5,6].

Целью настоящего исследования являлась оценка эффективности и безопасности препарата тиоцетам в остром и раннем восстановительном периодах ишемического инсульта. Для решения этой проблемы было необходимо: 1) оценить эффективность препарата тиоцетам (таблетки и раствор для инъекций) в остром и раннем восстановительном периодах ишемического инсульта по показателям когнитивной функции, неврологическому дефициту, активности процессов ПОЛ (перекисное окисление липидов) и АОС (антиоксидантное состояние); 2) оценить превышающую эффективность лечения с использованием тиоцетама (таблетки и раствор для инъекций) на фоне базисной терапии по сравнению с базисной терапией (основная задача), 3) выявить и проанализировать возможные побочные эффекты исследуемых препаратов.

Методы исследования.

Исследование проводилось на базе инсультного центра и неврологического отделения Областной клинической больницы г. Шымкента. Было обследовано 160 больных, включенных в исследование с 03.11.2012г по 15.01.2013г. Все больные, включенные в исследование были разделены на основную и контрольную группы по 80 человек. При отборе больных соблюдались определенные требования по критериям включения.

Из методов исследования были применены клиническое, лабораторное и инструментальное обследования.

Пациентам основной группы на протяжении 12-14 суток назначали исследуемый препарат тиоцетам, раствор для инъекций, внутривенно капельно по 20 мл в разведении на 100 мл 0,9% раствора натрия хлорида 1 раз в сутки. При необходимости препарат мог быть введен на гипертоническом растворе натрия хлорида в том же объеме. Скорость введения - 40-60 капель в минуту. Препарат вводился в одно и то же время суток (с максимальной выдержкой интервала в 24 часа). Тиоцетам, таблетки, принимались перорально по 1 таблетке 3 раза в сутки со следующего дня после последней инъекции тиоцетама на протяжении как минимум 14 суток. Пациентам контрольной группы проводилось стандартное лечение, применение референтного препарата предусмотрено не было.

Были определены критерии оценки эффективности в исследовании:

Главная переменная: Изменение выраженности неврологического дефицита по шкале NIHSS со 2 по 5 визит. Вторичные: динамика выраженности неврологического дефицита по шкале NIHSS; динамика состояния сознания по Шкале комы Глазго; динамика степени инвалидизации по шкале Ренкина; динамика по тесту MMSE (оцениваются общий балл и баллы по каждому субтесту, кроме того проводится качественная оценка по категориям); динамика оценки с помощью батареи лобной дисфункции (оцениваются общий балл и баллы по каждому субтесту, кроме того проводится качественная оценка по категориям); динамика оценки по шкале депрессии Монтгомери - Асберга (дополнительно проводится качественная оценка по категориям); динамика выраженности субъективных жалоб (головная боль, диплопия, системное головокружение, несистемное головокружение, тошнота и/или рвота, несостоятельность движений, слабость/онемение левых конечностей, слабость/онемение правых конечностей, нарушение речи, шаткость при ходьбе, общая слабость, снижение памяти). Выраженность указанных субъективных жалоб оценивалась при помощи вербальной аналоговой шкалы: 0 — жалоба отсутствует, 1 — слабо выражена, 2 — умеренно выражена, 3 — резко выражена; динамика маркеров ПОЛ и АОС в крови.

Оценка безопасности лекарственного средства проводилась на основании жалоб пациента и объективных данных, полученных исследователем в процессе лечения. Учитывалась динамика лабораторных показателей, а также частота возникновения и характер побочных реакций.

Результаты исследования

1. Доказана превышающая эффективность терапии, включающей препарат тиоцетам, раствор для инъекций, и тиоцетам, таблетки, в остром и раннем восстановительном периодах ишемического инсульта по сравнению с базисной терапией. Так, снижение баллов по NIHSS статистически значимо больше в основной группе, по сравнению с контрольной группой на 4-м и 5-м визитах ($p < 0,001$ на обоих визитах) и усиливается с каждым визитом ($p < 0,001$ на 4 и 5-м визитах), что свидетельствует о превышающей эффективности терапии в основной группе.
2. При рассмотрении главной переменной как категориальной (категории оценок по NIHSS), эффективность в основной группе также выше, чем в контрольной. Так если в исходном состоянии группы статистически значимо не различались ($p = 0,075$) то на 5 визите различия были высокозначимыми ($p = 0,002$) в пользу основной группы. Так, к нормальному состоянию в основной группе возвратились после лечения 15 % пациентов, а в контрольной всего лишь 1,25 %.
3. Относительное снижение МДА и ДК на 4-м и 5-м визитах в сравнении с 1-м визитом в основной группе была статистически значимо выше ($p < 0,001$), чем в контрольной группе, что свидетельствует в пользу превышающей эффективности терапии с применением препарата тиоцетам.
4. Относительное увеличение СОД и каталазы на 4-м и 5-м визитах в сравнении с 1-м визитом в основной группе было статистически значимо выше ($p < 0,001$), чем в контрольной группе, что свидетельствует в пользу превышающей эффективности терапии с применением препарата тиоцетам.
5. Доля пациентов, у которых произошла нормализация уровней МДА, ДК, СОД и каталазы было статистически значимо больше ($p < 0,001$) в основной группе, чем в контрольной, что свидетельствует в пользу превышающей эффективности терапии, включающей тиоцетам.
6. Доля пациентов у которых произошла нормализация МДА на 5-м визите по сравнению с 1-м визитом составила в основной группе 65,0 %, в то время как в контрольной — 2,5 %. Данные различия статистически значимы ($p < 0,001$).
7. Доля пациентов у которых произошла нормализация ДК на 5-м визите по сравнению с 1-м визитом составила в основной группе 71,25 %, в то время как в контрольной — 15,0 %. Данные различия статистически значимы ($p < 0,001$).
8. Доля пациентов у которых произошла нормализация СОД на 5-м визите по сравнению с 1-м визитом составила в основной группе 42,5 %, в то время как в контрольной — 1,25 %. Данные различия статистически значимы ($p < 0,001$).
9. Доля пациентов у которых произошла нормализация каталазы на 5-м визите по сравнению с 1-м визитом составила в основной группе 51,25 %, в то время как в контрольной — 8,25 %. Данные различия статистически значимы ($p < 0,001$).
10. Уменьшение степени оценок депрессии по шкале MADRS в основной группе было статистически значимо больше на 3-м, 4-м и 5-м визитах ($p < 0,001$ для всех визитов) по сравнению с контрольной группой, что свидетельствует о положительном влиянии комплексной терапии с применением тиоцетама на степень выраженности депрессии.
11. Увеличение состоянии пациентов по шкале FAB в основной группе было статистически значимо больше на 3-м, 4-м и 5-м визитах ($p < 0,001$ для всех визитов) по сравнению с контрольной группой, что свидетельствует о положительном влиянии комплексной терапии с применением тиоцетама на данные оценки.
12. Увеличение оценок психического статуса пациентов по шкале MMSE в основной группе было статистически значимо больше на 4-м и 5-м визитах ($p < 0,001$ для обеих визитов) по сравнению с контрольной группой, что свидетельствует о положительном влиянии комплексной терапии с применением тиоцетама на данные оценки.
13. Уменьшение степени инвалидизации по шкале Рэнкина в основной группе статистически значимо больше на 5-й, 10-й, 14-й и 28-й дни ($p < 0,001$ на 5-й день, $p = 0,001$ на 10-й день и $p = 0,002$ на 14-й и 28-й дни) по сравнению с контрольной группой, что свидетельствует о положительном влиянии комплексной терапии с применением тиоцетама на уменьшение степени инвалидизации пациентов по данной шкале.

Результаты оценки переносимости: Серьезные ПЯ (побочные явления) / ПР(побочные реакции) не выявлены.

Выводы

1. Доказана превышающая эффективность терапии, включающей препарат тиоцетам, раствор для инъекций, тиоцетам, таблетки, в остром и раннем восстановительном периодах ишемического инсульта по сравнению с базисной терапией. Так, снижение баллов по NIHSS статистически значимо больше в основной группе, по сравнению с контрольной группой на 4-м и 5-м визитах ($p < 0,001$ на обоих визитах) и усиливается с каждым визитом ($p < 0,001$ на 4 и 5-м визитах).
2. При рассмотрении главной переменной как категориальной (категории оценок по NIHSS), эффективность в основной группе также выше, чем в контрольной. Так если в исходном состоянии группы статистически значимо не различались ($p = 0,075$) то на 5 визите различия были высокозначимыми ($p = 0,002$) в пользу основной группы. Так, в нормальном состоянии в основной группе возвратились после лечения 15 % пациентов, а в контрольной всего лишь 1,25 %.
3. Переносимость препарата была хорошей (95%) или удовлетворительной (5%), наблюдаемые ПР/ПЯ по степени тяжести классифицировались как легкие

или средние, являлись предвиденными, несерьезными и не требовали отмены применяемого препарата.

Рекомендации

Рекомендовано применение препарата тиоцетам в составе комплексной терапии при лечении больных в остром и раннем восстановительном периодах острого нарушения мозгового кровообращения по ишемическому типу.

Литература

1. Фейгин В., Виберс Д., Браун Р. Инсульт: Клиническое руководство. – СПб.: Диалект, 2005. – 607 с.
2. Яхно Н.Н., Захаров В.В., Локшина А.Б. и др. Деменции: Руководство для врачей. – М., 2010. – 272 с.
3. Duncan P.W., Zorowitz R., Bates B. et al. Management of Adult Stroke Rehabilitation Care: a clinical practice guideline. // Stroke. 2005 N.36(9), p. e100-43.
4. Cerebrovascular disease, cognitive impairment and dementia. Second edition. Edited by O'Brien J., Ames D., Gustafson L. et al. - London, New York: Martin Dunitz. - 2004 – 408 p.
5. Беленичев И.Ф. Отчет о НИР «Изучение нейропротективной и нотропной активности препарата Тиоцетам в условиях моделирования фетоплацентарной недостаточности». – Запорожье, 2009. – 44 с.
6. Ведение и оказание междисциплинарной помощи при лечении пациентов с острым ишемическим инсультом. Официальный научный отчет Американской ассоциации сердца. Приложение к журналу «Практична ангіологія», 2009 г (http://angio.health-ua.com/article/285.html).

ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА СРЕДИ УЧАСТНИКОВ РЕГИОНАЛЬНЫХ ПРОЕКТОВ, ПРИУРОЧЕННЫХ К ВСЕМИРНОМУ ДНЮ БОРЬБЫ С ДИАБЕТОМ

Захарова Мария Александровна

доктор социологических наук, кандидат медицинских наук, заведующая бюро медико-социологических исследований, Государственное казённое учреждение здравоохранения Новосибирской области «Региональный центр медицинской профилактики», г. Новосибирск.

Беликова Марина Шариповна

кандидат медицинских наук, врач-методист бюро медико-социологических исследований, Государственное казённое учреждение здравоохранения Новосибирской области «Региональный центр медицинской профилактики», г.Новосибирск.

Боборыкина Евгения Александровна

врач-методист бюро медико-социологических исследований, Государственное казённое учреждение здравоохранения Новосибирской области «Региональный центр медицинской профилактики», г. Новосибирск.

ASSESSMENT OF THE RISK FOR TYPE 2 DIABETES AMONG PARTICIPANTS OF THE REGIONAL PROJECTS DEVOTED TO THE WORLD DIABETES DAY

Maria Zakharova, doctor of sociology, the candidate of medical Sciences, head of Bureau of medical and sociological research, State institution of healthcare of Novosibirsk region "Regional center of medical prevention", Novosibirsk.

Belikova Marina Sharipova, the candidate of medical Sciences, doctor-methodologist of the Bureau of medical and sociological research, a State institution of healthcare of Novosibirsk region "Regional center of medical prevention", Novosibirsk.

Boborykina Evgenia, doctor-methodologist of the Bureau of medical and sociological research, State institution of healthcare of Novosibirsk region "Regional center of medical prevention", Novosibirsk.

АННОТАЦИЯ

В статье обсуждается одна из актуальных медико-социальных проблем – распространённость сахарного диабета 2 типа в популяции. Реализация эффективной программы профилактики заболевания невозможна без мониторинга проблемных зон на протяжении всех её этапов. С 2012 года по настоящее время на территории Новосибирской области мониторинг проводится по алгоритму медико-социологического исследования, в котором респонденты опрашиваются с использованием анкеты по выявлению риска развития сахарного диабета «FINDRISK» и принимают участие в биохимическом скрининге (содержание в сыворотке крови глюкозы).

ABSTRACT

The article discusses one of the pressing health and social problems – the prevalence type 2 of diabetes in the population. The implementation of an effective program of prevention of the disease is impossible without monitoring problem areas throughout all its stages. From 2012 to the present time on the territory of the Novosibirsk region monitoring is performed using the algorithm of medical sociological research, in which respondents are interviewed using the questionnaire to identify the risk of developing diabetes "FINDRISK" and participate in the biochemical screening.

Ключевые слова: сахарный диабет, факторы риска, рискометр «FINDRISK»
Key words: diabetes, factors of risk, «FINDRISK».

В рамках реализации ежегодных проектов, приуроченных к Всемирному дню диабета: «Диабет: время действовать! – 2012», «Объединимся в борьбе с диабетом! Защитим будущее – 2013», «Заботимся о здоровье вместе! – 2014», – на территории Новосибирской области было реализовано медико-социологическое исследование.

Цель исследования: биохимический скрининг (определение содержание в сыворотке крови глюкозы) и анкетирование население с использованием международного рискометра «FINDRISK» для определения риска развития сахарного диабета 2-го типа в ближайшие 10 лет.

Основные задачи исследования:

1. Выделить группы с «первичным выявлением» повышенного уровня сахара крови среди обследованных.
2. Проанализировать «тревожные симптомы риска развития СД», сопоставив критерии: «повышенный уровень сахара крови на момент обследования», «случаи повышения уровня сахара крови в анамнезе» с отягощённой по СД наследственностью.
3. Рассмотреть анкеты респондентов с избыточной массой тела, с позиции «тревожных симптомов риска развития СД».
4. Рассмотреть анкеты респондентов, которые имели в анамнезе факт назначения лекарственных средств от повышенного уровня артериального давления крови, с позиции «тревожных симптомов риска развития СД».
5. Сравнить данные разных лет внутри каждой возрастной категории респондентов.

Согласно градации, заложенной в международном рискометре «FINDRISK», респонденты были разделены на возрастные группы: моложе 35 лет, 35-44 лет, 45-54 лет, 55-64 – лет, старше 64 лет.

За период с 2012 по 2014 годы было опрошено 995 человек. В исследовании 2014 года основной акцент был смещён в сторону старшей возрастной категории населения области (доля респондентов старше 64 лет – 42 %), тогда как в 2012-2013 годах треть участников представляли возрастную группу «до 35 лет» (таблица 1).

Таблица 1

Основные результаты исследования за 2012-2014 годы

вопрос	варианты ответа	2012	2013	2014
возраст	до 35 лет	34,4%	30,9%	5,7%
	35-44	16,9%	14,4%	6,8%
	45-54	17,6%	14,4%	16,1%
	55-64	15,3%	26,8%	29,3%
	старше 64	15,8%	13,4%	42,0%
Уровень сахара крови	норма	88,6%	67,0%	74,1%
	выше нормы	9,8%	27,8%	21,5%
	значительно выше нормы	1,6%	3,1%	4,4%
Риск заболеть СД 2 типа в течение ближайших 10 лет	низкий	38,4%	35,1%	11,7%
	слегка повышен	32,7%	24,7%	33,8%
	средний	12,0%	14,4%	24,4%
	высокий	14,7%	17,5%	25,3%
	очень высокий	2,2%	8,3%	4,9%
Был ли у кого-либо из Ваших родственников сахарный диабет?	нет	66,0%	52,6%	74,7%
	да, у дальних родственников	17,8%	14,4%	8,3%
	да, у близких родственников	16,2%	33,0%	17,0%
Объём Вашей талии	до 80 (ж) / 94 (м)	42,9%	41,2%	15,1%
	80-88 (ж) / 94-102 (м)	28,0%	25,8%	22,5%
	> 88 (ж) / > 102 (м)	28,9%	33,0%	62,4%
Выполняете ли Вы ежедневно в течение получаса какую-либо физическую нагрузку	да	53,8%	65,0%	62,9%
	нет	46,2%	35,1%	37,2%
Как часто Вы едите овощи, фрукты или чёрный хлеб	каждый день	66,0%	75,3%	83,4%
	не каждый день	33,8%	24,7%	16,6%
Назначали ли Вам когда-либо лекарства от АГ	нет	68,0%	62,9%	36,5%
	да	32,0%	37,1%	63,5%
Был ли у Вас когда-либо зарегистрирован повышенный сахар крови	нет	80,9%	74,2%	69,0%
	да	19,1%	25,8%	31,0%
ИМТ	до 25	43,8%	47,4%	25,1%
	25-30	37,6%	29,9%	36,7%
	> 30	18,7%	22,7%	38,2%

По данным, представленным в таблице 1, из числа опрошенных, прошедших обследование на уровень глюкозы в крови:

– у большинства респондентов на момент обследования уровень сахара крови соответствовал значению «норма», однако, нередкими оказывались

случаи выявления повышенного уровня глюкозы в сыворотке крови участников (с их слов) «впервые»;

- распределение показателей уровня глюкозы в сыворотке крови в возрастных группах представлено в таблице 2 – повышенный уровень глюкозы закономерно регистрируется чаще у людей старшего возраста, что и стало причиной детального обследования этой группы респондентов в 2014 году;

Таблица 2

Повышенный уровень глюкозы в сыворотке крови в возрастных группах

Возрастные группы	2012		2014	
	Из общего числа	Из категории «возрастная группа»	Из общего числа	Из категории «возрастная группа»
моложе 35 лет	3,0%	4,5%	1,6%	23,5%
35-44	3,2%	9,2%	2,4%	21,4%
45-54	5,4%	15,2%	8,0%	35,1%
55-64	4,8%	15,9%	20,7%	75,4%
старше 64 лет	6,2%	19,7%	19,1%	60,3%

- более половины респондентов из числа тех, у кого был определён повышенный уровень глюкозы в сыворотке крови, узнали об этом впервые во время данного обследования;

Широко известно, что одним из основных факторов риска развития диабета 2 типа является наследственность. Около трети респондентов отмечают наличие случаев сахарного диабета в своей семье: у бабушки, дедушки, тёти, дяди, двоюродной сестры, двоюродного брата – 2 линия родства; у родителей, сестры, брата, ребёнка – 1 линия родства. У четверти респондентов этой группы на момент обследования выявлен повышенный уровень сахара крови.

Многие респонденты отметили, что им ранее назначались лекарственные препараты для лечения артериальной гипертензии: в 2012 году – 32 %, в 2013 году – 37 %, а в 2014 (учитывая большое количество респондентов старшей возрастной категории) – 64 %.

Отмечено также, что среди лиц, имевших в анамнезе повышенное артериальное давление, нуждавшееся в лекарственной коррекции, распространены и прочие факторы риска развития сахарного диабета 2 типа больше, чем в среднем среди опрошенных.

Безусловно, некоторые факторы риска сахарного диабета, такие как возраст и наследственная предрасположенность, изменить нельзя. Тем не менее, соблюдение здоровой диеты и повышение физической активности, контроль массы тела – могут предотвратить развитие сахарного диабета 2 типа. Например, 40 % лиц из имевших в анамнезе повышенное артериальное давление, указывают на привычную низкую двигательную активность, что в 1,5 раза чаще, чем в среднем среди опрошенных. А пятая часть респондентов из этой же группы, показали, что они нерегулярно употребляют овощи и фрукты. Это составляет почти 10 % из общего числа опрошенных и почти 35 % из группы лиц с ИМТ обозначенным, как «ожирение».

Кроме того, более, чем у половины респондентов, принявших участие в исследовании, зарегистрирован ИМТ, указывающий на избыточную массу тела. Кроме того, в группе респондентов с избыточной массой тела, выявлено сочетание прочих, усугубляющих риск развития сахарного диабета 2 типа факторов:

- более половины из группы респондентов с повышенной массой тела (29 % всех опрошенных) отметили отягощённую по сахарному диабету наследственность
- на момент обследования у 35 % опрошенных из группы лиц с избыточной массой тела зарегистрирован повышенный уровень сахара крови (более 18 % из общего числа респондентов).

Широко известно, что пациенту, страдающему повышенным артериальным давлением или избыточным весом, может помочь предупредить сахарный диабет 2 типа изменение его привычного уклада жизни. Поэтому, главным направлением профилактики данного заболевания по-прежнему остаётся здоровый образ жизни в сочетании со здоровье охранительным поведением.

Таким образом, анализируя данные, полученные в ходе исследования, было установлено, что 45,5 % опрошенных граждан имеют низкий или слегка повышенный риск развития сахарного диабета 2-го типа в ближайшие 10 лет. В то время, как 54,5 % респондентов (по результатам анкетирования) имеют средний, высокий и очень высокий риск развития сахарного диабета 2-го типа в ближайшие 10 лет:

1. Низкий и слегка повышенный уровень риска заболеть сахарным диабетом 2 типа в ближайшие 10 лет имеют около 59 % опрошенных (587 человек из 995, принявших участие в исследовании).

Лицам со слегка повышенным риском развития сахарного диабета (305 человек) были даны профилактические рекомендации по здоровому образу жизни и сохранению здоровья.

2. Средний уровень риска развития сахарного диабета 2 типа в ближайшие 10 лет зарегистрирован у 16,8 % опрошенных (167 человек из 995, принявших участие в исследовании).

Респондентам, попавшим в эту группу, были даны рекомендации по изменению образа жизни, коррекции питания, адекватному увеличению физической нагрузке, контролю уровня глюкозы крови не реже одного раза в год.

3. Высокий уровень риска заболеть сахарным диабетом 2 типа в ближайшие 10 лет зарегистрирован у 19,2 % респондентов (191 человек из 995, принявших участие в опросе и исследовании).

Респондентам этой группы были даны рекомендации по обращению к лечащему врачу или в центры здоровья для взрослого населения Новосибирской области для проведения контрольного исследования глюкозы крови натощак и дальнейшего обследования, а также по изменению образа жизни.

4. Очень высокий уровень риска заболеть сахарным диабетом 2 типа в ближайшие 10 лет зарегистрирован у 5 % опрошенных (50 человека из 995, принявших участие в опросе и исследовании). По всей вероятности, это лица с сахарным диабетом, который не был ещё установлен им были даны рекомендации по скорейшему обращению к лечащему врачу и проведению комплексного обследования.

Подчёркивая исключительную важность и актуальность данного вида мониторинга, хотелось бы отметить, что за пределами нашего исследования 2012-2014 годов остался ещё один немаловажный фактор риска – аномальные уровни холестерина, например, повышение уровня общего холестерина крови. Безусловно, выявление при проведении биохимического скрининга повышенного уровня общего холестерина крови, даст возможность вовремя обратить внимание пациента на эту проблему и пройти детальное обследование.

Поэтому с 2015 году биохимический скрининг по выявлению факторов риска развития сахарного диабета 2 типа в ближайшие 10 лет включает определение уровней глюкозы и общего холестерина в сыворотке крови респондента, заполнившего бланк рискометра «FINDRISK». По пилотным данным 1 квартала 2015 года повышенный уровень общего холестерина в сыворотке крови был зарегистрирован у 55 % респондентов, обратившихся в центры здоровья Новосибирской области и принявших участие в данном виде исследования.

КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТЬ ОСНОВНЫХ ОТРАСЛЕЙ РОССИЙСКОЙ ЭКОНОМИКИ В УСЛОВИЯХ ВТО И САНКЦИЙ

Ибрагимов Эльшан Махмуд, Николаев Глеб Сергеевич

АННОТАЦИЯ

В статье рассмотрена конкурентоспособность основных отраслей Российской экономики в условиях ВТО и санкций на сегодняшний период времени, а также даны рекомендации по повышению конкурентоспособности с целью повышения экономической и национальной безопасности страны.

Ключевые слова: Конкурентоспособность, российская экономика, государство, санкции, защитные меры, разумная налоговая политика государства, конкурентная борьба, внешний рынок, внутренний рынок.

ABSTRACT

The article considers the competitiveness of major sectors of the Russian economy in the context of the WTO and sanctions to date period, as well as recommendations to improve competitiveness in order to enhance the economic and national security.

Keywords: Competitiveness of the Russian economy, the government, sanctions, protective measures, reasonable tax policy of the state, competition, foreign market, the domestic market.

За два года участия России в ВТО «никаких критических изменений в экспорте и импорте Российской Федерации не произошло». По представленным к конференции данным ЦМТ, следствием присоединения к ВТО не стал всплеск импорта из-за снижения тарифной защиты, которого многие опасались. Импорт (правда, с учетом ответных мер России на западные санкции) даже снизился на 0,3%. При этом объемы экспорта увеличились на 1,8%, а по отдельным видам продукции есть ощутимый рост. Например, на 16% увеличился экспорт по группе машин и оборудования.

Присоединение России к ВТО является «очень большим стимулом для укрепления экономики и развития промышленности». Сейчас Россия «продолжает иметь определенные конкурентные преимущества в небольшом количестве видов продукции машиностроения, в первую очередь это ядерные реакторы, тепловыделяющие элементы, так называемые твэлы, где Россия занимает 20% рынка». «Однако по большинству других позиций успехи, конкурентоспособность российской продукции, не столь высоки, и, конечно, ее повышение является очень серьезной задачей на сегодняшний момент. Все это обуславливает актуальность данного вопроса.

Не так давно наша страна вступила во Всемирную торговую организацию. Но не успели еще наши граждане почувствовать все плюсы и минусы пребывания в ВТО, как изменения в политической сфере соседней страны, и введение в связи с этим, Западом в отношении России санкций, поставили вопрос о том, насколько выгодно Российской Федерации продолжать оставаться в составе ВТО. На этот счет специалистами высказываются разные мнения. Рассмотрим, какие же варианты ответа на вопрос – выйдет ли Россия из ВТО– существуют на данный момент.

Если характеризовать отношения, складывающиеся между Россией и ВТО, то, несмотря на короткий срок, их нельзя назвать простыми. Еще до введения санкций, Россией было подано в ВТО два иска к Евросоюзу в энергетической сфере. Первый из них касался требования прекращения использования энергокорректировок при проведении антидемпинговых расследований против российских компаний (т.е. расчета стоимости товаров из европейских, а не российских цен). Второй иск связан с ограничениями для вертикально интегрированных компаний на право владения и управления энерготранспортными сетями со стороны.

В свою очередь, Евросоюз так же подал иск против России – он касается режима уплаты утилизационного сбора на автомобили в нашей стране.

В этом же году, как известно широкому кругу общественности, Евросоюзом был принят ряд экономических санкций в отношении РФ. Наша страна, в ответ, ввела ограничения на импорт ряда сельхозтоваров, сырья и продуктов питания из стран Запада. Безусловно, такие взаимные действия не способствовали улучшению отношения между сторонами – напротив, разногласия усугубились, в

связи с чем, Евросоюз планирует инициировать процедуру разрешения споров в ВТО для оспаривания наших санкций.

В свете всего сказанного выше, все чаще возникает вопрос – а так ли необходимо России участие в ВТО? Так, например, коммунистическая партия РФ однозначно отвечает – участие в ВТО невыгодно для России. Об этом, представители данной партии говорили еще до вступления РФ в ВТО, поскольку, по их мнению, данное участие вредит многим отечественным секторам экономики страны. Отстаивая свою позицию, КПРФ даже подготовила для Госдумы вопрос о выходе из ВТО. О рассмотрении возможности выхода России из данной организации, еще в марте 2014 года говорил, и лидер «Справедливой России» Сергей Миронов.

Нахождение в ВТО не дает возможности государству в полной мере защищать свой внутренний рынок. Кроме того, выход из ВТО откроет перед Россией новые экономические возможности, позволив стать серьезным экономическим центром – все возможности для независимого развития у нашей страны есть.

Вступление России в ВТО должно было привести, за счет снижения торговых барьеров, к плавному снижению цен по многим категориям товаров: парфюмерии, косметики, меховым и кондитерским изделиям, чаю и кофе, алкоголю; в долгосрочной перспективе ожидалось снижение стоимости на автомобили, а также компьютерную и оргтехнику.

Что касается отраслей сельского хозяйства и животноводческой сферы, предполагалось, что здесь так же по большинству показателей стоимость продукции будет снижена. В частности, должны были упасть цены на фрукты и овощи; а вот что касается мясной продукции, то по некоторым показателям отечественные производители превосходили импорт, в связи с чем, резкого снижения стоимости мясной продукции не ожидалось.

Впрочем, именно в продовольственной сфере отечественным товаропроизводителям пришлось бы особенно тяжело удержаться на рынке спроса на товары – конкурировать с иностранной продукцией нашим фермерам было бы сложно, поэтому потребовалась бы, и консолидация работников данной отрасли, и особая поддержка со стороны государства. Несмотря на сохранение льгот за особыми экономическими зонами, многие производители в РФ не смогли бы составить конкуренцию западным товарам.

Введенные Западом санкции (а так же ответные действия РФ), сыграли в пользу российских товаропроизводителей – ведь теперь основное внимание государства будет направлено на развитие отечественных отраслей экономики – прежде всего, сельскохозяйственной и животноводческой. Кроме того, переориентация на импорт товаров из других стран, не входящих в санкционный список, в определенной мере снижает возможность давления ВТО на Россию.

Нельзя забывать и о том, что сейчас идет активное развитие сотрудничества между странами, входящими в Таможенный союз.По мнению экспертов, Таможенный союз прекрасная альтернатива ВТО, к тому же, не имеющая никаких отрицательных сторон для России. Так, может быть, России действительно есть смысл покинуть ВТО?

По мнению ряда специалистов, Россия сохранит в ближайшее время свое членство в ВТО, но выход из неё, тем или иным образом, неизбежен. На фоне того, что многие российские компании настаивают на расширении применения инструментов ВТО для отстаивания своих интересов на рынке, возможно появление новых исков в ВТО.

Уменьшение импорта в Россию товаров, из многих стран Евросоюза, и, как следствие, снижение зависимости от них РФ, вполне возможно приведет к тому, что Россия откажется выполнять ряд правил ВТО, защищая свои интересы. В связи с этим, РФ может быть либо исключена из этой организации (что, по мнению экспертов, плохо скажется на самом существовании ВТО), либо её членство будет приостановлено. Это альтернатива самостоятельному выходу страны из ВТО (либо инициированию процедуры приостановления членства).

Но существует и мнение, что выход из ВТО случится очень скоро – иски и арбитражи в связи с санкциями ускорят выход нашей страны из этой организации, который произойдет уже в ближайшее время. Впрочем, пока официальные власти говорят о том, что даже не рассматривают возможность выхода из ВТО…[1]

На сегодняшний день главная цель - использовать одно из важных конкурентных преимуществ России, емкий внутренний рынок. Заполнить его конкурентоспособными, качественными товарами, которые производит реальный сектор отечественной экономики, разумеется, сохраняя стабильность и сбалансированность внутреннего рынка, экономики в целом. По сути, речь идет о формировании такой экономической политики, при которой все усилия федеральных и региональных органов власти должны быть переориентированы на развитие реального сектора. Нужно за предстоящие полтора-два года совершить настоящий рывок в повышении конкурентоспособности российского реального сектора, сделать то, на что раньше потребовались бы годы.

Залог развития любого производства - доступ к финансовым ресурсам, к дешевым кредитам. Без этого, например, не закупить новое оборудование. Но сегодня ставки по кредитам слишком высоки. Модернизация и расширение становятся невыгодными.

Весь инвестиционный ресурс, прибыль этих отраслей, уходит кредитным организациям - половина полученной ими прибыли уходит на оплату процентных платежей, а вторая половина - на возврат кредитов.

Необходимость снижения процентных ставок по кредитам, в том числе, ключевой ставки. Уровень этих ставок в некоторых других странах, допустим, в том же Евросоюзе, но если мы посмотрим на уровень инфляции с одной стороны, и на уровень ставки с другой, некоторые вещи становятся более понятными и ясными. У нас тогда сразу возникает проблема снижения инфляции. Если мы ее ставим в качестве ключевой проблемы, а она такой и является, она порождает необходимость определенных действий в экономике.

[1] http://provincialynews.ru/, статья Санкции Запада против России, 2015

Глава департамента госрегулирования внешнеторговой деятельности Минпроторга Сергей Колдаев рассказал, какие меры планируется принять для повышения конкурентоспособности предприятий. Министерство сейчас оценивает возможности и составляет планы по импортозамещению. Следующим шагом, как пояснил он, станет оценка возможностей конкурентоспособного замещения таких позиций силами отечественных предприятий. В госпрограммах будут учтены предложения по развитию отечественных импортозамещающих производств и по локализации на территории России производственных площадок зарубежных компаний. По его словам, в рамках госпрограммы «Развитие промышленности и повышение ее конкурентоспособности» будет разработана и утверждена подпрограмма развития производства. В системе господдержки будут применены два инструмента - Фонд развития промышленности и субсидирование затрат на НИОКР. Важную роль также будет играть и новый инструмент промышленной политики - специальный инвестиционный контракт. Фонд развития промышленности и специнвестконтракт заработают после окончательного принятия закона «О промышленной политике»2.

Итак, как мы видем создание действительно конкурентоспособного продукта возможно только в случае ориентации предприятий сразу на внешний рынок, а не только на внутренний. Курс на инновационное импортозамещение предполагает переход к производству высокотехнологичной и наукоемкой продукции с помощью повышения уровня развития производства, технологий, качества продукции.

Решение стратегических задач инновационного развития может эффективно осуществляться при активной поддержке государства. Техническое регулирование является инструментом, способствующим координировать деятельность государства и предпринимательских структур с целью эффективного импортозамещения, повышения экономической и национальной безопасности страны, в условиях санкций.

Список источников

1. http://wto.wtcmoscow.ru/novosti/2699, статья, В ЦМТ подвели итоги двухлетнего участия России в ВТО: негативных последствий нет, для использования преимуществ нужно стимулировать рост конкурентоспособности, Спецпроект ЦМТ "Россия в ВТО",2014
2. http://provincialynews.ru/, статья Санкции Запада против России, 2015

ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОФТАЛЬМА ИАГ-ЛАЗЕРНЫМ ВОЗДЕЙСТВИЕМ ПОД КОНТРОЛЕМ УЗИ

Иванов Андрей Николаевич

дмн, старший научный сотрудник, ФГБУ «Московский НИИ глазных болезней им. Гельмгольца» Минздрава России, отдел травматологии и реконструктивной хирургии

Ivanov Andrey N., Treatment of hemophthalm by YAG laser action under ultrasound, Doctor of medical sciences, senior research, department of injuries and reconstruction eye surgery Moscow research institute of eye disease Helmholtz Russian Ministry of Health.

АННОТАЦИЯ

Представленная работа посвящена неинвазивной ИАГ-лазерной хирургии, которая используется для лечения гемофтальма травматического генеза.

ИАГ-лазерный витреолизис является операцией выбора или самостоятельной хирургической единицей. ИАГ-лазерное воздействие на стекловидное тело сокращает сроки лечения травматического гемофтальма. Эффективен контроль ультразвуковыми методами исследования.

ANNOTATION

The work is devoted to non YAG-Laser surgery, which is used for treatment hemophthalm of traumatic genesis.

YAG-Laser vitreolysis is a select operation or a independent unit. YAG-laser destruction on vitreous reduces the time of treatment of traumatic hemophthalm. Effective control methods ultrasound methods research.

Ключевые слова. ИАГ-лазерный витреолизис, гемофтальм, контрольные ультразвуковые методы.

Key word. YAG-laser vitreolysis, hemophthalm, control methods ultrasound.

Введение. Стекловидное тело представляет собой высокодифференцированную соединительную ткань, основными макромолекулярными компонентами которой является вода, коллаген, гиалуроновая кислота, обеспечивающие метаболизм самого стекловидного тела и контактирующих с ним внутриглазных структур [4]. При механических травмах глаза, увеальных процессах и кровоизлияниях в стекловидном теле (гемофтальм) наблюдается выраженная фибринозная экссудация с организацией воспалительного экссудата и крови с последующей отслойкой сетчатки, цилиарного тела и развитием субатрофии.

Излившаяся в стекловидное тело кровь, токсически действует на все образования глаза, вызывает дистрофические изменения сетчатой оболочки, вторичную глау-

[2] http://wto.wtcmoscow.ru/novosti/2699, статья В ЦМТ подвели итоги двухлетнего участия России в ВТО: негативных последствий нет, для использования преимуществ нужно стимулировать рост конкурентоспособности, Спецпроект ЦМТ "Россия в ВТО",2014

кому, катаракту. Наиболее частое осложнение гемофтальма - его организация с образованием шварт. Развитие шварт ведёт к функциональным нарушениям в 27% случаев, инфицированию и появлению гемоэндофтальмита, а в 5-7% к анатомической гибели глаза [7].

В настоящее время при гемофтальмах применяют тотальную или частичную витрэктомию [1], которая дает быстрый эффект в 32-67% случаев [9]. Тем не менее, большинство хирургов указывают то, что на зрительные функции после хирургического лечения удается восстановить лишь в 40% случаев [3, 8, 9]. Витреальная хирургия гемофтальма была и остается методом выбора, учитывая от 15 до 46% процентов осложнений [8, 9].

Работами А.В. Степанова, А.Н. Иванова с соавт. в 1990-1991 гг. доказано, что воздействие неодимового ИАГ-лазера в режиме модуляции добротности вызывает изменение коллагеновых структур стекловидного тела, его оводнение и вакуолизацию. Это обусловлено ионизацией стекловидного тела и активацией окислительных процессов в нем, что легло в основу ИАГ-лазерной деструкции патологического компонента стекловидного тела, развивающегося при кровоизлияниях. При этом лазерное воздействие позволяет не только устранять изменения в стекловидном теле, но и не допускать их развития.

Nd:YAG лазерное воздействие на стекловидное тело сопровождается разжижением структуры стекловидного тела [6] и появлением энзимов в стекловидном теле и усилением гидроциркуляции внутри его.

Нами разработана новая технология ИАГ-лазерного лечения травматического гемофтальма – ИАГ-лазерный витреолизис.

Цель - изучение клинической эффективности предлагаемого метода.

Материалы и методы. Для ИАГ-лазерного воздействия использована лазерная установка "Visulas-YAG II" фирмы "Karl Zeiss" (Германия). Энергия импульса 0,8-9,2 mJ (средний уровень 6,2 mJ), количество импульсов от 2 до 150.

ИАГ-лазерное вмешательство осуществляли от первых до 126 суток (средний срок 17,4 суток) после образования гемофтальма. Количество сеансов 1-30. Критерием окончания сеанса служило состояние стекловидного тела - насыщенность фрагментами разрушенных деструктивных элементов, крови, экссудата и приближение их к наружным границам стекловидного тела.

Энергорежимы деструкции подбирались индивидуально по следующим критериям: объем и локализация гемофтальма, его акустическая плотность, наличие сопутствующей патологии.

ИАГ-лазерное воздействие начинали с центральных отделов стекловидного тела, продвигаясь по мере лизиса деструктивных элементов к периферии. При приближении к наружным границам стекловидного тела энергия воздействия должна быть снижена, т.к. увеличивается вероятность травматизации хрусталика и оболочек. По локализации, объему излившейся крови и данным ультразвукового исследования, мы выделили формы гемофтальма: частичный (передний, задний), субтотальный, тотальный [2, 5].

При частичном гемофтальме, в нашем исследовании энергия воздействия составила, в среднем 2-5 мДж, при субтотальном - 2-8 мДж, при тотальном гемофтальме достигала 10 мДж. По плотности гемофтальма мы выделили следующие группы: Плавающие помутнения до 20 дБ; Фиксированные помутнения и пленчатые образования 20-30 дБ; Грубые пленчатые фиброзные помутнения 30-40 дБ и выше.

При воздействии на плавающие помутнения стекловидного тела плотностью около 5 дБ - энергия импульса минимальна и составляет около 1 мДж. При увеличении плотности стекловидного тела нарастает энергия ИАГ-лазерного воздействия. Тяжесть сопутствующей патологии требует перехода на более щадящий и выверенный режим воздействия.

Контрольные исследования состояния стекловидного тела проводили биомикроскопическими и ультразвуковыми методами. Ультразвуковые исследования проводили с помощью приборов “A/B Scan System Model 837” фирмы Humphrey Instruments (A Division of Carl Zeiss, Inc.). Использовались электронные методы исследования, обеспечивающие повышение информативности УЗ диагностики. Это прежде всего повышение мощности эхо-сигналов от глубоких структур глаза путем логарифмического усиления (LOG) и временной компенсации усиления мощности зондирующего УЗ импульса (TGS). С той же целью нами применялся режим временной регулировки чувствительности (ВРЧ), который в иностранной литературе получил название Transfer Functions (TF). Линейный тип усиления эхо-сигналов TF1, обеспечивающий наиболее высокую чувствительность метода с максимальным диапазоном “серой шкалы”, использовался при плавающих помутнениях стекловидного тела. Линейный тип усиления эхо-сигналов TF2 с широким диапазоном “серой шкалы” использовался при фиксированных помутнениях и пленчатых образованиях стекловидного тела. Режим усиления эхо-сигналов TF3, обеспечивающий повышение уровня эхо-сигналов от заднего отдела глазного яблока, позволял визуализировать слабо выраженные отраженные УЗ импульсы от задней отслойки стекловидного тела. Логарифмический тип усиления TF4 с узким диапазоном “серой шкалы” использовался для повышения контрастности низкоамплитудных эхо-сигналов в глубоких отделах стекловидного тела. Режимы TF5 и TF6, обеспечивающие преимущественное усиление эхо-сигналов от глубоких структур глазного яблока с максимальным расширением диапазона “серой шкалы” использовали при вовлечении в патологический процесс заднего оболочечного комплекса. Антилогарифмический тип усиления TF7, обеспечивающий визуализацию с относительно небольшим диапазоном “серой шкалы”, применяли при грубых пленчатых или фиброзных изменениях стекловидного тела.

Исследовано 265 больных (265 глаз) с травматическим гемофтальмом.

После проведения клинического обследования, включающего определение остроты зрения, биомикроскопию, офтальмоскопию, тонометрию, эхографию (локализация, объем и акустическая плотность помутнений в стекловидном теле), больному на фоне максимального мидриаза в амбулаторных условиях под местной анестезией проводили ИАГ-лазерное воздействие на стекловидное тело..ыла осколочная травма глаза е)..ая плотностьфтальмосклпию, тонометрию При необходимости сеанс повторяли до устранения явлений гемофтальма и увеличивали энергию ИАГ-лазерного воздействия. В пере-

рывах между сеансами инстиллировали 0,1% дексаметазон 3 раза в день с контролем ВГД.

Для ускорения гемолиза разрушенных структур стекловидного тела применяли в комбинациях: гемаза, эмоксипин, дицинон и аминокапроновая кислота в инъекциях.

Результаты и обсуждение. После проведения ИАГ-лазерного воздействия на стекловидное тело при гемофтальме рассасывание наблюдалось в 196 случаях (73,9%), рецидив кровоизлияния отмечен в 39 случаях (14,7%) (от локального до субтотального) и в 19 случаях (7,2%) – остается мелкодисперсная взвесь и последующая пигментация стекловидного тела (которую мы не считаем положительным результатом, так как полностью прозрачность стекловидного тела не восстановилась). В 9 случаях (3,4%) сохранялись явления фиброза, в 2 случаях (0,8%) глаза были энуклиированы, что объясняется тяжестью травмы. В этих 11 случаях имелся значительный объем рубцовых повреждений, сочетанный характер травмы: множественные внутриглазные инородные тела, сочетающиеся с выпадением оболочек, отслойкой сетчатой и сосудистой оболочек.

В 38 случаях (14,3%) после ИАГ-лазерного воздействия произведена инструментальная витрэктомия: при рецидивирующем гемофтальме 36 больным (16,6%) и при мелкодисперсной взвеси стекловидного тела 22 больным (8,3%). При последней патологии отмечается выраженное разжижение стекловидного тела, так что при витрэктомии использовали в основном режим аспирации.

Исходы организации излившейся крови адекватно фрагментируются, а затем также хорошо подвергаются лизису после ИАГ-лазерного воздействия, как в ранние, так и поздние сроки после гемофтальма.

Результаты квантитативной эхографии представлены в таблице №1. Наблюдалось уменьшение акустической плотности стекловидного тела во всех случаях. Среди больных, которым проводилось ИАГ-лазерное воздействие без усиливающего гемолиз консервативного лечения, рассасывание гемофтальма произошло на 12-45 сутки (средний срок 26,6 суток), а в группе, где использовали эти средства на 9-33 сутки (17,2 суток). Также отмечено, что терапевтический эффект усиления гемолиза крови в стекловидном теле проявляется на половинной дозе препарата, которая рекомендована для стандартного применения.

В 24 случаях (9%) отмечался подъем показателей ВГД до 28-34 мм рт.ст., из них в 17 случаях (6,4%) применяли интенсивный курс гипотензивной терапии в течение 1-3 недель. Мы связываем подъем ВГД с оводнением стекловидного тела при воздействии на высоком энергетическом режиме. После компенсации ВГД лечение гемофтальма продолжено с помощью ИАГ-лазерного воздействия, но со снижением энергетических параметров и объема вмешательства. Энергетический режим также был снижен в 5 случаях ИАГ-лазерного воздействия при рецидивирующем кровоизлиянии, но при этом увеличилось количество лазерных сеансов.

Острота зрения улучшилась на 0,01-0,7 в 232 случаях (87,5%) и не отмечено положительной динамики в 33 случаях (12,5%).

Методика ИАГ-лазерного витреолизиса позволяет достичь визуального эффекта без хирургического вмешательства, как при незначительных изменениях стекловидного тела, так и при обширных и грубо выраженных, дать стимул к рассасыванию деструктивных изменений стекловидного тела. Данный вид операции облегчает в ряде случаев и витрэктомию, вызывая разжижение стекловидного тела и разрушение деструктивных проявлений с дальнейшим лизисом.

Предлагаемый метод можно представить как операцию выбора при травматическом гемофтальме. При этом возможно использование фибринолитика, как более сильного "активатора" лизиса разрушенных ИАГ-лазером патологических образований стекловидного тела [7].

Выводы.

1. ИАГ-лазерное воздействие на патологические изменения стекловидного тела при гемофтальме эффективно и вызывает их разрушение с последующим лизисом.
2. ИАГ-лазерный витреолизис является операцией выбора при травматическом гемофтальме.
3. ИАГ-лазерное воздействие на стекловидное тело может быть, как самостоятельной хирургической единицей, так и дополнительной при хирургическом или консервативном лечении гемофтальма.
4. ИАГ-лазерное воздействие на стекловидное тело сокращает сроки лечения травматического гемофтальма.
5. Постоянный контроль УЗИ методами определяет режим лечения.

Список литературы, используемой в тексте

1. Бойко Э.В. - Оптимизация витреальных вмешательств при гемофтальме. // Автореф. дисс. … канд. мед. наук, - СПб, - 1994, - 21 с.
2. Гундорова Р.А., Петропавловская Г.А. Проникающие ранения и контузии глаза. М.; Медицина, 1975. – 310 с.
3. Иванов А.Н. –Система лазерно-инструментальной профилактики и лечения последствий и осложнений механической травмы глаза. // Автореф. дисс. … д-ра. мед. наук, - М., - 2003, - 39 с.
4. Махачева З.А. – Анатомия стекловидного тела. // Офтальмохирургия, - 1994, - № 2, - С. 38-42.
5. Ромащенко А.Д. Диагностика и патогенетически ориентированное лечение травматического гемофтальма: Автореф. дисс. д-ра мед. наук. – М., - 1988. – 45 с.
6. Степанов А.В., Бабижаев М.А., Иванов А.Н., Айтмагамамбетов М.Т., Деев А.И. – Фотоповреждение глаза при воздействии излучения ND:YAG лазера с модулированной добротностью: физико-химические структурные изменения хрусталика и стекловидного тела. // Вестник офтальмологии, - Т. 106, - № 1, - 1990, - С. 31-35.
7. Степанов А.В., Зеленцов С.Н. – Контузия глаза, - СПб., -2005, - 104 с.
8. Тульцева С.Н. - Лечение внутриглазных кровоизлияний и фибриновых экссудатов рекомбинантным тканевым активатором плазминогена. // Автореф. дисс. … канд. мед. наук, - СПб., - 1996, - 21 с.
9. Чичуа Г.А. - Витреоретинальная патология после тяжелых травм глаза и её роль в патогенезе отслойки сетчатки.// Дисс.... канд. мед. наук, - М., - 1997, - 156 с.

Таблица №1

Результаты квантитативной эхографии до и после ИАГ-лазерного воздействия при травматическом гемофтальме.

Режим временной регулировки чувствительности	до ИАГ-лазерного воздействия	после ИАГ-лазерного воздействия
TF1 (плавающие помутнения)	20-23 дБ	5-8 дБ
TF2 (фиксированные помутнения и пленчатые образования)	30 дБ	17-19 дБ
TF3 (задняя отслойка стекловидного тела)	12-15 дБ	5-8 дБ
TF4(глубокие отделы стекловидного тела)	32-34 дБ	18-20 дБ
TF5 и TF6 (задний оболочечный комплекс)	35-40 дБ	19-23 дБ
TF7 (грубые пленчатые помутнения с явлениями фиброза)	40 дБ	32-35 дБ

ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ: ВЗАИМОСВЯЗЬ ГЕНДЕРНЫХ, КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК

Клестер Елена Борисовна

доктор мед. наук, профессор, Алтайский Государственный Медицинский университет, г. Барнаул

Боронина Елена Александровна

заместитель главного врача по мед.части, КГБУЗ Городская больница №4, г. Барнаул

Данилова Мария Александровна, Клестер Каролина Владимировна

студентки 5 курса лечебного факультета, Алтайский Государственный Медицинский университет, г. Барнаул

CHRONIC HEART FAILURE: RELATIONSHIP OF GENDER, CLINICAL AND FUNCTIONAL AND PSYCHOSOMATIC CHARACTERISTICS

Klester Elena, MD., Professor, Altai State Medical University, Barnaul

Boronina Elena Alexandrovna, Deputy chief physician at the medical unit, City hospital №4, Barnaul

Daniel Maria Alexandrovna, 5-year student of the medical faculty, Altai State Medical University, Barnaul

Klester Karolina Vladimirovna, 5-year student of the medical faculty, Altai State Medical University, Barnaul

АННОТАЦИЯ

Цель исследования. Комплексная оценка клинических и структурно-функциональных особенностей сердечно-сосудистой системы и психосоматического статуса при ХСН, гендерный аспект.

Материалы и методы. Под наблюдением 411 пациентов с ХСН.

Результаты. У мужчин наиболее часто этиологическим фактором является ИБС, формирующая 75,1% случаев ХСН. Ведущей причиной развития ХСН в женской популяции служит артериальная гипертония – 45,0% случаев.

Вывод. Существенные различия в этиологии и клинических исходах ХСН у мужчин и женщин являются основанием для формирования гендерных различий в подходах к медикаментозной коррекции при ХСН.

ABSTRACT

Research objective: The basis of complex estimation of clinical and structural-functional peculiarities and psychosomatic state of CHF.

Materials and methods: We examined 411 patients.

Results: The main frequent men causative factor was ischemic heart disease that was formed in 75.1%. Women causative factor of CHF are arterial hypertension (45.0%).

Conclusion: There are considerable causative and clinical CHF outcome differences between men and women that is the reason to form gender distinction in attitude to medical treatment.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, клиника, гендер, психосоматика

Keywords: Chronic heart failure: clinical and structural-functional peculiarities of cardiovascular system, psychosomatic state

АННОТАЦИЯ

Цель исследования. Комплексная оценка клинических и структурно-функциональных особенностей сердечно-сосудистой системы и психосоматического статуса при ХСН, гендерный аспект.

Материалы и методы. Под наблюдением 411 пациентов с ХСН.

Результаты. У мужчин наиболее часто этиологическим фактором является ИБС, формирующая 75,1% случаев ХСН. Ведущей причиной развития ХСН в женской популяции служит артериальная гипертония – 45,0% случаев.

Вывод. Существенные различия в этиологии и клинических исходах ХСН у мужчин и женщин являются основанием для формирования гендерных различий в подходах к медикаментозной коррекции при ХСН.

Female chronic heart failure: clinical and structural-functional peculiarities of cardiovascular system, psychosomatic state

ABSTRACT

Research objective: The basis of complex estimation of clinical and structural-functional peculiarities and psychosomatic state of CHF.

Materials and methods: We examined 411 patients.

Results: The main frequent men causative factor was ischemic heart disease that was formed in 75.1%. Women causative factor of CHF are arterial hypertension (45.0%).

Conclusion: There are considerable causative and clinical CHF outcome differences between men and women that is the reason to form gender distinction in attitude to medical treatment.

Введение. В современном обществе ХСН рассматривается как симптомокомплекс с абсолютно неблагоприятным прогнозом и важнейшим фактор инвалидизации и смертности взрослого населения. Согласно результатам отечественного исследования ЭПОХА, госпитальный этап, диагноз ХСН выставлен 7,28% всех граждан Российской Федерации, то есть 9,5 млн человек. При этом ХСН наиболее тяжелой степени, то есть III-IV ФК страдает 2,1% населения (2,7 млн человек). Проблема ХСН в России имеет четкую гендерную составляющую – 72,5% всех пациентов с выставленным диагнозом ХСН составляют женщины, средний возраст которых – 69,6 лет [1]. И если последние десятилетия прошлого века показали стойкую тенденцию снижения частоты смерти от ССЗ среди мужчин, то у женщин, наоборот, выявлен рост заболеваемости и смертности [2]. Это связано с тем, что традиционно считалось, что ССЗ в большей степени являются проблемой мужского населения. В клинические исследования включали, главным образом, мужчин. Это сочеталось с превентивными мерами и улучшением терапевтических подходов у этой категории населения. В то же время, гендерные различия в этиологии ХСН ведут к клиническим особенностям течения ХСН у женщин, что необходимо учитывать в разработке индивидуальных лечебно-профилактических стратегий [3, 4]. Все выше изложенное послужило основанием для проведения данного исследования, а также определило цель и задачи работы.

Цель исследования. Оптимизация диагностики, лечения, прогнозирования течения и профилактики хронической сердечной недостаточности на основании комплексной оценки клинических и структурно-функциональных особенностей сердечно-сосудистой системы, состояния микроциркуляции, психосоматического статуса у женщин.

Материалы и методы. Клинико-статистический анализ хронической сердечной недостаточности проводился на основании анализа архивных материалов пациентов, госпитализированных в терапевтическое отделения КГБУЗ ГБ №4 г. Барнаула, а также при непосредственном наблюдении с января 2013 года по январь 2014 г. Всего было изучено 981 историй болезни пациентов, из них в окончательный анализ вошли данные 287 больных, удовлетворяющих критериям включения. Наличие хронической сердечной недостаточности устанавливали по записям, указанным в истории болезни и вынесении данного симптомокомплекса в окончательный диагноз при выписке или при направлении на патологоанатомическое исследование. При непосредственном наблюдении диагноз ХСН устанавливался согласно критериям Национальных рекомендаций ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН (четвертый пересмотр, 2011) у 124 больных, пациенты включались в исследование по мере поступления. Всего в исследование включен 411 больной, из них 231 (55,1 %) мужчины, 180 (44,9%) женщины. Средний возраст 64,5±12,9 (мин 42, макс 91). Мужчины 61,3±10,7; женщины 67,5±9,9 дет (p<0,05). Доля пациентов старше 60 лет – 61,1%. Среди обследованных 96 (23,9%) пациентов работали и 305 (76,1%) не работали; в группе мужчин не работали 146 (66,1%), в группе женщин – 159 (88,3%) (95% ДИ -0,3 до -0,13; P=0,000). Инвалидность по заболеванию определена у 147 (36,7%) пациентов: 32,8% у женщин и 41,7% у мужчин (p>0,05).

Результаты. Индекс массы тела составил 27,9 (мин 19,1. макс 38,2); у мужчин 26,3±3,48 и у женщин 28,3±4,32 (p=0.000). Между возрастом и ИМТ имеется слабая, но достоверная корреляционная связь (r=0.25. p=0.001). У мужчин наиболее часто этиологическим фактором является ИБС, формирующая 75,1% случаев ХСН. При этом у мужчин с ИБС ХСН возникала после инфаркта миокарда - у 123 (74,1%) пациентов. Частота артериальной гипертонии составила 11,3%, ДКМП – 10,8%, клапанных пороков – 1,8%, других причин – 1,0%. У женщин выявляется иная картина. Ведущей причиной развития ХСН в женской популяции служит артериальная гипертония – 45,0% случаев, за ней следуют ИБС – 26,1% (при этом в 74,5% случаев ХСН развивалась у больных, не имевших в анамнезе инфарктов миокарда), сахарный диабет – 15,0%, клапанные пороки – 7,8%, ДКМП – 5,0%, другие причины – 1,1%.

Среди госпитализированных с ХСН больных, IV функциональный класс статистически значимо чаще встречался у мужчин (средний балл по ШОКС – 5,7±1,10; у женщин – 4,1±1,02, p<0,05). Это подтверждается данными о более коротком течении данного заболевания и относительно высокой частотой развития ХСН после инфаркта миокарда, что также является предиктором неблагоприятного прогноза.

При анализе гендерных различий ремоделирования установлено, что у женщин с ХСН преобладала диастолическая дисфункция, преимущественно I типа (замедленная релаксация), фракция выброса ЛЖ в среднем по группе – 62,4±4,71%. При этом преморбидный фон пациенток с ХСН, у которых определяется именно систолическая ХСН - перенесенный ОИМ, а также возраст 75 лет и старше. У мужчин статистически значимо чаще определялась систолическая дисфункция, при средней ФВ ЛЖ = 53,1±3,91%.

Статистически значимо различались размеры конечно-диастолического объема (КДО): у мужчин больше на 17,3±4,29 (95% ДИ 6,9 – 28,1). Размеры ЛП и КДО имели корреляционную связь средней силы с возрастом (r=0,4 и r=0,3; p<0,001) и весом пациента (r=0, 27: p=0.05; r=0,42; p<0,001). Размеры ЛП и КДО имели сильную отрицательную корреляцию с фракцией выброса (r= -0,6 и r= -0,7; p<0,001).

Оценка состояния микрогемоциркуляции методом ЛДФ позволила выявить тенденцию к снижению тканевой перфузии и уменьшению вариабельности микрогемодинамики, обусловленное депрессией медленных ритмов

кровотока, характеризующих миогенный и нейрогенный тонус, более выраженное у женщин – показатель микроциркуляции составил 10,1±3,9 пф ед, против 11,9±2,7 пф ед в мужчин (p<0,05) и показатель шунтирования у женщин – 2,98±1,21 отн. Ед против 2,71±1,12 отн. Ед у мужчин(p<0,05). Полученные данные косвенно указывают на эндотелиальную дисфункцию, повышение микроциркуляторного давления и снижение эластичности сосудистой стенки.

Качество жизни у женщин характеризовалось с высокой степенью тревожности по сравнению с мужчинами с умеренной реактивной тревожностью было ниже по степени удовлетворенности физическим (40,1±2,9 балла против 55,4±3,2 балла, p<0,001), эмоциональным (26,4±4,8 балла против 47,5±5,2 балла, p<0,001), социальным (50,1±4,1 балла против 61,7±3,2 балла, p<0,02) функционированием, энергичностью (35,1±2,2 балла против 45,7±1,8 балла, p<0,001), ментальным (43,3±2,7 балла против 56,8±1,9 балла, p<0,001) и общим здоровьем (35,4±2,0 балла против 48,9±1,9 балла, p<0,001).

Вывод. Имеются существенные различия в этиологии и клинических исходах ХСН у мужчин и женщин. Для женщин наиболее значимой причиной формирования ХСН является артериальная гипертония, у мужчин - ИБС (высокая частота развития ХСН после перенесенного ИМ). В клинике - у женщин в среднем по ШОКС – II ФК, у мужчин – III ФК.

ХСН у женщин сопровождается появлением депрессии, превалированием неконструктивных дезадаптивных стратегий копинг-поведения и снижением качества жизни, что является основанием для формирования гендерных различий в подходах к медикаментозной коррекции при ХСН.

Список литературы

1. Беленков Ю. Н., Мареев В. Ю., Агеев Ф. Т. и др. Истинная распространенность ХСН в Европейской части Российской Федерации (исследование ЭПОХА, госпитальный этап). Сердечная недостаточность, 2011. Том 12, № 2 (64). 63-68.
2. Stein GY, Ben-Gal T, Kremer A, Bental T, Alon D, Korenfeld R, Yedidia I, Porter A, Abramson E, Sagie A, Fuchs S. Gender-related differences in hospitalized heart failure patients. Eur J Heart Fail. 2013 Feb 17.
3. Давлетьярова А.Ш., Камалов Г.М., Галявич А.С. Гендерные и возрастные особенности у больных хронической сердечной недостаточностью, госпитализированных в терапевтические отделения больниц Казани. Журнал Сердечная Недостаточность. – 2010. – Т.11, №4. – С. 223-226.
4. Драпкина О.М., Кабурова А.Н. Диастолическая сердечная недостаточность: механизмы развития и перспективы воздействия на них. Журнал Сердечная недостаточность. 2012, том 13, № 5. С. 310- 310.

МЕДИКО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ЗРИТЕЛЬНОЙ АСТЕНОПИИ У МАШИНИСТОВ ЛОКОМОТИВОВ

Леонова Елена Сергеевна

доктор медицинских наук, доцент, Нижегородская государственная медицинская академия, г. Нижний Новгород, руководитель междорожного центра офтальмологии, НУЗ "Дорожная клиническая больница на ст. Горький ОАО «РЖД», г. Нижний Новгород, Главный офтальмолог департамента здравоохранения ОАО «РЖД», г. Москва

Поляков Сергей Вячеславович

Ординатор, Нижегородская государственная медицинская академия, г. Нижний Новгород

MEDICAL, HYGIENIC AND ORGANIZATIONAL ASPECTS OF ASTHENOPIA IN LOCOMOTIVE-DRIVERS

Leonova Elena Sergeevna, Doctor of Medicine, Associate Professor, Nizhny Novgorod State Medical Academy, Nizhny Novgorod, Head of Interrailroad Ophthalmologic Center, Railways Clinical Hospital at Gorky railway station JSC Russian Railways, Nizhny Novgorod, Chief ophthalmologist of Healthcare Department of JSC Russian Railways, Moscow

Poljakov Sergey Vjacheslavovich, Clinical Resident, Nizhny Novgorod State Medical Academy, Nizhny Novgorod

АННОТАЦИЯ

Наиболее значимым вредным производственным фактором для работников локомотивных бригад является напряжённость трудового процесса. Во время движения поезда большая нагрузка ложится на зрительный анализатор. В данной статье оценивается влияние санитарно-гигиенических факторов и организации производственного процесса машинистов на формирование синдрома зрительного утомления. Обследованы 244 машиниста. Установлено, что тип астенопии зависит от санитарно-гигиенических особенностей труда. Необходим локализованный принцип коррекции функциональных зрительных нарушений работников.

ABSTRACT

Intensive working process is the most important negative industrial factor for workers of locomotive crews. Visual pathway of a locomotive driver is exposed to overloads during train movement.

This article estimates influence of medical and hygienic factors and industrial process organization on visual fatigue forming in engine-drivers.

244 locomotive drivers were investigated. It was determined, that a type of asthenopia depended on hygienic peculiarities of work.

It is necessary to use localized principle of visual disturbances correction in railway workers.
Ключевые слова: астенопия, организация труда, работники локомотивных бригад.
Key words: asthenopia, working process organization, workers of locomotive crews.

Актуальность. Одним из наиболее значимых вредных производственных факторов для работников локомотивных бригад является напряжённость трудового процесса. Повседневная работа машинистов связана с большим нервно - эмоциональным напряжением, обусловленным необходимостью постоянного внимания, повышенной бдительности при вождении поездов и строгого соблюдения графика движения, с личным риском и высокой степенью персональной ответственности за безаварийное движение поездов. В настоящее время, наряду с обычной технологией, продолжается широкое внедрение в практику новых прогрессивных видов технологии движения поездов. К таковым относятся: в пассажирском движении - высокоскоростное движение (свыше 140 км/ч), длинносоставные (24 и более вагонов) поезда, обслуживание длинных плеч или работа без отдыха в пункте оборота; в грузовом движении - тяжеловесные, удлинённые поезда; в обоих видах движения - обслуживание локомотива машинистом без помощника.

Во время движения большая нагрузка ложится на зрительный анализатор. Машинист постоянно должен следить за показаниями приборов, состоянием пути (правильность перевода стрелок, свободность пути, целостность рельс, сигналов наружных светофоров и т.п.). Особое внимание уделяется различным объектам, находящимся в непосредственной близости от железнодорожного полотна или пересекающими его. Плотность производственно важных сигналов в зависимости от участка дороги и скорости движения очень высока и колеблется в довольно большом диапазоне - от 50 за 1 час на малодеятельных участках и малой скорости до 180 за 1 час на напряжённых участках и большой скорости. Иногда объём всей поступающей информации, в том числе трудно учитываемой, за 6-часовую поездку достигает 10 тысяч условных единиц. Необходимая непрерывная зрительная оценка различных участков пути часто осуществляется в крайне неблагоприятных условиях, ночью, в туманную или дождливую погоду и т.д. Ночью объекты появляются в освещённой зоне внезапно, время на их опознание возрастает, а на принятие решения сокращается. Цветовосприятие предметов ночью почти полностью нарушается, они различаются не по цвету, а по яркости. При этом отражающая способность и контрастность объектов дорожной обстановки (пешеходы, транспорт и др.) отличаются незначительно от основного фона.

Ещё более опасные условия движения ночью создаются во время дождя. Световой поток, попадая на мокрую поверхность, отражается от неё как от зеркала, и, поэтому, видимость резко ухудшается. Блики на влажной поверхности, а также загрязнение ветрового стекла, маятниковое перемещение щёток стеклоочистителей создают большую нагрузку на зрение и способствуют утомлению, которое наступает в среднем в 2 раза раньше, чем в светлое время.

Туман, как и сильный дождь или снегопад, создают условия ограниченной прозрачности атмосферы. Образующаяся пелена рассеивает свет прожектора, и даже в дневное время движение сопряжено с большой степенью риска.

Необходимость одновременного сосредоточения внимания на нескольких объектах или действиях (состояние пути и контактного провода, сигналы вне локомотива в целом и сигналы внутри локомотива), постоянное сравнение пространственных величин для зрительной оценки расстояния, высокая плотность световых, цветовых и цифровых сигналов, требующая дифференцированного восприятия, пульсация освещённости на рабочей поверхности, частая адаптация к восприятию света при различных его яркостях, вызывает зрительную астенопию - снижение работоспособности зрительного анализатора. Недостаточная освещённость при напряжённой зрительной работе приводит к быстрому утомлению, возникновению головных болей, ухудшению зрения.

Организация труда машинистов характеризуется повышенной длительностью рабочей смены (свыше 8 часов), что обусловлено необходимостью ведения локомотива до пункта оборота и обратно.

В целом, трудовая деятельность работников локомотивных бригад характеризуется как операторский труд, выполняемый в условиях воздействия производственных вредностей, что обусловливает высокий профессиональный риск нарушения здоровья этой категории железнодорожников.

Цель исследования – оценить влияние санитарно-гигиенических факторов и организации производственного процесса машинистов локомотивов на формирование синдрома зрительного утомления

Материалы и методы. Исследование состояния зрительного анализатора машинистов локомотивов проводилось до рабочей смены (после отдыха) и после рабочей смены. При оценке состояния зрительного анализатора дополнительно к стандартным (визометрия, авторефрактометрия) методам были использованы новые современные методы исследования, позволяющие оценить состояние тонких функций органа зрения: контрастной чувствительности, аккомодации и равновесия глазных мышц, темновой адаптации, сумеречного зрения и чувствительности к ослеплению.

Объекты исследования: 103 машиниста грузового движения, 54 машиниста маневрового движения депо Горький-Сортировочный, 87 машиниста пассажирского движения депо Горький-Московский.

Результаты. Большинство обследуемых машинистов локомотивов предъявляло жалобы на зрительное утомление после работы (65,10%), у части машинистов жалобы сохранялась также после отдыха (17,26%), полностью проведённого согласно режиму труда и отдыха для каждой группы машинистов (при вызывной или явочной работе у машинистов грузового движения не менее 16 ча-

сов, при смене 12 часов у машинистов маневрового движения не менее 24 часов, при скользящем графике работы машинистов пассажирского движения не менее 16 часов после поездки).

Частота активно выявляемых жалоб в группе машинистов маневрового движения как после работы (77,07%), так и после отдыха (24,07%) выше, чем у машинистов других видов движения (57,28% и 12,62% у машинистов грузового движения, 60,92% и 15,09% у машинистов пассажирского движения). Частота жалоб на зрительное утомление достоверно снижалась после 16-часового или 24-часового (в зависимости от вида движения) отдыха машинистов.

При сравнении остроты зрения без коррекции после работы и после отдыха среди исследуемых групп, более выраженные изменения выявлены у машинистов грузового движения (0,94±0,01 и 0,98±0,004 соответственно). У машинистов пассажирского движения данный показатель достоверно улучшается после отдыха и составляет 0,99±0,003 и 1,00±0,00 соответственно. Достоверно повышается острота зрения без коррекции после отдыха и у машинистов маневрового движения (0,94±0,01 и 0,97±0,01 соответственно после работы и после отдыха).

У машинистов грузового и маневрового движения после отдыха достоверно повышается острота зрения с коррекцией (с 0,98±0,005 до 1,00±0,00 у машинистов грузового движения и с 0,99±0,005 до 1,00±0,00 у машинистов маневрового движения), что, возможно, говорит о её не оптимальности и необходимости более полной коррекции. Достоверных изменений остроты зрения с коррекцией у машинистов пассажирского движения не происходило, что свидетельствует о её эффективности. Результаты исследования остроты зрения с оптимальной коррекцией и без неё во всех группах указывают на наличие рефракционного компонента аккомодационной астенопии.

Анализ результатов статической рефракции во всех группах обследуемых как после работы, так и после отдыха показал превалирование эметропической рефракции (95,48%) или малых степеней аметропий (4,52%) у машинистов всех видов движения, что обусловлено высокими требованиями профессионального отбора данного контингента работников в связи с обеспечением безопасного движения железнодорожного транспорта.

Выявлены достоверные изменения всех исследуемых показателей аккомодационной системы глаза у машинистов после работы. Во всех случаях снижение объёма абсолютной аккомодации происходило за счёт удаления ближайшей точки ясного видения, что свидетельствует о переутомлении аккомодационной системы под влиянием длительной зрительной работы. При отсутствии коррекции, такое состояние является фактором риска возникновения зрительных нарушений (близорукость, спазм аккомодации), снижению зрения вдаль и может приводить к выраженным затруднениям в выполнении зрительной работы вплоть до отказа от определённого вида зрительной деятельности и ухода из профессии.

Изменения показателя мышечного компонента астенопии более значительны в группе машинистов пассажирского движения.

Под влиянием сенсорных и психо-эмоциональных нагрузок у машинистов после работы регистрируются значительные изменения показателей функционального состояния нейросенсорного аппарата глаз. Изменения пространственной контрастной чувствительности (ПКЧ) проявлялись в их снижении и отклонении от нормы при предъявлении разных цветовых стимулов в основных диапазонах пространственных частот. Отклонения ПКЧ от нормы на все цветовые стимулы, во всех основных диапазонах пространственных частот наименее выражены в группе машинистов грузового движения. Важно отметить, что во всех трёх группах среди машинистов, имеющих нарушения ПКЧ после работы и после отдыха, отклонения показателей более выражены в области низких и средних частот. Достоверное снижение сумеречного зрения после работы зафиксировано у машинистов всех групп.

Снижение показателей сумеречного зрения у машинистов после работы отмечалось при любом соотношении контрастности считываемого знака с фоном, как в серии исследований без ослепления, так и с ослеплением. Несколько более выраженные изменения отмечены у машинистов грузового и маневрового движения.

Вывод: Нами установлено, что формирующийся в процессе работы машинистов тип зрительной астенопии зависит от санитарно-гигиенических особенностей их труда и организации производственного процесса. Наиболее характерным является нейрорецепторный тип астенопии (83,33% у машинистов пассажирского движения, 71,26% у маневровых машинистов и 68,93% у грузовых машинистов). С точки зрения разработки методов профилактики и коррекции функциональных зрительных нарушений локализационный принцип синдрома зрительной астенопии представляется чрезвычайно важным.

Литература

1. Азовскова, Т.А. Клинические особенности производственно обусловленных заболеваний работников автотранспортных предприятий и их лечение: автореф. дис. канд. мед. наук / Т.А. Азовскова. Самара, 2002. -22 с.
2. Актуальные проблемы труда на промышленных предприятиях Московской железной дороги / Г.В. Голышева, К.В. Шевченко, Б.А. Рыбаков; Л.В. Шувалова // Медицина труда, гигиена и эпидемиология на железнодорожном транспорте. М., 2001. - С. 12—15.
3. Амиров, А.Н. Гигиенические и офтальмологические аспекты коррекции профессионально, значимых зрительных нарушений - у пользователей видеодисплейных терминалов: автореф. дис.. канд. мед. наук / А.Н. Амиров. Казань, 2001. - 24 с.
4. Атьков, О.Ю. Медицинское обеспечение безопасности поездов - современное состояние вопроса / О.А. Атьков // Актуальные вопросы железнодорожной медицины: материалы I Междунар. конф. — М., 2004. С. 15-20.
5. Вильк, М.Ф. Медицинское обеспечение безопасности движения поездов / М.Ф. Вильк, А.З. Цфасман. М., 2001. - 271 с.

ТОКСИКОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА И ИЗУЧЕНИЕ ХОЛЕРЕТИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ «ЛЕСБОХОЛ» ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ОСТРОМ ГЕПАТИТЕ

Мавланов Шухрат Равшан
Младший научный сотрудник, Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент
Хакимов Зиявиддин Зайнутдинович
Доктор медицинских наук, профессор, Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент
Рахманов Алишер Худайбердиевич
Доктор медицинских наук, Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент
Пайзиева Лайло Аллаяровна
Младший научный сотрудник, Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент

TOXICOLOGICAL EVALUATION AND STUDY OF THE CHOLERETIC ACTION OF "LESBOKHOL" IN EXPERIMENTAL ACUTE HEPATITIS
Mavlanov Shukhrat, Junior researcher, Tashkent medical academy, Tashkent
Khakimov Ziavuddin, Doctor of Medical Sciences, Professor, Tashkent medical academy, Tashkent
Rakhmanov Alisher, Doctor of Medical Sciences, Tashkent medical academy, Tashkent
Payzieva Laylo, Junior researcher, Tashkent medical academy, Tashkent

АННОТАЦИЯ

ТОКСИКОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА И ИЗУЧЕНИЕ ХОЛЕРЕТИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ «ЛЕСБОХОЛ» ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ОСТРОМ ГЕПАТИТЕ

Проведеные на белых половозрелых крысах обоего пола и мышах исследования острой токсичности и поиска эффективной дозы препарата "Лесбохол" в коррекции нарушений желчевыделительной функции печени при ее остром токсическом поражении, показали, что при однократном внутрижелудочном введении "Лесбохол" в максимальной исследованной дозе 5000 мг/кг падеж экспериментальных животных не отмечался. В коррекции нарушений желчевыделительной функции печени при ее остром токсическом поражении наиболее эффективной оказалась доза 25 мг/кг.

ABSRACT

TOXICOLOGICAL EVALUATION AND STUDY OF THE CHOLERETIC ACTION OF "LESBOKHOL" IN EXPERIMENTAL ACUTE HEPATITIS.

The study was carried out on white adult male and female rats and mice. The investigation on study of the acute toxicity and the determining an effective dose of "Lesbokhol" in the correction of bile excretory function of liver in its acute toxic damage showed that there was not mortality in experimental animals after a single intragastric administration of the dry extract in a dose 5000 mg /kg. The most effective dose of dry extract in the correction of bile excretory function of liver in its acute toxic lesion was 25 mg/kg.

Ключевые слова: токсичность, острый гепатит, фитопрепараты, желчь.

Key words: toxicity, acute hepatitis, herbal preparation, bile.

Известно, что в медицинской практике важное место принадлежит лекарственным средствам растительного происхождения, т.к. они обладают широким спектром биологического действия, что их успешное применения с лечебной целью – закономерный процесс, непосредственно вытекающей из условий развития человеческого организма [9,с.3.,10,с.1]. Растительные лекарственные препараты являются средствами, обеспечивающими комплексный спектр воздействия на организм, стимулируя его естественные силы. Преимущества фитопрепаратов определяются их эффективностью и малой токсичностью, что позволяет использовать их длительное время для профилактики и лечения многих заболеваний без явлений риска возникновения неблагоприятных эффектов. При этом создание синтетических аналогов некоторых биологически активных соединений полученных из лекарственных растений пока не нашли своего решения.

Фитопрепараты, благодаря наличию различных биологически активных веществ в своем составе, оказывают на организм в целом мягкое воздействие коррегирующего действия на измененные функции органов и систем. Наряду с этим растительные препараты при высокой активности способны усиливать иммунитет человека, помогая тем самым справиться с болезнью. В связи изложенным, поиск лекарственных веществ, полученных из растений, для восстановления желчевыделительный функции печени при ее острых поражениях, является актуальным.

Материалы и методы исследования. Опыты проводили на 132 половозрелых белых крысах обоего пола стадного разведения с исходной массой тела 165-190 г, а также на 30 белых беспородных мышах самцах с исходной массы 18-24 г, острую токсичность «Лесбохол» – представляющего собой смесь сухих экстрактов из лекарственных растений: зверобой шероховатистый (Hipericum scabrum L,), зизифора цветоножечная (Ziziphora pedicellata Pazij Vved.), медиазия крупнолистная (Mediazia macrophylla) и солодка голая (Glycirhiza glabra L.).

Острую токсичность «Лесбохол» изучали путем однократного внутрижелудочного введения препарата в дозах: 1000; 2000; 3000; 4000 и 5000 мг/ кг на крысах и на мышах.

Модель острого токсического гепатита создавали путем подкожного введения 50 % масляного раствора тетрахлорметана в дозе 0,5 мл на 100 г массы тела крыс однократно ежедневно в течение 4 суток, контрольным животным в этот период вводился эквивалентный объем

растительного масла. Каждая экспериментальная группа состояла из 6-8 особей. Спустя 24 часа после последнего введения гепатотоксина животным вводили внутрь «Лесбохол» в дозах 10, 25, 50 мг/кг один раз в сутки в течение 3 и 6 дней, а не леченая группа получала дистиллированную воду в аналогичном объеме. Через сутки после заключительного введения «Лесбохол» исследовали желчевыделительную функцию печени [8,с.94]. О холеретическом действии препарата судили по общему количеству выделенной желчи за 4 часа опыта, а также по концентрации и количеству её компонентов, то есть билирубина, холестерина и общих желчных кислот. В двух часовых порциях определяли концентрацию (мг%) и общее количество (мг на 4 часа опыта 100 г массы тела) желчных кислот, холестерина[3,с.149] и билирубина[6,с.75]. Опыты проведены с соблюдением правил, принятых на Европейской конвенции о защите позвоночных животных, используемых для экспериментов или в иных научных целях (ETS N 123) Страсбург, 18.03.1986г. Полученные результаты подвергали статистически обработке с использованием стандартного пакета программ Statistika for Windows по общеизвестным методам вариационной статистики с оценкой значимости показателей (M±m) и различий рассматриваемых выборок по t-критерию Стьюдента. Различия в сравниваемых группах считались достоверными при уровне значимости 95% ($p<0,05$).

Результаты и их обсуждение. Проведенные исследования по изучению острой токсичности «Лесбохол» на половозрелых крысах самках и самцах, а также на половозрелых мышах показали, что при внутрижелудочном введении различных доз сухого экстракта (1000 мг/кг, 2000 мг/кг, 3000 мг/кг, 4000 мг/кг, 5000 мг/кг) не вызывает гибель животных, т.е. препарат не обладает токсическим действием. При этом не наблюдаются половые различия.

В другой серии результаты проведенных экспериментов показали, что при остром гепатите, вызванном введением тетрахлорметана, наблюдаются значительные нарушения экскреторной функции печени, степень которых находится в прямой зависимости от сроков исследования. Так, через трое суток после последнего введения тетрахлорметана количество желчи выделенной за 4 часа опыта снижается на 59 %, а через 6 суток - на 39,6%. При этом выявляются изменения и в химическом составе желчи: содержание желчных кислот статически значимо снижается на 60,4% и 42,4%, холестерина - на 58,3% и 51,1%, билирубина - на 46,5% и 45,4% по сравнению с интактными животными соответственно через 3 и 6 суток. Следовательно, при остром гепатите вызванном тетрахлорметаном отмечаются значительные нарушения внешнесекторной функции печени. Такой вывод находится в соответствии с данными других исследователей [7,с.36].

У леченых крыс препаратом «Лесбохол» отчетливо восстанавливались показатели функционального состояния печени, нарушенные при остром токсическом гепатите. Как видно из таблицы при внутрижелудочном введении «Лесбохол» в течении 3 дней в дозах 10, 25, 50 мг/кг наблюдается повышение выделения желчи на 67,8%, 145,8% и 91,5% по сравнению с нелеченными крысами, а после 6 дневного лечения на 19,7%, 96,6% и 46%.

Наряду с повышением общего количества желчи также отмечается увеличение ее компонентов: так, повышение количество желчных кислот, холестерина и билирубина в составе желчи выделенной за 4 часа опыта статически значимо увеличилось соответственно на 32,1%, 138,5% и 59% при лечении «Лесбохол» в дозе 10 мг/кг, на 77,9%, 101,5% и 71,1% - в дозе 25 мг/кг, а также - на 50,6%, 75,97% и 44,2% - в дозе 50 мг/кг. После 6 дневного лечении показатели химического состава желчи увеличились в большей мере и составили 32,7%, 93,3% и 68,5% -в дозе 10 мг/кг, 101,6%, 158,3% и 77,9%- в дозе 25 мг/кг, 64,2%, 112,6% и 81,6%- в дозе 50 мг/кг по сравнения с не леченые группой. Из приведенных данных видно, что с увеличением срока лечения отмеченный положительный эффект препарата несколько возрастает. При этом наилучший эффект отмечен при применение «Лесбохол» в дозе 25 мг/кг в течении 6 дней.

Таблица 1

Влияние «Лесбохол» на интенсивность секреции желчи и ее химический состав у крыс с острым гепатитом (за 4 ч опыта на 100 г массы тела).

Группа	Желчь, мл	Желчные кислоты, мг	Холестерин, мг	Билирубин, мкг
Здоровый	1,44±0,07	8,59±0,53	0,309±0,016	112,4±7,5
Острый гепатит	0,59±0,04* 0,87±0,06*	3,40±0,29* 4,95±0,31*	0,129±0,012* 0,151±0,011*	60,2±7,0* 61,3±6,4*
«Лесбохол» 10 мг/кг	0,99±0,11*,а 1,04±0,06*	4,49±0,66* 6,57±0,32*,а	0,31±0,040а 0,29±0,035а	103,3±5,1а 34,0±10,8а
«Лесбохол» 25 мг/кг	1,45±0,06а 1,71±0,09а	6,05±0,41*,а 9,98±0,75а	0,26±0,028а 0,39±0,035а	102,9±14,4а 109,1±5,9а
«Лесбохол» 50 мг/кг	1,13±0,09*,а 1,27±0,06а	5,12±0,32*,а 8,13±0,38а	0,227±0,029*,а 0,321±0,017а	86,8±11,4 95,7±8,8а

Примечание: в числителе- данные крыс, получавших препарат 3 дня, а в знаменателе- 6 дней.
*Статически значимые различия: *- по сравнению с контролем; а - по сравнению с нелеченной группой.*

Считается установленным, что основной причиной выявленных нарушений при воздействие тетрахлорметана является усиление процессов свободно радикального окисления липидов биологических мембран гепатоцитов, что обуславливает угнетение функциональной активности ферментных систем связанных с ними [2,166 с.,5,с.48]. Развивается жировая дистрофия органа, которая и является основной причиной снижения внешнесекреторной функции печени. Как известно, острый токсический гепатит, воспроизведенный введением тетрахлорметана, сопровождается снижением количества и активности центрального звена монооксигеназной системы цитохрома Р – 450 основой ферментной системы гепатоцитов участвующий в синтезе желчных кислот из холестерина [1,с.31]. Эти нарушения протекают одновременно с

угнетением ферментов осуществляющие конъюгацию эндо- и экзобиотиков [4,с.35]. Экспериментальная терапия с «Лесбохол» оказывает положительное влияние на изученные показатели. Вероятно, данное соединение устраняет те биохимические нарушения которые лежат в основе угнетения функционального состояние гепатоцитов под воздействием тетрахлорметана. Можно полагать, что «Лесбохол», снижая интенсивность процессов перекисного окисления фосфолипидов биологических мембран гепатоцитов, способствует их регенерации и тем самым восстановлению интенсивности биохимических процессов осуществляющих синтез первичных желчных кислот и их конъюгацию с таурином и глицином. Известно, что в составе желчи экскретируется только конъюгированный билирубин [4,с.35]. Исходя из этого, можно предположить, что препарат «Лесбохол» оказывает стимулирующее влияние на активность уридин дифосфат глюкуронил трансферазы гепатоцитов.

Таким образом, при остром гепатите существенно подавляется внешнесекреторная функция печени, сопровождающаяся уменьшением количества желчных кислот, холестерина и билирубина в составе желчи. «Лесбохол» отчетливо устраняет эти нарушения. Результаты проведенных фармакологических исследований позволяют заключить, что «Лесбохол» обладает отчетливым свойством стимулировать внешнесекреторную функции печени при ее поражениях и может быть рекомендован в качестве средства для патогенетического лечения заболеваний гепато-билиарной системы.

Литература

1. Блюгер А.Ф., Горштейе Э.С., Гедулина Б.Р. Содержания цитохрома Р-450 и микросомальное гидроксилирование желчных кислот при экспериментальном сахарном диабете // Всесоюзн. конф. «Цитохром Р-450 и охрана окружающей среды»: Тезис докл. Новосибирск. -1987. -Ст.31.
2. Губский Ю.И. Коррекция химического поражения печени. – Киев: Здоровья, 1989.
3. Мирошниченко В.П., Громашевская Л.Л., Касаткина М.Г. Определения содержания желчных кислот и холестерина в желчи // Лабораторное дело. -1978. -№3. -Ст.149-153.
4. Крылов Ю.Ф., Смирнов П.А., Флеровский А.А. Метаболизм и биологическая активность субстратов глюкуронидирования при экспериментальном сахарном диабете // Экспер. и клинич. фармакол.. -1992. -№6. -Ст.35-37.
5. Пашков А.Н., Попова Т.Н. и др. Мелатонин как фактор ткоррекции процессов свободнорадикального окисления при токсическом поражении печени крыс // Экспер.и клин. фармакол. -2007. -№1. -Ст.48-51.
6. Скакун Н.П. Нейрогуморальный механизм желчегонного действия инсулина // Проблемы эндокринологии и гормонотерапии. -1956. -№6. -Ст.75-80.
7. Тулаганов Р.Т., Набиев А.Н. Изучение эффективности лечения токсического гепатита минерало-солевым препаратом «Гепатин» // Сибирский медицинский журнал. -2008. -№4. -Ст.36-39.
8. Хакимов З.З., Мавлонов Ш.Р., Акромова Я.З. Влияние липотона на функциональное состояние печени в норме и ее остром поражении // Доклады Академии Наук Узбекистана.- 2005. -№4-5. -Ст.94-98.
9. Bunchorntavakul C., et al. Review article: herbal and dietary supplement hepatotoxicity.// Aliment Pharmacol Ther. -2013.-37(1):3-17.
10. Jadeja R et al. Herbal medicines for the treatment of nonalcoholic steatohepatitis: current scenario and future prospects.// Evid Based Complement Alterna Med. -2014.http://dx.doi.org.

СОСТОЯНИЕ КРОВОТОКА В ПОРТАЛЬНОЙ СИСТЕМЕ — КАК ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ КРИТЕРИЙ ТЯЖЕСТИ ПОРАЖЕНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Маршакова Татьяна Николаевна
Студент, Мордовский Государственный Университет им. Н.П. Огарёва, г.Саранск
Мосина Лариса Михайловна
доктор мед. наук, профессор, Мордовский Государственный Университет им. Н.П. Огарёва, г.Саранск
Голубев Александр Григорьевич
кандидат мед. наук, доцент, Мордовский Государственный Университет им. Н.П. Огарёва, г.Саранск

BLOOD FLOW IN THE PORTAL SYSTEM — AS A DIAGNOSTIC CRITERION OF THE SEVERITY OF LESIONS OF THE PANCREAS
Marshakova Tatyana, student, Mordovian State Medical University n.a. N.P. Ogarev, Saransk
Mosina Larisa, Doctor of Science, professor, Mordovian State Medical University n.a. N.P. Ogarev, Saransk
Golubev Alexandr, Candidate of Science, assistant of professor, Mordovian State Medical University n.a. N.P. Ogarev, Saransk

АННОТАЦИЯ

Цель: изучение гемодинамических показателей в системе воротной вены при остром панкреатите. В группу исследования вошли 56 пациентов с диагнозом – острый панкреатит. На 1, 3, 6, 9 и 12-е сут лечения проводили УЗИ с использованием ангиодопплерографии с определением ПЗ размера правой доли печени; линейного и объемного кровотока в селезеночной и воротной вене; измеряли индекс гиперемии. Наиболее значимые изменения отмечались при панкреонекрозе алкогольного генеза. Полученные данные можно интерпретировать как дополнительные

диагностические признаки, характеризующие наличие гемодинамических сдвигов в системе воротной вены при остром панкреатите.

ABSTRACT

Objective: to study hemodynamic parameters in the system of the portal vein in acute pancreatitis. The study group consisted of 56 patients with the diagnosis of acute pancreatitis. 1, 3, 6, 9 and 12th day of treatment ultrasound was performed using angiography with the definition of PZ size of the right lobe of the liver; linear and volumetric blood flow in the splenic and portal vein; measured the index of congestion. The most significant changes were observed in necrotizing pancreatitis of alcoholic origin. The data obtained can be interpreted as additional diagnostic features that characterize the presence of hemodynamic changes in the portal vein in acute pancreatitis.

Ключевые слова: острый панкреатит; портальный кровоток; линейный кровоток; объемный кровоток; индекс гиперемии.

Key words: acute pancreatitis; portal blood flow; linear blood flow; volume blood flow; hyperemia index.

Введение.

Острый панкреатит (ОП) — одно из наиболее распространенных острых хирургических заболеваний, стабильно занимающее среди них 3-е место. Заболеваемость ОП в мире составляет от 200 до 800 и более пациентов на 1 млн человек в год [1–3]. Несмотря на то, что клиническая картина и характер морфологических изменений в поджелудочной железе при ОП описаны около 300 лет назад, концепция этиопатогенеза данного заболевания продолжает активно обсуждаться вплоть до настоящего времени. Также отсутствует четкий алгоритм обследования и ведения таких больных [4, 5]. В настоящее время ультразвукового исследования внутренних органов наиболее широко применим в различных областях медицины и в ряде случаев по своей ценности не уступает инвазивным методам диагностики. Использование импульсноволновой допплерографии позволяет определять линейные скорости кровотока, индекс резистентности, косвенно судить об общем периферическом сопротивлении в сосудах поджелудочной железы [6,7]. Однако не разработана общепринятая методика ультразвуковой ангиографии портального кровотока, значения количественных показателей портальной гемодинамики различны у разных авторов, до конца не определено место ультразвуковой ангиографии в диагностическом алгоритме обследования таких больных. Отсутствуют точные данные о динамическом изменении портального кровотока при возникновении ОП. Все вышеизложенное обосновывает актуальность изучения изменений портальной гемодинамики у больных ОП и предопределяет цели и задачи нашего исследования.

Цель исследования

Целью настоящего исследования явилось изучение динамики некоторых гемодинамических показателей в системе воротной вены в зависимости от формы ОП.

Материалы и методы.

Нами проведено неконтролируемое исследование с прерванным временным рядом пациентов острым панкреатитом. В группу исследования вошли 56 пациентов, среди них было 30 мужчин и 26 женщин. Средний возраст мужчин составил 47,19±3,35 лет, женщин – 56,25±2,25 лет.

В зависимости от этиологии, вызвавшей ОП, больные (56 человек) были распределены на 2 группы: 1-я группа — пациенты с панкреонекрозом (n=16), среди них: пациенты с ОП алкогольного генеза составили 12 человек, с ОП неалкогольного генеза – 4; 2-я группа — пациенты с отечной формой ОП (n=40) среди них: пациенты с ОП алкогольного генеза составили 18 человек, с ОП неалкогольного генеза – 22. Причиной неалкогольного ОП явился холелитиаз).

Пациентам на 1, 3, 6, 9 и 12-е сут лечения проводили ультразвуковое исследование с использованием ангиодопплерографии. Указанные сроки наблюдения были избраны для более детальной диагностики патоморфологического процесса в ткани поджелудочной железы с учетом токсемической и реактивной фаз развития ОП [7, 8]. УЗИ осуществлялось на аппарате Toshiba Applio MX (Япония) с определением переднезаднего (ПЗ) размера правой доли печени; оценки формы патологического процесса в органе (отечная, панкреонекроз), линейного и объемного кровотока в селезеночной (СВ) и воротной (ВВ) вене.

Основные результаты исследования

При исследовании ПЗ размера правой доли печени у пациентов 1 группы с алкогольным генезом ОП выявлено, что эти параметры были достоверно увеличены, по сравнению с нормой, во все сроки наблюдения на 18,0± 4,0; 15,64±6,41; 17,83±3,51; 17,33±5,05; 18,66±6.28 % ($p<0,050$) соответственно. У пациентов с неалкогольным генезом ОП достоверное увеличение данного параметра отмечалось на 3, 6 и 9 день исследования на 11,89±4,83; 11,33±5,13; 10,98±4,87 % соответственно ($p<0,050$). При сравнении результата исследуемого показателя между пациентами группы выяснилось, что при ОП неалкогольного генеза выявлялась его нормализация к 12 суткам наблюдения.

Динамика ПЗ размера печени у пациентов 2 группы с алкогольным генезом ОП изменялась следующим образом: по сравнению с нормальным значением ПЗ размер достоверно возрастал с 3 по 9 сутки наблюдения на 21,67±12,09 и 15,33±6,65 % ($p<0,050$) соответственно, а далее, к 12 суткам, отмечалась его нормализация. При неалкогольном генезе ОП ПЗ размер достоверно изменялся только в 1 сутки наблюдения (на 16,33±7,13 % по сравнению с нормой) ($p<0,050$), а затем вновь восстанавливался до нормальных значений. При сравнении результатов ПЗ размера между пациентами группы отмечалась более быстрая положительная динамика (с 3 суток исследования) у лиц с неалкогольной причиной ОП.

Изучение системы портального кровотока показало, что у пациентов 1 группы при алкогольном панкреонекрозе с момента поступления в стационар и на всех контрольных точках наблюдения отмечалось увеличение диаметра ВВ по сравнению с нормой — на 19,41% (14,33±0,57 мм; $p<0,050$). При панкреонекрозе неалкогольного генеза достоверное увеличение диаметра ВВ, по сравнению с нормой, было отмечено только на 6 сутки – на 20,83% (14,50±1,52 мм) ($p<0,050$) (в остальные сроки

наблюдения значение показателя диаметра ВВ не отличалось от нормальных значений).

При отечной форме ОП алкогольного генеза у пациентов 2 группы выявлялось увеличение диаметра ВВ на 10,66%, по сравнению с нормой (13,73±2,01 мм) (p<0,050), только на 9 сутки. У пациентов с неалкогольным генезом ОП диаметр ВВ был достоверно увеличен, по сравнению с нормой, только в 1 сутки наблюдения и составлял 14,16±1,48 мм (p<0,050). Значимые динамические изменения диаметра ВВ отмечались преимущественно при панкреонекрозе алкогольного генеза.

Динамическое исследование СВ показало, что, независимо от формы ОП и причины его возникновения, увеличения ее диаметра не наблюдалось.

Увеличение линейного кровотока в ВВ у пациентов 1 группы с алкогольным генезом ОП происходило с 9 суток наблюдения и достигало максимума к 12 суткам — 33,35±4,95 см/с (p<0,050). У пациентов с неалкогольной природой ОП линейный кровоток был повышен с 6 суток наблюдения с максимумом на 9 сутки – 33,00±5,38 см/с (p<0,050).

При алкогольном генезе ОП у пациентов 2 группы линейная скорость кровотока в ВВ достоверно нарастала к 12 суткам – до 29,65±3,88 см/с (p<0,050). У пациентов с неалкогольным генезом ОП линейный кровоток был в пределах нормальных значений.

Линейная скорость кровотока в СВ у пациентов 1 группы при алкогольном генезе ОП достоверно повышалась (p<0,050) с 3 по 9 сутки наблюдения (максимально на 6 сутки) до 43,06±6,33 см/с, а затем к 12 суткам – нормализовалась (13,66±2,16 см/с (p<0,050)). При неалкогольной природе ОП отмечалась аналогичная картина динамических изменений линейной скорости кровотока в СВ.

При алкогольном генезе ОП у пациентов 2 группы с 3 суток наблюдения выявлялось увеличение линейной скорости кровотока, достигая максимума к 9 суткам наблюдения – 32,66±5,53 см/с (p<0,050). При неалкогольной причине ОП возрастание линейной скорости выявлялось с 1 по 12 сутки наблюдения, достигая максимума на 6 сутки – 59,00±5,22 см/с (p<0,050).

Объемная скорость кровотока ВВ у пациентов 1 группы при панкреонекрозе алкогольного генеза достоверно максимально увеличивалась к 6 суткам (4021,25± 134,34 мл/мин) (p<0,050), а у пациентов с ОП неалкогольного генеза – к 9 суткам наблюдения (3291,57±109,86 мл/мин) (p<0,050), оставаясь повышенной весь период наблюдений.

У пациентов 2 группы с алкогольной причиной ОП динамика изменения объемной скорости показывала достоверное возрастание таковой весь период наблюдения, достигая максимума к 12 суткам – 4338,35±192,75 мл/мин (p<0,050). При неалкогольной причине ОП достоверное повышение скорости объемного кровотока достигала максимума к 9 суткам наблюдения – 4017,51±163,32 мл/мин (p<0,050), а к 12 сут зафиксировано его статистически значимое снижение до нормальных значений — 1289,20±117,57 мл/мин (p<0,050).

Объемный кровоток в СВ у пациентов 1 группы с алкогольным генезом ОП носил волнообразный характер, возрастая достоверно максимально к 6 суткам до 757,00± 46,29 мл/мин (p<0,050) и к 12 суткам наблюдения отмечалось его нормализация до 297,60±44,11 мл/мин (p<0,050). У пациентов ОП неалкогольного генезы объемная скорость достоверно возрастала к 6 суткам до 1501,50±109,86 мл/мин (p<0,050) и плавно снижалась к 12 суткам до 312,86±28,55 мл/мин (p<0,050).

Изменения в динамике объемного кровотока в СВ у пациентов 2 группы с алкогольным генезом ОП, также как и у больных с панкреонекрозом (1 группа), носили волнообразный характер, достигая достоверно максимума значения к 6 суткам – 1686,25±168,21 мл/мин (p<0,050). У пациентов ОП неалкогольного генезы (аналогично результатам пациентов 1 группы) объемная скорость достоверно возрастала к 6 суткам до 1634,03±123,37 мл/мин (p<0,050) и также плавно снижалась к 12 суткам до 365,00±15,91 мл/мин (p<0,050).

При расчетах ИГ у больных 1 группы у пациентов алкогольного генеза выявлялось наличие синдрома портальной гипертензии в течение всего периода наблюдения. У данных пациентов ИГ за весь период наблюдения был в диапазоне от 0,048±0,006 до 0,107±0,009, что достоверно отличалось от нормы (p<0,050). У пациентов ОП неалкогольного генеза значения ИГ к 12 суткам приходили к норме.

У пациентов 2 группы с алкогольным генезом ОП признаки синдрома портальной гипертензии отмечались с 1 по 9 сутки наблюдения (ИГ – 0,054±0,006, (p<0,050)) и к 12 суткам купировались (ИГ – 0,045±0,017). У пациентов ОП неалкогольного генеза признаки портальной гипертензии отмечались только на 1 сутки наблюдения (ИГ 0,067±0,007, (p<0,050)).

Обсуждение

Проведенные исследования основных параметров портальной гемодинамики в комплексном обследовании больных ОП показали целесообразность использования цветного дуплексного сканирования в диагностических мероприятиях при оценке выраженности воспалительно-деструктивных процессов, протекающих в поджелудочной железе.

Анализ течения различных форм ОП, возникающих при воздействии наиболее распространенных причинных факторов (алкоголь, желчнокаменная болезнь) позволил выявить значительные изменения гемодинамических показателей в портальной системе.

Было выявлено, что ОП в период развертывания токсемической и реактивной фаз развития патологического процесса в поджелудочной железе при различных формах (отечной и панкреонекрозе) протекает с некоторыми модификациями гемодинамики в порто-печеночной системе, которые при детальном изучении позволят в дальнейшем скорректировать лечебную тактику.

Морфофункциональные изменения в ткани печени проявлялись в нашем исследовании увеличением размеров органа, что может предполагать возникновение нарушений процессов микроциркуляции. Более значимые и стойкие увеличения переднезаднего размеров правой доли печени отмечались при панкреонекрозе алкогольного генеза.

Формирование синдрома портальной гипертензии, характеризующегося увеличением диаметра воротной и селезеночной вен при ОП, определяется непосредственным влиянием выраженных деструктивных процессов на развитие печеночной недостаточности. Нами установлено, что наиболее значимые динамические изменения

воротной вены отмечались при панкреонекрозе алкогольного генеза. Выявлено также, что диаметр селезеночной вены достоверно не изменялся независимо от формы ОП и причины его вызвавшей.

Состояние линейного кровотока по воротной и селезеночной венам различалось в плане увеличения скорости в разные сроки наблюдения. Если в воротной вене скорость кровотока возрастала с 6-9 суток наблюдения, то в селезеночной – с 3 суток наблюдения. Причем, более значимые и стойкие изменения отмечались при панкреонекрозе алкогольного генеза.

Состояние объемного кровотока в воротной вене при алкогольном генезе ОП характеризовалось увеличением его скорости во все сроки наблюдения. Однако, при неалкогольном генезе ОП отмечалось ее восстановление к 12 суткам. Особенности объемного кровотока в селезеночной вене, независимо от формы ОП и причины его вызвавшей, проявились увеличением скорости к 6 суткам наблюдения и последующей нормализацией.

Различие объемного кровотока в воротной и селезеночной венах можно трактовать патофизиологическими особенностями кровоснабжения гепатопанкреатобилиарной зоны при ОП. В результате выраженного воспалительно-деструктивного процесса в ткани поджелудочной железы, характеризующегося усиленным притоком крови к зоне поражения, затрагивающего и гемодинамику тонкой кишки с ростом давления в верхней брыжеечной вене, возникает увеличение объема крови и в воротной вене. В то же время наличие коротких селезеночно-желудочных вен позволяет перераспределять кровоток из селезеночной вены в верхнюю полую вену путем включения естественных портокавальных анастомозов и снижение объемного кровотока в селезеночной вене в динамике.

Для подтверждения гемодинамических нарушений в портальной системе был рассчитан индекс гиперемии. Данный показатель дополнительно свидетельствовал о наличии морфоструктурных изменениях в печеночной ткани при алкогольном генезе ОП, характеризующихся более длительными и стойкими гемодинамическими сдвигами (увеличение органа, диаметра вен и скорости кровотока).

Заключение

Таким образом, полученные данные можно интерпретировать как дополнительные диагностические признаки, характеризующие наличие гемодинамических сдвигов в системе воротной вены при ОП.

Возникающие гемодинамические изменения проявляются в виде увеличения диаметра воротной вены, линейной и объемной скорости кровотока.

Параметры гемодинамики нашли свое отражение в вычислении индекса гиперемии и трактуются как проявления синдрома портальной гипертензии, которые носят стойкий характер при алкогольной этиологии ОП и транзиторный характер при неалкогольных причинах ОП. Причина подобного рода различий могут объясняться патофизиологическими аспектами морфоструктурных изменений ткани печени при воздействии алкоголя.

Список литературы

1. Агаджанов В.Г., Натрошвили А.Г., Османов Э.Г. Острый панкреатит. Учебно-методическая разработка для самостоятельных занятий студентов, интернов, ординаторов и практикующих врачей. – М. 2010. – 35 с.
2. БалныковС.И., Петренко Т.Ф. Предикторы высокой вероятности летального исхода у больных с изначально прогнозируемым легким течением панкреонекроза. Хирургия.- 2010. №3. С. 37–40.
3. Ермолов А.С., Дубров Э.А. Комплексная инструментальная диагностика острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. В сборнике «Актуальные вопросы неотложной хирургии» М., изд. НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, 2007. С. 21–22.
4. Иванов, В.А., Малярчук В.И. Ультразвуковая диагностика заболеваний органов билипанкреатодуоденальной зоны. – М.: Камерон, 2004. 136 с.
5. Кукош М.В., Петров М.С. Острый деструктивный панкреатит. – Н.Новгород: Изд-во НГМА, 2006. – 124с.
6. Протокол обследования и лечения больных острым панкреатитом. Методические рекомендации под редакцией Ю.Л. Шевченко. М., 2010, 21 с.
7. Пугаев А.В., Ачкасов Е.Е, Калачев С.В. Угнетение секреции поджелудочной железы в лечении больных острым панкреатитом. Анналы хирургической гепатологии.- 2006.- Т.11,№4.- С. 15-22.
8. Пыхтин, Е.В. Комбинированное применение малоинвазивных методик в диагностике и комплексном лечении панкреонекроза: Автореф. канд. мед.наук. М.,2003, 43 с.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ОСНОВНОГО ОБМЕНА МОЗГОВОЙ ТКАНИ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ЛИГАНДОВ АДЕНОЗИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ И ПРЕКОНДИЦИОНИРОВАНИИ

Минакина Лилия Николаевна

кандидат медицинских наук, доцент, Иркутский Государственный Медицинский Университет, г. Иркутск

Гольдапель Эдуард Геннадьевич

Иркутский научно-исследовательский противочумный институт, г. Иркутск

METABOLIC MARKERS OF BRAIN TISSUE METABOLISM AS A RESULT OF ACTING OF ADENOSINE RECEPTOR LIGANDS AND HYPOXIC PRECONDITIONING

Minakina Liliya Nikolaevna, Candidate of Medical Science, assistant professor of Irkutsk State Medical University, Irkutsk
Goldapel Eduard Gennadievich, Irkutsk Antiplague Research Institute of Siberia and Far East Irkutsk

АННОТАЦИЯ

Метаболиты глюкозы лактат и пируват, играют важную роль в функционировании нервной ткани, их концентрация и соотношение лактат/пируват рассматриваются как показатели обмена веществ церебрального повреждения [4, 6]. В работе изучается влияние лигандов аденозиновых рецепторов и прекондиционирования на метоболизм нервной ткани. Установлено, что лиганды А1 аденозиновых рецепторов и прекондиционирование оказывают протективный эффект на клетки мозга. Блокатор А1 аденозиновых рецепторов усугубляет метаболические нарушения в мозге и устраняет защитное действие гипоксического прекондиционирования.

ABSTRACT

The glucose metabolites as lactate and pyruvate play a key role in nervous tissue functioning. The lactate/pyruvate ratio and its concentrations are metabolic markers of brain injury [4, 6]. There are effects of preconditioning and ligands of adenosine receptors on brain metabolism described in the article. It was found that adenosine, agonist A1 adenosine receptors and preconditioning protect brain cells from injury. On the contrary, antagonist A1 adenosine receptors potentiates metabolic brain damages and suppresses hypoxic preconditioning neuroprotection.

Ключевые слова: аденозиновые рецепторы; нейропротекция; ишемия; метаболизм головного мозга; соотношение лактат/пируват.

Keywords: adenosine receptors; neuroptection; ischeamia; brain metabolism; lactate/pyruvate ratio.

Источником учения о роли аденозина в организме считают первый доклад Drury and Szent-Györgyi в 1929 году, в котором ученые говорили о действии аденозина как о внеклеточной сигнальной молекуле [8]. Исследователями было установлено, что простой экстракт сердечной мышцы, а также других тканей, вводимый внутривенно животным, снижал частоту сердечных сокращений и повышал коронарный кровоток. Активным составляющим данного экстракта явился аденозин, который с 1980-х годов используется при лечении пациентов, страдающих наджелудочковой тахикардией [7]. Кроме того, аденозин используется как диагностический агент в качестве коронарного вазодилататора для оценки функции коронарной артерии при радионуклидном анализе миокардиальной перфузии [14]. Аденозин накапливается во внеклеточном пространстве в ответ на метаболический стресс и клеточное повреждение, соответственно увеличение уровня внеклеточного аденозина установлено при таких состояниях как ишемия, гипоксия, воспаление и травма [11, 13, 10]. Аденозин проявляет свои физиологические эффекты путем связывания и активацией одного или нескольких из четырех своих трансмембранных рецепторов A1, A2a, A2b и A3. Большинство исследований свидетельствуют о том, что аденозиновые рецепторы управляют клеточными функциями, связываясь с G-белками, хотя есть некоторые сообщения о независимых с G-белками эффектах [9]. Для головного мозга, как органа анализа, обработки и реагирования на поступающую информацию, требуется соответствующее количество энергии, что обеспечивается основными ресурсами – кислородом и глюкозой. Впервые Я. Берцелиусом было замечено, что молочная кислота образуется в избытке при интенсивном анаэробном гликолизе. Позже было доказано, что количество лактата в мышцах после физической нагрузки пропорционально ее силе [4]. Такие метаболиты глюкозы, как лактат и пируват, играют важную роль в функционировании нервной ткани, а их концентрация и соотношение лактат/пируват рассматриваются как показатели обмена веществ церебрального повреждения [6].

Целью исследования явилось изучение показателей углеводного обмена при острой ишемии головного мозга на фоне применения лигандов аденозиновых рецепторов и при гипоксическом прекондиционировании.

Материалы и методы. Исследование проводилось на 48 беспородных белых мышах-самцах массой 20-25 г. Ишемическое повреждение мозга воспроизводилось на декапитационной модели [3]. Применялась модель прекондиционирования с использованием тканевой гипоксии (гермокамера объёмом 100 мл, 4 гипоксических воздействия с интервалом 10 мин и без перерыва перед ишемией мозга) [2]. Интенсивность метаболических процессов оценивали по содержанию лактата, пирувата и их соотношения по стандартным спектрофотометрическим методикам с применением наборов реактивов НПФ Абрис+. При определении лактата и пирувата брали навеску мозговой ткани массой 0,2 г ресуспендировали в физ. растворе. В сравнительных сериях эксперимента использовали N6- циклопентиладенозин (CPA) в дозе 2,4 мг/кг; 5´-N-этилкарбоксамидоаденозин (NECA) в дозе 0,1 мг/кг – за 3 ч; аденозин в дозе 200 мг/кг и 8-циклопентил-1,3-дипропилксантин (DPCPX) в дозе 1мг/кг за

1 ч подкожно в виде водных растворов. Все выше указанные вещества производства Sigma-Aldrich. Для обработки данных использовались пакеты программ «Microsoft Excel» и «Biostat». Использовали непараметрический критерий Манна-Уитни. Различия считали значимыми при $p<0,05$. Экспериментальные животные были распределены на восемь групп: 1 – контрольная, 2 – NECA, 3 – CPA, 4 – аденозин, 5 – гипоксическое прекондиционирование (ПК), 6 – DPCPX, 7 – DPCPX + CPA, 8 – DPCPX+ПК.

Результаты и обсуждение. Полученные результаты представлены в таблице ниже (табл. 1).

Прекондиционирование и селективный агонист аденозиновых А1 рецепторов CPA не влияли на содержание лактата по сравнению с контролем, хотя в отношении пирувата наблюдался противоположный эффект: увеличение содержания в 2,4 и в 3,8 раза соответственно. В отношении аденозина имеет место другой эффект, – значимо снижалось содержание молочной, и увеличивалось содержание пировиноградной кислоты. Неселективный агонист аденозиновых рецепторов NECA не изменяет кон-

центраций лактата и пирувата. На фоне применения селективного блокатора аденозиновых А1 рецепторов DPCPX, значимо увеличивалось содержание лактата – более чем в 2 раза, и не изменялось содержание пирувата. Это согласуется с литературными данными, что антагонисты А1 рецепторов обостряют нейрональное повреждение за счет ускоренного метаболизма как клетки, так и ее окружения [12]. CPA на фоне блокатора DPCPX значимо увеличивает содержание лактата и практически не изменяет концентрацию пирувата по сравнению с контролем. Сравнение показателей лактата, пирувата и их соотношения значимых различий в сериях DPCPX/DPCPX+CPA не выявило. ПК на фоне DPCPX не изменяло содержание лактата, но при этом содержание пирувата сводилось к бесконечно малым концентрациям (рис. 1).

Таблица 1

Влияние лигандов аденозиновых рецепторов и прекондиционирования на метаболические процессы мозга (M±m, n=6)

Группы животных	Лактат, мкмоль/г	Пируват, мкмоль/г	Лактат/Пируват
контроль	2,7±0,15	0,27±0,04	11,58±2,11
NECA	2,99±0,26	0,29±0,05	11,38±1,82
CPA	2,86±0,09	1,05±0,14*	2,94±0,45*
Аденозин	1,73±0,07*	0,75±0,04*	2,22±0,16*
ПК	3,2±0,17	0,66±0,09*	5,23±0,58*
DPCPX	5,8±0,23*	0,29±0,03	26,82±3,23*
DPCPX + CPA	4,83±0,32*	0,19±0,01	24,54±1,09*
DPCPX+ПК	3,2±0,3	lim f(x) = 0, x→0 [1]	lim g(x) = ∞, x→0 [1]

*Примечание: * - p<0,05*

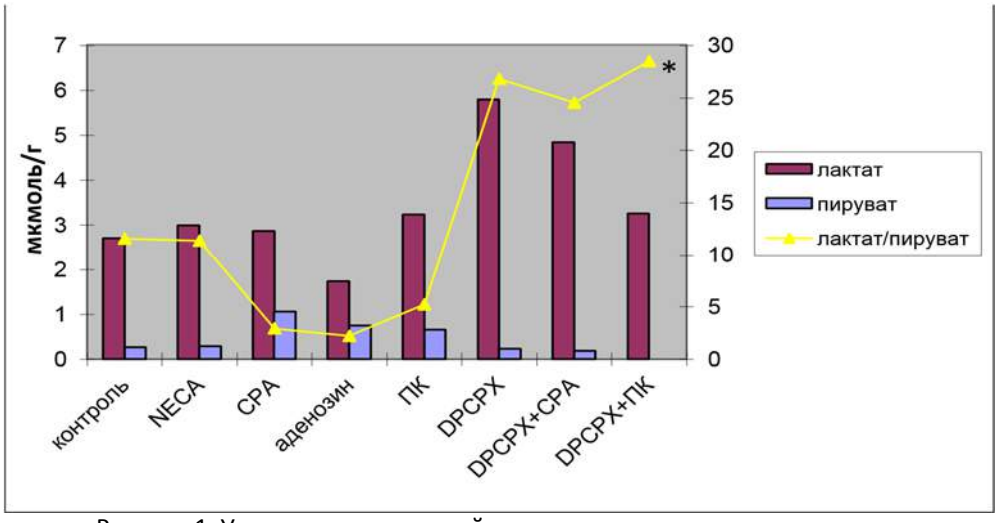


Рисунок 1. Уровень концентраций лактата, пирувата и их соотношения

Примечание: * – значение соотношения лактат/пируват приближается к бесконечно большим величинам за счет бесконечно малых концентраций пирувата.

Гипоксическое прекондиционирование, CPA и аденозин значимо уменьшают коэффициент лактат/пируват в 2; 3,6 и 5,2 раза соответственно. NECA не оказывает влияния на данный показатель. DPCPX, наоборот, увеличивает этот показатель в 2,5 раза. Это указывает на неблагоприятное повреждающее воздействие и ускоренный метаболизм нервной ткани и как результат – лактатацидоз, т.е. резкий переход от аэробного окисления глюкозы к невыгодному – анаэробному. CPA на фоне DPCPX значимо увеличивал коэффициент в 2,1 раза. Последняя серия свидетельствует не только об ослаблении [5], но и о полном устранении нейропротекторного эффекта ПК блокатором А1 рецепторов (бесконечно малые величины пирувата и бесконечно высокие значения лактат/пируват). При сравнении соотношения лактат/пируват, которое по разным источникам варьирует от 10 до 40 при гипоперфузии тканей [15], мы получили, что наименьшие показатели были в сериях с аденозином и CPA, и сформировались за счет высоких концентраций пирувата и снижения концентрации лактата (аденозин). Гипоксическое прекондиционирование уступает CPA и аденозину по этому показателю.

Выводы. Селективный агонист А1 аденозиновых рецепторов CPA, аденозин и гипоксическое прекондиционирование оказывают нейропротекторный эффект при острой ишемии головного мозга мышей, что подтверждается изменениями содержания лактата, пирувата и их соотношения.

Блокатор А1 аденозиновых рецепторов усугубляет метаболические нарушения в мозге и значимо уменьшает защитное действие CPA и устраняет нейропротекторный эффект гипоксического прекондиционирования.

Список литературы

1. Архипов Г. И. Лекции по математическому анализу / Г. И. Архипов, В. А. Садовничий, В. Н. Чубариков // Учебник для университетов и пед. вузов; под ред. В. А. Садовничего. – М.: Высш. шк., 1999. – 695 с.

2. Кулинский В. И. Участие аденозиновых рецепторов в нейропротекторном эффекте при полной глобальной ишемии головного мозга / В. И. Кулинский, Л. Н. Минакина, Л. А. Усов // Экспериментальная и клиническая фармакология. – 2001. – Т.131, № 5. – С. 536-538.
3. Кулинский В. И. Защита головного мозга от полной глобальной ишемии с использованием различных видов гипоксического прекондиционирования / В. И. Кулинский, Т. В. Гаврилина, Л. Н. Минакина,
4. В. Ю. Ковтун // Патологическая физиология и экспериментальная терапия. – 2008. – № 3. – С.18-20.
5. Мещерякова О. В. Митохондриальный лактат-окисляющий комплекс и его значение для поддержания энергетического гомеостаза клеток / О. В. Мещерякова, М. В. Чурова, Н. Н. Немова // Совр. проблемы физиологии и биохимии водных организмов. – 2010. – Т. 1. – 320 с.
6. Chauhan N. K. Inhibition of pre-ischeamic conditioning in the mouse caudate brain slice by NMDA- or adenosine A1 receptor antagonists / N. K. Chauhan, A. M. Young, C. L. Gibson, C. Davidson // Eur J Pharmacol. – 2013. – V. 698 (1-3). – P. 322-329.
7. Dienel G. A. Lactate shuttling and lactate use as fuel after traumatic brain injury: metabolic considerations / G. A. Dienel // J Cereb Blood Flow Metab. – 2014. – V. 34 (11). P. 1736-1748.
8. diMarco J. P. Diagnostic and therapeutic use of adenosine in patients with supraventricular tachyarrhythmias / J. P. diMarco [et al.] // J Am Coll Cardiol. – 1985. – V. 6. – P. 417-425.
9. Drury A. N. The physiological activity of adenine compounds with especial reference to their action upon the mammalian heart / A. N. Drury, A. Szent-Gyorgyi // J Physiol. – 1929. – V. 68 (3). – P. 213–237.
10. Fredholm B. B. Aspects of the general biology of adenosine A2A signaling / B. B. Fredholm, Y. Chern, R. Franco [et al.] // Prog. Neurobiol. – 2007. – V. 83. – P. 263-276.
11. Fredholm B. B. International Union of Pharmacology. XXV.
12. Nomenclature and classification of adenosine receptors / B. B. Fredholm, A. P. IJzerman, K. A. Jacobson [et al.] // Pharmacol. Rev. – 2001. –V. 53. – P. 527-552.
13. Haskó G. Adenosine receptors: therapeutic aspects for inflammatory and immune diseases / G. Haskó, J. Linden, B. Cronstein [et al.] // Nat Rev Drug Discov. – 2008. – V. 7(9). – P. 759-770.
14. Kim J. H. DPCPX-resistant hypoxic synaptic depression in the CA1 region of hippocampal slices: possible role of intracellular accumulation of monocarboxylates / J. H. Kim, J. H. Kim, T. H. Kwon [et al.] // Neurosci Lett. – 2006. – V. 31; 403(1-2). – P. 141-146.
15. Linden J. Molecular approach to adenosine receptors: receptor-mediated mechanisms of tissue protection / J. Linden // Annu. Rev. Pharmacol. Toxicol. – 2001.- V. 41. – P. 775-787.
16. Travain M. I. Pharmacological stress testing / M. I. Travain, J. P. Wexler // Semin. Nucl. Med. – 1999. – V. 29 (4). – P. 298–318.
17. Vespa P. M. Persistently low extracellular glucose correlates with poor outcome 6 months after human traumatic brain injury despite a lack of increased lactate: a microdialysis study / P. M. Vespa, D. McArthur, K. O'Phelan [et al.] // J Cereb Blood Flow Metab. – 2003. – V. 23(7). – P. 865-877.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Митрофанова Ирина Сергеевна
Кандидат мед. наук, ассистент, ГБОУ ВПО ОрГМУ Минздрава России, г.Оренбург
Столбова Марина Владимировна
Кандидат мед. наук, доцент, ГБОУ ВПО ОрГМУ Минздрава России, г.Оренбург
Шарапов Сергей Владимирович
Кандидат мед. наук, ассистент, ГБОУ ВПО ОрГМУ Минздрава России, г.Оренбург
Морина Александра Александровна
Участковый терапевт, ГАУЗ "ГКБ им. Н.И. Пирогова" поликлиника №2, Г.Оренбург

THE COMPLIANCE OF PREGNANT WOMEN WITH ARTERIAL HYPERTENSION
Mitrofanova Irene, Candidate of medicine, assistant, SBEIHPE OSMU Min.of Health of RF, Orenburg
Stolbova Marina, Candidate of medicine, assistant, SBEIHPE OSMU Min.of Health of RF, Orenburg
Sharapov Sergey, Candidate of medicine, assistant, SBEIHPE OSMU Min.of Health of RF, Orenburg
Morina Alexandra, General practitioner, SAIH « TCH of Pirogov» polyclinic № 2, Orenburg

АННОТАЦИЯ

Цель: определить степень приверженности беременных женщин с артериальной гипертонией к лечению. Материалы и методы: было обследовано 30 женщин на разных сроках беременности, страдающих артериальной гипертонией. Помимо стандартного обследования, проводилось анкетирование. Результаты исследования показали, что степень приверженности, по сравнению с не беременными женщинами достоверно выше. Вывод: приверженность к лечению можно улучшить путем повышения мотивации к лечению.

ANNOTATION

Aim: to define the degree of compliance of pregnant women with arterial hypertension. Materials and methods: 30 women on different durations of gestation, suffering from arterial hypertension have been observed. In addition to the standard examination, the questionnaire has been done. The research results have shown that the degree of compliance, in comparison with non-pregnant women, is significantly higher. Conclusion: the compliance can be improved by raising of motivation to treatment

Ключевые слова: артериальная гипертония; приверженность; беременность.

Key words: arterial hypertension; compliance; pregnancy.

Приверженность к лечению (комплаентность) – это степень соответствия поведения больного (в отношении приема препаратов, соблюдения диеты и других мер изменения образа жизни) рекомендациям, полученным от врача.

Сопоставление частот снижения АД в различных странах до величин, обозначенных в качестве целевых в рекомендациях последнего пересмотра, свидетельствует о том, что этот показатель, составляя 29% в США, снижается до 17% у жителей Канады и не превышает 10% в странах Западной Европы. Так, в Португалии, где эссенциальную АГ выявляют более чем у 40% взрослого населения, только 46,1% из страдающих этим заболеванием знают о его наличии, 39% получают постоянную антигипертензивную терапию, и лишь у 10% она приводит к контролю АД [8.,с.23]. В популяции пожилых больных эссенциальной АГ, проживающих в трех крупных городах Франции, АД превосходит 140/90 мм рт. ст. у 69% из тех, кто постоянно принимает антигипертензивные препараты [(Brindel P, Hanon O, 2006)]. В целом, число пациентов, у которых контроль АД все же достигается, в последнее десятилетие увеличилось [3.,с.24], хотя у подавляющего большинства лиц с эссенциальной АГ эффективность антигипертензивной терапии далека от идеальной.

Среди причин низкой эффективности антигипертензивной терапии на первом месте – неправильный выбор антигипертензивного препарата, основанный зачастую в большей степени не на объективных особенностях пациента, учтенных в соответствующих разделах рекомендаций экспертов, а на преувеличении риска отдельных нежелательных эффектов и переоценке значения стоимости препарата [1.,с.269]. Так же к низкой эффективности гипотензивной терапии приводит недостаточная приверженность пациента к лечению. Проанализировав базу данных 16783 больных эссенциальной АГ, [6.,с.18] установили, что в течение первого года антигипертензивной терапии 64,9% прекратили принимать назначенные препараты, 8,2% самостоятельно изменили лечение и только 26,9% строго соблюдали рекомендации врачей. Даже в специальных контролируемых исследованиях, проводимых с целью уточнения эффективности и безопасности антигипертензивных препаратов, участие в которых подразумевает обязательную процедуру получения информированного согласия, а наблюдение за включенными больными является очень строгим, 9–37% из них оказываются не приверженными лечению [10.,с.22].

Показано, что больные эссенциальной АГ, уже страдающие ее осложнениями (ишемическая болезнь сердца и/или хроническая сердечная недостаточность), к моменту начала антигипертензивной терапии, как правило, оказываются более приверженными ей [4.,с.165]. Чаще отказываются от лечения больные, которым назначены короткодействующие препараты, которые они вынуждены принимать очень часто, или очень большое число лекарств одновременно [9.,с.164]. Наиболее удобными для пациента являются пролонгированные препараты, рассчитанные на однократный прием. Сам по себе перевод пациента с двукратного на однократный прием антигипертензивных препаратов позволяет увеличить приверженность лечению не менее чем на 10% [7.,с.24]. Очевидна обоснованность фиксированных комбинаций представителей различных групп антигипертензивных препаратов, тем более что подавляющее большинство больных с систолическим АД, равным или превышающим 160 мм. рт. ст., с самого начала нуждаются в комбинированной антигипертензивной терапии [5.,с.289]. Обладая более демонстративной способностью снижать повышенное АД, фиксированные комбинации антигипертензивных препаратов, как правило, значительно лучше переносятся больными [2.,с.124].

Приверженность антигипертензивной терапии в значительной степени зависит от того, насколько пациент адекватно информирован о ее цели, тем более что многие больные вынуждены начинать принимать соответствующие препараты еще при отсутствии каких-либо жалоб.

Очевидно, что ключевой причиной снижения приверженности к лечению эссенциальной АГ являются нежелательные явления, провоцируемые антигипертензивными препаратами. Следует подчеркнуть, что антигипертензивная терапии далеко не всегда сопровождается улучшением качества жизни.

Повышение приверженности антигипертензивной терапии – один из наиболее реальных способов повышения ее эффективности. Очевидно, что добиться соблюдения рекомендаций можно только при сотрудничестве врача с пациентом, во многом достигающемся за счет подробного и вместе с тем доступного информирования последнего о цели лечения эссенциальной АГ, заключающейся в конечном итоге в увеличении продолжительности активной жизни. Минимизация выраженности нежелательных явлений, связанных с приемом антигипертензивных препаратов, сегодня вполне возможна за счет оптимизации режима их приема и подбора доз, а также тщательного учета противопоказаний к назначению определенного их класса, в том числе относительных. В свою очередь недостаточная приверженность антигипертензивной терапии приближает риск осложнений АГ у подобных пациентов к тем, кто вообще не получает лечения.

В кардиологическом стационаре Оренбургской областной клинической больницы № 2 было обследовано 30 беременных женщин в возрасте от 25 до 38 лет страдающих артериальной гипертонией, разной степени тяжести. 8 пациенток имели первую степень артериальной гипертонии, 20 – вторую степень, 2 - третью степень. Пациентки госпитализировались в отделение на разных сроках беременности: 12 больных в первом триместре беременности, 18 – во втором. У 9 больных имело место повторная гос-

питализация. Всем проводилось стандартное обследование: ОАК, ОАМ, определение глюкозы, креатинина, билирубина, АЧТВ, ЭКГ, ЭХО-КГ, мониторирование артериального давления. Лечение проводилось в зависимости от срока беременности и степени тяжести артериальной гипертонии препаратами: допегит, метопролол – сукцинат и амлодипин. Отбор пациентов был сплошным и при согласии больной, больная включалась в исследование. В 28 случаях удалось достичь целевых значений цифр артериального давления и согласно приказу № 739, пролонгация беременности была не противопоказана. У 2 пациенток не удалось нормализовать цифры артериального давления, и им было предложено прерывание беременности, от которого они отказались. Со всеми больными проводилось анкетирование, по поводу регулярности приема препаратов. Несмотря на неудобную схему приема препаратов (допегит 3-4 раза в сутки) 29 женщин оказались 100% приверженными к лечению. Такая высокая приверженность обусловлена желанием женщин сохранить беременность и родить здорового ребенка. Одна женщина не принимала препарат, отменив его самостоятельно, в связи с тем, что в течение месяца обследовалась по поводу возможного врожденного синдрома Дауна, у ее будущего ребенка. Когда это предположение было опровергнуто, больная начала вновь принимать препараты.

Таким образом, можно сделать вывод, что беременные женщины, страдающие артериальной гипертонией, имеют хорошую приверженность к лечению, по сравнению с не беременными.

Также можно отметить, что не удобная схема приема препаратов не имеет значения, в случае высокой мотивации к лечению.

Литература

1. Агеев Ф.Т., Мареев В.Ю., Середина Е. М. перспективы внедрения специализированных формактивного амбулаторного ведения больных с сердечной недостаточностью: структура, методика, предварительные результаты Российской программы "ШАНС" // Журнал Сердечная Недостаточность. – 2004. – Т.5. – № 6. – С. 268-271.
2. Чазова И.Е., Ратова Л.Г. Комбинированная терапия артериальной гипертонии. Сердце. 2005; 4 (3): 120–126.
3. Brindel P, Hanon O, Dartigues JF et al. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the elderly: the Three City study. J Hypertens 2006; 24: 51–8.
4. Chapman RH, Benner JS, Petrilla AA et al. Predictors of adherence with antihypertensive and lipid-lowering therapy. Arch Intern Med 2005; 165: 1147–52.
5. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure: The JNC VI Report. JAMA 2003; 289: 2560–71.
6. Degli Esposti E, Di Martino M, Sturani A. Risk factors for uncontrolled hypertension in Italy. J Hum Hypertens 2004; 18: 207–13.
7. Iskedjian M, Einarson TR, MacKeigan LD et al. Relationship between daily dose frequency and adherence to antihypertensive pharmacotherapy: evidence from a meta-analysis. Clin Ther 2002; 24: 302–16.
8. Macedo ME, Lima MJ, Silva AO et al. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Portugal: the PAP study. J Hypertens 2005; 23: 1661–6.
9. Schroeder K, Fahey T, Ebrahim S. How can we improve adherence to blood pressure-lowering medication in ambulatory care? Systematic review of randomized controlled trials. Arch Intern Med 2004; 164: 722–32.
10. Wetzels GE, Nelemans P, Schouten JS, Prins MH. Facts and fiction of poor compliance as a cause of inadequate blood pressure control: a systematic review. J Hypertens 2004; 22: 1849–55.

РЕГИОНАЛЬНЫЙ МОНИТОРИНГ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ У ДЕТЕЙ

Нимгирова Алена Сергеевна
Ассистент, Астраханский государственный медицинский университет, г. Астрахань
Сердюков Анатолий Гаврилович
д.м.н., профессор, Астраханский государственный медицинский университет, г. Астрахань

REGIONAL MONITORING OF BIRTH DEFECTS

Nimgirova Alena S., assistant, Astrakhan State Medical University, Astrakhan
Serdyukov Anatoly G., MD, professor, Astrakhan State Medical University, Astrakhan

АННОТАЦИЯ

В статье проведен анализ результатов мониторинга врожденных пороков развития у детей Астраханской области, определены: рост частоты ВПР, преобладание ее уровня у мальчиков, часто встречающиеся аномалии: гипоспадия, расщелина неба, расщелина губы, синдром Дауна.

ABSTRACT

The article analyzes the results of the monitoring of congenital malformations in children of the Astrakhan region, defined as follows: increase in the frequency of congenital malformations, the predominance of its level in boys, frequent anomalies: hypospadias, cleft palate, cleft lip, Down's syndrome.

Ключевые слова: мониторинг; врожденные пороки развития.

Keywords: monitoring; congenital malformations.

Мониторинг врожденных пороков развития занимает существенное место среди профилактических программ. Мониторинг представляет собой быстродействующую предупреждающую систему, посредством которой может осуществляться выявление зон с повышенной частотой врожденных пороков развития и, таким образом, в конечном счете, контроль средовых факторов, обладающих тератогенными свойствами, что и приводит к возникновению врожденных пороков развития среди детей, подвергшихся их действию в период внутриутробного развития [1, с.22; 2, с.6; 3, с.38; 4, с.19].

Частота ВПР, подлежащих мониторированию за период с 2010 по 2014 гг. по Астраханской области составила 5,9; по г. Астрахани 6,5; по районам области 5,5 на 1000 родов. Проведенное статистическое исследование выявило рост частоты ВПР, подлежащих мониторированию по Астраханской области на 76,1%; по г. Астрахани на 120,5%, по сельской местности – 47,9% ($p<0,05$).

Изучение частоты ВПР, подлежащих мониторированию среди детей области по полу, выявило превышение ее уровня среди мальчиков на 16,9% таковой среди девушек ($t>2$).

В динамике за исследуемый период уровень частоты ВПР, подлежащих мониторированию среди мальчиков по области вырос к 2014г. на 123,1%, в сельских районах – 39,6%, в г. Астрахани – на 325,0% и составил в среднем 6,9, 6,4 и 7,7 на 1000 родов соответственно ($p<0,05$).

Число девочек, имеющих ВПР, подлежащие мониторированию по области к 2014г. увеличилось на 31,5%, в районах области - на 43,8%, в г. Астрахани – на 21,3% и составило в среднем 4,7, 4,5 и 5,1 на 1000 родов соответственно ($p<0,05$).

Анализ частоты ВПР, подлежащих мониторированию с учетом возраста матери, родившей ребенка с ВПР за период с 2010 по 2014 гг. выявил, что наибольшая частота ВПР, подлежащих мониторированию приходится на возраст матери с 35 до 39 лет. Показатель частоты ВПР, подлежащих мониторированию у женщин в данной возрастной группе по Астраханской области составил 14,4 на 1000 родов. Отмечается явное преобладание частоты среди женщин, проживающих в городской местности – 20,8 на 1000 родов, по сравнению с женщинами из села – 9,4 на 1000 родов ($p<0,05$).

Далее следует группа женщин, возраст которых превышает 40 лет. Частота ВПР, подлежащих мониторированию за исследуемый период по Астраханской области в данной возрастной группе составила 12,5 на 1000 родов. Среди жительниц села частота ВПР, подлежащих мониторированию выше, чем среди жительниц города ($p<0,05$).

На третьем месте в возрастной структуре матерей – женщины моложе 19 лет. В данной группе показатель частоты ВПР, подлежащих мониторированию составил 6,4 на 1000 родов. Резких различий показателя между сельскими и городскими жительницами не выявлено: город – 6,7; село – 6,4 на 1000 родов соответственно ($p<0,05$).

Далее проведен анализ частоты ВПР, подлежащих мониторированию с учетом порядкового номера родов. Анализ выявил рост частоты ВПР, подлежащих мониторированию у первородок в Астраханской области в целом на 151,4%, по г. Астрахани показатель вырос на 234,3%, по районам области на 87,5% ($p<0,05$). Частота ВПР, подлежащих мониторированию у женщин родивших 1 ребенка составила по области 5,7 на 1000 родов, по г. Астрахани 5,9, по районам области 5,5 на 1000 родов ($p<0,05$).

При вторых родах отмечается рост частоты ВПР, подлежащих мониторированию. Частота ВПР, подлежащих мониторированию у женщин родивших 2 ребенка составила по области 5,5 на 1000 родов, по г. Астрахани 5,6, по районам области 5,4 на 1000 родов ($p<0,05$).

При третьих родах частота ВПР, подлежащих мониторированию в целом по области снизилась на 39,5%; по г. Астрахани на 66,4%; по сельским районам на 12,9%. Частота ВПР, подлежащих мониторированию у женщин родивших 3 ребенка составила по области 8,0 на 1000 родов, по г. Астрахани 10,2, по районам области 6,9 на 1000 родов ($p<0,05$).

В 2010 году случаев ВПР, подлежащих мониторированию у женщин рожавших 4 ребенка зарегистрировано не было. Частота ВПР, подлежащих мониторированию у женщин родивших 4 ребенка составила по области 6,2 на 1000 родов, по г. Астрахани 10,6, по районам области 4,1 на 1000 родов ($p<0,05$).

С 2010 по 2012 гг. ВПР, подлежащие мониторированию не регистрировались у женщин родивших пятого ребенка. Частота ВПР, подлежащих мониторированию у женщин родивших 5 ребенка составила по области 4,1 на 1000 родов, по г. Астрахани 7,4, по районам области 2,7 на 1000 родов ($p<0,05$).

Анализ частоты ВПР, подлежащих мониторированию выявил, что самая высокая частота ВПР, подлежащих мониторированию, встречается у женщин, имеющих 6 порядковые роды. Частота ВПР, подлежащих мониторированию при 6 порядковых родах составила по области 50,6 на 1000 родов; по г. Астрахани 125,4; по сельской местности 23,8 на 1000 родов ($p<0,05$).

Частота распространенности ВПР, подлежащих мониторированию при 6 порядковых родах увеличилась на 45,4% по области, по г. Астрахани на 340,0% ($p<0,05$).

Статистический анализ ВПР, подлежащих мониторированию с учетом массы тела при рождении выявил преобладание в структуре маловесных детей.

Частота ВПР, подлежащих мониторированию с массой тела при рождении менее 999 г. составила по области в целом 31,0 на 100 родов; по г. Астрахани 16,7; по районам области – 60,4 на 100 родов соответственно ($p<0,05$). Отмечается прирост по области в данной весовой категории на 316,9%; по сельским районам на 511,9%. По г. Астрахани показатель частоты ВПР, подлежащих мониторированию стабилен – 25,0 на 100 родов ($p<0,05$).

Частота ВПР, подлежащих мониторированию с массой тела при рождении 1000-1499 г. составила по области 3,0 на 1000 родов; по г. Астрахани 1,9 и по сельским районам 5,0 на 1000 родов соответственно ($p<0,05$).

С массой тела от 1500-1999 рождено по области за исследуемый период 15,5 детей на 1000 родов с ВПР, подлежащими мониторированию, по г. Астрахани 14,1 и сельской местности 16,7 на 1000 родов ($p<0,05$). Прирост в данной возрастной группе составил по области к уровню 2010 г. 203,8%; по сельским районам на 78,8%. По г. Астрахани в 2010 году в данной весовой категории детей с ВПР, подлежащими мониторированию не регистрировалось. Но уровень 2014 г. к уровню 2011 г. превышает на 17,1% ($p<0,05$).

С массой тела 2000-2499 г. родилось за 2010-2014 гг. по области с ВПР, подлежащими мониторированию 15,0 детей на 1000 родов; по г. Астрахани 19,4 на 1000 родов; по сельским районам 11,4 на 1000 родов. Прирост частоты ВПР в данной весовой категории за исследуемый период составил по области 173,3%; по г. Астрахани 190,3% по сельским районам на 183,3% ($p<0,05$).

Частота ВПР, подлежащих мониторированию у детей с массой тела при рождении 2500-2999 г. составила по области 7,1 на 1000 родов, по г. Астрахани 8,3 на 1000 родов; по сельским районам 6,2. В данной весовой категории отмечается прирост по области на 72,3%; по г. Астрахани на 40,7%; по сельским районам на 107,5% ($p<0,05$).

В заключительной части исследования проведен анализ частоты ВПР, подлежащих мониторированию в соответствии с нозологией.

Общая частота 21 формы ВПР в г. Астрахани и районах области находится примерно на одном уровне - 6,8 и 5,6 соответственно. Структура ВПР в городе определена следующим образом: гипоспадия; Синдром Дауна (СД); расщелина губы и неба, а в районах области: гипоспадия; расщелина губы и неба; СД. Частота пороков ЦНС в районах области выше, чем в городе: анэнцефалия; энцефалоцеле; гидроцефалия. Множественные пороки чаще регистрируются по районам области, а частота пороков мочеполовой системы выше в городской местности.

Литература

1. Бочков Н.П., Жученко Е.А.,Кириллова Е.А. Мониторинг врожденных пороков развития // Рос. вестн. перинатол. и педиатр. – 1996. – № 2. – С.21-25.
2. Демикова Н.С. Эпидемиологический мониторинг врожденных пороков развития в Российской Федерации и его значение в профилактике врожденных аномалий у детей: Автореф. дис. … д-ра мед. наук. М., 2005. – 43 с.
3. Демикова Н.С., Кобринский Б.А. Эпидемиологический мониторинг врожденных пороков развития в Российской Федерации. - М.: ООО «Пресс-Арт», 2011. – 236 с.
4. Симаходский А.С., Романенко О.П., Верлинская Д.К., Алферова Н.К. Мониторинг врожденных пороков развития в системе медико-генетической службы Санкт-Петербурга // Детская больница. – 2004. – №2 (16). – С. 19-22.

СИНТЕЗ ИНТЕРЛЕЙКИНА-4 МОНОНУКЛЕАРАМИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ

Павленко Владимир Васильевич
Доктор мед. наук, профессор, Ставропольский Государственный медицинский университет, г. Ставрополь
Кораблина Наталья Владимировна, Александрова Светлана Борисовна, Катаганова Гульнара Арсланбековна
Канд. мед. наук, Ставропольский Государственный медицинский университет, г. Ставрополь

SYNTHESIS OF INTERLEYKIN-4 PERIPHERIAL BLOOD MONONUCLEAR CELLS IN ULCERATIVE COLITIS
PavlenkoVladimir, doctor of medical sciences, professor of the Stavropol State medical university
Korablina Natalia, candidate of medical sciences of the Stavropol State medical university
Aleksandrova Svetlana, candidate of medical sciences of the Stavropol State medical university
Kataganova Gulnara, candidate of medical sciences of the Stavropol State medical university

АННОТАЦИЯ

Цель: изучить синтез ИЛ-4 МНК больных язвенным колитом с различными, в том числе системными проявлениями.

Методы: Обследовано 49 больных. 23 пациента с системными проявлениями - 1-я группа, 26 пациентов без системных проявлений - 2-я группа. Синтез ИЛ-4 МНК в спонтанных и ЛПС-стимулированных условиях изучали в период обострения ЯК и в фазе клиникой ремиссии.

Результаты: при обострении ЯК спонтанный и стимулированный синтез ИЛ-4 МНК повышен в обеих группах. В 1-й группе спонтанный и стимулированный синтез ИЛ-4 МНК повышен максимально. При формировании клиникой ремиссии ЯК синтез ИЛ-4 в 1-й группе оставался более высоким.

Функционально-метаболическая активность лейкоцитов у больных ЯК с системными проявлениями отражает высокий иммуновоспалительный потенциал иммуноцитов.

ABSTRACT

Purpose: to study properties interleykin IL-4 MNC of patients ulcerrative colitis with various, including system clinical manifestations.

Methods: 49 patients are examined. 23 patients with system manifestations - the 1st group, 26 patients without system manifestations - the 2nd group. Synthesis IL-4 MNC spontaneous and LPS-stimulated conditions studing in acute phase UC and endoscopic remission.

Results: in the period of acute UC spontaneous and stimulated synthesis of IL-4 MNC increase in both groups of patients. In the 1st group of patients with extraintestinal manifestations observed maximizing spontaneous and stimulated synthesis IL-

4 MNC. Since the beginning of the formation of clinical and endoscopic remission UC synthesis of ILT-4 in the 1st group patients it remained higher.

Conclusions: Functional-metabolic activity of white blood cells in patients with system manifestations UC reflects the high immunoinflammatory potential of immunocytes.

Ключевые слова: язвенный колит; системные проявления; интерлейкин-4; мононуклеарные клетки.

Key words: ulcerative colitis, system manifestations, interleykin-4, mononuclear cells

Язвенный колит (ЯК) – аутоиммунное заболевание, при котором происходит нарушение взаимодействия иммунной системы кишечника и его микробиома во взаимодействии с рядом внешних и внутренних факторов, генетической предрасположенностью [1,3]. Активность заболевания может варьировать от полной ремиссии до фульминантной формы с системными токсическими проявлениями. Системность поражения чаще встречается при тяжёлом течении заболевания примерно у 10-20% пациентов ЯК. Спектр внекишечных проявлений объединяет поражение желудка, поджелудочной железы, кожи, глаз, нервной системы, слизистой полости рта, суставов, позвоночника (остеопороз) и др. Внекишечные симптомы могут проявляться как начальные симптомы заболевания или возникать при обострении ЯК[2,4].

Прогресс в изучении ВЗК, в том числе ЯК, обусловлен развитием знаний в сфере молекулярных и генетических механизмов повреждения кишечника. Не вызывает сомнений ведущая роль иммунных нарушений в развитии воспалительной реакции. Отмечают дисбаланс субпопуляций Т-лимфоцитов с преимущественным снижением функции Т-супрессоров, изменение вследствие этого хелперно-супрессорного соотношения [1,2,5]. Важную роль в регуляции воспалительной реакции и иммунного ответа играют цитокины. Цитокины обеспечивают оптимальное развитие иммунной реакции в рамках «цитокиновой сети». Представляя в различных тканях своеобразную «микроэндокринную систему», эти медиаторы формируют сеть коммуникационных сигналов между клетками иммунной системы и другими системами органов и тканей. Интерлейкин – 4 (ИЛ-4) – одни из основных противовоспалительных цитокинов, продуцируемый преимущественно Th2 -лимфоцитами. Данный цитокин способен ингибировать воспалительный ответ независимо от принадлежности клеток к той или иной субпопуляции Th [2,6].

Цель исследования: изучить особенности синтеза ИЛ-4 мононуклеарными клетками (МНК) периферической крови больных ЯК с различными, в том числе системными клиническими проявлениями.

Материалы: обследовано 49 больных в период обострения ЯК и в фазе клинико-эндоскопической ремиссии (21 мужчин, 28 женщин) с язвенным колитом, в возрасте от 26-до 47 лет, с длительностью заболевания – от 4-х месяцев до 26 лет. У 12 пациентов диагностирована среднетяжелая, у 37 тяжелая форма. Тотальный колит определен у 14 пациентов, левосторонняя локализация выявлена у 35 больных ЯК. У 32 пациентов установлена 2-я степень активности, у 17 - 3-я степень активности воспалительного процесса.

Из них 23 больных с системными проявлениями, 26 - без системных проявлений. Соответственно тяжести ЯК назначали базисную и симптоматическую терапию.

Данные о частоте выявленных у обследованных больных системных поражениях представлены в табл. 1.

Таблица 1

Системные (внекишечные) проявления у обследованных пациентов с ЯК

Осложнения ЯК	Диагноз	Количество пациентов (%)
Поражение глаз	Иридоциклит	2,2%
Поражение печени и желчевыводящих путей	Аутоиммунный гепатит	13,1%
	Первичный склерозирующий холангит	4,35%
Поражение суставов	Периферический артрит	36,1%
	Ревматоидный артрит	2,2%
	Остеопороз	21,7%
Поражение щитовидной железы	Аутоиммунный тиреоидит	10,9%
Поражение легких	Фиброзирующий альвеолит	2,2%
Поражение кожи	Псориаз	4,35%
	Узловатая эритема	6,5%
	Гангренозная пиодермия	2,2%
	Витилиго	6,5%

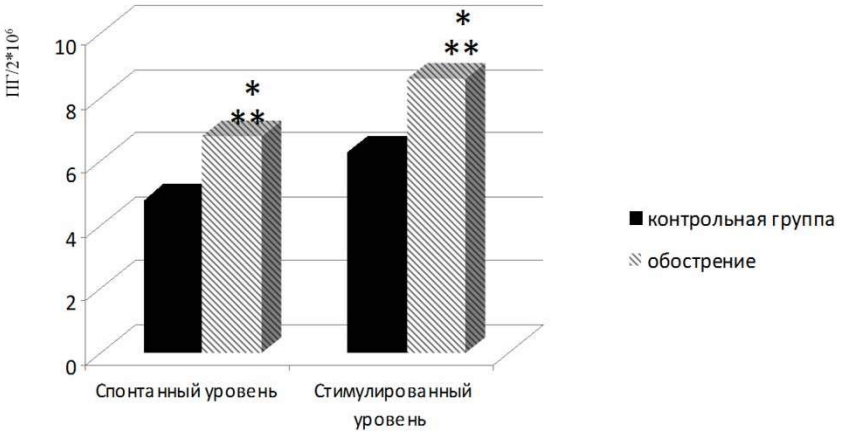
Методы исследования: общеклинические, иммунологические, копрологические, бактериологические, инструментальные, морфологические.

Специальные: содержание ИЛ-4 в супернатантах клеток в спонтанных и индуцированных ЛПС условиях определяли методом ИФА с помощью стандартных тест-систем фирмы «Цитокин» (Россия). Результаты выражали в пг/2х106 клеток. МНК выделяли из крови, стандартизировали, определяли спонтанную и ЛПС-стимулированную продукцию цитокина. Контрольную группу составили 10 здоровых добровольцев, сопоставимых по полу и возрасту. Спонтанный и ЛПС- стимулированный синтез ИЛ-4 МНК периферической крови у них составил: 4,78±0,3 и 6,31±0,35 пг/2×106 клеток, соответственно.

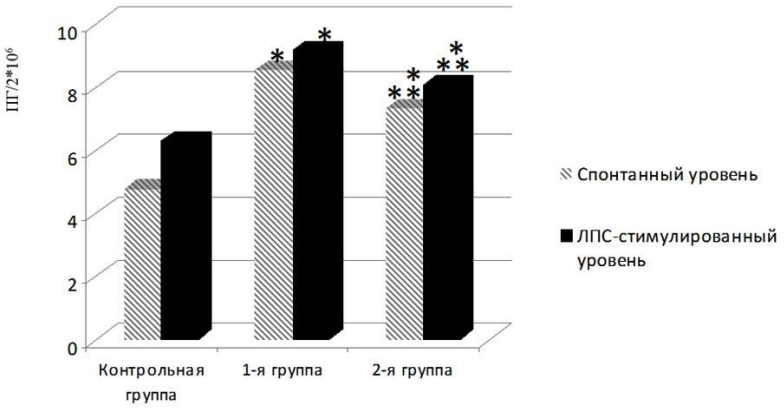
Статистическую обработку результатов проводили методами параметрического и непараметрического анализа (t-критерий Стьюдента, парный t-критерий Стьюдента, точный критерий Фишера). Статистически достоверными считали различия при $P<0,05$.

Результаты и обсуждение: установлено, что в период обострения ЯК спонтанный и стимулированный синтез ИЛ-4 МНК был повышен в обеих группах больных (рис.1).

В группе больных с внекишечными проявлениями (1-я группа) спонтанный и стимулированный синтез ИЛ-4 МНК был более высоким, чем во 2-й группе пациентов (8,55±0,03 и 9,2 ±0,02 пг /2×106 клеток, и 7,35±0,02пг /2×106 и 8,1±0,02 пг/2×106 клеток, P<0,05 в сравнении с 1-й группой и с контролем), рисунок 2.

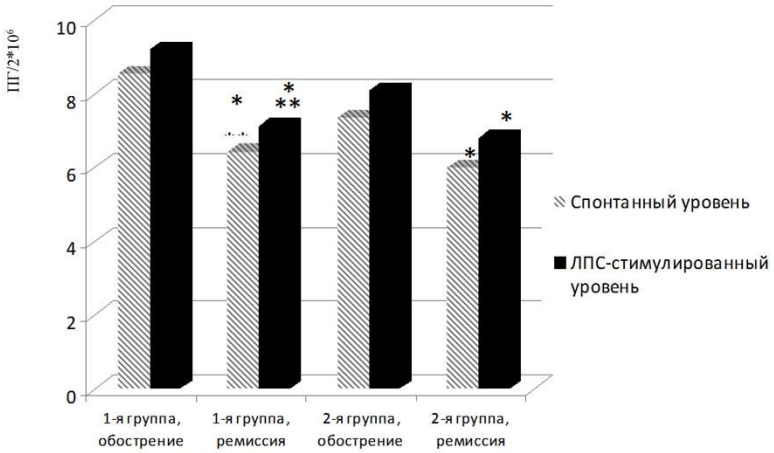


* - P - < 0,05 в сравнении с контрольной группой
** - P < 0,05 между спонтанной и стимулированной продукцией
Рис.1. Продукция ИЛ-4 МНК в период обострения ЯК



* - P < 0,05 в сравнении с контрольной группой
** - P < 0,05 между 1-й и 2-й группами
Рис.2 Продукция ИЛ-4 МНК больных ЯК в зависимости от наличия внекишечных проявлений

С наступлением клинико-эндоскопической ремиссии ЯК активность системных проявлений в 1-й группе больных значительно уменьшилась или полностью исчезла, однако спонтанная и стимулированная продукция ИЛ-4 МНК хоть и снизилась, но была выше, чем у пациентов 2-й группы и составила: 6,44±0,03пг/2×106 и 7,14±0,02пг/2×106 клеток, P<0,05 в сравнении со 2-й группой (рис. 3).



- \- P < 0,05 между обострением и ремиссией
- ** - P < 0,05 между 1-й и 2-й группами в период ремиссии

Рис.3 Динамика продукции ИЛ-4 МНК в период наступления клинико-эндоскопической ремиссии

Полученные данные свидетельствуют об участии данного цитокина в клинических проявлениях ЯК. Повышенная функционально-метаболическая активность мононуклеарных клеток крови больных ЯК, особенно с системными проявлениями к спонтанному и индуцированному митогеном производству ИЛ-4 характеризует высокий иммуновоспалительный потенциал лейкоцитов и активацию клеточного звена иммунитета, отражая преимущественно аутоиммунный компонент патогенеза ЯК у этих пациентов.

Выводы:

1. В период обострения ЯК спонтанный и ЛПС- индуцированный синтез ИЛ-4 мононуклеарными клетками повышен.
2. У пациентов с внекишечными проявлениями синтез ИЛ-4 был выше, чем в группе больных без системных проявлений.
3. С началом формирования клинико-эндоскопической ремиссии ЯК синтез ИЛ-4 имел тенденцию к снижению, однако у пациентов с системными проявлениями он был выше, чем без системных симптомов.

Литература

1. Павленко В.В., Александрова С.Б., Амирханова Л.З. Особенности нейроиммунных взаимодействий при язвенном колите// Современные проблемы науки и образования – 2014 - №1 – С.1-5
2. Павленко В.В., Кораблина Н.В. Некоторые механизмы патогенеза воспалительных заболеваний кишечника. /LAP LAMBERT Academic Publishing GmbH&Co, K.G. Germany, 2012. – 155 С.
3. Baumgart D.C., Carding S.R. Inflammatory bowel disease: cause and immunobiology // Lancet -2007 - v369- P.1627–1640.
4. Benchimol EI, Mark DR, Nguyen GC, Snapper SB, Li W, mojaverian N, Quach P, Muise AM. Incidence, outcomes, and health services burden of very early onset inflammatory bovel disease//J Gastroenterology.2014
5. Danese S. New therapies for inflammatory bowel disease: from the bench to the bedside // Gut – 2012 – v.61 – P. 918–932.
6. Engel M.A., Neurath M.F.New pathophysiological insights and modern treatment of IBD// J Gastroenterol – 2010 – v. 45 – P.571–583

ПРИМЕНЕНИЕ МЕХАТРОННЫХ УСТРОЙСТВ И ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЯМИ РАБОТЫ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Петров Алексей Александрович
Магистр ИСТиС-167, ЮУрГУ, г. Челябинск

APPLICATION OF MECHATRONIC DEVICES AND ELECTROSTIMULATION IN REHABILITATION OF PATIENTS WITH DISORDERS OF THE MUSCULOSKELETAL SYSTEM

Aleksey Petrov, Master ISTaS-167, SUSU, Chelyabinsk

АННОТАЦИЯ

В современном мире увеличивается количество пациентов с нарушением работы двигательного аппарата. В связи с этим возникает необходимость в разработке новых средств и методов реабилитации пациентов. Из развивающихся методов стоит выделить мехатронную и элетростимуляцию терапию. Каждый из этих методов имеет свои преимущества. Разработка аппаратов и методики совмещающих два этих направления, может позволить повысить эффективность реабилитации.

ABSTRACT

In today's world an increasing number of patients with disruption of the motor apparatus. In this connection there is a need for new tools and methods for the rehabilitation of patients. Developing methods is to provide mechatronic and eletrostimulyatsiyu therapy. Each of these methods has its advantages. The development of devices and techniques combine these two directions, may improve the effectiveness of rehabilitation.

В современном мире неуклонно увеличивается количество пациентов с нарушением работы двигательного аппарата [1]. Это происходит за счет увеличения количества людей в возрасте 60 лет и старше. Так же необходимо учитывать большую частоту детской психоневрологической инвалидности. В различных странах составляет от 0,5-4 случая на 1000 человек [2]. Среди инвалидов с детства, большую часть составляет больные ДЦП. К группе риска так же стоит отнести спортсменов, подвергающих свои организмы повышенным нагрузкам, вследствие чего увеличивается риск травм.

Необходимо рассмотреть возможность улучшения процесса реабилитации и лечения пациентов с нарушением работы опорно-двигательного аппарата.

По данным ЦИТО, травмы нижних конечностей составляют более 55% всех травм, большую часть которых составляют переломы.

Рассмотрим методику лечения переломов, применяемую в современной медицине. При классической методике лечения пациент долгое время вынужден испытывать затруднения от применения гипсовой иммобилизации пораженной конечности. Время иммобилизации составляет минимум 8 недель [3]. Реабилитация при таких повреждениях включает в себя массажи, физиотерапевтические процедуры и лечебную физкультуру. Реабилитация начитается после снятия гипсовой повязки и может занимать несколько недель.

Недостатки традиционных методов реабилитации травм нижних конечностей:

- физиотерапевтические процедуры и массажи проводятся только в условиях медицинских учреждений
- физические нагрузки, необходимые для разработки суставов, в большинстве случаев вызывают сильные болевые ощущения, что приводит к развитию осложнений
- долгий по времени процесс реабилитации

В качестве альтернативы рассмотрим мехатронную терапию. В качестве применения мехатронных устройств рассмотрим CPM-терапию [4] (Continuous Passive Motion в переводе на русский язык означает «непрерывное пассивное движение»).

CPM-терапия помогает вернуть подвижность поврежденным суставам посредством «пассивного действия». «Пассивным действием» называется движение, совершаемое с помощью специального аппарата и не требующее активного сокращения околосуставных мышц. Этот метод реабилитации после травм позволяет сохранить суставы пациента подвижными, не заставляя его ощущать боль и дискомфорт.

Основная задача CPM-терапии - увеличение подвижности изолированного сустава, которая достигается дозированным растяжением тканей. Эффективность воздействия обусловлена тем, что пассивное движение в суставе производится по индивидуально подобранной программе реабилитации. Это означает, что необходимая амплитуда движения, его скорость, сила и пауза на сгибании и разгибании сустава выбирается индивидуально под каждого пациента с учетом вида травмы. CPM-терапия, проводимая после операции на суставах, способствует облегчению боли, снятию отеков, профилактике тромбоза и других заболеваний.

Аппараты CPM-терапии, представляют собой мехатронные приборы, позволяющие задавать углы сгибания и разгибания нижней конечности в изотоническом и изометрическом режимах, с возможностью контроля скорости и объема движений.

Преимущества CPM-терапии:

- роботизированная механотерапия позволяет сократить сроки восстановления объема движений в изолированном суставе, улучшить регенерацию поврежденных тканей, разрешения отека, снизить частоту возникновения спаечных процессов и развития контрактур суставов [5]
- упражнения можно начать уже через сутки после окончания операции, что предохраняет пациента от осложнений, связанных с продолжительной неподвижностью, таких как контрактура сустава и атрофия мышц, тромбоз и тромбоэмболия

Другим направлением развития реабилиталогии, является применение электростимуляции.

Электростимуляция – это использование импульсных токов для восстановительного лечения тканей, органов и систем утративших свою нормальную функцию в результате травмы или болезни.

Классификация наиболее часто используемых стимулирующих токов:

Постоянные импульсные токи - токи неизменные по направлению, но с кратковременным отклонением напряжения от некоторого постоянного значения, например, нулевого значения и обозначаемого как изолиния.

Прямоугольные постоянные импульсные токи – определяющими характеристиками являются: вертикальный фронт, горизонтальная вершина и вертикальный срез импульса.

Полусинусоидальные постоянные импульсные токи - определяющими характеристиками являются: фронт и срез нарастают и спадают по синусоидальному закону, а вершина импульса представлена соединением фронта и среза. Используются для электростимуляции апаратами диадинамотерапии.

Треугольные постоянные импульсные токи - определяющими характеристиками являются: фронт и срез представляют собой стороны треугольника смыкающиеся на вершине, основание же треугольника лежит на изолинии. Используется в противоболевых домашних электростимуляторах.

Переменные токи - токи меняющие свое направление. Графически напряжение переменных токов отклоняется от изолинии и вверх и вниз. Период переменного тока составляет сумма длительности положительного полупериода и длительности отрицательного полупериода. Частота и период находятся в указанной выше формальной зависимости.

Синусоидальный переменный ток - ток, амплитуда которого развивается по синусоидальному закону. Без последующей обработки для электростимуляции не используется.

В Российском научно-исследовательском нейрохирургическом институте им.проф. А.Л.Поленова используются следующие методы электростимуляции:

- чрескожная электростимуляция мышц по двигательным точкам мышц биполярными и униполярными электродами.
- чрескожная электростимуляция нервов по двигательным точкам нерва биполярными и униполярными электродами.
- чрескожная электронейроаналгезия.
- транскраниальная электростимуляция с лобно-затылочным расположением накожных электродов.
- прямая электростимуляция нервов имплантированными электродами.
- прямая электростимуляция головного мозга имплантированными электродами.
- прямая электростимуляция спинного мозга имплантированными электродами.

Электротерапевтические процедуры регулируют активность центральной, периферической и вегетативной нервных систем, обменные процессы, гормональный фон, восстанавливают активность и тонус нервно-мышечного аппарата, нормализуют периферическую и центральную гемодинамику, увеличивают артериальное и венозное кровеносное русло, питающее нервы и мышцы, а также обладают обезболивающим эффектом.

Электротерапия обладает доказанной эффективностью при реабилитации детей с ДЦП [5]. У больных увеличивается сила, снижается исходно высокий тонус, увеличивается объем движения в целевом суставе. Так же включение электростимуляции в комплексное лечение, существенно повышает эффективность реабилитации.

Применение CPM-терапии и электротерапии показывает лучшие результаты по сравнению с классической реабилитацией. Но в настоящее время устройств и методик, обеспечивающих возможность одновременного применения мехатронной - и электротерапии не существует.

Разработка и применение аппаратов, совмещающих два вида терапии может стать перспективным направлением развития реабилиталогии.

Литература

1. Макарова Г.А. Спортивная медицина: Учебник. – Москва: Советский спорт, 2003.
2. Зелинская Д.И. О выполнении федеральной программы "дети-инвалиды" в 1993-1995 гг.. – Москва: Здравоохранение Российской Федерации, 1997.
3. Добровольский В.К. Профилактика повреждений, патологических состояний и заболеваний при занятиях спортом. - Москва.: Физкультура и спорт, 1967.
4. L. Brosseau, S. Milne, G. Wells, P. Tugwell, V. Robinson, L. Casimiro, L. Pelland. Efficacy of Continuous Passive Motion Following Total Knee Arthroplasty: A Metaanalysis. - Ottawa, 2004
5. Барбаева С.Н. Нейроадаптивная электростимуляция в комплексной реабилитации больных детским церебральным параличом со спастической диплегией: Автореферат. – Томск, 2007

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНЕЙ ЭЛЕКТРИЧЕСТВОМ СОБСТВЕННЫМИ СТВОЛОВЫМИ КЛЕТКАМИ БЕЗ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПО МЕТОДУ ВОЛЬДЕМАРА РАГЕЛЯ

Рагель Вольдемар Доминикович

почетный мастер спорта СССР по тяжелой атлетике, доктор медицины, доктор медицинской техники, профессор, г. Санкт-Петербург

АННОТАЦИЯ

Предлагаю Вашему вниманию метод, работающий без диагнозов, медикаментов, операций, когда больной лечит себя сам своими стволовыми клетками без трансплантации: «Лечение болезней электричеством собственными стволовыми клетками без трансплантации по методу Вольдемара Рагеля». В мировой медицинской практике методу аналога нет.

ABSTRACT

I bring to your attention the method working without diagnoses, medicines, operations when the patient treats himself the stem cells without transplantation: "Treatment of diseases electricity own stem cells without transplantation on Voldemar Ragel's method". In world medical practice to a method the analog isn't present.

Ключевые слова: концепция лечения, метод, стволовые клетки, электротерапия.

Keywords: concept of treatment, method, stem cells, electrotherapy.

Для лечения болезней ЭЛЕКТРИЧЕСТВОМ необходимо:

1. Восстановить электрический заряд в клетке организма человека.
2. Жидкой среде организма, придать свойства электрически заряженного электролита, как у электролита автомобильного аккумулятора.
3. Восстановить функции – нервной, сосудистой, кроветворной, эндокринной, лимфатической и иммунной систем организма человека.
4. Эти условия дают возможность Собственным стволовым клеткам организма делиться, перемещаться, заменять больные клетки органов и систем без трансплантации, т.е. создают условия, когда больной становится собственным донором, лечит себя собственными стволовыми клетками без трансплантации.

Человек – система химических и электрических соединений, взаимосвязь рождает электричество – получаем «Дышащую клетку», клетка задышала, появилась жизнь. Дыхание клетки обеспечивает электрический заряд.

При воздействии на клетку электричеством меняются концентрация электролитов, ток создает пороговое возбуждение. Феномен метода – «раздражение, возбуждение, проводимость, восстановление» это подтверждено «Денатурационной теорией протоплазмы» открытой Советским ученым 1939–1940 гг. Д.Н. Насоновым.

Что происходит в клетке после того, как восстановили электрический заряд?

Включили ЭЛЕКТРОН, клетку «разрыхлили». ЭЛЕКТРОН постоянно движется от одного положительно иона к другому, придает движение жидкой среде организма, жидкая среда превращается в электролит. Жизнь поддерживается жидкой средой – вода, межклеточная жидкость, моча, лимфа, кровь, плазма, щелочи, перемещаясь по капиллярам, кровеносным, лимфатическим сосудам обеспечивает обмен веществ. Жидкая среда имеет свойства – у здорового человека активна, хорошо циркулирует по сосудам, человек чувствует комфортно, у больного инертна, менее активна, появляются недомогания, застои, отеки, болезни.

ЭЛЕКТРОН борется с застоями и болезнями. Движет электрон электрические контакты, образуя замыкание (Гальвани-Вольтовую дугу), создает равновесие положительных и отрицательных зарядов в клетке.

Для создания обменных процессов, транспортировки биохимических процессов необходимо восстановить электродвижущие силы электрона (ЭДС). ЭДС электрона клетки восстанавливается через подключение организма к электричеству.

(ЭДС) электрона исключают не согласованность в работе органов, систем, всего организма, образования застойных явлений, появления заболеваний.

Практика показывает, что дефицит электрического заряда клетки является первопричиной возникновения недомоганий, усталости, дискомфортного состояния, появления болезней. Отсутствие электрического заряда клетки не восполнить никакими материальными благами: большими денежными средствами, первоклассным питанием, отдыхом, курортами, морями, дорогими лекарствами. Работоспособность организма зависит от активности каждой клетки, их совокупности, не зависимо от природы клетки, будь то нерва, мышцы, кости, крови и т.д. Наличие электрического заряда клетки зависит от возраста и состояния больного.

Наблюдения показывают, что нормальный заряд клетки, обеспечивает работоспособность человека 90–100 и более лет, пример тому является 100-летний артист Владимир Михайлович Зельдин.

Сегодня много людей с ослабленной защитой иммунитета, особенно детей, для которых вирусные, простудные заболевания являются постоянными спутниками жизни. Заболевая в детском возрасте, дети становятся хроническими больными или инвалидами. ЭТО подтверждает то, что в организме собственного электричества недостаточно, его надо дополнить.

Жизнь это – движение жидкостей внутри клетки, отсутствие – смерть.

Недостатки электричества организма восполняются методом: «Лечение болезней ЭЛЕКТРИЧЕСТВОМ собственными стволовыми клетками без трансплантации по методу Вольдемара Рагеля».

Насыщенность электричеством жидкой среды дает человеку полноценную энергетику, тепло, восстанавливает обменные процессы и ЖИЗНЬ. Полноценное восстановление электричеством организма происходит с устранением всех недостатков имеющихся в организме.

Метод гарантирует абсолютную безопасность лечения и 100%-ю выживаемость при своевременном начале лечения.

Рассмотрим методики лечения стволовыми клетками классической медициной. Для лечения стволовыми клетками костный мозг выкачивают из бедренной или подвздошной кости. Больного помещают в специальную палату, его обрабатывают химиотерапией, облучением, противораковыми препаратами, уничтожают собственный костный мозг, готовят место новому. Уничтожают иммунитет, открывают ворота вирусам, инфекциям, бактериям, стоит вопрос о спасении больного, у больного появилась сильная слабость, тошнота, рвота, лихорадка, потеря аппетита, раздражительность, упадок сил, ходьба, сидение, чтение, разговор по телефону, визиты друзей – практически невозможны. Такое состояние после пересадки костного мозга сохраняются два и более месяцев. Больной организм постоянно борется с «трансплантом», остатками старого костного мозга, сопротивления подавляются – химиотерапией, облучением, противораковыми средствами. По статистике выживание больных лечившихся стволовыми клетками с трансплантацией составляют около 42%. Надо особо отметить о стоимости лечения. Так в заграничных клиниках колеблется от 100 до 450 тыс. долл. США, в России до 200 тыс. евро, кроме того, дорогостоящее оборудование, специальные палаты, а сколько средств идет на препараты?

Теперь сравним лечение больных ЭЛЕКТРИЧЕСТВОМ:

1. Отсутствует донор выкачивание, переработка стволовых клеток, ОБРАТНОЕ вливание в больной организм.
2. Нет необходимости иметь специальные стационарные помещения для подготовки больных лечения стволовыми клетками.
3. Нет необходимости уничтожать старый костный мозг, создавать стрессовые состояния больному вплоть до летального исхода.
4. Отсутствует борьба «трасплант против хозяина».
5. Отсутствует дорогостоящее медицинское оборудование, многочисленный медицинский персонал, дорогостоящие лекарства, надо помнить, что заболевания от лекарственной терапии в мире стоит на 5-м месте, в России полагаю, на первом.
6. Не надо: оперировать, ампутировать конечности при атеросклерозе сосудов, заменять суставы искусственными, оперировать позвоночник при позвонковых грыжах, удалять воспалительные процессы.
7. 100%-но сохраняется жизнь больному, в классической медицине 42%.
8. Об экономическом эффекте лечения электричеством говорить не приходится, ни в какое сравнение не идет, стоимость лечения, эффективность и безопасность исчисляется сотнями раз выше.
9. Обращаюсь к врачам, медицинскому персоналу, ОБЩЕСТВЕННОСТИ – пора набраться смелости и положить конец узаконенному геноциду по убийству людей химическими препаратами – переходить на лечение ЭЛЕКТРИЧЕСТВОМ.

Предлагаю ознакомиться с сравнительным анализом восстановления систем и органов с лечением электричеством:

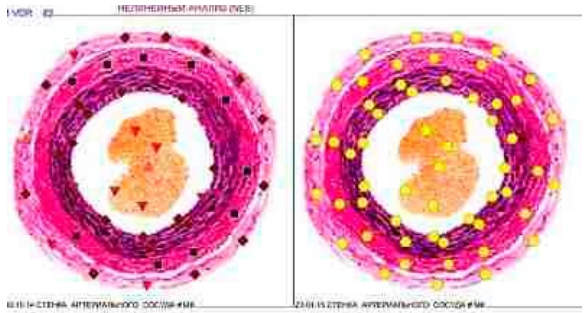


Рис. 1. Артериальные сосуды – восстановились на 94%.

Рисунок 2. Нервная система – восстановилась на 92%.

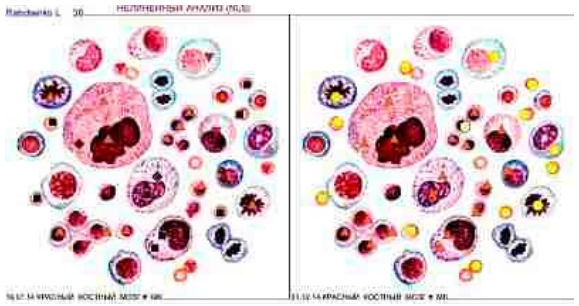


Рис. 3. Кроветворная система – восстановилась на 80%.

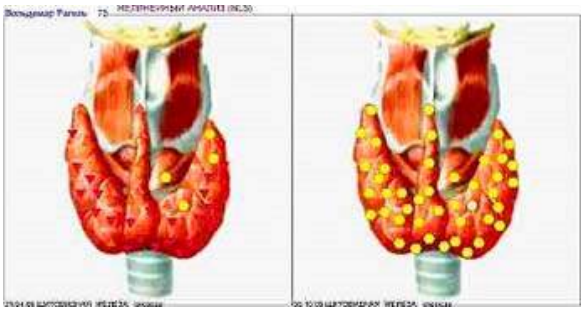


Рис. 4. Эндокринная система – восстановилась на 84%.

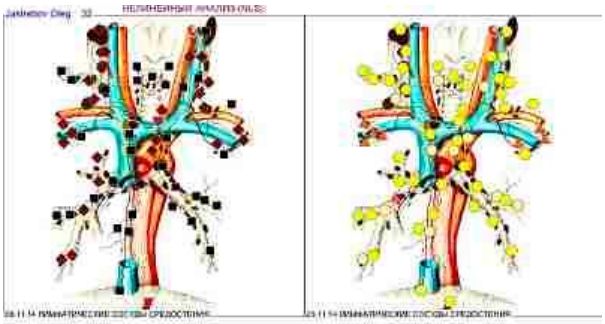


Рис. 5. Лимфатические сосуды – восстановились на 95%.

Рисунок 6. Венозные сосуды – восстановились на 85%.

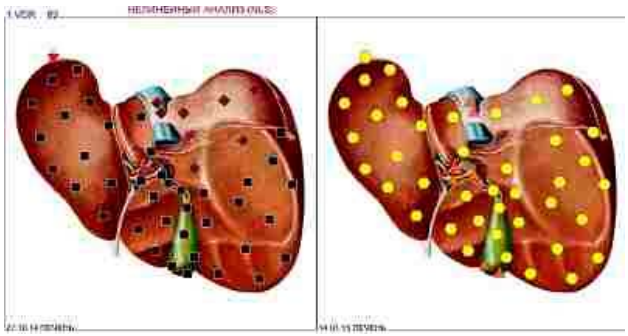


Рис. 7. Общий обмен (печень) – восстановился на 94%.

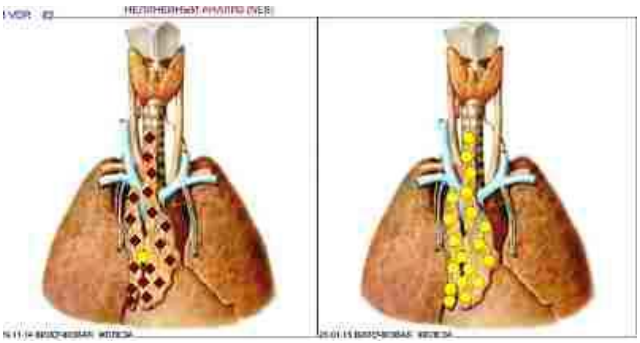


Рис. 8. Защита организма (иммунная система) – восстанов. на 93%.

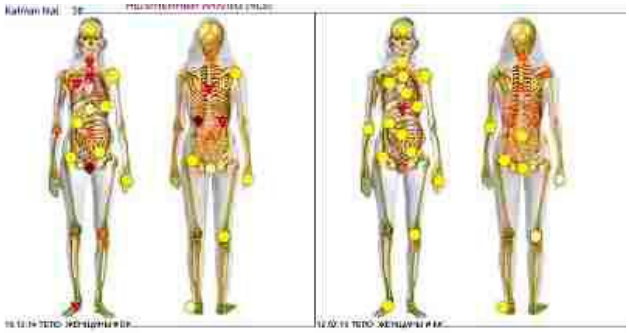


Рис. 9. Тело (общее состояние) – восстановилась на 58%.

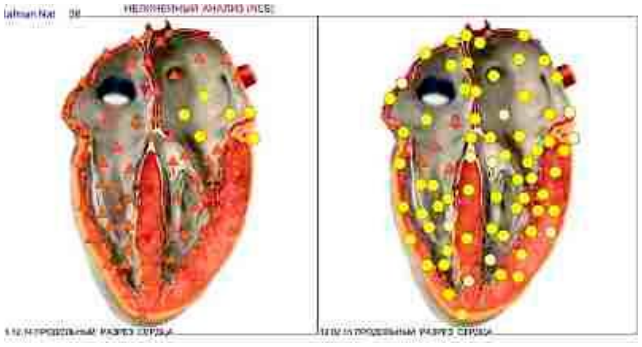


Рисунок 10. Сердце – восстановилось на 68%.

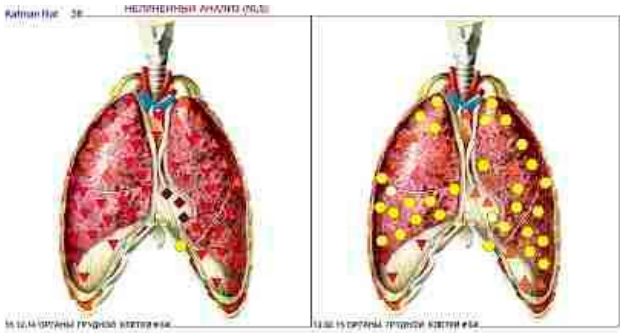


Рис. 11. Грудная клетка (лёгкие) – восстановилась на 71%.

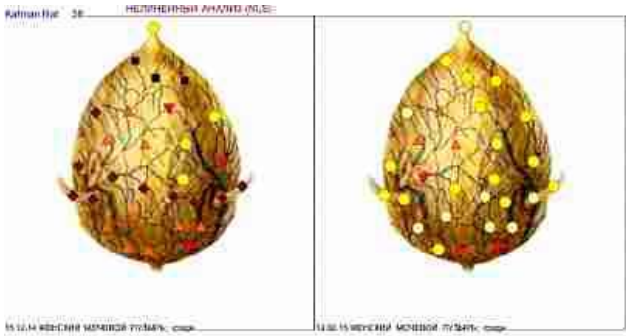


Рис. 12. Мочевой пузырь – восстановился на 83%.

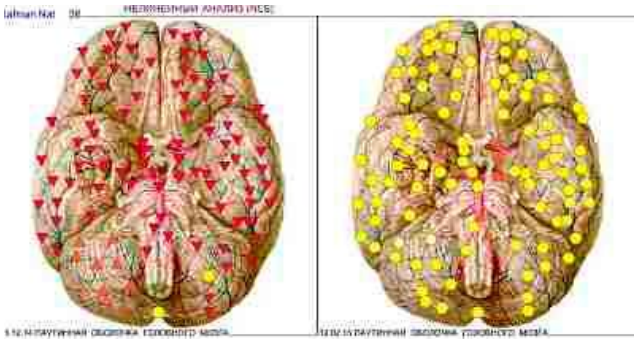


Рис. 13. Паутинная оболочка головного мозга – восстанов. на 85%.

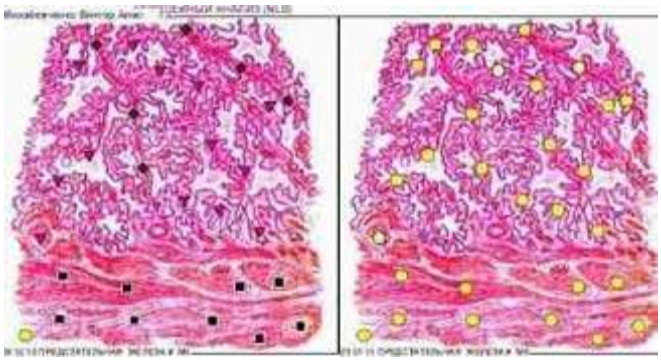


Рис. 14. Предстательная железа – восстановилась на 94%.

Для обеспечения процессов деления, перемещения Собственных стволовых клеток без трансплантации, создана специальная медицинская аппаратура по методике автора Вольдемара Рагеля:

Рисунок 15. Медицинская аппаратура по методике В.Д. Рагеля

Примеры восстановления больных:

Мальчик Андрей 11 лет, болезнь Крона, болеет 2 года. Безрезультатно лечился в Москве, Израиле. Все назначение врачами лекарства, исследования, связанные с применением наркоза с первого дня лечения по методу автора были отменены. Получены превосходные результаты. В связи с тем, что были сняты все ограничения, тормозящие процессы развития (лекарства), за 2 месяца, мальчик прибавил в весе 2 кг (при поступлении на лечение весил 24 кг), 2 см в росте. Восстановился кишечный тракт, аппетит, кормили разными диетами, сейчас ест все. Нормализовалась выделительная система, разноцветность кала исчезла, кал без крови.

Прекратились боли в животе, заднем проходе, зажили трещины заднего прохода, уголков рта. Мальчик физически окреп, стал подвижным, жизнерадостным с большими планами на будущее.

Запись в книге отзывов восстановления здоровья по методу Вольдемара Рагеля двукратного чемпиона Европы среди юниоров, члена сборной команды России по тяжелой атлетике, 20-летнего Тимура Н., безрезультатно лечившихся в Москве, дважды в Китайской Народной Республике: "Боли в суставах были около двух лет. Лечение по методу В.Д.Рагеля только положительное, результат был уже на второй неделе, скажу, что я вылечен этим методом. С нетерпением жду тренировок, тренироваться без травм одно удовольствие". Мастер спорта Международного класса по тяжелой атлетике Тимур Н. 02.12.2014 г. Санкт-Петербург.

Рисунок 16. Андрей, 11 лет.

Рисунок 17. Тимур Н., 20 лет.

Рисунок 18. Лидия Р.

Тимур Н. 20 лет является самым перспективным Российским штангистом в категории до 105 кг. Потенциальный претендент на Олимпийское золото 2016 года.

Выписка из истории болезни № 1729 Санкт-Петербургского Госучреждения Здравоохранения больница № 31» 197042, СПб, пр., д. 3. Терапевтическое отделение тел. 230-64-37, больная Р.Л.Д. 20 лет, находилось на лечение в больнице с 19.02. по 18.03.2014 г.

Основной диагноз: Болезнь Крона, илеоколит, воспалительная форма, средней тяжести, высокая активность. Осложнение: Железодефицитная анемия. Сопутствующие: Хронический эрозивный гастрит желудка.

Хронический панкреатит. Функциональное расстройство билиарного тракта. На лечение попала на один глаз слепая с хроническим гайморитом, Синдром дисплазии соединительной ткани, миопия глаз, воспаление слизистой глаз, мастопатия, Двухсторонний нефроптоз, невралгия. Проведенная терапия в больнице: ИПП, антациды, препараты 5-АСК – салофальк 4г/сутки, энтериальное питание – Модулен, метронидазол, ципрофлоксацин, поляризующая смесь, инфузионная тераприя, венофер № 5, спазмолитики, витамины группы "В". Все лекарственные назначения с первого дня лечения по методу были отменены.

Больная сообщает, что постоянно «сидела на лекарствах», за месяц в больнице ежедневно вводили до 2-х литров антибиотиков и других медикаментов. Родители в книге отзывов пишет: «Что Вы В.Д. спасли не только нашу дочь, Вы спасли нас – родителей.

Рисунок 19. Счастливая семья.

Пишет молодая мама "Я прошла курс в апреле 2007 года. Причина – не возможность сохранения беременности, постоянные выкидыши. Без результатов лечилась в США, Швеции, Москве. Результат лечения по методу В.Д. Рагеля оцениваю, как ВОЗРОЖДЕНИЕ!!! Проблемы исчезли полностью. В октябре 2008 года в нашей семье родился долгожданный первенец, за его появление мы благодарны методу Вольдемара Рагеля". Сегодня семья воспитывает двоих детей, сохранена семья.

Роль «ЭЛЕКТРИЧЕСТВА В ВОСПРИЗВОДСТВЕ СЕМЬИ».

Уважаемые читатели, представлю Вашему вниманию информацию о яром противнике метода с комментариями с САММИТА изобретателей и рационализаторов России 26 июня 2010 г.

Родина должна знать своих «героев». Главного невропатолога города Ленинграда, заведующего клиникой нервных болезней 1. Ленинградского медицинского института им. акад. И.П. Павлова, доктора медицинских наук, академика, профессора А.А. Скоромца, давшего оценку клинических испытаний методу «не удовлетворительно», при этом, что 14 чел. из 15, что составляет 92,% положительного результата клинического испытания метода выписаны из клиники с формулировкой в историях болезни «восстановлен», пятерым требовалась оперативное лечение позвоночника (грыжи), лишь потому, что автор метода не выполнил указание профессора, не включил в заявку изобретения специалиста с высшим медицинским образованием т.к. у автора нет высшего медицинского образования.

САММИТ ИЗОБРЕТАТЕЛЕЙ РОССИИ впервые в России ДЕНЬ ИЗОБРЕТАТЕЛЯ И РАЦИОНАЛИЗАТОРА – Москва, Россия, 26 июня 2010 года

«Если изобретатель творит для здоровья, но не медик, а создаёт прибор и методику лечения, то пусть хоть избавит и себя, и тысячи человек от смерти, медпрофессура не признает чужака, подобно петербуржца Вольдемара Рагеля, изобретения которого спасли жизнь многим больным из разных стран, а в своей стране долго слыл «шарлатаном» и получил унизительное клиническое заключение, сфальсифицированное проф., акад. РАМН Скоромцом А.А. (кафедра нервных болезней Ленинградского мединститута им. академика И.П. Павлова). Мотивация отторжения, со стороны МЗ РФ-РАМН, основывается на том, что изобретатель «лечит не правильно», неважно, что люди довольны и выздоравливают, важно «лечить правильно». Сколько умирает народа от «правильного лечения», МЗ РФ не рекламирует, знает только Бог».

Вынужден отметить, что разработку ждет не понимание тех, «что хорошо для людей, плохо для власти», из-за чрезвычайной эффективности, простоты, дешевизны метода на примере Великих ученых: скипидарные ванны Абрама Соломоновича Залманова, изобретения Бориса Васильевича Болотова – человека, опередившего время,

разработчика системы долголетия «Пять правил здоровья» основываясь на клеточную теорию с использованием электричества.

Метод Дорогова Алексея Власовича АСД-2 и АСД-3 и многих других. Потому, что эти крайне эффективные, простые, дешевые методы не дают возможности набивать карманы, а людей делать здоровыми. Государство в здоровых людях заинтересовано, однако этому препятствуют чиновники от медицины! Видимо, кому это выгодно, преждевременно отправлять людей в мир иной "от правильного лечения"!

Рисунок 20. Академик Александр Анисимович Скоромец показывает снимок (фотографию) с комментариями: "Какой вред метод наносит больному, о положительных клинического испытания метода сказать забыл", снимок иллюстрирован из Леннаучкинофильма выпуска 1988 года режиссером Л.А. Лазаревой, тому подтверждением является материал из САММИТА изобретателей...

Рисунок 21. Дорогов А.В., Залманов А.С., Болотов Б.В.

Изобретение «Лечение болезней ЭЛЕКТРИЧЕСТВОМ собственными стволовыми клетками без трансплантации по методу Вольдемара Рагеля» посвящаю России, обращаюсь к ОБЩЕСТВЕННОСТИ, прошу оказать содействие в продвижении метода для блага людей.

ВЛИЯНИЕ ПСОРИАЗА НА ИММУННОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ДЕТЕЙ В РАЗНЫЕ ВОЗРАСТНЫЕ ПЕРИОДЫ

Рихсиева Дилноза Джураевна
ассистент кафедры кожных и венерических заболеваний, Ташкентский педиатрический медицинский институт
Мун Андрей Витальевич
Старший лаборант кафедры кожных и венерических заболеваний, Ташкентский педиатрический медицинский институт

INFLUENCE PSORIASIS ON IMMUNOLOGICAL STATUS OF CHILDREN IN DIFFERENT AGE PERIODS
Rihsieva Dilnoza Dzhuraevna, Assistant of the Department of Skin and Venereal Diseases, Tashkent Pediatric Medical Institute
Mun Andrey Vitalevich, Senior assistant of the department of skin and venereal diseases, Tashkent Pediatric Medical Institute

АННОТАЦИЯ

Установлен дисбаланс показателей иммунного статуса у детей в разных возрастных группах, который проявился подавлением основных Т-клеточных субпопуляций иммунной системы на фоне снижения CD8+ - Т-цитотоксических лимфоцитов и повышения ИЛ-1 и ФНО-α, что подтверждает наличие иммунодефицитных состояний и ослабление защитных реакций организма.

ABSTRACT

Set to an imbalance of immunological status of children in different age groups, which showed suppression of the major T-cell subpopulations of the immune system against the backdrop of lower CD8 + - T-cytotoxic lymphocytes and increase IL-1 and TNF-α, which confirms the presence of immunodeficiency states and the weakening of the protective reactions body.

Ключевые слова: псориаз, дети, иммунитет

Key words: psoriasis, children, immunity

Актуальность. Псориаз или псориатическая болезнь на сегодняшний день является и остаётся одной из наиболее распространённых патологий кожи, в патогенезе которой отмечается влияние разнообразных средовых воздействий, состояния внутренних органов и систем всего организма [5, с. 29]. Данное заболевание является дерматозом мультифакториальной природы, где значительная роль отводится генетической предрасположенности, нарушению нейроиммунологических механизмов, изменениям антиоксидантной системы. Псориаз характеризуется ускоренной пролиферацией кератиноцитов эпидермиса, нарушением их дифференцировки, иммунными реакциями в дерме и синовиальных оболочках, дисбалансом между провоспалительными и противовоспалительными цитокинами, хемокинами, частыми патологическими изменениями опорно-двигательного аппарата и внутренних органов [3, с. 5].

В общей структуре больных с дерматологической патологией доля пациентов с псориазом составляет 12-15%, среди детей его удельный вес колеблется от 8 до 15%, среди детей получивших стационарное лечение - от 22 до 30% [7, с. 418].

Определенная актуальность псориаза у детей связана с распространенностью дерматоза среди детского населения. Заболевание, нередко манифестируя в раннем детском возрасте, протекает по хронически-рецидивирующему типу с нарастанием клинической симптоматики, в последствии, приводя к развитию системных изменений внутренних органов, инвалидизации развивающегося детского организма [1, с. 59].

Для выявления причинных механизмов формирования псориаза в детском возрасте и разработки рациональной терапии, необходим комплексный подход к изучению данного дерматоза среди детского контингента больных [6, с. 38]. Несмотря на многочисленные исследования, посвященные выявлению причин возникновения и патогенетических механизмов псориаза, многие вопросы остаются нерешенными [4, с. 15].

В настоящее время иммунной системе отводится одна из ведущих ролей в патогенезе псориаза. При этом основными положениями иммуннопатогенеза псориаза как аутоиммунного заболевания является формирование ложной сети взаимодействий цитокинов совместно с воспалительными клетками и кератоцитами после соответствующего сигнала [4, с. 18]. Все больше значение в патогенезе псориаза придается провоспалительному цитокину фактору некроза опухоли - а (ФНО-а), который является в основном эндогенным медиатром воспалительной реакции организма. Многие авторы считают ФНО-а основным цитокином иммунных механизмов, лежащих в основе псориатического повреждения, который усиливает продукцию провоспалительных молекул, в частности ИЛ 1 β [3,с. 18].

Целью данного исследования явилось изучение клеточного иммунитета и цитокинов ИЛ-1β и ФНО-а у детей с псориазом в разных возрастных группах.

Материалы и методы исследования: в основу исследования положены данные обследования 68 детей больных псориазом в возрасте от 1 года до 14 лет включительно, которым было проведено иммунологическое исследование клеточного иммунитета (68 детей) и цитокинов ИЛ-1β и ФНО-а (20 детей). Для сравнительного анализа состояния иммунитета у детей, больных псориазом, были взяты аналогичные показатели у 37 практически здоровых детей соответствующего возраста.

Исследование иммунного статуса проводилось моноклональным тестированием субпопуляции лимфоцитов периферической крови CD3, CD4, CD8, CD22 по мембранным маркерам с использованием антилимфоцитарных антител производства НИИ иммунологии МЗ РФ (Москва, фирма «Сорбент»). Определение продукции интерлейкинов и интерферонов (ИЛ-1β и ФНО-а) в 20 исследуемых образцах (сыворотка крови) проводили методом твердофазного иммуноферментного анализа с применением тест-систем «Вектор-Бест», Новосибирск (2010). Показатели циркулирующего иммуно-комплекса (ЦИК) изучали у 20 детей до и после лечения. ЦИК мелких и крупных величин определяли в сыворотке крови при помощи ПЭГ 3% и 4% методом приципитации.

Результаты исследования. При анализе иммунологических исследований у детей с псориазом было установлен дисбаланс клеточного иммунитета, характеризующийся достоверным повышением иммунорегуляторного индекса (ИРИ; $P<0,001$) в 1,5-2 раза за счет снижения CD8+ - цитотоксических Т-лимфоцитов ($P<0,001$), содержащих иммунный ответ, на фоне достоверного снижения CD3+ - Т-лимфоцитов ($P<0,05$) во всех возрастных группах. У всех обследованных детей с псориазом в разных возрастных группах наблюдалось достоверное снижение CD16+ ($P<0,01$). Анализ числа CD22+ позволил выявить наличие достоверного повышения числа В-лимфоцитов во всех возрастных группах ($P<0,01$). Данный показатель имел зависимость от возраста, так чем старше были дети с псориазом, тем выше показатель CD22+. Подобное увеличение количество В-лимфоцитов можно объяснить как ответную реакцию организма на поступление различных бактериальных антигенов.

При этом у детей в возрасте 3-7 лет отмечается достоверное снижение CD3+ (50,2±0,8 против 62,9±1,01; $P<0,01$) и, особенно, уровня CD8+ клеток (16,4±1,0 против 30,6±1,48; $P<0,001$). Дисбаланс иммунорегуляции в этой

возрастной группе определяется нормативными показателями CD3+ - Т-хелперов, так и иммуносупрессией за счет снижения CD8+клеток (P<0,001). Показатели CD16+ были достоверно снижены по сравнению с контролем (18,6±0,8 против 21,86±1,21; P<0,05). Содержание количества CD22+ было достоверно повышено (14,0±0,6 против 11,8±0,51; P<0,01).

В возрасте 7-11 лет дисбаланс иммунорегуляции так же обусловлен достоверным снижением CD3+ (50,4±0,7 против 56,5±1,32; P<0,001) и CD8+ клеток (16,0±1,0 против 28,0±1,07; P<0,01) на фоне недостоверного снижения значений CD4+ (36,6±1,8 против 38,5±1,2) и достоверного повышения ИРИ (2,5±0,2 против 1,5±0,13; P<0,001). Содержание CD16+ были достоверно снижены по сравнению с контролем (19,8±1,0 против 28,8±1,46; P<0,01). Количество CD22+ у детей с псориазом данной возрастной группы было незначительно повышен (15,1±0,7 против 14,18±0,51; P<0,01).

У детей в возрасте 11-14 лет наблюдалась такая же картина нарушения клеточного иммунитета. Показатели CD3+ в данной группе детей был достоверно снижен (49,9±1,0 против 53,5±1,0; P<0,001). Наблюдалось достоверное повышение ИРИ (2,6±0,3 против 1,5±0,13; P<0,001) за счет достоверного снижения CD8+ (16,4±1,2 против 25,0±2,07; P<0,001) в 1,5 раза. Воспалительный процесс у детей данной группы сопровождался сниженной экспрессией CD16+ на лимфоцитах (19,4±0,9 против 26,8±1,46; P<0,01), что указывало на функциональную неполноценность противоинфекционного иммунного ответа у детей с псориазов в возрасте 11-14 лет. Так же как у в других возрастных группа у данной категории детей наблюдалось достоверное повышение CD22+ (16,8±0,9 против 14,18±0,86; P<0,05).

Таким образом, нами выявлен клеточный иммунодефицит, который проявился подавлением основных клеточных субпопуляций иммунной системы на фоне снижения CD8+ - Т-цитотоксических лимфоцитов. Учитывая, что супрессорные клетки регулируют гиперчувствительность замедленного типа, пролиферацию цитотоксических и антигенспецифических лимфоцитов, в сущности призванные эффективно нейтрализовать чужеродный антиген, снижение их количества свидетельствует о неэффективности функциональной активности у детей с псориазом во всех возрастных группах. Выявленный дисбаланс основных субпопуляций Т-лимфоцитов представляет собой определенное звено патогенеза при псориазе, отражая иммунологические сдвиги предшествующие или развивающиеся параллельно с углублением основного процесса и развитием осложнений.

Циркулирующие иммунные комплексы (ЦИК) в крови - показатель развития различных воспалительных процессов в организме и показатель активности течения аутоиммунных заболеваний, с учетом этого нас заинтересовало изучение данного показателя в возрастном аспекте.

У детей с псориазом ЦИК 3% и ЦИК4% были повышены в отличие от контрольных цифр, это свидетельствует об аутоиммунном процессе.

Из полученных данных заметна возрастная динамика этих показателей, так в возрасте 3-7 лет содержание ЦИК 3% у детей с псориазом составило 10,2±0,3, что было достоверно повышено по отношению к контролю (P<0,01) и снижено по сравнению с показателями детей старших возрастных группы (16,9±3,0 и 11,0±2,7 соответственно; P<0,05). Содержание ЦИК 4% в данной возрастной группе достоверно повышалось в отношении контроля (15,2±5,2 против 12,6±0,51; P<0,05) и так же снижалась в зависимости от возраста детей с псориазом (15,2±5,2 против 24,0±4,9 и 16,2±3,0 соответственно; P<0,05).

При изучении показателей цитокинового статуса у обследованных детей в сравнительном аспекты мы выявили, что у детей с псориазом во всех возрастных группах наблюдается дисбаланс в цитокиновом статусе за счет повышения ИЛ-1 и ФНО-α, это свидетельствует о наличии иммунодефицитных состояний. Так если в возрасте 3-7 лет ИЛ-1β снижался и его ОИС↓ составил 1,4, тогда как в возрасте 7-11 и 11-14 этого показатель составил ОИС↓ 1,2 и ОИС↓ 1,3соответственно. У детей в возрасте 3-7 лет ФНО-α повышалось в отличие от группы практически здоровых детей и составило ОИИ↑ - 2,7, такая же тенденция наблюдалась с возрастом (ОИС↓ 1,4 и ↓1,9 соответственно 7-11 лет и 11-14 лет).

Таким образом, у детей с псориазом во всех возрастных группах выявлен клеточный иммунодефицит, который проявился подавлением основных клеточных субпопуляций иммунной системы на фоне снижения CD8+ - Т-цитотоксических лимфоцитов. Изучение циркулирующих иммунных комплексов в крови как мелких, так и крупных показало неадекватный иммунный ответ на антигенное воздействие иммунной системы, что было связано с критическими периодами процесса развития ребенка и свидетельствовало об аутоиммунном процессе.

У детей с псориазом во всех возрастных группах наблюдается дисбаланс в цитокиновом статусе за счет повышения ИЛ-1 и ФНО-α, это свидетельствует о наличии иммунодефицитных состояний и ослаблению защитных реакций организма.

Выводы

1. Выявлен клеточный иммунодефицит, который проявился подавлением основных клеточных субпопуляций иммунной системы на фоне снижения CD8+ - Т-цитотоксических лимфоцитов.
2. Изучение циркулирующих иммунных комплексов в крови как мелких, так и крупных показало неадекватный иммунный ответ на антигенное воздействие иммунной системы и свидетельствовало об аутоиммунном процессе, усиливающегося с возрастом, но особенно выраженного в возрасте 7-11 лет.
3. У детей с псориазом во всех возрастных группах наблюдается дисбаланс в цитокиновом статусе за счет повышения ИЛ-1 и ФНО-α, это свидетельствует о наличии иммунодефицитных состояний и ослаблению защитных реакций организма.

Литература

1. Гришко Т. Н., Опарин Р. Б., Бассе Ф. Б., Труфанова Е. Ю., Мордовцев В. Н. Псориаз у детей. // Вестник дерматологии и венерологии. - 2005. - № 1. - С. 59.
2. Знаменская Л.Ф. Протеомные технологии в изучении патогенеза псориаза.//Вестник дерматологии и венерологии. - 2011. - №3. – с. 27—33.
3. Исмагилов А.И. Роль индивидуальных особенностей организма в патогенезе, клиническом течении

и лечении псориаза: Автореф. дис… канд. мед. наук.- Ташкент, 2008.- 22 с.
4. Курбанова Н.К., Мирхамидова Н.В., Шураева С.А. Состояние цитокинового статуса и эндогенной интоксикации у больных псориазом // Дерматовенерология и эстетическая медицина. - 2009.-№3. – с. 15-18.
5. Радионова Е.Е., Серов Д.Н. Антицитокиновая терапия псориаза. // Клиническая дерматология и венерология. –М., 2010. №5. – С. 28-31.
6. Lara-Corrales I., Xi N., Pope E. Childhood psoriasis treatment: evidence published over the last 5 years. // Rev Recent Clin Trials 2011. - vol.6 – № 1.- p.36 -43.
7. Stefanaki C., lagogiani E., Kontochristopoulos G. Psoriasis in children: a retrospective analisis. // JEADV – 2011. – vol. 25.-N 4. – p. 417-421.

О ЛЕЧЕНИИ ХЕЛИКОБАКТЕРАССОЦИИРОВАННЫХ ГАСТРОДУОДЕНИТОВ У ДЕТЕЙ

Сапожников Владимир Григорьевич
доктор медицинских наук, профессор, «Тульский государственный университет», г. Тула

THE THERAPY OF HELICOBACTER PYLORI-ASSOCIATE GASTRODUODENITIS AT CHILDREN

АННОТАЦИЯ

Статья содержит данные литературных источников и результаты собственных исследований по применению различных схем антихеликобактерной терапии у детей с хроническими гастродуоденитами. Показана высокая эффективность использования при лечении данной патологии иммунокоррегирующих препаратов.

ABSTRACT

The article contains data from different sources and the results of own research on application various schemes of antihelicobactery therapy at children with chronic gastroduodenitis. High efficiency of use is shown at treatment of this pathology of immunocorrigent medicines.

Ключевые слова: гастродуоденит; Helicobacter pylori.

Key words: gastroduodenitis; Helicobacter pylori.

Нами в 1995 году [7, 8] была предложена следующая схема трехкомпонентной терапии Нр-ассоциированных заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки у детей, включающая в себя:

1. Де-нол, викалин, другие висмутсодержащие препараты.
2. Метронидазол (трихопол).
3. Оксациллин.

В 1997 году эта схема антихеликобактерной терапии у детей была нами уточнена [9] и включила в себя такие препараты, как:

1. Препараты коллоидного субстрата висмута (де-нол и т.д.).
2. Антипротозойные препараты (метронидазол, тинидазол) или нитрофурановые средства (фуразолидон, фурагин и т.д.).
3. Антибиотики (клацид, оксациллин, амоксициллин и т.д.).

При выраженной гиперацидности желудочного содержимого, при отсутствии положительной динамики от трехкомпонентной терапии она усиливалась добавлением блокаторов протонных насосов типа омепразола или лаксопразола, или добавлением блокаторов Н2-рецепторов гистамина типа ранитидина, фамотидина или детям старше 10 лет низатидина по 100 мг.

Цель исследования – разработка оптимальных схем антихеликобактерной терапии у детей с хроническими Нр-ассоциированными гастродуоденитами.

Материалы и методы исследования. Нами за период с 1993 по 2013 годы было обследовано и пролечено 11400 детей в возрасте от 3 до 18 лет с хроническими Нр-ассоциированными формами гастродуоденитов. Для верификации диагноза использовалось эндоскопическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки с забором и дальнейшим исследованием биопсийного материала из слизистой стенки желудка и двенадцатиперстной кишки гистологическими методиками окраски срезов гематоксилинэозином, импрегнацией азотнокислым серебром по Вартинг-Старри, Куприянову, Кампосу (5200 больных) [13-19]. Применялся де-нол-тест для выявления Нр в биоптатах у 6320 больных детей, дыхательный тест на Нр у 7100 детей с хроническими гастродуоденитами.

У 3420 детей проводилось серологическое исследование с целью определения Ig G, M к Нр. У 1430 детей проводилось фракционное желудочное зондирование. У 2300 детей проведена рН-метрия желу-дочного содержимого. Всем обследованным проводилось ультразвуковое исследование органов брюшной полости, включая исследование желудка и двенадцатиперстной кишки методом акустического контрастирования [3, 4, 5, 19] с определением эвакуаторной способности желудка, дуоденогастрального, гастроэзофагеального рефлюксов, с оценкой секреторной функции желудка.

Результаты и их обсуждение. Лечение больных детей с хроническими Нр-ассоциированными гастродуодеитами в стадии обострения включало в себя щадящую диету и проведение эрадикационной антихеликобатерной трех- или четырехкомпонентной терапии. Сразу отметим, что необходимости в применении пятикомпонентной антихеликобактерной терапии ни у кого из исследованных больных детей не наблюдалось.

Применяемая нами схема антихеликобактерной терапии на протяжении 20 лет у детей включала в себя следующие основные компоненты:

1. Висмута трикалия дицитрат (де-нол) – детям старше 6-9 лет в дозировке по 120-240 мг × 2 раза в день курсом от 7 до 21 суток в зависимости от клинической ситуации, массы тела, возраста больного ребенка.
2. Метронидазол – по 125-500 мг × 2 раза в день или нифурател (макмирор) по 100-400 мг × 2 раза в день, или энтерофурил по 100-400 мг × 2 раза в день курсом 7 суток.
3. Антибиотик (амоксициллин, ампициллин по 125-500 мг × 2 раза в сутки, или макролиды типа фромилида, кларитромицина, азитромицина по 125-500 мг × 2 раза в день 5-7 суток).
4. Ингибиторы протонных помп (омепразол, ультоп, контролок по 10-40 мг × 1 раз в день утром курсом 10-21 сутки в зависимости от степени выраженности гиперацидности в желудке, от индивидуальной клинической ситуации).

Необходимо отметить, что в 65 % случаев полной эрадикации Нр, ремиссии у больных, особенно младшего возраста, удалось достигнуть, используя трехкомпонентную (без ингибиторов протонных помп) схему антихеликобактерной терапии. В 35 % случаев, преимущественно у детей старше 12 лет – потребовалась четырехкомпонентная антихеликобактерная терапия для достижения полной многолетней ремиссии, эрадикации Нр.

В последние 10 лет было отмечено частое снижение чувствительности штаммов Нр к метронидазолу. В сочетании с его плохой переносимостью, частыми побочными эффектами это привело к тому, что в последние 10 лет метронидазол мы перестали включать в схему антихеликобактерной терапии у детей, заменив его нифурателом (макмирором), который лишен этих ненужных эффектов, отлично переносится детьми различного возраста. Кроме этого нифурател обладает великолепной, противолямблиозной активностью. Кишечный лямблиоз определялся нами при выборочном исследовании кала у 80 % детей из 1400 обследованных.

Из антибиотиков, особенно в последние 7 лет предпочтение отдавали макролидам, которые обладают из этого ряда препаратов на сегодня максимальной антихеликобактерной активностью или амоксициллину.

В 12 % случаев из всего числа 11400 пролеченных нами детей с Нр-ассоциированныи гастродуоденитами в стадии обострения приходилось прибегать к повторному назначению этиопатогенетической терапии спустя 3-9 месяцев после первого курса антихеликобактерной трехкомпонентной терапии, доводя ее до четырехкомпонентной.

У 240 детей с Нр-ассоциированными гастродуоденитами в возрасте старше 10 лет при упорном, рецидивирующем 2 и более раз обострениях заболевания после проведенного первичного антихеликобактерного лечения повторную Нр-эрадикационную терапию мы сочетали с назначаемым с целью иммунокоррекции препаратом иммуномакс, вводимым в дозировке 100 или 200 ЕД в зависимости от возраста 1 раз в сутки внутримышечно 6-дневным курсом (1, 2, 3 – 8, 9, 10 сутки).

У всех тих больных при трехлетнем и более длительном дальнейшем наблюдении рецидивов обострения Нр-ассоциированных гастродуоденитов не наблюдалось. Что можно объяснить важностью свое-временной иммунокоррекции вторичного иммунодефицитного состояния у детей с данной патологией [11, 12].

Выводы:

1. Оптимальной схемой антихеликобактерной терапии у детей с хроническими гастродуоденитами в настоящее время является следующее сочетание препаратов: висмута трикалия дицитрат + нифурател + макролид или амоксициллин.
2. При выраженной гиперацидности, особенно у детей старше 10 лет трехкомпонентная антихеликобактерная терапия должна дополняться четвертым компонентом – ингибитором протонных помп.
3. С целью иммунокоррекции при рецидивирующем течении, при выраженной гиперацидности Нр-ассоциированных гастродуолденитов у детей старше 10 лет правомочно применение иммуностимулятора иммуномакса.

Список литературы

1. Маев, И.В. Принципы диагностики и рациональной фармакотерапии хронического гастрита / И.В. Маев, Н.Н. Голубев // Русский медицинский журнал. Болезни органов пищеварения.– 2008.– № 28. – С. 1702–1706.
2. Калинин, А.В. Хронический гастрит. В книге: Гастроэнтерология и гепатология: диагностика и лечение / А.В. Калинин. – М.: Миклош, 2007. – С. 59–92.
3. Сапожников, В.Г. Способ эхографической оценки эвакуаторной функции желудка у детей / В.Г. Сапожников // Здравоохранение Белоруссии. – 1989. – № 5. – С. 59-62.
4. Сапожников, В.Г. Эхография желудка и двенадцатиперстной кишки у детей в норме и при патологии. Вестник новых медицинских технологий / В.Г. Сапожников. – 1989. – № 5. – С. 21–25.
5. Сапожников, В.Г. Использование эхографий в диагностике гастродуоденальной патологии у детей / В.Г. Сапожников // Педиатрия. –1990. – № 10. – С. 57–61.
6. Сапожников, В.Г. О пилорическом геликобактериозе у детей / В.Г. Сапожников, А.Г. Сапожников, А.Н. Заблодский // Педиатрия. – 1993. – № 4. – С.61–64.
5. Сапожников, В.Г. О лечении геликобактерпозитивных форм хронических воспалительных заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей // В.Г. Сапожников, В.А. Куликов // Педиатрия. – 1995. – С. 90–91.
7. Сапожников, В.Г. Хронические воспалительные заболевания органов гастродуоденальной зоны у детей: монография / В.Г. Сапожников. – Архангельск, 1995. – 108с.
8. Сапожников, В.Г. Современные методы диагностики и лечения гастроуоденальной патологии у детей: монография/ В.Г. Сапожников. – Архангельск, 1997. – 290с.
9. Сапожников, В.Г. Об этиопатогенетической роли пилорического геликобактериоза в развитии заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей / В.Г. Сапожников, Н.А. Куклина // Педиатрия. – 1997. – №1. – С.67–72.
10. Сапожников, В.Г. Иммунокорректирующая терапия

у детей с хеликобактерассоциированными заболеваниями / В.Г. Сапожников, Л.К. Добродеева, В.П. Белозеров // Российский педиатрический журнал. – 1998. №2. – С.66–67.
11. Сапожников, В.Г. Клиническое значение изучения факторов риска при хеликобактерпозитивной форме хронического гастродуоденита у детей / В.Г. Сапожников, Н.А. Куклина, Л.А. Щеплягина // Российский педиатрический журнал. – 1998. – №6. – С.25–29.
12. Сапожников, А.Г. О патогистологической характеристике стенки желудка у детей с атрофическими Helicobacter-ассоциированными формами гастритов / А.Г. Сапожников, В.Г. Сапожников // Вестник новых медицинских технологий. –1999. – №1. – С.65–68.
13. Yamaoka, Y. Mechanisms of disease: Helicobacter pylori virulence factors / Y. Yamaoka // Nat Rev Gastroenterol Hepatol. –2010. – №7 (11). – С.629–641.
14. Lassen, A.T. Acid-related disorders and use of antisecretory medication / A.T. Lassen // Dan Med Bull. – 2007. – №54 (1). – P.18–30.
15. Current European concepts in the management of Helicobacter pylori infectione the Maastricht consensus report. The European Helicobacter pylori study group (EHPGS) / P. Malfertheiner [et al.] //Eur J Gastroenterol Hepatol. – 1997. – № 9. – P.1–2.
16. Current concepts in the management of Helicobacter pylori infection: the Maastricht III Consensus Report / P. Malfertheiner [et al.] // Gut, 2007. – №56. – P.772–781.
17. Management of Helicobacter pylori infection-the Maastricht IV/ Florence Consensus Report / P. Malfertheiner [et al.] // Gut, 2012. – №61(5). – P.646–664.
18. Zablodski, V. Sapozhnikov, A. Sapozhnikov, M. Sachec. Endoscopic and Ultrasonic Diagnosis of Surgical Diseases of the Upper Gastrointestinal Tract in Newlorns and Infants Surgery Child. Intern. – 1994. – №II. – P.252–255.

БОС-ТЕРАПИЯ ГОЛОВНОЙ БОЛИ НАПРЯЖЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИМИ ОСОБЕННОСТЯМИ

Сорокина Наталия Дмитриевна,
доктор биологических наук, профессор, Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова, г. Москва
Селицкий Геннадий Вацлавович,
доктор медицинских наук, профессор, Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова, г. Москва
Теременцева Елена Сергеевна,
врач-невролог, аспирант, Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова, г. Москва

BIOFEEDBACK THERAPY TENSION HEADACHE IN PATIENTS WITH DIFFERENT PHYCHOPHYSIOLOGICAL PARAMETERS
Sorokina Natalia Dmitrievna, Doctor of biological sciences, Professor, Moscow State Medical and Dental University, imeni A.I.Evdokimova, Moscow
Selitsky Gennady Vatslavovich, Doctor of biological sciences, Professor, Moscow State Medical and Dental University imeni A.I.Evdokimova, Moscow
Teremenceva Elena Sergeevna, Neurologist, post-graduate, Moscow State Medical and Dental University imeni A.I.Evdokimova, Moscow

АННОТАЦИЯ

Исследованы пациенты с различными психофизиологическими особенностями (выраженностью тревожности, депрессии, истерии, импульсивности, индексом напряжения по Р.М. Баевскому при холтеровском мотитировании вариабельности сердечного ритма за весь период бодрствования). В качестве терапии применяли ЭМГ и ЭЭГ БОС-тренинги для редукции болевого синдрома и улучшения психологического состояния пациентов. Статистически доказано различие в эффективности терапии головной боли напряжения по тренируемому параметру биологической обратной связи (ЭМГ или ЭЭГ) для лиц с различными психофизиологическими особенностями.

Ключевые слова: ЭЭГ; ЭМГ; БОС-обучение; головная боль напряжения; вариационная пульсометрия.

ABSTRACT

The patients with different psychophysiological parameters (the value of anxiety, depression, hysteria, impulsivity, index of strain by R.M.Baevskii under Holter monitoring of heart rate variability during wakefulness). As a therapy the EMG and EEG BFB trainings were used. The difference of the efficiency in therapy of tension headache was proved statistically for the patients with different psychophysiological peculiarities.

Key words: EEG; EMG; BFB-training; tension headache; pulse measuring variability

Головная боль напряжения (ГБН) — один из самых распространенных видов головных болей, которыми страдает, по данным разных авторов, составляет от 60 до 70%. В терапии головной боли напряжения используют различные фармакологические средства и психорелаксационные методы. Однако при проведении психофармакотерапии трудно избежать побочных эффектов, кроме того, пациенты с настороженностью относятся к приему психотропных препаратов. В настоящее время все шире используются различные психотерапевтические и психорелаксационные методики, одной из которых является процедура биологической обратной связи (БОС) [4, с. 179]. Лица с головной болью напряжения почти всегда испытывают высокий уровень депрессии и тревоги. Хронический эмоциональный стресс является одним из вариантов развития ГБН и в то же время пусковым фактором для развития той или иной ответной реакции в виде аффективного расстройства. Профиль теста MMPI этих больных характеризуется повышением по шкалам ипохондрии, депрессии, конверсионной истерии, психастении, аутизации у женщин, а также ипохондрии, депрессии, конверсионной истерии, психопатии, психастении у мужчин [3, с.5]. Длительное эмоциональное напряжение приводит к нарушению функционирования лимбико-ретикулярного комплекса и его нейрональных связей, что обуславливает облегчение проведения нервно - мышечных импульсов и нарушает деятельность антиноцицептивных систем. Недостаток торможения болевой импульсации приводит к повышению возбудимости нейронов, что приводит к активации и вовлечению в патологический процесс «молчащих», неактивных синапсов и объединению сенситизированных нейронов в единый болевой комплекс [5, с.493].

Так как вегетативная дисфункция (ВД) [1, с.126] является коморбидным расстройством чаще при хронической ГБН, а также при эпизодической ГБН и негативно влияет на степень дезадаптации, резко снижающей качество жизни больных, нами было проведено исследование статуса автономной системы и вегетативной дисфункции у пациентов с ГБН. Ранее было показано, что пациенты с эпизодической ГБН, имеющие умеренную или выраженную вегетативную дисфункцию с клиническими проявлениями в 2-х и более соматических системах, находятся в группе риска по прогрессированию заболевания с развитием хронической ежедневной головной боли [1, с.134].

Проведен сравнительный анализ эффективности различных видов БОС-терапии (ЭЭГ-альфа-протокол и респираторный тренинг), направленной на снижение болевого синдрома при ГБН, на нормализацию статуса автономной нервной системы и показателей психофизиологического состояния.

Всем пациентов было проведена оценка состояния автономной нервной системы по показателям вариационной пульсометрии, которые мониторировались в течение суток с целью уточнения достоверности получаемых данных, что в последнее время довольно часто используют в медицинских и физиологических исследованиях [2, с.12]. Вычисляли индекс напряжения (ИН) регуляторных систем, по отношению к которому выделяют лиц с нормотоническим типом (нормотоники,40<ИН<70) и с симпатотоническим типом (симпатотоники, ИН>70).

Вся группа пациентов с ГБ напряжения была разделена на 2 подггуппы: с преобладанием по показателям вариационной пульсометрии симпатической системы и нормотоники. В каждой из подгрупп для оценки эмоционально-личностных особенностей использовали тест, по шкалам которых можно было определить пограничные нервно-психические расстройства у пациентов с головной болью. По шкале MMPI выявляли преобладание истерии и импульсивности в 1 –й подгруппе (выше 70 баллов) и депрессии и психастении (выше 70 баллов). Таким образом, получили 4 подгруппы пациентов, каждая из которой получали по две терапии: — пациенты, получавшие терапию только методом БОС (ЭЭГ-альфа-тренинг -1 и 2 группа) и ЭМГ-тренинг (3 и 4 группа) в течение 4-х недель (по 2 курса) с повторной регистрацией параметров через 2 месяца с целью диагностики устойчивости терапии. Численность каждой из подгрупп - 25 человек, из них мужчин 33%, женщин 77%, возраст от 22 до 40 лет, средний возраст 32 года. Контрольная группа (5-я)- получала только медикаментозное лечение в соответствии с лечебными стандартами, без использования методики БОС (32% мужчин, женщин 78% (от 33 до 50 лет), средний 38 лет. В обеих группах преобладали женщины (свыше 70%), (от 30 до 50 лет).

ЭЭГ – тренинг проводили с группами больных 1 и 2 в специализированном кабинете, оснащенном аппаратом для биологической обратной связи электроэнцефалографом-анализатором "Энцефалан 131-03", производство фирмы "МЕДИКОМ МТД", креслом для пациента, двумя мониторами с цветными дисплеями и мультимедийной программой. Занятия проводились индивидуально, с частотой 2—4 раза в неделю, продолжительностью 25—45 минут, общим количеством 10—15 сеансов. Альфа-тренинг (повышение мощности альфа-ритма) направлен на достижение глубокой психологической релаксации. Пациент управлял своим альфа-ритмом по индикатору, который по желанию мог дополнительно отображать текущее значение контролируемых параметров в цифровом виде, изменять размеры и положение на мониторе, в качестве фона изменять цвет или любое изображение. Дополнительно использовался «Энцефалан-ЭЭГР», обеспечивающий применение количественных методов анализа ЭЭГ, таких как спектральный анализ и амплитудное топографическое картирование. В тренингах использовали повышение альфа-ритма. В настоящее время альфа-протокол используется при терапии психосоматических, невротических, депрессивных и других нарушений, связанных в той или иной мере с изменениями в деятельности активирующих систем мозга и, как следствие, с повышенным уровнем активации вегетативной и центральной нервной систем. Эффект БОС-тренинга оценивали по проценту повышения суммарной спектральной мощности альфа-ритма по всем 24 отведениям.

Проводили ЭМГ БОС-тренинг по амплитуде с целью уменьшения повышенной эмоциональной напряженности во фронтальной, височной, круговой мышце рта и трапециевидной мышце, как в состоянии покоя, так и при стрессовом воздействии. Регистрировались показатели амплитуды ЭМГ фронтальной, височной мышцы (s и d), круговой мышцы рта и горизонтальной порции трапециевидной мышцы (s и d) - на равном удалении как от остистых отростков С6-С7, так и от акромиона и ости лопатки. Эффект оценивали по снижению усредненной амплитуды ЭМГ по всем группам мышц по окончанию БОС-терапии и через 2 месяца (устойчивость результата).

После проведения курса БОС терапии с использованием 2 видов протоколов (ЭЭГ и ЭМГ БОС терапия), в каждом исследовании получили положительный эффект – редукцию болевого синдрома и снижение тревожности. Следует отметить устойчивость эффекта, так регистрировались параметры эффективности БОС-терапии сразу после окончания и через 2 месяца. Существенные положительные изменения были получены в тесте САН — значительное улучшение показателей самочувствия ($p < 0.05$). Более того, если в исследуемых группах пациентов интенсивность головной боли оценивалась большинством пациентов с ГБН в 5- 6 баллов в начале исследования, то после терапии интенсивность снизилась до 3.5-4 баллов в обеих группах с ЭМГ и ЭЭГ - протоколом.

Во всех группах пациентов в результате БОС–терапии был достигнут положительный эффект по параметру ИН по Р.М.Баевскому (при холтеровском мониторировании вариабельности сердечного ритма за весь период бодрствования). Наиболее статистически значимое снижение ИН было отмечено в группе с преобладанием симпатического типа регуляции и ЭЭГ-ОС тренингом. Видимо, достижение состояние релаксации путем повышения альфа-ритма у пациента сопровождалось снижением напряжения регуляторных систем организма, что отразилось в показателе ИН.

Основная задача – снижение интенсивности ГБ был достигнут во всех 4-х группах, однако эффективность и успешность тренинга зависела от методики ЭЭГ или ЭМГ тренинга и психофизиологических особенностей пациентов. Эффекты БОС-терапии по психометрическим показателям были получены следующие: по тесту MMPI выявлено более выраженное снижение тревожности в группе с ЭЭГ тренингом, что можно объяснить направленностью альфа-ЭЭГ-протокола именно на редукцию тревоги и депрессии, рост состояния релаксации, что способствовало также уменьшению выраженности ГБ и как следствие болевого синдрома в целом.

Возможности управления амплитудой альфа-ритма в обеих группах потенциально были равны (высокий уровень тревоги, выраженность альфа-ритма в покое). Однако, после курса тренинга в 1 группе (с высокой депрессией, психастенией и тревожностью) относительный прирост амплитуды альфа-ритма значительно увеличился ($p<0.05$), а во 2 группе – увеличивался статистически незначимо (Таблица). Вероятно, в группе с преобладанием симпатического типа автономной регуляции, с выраженность истерии и импульсивности (по MMPI), возможность повышать альфа-ритм значительно ниже, чем в группе с другим психофизиологическим статусом, что необходимо учитывать при назначении наличных видов БОС терапии. Однако, релаксационный эффект, несмотря на отсутствие основного показателя (значительный прирост альфа-ритма), в этой группе был достигнут, видимо, за счет изменения соотношения других ритмов ЭЭГ, что требует специального исследования.

Эффект ЭЭГ БОС - тренинга можно объяснить следующим: учащение эпизодов головной боли способствует гиперчувствительности болевых нейронов, снижению болевого порога; эмоциональные нарушения, особенно тревога и депрессия, благодаря истощению запасов серотонина и норадреналина, приводят к снижению активности антиноцицептивных систем организма, что также снижает болевой порог. БОС- тренинги, напротив, повышают болевые пороги, изменяют механизмы синаптической реорганизации антиноципетивной системы. В связи с тем, что в процессе ЭЭГ БОС терапии (на повышение альфа-ритма) восходящие модуляторные воздействия ствола мозга проецируются к основным центрам лимбической системы и запускают в ней “петли циркуляции”, ряд авторов считают нейромодуляцию клеток лимбической системы наиболее важной в механизме реализации действия ЭЭГ-ОС [6, с.11].

В 3-я группе пациентов с ЭМГ тренингом также выявляли статистически значимое снижение ГБ и снижение тревожности, снижение интенсивности боли по визуально-аналоговой шкале. В группе 4-й, такой эффект был выражен менее выраженно. Таким образом, в группе с преобладанием симпатической нервной регуляции и выраженностью пограничных нервно-психических расстройств в виде импульсивности и истерии, наиболее эффективно проходил тренинг по амплитуде ЭМГ всех исследуемых групп мышц (Таблица). Так, в группе 3 процент снижения усредненной амплитуды ЭМГ по тренируемым мышцам был статистически ($p<0.01$) значимо ниже, чем в 4-й группе пациентов.

Релаксационный ЭМГ БОС тренинг эффективно снизил выраженность головной боли: у 87% пациентов отмечено снижение головной боли по визуально-аналоговой шкале до 3.4 баллов, тогда как в контрольной 5-й группе не было отмечено статистически значимого улучшения.

Таблица

Динамика ЭЭГ (I и II группы) и ЭМГ- БОС тренинга (III и IY группы) (усредненный процент изменения тренируемых показателей после проведения курса терапии по отношению к фону (100%)).

Параметры БОС – тренинга	ЭЭГ % возрастания средней суммарной спектральной мощности в альфа-диапазоне	ЭМГ % снижения усредненной амплитуды ЭМГ
Группы I	65+ 2.0	-
II	9.8+ 1.5	-
III	-	47+3.5.
IY	-	12+ 2.2

Повышение тонуса перикраниальной мускулатуры, выявляемое при ЭМГ исследовании, обычно служит основой для дискуссии об участии мышечной системы в патогенетических механизмах ГБН. Так, ранее было показано, что повышение чувствительности мышц связано с тяжестью ГБН. Однако тщательно проведенные исследования не подтвердили наличие повышенной ЭМГ активности мышц головы и шеи как первопричины ГБН. В то же время воздействие на триггерные точки височной, грудиноключично-сосцевидной, верхней порции трапециевидной и подзатылочной мышц формирует отраженную боль, воспроизводящую картину ГБН. В нашем исследовании

мышцы, которые подвергались произвольному расслаблению, по-видимому, играли определенную роль в генезе болевого синдрома у лиц с определенным психофизиологическим статусом: а именно лица с высокой импульсивностью, истерией (по шкалам MMPI), с повышенной активностью симпатической автономной регуляции, легче подвергались БОС-терапии с ЭМГ протоколом.

В результате БОС терапии у пациентов, которые в начале лечения выявляли функционально-неврологические симптомы, отмечали из снижение (на 70%), а ипохондрические проявления (по тесту MMPI) снижались до нормальных значений. В контрольной группе пациенты, принимающие традиционную терапию, в конце исследования не отмечали редукции головной боли, а ряде случаев (в 8%) интенсивность головной боли увеличивалась в периоды отмены фармакотерапии (возникала абузусная головная боль).

В целом, рассматривая нейрофизиологические механизмы эффективности БОС-регуляции, следует отметить ее связь с формированием соответствующих нейронных сетей и возможностью последующего прямого (произвольного) доступа к ним, а также с вовлечением в петли биофидбека не только эффекторных (симпатический и парасимпатический отделы ВНС, гуморальная система), но и сенсорных (зрительная, слуховая, температурная), проприоцептивной (ЭМГ) систем, а также с пластичностью головного мозга.

ВЫВОДЫ

1. Выявлена учтойчивая положительная динамика психофизиологического состояния (депрессии, тревожности и самочувствия-активности-настроения) сразу после окончания (и через 2 месяца) БОС-терапии, а также по дополнительным параметрам (индекса напряжения, болевого синдрома, выраженности нервно-психических расстройств) во всех группах пациентов.
2. Обнаружен статистически значимый рост альфаритма по сравнению с фоном в группе пациентов с высокой тревожностью, психастенией и депрессией и нормальным индексом напряжения по Р.М.Баевскому (суточное мониторирование) по сравнению с пациентами с преобладанием симпатического типа регуляции, выраженной импульсивностью и истерией.
3. В группе симпатотоников, истерией и импульсивностью, наиболее эффективным оказалась метод релаксации фронтальных, височных, круговой мышцы рта и трапециевидных мышц по амплитуде ЭМГ.
4. Сформулированы дифференцированные показания к применению вариантов метода биологической обратной связи (ЭЭГ или ЭМГ) в связи с исходными различными психофизиологическими особенностями пациентов.

Литература

1. Акарачкова Е.С. Роль вегетативной нервной системы в патогенезе головной боли напряжения. Дисс. доктор мед. наук – Москва 2012 г.
2. Баевский Р.М., Никулина Г.А. Холтеровское мониторирование в космической медицине: анализ вариабельности сердечного ритма. Вестник аритмологии 2000; 16: 6—16.
3. Воробьева О.В., Русая В.В. Вегетативная дисфункция, ассоциированная с тревожными расстройствами. Эффективная фармакотерапия (неврология и психиатрия) 2011; 1: 3—8.
4. Долецкий Алексей Николаевич. Психофизиологические особенности регуляции кровообращения головного мозга с использованием биологической обратной связи.- Дисс. канн. мед. наук. Волгоградский государственный медицинский университет. Волгоград. 2003 г.
5. Наприенко М.В. Новые подходы в лечении хронической головной боли напряжения / М. В. Наприенко, Е. Г. Филатова // Русский медицинский журнал: неврология, психиатрия. - 2010. - № 8. - С. 491-494.
6. Hayashi K., Makino M., Hashizume M. et al. Electroencephalogram abnormalities in panic disorder patients: a study of symptom characteristics and pathology. Biopsychosoc Med 2010; 4: 9—13.

О НАУЧНОМ ПОДХОДЕ В ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Столяр Владимир Павлович

Доктор медицинских наук, профессор, Военно-медицинская академия, старший научный сотрудник научно-исследовательского отдела телекоммуникационных технологий и автоматизированных систем управления в медицине, г. Москва

Курраева Татьяна Владимировна

Аспирант, Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования города Москвы, «Московский городской педагогический университет», г.Москва

Кривова Наталья Александровна

Ассистент кафедры морфологии и патологии, Негосударственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Медицинский институт «РЕАВИЗ», г.Москва

ON THE SCIENTIFIC APPROACH IN PRACTICE

Stoliar Vladimir Pavlovich, Doctor of medical sciences, Professor, Military medical Academy, senior research fellow of the Research Department of telecommunications technologies and automated control systems in medicine, Moscow

Kurraeva Tatyana Vladimirovna, Post-graduate State budgetary educational institution of higher professional education of the city of Moscow, Moscow city Pedagogical University, Moscow
Krivova Natalia Alexandrovna, Assistant Department of morphology and pathology, Non-State educational institution of higher professional education "Medical Institute" REAVIZ ", Moscow

АННОТАЦИЯ

В статье отмечается, что для реформируемого здравоохранения и медицины проблема ответственности руководителей здравоохранения за выработку и принятие решений, их научную оценку, а также повышение эффективности, приобретает особую актуальность и важность.

Показано, что современная компьютеризация знаний, разработка и создание математических и имитационных моделей изучаемых медицинских систем клинических, организационных, профилактических, морфологических и др., обусловливают необходимость применения количественных и математико-статистических методов.

ABSTRACT

The article deals with topical issues of responsibility and decision-making by leaders in the health care system during the reform period. Scientific assessment of such decisions and increasing their efficiency.

It reflects that the current computerization of knowledge development and the creation of mathematical and simulation models studied medical systems of clinical, organizational, preventive, morphological and etc, necessitate the use of quantitative and mathematical- statistical methods.

О необходимости выполнения научных исследований практическими врачами в свое время в нескольких своих работах отмечал Н.И. Пирогов. В частности, в его работе «О трудностях распознавания хирургических болезней и счастьи в хирургии, объясняемых наблюдениями и историями болезней»[2], говорится буквально следующее:

… «врач должен …обращать на все самое тщательное внимание и ни малейшей вещи не пропускать без исследования: нужно постоянно наблюдать трудные случаи болезней, изощрять чувства и сравнением этих случаев упражнять глаз» [3].

Лучше, как говорится, не скажешь.

В те годы, только на свои глаза и мог ориентироваться врач. Попробуйте сравнить диагностические возможности медицины в те годы и сейчас. Диагностические и клинические возможности крупного клинического учреждения в Москве и лечебного учреждения где-нибудь в глубинке. Они существенно разнятся. Это нужно понимать и использовать эти преимущества в практической повседневной врачебной деятельности.

Для постоянной учебы, пополнения багажа специальных знаний и выполнения научных исследований (научного роста) все возможности хороши, если врач хочет "расти и пополнять". В то же время всё можно не конструктивно критиковать и отвергать все новое, если нет желания совершенствоваться и расти в научном плане.

Подчеркивая значение наблюдения, сравнения, сопоставления, статистики и анализа для развития медицины и выполнения научных исследований, Н.И. Пирогов писал:

«Теперь, когда я вижу, что причиной многих моих неудач было не одно невезение, но и ложное убеждение в справедливости слышанного от моих наставников и читанного в книгах; теперь, когда я начинаю даже сомневаться в убеждениях, достигнутых собственным опытом, - от прошедшего осталось ненарушимым только одно направление, состоящее в открытом обсуждении успеха и не успеха в практике. С этим направлением я начал врачебное поприще, с ним и окончу»[4].

Весьма трудно что-либо прибавить к сказанному великим хирургом и научным авторитетом.

Современное развитие здравоохранения вообще и клинической медицины в частности характеризуется смещением приоритетов от экономии расходов на оказание медицинской помощи к разработке и внедрению наиболее эффективных методов диагностики и лечения, а также внедрения оптимальных способов распределения имеющихся медицинских (лекарственные средства, приборы и аппараты), кадровых (врачи, средний медицинский состав и другие специалисты) и иных ресурсов.

При этом основными направлениями выработки организационных решений, внедрения перспективных методов диагностики и лечения является научный анализ и оценка складывающейся ситуационной обстановки и принятие взвешенных решений направленных на развитие клинической медицины, разработку современных медико-экономических стандартов (МЭС) и создание ограничительных списков медицинских услуг, лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения. Принятие любых решений, изменение списков услуг может и должно осуществляться на основе оценки медицинских технологий (ОМТ, Health Technology Assessment – HTA), ключевым элементом которой является научный клинико-экономический анализ[3].

Предметом исследований оценки медицинских технологий или технологий здравоохранения[4] является обобщение и анализ данных об эффективности методов профилактики, диагностики, лечения, организации медицинской помощи, проведенные на основе строгих научных критериев или научного подхода. В мировой практике, после проведения таких исследований, обычно отбирают материалы для включения в систематические обзоры. Критерием отбора материалов в обзор является применение критического математико-статистического анализа и применяемые при выполнении исследований методики. При отборе в первую очередь, рассматривают

[3] Клинико-экономический анализ – это сравнительная оценка альтернативных технологий - методов профилактики, диагностики, лечения, а также вариантов организации медицинской помощи, на основе комплексного учета результатов вмешательства и затрат на его выполнение

[4] Медицинская технология – практическое использование научных знаний и медико-технологического оборудования для обеспечения здоровой и долгой жизни людей

результаты рандомизированных[5] контролируемых испытаний (РКИ) т.к. они наиболее надежны и достоверны в методологическом плане.

Рандомизированное исследование имеет следующие особенности:

- случайное распределение пациентов по сравниваемым группам;
- пациенты и исследователи до завершения работы не знают, какое именно лечение проводится в каждой из сравниваемых групп (хотя проведение таких двойных слепых исследований не всегда возможно);
- все группы, за исключением экспериментальных, получают идентичную терапию;
- анализ пациентов проводят в составе групп, в которые они были распределены;
- анализ сфокусирован на определении степени различий результатов между сравниваемыми группами.

Методологическая надежность обеспечивается описанием процедур рандомизации, наличием слепого контроля, общим количеством наблюдений и количеством больных, выбывших из исследования, а также использованием объективной оценки достоверности результатов исследования и длительностью наблюдения за пациентами.

Должностные лица здравоохранения и медицины, принимающие организационные или клинические решения, кроме оценки медицинских технологий должны их экономически обосновывать, а также обязательно учитывать социальные и этические факторы.

Отметим также, что для реформируемого здравоохранения и медицины проблема ответственности должностных лиц за выработку и принятие решений, их научную оценку, а также повышение эффективности, приобретает особую актуальность и важность. Достаточно вспомнить не достаточно обоснованные решения, принятые в последние годы и направленные на бездумное сокращение или «оптимизацию» штатного состава учреждений и организаций здравоохранения Москвы и других регионов.

Систематические обзоры рандомизированных контролируемых испытаний, клинических исследований, а также организационных решений предоставляются Международной сетью центров Кокрановского сотрудничества (Cochrane Collaboration Centers). Важнейшей международной инициативой Кокрановского сотрудничества стало создание регистра всех известных РКИ, а также проведение критических тематических обзоров РКИ группами ведущих специалистов в разных областях медицины во всем мире. Сотни обзоров РКИ, подвергнутых анализу научной и методологической достоверности результатов, составляют библиотеку Кокрановского сотрудничества [6].

Отметим, что разрабатываемые, принимаемые и принятые решения (или их последствия) по организации здравоохранения и медицины, включая ведомственную, в научном плане практически не оцениваются. Кроме организационных решений, оцениваемых при выполнении диссертационных исследований.

Научный подход в решении повседневных проблем здравоохранения и медицины в современных условиях приобретают особую практическую значимость. Научный подход в профессиональной (организационной, клинической, профилактической и др.) и иной деятельности всех должностных лиц здравоохранения и медицины – это широкое применение медико-статистического и клинико-экономического научного анализа для оценки существующих, а также предлагаемых медицинских технологий и организационных решений.

Применение научного подхода, выполнение научных исследований, сравнение клинической эффективности различных методов диагностики и лечения, а также оценка организационных и других решений, совершенствование информационного обеспечения принимаемых решений способно обеспечить:

- улучшение медико-экономических стандартов и оптимальный выбор лечебно-диагностических методов из уже имеющихся или возможных, с получением максимальной выгоды для восстановления здоровья больных;
- рациональное принятие решений о видах и содержании услуг, которые должны и могут оказываться прикрепленному контингенту;
- создание обоснованной стратегии развития системы медицинского обеспечения населения.

Современная компьютеризация знаний, разработка и создание математических и имитационных моделей изучаемых медицинских систем клинических, организационных, профилактических, морфологических и др., обусловливают необходимость применения количественных и математико-статистических методов. [1].

Кроме того, нельзя забывать и о необходимости обоснования и применения новейших методов анализа и оценки в программах подготовки врачей-специалистов в ВУЗах. Причем, применять названные методы, методики, процедуры и инструментарий нужно как для оценки качества преподавания (деятельности у конкретных преподавателей), так и оценки уровня знаний и умений обучаемых [5].

Вместе с тем, существует мнение, что сейчас далеко не самое лучшее время для применения научных методов, занятия наукой, выполнения диссертационных и иных исследований, что в практическом здравоохранении идут реформы, не ясны их перспективы, не известно, что будет с медицинскими организациями, что будет с диссертационными советами. К тому же еще и ВАК реформируется.

Врачи практики, всегда были и остаются на высоте, в том числе и при выполнении научных исследований. При этом они выполняют научные исследования, совмещая эту труднейшую деятельность со своей практической повседневной лечебно-диагностической и другой работой.

При выполнении научных исследований в несколько лучших условиях находятся аспиранты, адъюнкты и докторанты, обучающиеся очно. Это утверждение не бесспорно. Подавляющее большинство ученых (как начинающих, так и опытных), проводят свои исследования при

[5] Рандомизированное контролируемое исследование – наиболее точный способ выявления причинно-следственных связей между лечением и исходом заболевания, а также определения экономической эффективности лечения.

выполнении своих повседневных обязанностей. Это касается и собственно научных исследований, а также оформления их результатов, написания отчетов, обзоров, статей или выполнения диссертационных исследований.

Диссертационное исследование или диссертация (от лат. «dissertatio»), означает рассуждение, а это именно то, чем практически все врачи занимаются (или должны заниматься) постоянно, каждый день. Этим же и объясняется тот факт, что почти 70% всех диссертационных исследований защищаются по медицинским и биологическим наукам.

Применение научного подхода, исследование и совершенствование информационно-аналитического обеспечения клинических, других медицинских и процессов в повседневной деятельности врачей всех специальностей - это веление времени. Должностные лица органов управления и различных медицинских организаций в последние годы получили возможность работать на современных средствах вычислительной техники и автоматизированных рабочих местах, элементах медицинских информационных систем (МИС).

Не смотря на то, что внедрение современных средств вычислительной техники в повседневную практику осуществлялось достаточно интенсивно и предпринимались серьезные попытки создания современных систем ведения больных с электронными медицинскими картами и другими элементами современных МИС, к сегодняшнему дню желаемого и должного эффекта все ещё нет.

В основу современной стратегии здравоохранения должно быть заложено положение о том, что организация медицинского обеспечения населения, объем, полнота и качество диагностики и выполнения клинико-экономических стандартов (лечения) больных, должны быть едиными вне зависимости от региона проживания. Мы полагаем, что развитие информационных систем и применение научного подхода усовершенствует деятельность врачей[6] по профилактическому, диагностическому, лечебно-диагностическому и экспертному процессам на основе компьютерных технологий.

Отечественное здравоохранение России переживает сложный период реформирования. Для успеха реформ необходимо в краткие сроки решить целый комплекс вопросов, первоочередными из которых с нашей точки зрения являются:

- изменение системы принятия управленческих и иных решений с обеспечением их прозрачности (вопросы организации медицинского обеспечения, изменения штатной численности, состава и структуры медицинских организаций и др.);
- эффективность расходования выделяемых ресурсов, оптимизация системы государственных закупок, искоренение или снижение коррупционности в этой области;
- разработка системы лекарственного страхования населения, особенно лиц, имеющих хронические заболевания с обеспечением их доступа к дорогостоящим инновационным разработкам, в т.ч. и зарубежным.

Эти и другие вопросы предстоит обсудить и наметить конкретные шаги по гармонизации отечественного здравоохранения с лучшими мировыми практиками.

Выводы:

1. Применение научного подхода в повседневной практике требует рассмотрения, изучения и совершенствования информационно - аналитического обеспечения клинических и других медицинских процессов, и обеспечения выполнения клинических исследований.
2. Наличие современной вычислительной техники в медицинских организациях обеспечило возможность приобретения опыта применения новейших технологий в практической повседневной работе врачей специалистов и руководителей медицинских организаций.
3. Практическое использование и расширение функциональности созданных медицинских информационных систем позволяет надеяться на создание в недалеком будущем единого информационного пространства здравоохранения, определить его состав и особенности поддержки в актуальном состоянии.
4. Накопленный опыт также подтверждает, что в настоящее время сложились условия для разработки современной системы управления медицинским обеспечением населения. С обязательной отработкой всех необходимых документов, донесений и отчетов.
5. Научный анализ и оценка состояния медицинских подразделений и организаций, а также здравоохранения в целом должны применяться для обоснования всех принимаемых решений, выработки и выбора направлений развития здравоохранения и медицины. Именно от правильности оценки принимаемых решений и ситуационной обстановки, точности выбора направлений и принимаемых мер воздействия руководителями различного уровня на различные медицинские и иные процессы зависят итоги реформирования и развития здравоохранения.
6. Необходимо более активно внедрять современные технологии в учебный процесс и исследовательскую работу.

Список литературы

1. Автандилов Г.Г. «Медицинская морфометрия» Руководство; М. «Медицина»;1990 - 384 с
2. Воен.-мед.журн. – 1854. – Ч.63. № 1, отд.II.- с.30 Пирогов Н.И., Собр.соч.- Т.1.- М.: Медгиз, 1958.- с 28.
3. Там же. 3 Ч. 64, № 1.- С. 38
4. Из отчета профессора Н.И. Пирогова о проведенных им операциях с сентября 1852 по сентябрь 1853 гг. Воен.-мед.журн. – 1854. – Ч.63. № 1, отд.II.- с.22
5. Руденко О.С. «Методика и результаты оценки качества преподавания в ВУЗе» «Вестник Герценовского университета» №9; 2009
6. http: // www.cochrane.co.uk

[6] Имеются ввиду врачи, занимающие должности на всех уровнях иерархии здравоохранения; врачи отделений лечебных учреждений, главные медицинские специалисты, врачи-специалисты органов управления, руководители медицинских организаций и органов управления здравоохранением.

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF MULTIPLE PRIMARY TUMORS OF THE COLON AND OTHER ORGANS OF THE ABDOMINAL CAVITY

Navruzov S.N., Abdujapparov S.B., Ten Ya.V.
(National Research Center of Oncology, Uzbekistan)

РЕЗЮМЕ

Диагностика и лечение первично-множественных опухолей толстой кишки и других органов брюшной полости
С.Б.Абдужаппаров, Я.В.Тен
(Республиканский Научный Центр Онкологии, Узбекистан)

В статье проведен анализ возможных причин возникновения первично множественных опухолей толстой кишки и других органов брюшной полости. Проведен краткий обзор литературы, а также начальный этап собственных исследований о больных с ПМЗО, прошедших лечение в РОНЦ МЗ РУз. Данные исследования показали, что у большинства больных с ПМЗО отмечалось поражение одновременно или отсрочено двух или более органов и систем, имеются определенные различия в проведении предоперационной подготовки, оперативного вмешательства и ведения послеоперационного периода. В ходе проведения предоперационной подготовки больных необходимо учитывать объем операции и кровопотери, что оказывает решающее влияние на исход оперативного лечения и прогноз заболевания.

РЕЗЮМЕ

Диагностика и лечение первично-множественных опухолей толстой кишки и других органов брюшной полости
Абдужаппаров С.Б., Тен Я.В.
ЎзР ССВ, Республика Онкология Илмий Маркази, Тошкент

Мақолада йўғон ичак ва қорин бўшлиғининг бошқа бирламчи кўплаб ўсмаларининг пайдо бўлиши эхтимолий сабаблари тахлили ўрганиб чиқилган. Адабиётни қисқача обзори, ҳамда ЎзР ССВ РОИМда бирламчи кўплаб ҳавфли ўсмалар (БКҲЎ) билан даволанган беморларда ўтказган изланувчиларнинг шахсий тадқоқотларини бошланғич босқичлари ҳам ёритиб берилган. Тадқиқотларда БКҲЎ кўпчилик беморлара бир ёки хар ҳил вақтларда, икки ёки ундан ортиқ орган ва тизимларда пайдо бўлиши, жаррохлик амалиётларидан олдинги тайёрлов ишларинини олиб боришда, жаррохлик вақтида ва жаррохлик амалиётларидан кейинги даврда аниқ фарқлар борлигини кўрсатади. Жаррохлик амалиётларидан олдинги тайёрлов ишларини олиб боришда, амалиёт ва қон йўқотиш хажмини назарда тутиш зарур, чунки бу амалиётнинг кечишига ва касалликни кейинги прогнозини ҳал қилишда ўз таъсирини кўрсатади.

RESUME.

Diagnosis and treatment of multiple primary tumors of the colon and other organs of the abdominal cavity
S.B.Abdujapparov, Ya.V.Ten
(National Research Center of Oncology, Uzbekistan)

The article analyzes the potential causes of multiple primary tumors of the colon and other organs of the abdominal cavity. The brief review of the literature, as well as the initial stage of the own research on patients with MPMN treated in RORC MoH. These studies have shown that most patients with MPMN noted simultaneously defeat or delay of two or more organs and systems, there are some differences in the preoperative preparation, surgery and postoperative period. During the preoperative preparation of patients it is necessary to take into account the amount of blood loss and operation that has a decisive influence on the outcome of surgical treatment and prognosis of the disease.

ACTUALITY

Primary malignant neoplasms (MN) - one of the most urgent problems of modern oncology, causing permanent interest of clinicians, in view of the fact that the problems of their early diagnosis, prognosis and tactics are still not solved. At present, together with an increase in total cancer incidence and an increase in the incidence of multiple primary MN of colon and rectum, which make up 17% of all observations of multiple primary malignancies (MPM) they are considered as one of the most common sites. The existence of one or more two human tumors in different organs, independent from each other has long been known. The first documented observation of multiple primary tumors is a description of Abu Ali Ibn Sina (Avicenna) at the turn of the X-XI centuries. The first scientific studies (MPM) belong to London surgeon, John Pearson, conducted in 1793. However, the founders of the primary multiplicity deservedly considered to be T.Billroth. After works of T.Billroth (1898), devoted to the justification of the possibility of the existence of this disease, the interest in it began to grow, there is a need for working classifications and a clear definition of "primary multiple tumors."

Key words: colon cancer, multiple primary tumors, the incidence, synchronous, metachronous.

By definition, multiple primary tumors (MPT) - two or more tumors that develop in the body which: have a different or the same tissue origin (histogenesis); different or the same biological potential (malignant, benign, or various combinations thereof); different or the same histological structure; localized in one organ (or paired organs) of one system in different organs of the same system or in different organs of different systems; detected simultaneously (synchronously), sequentially (metachronous) or in combination (synchronous metachronous, metachronous synchronous or synchronous metachronous synchronous); match rules excluding the possibility of recurrence, germination and / or metastasis of one (or more) of the same tumor.

For an explanation of multiple lesions several hypotheses are assumed. As the risk of secondary tumor development view such therapeutic effects carried out on the primary tumor, as radiotherapy, chemotherapy, immunosuppression, which leads to contributing to the launch mechanism of carcinogenesis [3]. Another theory suggests that different cancers may have the same etiologic factors, and exposure time of the agent plays a decisive role in the emergence of several malignant tumors [4]. Finally, there is evidence of MPMN polyetiology. Immunodeficiency, hereditary predisposition may contribute to recurrence of the disease in the same patient [5].

According to the Institute of Oncology and Medical Radiology named after N.N. Alexandrov, from 1400 patients with cancer of the corpus uteri multiple primary cancer of the colon was observed in 46 (3.3%) which developed metachronous or synchronous. Short intervals between the detection are typical for blind gut and colon. In contrast, radiation induced neoplasm of rectosigmoid department occur in 12-18 years after combined radiotherapy of patients with cervical or uterine body.

As for the etiopathogenesis of colon MPMN, then there is reason to consider them in terms of multicentric theory, as a manifestation of the mucous membrane of carcinogenic factors causing the development of tumor simultaneously or successively from several centers. Mersheimer, Ringel and Eisenberg (1964), noting a variety of localization of tumors of the MPMN colon emphasize the greater frequency of their position only in this body: the defeat of the colon in 30% of the rectum - in 26% of cases. These are the options colon and rectum MPMN must be considered as multicentric.

Material and methods of study:

The Department of Coloproctology RORC MoH of the RU 172 patients with colon MPMN and other organs of the abdominal cavity were supervised. Men were - 90, women - 82. The age of patients was 57, 7 ± 2,5 years old. Synchronous multiple primary tumors were detected in 62 (%), while 15 patients - intraoperatively, including primary metachronous multiple - 101 (%), primary multiple synchronous metachronous - 9.

The primary colon carcinoma tumors was observed in 69 patients, with cecal lesions was noted in 10, ascending colon - in 7, the transverse colon – in 11, the descending colon – in 11, the sigmoid colon - in 30 patients. Secondary tumors found in the sigmoid colon - in 7, in the rectum - in 8, the ascending colon - in 4, cecum - at 9, the transverse colon - in 5, the anal canal - at 11, the stomach - in 3, in the kidneys – in 6, bladder - in 8, ovary - in 8 patients. In one case, bladder tumor was detected as the tertiary tumor, and in one patient - basal cell carcinoma of the skin.

In this stage T3N0M0 detected in 26, T4N1M0 – in 31, T4N1M1 - in 12 patients.

The primary tumor of colon cancer ascertained in 42 patients. Wherein the secondary tumor was located in the sigmoid colon in 14, in anal canal - in 8, in the transverse colon - in 4, the stomach – in 3, bladder - in 6, the kidneys - in 3 and 4 patients in the ovary. According to TNM system: T2N0M0 - in 6; T3N0M0 – in 7; T3N1M0 – in 5; T4N1M0 – in 18 и T3N1M1- in 6 patients.

Stomach cancer as the primary tumor was detected in 7 patients. Secondary tumor of the transverse colon was detected in 3 of the sigmoid colon in 4 patients, stage of disease: T4N0M0 - in 5, T3N1M0 - in 2 patients. MPMN of ovary (9) and cervix (5) as primary tumors are detected in 14 patients. In this case, the secondary tumor was located in the descending colon - in 4, in the sigmoid colon - in 4, rectum and anal canal - in 4 patients.

MPMN of urinary system (kidney and bladder) as the primary tumor are determined in 19 patients. In this case, the secondary tumor was located in the sigmoid colon - in 2, the ascending colon - in 2, the transverse colon - in 5, in the anal canal and rectum - in 10 patients, in stages T2N0M0 detected - in 4, T3N0M0 - in 10 and T4N1M0 in patients.

All patients were examined by a comprehensive program to include radial, endoscopic methods of investigation and determination of the levels of tumor markers. The following types of surgeries have been conducted in patients with tumors of the synchronous operations shown in Table №1:

Table №1

Surgery for primary multiple synchronous tumors n = 62

№	Type of surgery	Number	%
1	Dextral hemicolectomy + gastrectomy	3	4,8%
2	Resection of the transverse colon +nephrectomy	3	4,8%
3	Resection of the transverse colon + tuboovariectomy	3	4,8%
4	Resection of sigmoid colon + hysterectomy with appendages	5	8%
5	Sigmoid colectomy + abdominoperineal extirpation of rectum	5	8%
6	Total colectomy	5	8%
7	Anterior resection of the rectum + sigmoid colectomy	17	27,4%
8	Abdomino-anal resection of rectum + gastrectomy	5	8%
9	Anterior resection of the rectum + hysterectomy with appendages	3	4,8%
10	Abdominoperineal extirpation of rectum + sigmoid colectomy	5	8%
11	Abdominoperineal extirpation of rectum + hysterectomy	4	6,4%
12	Hartmann's Operation + resection of the bladder	4	6,4%
	Total:	62	100

As seen from Table №1, all operations were combined, and had expanded character. The most frequently performed was anterior resection of the rectum (27.4%).

Operations with metachronous multiple primary tumors n = 101

Table №2

№	Surgery	Number	%
1	Dextral hemicolectomy	10	9.9%
2	Resection of the transverse colon	6	5.9%
3	Sinistral hemicolectomy	12	11.8%
4	Resection of the transverse colon	16	15.8%
5	Abdominoperineal extirpation of rectum	11	10.8%
6	Abdomino-anal resection of rectum	17	16.8%
7	Anterior resection of the rectum	22	21.7%
8	Hartmann's operation	7	6.9%

The nature of the operations in metachronous tumors determined by the localization process in the colon. From the data presented in Table №2 it is clear that the greatest number of transactions amounted to the frontal (21.7%) and abdominal-anal (16.8%) resection of the rectum.

Results and discussion:

Taking into account the factor that simultaneously defeat or delay of two or more organ systems were noted in patients, there were some differences in the preoperative preparation, surgery and postoperative care, compared with patients who were observed solitary tumor of the colon. During the preoperative preparation is necessary to consider the amount of blood loss and operation, which will have a decisive influence on the outcome of surgical treatment. When analyzing the nature of postoperative surgical complications number of which is represented in Table 3, 18 patients had various complications. Of these the most formidable was anastomotic leak(2.3%) of the colon, which was accompanied by the development of peritonitis.

Table №3

Postoperative complications n = 172

№	Nature of surgical complications	Number	%
1	Anastomotic leak with peritonitis development	4	2.3%
2	Necrosis of the relegated intestine and its retraction	2	1.1%
3	Intestinal obstruction	2	1.1%
4	Suppuration of postoperative wound	4	2.3%
5	Bleeding from Presacral area	2	1.1%
6	Eventration of postoperative wound	4	2.3%
Total:		18	10.4%
Mortality:		2	1.1%

Intestinal obstruction, bleeding and postoperative wound eventration were observed in 8 patients who need to perform relaparatomy. Of therapeutic complications (Table №4) PATE, acute heart attack, stroke occurred in 2 cases. Postoperative mortality - in 4 cases (2.2%).

Postoperative complications of therapeutic profile

Table №4

№	Therapeutic complications	Number	%
1	PATE	2	1.1%
2	Acute myocardial infarction	2	1.1%
3	Acute cerebrovascular disease	2	1.1%
4	Pneumonia	6	3.4%
5	Cystitis	8	2.3%
6	Acute urinary retention	4	2.3%
	Total:	24	13.9%
	Mortality	2	1.1%

At morphologic study of remote agents as the primary tumor172 drugs were investigated. Adenocarcinoma was verified in 68% of cases, while with the same frequency high-, medium- and low-differentiated forms were met.(Table №5).

Studies have shown that the detection of synchronous multiple primary tumors after surgery, it is possible to recommend chemotherapy schemes which depends on the histologic type of the tumor and the distribution process. Carrying out the same radiotherapy in MPMN is possible in the absence of intestinal obstruction, and is preferably a holding non-adjuvant large fractional or adjuvant therapy in resected tumor bed in classic mode of fractionation.

Table №5

№	Types of tumors	Number	%
1.	Adenocarcinoma	116	68%
	а)high -diffrentiated	40	34,4%
	б) moderate -differentiated	37	31,9%
	в) low-differentiated	39	33,7%
2.	Squamous cell carcinoma	21	12,2%

№	Types of tumors	Number	%
3.	Unclassified cancer	18	10,4%
4.	Renal cell carcinoma	14	8,1%
5.	Transitional cell carcinoma	3	1,8%

Conclusions

1. MPMN of colon, rectum, and other abdominal organs make up 17% of all malignant neoplasms of colon, which requires a particular approach to diagnosis and treatment.
2. The most likely theory of the emergence of MPMN is the multicentric growth of tumor with a simultaneous invasion of the abdominal cavity.
3. When a synchronous multiple primary tumors of the colon and other organs of the abdominal cavity it is necessary to adhere to the tactics of simultaneous removal of detected tumors.
4. In case of impossibility of simultaneous removal of the tumor on the first stage it is necessary to remove the tumor, which is the most common and can cause any complications.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ, НУЖДАЮЩИХСЯ В ЛЕЧЕБНО-РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЯХ

Тягунов Д.С., Кадырова Т.А., Ступина К.И.
Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

MEDICAL AND SOCIAL CHARACTERISTICS AND EVALUATION OF QUALITY OF LIFE OF PATIENTS IN NEED OF MEDICAL RESUSCITATION

D. Tiagunov, T. Kadirova. K. Stupina, North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint-Petersburg, Russia

АННОТАЦИЯ

В структуре нежелательных осложнений стационаров особое место занимают осложнения, вызванные пребыванием пациентов в отделениях реанимации и интенсивной терапии. Данные осложнения возникают как в следствии несовершенного и парой устаревшего реанимационного оборудования, дефицита лекарственных препаратов, недостатка расходного материала так из-за медицинских ошибок связанных с несоблюдением санитарно-гигиенических нормативов, недостаточным инфекционным контролем, спровоцированным низкой мотивацией или недостаточной квалификацией медицинского персонала, что серьёзно повышает риск нежелательных осложнений в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии. Возникшие осложнения негативно сказываются на качестве жизни пациентов. В современной медицине принято считать, что качество жизни пациентов до и после пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии не претерпевает существенных изменений и остается достаточно высоким (Недашковский Э.В., Заволожин С.А., 2011г.). Данное утверждение неверное, так как во многих случаях после пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии качества жизни пациентов изменяется и порой в положительную сторону. Исследование качества жизни позволяет принципиально изменить традиционный взгляд на проблему болезни и больного.

Ключевые слова: качества жизни, отделение реанимации, медико-социальная характеристика.

ABSTRACT

The structure of the unwanted complications hospitals occupy a special place complications caused by a stay of patients in intensive care. These complications arise as a consequence of an imperfect and a pair of old resuscitation equipment, shortage of medicines, lack of consumables so because of medical errors related to non-compliance with sanitary and hygienic standards, inadequate infection control, provoked by low motivation or insufficient training of medical staff, which seriously increases the risk of adverse complications in an intensive care unit and intensive care. Of complications negatively affect the quality of life of patients. In modern medicine, it is assumed that the quality of life of patients before and after a stay in the intensive care unit does not undergo significant changes, and remains quite high (Nedashkovsky EV, Zavolozhin SA, 2011.). This statement is incorrect, because in many cases, after a stay in the intensive care unit and an intensive care patient quality of life changes, and sometimes in a positive way. Quality of life allows you to fundamentally change the traditional approach to the problem of the disease and the patient.

Key words: quality of life, intensive care unit, medical and social characteristics.

Введение. Отделение реанимации и интенсивной терапии является узкоспециализированным подразделением любого стационара. В большинстве случаев лечение в отделении реанимации и интенсивной терапии проходят пациенты, находящиеся в критических состояниях, в связи с тяжелыми заболеваниями или травмами, а также пациенты после тяжелых и сложных оперативных вмешательств. Незнание, а порой и непонимание пациентами особенностей лечебного режима в отделении не так уж редко становится причиной возникновения серьезных

осложнений, представляющих большую опасность для их жизни. Пребывание в отделении реанимации всегда является большим психологическим стрессом для пациентов, отставляет отпечаток на когнитивных способностях человека, вследствие чего влияет на качество жизни пациентов. Принято полагать, что большое влияние на когнитивные процессы оказывают лекарственные препараты, применяемые для коррекции состояния пациента попавших в отделение реанимации и интенсивной терапии, однако не меньшее влияние оказывают и многие другие факторы, с которыми сталкивается пациент, соприкасаясь с работой отделения реанимации [1,2]. Данные факторы можно разделить на две большие группы: прямые фактор, воздействующие непосредственно на пациента, к ним можно отнести «капельницы», мочевой катетер, кислородная маска, постоянный или временный венозный доступ и многое другое и косвенные факторы, они воздействуют на пациента опосредованно, к ним можно отнести ограничение объема двигательной активности, строгий постельный режим, отсутствие нательного белья и так далее. Все эти факторы настолько многочисленны, что последовательное исследование влияния каждого фактора на пациента не представляется возможным. Тем не менее, для исследования влияния всех факторов на пациента, мы можем использовать оценку «Качества жизни» пациентов [3, 4].

Цель исследования: Составить медико-социальный профиль хирургических больных, находящихся на лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии городского стационара и изучить качество жизни данных пациентов после лечения в отделении реанимации и интенсивной терапии.

Материалы и методы исследования. В течение года нами проводилось исследование по изучению медико-социальной характеристики и качества жизни пациентов хирургического профиля находящихся на лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии. Изучения медико-социальной характеристики пациентов проходивших лечение в отделении реанимации проводилось на группе больных проходивших лечения в хирургическом стационаре многопрофильной больницы на основе ретроспективного анализа первичной медицинской документации и выкопировки данных из медицинских карт стационарных больных за период 2013-2014 годы, с общим количеством до 200 единиц наблюдения. Изучение качество жизни пациентов осуществлялось на основе субъективных оценок пациентов переведенных в отделение после лечения в отделении реанимации и интенсивной терапии, с общим количеством 150 единиц наблюдения. Клинико-статистическое и медико-социологическое исследование по изучению качества жизни проводились по специально разработанным анкетам и бланкам для выкопировки данных из первичной медицинской документации. При изучении качества жизни пациентов в программу исследования были внесены группы вопросов по следующим направлениям: социально-гигиеническое функционирование, социально-экономическое функционирование, психо-эмоциональное благополучие, физическое функционирование, выраженность боли и влияние болезни на виды функционирования, показатели общего здоровья, обобщенные показатели качества жизни.

Критерий включения больные хирургического профиля, нуждающиеся в реанимации и интенсивной терапии до или после хирургического лечения с предполагаемым сроком пребывания в отделении реанимации выше 48 часов. Критерий исключения служили крайне тяжелое или критическое состояние пациентов на момент исследования.

Статистическая обработка результатов выполнена с использованием персонального компьютера в ОС «Microsoft Windows 8» («Microsoft Corporation», США). Использовали пакет программ Microsoft Excel («Microsoft Corporation», США) и «STATISTICA for Windows» («StatSoft Inc», версия 6.0). Анализ достоверности различия средних величин проведен по критерию Стьюдента (t-критерий). Статистически значимыми считались результаты при значении $p \leq 0,05$.

Результаты исследования

Наблюдаемая группа хирургических больных не отличалась по половому признаку (женщины – 51,58%; мужчины – 48,42%; $p>0,05$). Большинство хирургических больных, находящихся на лечении в отделении интенсивной терапии и реанимации, старше 60 лет (41,05%), состоят в браке (53,68%), имеют высшее образование (46,32%) и проживают либо в отдельной (35,79%), либо в коммунальной квартире (38,95%). Потребность работающих (46,32%) и неработающих (49,47%) в интенсивной терапии и реанимации по поводу имеющихся хирургических заболеваний одинакова ($p>0,05$).

Лечившиеся в реанимационном отделении больные были направлены на госпитализацию в 54,4% случаев скорой медицинской помощью, в 42,4% - поликлиниками и 3,2% больных были переведены из других отделений больницы. Если мужчины преимущественно направлялись скорой помощью, то женщины в большем проценте случаев - поликлиниками. В возрасте до 60 лет преобладали поступившие по направлению скорой помощи, в более старшем возрасте - по направлению поликлиник. Большая часть госпитализированных больных (92,8%) случаев носила экстренный, а в 7,8% - плановый характер. Среди мужчин выше, чем среди женщин, была доля экстренных госпитализаций (94,3% и 90,7% соответственно, $p>0,05$). Пациенты которые находились в возрастной группе моложе 29 лет, во всех случаях были госпитализированы по экстренным показателям. О тяжести состояния пациентов при поступлении свидетельствует тот факт, что в реанимационное отделение половина из них (50,3%) поступила сразу из приемного отделения, а 18,7% - даже минуя приемный покой. Среди больных поступивших из других отделений, наибольшей была доля поступивших из отделений хирургического профиля (89,1%) и других специализированных отделений стационара (травматологического — 3,9%, кардиохирургического - 2,8%, терапевтических – 4,2%, гинекологического – 2,2%). Анализируя сроки поступления больных, было выявлено, что абсолютное большинство больных (80,1%) поступило в отделение реанимации в первые сутки от момента госпитализации; 10,2% - на 2-3 сутки; 9,7% - на 4 и позже.

Нозологическая структура пациентов

При поступлении больным были установлены следующие диагнозы: 68,8% - различные заболевания, входящие в синдромокомплекс «острого живота», заболевания связанные с пищеварительной системой составили -

21,3%, 3,5% - пневмония, 5,3% - прочие заболевания системы кровообращения (СК), 1,1% - другие заболевания.

Оценка тяжести состояния больных, лечившихся в отделении

Среди поступивших на отделение 39,5% пациентов находились в крайне тяжелом состоянии; 50,3% - в тяжелом; 10,2% - в состоянии средней тяжести. Большая часть поступивших в крайне тяжелом состоянии в большей их части (62,3%) составили больные с тяжелыми заболеваниями ЖКТ, 24,2% - составляют заболевания органов кровообращения и 13,5% другие заболевания. Анализ причин, обусловивших тяжесть состояния пациентов, показал, что на состояние влияет не только объем и характер патологических синдромов (в частности, наличием отека и дислокации головного мозга, дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточностью, а также полиорганной недостаточностью, шока, приводящих к наиболее тяжелым состояниям), так и их сочетанность с сопутствующими заболеваниями.

Анализ объема обследований, проводимых больным

Пациентам, находившимся на лечении в отделении, довольно активно как с помощью лабораторных, так и инструментальных методов обследовались. 1,9% из них было сделано одно лабораторное исследование; 3,1% - два; 13,4% - три; 81,6% - 4 и более. Среднее число лабораторных исследований составило 13,85 + 0,68. Ниже оно было в возрасте старше 70 лет, наиболее высоким - в возрасте 30-69 лет. В наибольшем проценте случаев (87,3%) эти исследования проводились больным с заболеваниями системы кровообращения. При остальной патологии анализируемый показатель отличался незначительно. Среднее число этих исследований составило 1,45 + 0,27. Всем больным было проведено исследование на наличие вируса иммунодефицита.

Длительность лечения пациентов в отделении реанимации

Из общего числа лечившихся в отделении реанимации 21% находились там не более суток; 32,4% - от 2 до 3 дней; 36,7% - 4 - 7 дней; 9,9% - 8 - 30 суток. В среднем длительность лечения составила 2,89 + 0,12 суток (3,17 + 0,25 - среди мужчин и 2,51 + 0,14 - среди женщин). Наибольшей была длительность лечения при острых заболеваниях органов пищеварения, связанных с хирургическим вмешательством и заболеваниях системы кровообращения; наименьшей длительность лечения - при ОНМК, ЧМТ, пневмонии и так далее. Наиболее длительными были сроки лечения при наличии таких осложнений, как дыхательная недостаточность (4,3 + 0,8) и кровотечении (4,63 + 0,41). Если среди поступивших в крайне тяжелом состоянии более пяти суток находились в отделении 25% больных, то среди поступивших в тяжелом состоянии - 12%, а среди поступивших в состоянии средней степени тяжести такие случаи отсутствовали.

При анализе результатов исследования качества жизни пациентов проходивших лечение в отделении реанимации и интенсивной терапии выявлено, что большинство пациентов отделения интенсивной терапии и реанимации иногда нервничают (55,79%), треть из них полагают, что всё хорошо (37,89%) и меньшинство потеряли уверенность в себе (6,32%).

Клинико-статистической корреляционный анализ показал, что возникновение проблем со сном напрямую связано с уровнем психо-эмоционального стресса и тревоги ($r=0,52$; $p<0,05$). Для пациентов блока интенсивной терапии и реанимации качество жизни, прежде всего, ассоциируется с доступностью медицинской помощи ($r=0,8$; $p<0,05$), отношением медицинского персонала ($r=0,54$; $p<0,05$), потребностью в психологической помощи ($r=0,46$; $p<0,05$), отсутствием страха за здоровье ($r=0,42$; $p<0,05$), уровнем социально-экономического благополучия ($r=0,39$; $p<0,05$), чувством общей удовлетворённости ($r=0,38$; $p<0,05$) и потребностью в лекарствах ($r=0,36$; $p<0,05$). Степень проявления болевого синдрома коррелирует с присутствием страха за своё здоровье ($r=0,42$; $p<0,05$). Отношение медицинского персонала к пациентам повлияло на интенсивность болевого синдрома и частоту приёма лекарств ($r=0,38$ и $r=0,71$; $p<0,05$).

Большинство больных проявили полную удовлетворённость проводимыми лечебно-реанимационными мероприятиями (80%). Лишь часть отметили, что удовлетворены лечением, но не удовлетворены диагностикой и меньшинство – удовлетворены диагностикой, но не удовлетворены лечением (8,42%). Результаты исследования показали, что доля пациентов, полностью удовлетворенных качеством жизни до пребывания в ОАР, составила 19,0%, иногда удовлетворенных 23,0%, часто неудовлетворенных 27,0%, полностью неудовлетворенных 31,0%. После пребывания в ОАР качество жизни пациентов достоверно улучшилось: полностью удовлетворено качеством жизни 31,0%, иногда удовлетворенных 49,0%, часто неудовлетворенных 18,0%, полностью неудовлетворенных 2,0%, уровень значимости $p<0,01$. При этом 49,0% опрошенных считают, что их качество жизни улучшилось, 34,0% считают, что качество жизни улучшилось, но однако осталось чувство тревоги за собственную жизнь и 17,0% считают, что качество жизни снизилось в связи с ухудшением психического и физического состояния из-за пребывания в ОАР.

Установлено, что из группы пациентов, которые отметили снижение качества жизни после пребывания в ОАР, 25,0% постоянно испытывали недостаток общения с родственниками (75,0% из них ощущали уменьшение поддержки и заботы от членов семьи в связи с пребыванием в отделении реанимации и интенсивной терапии), 50,0% начали испытывать недостаток общения с родственниками с течением времени. При этом 100,0% пациентов данной группы испытывали острое чувство дискомфорта в связи с отсутствием одежды во время пребывания в ОАР.

Выявлено, что из общего числа опрошенных 31,0% пациентов нуждаются в психологической консультации после возникновения заболевания, из этого числа 14,0% уверены в необходимости не только психологической консультации, но и лечении.

Выводы

1. Индивидуальные медико-социальные параметры больных не оказывают влияния на клиническую симптоматику и удовлетворённость качеством жизни хирургических больных.

2. Пребывание в отделении реанимации и интенсивной терапии существенно влияет на качество жизни хирургических пациентов, преимущественно улучшая его. Кроме того, установлено влияние ряда социальных и психологических факторов на динамику показателей качества жизни пациентов в ОАР.
3. Качество жизни и удовлетворённость результатами лечения зависят от отношения медицинского персонала к своим профессиональным обязанностям и оснащённости отделения.
4. Анализ качества жизни, оценка когнитивных функций пациента крайне важны, они дадут возможность определить концепцию взаимоотношений пациент–врач в отделении реанимации и интенсивной терапии.

Литература

1. Новик А.А. Концепция исследования качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова, П. Кайнд. — СПб.: ЭЛБИ, 1999. – 42с.
2. Kind P. // Quality of Life and Pharmaco-economics in Clinical Trials. 2th ed. / Ed. Spiker. — Philadelphia: Lippincott — Raven Publishers, 1996. — P. 191—201.
3. Брацлавский В.Б. Научное обоснование работы отделения анестезиологии и реанимации городской многопрофильной больницы в современных условиях: автореф. дисс. …канд. мед. Наук / В.Б. Парванян. – СПБ., 2007. – 12с.
4. Бурковский Г.В. Об исследованиях здоровья и качества жизни / Г.В. Бурковский, Е.В, Левченко, А.М. Беркман// Обозр. Психиатр. И мед. Психол. – 2004. - №1. – С. 27-28.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ВЕНОЗНОЙ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ПАТОЛОГИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДИОСМИНА И МАГНИТОТЕРАПИИ

Флорикян Вартануш Аршавировна
К.м.н, доцент кафедры невропатологии и детской неврологии Харьковской медицинской академии последипломного образования, Г.Харьков, Украина
Зинченко Елена Константиновна
Д.м.н, профессор кафедры невропатологии и детской неврологии Харьковской медицинской академии последипломного образования, Г.Харьков, Украина
Литовченко Татьяна Анатольевна
Д.м.н, профессор, зав. кафедрой невропатологии и детской неврологии Харьковской медицинской академии последипломного образования, Г.Харьков, Украина
Кас Инна Витальевна
К.м.н., доцент кафедры физиотерапии, курортологии и восстановительной медицины Харьковской медицинской академии последипломного образования, Г.Харьков, Украина

THE COMPLEX TREATMENT OF CEREBRAL VENOUS PATHOLOGY BY USING DRUGS DIOSMIN AND APPLICATION MAGNETOTHERAPY.

Vartanush Florikian, MD, PHD, Docent of Neurology and child neurology department of the Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education. Kharkov, Ukraine.
Olena Zinchenko. MD, PHD, professor of Neurology Neurology and child neurology department of the Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education. Kharkov, Ukraine.
Tetyana Litovchenko. MD, PHD, professor, head of Neurology and child neurology department of the Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education. Kharkov, Ukraine.
Inna Kas, MD, PHD, Docent of department of Physical Therapy, of health resorts and rehabilitation medicine of the Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education. Kharkov, Ukraine

АБСТРАКТ

Авторы на основании лечения 72 пациентов с церебральной венозной патологией препаратом диосмин 600 мг и комбинированным методом лечения: диосмин 600мг и магнитофорезом с 10% раствором брома на уровне С4-Th6 установили, что данный метод эффективнее влияет на улучшение артериального и венозного компонентов мозгового кровообращения и уменьшает степень выраженности неврологической симптоматики в сравнении с медикаментозным методом. Предложенный метод лечения эффективен у пациентов с начальными проявлениями заболевания, в меньшей степени у больных с внутримозговой венозной дистонией и практически не эффективен у пациентов с выраженной венозной энцефалопатией.

ABSTRACT

Authors on the basis of the treatment of 72 patients with cerebral venous pathology drug diosmin 600mg and combined treatment: 600 mg diosmin and magnetophoresis with 10% solution of bromine on the level of C4-Th6 was founded that this method was effectived to improve the impact of arterial and venous components of cerebral circulation and reduces the degree of the severity of neurological symptoms compared to medical methods. This method of treatment is effective in patients with

initial manifestations of the disease, to a lesser degree in patients with intracranial venous dystonia and practically is not effective in patients with severe venous encephalopathy.

Ключевые слова: дисциркуляторная венозная патология, диосмин, магнитофорез 10% раствором брома.
Keywords: Venous circulatory patology, diosmin, magnetophoresis 10% solution of bromine.

Актуальность. Среди различных форм хронического прогрессирующего нарушения мозгового кровообращения венозная дисциркуляторная энцефалопатия занимает особое место, в связи со сложностью и неразрешенностью некоторых вопросов, связанных с патогенетическими механизмами, особенностями диагностики и индивидуальных подходов к лечению [1,2,3,4,5,6,9,10].

В лечении больных с нарушениями венозной мозговой гемоциркуляции значительное место занимает медикаментозная терапия, включающая препараты, действие которых направлено на улучшение церебральной гемодинамики, обеспечение интракраниального венозного оттока, имеющих высокую биодоступность, что, в конечном итоге, приводит к улучшению качества жизни пациентов. Данным требованиям отвечают препараты, содержащие гранулированный диосмин. Механизм действия этих препаратов заключается в уменьшении явлений венозного застоя, нормализации микроциркуляции, особенно его венозного компонента, а также в улучшении метаболических процессов в центральной нервной системе [9].

Среди немедикаментозных методов лечения, применяемых при лечении нарушений венозного мозгового кровообращения, широко используются методы физического воздействия, а именно использование низкочастотной магнитотерапии, которая занимает особое место благодаря своей эффективности [7,8]. Магнитотерапия все чаще начала применяться для введения в организм лекарственных средств при помощи магнитофореза. При этом доказано, что магнитные поля повышают сосудистую и эпителиальную проницаемость, активируют биоэнергетические процессы в тканях, усиливают ферментативную активность, благодаря чему возможна коррекция нарушений церебральной и центральной гемодинамики.

В соответствие с вышеизложенным целью нашей работы явилось изучение эффективности применения комплексного метода лечения пациентов дисциркуляторной венозной энцефалопатией с использованием препарата диосминового ряда (диосмин) и магнитофореза с 10% раствором брома (зона воздействия на уровне C4-Th6 – воротниковая зона) в сравнении с лечением пациентов данной группы только препаратом диосмин.

Материалы и методы. Было проведено обследование 72 пациентов с церебральной дисциркуляторной венозной энцефалопатией. Пациенты были разделены на две группы. I контрольную группу составили 34 пациента (47,2%), которым из медикаментозных препаратов применяли только диосмин. Всем больным этой группы препарат диосмин назначался по 600 мг в день, утром за 30 минут до завтрака в течении 30 дней. Во II основную группу было включено 38 пациентов (52,8%), которым в комплексе лечения из медикаментозных препаратов использовался диосмин 600 мг в день, утром за 30 минут до завтрака в течении 30 дней, а из физиотерапевтических методов – проводилась магнитотерапия низкочастотным ПСМП синусоидной формы, на уровне C4-Th6 от аппарата «Полюс-1» двумя цилиндрическими индукторами, интенсивностью 35 млТ в непрерывном режиме, экспозиции 20 минут, ежедневно, на курс 10 процедур. Для магнитофореза брома использовался 10% раствор бромида натрия, который наносился на марлевую прокладку в количестве 5 мл.

Средний возраст больных в обеих группах был сопоставим, согласно классификации ВОЗ 2012г, лица молодого возраста до 44 лет составили 11 (15%), лица среднего возраста от 45 до 59 лет – 61 (85%). Из обследованных 72 пациентов 33 (32%) составили женщины и 49 (68%) мужчины.

Все обследованные больные в группах были распределены на три подгруппы согласно стадий развития хронической мозговой венозной дисциркуляции по М.Я.Бердичевскому [3]. В I группе обследованных из 34 (37,2%) пациентов, принимающих при лечении церебральной венозной патологии только диосмин, у 12 (35,2%) была выявлена латентная, доклиническая фаза развития хронической мозговой венозной патологии, характеризующаяся, в основном, функциональными нарушениями, у 14 (42,1%) вторая фаза - венозная дистония, переходная, при которой, наряду с хроническими субъктивными и объективными неврологическими симптомами, при нейровизуализации были выявлены в мозговой ткани мелкоочаговые изменения сосудистого характера (очаги глиоза); у 8 (23,5%) - третья фаза, венозная энцефалопатия, с преобладанием выраженной неврологической симптоматикой и распространенными структурными изменениями в головном мозге. Во II группе степень церебральных венозных нарушений составили: 11 (29%), 17 (45%), 10 (26%) пациентов соответственно.

Всем обследованным больным было проведено клинико-неврологическое обследование по общепринятой методике, которая включала анализ субъективных проявлений, анамнестических данных, результатов обследования неврологического статуса.

Для верификации нарушений церебральной гемодинамики применялся метод экстра и транскраниальной допплерографии на аппарате Sigma cris 880. Изучение церебрального кровотока проводили в бассейнах общей и внутренней сонных артериях, позвоночным артериям, в передней, средней, задней мозговых и основной артериях. При изучении внутримозговой гемодинамики особое внимание уделялось венозному компоненту кровообращения, в частности, изменению венозного оттока, который оценивался на основании показателей линейной скорости кровотока (ЛСК) в верхней глазничной вене, прямом синусе (ПС), базальной вене Розенталя (БВР). Кроме того, проводилось исследование кровотока по внутренним яремным венам (ВЯВ), нарушения которого имеют большое значение для оттока венозной крови из полости черепа. Всем пациентам проведена ортостатическая и антиортостатическая пробы.

Воздействие магнитотерапии осуществлялось низкочастотным ПСМП синусоидной формы, от аппарата «Полюс-1» двумя цилиндрическими индукторами, интенсивностью 35 млТ в непрерывном режиме, экспозиции 20 минут, ежедневно, на курс 10 процедур на уровне C4-Th6.

Данная область воздействия является рефлексогенной зоной, воздействие на которую стимулирует нервно-рефлекторные и гуморальные факторы, влияющие на уровень притока и оттока венозной и артериальной крови в полости черепа, увеличение количества функционирующих капилляров, что, в свою очередь, приводит к ускорению кровотока по магистральным артериям и увеличивает скорость венозного оттока. Для магнитофореза брома использовался 10% раствор бромида натрия, который наносился на марлевую прокладку в количестве 5 мл.

Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием критерия Фишера — Стьюдента.

Результаты исследования. Изучая клиническую гетерогенность неврологических проявлений нами были выделены следующие синдромы (рис1.)

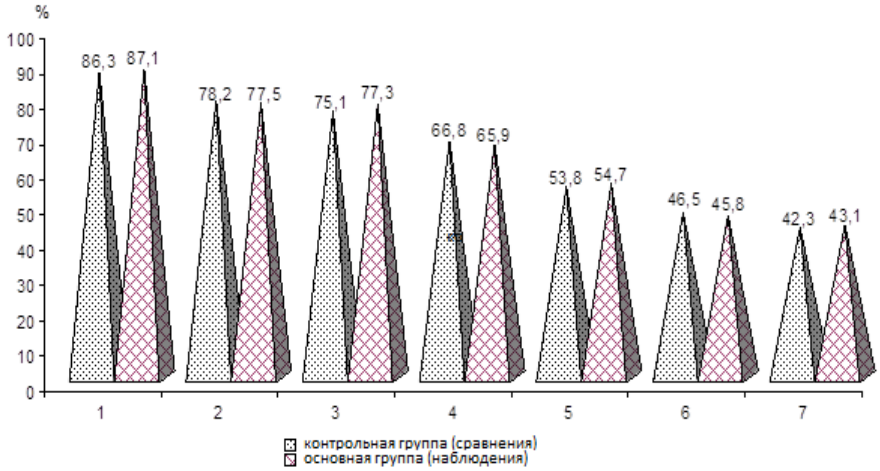


Рис. 1. Сравнительная характеристика соотношения основных неврологических клинических синдромов (%) у больных контрольной и основной группы.

Так синдром неврозоподобных нарушений (1) наблюдался у пациентов I группы в 86,3% случаев, что было сопоставимо с пациентами II группы – 87,1%, цефалгический синдром (2) в виде интенсивных головных болей в утренние часы или после дневного сна был выявлен в 78, 2% и 77,5% случаев соответственно, вестибулярно-атактический синдром (3) присутствовал у 75,1% пациентов I группы и у 77,3% пациентов II группы, интеллектуально-мнестические нарушения (4) были выявлены в I группе у 66,8% больных, а во II группе у 65,9% обследованных, синдром двигательных нарушений (5) в I группе составил 53,8%, в во второй группе 54,7% пациентов, нарушения чувствительности (6) в I группе наблюдались у 46,5%, а во II группе у 45,8% обследованных, в I группе обследованных синдром вегетативной дистонии (7) присутствовал у 42,3% больных, а во II группе у 43,1%.

У большинства больных, которые из медикаментозных препаратов применяли только диосмин (I группа) и II группа, которым, наряду с базисным вазоактивным лечением, применялся магнитофорез с 10 % раствором брома, наблюдалась положительная динамика в изменении неврологических синдромов заболевания в процессе лечения (рис. 2).

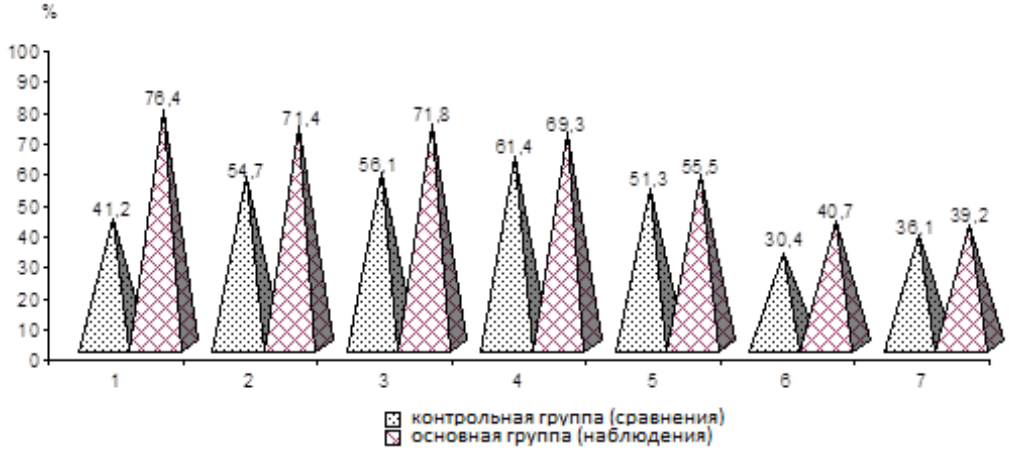


Рис. 2 Динамика неврологической симптоматики (%) в процессе лечения у больных I и II групп.

Анализируя данные, представленные на рисунке 2, становится очевидным, регресс неврологической симптоматики был больше выражен у пациентов II группы, по сравнению с пациентами I группы. Синдрома неврологических нарушений в основной группе составил 34 из 38 больных (89,15 %), а в контрольной группе – у 22 из 34 обследованных (26,8 %). Обращает на себя внимание и динамика результатов лечения основных анализируемых неврологических синдромов. Так, значительное уменьшение проявлений синдрома вегетативной дистонии у больных основной группы выявлено у 41,2 % больных и составил 76,4%, тогда как в контрольной группе – у 10,9 %. Аналогичные результаты лечения получены и при анализе

остальных неврологических синдромов. При цефалгическом синдроме в основной группе уменьшение головных болей различного характера, а у некоторых и их ликвидация, выявлена у 23,4 % обследованных и составило 71,4%, тогда как в контрольной группе у 6,1 % и 51,7%, при вестибулярно-атактическом – у 71,4 % и 56 % соответственно, чувствительных нарушений – у 40,7 % и 30,4 %, синдром вегетативной дистонии – у 39,2% и 36,1 % больных соответственно.

Наряду с положительной динамикой неврологических проявлений, особенно у больных II группы, которым проводилась комплексная терапия диосмином 600мг и магнитофорезом, отмечалась положительная динамика и показателей церебрального кровотока.

Основные показатели интракраниального венозного кровообращения по данным ТКДГ у больных контрольной и основной групп представлены в таблице 1.

Таблица 1

Основные параметры линейной скорости кровотока (см/с) в интракраниальном венозном бассейне в группах обследованных больных

Церебральные вены	Группы больных					
	I группа (контрольная)			II группа (основная)		
Базальная вена Розенталя	16,45± 3,42*	22,4± 2,2**	32,1± 3,4**	15,65± 3,51*	21,3± 2,1**	27,1± 3,6**
Глазничная вена	14,15± 3,11	19,82± 2,85	20,37± 2,12	13,11± 3,21	17,87± 2,91	20,37± 2,12
Прямой синус	24,44± 2,5	34,53± 2,01*	42,15± 1,11*	22,56± 2,85	33,35± 2,12*	39,17± 1,12*

*Примечание. * p<0,05, ** p<0,01*

При экстракраниальной допплерографии было выявлено, что из 38 больных II группы у 35 (83,2%) под влиянием проведенного комплексного лечения с применением диосмина и магнитофореза с 10% раствором брома отмечено улучшение церебрального кровообращения, тогда как в I группе – у 16 из 34 обследованных (47,0 %). Полученные данные подтверждают преимущество комбинированного медикаментозного (диосмин 600мг) и физиотерапевтического лечения по сравнению с применением только диосмина в дозировке 600мг в сутки.

Под влиянием проведенной комплексной терапии у 25 пациентов основной группы отмечена нормализация всех показателей церебрального венозного кровотока, у пациентов контрольной группы данные изменения наблюдались у 17 обследованных. Кроме того у 36 (94,7 %) больных II группы, исследования в горизонтальном положении и после нагрузки не выявили пульсации по внутренней яремной вене и венах позвоночного сплетения, тогда как у пациентов контрольной группы после проведенного медикаментозного лечения выявлялось незначительное снижение показателей линейной скорости кровотока в церебральном венозном русле.

При сравнении данных ЛСК по подгруппам в базальной вене Розенталя, мы выявили, что у пациентов с латентной фазой развития хронической мозговой венозной патологии во II группе снижение ЛСК было на 1,2% больше, чем у пациентов с латентной фазой I группы, и для пациентов с венозной дистонией на 2,7%. Для пациентов с венозной энцефалопатией II группы наблюдалось повышение ЛСК в 9,8% случаев, по сравнению с пациентами с латентной фазой венозных нарушений II группы, для I группы показатель составил 7,9%. Аналогичная ситуация наблюдалась при исследовании ЛСК по глазничной вене и прямому синусу. Так, снижение линейной скорости кровотока у пациентов с латентной фазой развития хронической мозговой венозной патологии во II группе по сравнению с пациентами в I группы составило 3,1%, а для пациентов с венозной дистонией на 2,4% соответственно. Наблюдалось повышение ЛСК у пациентов с венозной энцефалопатией II группы по сравнению с больными с латентной фазой развития хронической мозговой венозной патологии на 14,1%, а для I группы данный показатель составил 12,7%. В прямом синусе данные показатели составляли для II группы с латентной фазой 0,8% по сравнению с пациентами в I группы и 0,7% для пациентов с венозной дистонией, повышение ЛСК у пациентов с венозной энцефалопатией было выявлено в 18,7% и 24,15 случаев соответственно.

Что касается динамики показателей артериального церебрального кровотока, то в процессе проведенного лечения выявлены определенные изменения в показателях этого компонента гемоциркуляции. Эти данные отражены в таблице 2.

Таблица 2

Основные показатели ЛСК в интракраниальных артериях у больных контрольной и основной групп (см/с)

Сосудистые бассейны	Группы больных					
	I группа (контрольная)			II группа (основная)		
ВСА	48,5±4,1	36,5±4,4*	39,9±4,5*	42,4±3,1	38,8±3,9*	36,1±3,9
СМА	64,8±5,2	67,9±4,3	69,9±5,1	55,7±4,4	52,8±3,3**	47,9±6,2**
ПМА	45,6±3,7	44,3±4,8	44,9±4,1	44,1±3,1	42,9±2,5	41,9±3,2
ЗМА	38,1±1,2	36,2±1,7	35,7±2,6	41,9±6,3	40,6±2,8	41,5±3,9**

*Примечание. * p<0,05, ** p<0,01*

Так показатели линейной скорости кровотока по ВСА у пациентов с венозной энцефалопатией во II группе по сравнению с пациентами с латентной фазой развития хронической мозговой венозной патологии уменьшались на 12,1% и по сравнению с пациентами с венозной дисто-

ний - 3,7%, для I группы обследованных данные показатели составили 8,4% и 1,5% соответственно. У больных с латентной фазой при исследовании ВСА наблюдалось уменьшение ЛСК во II группе на 2,6% и 1,2%для пациентов с венозной дистонией по сравнению с пациентами с венозной энцефалопатией, тогда как в I группе на 1,1% и 0,9%. Аналогичные изменения нами были выявлены и при определении ЛСК по ПМА и ЗМА. Для пациентов II группы с венозной энцефалопатией уменьшение ЛСК по ПМА по сравнению с пациентами с латентной фазой развития хронической мозговой венозной патологии и венозной дистонией составили 4,2%, и 3,6%, а для пациентов I первой группы 3,2% и 1,9%, изменение по ЗМА - 3,4% и 1,2%, для II группы данные показатели были 1,3% и 0,4% соответственно.

Основываясь на данных таблицы 2, становится очевидным, что в обеих группах больных выравнивались гемодинамические асимметрии. Однако данные изменения были более выражены в группе, где применялося комбинированное лечение: медикаментозное (диосмин 600мг) и физиотерапевтическое.

Заключение. Полученные результаты исследований наглядно демонстрируют положительное лечебное воздействие комбинированного лечения с использованием магнитофореза с 10% раствором брома в комплексе с применением диомина 600мг на гемодинамику. Улучшение терапевтического эффекта от применяемого комплексного лечения у больных II группы, по-видимому, обусловлено взаимным усилением терапевтического эффекта от применения фармакологического препарата и физиотерапевтического метода лечения. В отличие от больных с латентной стадией церебральной венозной патологии и с венозной дистонией, у обследованных с выраженными венозными нарушениями проведенное патогенетическое лечение с применением диосмина 600 мг с магнитофорезом не приводило к значительному улучшению показателей церебрального кровообращения (ЛСК и т.д.), что свидетельствует о значительных нарушениях компенсаторных возможностей сосудистой системы и органических изменениях в сосудах церебрального русла.

Выводы.

1. Лекарственный препарат диосмин 600мг эффективен при лечении больных с начальными проявлениями нарушений венозного кровообращения головного мозга. Подтверждением этому являлся регресс неврологической симптоматики, динамика улучшения показателей венозного оттока, выявленных допплерографическим методом. У больных с выраженной внутримозговой венозной энцефалопатией с положительного эффекта от проводимого лечения диосмином 600мг не отмечалось.
2. Комбинированное лечение больных с церебральной венозной патологией препаратом диосмин 600мг и магнитофорезом с 10% раствором брома на уровне C4-Th6 значительно усиливает действие диосмина 600мг, улучшает артериальный и венозный компоненты мозгового кровообращения, приводит к регрессу интракраниальной венозной дисциркуляции и неврологической симптоматики у 90,4% пациентов основной группы в сравнении с 26,5% обследованных в контрольной, получавших лечение только препаратом диосмин 600мг.
3. Результаты лечения больных с церебральной венозной патологией предложенным комбинированным методом зависит от выраженности церебральной венозной патологии. Так же, как и для пациентов контрольной группы, данный метод лечения эффективен у пациентов с начальными проявлениями заболевания, в меньшей степени у больных с внутримозговой венозной дистонией и практически не эффективен у пациентов с выраженной венозной энцефалопатией.

Список литературы

1. Бабенков Н.В. Нарушения венозного кровообращения мозга: патогенез, клиника, течение, диагностика: обзор литературы / Н.В. Бабенков // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1984. – № 2. – С. 281-288.
2. Балунов О.А. Сравнительные данные МРТ головного мозга у пациентов с дисциркуляторной и с посттравматической энцефалопатией / О.А. Балунов, Н.И. Ананьева, Л.В. Лукина // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2005. – № 6. – С. 39-44.
3. Бердичевский М.Я. Венозная дисциркулярная патология головного мозга / М.Я. Бердичевский. – М.: Медицина, 1989. – 224 с.
4. Боровкова Т.А. Современное состояние проблемы атеросклероза: (обзор) / Т.А. Боровкова, В.С. Мякотных // Успехи геронтологии. – 2000. – № 4. – С. 112–117.
5. Венозные церебральные дистонии в структуре цереброваскулярной патологии у детей /Долгих Г.Б. // Неврологический вестник. - 2005. - Т. XXXVII, вып. 1-2. - С.54-59.
6. Особенности изменений артериального и венозного кровообеспечения головного мозга в диагностике и лечении цереброваскулярных заболеваний у лиц разного возраста / Лущик У.Б./ Автореф. дисс.... докт. мед.наук. - Киев,1998.
7. Магнитофорез брома и магнитотерапия в реабилитации больных с синдромом вегето-сосудистой дистонии, обусловленным закрытой черепно-мозговой травмой и церебральным арахноидитом/ Касс И.В. // дисс. на соискание научной степени канд. мед. наук. – Харьков, 2006. – 128с
8. Magnetotherapy /Zyss T//Neuro Endocrinol Lett. 2008 Nov;29 Suppl 1:161-201.
9. Терапевтические возможности лечения церебральных венозных нарушений / Т.С. Мищенко, И.В. Здесенко, Е.В. Дмитриева, В.Н. Мищенко // Український вісник психоневрології. – 2006. – Том14, вип. 2. – С. 104-107.
10. Шахнович А.Р. Диагностика нарушений мозгового кровообращения. Транскраниальная допплерография / Шахнович А.Р., Шахнович В.А..// М.,1996.

ВЛИЯНИЕ ПЕКТИНА ЗОСТЕРИНА НА ГОРМОНАЛЬНЫЙ СТАТУС КРЫС В УСЛОВИЯХ НОРМЫ И СВИНЦОВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

Хасина Элеонора Израильевна

Кандидат биол. наук, доцент, Горнотаежной станции им. В.Л. Комарова ДВО РАН, г. Уссурийск

EFFECT OF PECTIN ZOSTERIN ON THE HORMONAL STATUS OF RATS IN NORM AND AT LEAD INTOXICATION

Khasina Eleonora I., Candidate of Science, assistant professor of V.L. Komarov GornotayozhnajaStation FEB RAS, Ussuriysk

АННОТАЦИЯ

Цель. Выявление действия зостерина на гормональный статус в организме крыс в условиях нормы и свинцовой интоксикации.

Метод. Крысы Вистар внутрижелудочно получали зостерин внутрижелудочно в дозе 100 мг/кг без и в сочетании с ацетатом свинца (50 мг/кг).

Результат. В организме здоровых крыс пектин стимулировал синтез таких гормонов, как кортикостерон (КС), трийодтиронин (Т3) и тироксин (Т4), при свинцовой интоксикации препятствовал развитию гиперкортицизма и гипотериоза.

Заключение. Активация зостерином синтеза КС, Т3 и Т4 в здоровом и больном организме животных имеет адаптивное значение.

ABSTRACT

Background. The purpose of study is effect of zosterin on hormonal state in rats organism in norm and at lead intoxication.

Methods. Wistar rats received of zosterin introgastrally in dose 100 mg/kg alone or in combination with acetate lead (50 mg/kg).

Results. Pectin stimulated of hormons synthesis in health rats, namelly: corticosterone (KS), triiodthyronin (T3) and thyroxin (T4). Zosterin blocked of hypercorticoidism and hypothyroidism development at lead intoxication in animals.

Conclusion. The activation of synthesis KS, T3 and T4 of zosterin in healthy and sick organism of animal is the adaptive significance.

Ключевые слова: пектин зостерин; гормональный статус; кортикостерон; трийодтиронин; тироксин.

Keywords: pectin zosterin; hormonal status; corticocterone; triiodthyronin; thyroxin.

Многочисленные экспериментальные исследования и клинические наблюдения показали, что фармакологические эффекты такой группы биологически активных веществ как пектины весьма разнообразны. В медицине и ветеринарии их активно используют в качестве энтеросорбентов, противораковых, антимикробных, ранозаживляющих и гастропротективных средств, в качестве полимерных покрытий для иммобилизации в них различных терапевтических агентов (в процессе биокапсулирования) и системы доставки лекарственных препаратов (drug delivery system). Наряду с другими некрахмальными полисахаридами пектины проявляют гиполипидемический, антиоксидантный, гипогликемический, иммуномодулирующий эффекты, что свидетельствует о повышении ими неспецифической резистентности организма к различным повреждающим факторам [3, 13, 15]. Ключевая роль гормонов, прежде всего, гипоталамо-гипофизарно-адреналовой и гипоталамо-гипофизарно-тиреоидной систем в регуляции процессов жизнедеятельности организма в условиях нормы и патологии общеизвестна [1]. Логично предположить реализацию поливалентного протективного действия пектинов через непосредственное влияние на эндокринную систему при соматических заболеваниях различного генеза, в том числе экологически обусловленных.

Цель настоящей работы – оценка действия пектина зостерина на флуктуацию кортикостероидного (кортикостерона - КС) и тиреоидных (трийодтиронина - Т3 и тироксина - Т4) гормонов в организме экспериментальных животных в условиях физиологического покоя и интоксикации свинцом.

В работе использовались половозрелые крысы-самцы линии Вистар массой 180-200 г, по 8 животных в каждой группе. Животные содержались в условиях стационарного вивария, воду и гранулированный корм (ООО «Лабораторснаб») получали без ограничения. Свинцовую интоксикацию вызывали введением в желудок крыс ацетата свинца в дозе 50 мг/кг в течение 14 дней. Контрольную группу составляли животные, находившиеся в состоянии физиологического покоя, они получали эквиобъемное количество дистиллированной воды.

Зостерин, выделенный из морской травы зостеры Zostera marina L. (fam. Zosteraceae), имел содержание D-галактуроновой кислоты – 74.8%, степень этерификации – 5.7%, характеристическую вязкость – 340 мл/г галактуронана, молекулярную массу в среднем – 62 кДа. Препарат зостерина включен в Реестр продукции, прошедшей государственную регистрацию (Федеральный реестр биологически активных добавок к пище, дата актуализации базы данных - 14.07.2010 г.). Пектин вводили животным натощак внутрижелудочно в виде 2% раствора в дозе 100 мг/кг за час до введения ацетата свинца.

Содержание и эвтаназия животных соответствовали Директиве 2010/63/EU Европейского парламента и Совета европейского союза по охране животных, используемых в научных целях. В сыворотке крови выявляли уровень Т3 и Т4 в общей форме - с помощью тест-систем "Т3-ИФА-Бест-стрип" и "Т4-ИФА-Бест-стрип" (ЗАО "Вектор-Бест", Россия), КС - спектрофлюорометрически.

Достоверность различий между группами оценивали при помощи t-критерия Стьюдента с использованием программы для статистической обработки данных

Statistica 6.0. Данные представлены в таблицах как среднее арифметическое значение ± стандартная ошибка среднего (M±m).

По истечении 14 суток внутрижелудочного введения зостерина животным, находящимся в состоянии покоя и не подвергавшимся никаким иным манипуляциям, кроме пектиновой нагрузки, в сыворотке крови крыс установлен повышенный уровень исследуемых гормонов (см. таблицу). Так, содержание КС при введении зостерина увеличилось на 13% относительно контроля. Уровень тиреоидных гормонов у животных, получавших зостерин, также был выше контрольных значений: Т3 – на 17%, Т4 – на 12%.

Влияние зостерина на некоторые показатели гормонально-энергетического статуса крыс в условиях нормы и свинцовой интоксикации

Изучаемые показатели	Группы животных			
	контроль	зостерин	Pb	Pb+зостерин
КС, мкмоль/л	0.47±0.02	0.53±0.02*	0.63±0.04*	0.52±0.02**
Т3, нмоль/л	1.41±0.05	1.65±0.05*	1.12±0.05*	1.27±0.03**
Т4, нмоль/л	48.1±2.10	53.9±2.62	32.2±2.46*	40.1±2.50**

**- P < достоверно относительно группы "контроль", **- P < достоверно относительно группы "Pb".*
КС – кортикостерон, Т3 – трийодтиронин, Т4 –тироксин, Pb – свинец.

У крыс, подвергшихся воздействию ацетата свинца, выявились существенные изменения гормонального гомеостаза. Уровень КС превышал контроль на 34 %, что явно указывало на стресс-реакцию животных при свинцовой интоксикации. Вместе с тем у крыс установлено состояние гипотиреоза со сниженным уровнем в сыворотке крови гормонов щитовидной железы: уровень Т3 и Т4 был ниже контрольных показаний на 21 и 33% соответственно (см. таблицу). Данная картина метаболического напряжения надпочечников и щитовидной железы свидетельствует о стресс- и струмогенном действии свинца, что согласуется с литературными данными [9].

На фоне зостерина, который животные получали параллельно с токсикантом, уровень исследуемых гормонов имел менее выраженное отклонение от нормы, чем в группе крыс, не получавших препарат. Так, уровень КС в сыворотке крови у животных, получавших свинец в сочетании с зостерином, был ниже, чем при интоксикации без препарата, на 23%. Положительное влияние пектина проявилось в достоверном повышении в крови животных, пребывавших в условиях двухнедельной экспозиции свинца, уровня обоих тиреоидных гормонов относительно группы «свинец»: Т3 и Т4 на 11 и 16 % соответственно (см. таблицу).

Следует отметить, что за 60 лет интенсивных исследований физиологической активности пектинов в условиях in vitro и in vivo, работ с 5оценкой их влияния на гормональный статус человека и животных, определяющий реакцию на неблагоприятные факторы окружающей среды адаптацию к ним, насчитывается не более десятка. На данном этапе эксперимента нами не изучалось влияние зостерина на содержание указанных гормонов непосредственно в тканях надпочечников и щитовидной железы, что позволило бы определенно говорить либо об активации синтеза, либо об усилении инкреции их в кровь пектинами. Установленное в настоящей работе повышение содержания КС, Т3 и Т4 в крови здоровых крыс, получавших только зостерин, свидетельствует, предположительно, о стимуляции ими синтетической функции надпочечников и щитовидной железы. Правомочность этого заключения подтверждают работы, в которых показана стимуляция препаратами полисахаридной природы стероидогенеза в надпочечниках. Показано усиление биосинтеза кортикостерона при инкубации надпочечников in vitro после внутрибрюшинного введения крысам альгиновой кислоты и карбоксиметилхитозана в дозе 120 мг/г в течение 7 суток [5]. Внутривенное введение яблочного, цитрусового и свекловичного пектинов овцам активировало синтез пролактина, гормона роста и кортизола [14]. Однократное внутрибрюшинное введение зостерана (аналога зостерина) в дозе 10 мг/кг воздействовало на адреналовое, тиреоидное и репродуктивное звенья эндокринной системы, на что указывали морфофункциональные изменения в надпочечниках, щитовидной железе и тестикулах [2]. Повышение пектинами экспрессии уровня монокарбоксилатных транспортеров (МСТ1, МТС2, МСТ4, МСТ5, МСТ7) играет важную физиологическую роль в регуляции метаболических процессов непосредственно в надпочечниках и системном контроле обмена веществ в организме [11]. Сведений о влиянии полисахаридов на тиреоидную систему здоровых людей и животных практически нет. В крови здоровых животных, получавших зостерин, выявлено повышение уровня КС, Т3 и Т4 в пределах 12 – 17% относительно контрольных показаний, тем не менее это скромное увеличение содержания гормонов создает в организме качественно новую гомеостатическую ситуацию, когда функциональные и биохимические сдвиги не превышают адаптационные лимиты и направлены на поддержание метаболизма и энергетического потенциала в тканях в состоянии повышенной готовности к действию экстремальных факторов. Изучение реакции здорового организма на действие пектинов позволяет понять механизмы адаптивных перестроек в организме на их фоне, обеспечивающих оптимизацию текущего физиологического состояния.

КС, Т3 и Т4 относятся к быстродействующим гормональным системам при действии на организм экстремальных факторов. У крыс в условиях свинцовой интоксикации выявлены гипотиреоз и гиперкортикостеронемия, которые индуцируют, как известно, множественные метаболические и функциональные нарушения в тканях и органах животных. Зостерин оптимизировал эндокринный гомеостаз и, как следствие, ограничивал проявление стресса, вызванного свинцом. Ранее показано позитивное действие этого пектина на метаболизм и функциональное состояние крыс при воздействии на них свинца и других патогенных факторов [4,6,7,10,12].

В настоящей работе высказана гипотеза об участии пектинов в гормонально-метаболических процессах, участвующих в поддержании адаптационных возможностей организма, поскольку указанные гормоны обладают триггерным (инициирующим) действием. Пока мало сведений о ведущих механизмах их действия в организме. Разнообразие методических подходов в изучении физиологической активности пектинов (различные дозы и способы введения препаратов, сроки наблюдения эффектов, физико-химические характеристики препаратов) очень затрудняет унификацию уже накопившихся данных. Отсутствие законченного представления о механизме фармакологического действия пектинов диктует необходимость проведения дальнейших исследований в указанном направлении.

Результаты настоящей работы позволяют приблизиться к пониманию одного из механизмов действия пектинов на физиологическое состояние животных в условиях нормы и патологии. Активация зостерином синтеза кортикостерона и тиреоидных гормонов у здоровых животных является адаптивным механизмом в поддержании организма на качественно новом гомеостатическом уровне, что обеспечивает его жизнеспособность при различных экстремальных воздействиях. Зостерин препятствовал развитию гиперкортицизма и гипотиреоза в условиях свинцовой интоксикации, тем самым оказывал протективное действие в осложненных условиях жизнедеятельности.

Список литературы

1. Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Балаболкин М.И., Старкова Н.Т. Эндокринология и метаболизм. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2003.
2. Корнеичев О.Н., Оводова Р.Г., Оводов Ю.С. Выделение и изучение действия на эндокринную и иммунную системы зостерана, пектина морских трав белого моря // ДАН. – 1997. - Т. 332, № 1. – Р. 121-123.
4. Криштанова Н.А., Сафонова М.Ю., Болотова В.Ц. и др. Перспективы использования растительных полисахаридов в качестве лечебных и лечебно-профилактических средств // Вест. ВГУ. Сер. Химия, Биология, Фармация. – 2005. - № 1. – С. 212-221.
5. Лоенко Ю.Н., Артюков А.А., Козловская Э.П., Мирошниченко В.А. Зостерин. – Владивосток: Дальнаука, 1997.
6. Петров А.П., Молодцов Н.В. Влияние кислых полисахаридов на биосинтез кортикостероидов // Проблемы эндокринол. - 1978. – Т. 24. – Р. 99—103.
7. Сгребнева М.Н., Тюпелеев П.А., Хасина Э.И. Влияние пектина зостерина на метаболизм в печени в условиях свинцовой интоксикации // Микроэлементы в медицине. – 2004. – Т. 5, № 4. – С. 124-126.
8. Туркина М. Я., Печерина Т. В. Зостерин – новый сорбент для эфферентной терапии // Эфферент. терапия. - 2007. – Т. 13, № 4. – С. 39-44.
9. Хасина Э.И., Кривоногова А.С. Гиполипидемический эффект зостерина – пектина из морской травы зостеры // Сельскохоз. биология. Сер. Биология животных. – 2010. – № 6. – С. 71-75.
10. Doumouchtsis K.K., Doumouchtsis S.K., Doumouchtsis E.K., Perrea D.N. The effect of lead intoxication on endocrine functions // J. Endocrinol. Invest. – 2009. - Vol. 32. – P. 175-183.
11. Khasina E.I., Tiupeleev P.A., Sgrebneva M.N. Gastroprotective effect of zosterin, a pectin from seagrass Zostera marina L. // Orient. Pharm. Experim. Med. – 2004. – Vol. 4, № 4. – P. 253-260.
12. Kirat D. Effect of pectin feeding on monocarboxylate trasporters in rat adrenal gland // J. Comp. Physiol. B. - 2010. – Vol. 180. – P. 57-65.
13. Korzun V.N. Measures for the minimization of inner irradiation dose of the population (literaty review) // Environm. Health. – 2012. - № 2. – P. 23-29.
14. Otles S., Ozgoz S. Health effects of dietary fiber // Acta Sci. Pol. Technol. Aliment. – 2014. – Vol. 13, № 2. – P. 191-202.
15. Sawadogo L., Houdebine L.M., Thibault J.F. et al. Effect of pectic substances on prolactin and growth hormone secretion in the ewe and on the induction of casein synthesis in the rat // Report Nutr. Dev. – 1988. – Vol. 28, № 2a. – P. 293-301.
16. Warrand J. Healthy polysaccharides. The next chapter in food products // Food Technol. Biotechnol. - 2006. – Vol. 44. – P. 355-370.

РОЛЬ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ ПСОРИАЗЕ У ДЕТЕЙ

Ходжаева Сабри Махмудовна

Кандидат медицинских наук, ассистент, Ташкентский педиатрический медицинский институт

ROLE OF ENDOGENOUS INTOXICATION OF PSORIASIS IN CHILDREN

Khodjaeva Sabri Mahmudovna, PhD, Assistant, Tashkent Pediatric Medical Institute

АННОТАЦИЯ

В данной статье приведены результаты изучения состояния эндогенной интоксикации при псориазе. На основании обследования 78 детей в возрасте от 1 года до 14 лет установлено, что повышение содержания в крови антигенсвязывающих лимфоцитов к тканевым антигенам мозга, печени, кишечника, почек указывает на полиорганность поражения с деструктивным процессом тканей, а их снижение на угасание интенсивности этих процессов, что позволяет на основе полученных данных прогнозировать течение псориатического процесса.

ABSTRACT

This article presents the results of studying the state of endogenous intoxication in psoriasis. Based on the survey 78 children aged 1 year to 14 years found that higher blood lymphocyte antigen to tissue antigens of the brain, liver, intestine,

kidney, indicating poliorgannost lesion with destructive process of tissues, and their reduction to the extinction of the intensity of these processes, allowing on the basis of the data obtained to predict the course of psoriatic process.

Актуальность проблемы псориаза у детей обусловлена ростом заболеваемости, недостаточным изучением разнообразных патогенетических механизмов и отсутствием эффективных методов лечения [2, с. 84]. Удельный вес псориаза в структуре детских дерматозов колеблется от 1 до 8%, при этом данный показатель среди госпитализированных детей составляет 8 - 22% [3, с. 8].

В последнее время при самых различных патологических состояниях синдром эндогенной интоксикации рассматривают как патогенетический фактор. В доступной литературе достаточно широко освещено состояние эндогенной интоксикации при различных дерматозах [1, с. 198]. При этом причинами развития эндогенной интоксикации при хронически-рецидивирующих дерматозах указываются такие факторы, как нарушения функций нейроэндокринной системы, пищеварительного тракта, печени, хронические очаги инфекции [6, с. 41]. Было отмечено [5, с. 38], что при любой кожной патологии в кровь поступают токсические метаболиты и возникает синдром эндогенной интоксикации, который зачастую трудно выявить клинически, ввиду чего необходимы достоверные биохимические критерии. Во всех проведенных исследованиях показатели эндогенной интоксикации коррелировали со степенью тяжести основного заболевания и определяли тактику и прогноз заболевания [4, с. 19].

В развитии псориаза имеют огромное значение такие патогенетические факторы, как нарушения функции нейроэндокринной системы, пищеварительного тракта, печени, нарушения микроциркуляции, сопровождающиеся развитием тканевой гипоксии [2, с. 85]. Перечисленные нарушения способствуют накоплению в избыточном количестве высокотоксичных продуктов обмена, и, следовательно, способствует развитию синдрома эндогенной интоксикации.

С учетом вышеперечисленного, целью нашего исследования явилось изучение состояния эндогенной интоксикации при псориазе у детей разных возрастных групп.

Материалы и методы: Для объективной оценки характера течения псориаза, нами были изучены показатели антигенсвязывающих лимфоцитов, специфически сенсибилизированных относительно к тканевым антигенам (АСЛ к ТАГ) мозга, печени, кишечника и почек у 78 детей, больных псориазом. Контрольную группу составили 23 здоровых детей аналогичного возраста.

Возрастная градация детей составила от 1 года до 14 лет. Изучение показателей эндогенной интоксикации было проведено в зависимости от возраста детей и тяжести заболевания.

Изучение состояния эндогенной интоксикации проводилось путем определения в крови уровня АСЛ к преимущественно выделительным органам: кишечнику, печени, почкам, легких и мозгу с помощью реакции непрямого розеткообразования (РНРО) по методу Гариб Ф.Ю. (1995). А также путем определения уровня среднемолекулярных пептидов (СМП) с использованием методики Габриэляна Н.И. и Липатова В.И. (1984) в модификации Первушина Ю.В. и Бондарь Т.П. (1994).

Результаты исследования обработаны методом вариационной статистики с вычислением средней арифметической (M), среднего квадратичного отклонения (G), средней квадратической ошибки (m), коэффициента Стьюдента (t) с последующим нахождением уровня достоверности различий.

Результаты исследования: для объективной оценки характера течения псориаза, нами были изучены показатели антигенсвязывающих лимфоцитов, специфически сенсибилизированных относительно к тканевым антигенам (АСЛ к ТАГ) мозга, печени, кишечника и почек.

У детей, больных псориазом, со среднетяжелой формой в возрасте 1-3 лет позволило выявить, что показатели АСЛ к ТАГ мозга (2,30±0,30 и 0,86±0,18- соответственно), печени (3,60±0,34 и 1,43±0,14- соответственно), кишечника (5,23±0,36 и 2,50±0,23- соответственно) и почек (2,23±0,23 и 1,21±0,19- соответственно) были повышенными по сравнению с контрольной группой здоровых детей. Повышение индекса индукции (ИИ) АСЛ к ТАГ была для мозга - ↑ИИ=2,67 раза, для печени- ↑ИИ=2,52 раза, для кишечника- ↑ИИ=2,10 раза и для почек - ↑ИИ=1,84 раза.

Повышение показателей содержания АСЛ к ТАГ мозга, печени, кишечника и почек при псориазе у детей раннего возраста свидетельствует о полиорганном характере поражения, однако мишенью для псориатического процесса в данном случае преимущественно явились печень, кишечник и мозг.

У 14 (12,7%) детей, больных псориазом, в возрасте от 3 до 7 лет со среднетяжелой формой болезни, была выявлена тенденция к увеличению по сравнению со здоровыми лицами. Особенно это было в высоких значениях со стороны печени (3,82±0,38 больные; 1,64±0,13- здоровые) и кишечника (4,40±0,22- больные; 2,64±0,20- здоровые) и соответственно, индекс индукции был ↑ИИ=2,33 и ↑ИИ=2,67 раза повышен.

В группе больных с тяжелой формой болезни изучение показателей антигенсвязывающих лимфоцитов к тканевым антигенам мозга, печени, кишечника и почек показало, что во всех случаях АСЛ к ТАГ были повышенными, существенно значимыми по отношению к здоровым детям (3,04±0,20- больные и 1,00±0,21- здоровые; 4,09±0,22- больные и 1,64±0,13- здоровые; 5,48±0,28 - больные и 2,64±0,20- здоровые; 3,39±0,20- больные и 1,71±0,16- здоровые дети). Соответственно, индекс индукции этих показателей был в пределах ↑ИИ=3,04, ↑ИИ= 2,49, ↑ИИ= 2,07 и ↑ИИ= 1,98 значениях.

У детей, больных псориазом, старшей возрастной группы (7-14 лет) с среднетяжелой формой (28; 25,5%) была отмечена тенденция к увеличению АСЛ к тканевым антигенам мозга, печени, кишечника и почек. Среди них наиболее высоким были показатели АСЛ к ТАГ кишечника (4,22±0,32- больные; 2,21±0,15- здоровые) при индексе индукции ИИ=1,90. По-видимому, такая тенденция при этой форме болезни связана с очаговыми деструктивными изменениями со стороны желудочно-кишечного тракта, в частности со стороны кишечника.

В группе больных с тяжелой формой болезни в возрасте 7-14 лет (17; 15,5%) показатели АСЛ к ТАГ мозга (2,21±0,13 и 1,29±0,16 соответственно), печени (3,52±0,20

и 1,93±0,13 соответственно), кишечника (4,45±0,18 и 2,21±0,15 соответственно) и почек (2,48±0,13 и 1,93±0,13 соответственно) были повышенными по сравнению с контрольной группой здоровых детей.

Таким образом, повышение содержания в крови АСЛ к тканевым антигенам мозга, печени, кишечника, почек у детей, больных псориазом указывает на полиорганность поражения и имеющие место деструктивных процессов в тканях этих органов, а их снижение на угасание интенсивности этих процессов, что позволяет на основе показателей АСЛ к ТАГ прогнозировать течение псориатического процесса и осуществить оценку эффективности проводимой терапии у детей, больных псориазом разных возрастных групп (рис. 1).

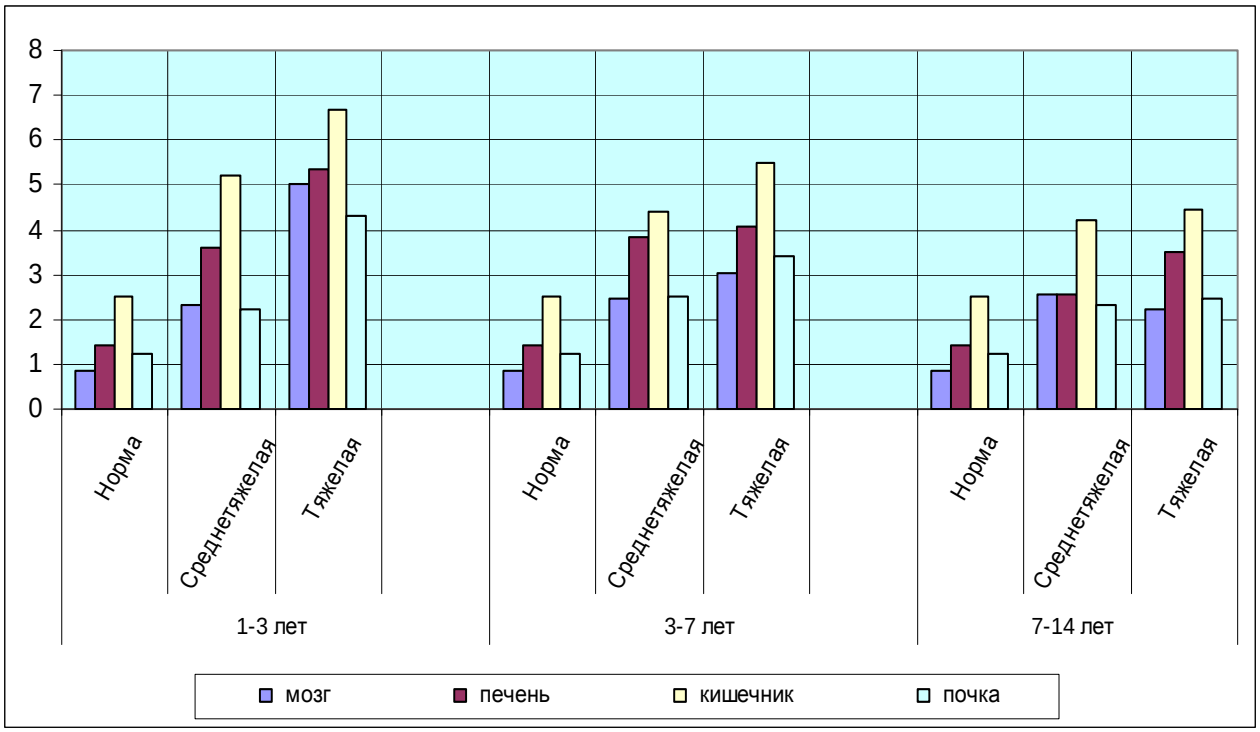


Рис. 1. Показатели АСЛ к ТАГ у детей, больных псориазом, разных возрастных групп до лечения

Полученные результаты подтверждают разнообразие клинических форм и выраженные иммунологические нарушения у детей, больных псориазом, в зависимости от возраста больных. Выраженность этих изменений отличается в зависимости от возраста и от степени тяжести течения заболевания.

Заключение: таким образом, во всех возрастных группах у детей больных псориазом выявлены высокие показатели АСЛ к ТАГ мозга, печени, кишечника и почек, что подтверждает полиорганность поражения и имеющие место деструктивных процессов тканей этих органов, а их снижение на угасание интенсивности этих процессов. Использование которых позволит установить раннее прогнозирование, оценить характер течения псориаза у детей разных возрастных групп и эффективность проводимой терапии.

Литература

1. Волик А.П., Рассказов А.И., Бучин В.Н. Синдром эндогенной интоксикации и возможность терапевтической коррекции его при хронических дерматозах. // Мат. VIII Всеросс. съезда дерматовенерологов. – Москва, 2001. – С. 198.
2. Приятинская В.А., Карякина Л.А., Приятинская А.Б. Псориаз. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. //Клиническая дерматология и венерология. - 2011. - № 1. – С. 83-90.
3. Рахматов А.Б., Мирхамидова Н.В. Эпидемиология псориаза в Узбекистане и перспективы его лечения. // Дерматовенерология и эстетическая медицина. - 2009. - № 1. – с. 8 – 10.
4. Рахматов А.Б., Садыкова Р.Т., Извекова О.В. Синдром эндогенной интоксикации у больных красной волчанкой // Укр. журнал дерматологии, венерологии и косметологии. – Киев, 2002. - № 1. – С. 18-20.
5. Рахматов Т.П., Махсудов М.Р. Характер эндогенной интоксикации при различных формах ониходистрофий. // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. – Ташкент, 2007. - №1. С. 37-40
6. Химкина Л.Н., Добротина Н.А., Копытова Т.В. Значение эндогенной интоксикации при хронических дерматозах. Методы коррекции. // Вестник дерматологии. – 2001. - № 5. – С. 40-43.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ

ФОРМИРОВАНИЕ АДАПТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА СПЕЦИАЛИСТА В ПРОЦЕССЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ В ВУЗЕ

Авраменко Вера Григорьевна
кандидат психологических наук, доцент, Московский городской педагогический университет г. Москва

FORMATION OF SPECIALIST'S ADAPTION POTENTIAL DURING POFESSIONAL TRAINING IN A HIGH SCOOL
Avramenko Vera, Candidate of Science, assistant professor of Moscow State pedagogical University, Moscow

АННОТАЦИЯ

В статье анализируется содержание и структура адаптационного потенциала личности, его роль в профессиональном становлении выпускника вуза, а также психолого-педагогические условия формирования адаптационного потенциала в процессе профессиональной подготовки специалиста в образовательной среде вуза.

ABSTRACT

The article analyzes the content and structure of the the adaptation potential of the individual, his role in the professional development of the graduates, as well as psychological and pedagogical conditions of formation adaptation potential during professional training in the educational environment of the university.

Ключевые слова: профессиональная адаптация, социально-психологическая адаптация, личностный адаптационный потенциал, адаптивность, структура адаптационного потенциала личности.

Keywords: Professional adaptation, social and psychological adaptation, personal adaption potential, adaptivity, structure of personal adaption potential.

Согласно оценкам работодателей, первостепенными причинами слабой адаптации выпускников вузов к профессиональной среде являются высокие ожидания по заработной плате и недостаток или отсутствие профессионального опыта, завышенная самооценка и завышенные ожидания по скорости карьерного роста, неумение работать в команде, оторванность знаний от реальной практики, неопределенность профессиональных интересов [2,3].

Все это во многом связано с низким уровнем личностного адаптационного потенциала выпускника, что затрудняет адаптацию молодых специалистов к профессиональной среде. Недостаточно сформированные адаптационные ресурсы не только снижают уровень конкурентоспособности, но и существенно повышают уровень профессионального стресса молодого специалиста.

Профессиональная адаптация изучается психологами в рамках общих механизмов психологической адаптации личности. В работах зарубежных и отечественных авторов исследуются механизмы и условия успешной адаптации, психолого-педагогические факторы формирования адаптационных возможностей личности. Авторы выделяют в основном три аспекта адаптации: собственно, психический, социально-психологический и психофизиологический. Профессиональная адаптация включает в себя все указанные выше аспекты адаптации и требует формирования комплекса способностей, необходимых для решения адаптационных задач. Большинство авторов отмечают ведущую роль социально-психологической адаптации, способствующей адекватному и успешному профессиональному взаимодействию человека в организационной среде и являющейся важным фактором регулирования адаптационного напряжения. Социальная адаптация предполагает адекватное восприятие окружающей действительности и самого себя, адекватную систему отношений и общение с окружающими, изменчивость (адаптивность) деятельности и поведения в соответствии с ролевыми ожиданиями других. Во многих работах подчеркивается активная роль личности в процессе адаптации. Адаптация – это не только приспособление личности к среде, но и активное ее освоение личностью, связанное со способностью личности к саморазвитию.

В большинстве научных работ по проблеме адаптации затрагивается вопрос о личностном ресурсе адаптации. Несмотря на разнообразие подходов, большинство авторов сходятся в том, что изучение психологических механизмов адаптации должно быть направлено на выявление системообразующих факторов адаптационного потенциала личности. На сегодняшний день система факторов адаптационного потенциала личности окончательно не разработана. По мнению Е.К. Завьяловой личностный потенциал адаптации представляет собой единство личностного ресурса и уровня развития самопознания, которые обеспечивают процесс саморегуляции и самореализации в измененных условиях существования [6, с.55-60].

Исследования личностных факторов, обусловливающих эффективность психической адаптации, представлены и в работах Ф. Б. Березина, А. А. Налчаджяна, А. А. Реана и др. авторов. Налчаджян А. А. в качестве критериев адаптивности рассматривает отсутствие внутренних конфликтов личности и ее способность к самоутверждению и реализации своего творческого потенциала в условиях

совмещения своих стремлений и ожиданий группы [12,с.18]. Психическая адаптивность определяется, по мнению автора, рядом факторов: общим уровнем психического развития, личностными особенностями и системой отношений, характером и содержанием психологических проблем, отношением личности к ним.

В исследовании А.П. Корниловой в качестве критериев личностного адаптационного развития указываются такие характеристики как уровень развития самопознания и саморегуляции, личностные ценности и компетентность в индивидуальном решении проблем [7, с.69-89].

В исследовании адаптационного потенциала мы исходим из понимания его как системного свойства, которое обусловливает характер протекания адаптационного поведения при изменении факторов и условий окружающей среды. Он характеризует возможности личности к продуктивному прохождению адаптационного процесса, расширению диапазона реагирования и приобретению новых адаптационных навыков. Адаптационный потенциал личности имеет многоуровневый характер и состоит из совокупности взаимосвязанных компонентов, характеризующих различные аспекты личности. Выделяют несколько взаимосвязанных уровней адаптационного потенциала: психофизиологический, психологический и психосоциальный, каждый из которых представлен целым рядом показателей.

Обобщая результаты исследований различных авторов, можно отметить достаточно широкий диапазон свойств, составляющих адаптационный потенциал личности. Если говорить о психологическом и социально-психологическом уровнях, то в первую очередь необходимо выделить значимые личностные показатели успешной адаптации. Система личностных показателей адаптационного потенциала наиболее полно представлена в работах А. Г. Маклакова [10]. Он выделяет такие компоненты личностного адаптационного потенциала как нервно-психическая устойчивость, уровень развития которой обеспечивает толерантность к стрессу; самооценка личности, являющаяся ядром саморегуляции, и определяющая степень адекватности восприятия условий деятельности и своих возможностей; ощущение социальной поддержки, обусловливающее чувство собственной значимости для окружающих; уровень конфликтности личности; опыт социального общения. Компоненты адаптационного потенциала проявляются в характере коммуникаций в процессе адаптации и определяют выбор стратегий поведения в период адаптации.

Наше исследование было направлено на выявление связи между уровнем сформированности некоторых компонентов адаптационного потенциала и выбором адаптационных стратегий поведения в условиях вхождения в новую среду. Опираясь на типологию адаптационных стратегий поведения Н.Н. Мельниковой [11], в исследовании было выявлено, что выбор конструктивных адаптационных стратегий поведения обусловлен высоким уровнем развития коммуникативного потенциала и произвольной регуляции поведения в структуре адаптационного потенциала личности [1]. Эти компоненты, по сути, отражают содержание эмоционального интеллекта человека, который позволяет гибко реагировать на изменения в социальной среде. Исследования в области эмоционального интеллекта показывают, что высокий уровень эмоционального самосознания и самоконтроля, а также эмоциональная чуткость и открытость позволяют успешно справляться с неопределенностью социальной и профессиональной среды [4]. Исследования в данном направлении представляются нам достаточно интересными.

Основными показателями адаптированности специалисты считают уровень эмоциональной комфортности личности и «принятие» как центральную характеристику системы отношений личности к себе и другим. Исследование С.П. Деревянко показало, что у испытуемых с высоким уровнем эмоционального интеллекта развита способность к произвольному управлению эмоциями, им свойственны переживания эмоций позитивного знака, а также адаптированность проявляется в общей позитивной направленности личности на себя и на других, которая характеризуется “принятием” и обусловлена потребностями в общении и поддержке. По данным автора, показатели адаптированности выше у студентов с высоким уровнем сформированности эмоционального интеллекта [5].

Анализ исследований по данной проблеме позволяет выделить специфические особенности адаптационного потенциала личности:

- это системное свойство, совокупность разноуровневых взаимосвязанных индивидуально-психологических качеств личности;
- формирование личностного адаптационного потенциала зависит как от организационно-педагогических условий обучения, так и от степени собственной активности личности, уровня ее развития ее самосознания;
- адаптационный потенциал определяет выбор и динамику адаптационных стратегий поведения;
- адаптационный потенциал- это, прежде всего способность к гибкой перестройке функциональных связей между его различными компонентами;

Важным условием гибкой перестройки своих внутренних ресурсов в условиях адаптации является уровень сформированности рефлексии, которая определяет, на наш взгляд, диапазон использования компонентов личностного адаптационного потенциала. При этом, рефлексивность как универсальное свойство личности проявляется как на уровне мышления, так и в личностной сфере. Она обеспечивает критическое переосмысление представлений о себе в контексте требований ситуации. А это приводит к поиску нового смысла и новых путей развития самого себя. В психологии представлен широкий спектр исследований в области рефлексии, и это связано с тем, что рефлексивные процессы включены в регуляцию практически всех сфер человеческой активности.

Как компонент адаптационного потенциала рефлексивность является не только свойством личности, но и регулятивным механизмом, позволяющим молодому специалисту сознательно выбирать и выстраивать адаптационные стратегии поведения. При выборе стратегии адаптации личностью оцениваются требования социальной среды, собственный потенциал самоизменения (адаптационный потенциал) и физиологическая и психологическая цена усилий.

В работах Ю.Н. Кулюткина изучались механизмы рефлексивной регуляции поведения, которые включают мысленное проигрывание возможностей, рефлексивную игру с самим собой, которая завершается выработкой окончательного решения и переходом к исполнительным

действиям. Наиболее явно рефлексивность в саморегуляции проявляется при необходимости перестраивать сложившийся способ действия, анализируя структуру своих действий, не приводящих к успеху. Рефлексивность и гибкость, по мнению автора, прямо связаны между собой [9].

Таким образом, рефлексивность как свойство личности обеспечивает вариативность и своеобразие адаптивного поведения. Однако, влияние рефлексивности на ситуацию выбора поведения неоднозначно. Развитость рефлексии не всегда обеспечивает продуктивность адаптивного поведения.

Исследование, проведенное нами с целью оценки уровня адаптационного потенциала выпускников вуза, показало, что уровень сформированности отдельных компонентов адаптационного потенциала личности (за основу была взята модель адаптационного потенциала личности А.Г. Маклакова) и общий уровень адаптивных способностей определяют выбор стратегий поведения в период адаптации. При этом, выбор конструктивных адаптивных стратегий и высокий уровень адаптивных способностей демонстрировали те студенты, которые показывали средний и высокий уровень рефлексивности. Нами была проведена оценка отдельных показателей и общего уровня саморегуляции поведения по методике Моросановой В.И., а также оценка уровня рефлексивности личности у тех же студентов по методике А.В. Карпова [8]. Результаты исследования показали, что у 79% испытуемых с высоким уровнем саморегуляции поведения отмечался средний и высокий уровень рефлексивности. У 21% студентов с низким уровнем саморегуляци поведения был отмечен низкий уровень рефлексивности личности. При этом, конструктивные адаптивные стратегии выбирали именно те испытуемые, которые обладали высоким уровнем саморегуляции поведения и средним и высоким уровнем рефлексивности. Очевидно, что гибкая перестройка поведения в условиях адаптации требует сформированной рефлексии, но ее чрезмерная выраженность усиливает тревожность и негативно влияет на результат адаптации. Наибольшее влияние на адаптационный потенциал имеют такие показатели стиля саморегуляции поведения как гикость, моделирование, оценка результатов. Гибкость поведения в условиях адаптации проявляется в способности перестраивать свое поведение в соответствии с изменением окружающей ситуации. При возникновении непредвиденных обстоятельств такие люди легко перестраивают планы своих действий и поведения, способны быстро оценить изменение значимых условий и перестроить программу действий. Все это обеспечивает возможность адекватно реагировать на быстрое изменение ситуации и успешно решать поставленную задачу в сложной непредвиденной ситуации.

Моделирование позволяет своевременно отслеживать изменения в ситуации и соотносить их с программами своих действий, корректировать их.

Оценка результатов характеризуется способностью адекватно оценивать себя и результаты своих действий. При этом выпускник способен адекватно оценить рассогласование между реальными и ожидаемыми результатами и тем самым более гибко приспособиться к изменению условий.

Однако, наряду с так называемыми операциональными компонентами адаптационного потенциала необходимо формировать и его смысловую основу, что требует анализа таких личностных характеристик выпускника как профессиональная идентичность и профессиональное и личностное самосознание, профессиональная мотивация и ценности.

Теоретический анализ состояния проблемы психологической готовности к успешной адаптации выпускников к профессиональной деятельности позволяет выделить несколько направлений деятельности по формированию адаптационного потенциала выпускника вуза.

Первое – это организация психологического сопровождения студентов силами психологической службы вуза. Задача такого психологического сопровождения состоит в том, чтобы помочь сформировать «ориентационное поле развития», ответственность за свое профессиональное и личностное продвижение, научить адекватно оценивать и контролировать собственное становление в процессе профессионального обучения в вузе. В контексте данной работы решаются следующие задачи:

- диагностика сформированности компонентов личностного адаптационного потенциала студентов;
- формирование программ семинаров-тренингов развития адаптационных возможностей студентов в процессе обучения в вузе;
- формирование групп риска среди студентов и проведение серии индивидуальных занятий, направленных на развитие компонентов адаптационного потенциала.

В процессе обучения возможно проведение серии тренингов по развитию эмоционального интеллекта, умений и навыков саморегуляции в стрессовых ситуациях, а также проведение тренинга профессиональной адаптации для студентов старших курсов. Программа тренинга профессиональной адаптации для выпускников вуза направлена в основном на формирование личностной готовности будущего специалиста к эффективному решению адаптационных проблем в профессиональной деятельности. Она может включать такие вопросы как профессиональная идентичность и профессиональная мотивация будущего специалиста, образ будущей работы и анализ собственных опасений, самопрезентация при устройстве на работу и в процессе вхождения в новый коллектив.

Психолого-педагогическое сопровождение формирования адаптационного потенциала студентов в вузе не ограничивается рамками деятельности психологической службы. Образовательная среда вуза должна быть направлена на развитие профессионального и личного самосознания студента, формировать его рефлексивную и психологическую культуру. Можно выделить несколько направлений формирования рефлексивной культуры студента в вузе. Первое направление связано с формированием рефлексии через организацию учебной и исследовательской деятельности студентов. В рамках данного направления необходимо обучение студентов технологиям научно-исследовательской и творческой деятельности, а также организация педагогического общения в стиле сотрудничества, которое мотивировало бы совместное творчество не только при решении учебных задач, но и поиск решения личных проблем, связанных с собственным личностным развитием и профессиональным становлением.

Таким образом, можно выделить следующие пути формирования адаптационного потенциала студента в вузе:

- ориентация профессиональной подготовки на основе модели конкурентоспособного выпускника с учетом изменяющегося рынка труда;
- осуществление мониторинга личностного, социального и профессионального становления будущего специалиста, в том числе и мониторинг личностного адаптационного потенциала выпускника;
- формирование рефлексивной образовательной среды в вузе, направленной на актуализацию личностного и познавательного потенциала каждого студента;
- организация психологического сопровождения студентов в процессе их профессионального обучения, проведение индивидуальной и групповой коррекционной работы со студентами;
- организация общественной деятельности студентов и студенческого самоуправления, способствующих формированию мировоззрения, принятию норм поведения, социальной мобильности, саморазвитию и самоопределению.

Список литературы

1. Авраменко В.Г. Личностный адаптационный потенциал как фактор успешной адаптации выпускника вуза. Вестник МГАДА, 2011, №3(9), с.157-165.
2. Аврамова Е., Кулагина Е., Верпаховская Ю. Поведение молодых специалистов на рынке труда: новые тенденции // Человек и труд. - 2007. - N 9. - С. 41 - 4.
3. Вражнова М. Проблемы адаптации молодых специалистов в условиях "вуз - производство" // Высшее образование. - 2007. - N 5
4. Гоулман Д.. Бояцис Р., МакКи Э. Эмоциональное лидерство. Искусство управления людьми на основе эмоционального интеллекта. М, Альпина Паблишерз, 2010
5. Деревянко С.П. Роль эмоцинального интеллекта в процессе социально-психологической адаптации студентов. http://www.eq-rating.ru/content/ view/ 18/2/)
6. Завьялова Е.К. Психологические механизмы социальной адаптации человека //Вестник Балтийской педагогической академии./СПб.2001, вып.40, с.55-60
7. Корнилова А.П. Саморегуляция человека в условиях социального перелома. //Вопросы психологии, 1995, № 5, С.69-89
8. Карпов А.В. психология рефлексивных механизмов деятельности. М,, Изд-во Институт психологии РАН, 2004.
9. Кулюткин Ю.Н. Рефлексивная регуляция мыслительных действий // Психологические исследования интеллектуальной деятельности / под ред. О.К.Тихомирова. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1979. С. 22–28
10. Маклаков А. Г. Личностный адаптационный потенциал: его мобилизация и прогнозирование в экстремальных условиях // Психологический журнал. Т. 22. 2001. №16
11. Мельникова Н. Н Стратегии поведения в процессе социально-психологической адаптации: Автореф. Дис….канд. психол. наук.-СПб.,1999.
12. Налчаджян А. Социально-психическая адаптация личности (формы, механизмы и стратегии). Издательство АН Армянской ССР. Ереван. 1988.

НАУЧНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ СОЦИАЛЬНОЙ УСПЕШНОСТИ СОВРЕМЕННЫХ СТУДЕНТОВ

Булыгина Юлия Сергеевна
Алтайский Государственный Университет, Г.Барнаул

SCIENTIFIC PSYCHOLOGICAL APPROACH TO THE PROBLEM OF SOCIAL SUCCESS OF TODAY'S STUDENTS
Bulygina Iuliia Sergeyevna, Altay State University, Barnaul

АННОТАЦИЯ

В статье рассматриваются теоретико-методологические основания изучения социальной успешности современных студентов в психологической науке. На основе анализа научной литературы выделяются критерии социальной успешности студентов.

ABSTRACT

The article discusses the theoretical and methodological bases of the study, today's social success of students in psychological science. Based on the analysis of the scientific literature highlighted the criteria of social success of students.

Ключевые слова: успешность; социальная успешность студентов; критерии социальной успешности.

Keywords: success; social success of students; criteria of social success.

Ускорение темпа жизни, повышение жестких требований к эффективности человека в современном мире формирует потребность в социальной успешности, которая начинает направлять поведение и деятельность человека. Особенно важной, проблематика социально-успешной личности становится центром внимания студенческого возраста. Именно в этом возрасте происходит овладение полным комплексом социальных ролей взрослого человека: гражданских, профессионально-трудовых и др.

С этим периодом связано начало «экономической активности», под которой демографы понимают включение человека в самостоятельную производственную деятельность, начало трудовой биографии и создание собственной семьи [8].

Следует отметить, что проблема успеха и успешности, социальной успешности в психологии не получила целостного изучения. Исследователи выделяют лишь некоторые аспекты этого явления: механизмы формирования установки на успех в больших и малых сообществах (Д. Макклелланд), поведение, направленное на успех как частный вид человеческой деятельности (В. Фридрих, А. Хофман), мотив стремления к успеху и мотив избегания неуспеха (Дж. Аткинсон), потребность в достижении, в успехе как одна из фундаментальных социальных потребностей человека (Ю.М. Орлов), четыре основные формы успеха (Г.Л. Тульчинский).

Теоретические разработки проблематики социальной успешности в психологической науке можно обнаружить в субъектно-деятельностной концепции С.Л. Рубинштейна, в работах А.Р.Тугушуева, Е.И. Климова, О.И. Родиной, В.И. Степанского.

Начальный период исследования проблемы успеха и неудачи продолжался с конца XIX-го в. до 30-х гг. XX-го в. Основная часть исследований, по мнению Н.А. Батурина, была связана с изучением влияния на человека похвалы и порицания, которые в то время нередко отождествлялись с успехом и неудачей. Специальные научные исследования успеха и неудачи начались в 1930-х гг. как в нашей стране, так и за рубежом. Однако данные исследования носили фрагментарный характер, основные сведения о психологическом содержании интересующих нас понятий были получены не столько в результате специальных исследований, сколько при изучении других психологических явлений (положительных и отрицательных эмоций, уровня притязаний, мотивации достижения) [2].

В исследовании Н.А. Батурина выявлено, что в современных научных работах понятие «успех» трактуется неоднозначно и чаще всего используется в следующих трех основных значениях: 1) как интегральная оценка достигнутого результата, который равен или выше нормативного уровня или социального стандарта; 2) как интегральная оценка собственного результата, который соотносится с уровнем личной цели субъекта деятельности; 3) как особое нервно-психическое состояние, возникающее у человека вследствие достижения высокого и значимого для него результата. Первое значение, по Н.А. Батурину, связано с объективной оценкой результата деятельности другого человека, второе – с субъективной оценкой собственной деятельности и третье значение относится к состоянию, возникающему у человека в момент достижения высокого результата [2].

Российский психолог Г.А. Тульчинский выделяет четыре основные формы успеха: 1) результативный успех, приносящий личности некоторое социальное признание, «популярность»; 2) успех, выражающийся для личности в признании со стороны «значимых других»; 3) успех — преодоление трудностей в форме самоопределения; 4) успех — реализация призвания, когда прежде всего значимы не результат, а сама деятельность [11].

Н.В.Лейфрид полагает, что следует различать понятия «успех» и «успешность» [3, с. 95]. Если в понятии «успех» фиксируют объективные достижения, то в понятии «успешность», как полагает Н.В. Лейфрид, отражено чувство переживания успеха. Н.В. Лейфрид пишет о том, что объективные показатели (материальное благополучие, социальный статус) с психической точки зрения часто бывают недостаточными для признания человека успешным или неуспешным. В качестве основных субъективных критериев успешности он предлагает рассматривать ответственность, удовлетворенность, самореализацию, самоэффективность [3]. Для правильного понимания влияния успеха или неуспеха на ход деятельности С.Л. Рубинштейн предлагает различать: 1) объективную успешность или неуспешность, то есть эффективность или неэффективность действия; 2) успех или неуспех действующего лица. По мнению С.Л. Рубинштейна, успех или неуспех действующего лица может быть понят как чисто личный успех или как успех определенного общественного дела [6, с.472].

С.Л. Рубинштейн пишет, что «познание есть в известном смысле непрерывный процесс размежевания субъективного и объективного, преодоления субъективного и выявления объективного, переход от субъективного к объективному». Ученый указывает, что «основное свойство бытия, сущего в мире, в котором есть человек, заключается в том, чтобы являться человеку, выступать в чувственной данности, быть данным в ощущении». При этом «восприятие выступает как «составная часть» (компонент) реального взаимодействия человека с миром» [5].

Е.К. Климова указывает на следующие критерии успешности деятельности: производительность труда, качество продукции, скорость, безошибочность трудовых действий [2, с.60]. О.Н. Родина в качестве критерия успешности трудовой деятельности психолога рассматривает достижение высокого уровня профессионализма. Она полагает, что успешность деятельности можно оценить, как с учетом внешних оценок, так и самооценки. На основе анализа ее работы можно выделить следующие направления оценки:

1) результативность и эффективность взаимодействия с коллегами;
2) эффективная помощь другим людям;
3) вклад в развитие науки;
4) удовлетворение потребностей субъекта в его деятельности;
5) вознаграждение за труд [4].

В.И. Степанский также выделяет субъективные и объективные критерии успешности. Объективные критерии успешности предъявляются извне. Субъективный критерий успешности – один из важнейших звеньев саморегуляции деятельности, с помощью которого человек оценивает получаемые результаты, учитывая при этом как объективные требования, предъявляемые извне, так и свои собственные притязания наряду с психическими и физическими возможностями реализации поставленных целей. Регуляторная функция субъективного критерия успешности заключается в установлении границ между реальными и запланированными результатами [7].

По мнению А.Р. Тугушевой, социальная успешность – это социально-психологическое явление, включающее оценочные суждения об эффективности личности, ее социально-психологической деятельности и поведении в социальном пространстве. А.Р. Тугушева пишет о том, что успешность рассматривается как особая направленность личности с характерными для нее: 1) мотивацией на достижение; 2) ценностями; 3) коммуникативными навыками;4) когнитивными способностями; 5) умением контролировать эмоции [9].

Социальная успешность рассматривается ученой как совокупность качеств личности, связанная с удовлетворением относительно своего положения в социальном окружении, а также как результат интеграции человека в данную социальную среду [10].

Структура представлений о социальной успешности, согласно А.Р. Тугушевой, состоит из:

а) приписываемых человеку характеристик личности;

(целеустремленность как стремление достичь цели, несмотря на трудности, уверенность, коммуникабельность, желание развивать себя);

б) социально-профессиональных категорий (наличие любимой работы, стремление сделать карьеру);

в) социально статусных категорий (положение в обществе, способность оказывать влияние);

г) категорий, характеризующих значимость роли близких людей, их поддержки (семья, друзья) [9].

Таким образом, проведя теоретико-методологический анализ литературы по проблеме социальной успешности, можно сделать вывод, что многими исследователями выделяются как субъективные, так и объективные критерии успешности в различных видах деятельности, но при этом отсутствует четкая классификация критериев социальной успешности.

В связи с актуальностью рассмотрения критериев социальной успешности современных студентов мы провели опрос, направленный на выделение критериев изучаемого явления.

В опросе приняли участие 50 студентов психологов в возрасте от 18 до 23 лет. Испытуемые отвечали на открытый вопрос: «Каковы критерии социальной успешности современного студента?». Полученные результаты были подвергнуты контент-анализу, с помощью которого были выделены следующие субъективные критерии социальной успешности молодых людей, обучающихся в вузе: хорошая успеваемость в учебной деятельности, наличие увлечений и хобби, ведение здорового образа жизни (спорт, здоровый сон, правильное питание), широкий круг общения, наличие молодого человека\девушки, уважение среди других студентов и преподавателей, наличие работы, активная общественная жизнь, активное участие в научной деятельности (написание статей, участие в конференциях), ухоженный и привлекательный внешний вид, любознательность, саморазвитие, наличие разнообразных стремлений и планов на будущее, умение решать свои проблемы и принимать самостоятельные решения.

Таким образом, студенты психологи, в представлении критериев социально-успешных студентов обращают свое внимание прежде всего на личностные качества, на учебную деятельность, на сферу межличностных отношений, на профессиональную сферу деятельности, на характер социальных отношений, внешний облик, на активную деятельность внеучебной сферы.

Выделенные критерии соотносятся со структурой представления о социальной успешности в работах А.Р. Тугушевой с такими выделенными ею категориями, как, а) приписываемые человеку характеристики личности; б) социально-статусными категориями; в) социально-профессиональными категориями; г) значимость роли близких людей.

Следует отметить, что основными характеристиками студенческого возраста, отличающих его от других групп населения являются высокий образовательный уровень, высокая познавательная мотивация, наивысший уровень социальной активности и достаточно гармоничное сочетание интеллектуальной и социальной зрелости, что в свою очередь находит подтверждение в выделенных нами критериях социальной успешности студентов.

Таким образом, можно сделать вывод о актуальности проблемы изучения социальной успешности, но в связи с недостаточностью изученности данной проблематике в психологии, необходимо дальнейшее проведение разнообразных эмпирических исследований с целью разработки программ психологического сопровождения обучения в вузе.

Литература

1. Батурин, Н. А. Психология успеха и неудачи / Н. А. Батурин. Челябинск: Изд-во Южноурал. гос. ун-та, 1999. -100 с.
2. Климова Е.К. Психологические критерии успешности предпринимательской деятельности. Дис.. кан.психол.наук.Калуга,2004.
3. Лейфрид Н.В. Ответственность как личностная детерминанта представлений об успешном человеке: Дисс..канд.психол.наук. Омск, 2005.
4. Родина О.Н. О понятии «успешность трудовой деятельности» // Вестник Московского университета. Сер.14: Психология.1996 № 3. С 60-67.
5. Рубинштейн С.Л. Бытие и сознание. СПБ.2012.
6. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. М.,2007.
7. Степанский В.И. Влияние мотивации достижения успеха и избегания неудачи на регуляцию деятельности // Вопросы психологии.1981 № 6.с.59-75.
8. Столяренко Л.Д. Основы психологии. Издание 3-е, переработанное и дополненное. - Ростов-на-Дону: «Феникс»,2000.
9. Тугушева, А. Р. Влияние представлений о социальной успешности на профессионально-личностное самоопределение / А. Р. Тугушева // Вестник Костромского гос. ун-та им. Н.А. Некрасова.
10. Тугушева, А. Р. Особенности образа социально успешного человека в представлениях молодежи / А. Р. Тугушева // Пробл. социал. психологии личности. Саратов: Изд-во Сарат. ун-та. - 2006. - Вып. 3. - С. 87-93.
11. Тульчинский, Г. Л. Разум, воля, успех: О философии поступка / Г. Л. Тульчинский // Л.: Изд-во ЛГУ, 1990. - 214 с.

ФЕНОМЕН ХАРИЗМЫ КАК ПРЕДМЕТ ДИСКУССИЙ В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ И ЗАРУБЕЖНОЙ ПСИХОЛОГИИ

Гроза Ирина Владимировна,
кандидат пс. наук, доцент, Ленинградский государственный университет им. А.С.Пушкина (ЗФ)

CHARISMA PHENOMENON AS A MATTER OF DEBATES IN THE DOMESTIC AND FOREIGN PSYCHOLOGY
Groza Irina, Candidate of Science (psychology), Assistant professor of Pushkin Leningrad State University (PD)

АННОТАЦИЯ

Статья посвящена исследованию феномена харизмы в зарубежной и отечественной психологии. Использован метод анализа научной литературы по проблеме исследования. Сделан вывод о необходимости дальнейшего теоретического и экспериментального изучения харизматических качеств представителей различных социальных сфер (экономики, науки, политики, искусства, спорта, медицины, образования и др.).

ABSTRACT

The article investigates the phenomenon of charisma in foreign and domestic psychology. The author uses scientific literature analysis method on the study, and comes to conclusion that there is a tremendous need for further theoretical and experimental study of the charismatic qualities of representatives in different social spheres (economy, science, politics, arts, sports, medicine, education, etc.).

Ключевые слова: харизма; харизматический лидер; харизматическая одаренность.

Keywords: charisma; charismatic leader; charismatic talent.

Психологическая трактовка феномена харизмы в зарубежной и отечественной психологии характеризуется разночтением и недостаточной операционализацией. Вероятно, это и обусловливает остроту и длительность дискуссий о природе, детерминантах и психологических проявлениях харизматических личностей в различных социальных сферах. Харизматическая проблематика в настоящее время обрела статус модной и востребованной, она украшает научные и публицистические статьи, выступления публичных лидеров, специалистов по рекламе, имиджу, пиару.

Дискуссии являются показателем не только сложности и многозначности харизмы, но и свидетельством ее возрастающей востребованности в науке и в массовом сознании. Дискуссии выполняют функцию психологического средства, актуализирующего научный интерес харизмы как психологического явления.

М. Вебер – один из первых исследователей харизмы – трактовал ее как незаурядное качество личности, которая обладает особыми силами и свойствами, недоступными для других. Содержательным элементом понятия харизмы он считал нечто исключительное и образцовое. М. Вебер трактовал харизму, прежде всего, как продукт воображения окружающих. Вероятно, поэтому, в течение длительного времени к харизматическим личностям относили лишь основателей мировых религий, великих государственных и военных деятелей. Харизматический лидер обладает особыми дарованиями, в частности, способностями и исключительными волевыми качествами [2;8]. Свойство харизмы относительно безразлично к роду деятельности и морально-этическому содержанию этой деятельности: это с равным успехом может быть и признаваемый святым пророк, и человек, ответственный за массовые военные преступления [6].

Некоторое представление о харизме дает работа Э. Кречмера «Строение тела и характер» [4]. Разбирая особенности различных конституций, которые присутствовали у описанных им личностных типов, он систематизировал их, выделяя ряд пропорций, свойственных харизматическим лидерам. Первая харизматическая пропорция – эманативное/эремитическое (emanatio – лат. истечение, eremita – лат. отшельник). Он считал, что в харизматическом облике сочетаются движение вовне – агрессивно-пропагандистское, направленное на завоевание новых последователей и пространств, с движением внутрь, связанным с неким тайным знанием, особого рода умудренностью, недоступной нехаризматическим лицам. Другой контекст для пропорции эманативное/эремитическое составляет ситуация двойственности бойцовской позиции. С одной стороны, харизматический лидер – всегда боец, с другой, желательно, чтобы при этом он был бы еще и жертвой. Всегда неплохо, когда есть потребность сплотиться не только вокруг идей и проектов лидера, но и еще ради защиты его от экзистенциального врага. Без эпизодов гонений и преследований в биографических повествованиях, иначе говоря, без персекуторной (persecutio – лат, преследование) части харизмы никак не обойдешься, если заботишься о завершенности и полноте харизматической ситуации [4;8].

С.Московичи считал, что популярность харизмы связана с неточностью и неясностью этого феномена, она «будит в нас таинственные отзвуки». По его мнению, харизматический дар действует как «символическое плацебо», которое производит желаемый эффект на того, кто входит в контакт с его носителем. Харизма придает ее обладателю знак чрезвычайной значимости, исключительности и неистовой силы. Сохраняют научную значимость и выделенные С.Московичи психологические паттерны «харизматического вождя». Среди них: одновременная привлекательность и угроза, способность защищать и пугать, способность вызывать противоречивые чувства любви и ненависти, вызова и отвращения, эмоционального подъема, возбуждения, высокой активности, а также высокая ценность личностных качеств харизматической личности [5;8].

Вместе с позитивным влиянием все исследователи указывали на способность харизматической личности подчинять себе остальных. При этом подчинение целостное, не требующее ни награды, ни оплаты, отказывающееся от собственной воли в пользу воли харизматической личности.

К числу работ, непосредственно посвященных харизме, относятся исследования А.И.Сосланда, М.Вебера, А.Вебера, С.Московичи, А.Швейцера, А.Уиллнера, Т.Домбровского, И.Шиффера, Н.Энкельмана, Г.Тарда и др.

Незначительное количество исследований, непосредственно направленных на изучение харизмы, значительно расширяется за счет ее контекстного осмысления внутри проблем психологии личности, межличностных отношений, карьерной успешности, психологии свободы, психологии успеха, авторитета, власти, честолюбия, лидерства, и др. Вероятно, это закономерно, так как согласно мнению большинства исследователей, маргинальность самого феномена харизмы и кризисная ситуация, сложившая в мире в целом, повышает интерес к харизматическим личностям.

Таким образом, харизматической личностью становится тот, кто может убедить других в том, что он таковым является. Харизматическая одаренность может проявляться в разной степени. Действия человека, обладающего, харизмой, непременно должны быть успешны и приводить к эффективному результату [7;9]. Харизма – это власть, построенная на силе личных качеств или способностей лидера. Это значит, что харизматическое влияние является целиком личностным. Создается впечатление, что харизматическая личность излучает энергию и заряжает ею окружающих людей. Харизматический лидер, не обязательно красив, но привлекателен, обладает хорошей осанкой и прекрасно держится, проявляя при этом независимость характера, незаурядные риторические способности, достойную и уверенную манеру держаться, умение общаться, привлекать внимание и восхищать своей личностью. Он чувствует себя комфортно, когда другие выражают им восхищение, нисколько не впадая в надменность или себялюбие. При этом он выглядит собранными и владеющими ситуацией [1;9].

Если харизматическому лидеру продолжительное время изменяет успех, то его харизматический авторитет может исчезнуть. Успех формирует харизму, порождает ожидания, которые способствуют новым успехам. Таким образом, возникает то, что называют харизматическим кругом: успех – харизма – успех – усиление харизмы – успех и т.д. Этот круг, конечно же, прерывается, когда выпадает звено успеха [3].

Характер харизмы таков, что главное для его обладателя – ее публичный характер, поскольку именно публичность способствует возникновению харизмы. К сожалению, случаются и неудачи, которые порой невозможно скрыть, поэтому харизматический лидер должен уметь любое поражение обращать себе на пользу, то есть владеть процедурой, которую можно обозначить как харизматическая утилизация.

Весьма важный аспект харизмы – временная и пространственная избирательность. Почти всегда на лидерскую роль есть большое количество претендентов, из которых, так или иначе, отбираются немногие. К сожалению, нельзя быть харизматическим всегда и для всех. Существует нечто такое, что можно обозначить метафорой «харизматическая волна», на которую потенциальный последователь может настроиться, но может этого и не сделать. Без определенного созвучия носителя харизматических черт и его возможных последователей все разговоры о каком-либо влиянии становятся невозможными.

Другую метафору, которая могла бы кое-что прояснить, можно обозначить как «харизматическая ниша». Как идеология, так и образ нового лидера должен отвечать на определенный вызов времени, предлагая решение актуальных задач. Потенциально харизматические свойства и идеи, жадно воспринимаемые в какой-либо одной (исторической или корпоративной) ситуации, могут оказаться совершенно невостребованными в другой. Выбор идей и стратегий точно так же ограничен конкретной ситуацией, как выбор маски и имиджа своеобразием конкретной личности. Границы ниши очерчены порой достаточно жестко, и многое зависит от умения хорошо в них вписаться. Итак, волна и ниша – это метафоры, определяющие довольно приблизительно пространственные и временные рамки функционирования харизмы. Надо ясно понимать, что харизма – это не навсегда. В сущности, харизматический лидер – это тот, кто смог оказать ограниченное влияние на некую группу людей в определенный ограниченный отрезок времени.

Харизматический охват может быть микросоциальным и макросоциальным. Иначе говоря, лидер может вести за собой большую группу последователей, скажем, в государственном масштабе – целую нацию, но также можно считать харизматическим человека, признаваемого исключительно одаренным небольшой по размерам группой [8]. Таким образом, харизма – это то знамя, которое несет в руках человек, возглавляющий какое-то массовое шествие людей. Подчинение лидеру основывается на личном доверии и определяется рамками представления индивида о харизме. Подчиняясь, люди идут не столько за человеком, сколько за харизмой, которая осеняет их своим влиянием и авторитетом. Власть харизматического лидера – это власть символа и, одновременно, того момента, когда этот символ поднят над толпой. Это власть человека яркого, но такая яркость идет не столько от человека, сколько от идущих за ним масс, наделяющих своей любовью и его, и несомое им знамя. Такая власть ситуативна: изменится ситуация, наступит иной момент, и такой лидер может быстро поблекнуть, утратить свое влияние [2;5; 8]. Таким образом, можно выделить две главные составляющие харизмы: удаленность от подчиненных (влияние возрастает пропорционально дистанции); наличие чего-то необычного, что порождает эмоциональное возбуждение последователей. У харизматического лидера нет равнодушных: его или любят, или ненавидят. Со времен М. Вебера, разделяются три варианта харизмы: харизма как символическое решение внутренних проблем; как защита от чужой власти через агрессию; как приписывание лидеру атрибутов, способствующих удовлетворению своих интересов. Власть харизмы может и не опираться на какие-либо «объективные» средства и возможности [2].

Сила харизматической личности заключается в том, что она обладает необыкновенными возможностями и привлекательностью в глазах публики, что она имеет в себе нечто, заставляющее других повиноваться. Нигде эта власть невозможна без языка. В данном случае лидер использует язык не только для того, чтобы отдавать приказы, но и для того, чтобы строить свой образ, который публика могла бы уважать и любить, которому могла бы подчиняться.

Образ харизматического лидера – это набор определенных качеств, которые люди ассоциируют с определенной индивидуальностью. Существует три группы таких составляющих. Прежде всего, это персональные характеристики лидера. К ним относятся его физические, психофизиологические особенности, его характер, тип личности, индивидуальный стиль принятия решений и т.д. Другая составляющая образа лидера – социальная характеристика, т.е. статус лидера, который связан не только с занимаемой позицией, но также и с происхождением, богатством и т.д. Со статусом тесно связаны модели ролевого поведения [9]. Кроме того, социальные характеристики включают связь лидера с различными социальными группами, с теми, интересы которых он представляет, с теми, которые поддерживают его и являются союзниками, а также с теми, которые являются его оппонентами и открытыми врагами. Социальная принадлежность в значительной мере определяет нормы и ценности, которых придерживается лидер. Образ лидера несет большую символическую нагрузку. Лидеры становятся знаками определенных идеологий, того или другого возможного будущего, определенного курса действий [8].

Многие исследователи отмечают существование некоторого качества, которое делает личность неотразимой в глазах других и позволяет осуществлять загадочное влияние, особенно в случаях непосредственного контакта. Г.Лебон [6], назвал – это «обаянием», М.Вебер [2] – харизмой. Это качество пытаются понять и объяснить многие ученые.

Социальные характеристики – достаточно подвижная часть имиджа лидера, тесно связанная с требованиями реальности. Каждый раз они конструируются заново на основе тщательного анализа сложившейся ситуации. Символические характеристики, напротив, являются крайне устойчивым и неизменным компонентам. Конструирование имиджа как символа занимает при этом первостепенное место и в силу своего постоянства легче, чем другие составляющие, поддается теоретическому обобщению. Черты и качества личности лидера, которые он должен демонстрировать публике, должны быть однозначны, четко определены, ярко выражены и довольно постоянны [1; 5].

Чтобы действия, которые лидер предпринимает или действительно провозглашает, были восприняты публикой с энтузиазмом, они должны отвечать двум условиям: быть достаточно решительными и поражать воображение. Помимо конструирования врагов и трудностей, лидеры имеют в своем распоряжении еще один способ продемонстрировать решительность своих действий. Это могут быть грандиозные планы и проекты, которые они либо воплощают в жизнь, либо же нет. Слушая обещания лидера, публика чувствует себя участницей истории, а лидер выглядит действительно исторической фигурой. [7].

Важнейшим качеством лидера является действенность. Однако ряд авторов подчеркивает, что центральным моментом здесь является не просто действие, но демонстрация того, что лидер видит проблемы, хочет с ними справиться и принимает на себя ответственность за положение дел. Руководитель только выигрывает от принятия ответственности, поскольку убеждает этим других, что он – лидер, что он способен справиться с проблемами. Действия лидера всегда должны оцениваться как успешные, правильные и победоносные. Людям свойственно подражать тому, кто достиг успеха [2].

По мнению, М. Вебера, лидер должен постоянно доказывать свою харизматическую миссию. Если он долгое время терпит неудачи, его авторитет может исчезнуть. Для этого типа лидерства характерна фанатичная преданность последователей руководителю. Ближайшие соратники лидера действуют исключительно от его имени и опираются на его авторитет. Харизматическое лидерство, таким образом, носит сугубо личностный характер [2]. А. Уиллнер, последовательница М.Вебера, выявила харизматические черты, которые свойственны харизматической власти. Она перечисляет четыре измерения: имидж лидера, согласие, сплочение и эмоции. А. Уиллнер определяет каждую из этих черт и выявляет то, каким образом каждая из них проявляет отношения харизматического лидера и его последователей [8].

Диапазон качеств, входящих в понятие харизма, достаточно широк. Ответ на вопрос, кого можно считать харизматической личностью, во многом зависит от субъективного восприятия. Харизматическая личность запрограммирована на успех. Ее мысленный настрой на достижение успеха становится привычкой. Харизма есть не что иное, как притягательная сила, излучаемая личностью, искусство завораживать других людей. Это объясняет, почему так расходятся мнения людей о том, кто обладает харизмой, а кто – нет. Человек, в присутствии которого мы чувствуем себя комфортно, к словам которого мы прислушиваемся, который нас вдохновляет и увлекает за собой, обязательно наделен харизматическими качествами. Личность, обладающая сильной энергетикой, умеющая убеждать, воодушевлять и мотивировать, вызывающая доверие, может оказывать воздействие на самые тонкие струны человеческой души [9].

Харизматический человек наделен властью. Это означает, что он оказывает влияние на мысли и действия других людей. Он может их воодушевлять, мобилизовать, оказывать им поддержку в достижении целей и решении проблем. В тесной связи с властью находится авторитет. Он формируется на базе общей заинтересованности объекта и субъекта власти и убежденности подчиненных в особых способностях руководителя. Авторитет представляет собой высоко ценимые качества, которыми подчиненные наделяют руководителя и которые детерминируют их повиновение без угрозы санкций или убеждения. Альфред Вебер предложил различать должностной, деловой и личный авторитеты. Должностной и деловой авторитеты являются частями личного авторитета, они могут усиливать последний, но не заменять его. Все харизматические лидеры обладают авторитетом. Человек, обладающий естественным авторитетом, воздействует на окружающих благодаря своим личным качествам. Достоинства лидера измеряются исключительно результатами. Неудачи в каком-либо деле, серия поражений и ошибок в его действиях – и сразу его авторитет слабеет. Харизма, потерпевшая поражение, уже не харизма [5].

Харизматические личности «изобретают» собственные «суперстратегии», позволяющие в ситуации дефицита времени рационально им распорядиться. Если бы харизматические личности не успели использовать свои психические и временные ресурсы, то они бы не имели столь высокого статуса. Изучение харизматических личностей связано с целым рядом сложных проблем. Среди

них: трудность, а зачастую невозможность получения информации непосредственно от этих личностей;

необходимость отделения объективных данных, связанных с особенностями жизненного пути харизматических личностей от лидеров, создаваемых конкурентами, поклонниками, друзьями, болельщиками и т.д. или ими самими; отсутствие однозначных критериев, позволяющих выявить меру (степень) харизматичности той или иной личности; недостаточное количество исследований, объясняющих природу возникновения харизмы, как социально-психологического феномена; невыявленность основных паттернов харизматической личности; отсутствие специальных исследований, направленных на изучение психических особенностей харизматических личностей. Время реального существования харизмы может не совпадать со временем реальной жизни человека, так как многие из харизматических лидеров получают свой статус за пределами своей жизни. Это чаще всего касается людей науки, политики, искусства.

В отличие от традиционных подходов, в настоящее время харизма рассматривается как социально-психологический феномен, который может быть сформирован и развит как усилиями собственной личности, так и представителями того сообщества, в которое она реально включена. Чаще всего это касается профессиональных групп, в которых харизматическая личность может проявить себя. Харизматическая личность имеет ряд психологических качеств, позволяющих ей занять наиболее высокий ранг и приобрести авторитет среди субъектов социального взаимодействия.

Основными детерминантами возникновения харизматической личности являются: социально-психологическая ситуация, в которой осуществляются основные этапы ее жизни и деятельности; наличие высокого уровня харизматических способностей или харизматической одаренности, дающие возможность личности выделиться; высочайший уровень профессионального мастерства в «своей» области (политике, экономике, искусстве, спорте, предпринимательстве, образовании, медицине и т.д.); культивирование исключительных личных качеств, дающих возможность создавать миф или легенду о себе.

Сегодня перспективным является понимание харизмы не как врожденной способности или заданных изначально свойств личности, а как совокупности психологических качеств, поддающихся коррекции и развитию. Это обусловливает необходимость дальнейшего теоретического и экспериментального изучения харизматических качеств успешных современников; выявление харизматических особенностей представителей различных социальных сфер (экономики, науки, политики, искусства, спорта, медицины, образования и др.), разработку психологических технологий и тренинговых программ, способствующих развитию харизматических качеств личности.

Список литературы

1. Бодалев А.А., Рудкевич Л.А. Как становятся великими и выдающимися? – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2003. – 287 с.
2. Вебер М. Избранные произведения. - М.: Изд-во Смысл, 1988. – 340 с.
3. Домбровский Т. Харизма. - Спб: Питер, 2002. – 192 с.
4. Кречмер Э. Строение тела и характер. - М.: Педагогика-Пресс, 1995. – 512с.
5. Курбатов В. Магия власти: харизма и реалии. – Ростов-на-Дону: «Феникс», 1996. - 544 с.
6. Лебон Г. Психология народов и масс. – Спб: Питер, 1995. – 540с.
7. Менегетти А. Психология лидера – М.: Агроконсалт, 1996. – 146 с.
8. Сосланд А. Фундаментальная структура психотерапевтического метода или как создать свою школу в психотерапии. – М: Логос, 1999. – 368 с.
9. Энкельманн Николаус Б. Харизма. Личностные качества как средство достижения успеха в профессиональной и личной жизни. – М.: АО «Интерэксперт», 2000. – 272 с.

ПРОБЛЕМА КЛИПОВОГО МЫШЛЕНИЯ ПРИ ОБУЧЕНИИ СТУДЕНТОВ В ВУЗЕ

Зудилина Ирина Юрьевна

кандидат псх. наук, доцент, Самарская государственная сельскохозяйственная академия, г. Кинель

THE PROBLEM OF CLIP THINKING WHILE TEACHING STUDENTS IN HIGH SCHOOL

Zudilina Irina, Candidate of Sciences, assistant professor, Samara state agricultural Academy, Kinel

АННОТАЦИЯ

Целью исследования явилось изучение особенностей клипового мышления в процессе обучения. Дана характеристика мышления как психологического процесса. Проведено сравнение особенностей клипового мышления с понятийным и ассоциативным мышлением. В ходе наблюдения обнаружены признаки клипового мышления у студентов. Сделан вывод о том, что наличие у студентов признаков клипового мышления создаёт значительные препятствия для формирования профессиональных знаний и не способствует качественной подготовке в вузе.

ABSTRACT

Research objective was studying of features of clip thinking in the course of training. The characteristic of thinking as psychological process is given. Comparison of features of clip thinking with conceptual and associative thinking is carried out. During supervision signs of clip thinking are found in students. The conclusion that existence at students of signs of clip thinking creates considerable obstacles for formation of professional knowledge is drawn and doesn't promote high-quality preparation in higher education institution.

Ключевые слова: мышление, понятийное мышление, ассоциативное мышление, клиповое мышление.
Keywords: thinking, conceptual thinking, associative thinking, clip thinking.

Подготовка современных специалистов, инновации в сфере образования с целью улучшения её качества направлены на обеспечение профессионального и личностного роста учащихся. Формирование профессиональных и личностных качеств, естественно, направлено на подготовку специалистов с тенденцией к созданию новых материальных и духовных ценностей. Созидательная и любая другая деятельность человека носит сознательный (разумный) характер и тесно связана с процессом мышления. Сегодня в средствах массовой информации, в научных публикациях можно встретить мнение, согласно которому у человека, успешно функционирующего в современном мире, формируется, так называемое, «клиповое мышление». Особенности данного типа мышления часто обсуждаются на всевозможных форумах в интернете. Поэтому определённый интерес вызывает изучение этого феномена для осуществления эффективного обучения будущих специалистов. Целью исследования является изучение особенностей клипового мышления у студентов в процессе обучения. Реализация данной цели предполагает: 1. Выявление основных характеристик мышления как психологического процесса. 2. Сравнение особенностей клипового мышления с понятийным и ассоциативным мышлением. 3. Выявление признаков клипового мышления у студентов.

Мышление - это высшая форма познавательной деятельности человека, социально обусловленный психический процесс опосредованного и обобщенного отражения действительности, процесс поисков и открытия существенно нового. Главными особенностями протекания процесса мышления являются: обобщенное и опосредованное отражение действительности; связь с практической деятельностью; неразрывная связь с речью; наличие проблемной ситуации и отсутствие готового ответа.

В целом психологическая природа мышления, его типы и особенности широко рассматриваются психологами: К.А. Абульхановой - Славской, А.В. Брушлинским, Л.С. Выготским, П.Я. Гальпериным. В.В. Давыдовым, А.Н. Леонтьевым, С.Л. Рубинштейном, Д. Б. Элькониным. М. Г. Ярошевским, С. К. Гураль и др. В их трудах рассмотрены проблемы соотношения труда и мышления в филогенезе человека, роли эмоций и мыслительной деятельности, единства мышления как необходимо развёртывающегося процесса и сознательно формируемой культуры, проблема роли природных закономерностей в развитии мышления. [1, с.32-41], [2, с.23-76], [5, с.5-12], [6, с.4-10].

Мышление, как и другие познавательные процессы человека, обладает рядом специфических качеств: быстрота мышления - способность находить правильные решения в условиях дефицита времени; гибкость мышления - умение изменять намеченный план действий при изменении обстановки или изменении критериев правильного решения; глубина мышления - степень проникновения в сущность изучаемого явления, способность выявлять существенные логические связи между компонентами задачи. Перечисленные качества мышления являются неотъемлемой частью мыслительного процесса при осуществлении профессиональной деятельности, а необходимой составляющей в данном процессе и при получении профессии является наличие понятийного мышления.

Понятийное мышление - вид мышления, где используются понятия и логические конструкции. Понятийное мышление в сравнении с наглядно-действенным и наглядно - образным мышлением - более поздний этап развития мышления как в истории человечества (в филогенезе), так и в процессе развития конкретного человека (в его онтогенезе). Понятийное мышление не врожденно и не развивается само по себе, оно развивается у детей в школьном возрасте (сначала в простейших формах) на основе их практического и наглядно-чувственного опыта. Понятийное мышление использует богатый арсенал мыслительных операций, среди которых выделяют: анализ, синтез, сравнение, абстрагирование, обобщение, систематизацию. Другие важные мыслительные операции, обязательные для понятийного мышление, это представление, "причина - следствие", "цели - средства", "тезис - обоснование - вывод". Чем более развито понятийное мышление, тем в большей степени вы являетесь человеком разумным, тем легче вас понимают люди и, тем успешнее вы справляетесь с жизненными задачами.

Понятие является специфическим содержанием мышления. Формирование понятий, как отмечает Н.Ф.Талызина, представляет собой активную деятельность, направленную на решение познавательных задач. В отличие от представлений и житейских понятий, научные понятия отражают не непосредственные чувствительные свойства предметов, а их общие и существенные объективные отношения. Значение научных понятий раскрываются только в их системе, через их отношения, которые отражают объективные связи вещей и явлений. Эти связи обнаруживаются не непосредственно, а в процессе деятельности. Источником научного понятия являются не сам чувственный опыт, а определенные действия, которые путем преобразования предметов обнаруживает в них новые отношения и свойства. Свойства, необходимые для реализации определенных функций, называются функциональными. Научные понятия выделяют и закрепляют функциональные свойства вещей и явлений [8, с.146-198].

Обращаясь к понятию «клиповое мышление» следует заметить, что общепринятого определения не сформулировано. Под данным термином понимается привычка воспринимать мир посредством короткого, яркого, предельно артикулированного посыла, воплощенного в форме или видеоклипа, или теленовости, или в любом другом виде [3, с.110-112].

Появление клипового сознания во многом обусловлено процессом глобализации. В 2010 году культуролог К.Г. Фрумкин выделил пять предпосылок, породивших феномен «клиповое мышление»:

1) ускорение темпов жизни и напрямую связанное с ним возрастание объема информационного потока, что порождает проблематику отбора и сокращения информации, выделения главного и фильтрации лишнего;
2) потребность в большей актуальности информации и скорости ее поступления;
3) увеличение разнообразия поступающей информации;
4) увеличение количества дел, которыми один человек занимается одновременно;

5) рост диалогичности на разных уровнях социальной системы [8].

Потребность людей общаться, являясь при этом носителями различных языков, может удовлетворяться лишь с помощью перевода понятий на знакомый язык. В этом случае на помощь приходит символ, который позволяет с лёгкостью воспринять информацию даже малограмотному человеку. Символизация информации на сегодняшний день является практически главным способом подачи информации масс-медиа и способствует формированию клипового мышления у молодого поколения. Человек всё чаще получает из СМИ информацию, которая не может быть воспринята без использования собственных знаний человека (вкладываемых им в значение символа при его восприятии), но при этом не требует размышления. Необходимо помнить, что мозг человека способен воспринимать и обрабатывать ограниченное количество информации, тогда как поток информации в современном мире постоянно увеличивается. Как следствие - формируется агрессивный вид самозащиты, привычка к «клиповому мышлению», для которой характерны высокая скорость восприятия образов без акцентирования деталей, антирефлексивность. То есть при помощи «клипового мышления» человек спасается от того потока информации, который обрушивается на него. По – мнению О.В. Барсуковой, обладатель клипового мышления оперирует только смыслами фиксированной длины и не может работать с семиотическими структурами произвольной сложности. Внешне это проявляется в том, что человек не может длительное время сосредоточиваться на какой-либо информации и у него снижена способность к ее анализу [4, с.1111-1118]. При клиповой форме подачи материала переход между фрагментами информации становится возможен в разных направлениях, а каждый из них может быть связан с произвольным количеством других информационных фрагментов. Таким образом мыслительный процесс приобретает признаки ассоциаций. Однако закономерности протекания мыслительного процесса не сводимы к ассоциативным связям и законам, определяющим протекание ассоциативных процессов (законы ассоциации по смежности в пространстве и во времени).

Первое существеннейшее отличие мыслительного процесса от процесса ассоциативного заключается, как утверждает С.Л.Рубинштейн, в том, что течение мыслительного процесса направленно. При ассоциативном процессе протекает ряд субъективных представлений, независимых от субъекта; ассоциативный процесс лишен целенаправленности. Каждое представление может по ассоциации вызвать любое из представлений, с которыми оно при своем появлении находилось в пространственной или временной смежности, а таких представлений обычно бывает множество. Таким образом, основанная на ассоциации связь между исходным представлением и последующим не однозначна: процесс лишен направленности, в нем нет регулирующей его организованности. Характеры протекания элементарного ассоциативного процесса и высшего мыслительного процесса так существенно различны, что сведение второго к первому совершенно неправомерно.

Исследование наличия признаков клипового мышления проводилось среди студентов 4 и 5 курса при преподавании гуманитарных дисциплин. Данная категория студентов в скором будущем будет выполнять непосредственно профессиональную деятельность, именно поэтому заинтересовала нас в большей степени. Использование таких методов исследования как беседа, наблюдение на практических и семинарских занятиях, на зачёте у студентов обнаружены следующие признаки клипового мышления:

1. Плохо развита долговременная память, в основном используется кратковременная память, в результате изучаемый материал быстро забывается.
2. Самостоятельное воспроизводство учебного материала на память, без использования подручных средств (конспект, телефон), значительно затруднено. Студенты пытаются воспроизводить материал с помощью чтения, что свидетельствует о непонимании смысла текста и о неразвитости словесно-логической памяти. Также об этом свидетельствует неспособность многих студентов приводить наглядные примеры, раскрывающие смысл изучаемого, неспособность правильно и красиво говорить.
3. Плохо развита концентрация и устойчивость внимания, что усложняет процесс усвоения учебного материала со сложной логической конструкцией.
4. Плохо развиты такие мыслительные операции как анализ, синтез, обобщение, что приводит к неумению выделять главное в учебном материале. Выполняя реферат, студенты склонны скачивать материал из интернета, а не конструировать текст самостоятельно, при этом не понимая, что текст плохого качества и не раскрывает заданную тему.

Таким образом, наличие у студентов признаков клипового мышления создаёт значительные препятствия для формирования профессиональных знаний и не способствует качественной подготовке в вузе. Однако в силу недостаточной изученности «клипового мышления» нельзя утверждать, что существуют только негативные моменты данного явления. Безусловно, есть сферы, где использование клиповых стратегий подачи информации имеет свои плюсы. Например, это создание рекламы. Считаем, что научный интерес могут представлять исследования по использованию клипового мышления в профессиональных сферах, где необходимы быстрые, молниеносные принятия решений.

Список литературы

1. Абульханова, К. А. Сознание как жизненная способность личности // Психологический журнал. - 2009. Т. 30, № 1. - С. 32 - 41.
2. Абульханова, К. А. Субъект в философской антропологии и онтологической концепции С.Л. Рубинштейна // В кн.: Сергей Леонидович Рубинштейн / отв. ред.: К. А. Абульханова; науч. ред.: К. А. Абульханова. - М.: РОССПЭН, 2010. С. 23-76.
3. Азарёнок, Н.В. Клиповое, сознание и его влияние на психологию человека в современном мире. // Материалы Всероссийской юбилейной научной конференции, посвящённой 120-летию со дня рождения С.Л.Рубинштейны «Психология человека в современном мире» Том 5. Личность и группа в

условиях социальных изменений. / Отв. Ред. А.Л.Журавлёв. – М., 2009. – С.110-112.
4. Барсукова, О.В. Медиаобразование как фактор развития личности ребёнка в условиях трансформации информационного пространства // Вестник ТГТУ. 2011. Том 17, № 4 – С. 1111-1118.
5. Гураль С.К. Язык и мышление. Феномен «сложного» мышления // Язык и культура. - 2008. - № 3. - С. 5-12.
6. Обухова, Л.Ф. Теория П. Я. Гальперина — становление новой отрасли психологии // Культурно-историческая психология - 2010/4. - С. 4-10.
7. Талызина, Н.Ф. Управление процессом усвоения знаний. - М., 1984. - Гл.3 - С.146-198.
8. Фрумкин, К.Г. Клиповое мышление и судьба линейного текста. // Ineternum 2010. – №1. – Режим доступа: [http://nounivers.narod.ru/pub/kf_clip.htm] от 02.01.2012.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ХАРАССМЕНТ КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Клейберг Ю.А.,
доктор психологических наук, доктор педагогических наук, профессор (Московский государственный областной университет, Москва)

PSYCHOLOGICAL HARASSMENT AS A FACTOR IN THE DEVELOPMENT OF DEVIANT BEHAVIOR
Yu. A. Klayberg, Doctor of Psychological Sciences, Doctor of Pedagogical Sciences, Professor, (Moscow State Regional University, Moscow)

АННОТАЦИЯ

В статье представлен девиантологический аспект особенностей психологического притеснения (харассмента) в подростково-молодежных субкультурах, ориентированных на девиантное (криминальное) поведение. Раскрыта феноменология, представлены типологические признаки психологического притеснения в подростково-молодежных субкультурах и дана им характеристика. Особое внимание уделено механизмам формирования девиантного поведения у пострадавших подростков от психологического харассмента.

Ключевые слова: психологическое притеснение, подростково-молодежная субкультура, девиантное поведение.

ABSTRACT

The deviantological aspect of features of psychological oppression (harassment) in the teenage and youth subcultures focused on deviant (criminal) behavior is presented in article. Disclosed phenomenology, presented typology signs of psychological harassment in juvenile and youth subcultures and given them a description. Particular attention is paid to the mechanisms of formation of deviant behavior for the injured teenagers from psychological oppression among adolescents affected by harassment.

Keywords: psychological harassment, juvenile and youth subculture, deviant behavior.

Современные рыночные нововведения и катаклизмы, к сожалению, по многим позициям занизили социальную значимость самого субъекта рыночных отношений – человека (хотя декларируется совсем другое), что во многом определяется его адаптивностью к ситуациям рынка, умением зарабатывать деньги любым способом. Материальные ценности заполняют умы многих, они становятся все большей самоценностью и постепенно вытесняют духовные интересы из жизни человека. Статистика (в большей степени исследовательская, нежели официальная) свидетельствует о нарастающем кризисе духовности, интересов, ценностей, ориентиров в обществе и т.п.; наблюдается нарушение потребностей и интересов различных категорий граждан, растет насилие, жестокость, ущемление прав и свобод слабо защищенных слоев населения. В России появился современный социальный слой «обиженных людей» (the offended people), больше всего страдающих от притеснения: старики, дети, пенсионеры и инвалиды, беспризорные и безработные, социальные сироты и бомжи, воспитанники интернатных учреждений и осужденные, почти все работники госбюджетной сферы (учителя, ученые, врачи, работники культуры), то есть все те, кто имеет зарплату ниже прожиточного уровня или получает ее с большими задержками.

Подростковый и юношеский возраст, как наименее социально и психологически защищенный слой населения, чаще всего становятся объектом унижения и притеснения, как со стороны взрослых, так и со стороны сверстников. Это возраст «мятущийся», как сказал классик, окрыленный иллюзорной романтикой отношений, эпатажный, конфликтующий, постоянно находящийся в поиске альтернатив своего бытия, стремящийся к самореализации, востребованности, социальному и жизненному росту. Это время, в том числе, и брутальной адаптации[1],

[1] **Брутальный** (в современном понимании) – это суровость, черствость, жесткость характера, но не жестокость; *брутальность* означает также подчеркивание и следование естественным, грубым формам поведения, когда человек не склонен принимать во внимание моральные факторы человеческого поведения, а ориентируется только на природные инстинкты и считает их главными в поведении [3].

протестного поведения, амбициозного оппозиционирования несправедливости и критики, утверждения своих позиций, собственного «Я», а, значит, – притеснения других, менее динамичных, слабых, не опытных [3; 4; 5; 6; 7].

Однако, говоря о феномене «притеснение», заметим, что ни в зарубежной, ни в отечественной гуманитарной науке нет единой точки зрения на понятие «притеснение». Одни исследователи считают, что речь должна идти о любых видах агрессивного поведения человека, наносящего вред, ущерб другому человеку; другие – предлагают включить в это понятие все виды жестокости, насилия, садизма; третьи – различные виды одностороннего воздействия на живые существа с целью изменения их поведения и, таким образом, удовлетворения своих потребностей и достижения каких-то своих целей; четвертые – социальное реагирование на неблагоприятные раздражители и условия жизни, то есть своего рода протест против чего-то или кого-то (забастовки, митинги, терроризм, захват заложников, стратификация, наркомания, токсикомания, уход из дома, суицид и др.); пятые – как вид отклонения от социальной нормы поведения и т.д. [2].

Девиантологический анализ проблемы притеснения интересно начать с изучения подростково-молодежных группировок и субкультур, ориентированных на девиантное и/или криминальное поведение. По молодежным субкультурам тоже нет единого мнения ученых. Однако в отечественных психологических публикациях (И.П. Башкатов, Т.В.Бурминской, О.С. Васильевой, В.С. Журавлева, С.А. Заваржина, Н.В.Кораблева, А.А. Реана, Н.Л. Сошина, И.А. Фурманова и др.), эта проблема активно поднимается, и они связанна, главным образом, с изучением агрессии молодых людей.

Дело в том, что подростково-молодежные субкультуры представляют собой отдельную систему ценностей и моделей поведения, то есть ту относительно безопасную для подростка среду, в которой он может какое-то время сохранять и формировать свою индивидуальность. Подростковая субкультура – это некая попытка построить сообщество единомышленников и утвердить свой собственный стиль жизни, отличающийся как от детского, так и взрослого. Субкультуры не только дают возможность подростку, юноше установить свои правила и ритуалы, но и, как бы, разрешают ему те или иные способы проявления самовыражения, помогают преодолеть (или минимизировать) внутренний кризис самооценки подростка. Совершенно справедливо мнение Т.Д. Марцинковской (2013) о том, что психология субкультуры содержательно связана с идентичностью, жизненными целями и ценностями человека, а ее механизмом, как и при социализации, являются социальные и индивидуальные переживания человека к миру и своему месту в нем [9, с.14].

Но все же, подростково-молодежная субкультура часто возникает как объединение «притесненных», «отверженных», «иных» людей, которые не могут или не хотят вписываться в установленные базовой культурой нормативные рамки [3; 4; 5; 6; 7].

Молодежные объединения – это реальный специфический субкультурный кластер (от англ. cluster – скопление, объединение) – неформальные структурированные сообщества, территориально объединенные и имеющие общность интересов и деятельности. Такое понимание субкультурного кластера означает, что у него не внешняя, экзогенная, а внутренняя, эндогенная природа, у него естественная социальная и психологическая природа, и поэтому он не может быть организован по чьему бы то ни было приказу, по команде сверху.

По мнению ученых (И.П. Башкатов, А.В. Нелидова, К.Е. Игошев, Г.М.Миньковский, П.Е. Сидорова и др.), природа подростковых и молодежных субкультур складывается из трех составляющих:

1) биология возраста – морфофункциональные особенности («гормональный шторм»);
2) психология возраста – прежде всего, психологические новообразования, в частности, чувство взрослости, провоцирующее подростка на конкуренцию со старшим поколением, феномен «нормальности», стимулирующий необходимость в принадлежности к референтной группе, новый уровень самосознания, толкающий на самоопределение, поиск себя, своего места в мире;
3) социология – процессы взаимодействия с социумом, социализация, поиск и приобретение социальной идентичности.

Одним из основных факторов формирования субкультуры, а также присоединения к ней подростка, по мнению многих исследователей, в частности Я.И. Гилинского, является реальная возможность удовлетворения актуальных возрастных потребностей.

- Потребность в обособлении, автономизации от взрослых. В субкультуре подросток обретает свободу от целого ряда ограничений (социальных, моральных, культурных).
- Потребность в изживании конфликта со взрослыми, потребность в защите от подавления в семье автономности.
- Потребность в самоактуализации, самоутверждении, реализации способностей, успехе.
- Потребность в принятии социумом: в принадлежности к группе, референтной группе, в объединении с себе подобными, в защите группы.
- Потребность в признании, преодолении комплекса неполноценности и субъективно неприемлемых черт характера.
- Потребность в смысле, оригинально представленная в работах И.Ю.Борисова, А.В. Зинченко, М.В. Розина.
- Потребность в получении удовольствий, новых ощущений.
- Потребность в информации, доступ к которой подросток не получает в семье, школе.

Это наиболее важные потребности, которые подростки могут реализовать, приобщившись к субкультуре. Фрустрация любой из них не обязательно приводит молодого человека в субкультуру, многое зависит от целого ряда внешних обстоятельств и особенностей его личности.

Итак, что же такое психологическое притеснение (харассмент)? Это – социально-психологическое явление, проявляющееся в осознанном, мотивированном поведенческом акте человека или группы лиц, направленном на другого человека или группу, содержащем в себе угрозу причинения им вреда для удовлетворения своих корыстных целей, интересов, потребностей. Главной чертой харассмента является демонстрация доминирующего

положения (превосходства), самоутверждение, диктующие, в свою очередь, различия в правах и свободах демонстранта.

Согласно официальному определению ООН от 2008 года (ST/SGB/2008/5), «… 1.2 психологическим притеснением (харассментом) называется любое несоответствующее и нежелательное поведение, которое способно оскорбить или унизить индивидуума. Харассмент может выражаться в форме слов, жестов или действий, направленных на то, чтобы вывести из себя, унизить, оскорбить, запугать, смутить другого, либо создать непереносимую, унижающую, враждебную или оскорбительную рабочую среду…».

Притеснение в подростково-молодежных субкультурах является все же локально-групповым феноменом. Молодые люди, притесняющие других, образуют оппозиционно-доминирующие микрогруппы и используют притеснение для поддержания своего лидерского статуса. Притеснение в подростково-молодежных субкультурах опирается на такие индивидуально-психологические свойства их участников, как: доминантность, физическая и вербальная агрессивность, враждебность, уверенность в себе, подозрительность и др. Эти свойства выражены у молодых людей в разной степени, в результате одни участники становятся притеснителями, а другие - притесняемыми [6; 7].

В след за Н.В.Кораблевой (2008), мы рассматриваем психологическое притеснение как форму отношений между субъектами, которая предполагает совершение одной из сторон действий, ограничивающих права и свободы другой стороны, с целью занять доминирующее положение во взаимоотношениях (постоянное или временное) и извлечь из этого выгоду для себя [8].

В целом феномен «психологическое притеснение» трактуется как схожие по смыслу с понятиями «моббинг», «буллинг», «боссинг», «стаффинг», пришедшие к нам с Запада с середины 80-х годов прошлого века и активно используются в современном научном и обыденном обиходе. Подвергаются психологическому харассменту как отдельные индивидуумы, так и целые группы, и встречается не только в больших коллективах, но и в подростково-молодежных субкультурах, в том числе девиантологической направленности.

Сразу замечу, что термин «подросток» нами используется инструментально и определяется возрастным интервалом от 13 до 21 года. По другим источникам подростковый возраст ограничивается 12-16 годами (Гвишиани, Лапин, 1989). По возрастному классификатору ЮНЕСКО, верхней границей подросткового возраста считается 21 год.

Следует напомнить, что каждый поступок, каждая жизненная ситуация, в которой попираются и ущемляются естественные и социальные потребности подростков, оставляет негативный отпечаток на их дальнейшей жизни и приводит к ответным реакциям – агрессии, жестокости, насилию, притесняющему воздействию, направленному на других людей.

Особенностью, характеризующей психологическое притеснение в подростково-молодежных субкультурах девиантологической направленности, являются его типологические признаки, которые могут быть разделены, по нашему мнению, на шесть групп (у Н. Агазаде описаны четыре группы, связанные с проблемами психического здоровья взрослых на рабочем месте [1]). Рассмотрим эти признаки и дадим им характеристику.

1. Запугивание. Характеризуется следующими свойствами: а) персонализация (от лат. persona – личность) – процесс обретения подростком общественно значимых (с точки зрения конкретной субкультуры), индивидуально-неповторимых свойств и качеств, позволяющих ему выполнять определенную социальную роль; б) генерализациия – прием обобщения, выделения основных типичных черт и характерных особенностей личности; в) чрезмерная придирчивость к внешности личности подростка (особенно новичка) или к его поступкам, а также к результатам исполнения требований лидера группы (актива); г) нападение – внезапное агрессивное действие против другого человека или группы людей с целью потеснить кого-то, причинить вред, силой захватить кого-то или что-то, либо доказать свое превосходство; д) агрессивная коммуникация – нападки на слабых, осуждение и насмешки в их адрес.
2. Унижение. Характеризуется следующими свойствами: а) патологическая лживость – так называемый синдром «Дюпре мифомании», мифотворческое воображение, неуемное фантазирование, переходящее в самозабвенное вранье; проявляется рассказами о собственных удивительных приключениях с присвоением себе чужих заслуг и титулов; при этом в сознании субъекта может стираться грань между вымыслом и реальностью; б) представление заведомо уничижительных заданий, поручений со стороны лидера (актива) группы, превышающих возможности индивида; в) непостоянство в общении – поверхностность общения, без особой смысловой нагрузки; неуверенность в себе; изменчивость стиля общения от настроения; г) искусственная недоступность – придуманный, искусственно созданный человеком собственный мирок; неспособность, а чаще – нежелание идти на контакт с окружающими; снобизм; неуважение; капризность; искусственная закрытость.
3. Блокирование. Характеризуется следующими свойствами: а) ипохондрия – сверхконтроль, привычка контролировать всё и всех вокруг себя; беспочвенная тревожность; желание переложить вину за свои проблемы на внешние причины, обвинить в своих бедах и ошибках не себя, других людей; б) ограничение доступа к информации – искусственный запрет, дозированный доступ к информации, представляющей ценность для ее владельца, доступ к которой ограничен по причине секретности и приближенности (или отдаленности) к лидеру группы; невозможность обмена информацией; в) ограничение доступа к имеющимся ресурсам в подростково-молодежных субкультурах – воля его лидера или актива; г) перегрузка работой – систематический прессинг более слабых участников подростково-молодежной группировки (субкультуры) на основе недовольства и страха перед санкциями лидера; частота использования штрафов; метод снижения активности сознания рядовых членов группы, основанный на возможности обработки

ими поступающей информации; д) манипулирование поручениями – скрытое управление членами группы; действия, поступки лидера с целью достижения им своих замыслов, интересов, потребностей за счет других членов группы (или в ущерб их интересам) в скрытой форме с целью выполнения нужных лидеру действий;

4. Изоляция. Характеризуется следующими свойствами: а) распространение слухов – сильных средств устной коммуникации, носящих преднамеренно негативный характер и используемых лидерами молодежных групп для обсуждения и осмеяния слабых или неугодных членов группы, благодаря чему лидер самоутверждается в группе для достижения своих корыстных целей; б) сговор – взаимная договоренность между отдельными членами группы о чем-то; злоупотребление доминирующим положением лидера или актива молодежной группировки по ужесточению санкция или взаимоотношений в группе в отношении неугодных членов; в) организационные препятствия – рассогласование действий внутри группы, основанные на предрассудках и предубежденности, а также злоупотреблениях лидера, его нарциссических наклонностях, примитивизме, подозрительности и недоверии к членам группы, а также заблуждениям, боязни риска, боязни критики, отсутствие способности быть организатором и руководителем молодежной группировки; г) создание помех для общения с другими членами группы – надуманное, ничем не обоснованное препятствие на установление и развитие контактов между людьми (межличностное общение) и группами (межгрупповое общение), порождаемое эгоистическими потребностями и интересами лидера молодежной группировки; д) лишение поощрений – своеобразный воспитательный прием, мера дисциплинарного взыскания в виде лишения благ или привилегий за проступок или некачественно выполненную работу; запрет, игнорирование, бойкот [1];
5. Остракизм. Характеризуется следующими свойствами: а) утрата доверия членами субкультуры. Процесс доверия членов молодежной субкультуры друг к другу проходит три основных стадии: расчет, опыт, тождество. При утрате доверия друг к другу происходит снижение приверженности субкультуре, возникает закрытость, исчезает готовность к взаимопомощи, возрастают конфликтность в целом и издержки лидера на контроль выполнения приказов, заданий и поручений, в частности; утрата взаимного уважения и доверия заставляет членов субкультуры занимать оборонительную позицию, защищаться друг от друга, сокращать частоту контактов, менять модели взаимодействия и общения; б) приписывание лидерами молодежных субкультур (стигматизаторами) кому-либо определенных, чаще всего негативных характеристик по формальным обстоятельствам в силу сложившихся традиций, «табели о рангах» в субкультуре или собственных психологических комплексов; стигмация, клеймение физическое или психологическое отчуждение; изгнание из социальной группы, субкультуры;
6. Аутсайдерство. Характеризуется следующими свойствами: подросток, не нашедший своего места в определенной субкультуре; не пользующийся доверием лидера; «слабак», неудачник; обладающий выраженными негативными чертами; отвергнутый группой сверстников, субкультурой в целом.

В заключении отметим, что пока нам, взрослым, нечего противопоставить неорганизованным процессам социализации и повлиять на развитие событий в сфере молодежных движений, предложить такую альтернативу в масштабе государства, благодаря которой субкультуры будут завоевывать души подростков. Поэтому наиболее действенным представляется подход, анализирующий конструктивный потенциал подростково-молодежных субкультур, рассматривающий их как источник новых идей и ценностей, от понимания как интерпретации к пониманию как коммуникации.

Литература

1. Агазаде, Назим. Психологическое притеснение (харассмент) на рабочем месте и проблемы психического здоровья, сопровождающиеся суицидальными тенденциями [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2013. – № 3 (20). – URL: http://medpsy.ru (дата обращения: 06.02.2015).
2. Сафронов, А.И. Социально-педагогическая профилактика притеснения несовершеннолетних: Автореф. дис.... кандидата педагогических наук [Текст] / А.И.Сафронов. - М., 2008.
3. Клейберг, Ю.А. Основы психологии девиантного поведения: Монография [Текст] / Ю.А.Клейберг. - СПб, 2014.
4. Клейберг, Ю.А. Копинг-стратегии родителей подростков-правонарушителей: Монография [Текст] / Ю.А.Клейберг, Е.А.Орлова, Ю.Л.Орлова; Под ред. Ю.А.Клейберга. - Тула, 2014.
5. Клейберг, Ю.А. Ювенальная девиантология и пространство досуга: взаимосвязь потенциалов [Текст]: материалы VIII Всерос. с междунар.участием науч.-практ. конф. 5 декабря 2014. - Краснодар, 2014. - С.116-120.
6. Клейберг, Ю.А. Толерантность и деструктивная толерантность: понятие, подходы, типология, характеристика [Текст] / Ю.А. Клейберг // Общество и право. - 2012. - № 4 (41). - С. 329-334.
7. Клейберг, Ю.А. Социально-педагогическая коррекция девиантного поведения подростков в сфере досуга: Автореф. дис. … д-ра педагогических наук [Текст] / Ю.А. Клейберг. - СПб, 1995.
8. Кораблева, Н.В. Притеснение как социально-психологическое явление в группах девочек старшего подросткового возраста: Автореф. дис. … кандидата психологических наук [Текст] / Н.В.Кораблева. - Казань, 2008.
9. Марцинковская, Т.Д. Феноменология и механизмы формирования субкультуры: психологический подход [Текст] // Вестник Московского государственного областного университета. Серия «Психологические науки». - М.: МГОУ, 2013. - № 4. - С.5

Literature

1. Agazade, Nazim. Psychological oppression (harassment) on a workplace and the problems of mental health which are followed by suicide tendencies [An

electronic resource] // Medical psychology in Russia: electronic scientific journal. – 2013. – No. 3 (20). – URL: http://medpsy.ru (date of the address: 06.02.2015).
2. Safronov, A.I. Social and pedagogical prevention of oppression of minors: Abstract of thesis of dissertation... candidate of Pedagogical Sciences [Text] / A.I.Safronov. - M, 2008.
3. Klayberg, Yu.A. Fundamentals of psychology of deviant behavior: Monograph [Text] / Yu.A.Klayberg. - SPb, 2014.
4. Klayberg, Yu.A. Koping-strategy of parents of teenage offenders: Monograph [Text] / Yu.A.Klayberg, E.A.Orlova, Yu.L.Orlova; under the editorship of Yu.A.Klayberg's. - Tula, 2014.
5. Klayberg, Yu.A. Juvenile deviantology and space of leisure: interrelation of potentials [Text]: materials VIII of Russian with international participation research and practice conference. Dec. 5, 2014. - Krasnodar, 2014. - P.116-120.
6. Korableva, N. V. Oppression as the social and psychological phenomenon in groups of girls of the advanced teenage age: Abstract of thesis of dissertation … candidate of psychological sciences [Text] / N.V.Korableva. - Kazan, 2008.
7. Martsinkovskaya, T.D. Phenomenology and formation mechanisms of subculture: psychological approach [Text] // Bulletin of the Moscow State Regional University. Psychological Sciences series. - M.: MSRU, 2013. - No. 4. - P. 5-14.

ВОЕННАЯ ПСИХОЛОГИЯ В РОССИИ В РАЗРЕЗЕ ПРОШЛЫХ И СОВРЕМЕННЫХ ТЕОРИЙ

Крашенинина Светлана Владимировна
кандидат псих. наук, психолог в/ч 44444, г. Балашиха

MILITARY PSYCHOLOGY IN RUSSIA IN THE CONTEXT OF PAST AND CONTEMPORARY THEORIES.
Krasheninina Svetlana Vladimirovna, Ph. D., psychologist in/h 44444, Balashikha

АННОТАЦИЯ

Статья посвящена изучению проблемы военной психологии. Выявлены этапы становления военной психологии в России, названы психологии, внесшие вклад в развитие науки.

ABSTRACT

The article studies the problems of military psychology. Identified stages of development of military psychology in Russia, called psychology, contributed to the development of science.

Ключевые слова: военная психология.

Keywords: military psychology.

История развития военной психологии как отрасли психологической науки широко обсуждаемый вопрос в современном мире (Н.Д. Бутовский, М.И. Драгомиров, Г.А. Давыдов, С.В. Кудрявцев и другие). Военная психология развивалась и развивается с учетом особенностей военной деятельности, которая имеет экстремальный характер. В дискуссиях о развитии военной психологии были выявлены те же тенденции становления, что и общей психологии в нашей стране.

Анализ литературы показал, что военная психология в России прошла два этапа развития: эмпирический (IX – начало XIX века) и научный (середина XIX – начало XX века). Внутри этих этапов ученые выделяют периоды.

I. На раннем эмпирическом этапе предметом исследований служит внешняя, чувственно воспринимаемая форма явлений, само явление рассматривается как целостное и неделимое. На этом этапе выделяют несколько периодов эмпирических представлений. О них можно судить по произведениям устного народного творчества.

1. Облик былинного героя - воина богатырской дружины, его качества, побудительные мотивы, воинское мастерство, особенности ратного труда составляют начало развития военно-психологической мысли.
2. Обобщение психологических представлений происходит в связи с ростом потребности в них, обусловленном развитии одного дела. В древнерусской литературе 9 - 13 веков все произведения посвящены героическим событиям. К числу произведений, где происходит распространение психологических представлений на область дела, можно отнести «Повесть временных лет», «Поучение Владимира Мономаха», «Слово о полку Игореве».
3. В последующем, с созданием регулярной армии в России потребность в психологических обобщениях приобретает практический характер. Поэтому военно-психологическая мысль начинает развиваться как система обобщений, непосредственно вплетаясь в практику обучения, руководства и боевой деятельности войск. Это были военно-психологические идеи передовых полководцев (Петра I, А.В. Суворов, П.С. Нахимов)
4. Период начала середины 19 века, связанный с большим боевым опытом русской армии на южных рубежах страны, в Средней Азии, отражением агрессии на Камчатке, Архангельске. Этот опыт позволил нашим передовым военным теоретикам и практикам говорить о разработке военно-психологических систем (Л.Н. Толстой, Н.Д. Бутовский, М.И. Драгомиров и другие).

II научный этап, в развитии военно-психологической науки в России характеризуется переходом к исследованию сущности психических явлений, как материальной основы и механизма. На этом этапе военная психология и формируется как самостоятельная отрасль психологической науки, имеющая свою систему и структуру психологических знаний, свой предмет, методы и задачи. [5]

Нельзя обойти вниманием основные направления военно-психологических исследований в России, которые проводились после 1917 года: психология боя; психология обучения и воспитания воинов; психология воинской дисциплины; психология военного управления; психология малых военных групп и коллективов; морально-политическая и психологическая подготовка личного состава; психологическая служба в полку; военная психодиагностика и психологический отбор; психология взаимоотношений и общения военнослужащих; инженерно-психологический анализ систем «человек-машина»; национальная психология; психология боеготовности.

Все исследования были направленны на выявление дисциплины, политического воспитания, отбора и поведения в условиях боевой обстановки, психологической подготовки, большое внимание уделялось военно-социальной психологии, тактике боя. В годы войны 1941-1945 важнейшими направлениями психологических исследований были: как помочь командирам успешно побуждать подчиненных к смелым и отважным боевым действиям, преодолевать неуверенность, страх, укреплять дисциплину, боевой дух, воспитывать мужество, презрение к смерти; с первых дней войны актуальными стали вопросы маскировки, разведки, ночного зрения, выработки глазомерной оценки расстояний, ускоренного обучения военных специалистов, восстановления психических функций, утраченных после ранения. Эти и другие задачи решались в основном гражданскими психологами.

По всем этим направлениям психологами были получены полезные научные и практические результаты. Однако, большинству исследователей не удалось конкретно учесть зависимость психических явлений от реальных боевых ситуаций, индивидуальных особенностей военнослужащих, их психических состояний в обстановке войны. Поэтому в 1946 году начинают создаваться кафедры, лаборатории и исследовательские группы: кафедра психологии в Хлебниковском военно-педагогическом институте, кафедра военной педагогики и психологии в Ленинградском Высшем Военно-педагогическом институте, военно-психологические исследования, проводимые в Институте военной истории Министерства обороны, Центр военно-социологических, психологических и правовых исследований Вооруженных сил, кафедра психиатрии Российской Военно-медицинской академии в Санкт – Петербурге и кафедра военной и экстремальной медицины Северного государственного медицинского университета в Архангельске.

Таким образом, социальные детерминанты становления военной психологии как науки проявились в появлении новых видов вооружения и техники, изменении состава и комплектования армии, новой организации, совершенствовании способов ведения войны и боевого применения, усложнении факторов боя, воздействующих на психику ее участников.

С 27 ноября 2012 года, благодаря идеи М.И. Дьяченко, главным управлением по работе с личным составом Вооруженных Сил РФ совместно с центральными органами военного управления осуществляется деятельность по формированию многоуровневой структуры психологической работы в Вооруженных Силах России.

С 1 июля 2013 г. созданы центры психологической работы военных округов и флотов, группы психологической работы соединений и воинских частей. С 1 сентября 2013 г. сформированы Центр психологической работы Вооруженных Сил и группы психологической работы военных образовательных учреждений.

Таким образом, отечественная военная психология продолжает решать проблемы, возникающие под влиянием потребностей войсковой практики, внося все более ощутимый вклад в повышение боеспособности Вооруженных сил. В процессе целенаправленных исследований военными психологами и военными врачами-психофизиологами выявляются факты, которые оказываются значимыми не только для военной психологии и военной медицины, но и для других отраслей современной науки и практики.

В настоящее время военная психология необходима на всех участках военного строительства, она может значительно повысить боевой потенциал ВС России. Для этого необходимо усилить ее самостоятельность, близость к военной практике, считать ее не только отраслью психологической науки, но и отраслью военной науки, преодолеть идеологизацию многих понятий и категорий, по-новому определить свои теоретико-методологические принципы.

Литература

1. Военная педагогика и психология / А. В. Барабанщиков, В. П. Давыдов, Э. П. Утлик, Н. Ф. Феденко; Под ред. А. В. Барабанщикова.— М.: Воениздат, 1986.
2. Военная психология: Учебник для высш.военно-политических училищ / Под ред.В.В.Шеляга.— М.: Воениздат, 1972.
3. Военная психология и педагогика: Учеб. пособие / Авт. кол. А. Я. Анцупов, В. Н. Бондаренко,В. И. Буянов и др.; Под общ. ред. В. Ф. Кулакова; М-во обороны РФ, Гл. упр. воспитат. работы Вооруж. Сил РФ.— М.: Совершенство, 1998.
4. Военная психология /Р.А. Абдурахманов. – М.: Военный университет, 1996.
5. Караяни А. Г. Прикладная военная психология: учебно-методическое пособие: [учебное пособие для курсантов и слуш. высш. воен.-учеб. заведений] / А. Г. Караяни, И. В. Сыромятников.— СПб. [и др.]: Питер, 2006.
6. Психология и педагогика. Военная психология /Под редакцией А. Г. Маклакова. – СПб.:Питер, 2004.
7. Современная военная психология: Хрестоматия / А. Е. Тарас.— Минск: Харвест, 2003.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МОТИВАЦИИ СПОРТСМЕНОВ

Кулдашев Миржон Махмудович
преподаватель психологии Гиждуванского педагогического колледжа Бухарской области
Санаев Якуб Толибович
преподаватель физкультуры Гиждуванского педагогического колледжа Бухарской области

Постоянное стремление человека удовлетворять свои потребности в движении, развивать физические качества способствовало тому, что физические упражнения постепенно трансформировались современные виды спорта. "Именно с этим связан соревновательный характер двигательных действий и регулирование их определёнными правилами.

Спортивная деятельность, как правило, связана:

1. С проявлением мышечной активности в различных формах при выполнении специальных физических упражнений;
2. С овладением высокой техникой выполнения физических упражнений в избранном виде спорта, она требует от спортсмена специальной систематической и длительной тренировки, в процессе которой он усваивает и совершенствует определённые двигательные навыки и развивает необходимые для занятий данным видом спорта физических качеств (силу, выносливость, быстроту, ловкость движений) и волевые черты характера (смелость, решительность, инициативность, волю к победе и др.);
3. Со стремлением к совершенствованию в избранном виде спорта – направлена к достижению наивысших результатов в определённом виде физических упражнений;
4. Со спортивной борьбой, которая приобретает особо острый характер во время спортивных соревнований, являющихся, как и систематическая тренировка, обязательной составной частью спортивной деятельности, которая содействует развитию спортсмена способности к максимальным напряжениям физических сил, большой силы и глубины эмоциональных переживаний, обострённой деятельности всех психических процессов;
5. С максимальным выявлением физических и духовных сил, специальных умений и навыков развитием моторных способностей, постоянным поддержанием их на высоком уровне. В связи с этим спортивная деятельность приобрела сложную структуру и в настоящее время включает в себя не только участие в соревнованиях, но и систематические тренировочные занятия;
6. С резко выраженным сознательным характером, что объясняется чувством большой ответственности и стремлением достигнуть наиболее эффективного результата, добиться рекорда в выполнении данного действия. Спортивная деятельность предъявляет огромные требования к процессам информации, и её переработки, памяти и внимания спортсмена, к его волевым действиям и эмоциональным состояниям [5, с.78].

Особое место в психологическом обеспечении спортивной деятельности занимает мотивация, побуждающая человека заниматься спортом. Известно, что спорт имеет много общего с понятием игра. Мотивы к игре заключены в ней самой. Человека влекут не какие-то внешние для игры обстоятельства, как, например, к трудовой деятельности, когда часто выполняемая человеком работа лишь опосредованно служит удовлетворению его жизненных потребностей, доставляя ему средства, которые он может использовать на те или иные свои нужды, а непосредственно чувство удовлетворения, связанное с участием в игре. Так и к спорту человек испытывает потребности, определяющиеся удовлетворением, вызываемым самой спортивной деятельностью и успехами, достигаемыми в ней. Мотивы, побуждающие человека заниматься спортом, имеют свою структуру[17,с.54]. Непосредственные мотивы спортивной деятельности потребность в чувстве удовлетворения от проявления мышечной активности; потребность в эстетическом наслаждении собственной красотой, силой, выносливостью, быстротой, гибкостью, ловкостью; стремление проявить себя в трудных, даже экстремальных ситуациях; стремление добиться рекордных результатов, доказать свое спортивное мастерство и добиться победы; потребность в самовыражении, самоутверждении, стремление к общественному признанию, славе. Опосредованные мотивы спортивной деятельности стремление стать сильным, здоровым; стремление через спортивную деятельность подготовить себя к практической жизни; чувство долга; потребность в занятиях спортом через осознание социальной важности спортивной деятельности [3,с.65].

Блок мотивации образуют потребности, мотивы и цели спортивной деятельности.

Потребность, или ощущение человеком нужды в чем-либо, означает нарушение равновесия с окружающей средой. Психологически это всегда связано с возникновением внутреннего напряжения, более или менее выраженного дискомфорта, от которого можно избавиться лишь удовлетворив соответствующую нужду. Именно поэтому любая потребность пробуждает так называемую поисковую активность, направленную на поиск способа ее удовлетворения. Как показывают исследования ученых, любая потребность может быть удовлетворена разными способами. Человек может выбрать любой способ из тех, которые он знает, но реально сфера его выбора лимитирована конкретными условиями жизни. Иногда сами жизненные обстоятельства подталкивают к выбору определенного пути. И тогда выбор происходит как бы сам собой, без ясного осознания процесса. Часто именно так, спонтанно, происходит выбор спортивной деятельности как способа удовлетворения сначала, может быть, только одной, а затем – целого комплекса потребностей [2,с.62].

Г. Д. Горбунов включает в этот комплекс следующие потребности: потребность в деятельности, активности, потребность в движении, потребность в реализации рефлексов цели и свободы, потребность в соперничестве, соревновании, самоутверждении, потребность быть в

группе, общаться, потребность в новых впечатлениях и др. [4,с.104].

Мотив – побуждение к определенной активности, к удовлетворению потребности определенным способом. Если потребность является источником активности, то мотивы придают этой активности определенное направление и удерживают человека в рамках данного пути. Мотивы позволяют понять, почему именно ставятся те или иные цели, развивается неугасимое стремление к их достижению. Для спортивной деятельности характерно большое разнообразие мотивов. Это вполне объяснимо физическими и психическими напряжениями, и человек должен знать, во имя чего он напрягается [2,с.68].

Таблица 1

Классификация мотивов спортивной деятельности

По направленности на процесс или результат деятельности	По степени устойчивости	По связи с целями спортивной деятельности	По месту в системе “Другие Я”	По доминирующей установке
Процессуальные мотивы (интерес, удовольствие и др.)	Ситуативные (кратковременные, проходящие)	Смыслообразующие (прямо связанные с целью)	Индивидуальные (мотивы личного самоутверждения)	Мотивация достижения успеха (преобладание мотивов на успех, победу, даже путем риска)
Результативные мотивы (ожидание награды, позитивные соц. Последствия победы и т. п.)	Устойчивые (долговременные, часто многолетние)	Стимулы (побуждающие к деятельности, например, материальные стимулы)	Групповые (патриотизм всех уровней, мотивы честной соревновательной борьбы и др.)	Мотивация избегания неудачи

Следует отметить, что неудовлетворительная разработанность проблемы мотивации, отсутствие единства и четкости в определении существа этого явления наложили отпечаток и на методологические подходы исследования мотивов. Многие авторы пытались упорядочить разнообразные мотивы занятий спортом, классифицировать их на основе разных критериев (табл. 1).

Как показывает анализ литературных источников, на протяжении спортивной карьеры роль конкретных мотивов в стимулировании активности спортсмена меняется, и для каждого этапа спортивной карьеры характерны свои доминирующие мотивы.

Так Е. П. Ильин отмечает, что на начальном этапе причинами прихода в спорт (независимо от вида деятельности, т. е. спорта) могут быть;

- стремление к самосовершенствованию;
- стремление к самовыражению и самоутверждению;
- социальные установки;
- удовлетворение духовных и материальных потребностей.

Каждая из перечисленных причин имеет для конкретного спортсмена большую или меньшую действенность в связи с его ценностными ориентациями [2,с.70].

Ю. Ю. Палайма выделил две группы спортсменов, различающихся по доминирующему мотиву. В первой группе, условно названной “коллективистами”, доминирующими являются общественные, моральные мотивы. Во второй группе – “индивидуалистов” – ведущую роль играют мотивы самоутверждения, самовыражения личности. Первые лучше выступают в командах, а вторые, наоборот, – в личных соревнованиях [6,с.69].

Общественный мотив характеризуется осознанностью общественной значимости спортивной деятельности; спортсмены с доминированием этого мотива ставят перед собой высокие перспективные цели, они увлечены занятиями спортом. Мотив самоутверждения характеризуется чрезмерной ориентацией спортсменов на оценку своих спортивных результатов.

Следует отметить, что при психологическом обеспечении спортивной деятельности важно учитывать и тот и другой мотивы. Успешное воспитание спортсмена и достижение им высоких спортивных результатов возможно только при правильном соотношении общественного и индивидуального мотивов. Анализ практики показывает, что пренебрежение одним из них, игнорирование того или иного мотива одинаково приводит к негативным результатам.

Доминирование мотивов подтверждают данные исследований, полученные Е. Г. Знаменской: спортсмены со спортивно-деловой мотивацией проявляют большую увлеченность занятиями спортом; спортсмены же, у которых доминирует личностно-престижная мотивация, чрезмерно ориентированы на оценку своих спортивных результатов, проявляя постоянную озабоченность личным самоутверждением. Это приводит к неадекватной самооценке, к эмоциональной неустойчивости в экстремальных условиях соревнований [7,с.108].

Многие авторы связывают спортивные достижения и отношение к занятиям спортом с мотивом достижения. Например, Л. П. Дмитриенкова в своих исследованиях показала, что у высококвалифицированных спортсменов мотив достижения успеха выражен сильнее, чем у спортсменов средней квалификации [7,с.55].

Спортивные психологи выделяют также более конкретные варианты мотивации, связанной с занятиями различными видами спорта: обеспечение цикличности, управление движением, ситуативное противоборство.

Управление движением предполагает иные акценты мотивации: обеспечение высочайшей сложности координации, оптимизацию движения по таким параметрам, как быстрота, сила, точность, реализацию предоставленной попытки и многоборных качеств. Анализ литературных данных показывает, что к данной группе относится большинство технических видов состязаний, в которых спортсмены вместе с экипажами выступают как рулевые (пилоты, шкиперы), а также виды, связанные с точностью управления оружием, парашютом.

Ситуативное противоборство как проявление специфики мотивов более всего сопряжено с использованием арсенала приемов и контрприемов, обеспечением переменной интенсивности, освоением стратегии и тактики, а также с прогнозированием, в котором ведущее место принадлежит мгновенной оценке вероятности следующего действия соперника и партнеров по команде. Из проведенного литературного анализа следует, что данная группа мотивов более всего характерна для единоборств и игровых видов спорта [9,с.134].

Результаты практических исследований, проведенных спортивными психологами показывают, что контакт с противниками или партнерами также является важной мотивационной особенностью избранного вида спорта. Различают три основные разновидности контактов: непосредственные (в борьбе, боксе, регби и др.), опосредованные (волейбол, футбол, шахматы теннис и др.) и условные (плавание, спортивная гимнастика и др.).

Итак, если мотивы определяют выбор пути, направление движения, то цели, – насколько далеко человек намерен пройти по данному пути. В психологии цель определяется как образ предполагаемого результата деятельности, того, к чему человек хочет прийти к концу деятельности или конкретного ее этапа. Поэтому цели – это своеобразные вехи, которые человек мысленно выстраивает на своем пути, на протяжении спортивной карьеры. Трудность этих целей тесно связана с уровнем притязаний личности, то есть ее склонностью вообще выбирать легкие или трудные цели.

Многие исследователи спортивной мотивации: А. Пилоян, Б. Д. Кретти, Ю.Ю. Палайма, А. Ц. Пуни и др., отмечают разную степень осознанности трех ее слагаемых. Потребности и мотивы могут быть неосознанными, полуосознанными или осознанными. Цели же всегда осознаваемы и являются итогом мысленной работы, в процессе которой человек пытается в идеальной форме разрешить противоречие между требованиями спортивной деятельности, ее конкретными условиями, с одной стороны, и собственными возможностями, способностями адаптироваться к этим условиям и требованиям, с другой. Поэтому цель выступает в качестве регулятора активности, влияя на выбор конкретных средств достижения желаемого результата [1,с.68].

Следовательно, блок мотивации выполняет в структуре спортивной деятельности следующие функции:

- является пусковым механизмом деятельности;
- поддерживает необходимый уровень активности в процессе тренировочной и соревновательной деятельности;
- регулирует содержание активности, использование различных средств деятельности для достижения желаемых результатов.

Обобщая все вышеизложенное, можно сделать следующие выводы.

Блок мотивации образуют: потребности, мотивы и цели спортивной деятельности.

Мотивы – это мощные, регулирующие деятельность психические силы или факторы. Регулирующая сила мотивов проявляется в их активирующем влиянии, поддерживающем и стимулирующем интеллектуальные, моральные, волевые и физические усилия человека, связанные с достижением цели [2,с.115].

Так, как мотивация к действиям формируется с раннего детства, а спортивная мотивация с приходом ребенка в секцию, то будет целесообразно рассмотреть мотивационную сферу подростков, в связи с тем, что в подростковом возрасте уже сформированы определенные потребности которые могут влиять на дальнейшую спортивную карьеру.

Литература

1. Волков И.П. Спортивная психология в трудах зарубежных специалистов. – М., 2005
2. Ильин Е.П. Мотивация и мотивы. – М. 2004
3. Малкин В.Р. Управление психологической подготовкой в спорте. – ФиС. 2008
4. Попов А.Л. Психология спорта. – М., 1998.
5. Серова Л. К. Психология личности спортсмена. М.,2007.
6. Тарас А.Е. Психология спорта: Хрестоматия. – М. АСТ, 2007
7. Таймазов В.А., Голуб Я.В. Психофизиологическое состояние спортсмена. – СПб.: изд-во Олимп. 2004
8. Узнадзе Д.Н. Теория установки. – М., 1997
9. Ханин Ю.Л. Психология общения в спорте. - М. 2006

ВНЕДРЕНИЕ КОУЧ-ТЕХНОЛОГИЙ В УПРАВЛЕНИЕ ПЕРСОНАЛОМ ОРГАНИЗАЦИИ

Ливак Наталия Степановна,

канд. психол. наук, доцент, Сибирский государственный технологический университет, г. Красноярск

THE IMPLEMENTATION OF COACHING TECHNIQUES IN THE MANAGEMENT STAFF OF THE ORGANIZATION

Livak Natalija, assistant professor, Siberian state technological university, Krasnoyarsk

АННОТАЦИЯ

Высокий уровень конкурентной среды, инновационное развитие, глобализация коммуникаций, экономическая и социальная нестабильность формируют в обществе острую потребность в гибком реагировании на данные тенденции. С помощью технологий коучинга руководитель формирует и развивает у персонала организации новые профессиональные компетенции, которые позволяют сотрудникам быть более гибкими и эффективно принимать решения.

ABSTRACT

High level of the competitive environment, innovative development, globalization of communications, economic and social instability form sharp need for flexible response to these tendencies in society. By means of technologies of coaching the head forms and develops new professional competences which allow employees to be flexible at the personnel of the organization and effectively to make decisions.

Ключевые слова: коучинг, потенциал, персонал, осознанность, ответственность, развитие.

Keywords: coaching, potential, personnel, awareness, responsibility, development.

В современной бизнес-среде способность организации адаптироваться к быстро изменяющимся условиям становится неотъемлемой частью достижения успеха. Организационные процессы становятся сложными, комплексными и требуют более творческого подхода к их регулированию с использованием различных механизмов, среди которых особое место занимает коучинг.

В настоящее время коучинг зарекомендовал себя как наиболее экономически выгодный способ повышения производительности сотрудников организации. Использование технологий коучинга в системе управления персоналом предполагает быстрое обучение «без отрыва от работы» и существенно повышает качество межличностных взаимоотношений в коллективе, формирует гибкость и адаптивность к изменениям, как отдельных сотрудников, так и коллектива в целом. Важнейшей задачей изменений является развитие потенциальных способностей сотрудников к творческому восприятию, обучению на опыте изменений.

Коучинг (от англ. coach) – это процесс, способствующий раскрытию творческого потенциала сотрудника, развития его личной и профессиональной компетентности.

Международная Федерация Коучинга (ICF) определяет коучинг как процесс непрерывного сотрудничества, которое помогает сотруднику достигать реальных результатов в своей профессиональной деятельности. Посредством коуч-технологий сотрудники углубляют свои профессиональные компетенции, повышают свою производительность, у них формируется готовность к новым знаниям и переменам.

Основателями этого направления являются такие известные исследователи как: Дж. Уитмор, Т. Голви, Л. Уитворт, Г. Кимси-Хаус, Ф. Сэндал и др. Тимоти Голви в своей книге «Работа как внутренняя игра» писал: «Коучинг - это раскрытие потенциала человека с целью максимального повышения его эффективности. Коучинг не учит, а помогает учиться» [2].

Современные технологии коучинга являются системой, которая позволяет увидеть новые подходы и возможности в управлении персоналом организации. Это технология, которая перемещает из зоны проблемы в зону принятия эффективного решения.

Коучинг заметно отличается от классического процесса обучения персонала, тренинга или наставничества. Обучение нацелено на сообщение информации или передачу навыков и проверку того, как это было усвоено. Тренинг начинается с обучения и завершается практическим овладением полученной информации. Наставничество имеет место, когда старший и опытный коллега, как правило, давно работающий в организации, берет работника «под свое крыло». Актуальность коучинга заключается в том, что он направляет фокус внимания сотрудника не на проблему, а на ее решение, используя при этом его как сильные, так и слабые стороны.

Различают коучинг внешний – когда приглашают специалиста со стороны и внутренний – когда коучем являются руководители или менеджеры данной организации. Коучинг бывает индивидуальным, когда в качестве клиента выступает один сотрудник и командным, где в качестве клиента выступает группа работников организации.

Коучинг является высокоэффективным подходом в работе с персоналом, за счет того, что включает в себя 3 уникальных компонента:

1. Синергию как работу в команде.
2. Структуру взаимодействия.
3. Профессионализм сотрудника.

Одна из основных целей коучинга – научить персонал мыслить по-новому и быть более гибким и адаптивным к постоянно изменяющимся внешним и внутренним факторам. Многие руководители считают, что достаточно создать благоприятные условия для работы и использовать материальные и нематериальные инструменты мотивации и стимулирования, чтобы получить от персонала более высокие результаты. Таким образом, руководители всё ещё увлекаются консервативными «кадровыми технологиями», то есть персонал организации воспринимается как «чистый лист», из которого в результате особой обработки появляется организационный ресурс, а сама организация является неким механизмом для создания таких активов.

Современное управление в стиле коучинга – это свежий взгляд на персонал организации как на ресурс, который уже содержит свой необходимый творческий потенциал. Каждый сотрудник изначально способен самостоятельно решать многие задачи, проявлять инициативу, делать выбор и брать на себя ответственность. Руководитель-коуч предоставляет сотрудникам возможность брать эту ответственность и в соответствии с этим делегирует полномочия [4].

Коучинг – это процесс, способствующий реализации развития и обучения персонала и, следовательно, совершенствованию компетентности и профессиональных навыков сотрудников. Потребности прогрессивных руководителей реализуются посредством формирования коучинговой культуры организации. Ценность такой культуры заключается в вовлеченности персонала в решении конкретных задач [3].

В системе коучинговой культуры сотрудник не занимается решением проблем, он занимается решением задач. Один из основателей коучинга Джон Уитмор в своей книге «Новый стиль менеджмента и управления персоналом» выделяет следующие достоинства применения коучинга в личной и профессиональной деятельности [4]:

- повышение продуктивности деятельности. Это главное, для чего применяется коучинг;
- развитие персонала и его потенциала;

– быстрое обучение «без отрыва от работы», причем этот процесс проходит с энтузиазмом;
– улучшение взаимоотношений в коллективе и связанный с этим успех изменяют весь климат организации, способствует созданию командного духа;
– качественное использование потенциала сотрудников. Коучинг открывает много ранее не выявленных талантов среди членов команды;
– возрастает личная эффективность сотрудника и скорость его продвижения к цели;
– появляется большая гибкость и адаптивность к изменениям, как внешним, так и внутренним.

Технологии коучинга работают на уровне сознания и служат для расширения границ осознания действительности в ходе анализа и решения поставленной задачи. Сбор всей необходимой информации для решения задачи и ее анализ производятся сотрудником самостоятельно при содействии руководителя. Для этого используются специальные техники, главная из которых – технологии постановки вопросов.

Используя коуч-технологии сотруднику предлагается отвечать на следующие ключевые вопросы:

1. Что именно необходимо достигнуть?
2. Как это будет происходить?
3. Где это будет происходить?
4. Когда этот процесс начнётся и когда завершится?
5. Кто будет вовлечён в этот процесс?
6. С кем необходимо согласовать план действий?

Руководитель с позиции коуча, ставя перед сотрудником очередную задачу, не только озвучивает ее, но и обязательно интересуется, насколько данная задача соотносится с его личными потребностями и целями. Это является ключевым фактором мотивации персонала организации. Также руководитель узнает, с помощью каких инструментов, приемов и методов сотрудник будет достигать поставленную перед ним цель.

Процесс коучинга может быть представлен в виде модели, которая включает четыре стадии (Рис. 1). Рассмотрим содержание каждой стадии более подробно.

На первой стадии осуществляется анализ ситуации и сбор необходимой информации. Коучинг может начинаться только тогда, когда сотрудник приходит к осознанию насущной потребности к улучшению своей профессиональной деятельности. Наилучшим путем осознания необходимости обучения является анализ текущей деятельности и производительности и сравнение полученных данных с тем уровнем, по направлению к которому человек хотел бы двигаться.

Рисунок 1. Стадии коучинга

Вторая стадия посвящается планированию системы и зон ответственности. Обучение и развитие будут эффективными только тогда, когда сотрудник принимает на себя ответственность за результат, а процесс деятельности планируется. Составляется индивидуальный план развития сотрудника, включающий в себя постановку целей, инструментов и сроков их достижения. Эти цели должны быть конкретными, измеримыми и достижимыми.

Третьей стадией является реализация составленного плана развития сотрудника путем применения определенной техники коучинга. Как было отмечено выше, основными техниками являются техники постановки вопросов.

На четвертой стадии происходит оценка результативности достижения целей развития сотрудника, в результате которых подводятся итоги процесса коучинга. Насколько полученный результат соответствует поставленной цели, степень удовлетворенности, дальнейшие перспективы развития.

Для того, чтобы программа коучинга работала эффективно, как и в случае с любым процессом, необходимо успешное завершение всех этапов. Пропущенные стадии или стагнация на какой-либо одной ступени в ущерб другим могут вызвать замешательство, потерю ориентировки и невысокие результаты.

Продолжая логику исследования, рассмотрим основные сферы, где коучинг дает ощутимые результаты, которые другие методы дать не могут:

– адаптация новых сотрудников, наставничество – можно в полной мере использовать опыт новичков и потенциал наставников, сделать вхождение в должность легким и приятным;
– обучение и развитие персонала, в особенности кадрового резерва и топ-менеджеров. Для топ-менеджеров, как правило, стандартные программы не работают, им необходим индивидуальный подход и более высокий уровень мотивации;

- работа над новыми проектами и разработка инноваций. Позволяет экономить временные ресурсы, находить новые пути без привлечения внешних управленческих консультантов;
- проведение совещаний, делает их более конструктивными и повышается результативность;
- решение конфликтных ситуаций, которые не могут быть решены директивным методом.

В стиле коучинга гармонично сочетаются два основных принципа управления персоналом: принцип осознанности и принцип ответственности. В случае, когда сотрудник действует в соответствии с этими принципами, он свободен в процессе разработки, принятия и реализации решения.

Свобода появляется именно тогда, когда сотрудник полностью осознал поставленную цель; выяснил, где, в каком месте он находится на пути к реализации цели; наметил пути, с помощью которых он может эту цель достичь, выбрал из всего многообразия намеченных путей свой единственный и стал действовать в соответствии с выработанным им планом для достижения конкретного результата.

Для эффективности управления персоналом в стиле коучинга необходимо соблюдать три простых правила:

1. Сотрудник должен быть готов к такому стилю взаимодействия.
2. Коуч-технологии должны вписываться в характер и содержание труда сотрудника и соответствовать организационной культуре.
3. Руководителю необходимо самому понять управление в стиле коучинга и внедрять его в систему управления персоналом организации.

Таким образом, современная технология коучинга в управлении персоналом – это процесс постановки и достижения целей организации через раскрытие потенциала сотрудников, их сильных сторон и талантов в той или иной области, создание поддерживающей доверительной атмосферы в процессе взаимодействия, а также совместный поиск ресурсов и новых возможностей.

Литература

1. Мазур, И.И. Управление проектами: учебное пособие / под общ. Ред. И.И. Мазура. 2-е изд. – М.: Омега-Л, 2014. – 664 с.
2. Работа как внутренняя игра: Фокус, обучение, удовольствие и мобильность на рабочем месте / У. Тимоти Голви. - М.: Альпина Бизнес Букс, 2005. - 252 с.
3. Справочник по управлению персоналом // Журнал российской HR-практики. - №12, 2014. – 128 с.
4. Уитмор, Дж. «Coaching - новый стиль менеджмента и управления персоналом»: практическое пособие / Дж. Уитмор. - М.: Финансы и статистика, 2001. - 160 с.

ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ ЭМПАТИИ У БУДУЩИХ ПСИХОЛОГОВ

Нагуманова Эльвира Рауфатовна
Кандидат психологических наук, Башкирский государственный университет, г.Уфа

FEATURES MANIFESTATION OF EMPATHY AT THE FUTURE PSYCHOLOGISTS NAGUMANOVA ELVIRA RAUFATOVNA PhD, Bashkir State University, Ufa

АННОТАЦИЯ

Сообщение посвящено описанию типологизации и особенностей проявлений профессионально-значимых качеств будущих психологов.

ABSTRACT

The message is devoted to the description of the typology and characteristics of the manifestations of professionally significant feature of future psychologists.

Ключевые слова: эмпатия, рефлексивность.

Keywords: empathy, reflexivity.

Невозможно оценить роль эмпатии в профессиональной деятельности, связанной с взаимодействием с другими людьми, эффективность, которой зависит от успеха межличностного общения. Развитая эмпатия является фактором успеха в видах деятельности, требующих сочувствия (1). В современной науке отсутствует единое понимание термина, несмотря на простоту и доступность определения как способности человека к параллельному переживанию тех эмоций, которые возникают у другого человека в процессе общения с ним (5). Введенное Э. Титченером понятие «эмпатия», заимствованное из теории воздействия искусства, и объединившее «вчувствование» Т. Липпса и Э. Клиффорда с идеями симпатии в философии, побудило интерес к изучению предмета (1). По З. Фрейду соучастие в эмоциональном состоянии другого осуществляется с помощью заражения и подражания (10). По М. Шелер эмпатия – механизм познания личности другого как наивысшей ценности (1). Т. Рибо рассматривал эмпатию как синергию на психофизиологическом и синестезию на психологическом уровнях (9). По К. Роджерс эмпатия является осознанным сопереживанием текущему эмоциональному состоянию другого человека, без потери ощущения внешнего происхождения этого переживания (5). Х. Кохут вводит положение об эмпатической откликаемости окружения ребёнка в теории нарциссического развития Я (7). Р. Мэй считает основополагающим личностным качеством успешности способность к эмпатии, которая обеспечивает понимание (4). По Джорж Р.

эмпатия включает в себя идентификацию с другим человеком, являясь условием взаимопонимания людей и более глубокого понимания клиента, представляя собой аффективный и когнитивный навык (6). Н. Эйзенберг отмечает роль когнитивных процессов в эмпатическом реагировании, считая, что эмпатическое переживание может быть относительно автоматическим или базирующимся на когнитивных процессах обработки информации, относящейся к эмоциональному состоянию другого человека (9). Н. Фенбач указывает, что на когнитивном уровне эмпатия зависит от способности идентифицировать эмоциональные состояния других, с другой стороны это способность принять роль другого, что отражает более высокий уровень развития когнитивных способностей, третьим компонентом является прочувствование эмоций схожих с переживаниями партнёра (1). По М. Дэвис эмпатия - конструкт, включающий в себя когнитивный компонент, отражающий способность к пониманию другого человека и к идентификации с ним, и эмоциональный компонент, характеризующийся переживанием чувств беспокойства и сочувствия к другому человеку (1).

В отечественной психологии А.А. Бодалев рассматривает эмпатию как способность осознавать характер эмоционального состояния другого человека, откликаться и подстраиваться под него (2). Т.П. Гаврилова под эмпатией понимает сопереживание, возникающее по механизму эмоционального заражения, и сочувствие, сопровождающееся стремлением к оказанию помощи (5). По И.С. Кон эмпатия – это способность непосредственного эмоционального отклика на переживания другого, а когнитивная способность осознания эмоциональных состояний другого – понимание (8). В.В. Бойко рассматривает эмпатию как рациональную, эмоциональную, интуитивную форму отражения другого человека, являясь «ценнейшим средством познания человеческой индивидуальности в целях воспитания и обучения, лечения и профилактики» (3). В современной отечественной психологии эмпатию понимают, как системное образование, состоящее из аффективного, когнитивного и конативного компонентов. Л.П. Стрелкова, Л.П. Выговская, М.А. Пономарева описывает эмпатийный процесс как сопереживание, сочувствие и внутреннее содействие (7,9).

Таким образом, многопрофильное использование знаний об эмпатии в исследованиях различных психических явлений, их практическая значимость, и недостаточная разработанность понятия определили актуальность данного исследования.

Организация и методы исследования. Исследование проводилось на базе Башкирского государственного университета, в период с 15.01.13 по 15.02.13. В исследовании приняли участие 80 студентов 1-5 курсов факультета психологии, средний возраст 20 лет (58 девушек и 22 юношей).

Методы и методики. Методика диагностики уровня развития рефлексивности (А. В. Карпова), методика диагностики уровня эмпатических способностей (В.В. Бойко). Кластерный анализ.

Результаты и их обсуждение. Для проверки гипотезы о взаимосвязях показателей шкал тестов «Диагностика уровня эмпатических способностей» В.В. Бойко и «Диагностика уровня развития рефлексивности» А.В. Карпова и типологизации результатов на выборке будущих психологов использовался кластерый анализ. Полученные результаты описаны тремя кластерами. Первый кластер «Интуитивный» отмечен самыми низкими значениями по показателям «ретроспективная рефлексия», «ситуативная рефлексия» и «рефлексия взаимодействия» (тест Карпова). При этом у данной группы испытуемых интуитивный канал (тест Бойко) развит лучше, чем у других испытуемых. Испытуемые, вошедшие во второй кластер «Рефлексивный», отличаются высокими результатами по всем предоставляемым шкалам теста Карпова, и наименьшим значением по интуитивному каналу эмпатии (тест Бойко), что позволяет сделать вывод о взаимосвязи уровня развития рефлексивности и способности к интуитивной эмпатии. Опираясь на тот факт, что интуитивный канал эмпатии даёт возможность действовать в условиях дефицита информации, становиться закономерным выдвижение предположения о том, что высокая способность к рефлексивности отрицательно сказывается на работе интуитивного канала эмпатии. Третий кластер «Перспективная рефлексия» характеризуется средними результатами по всем показателям теста Бойко и теста Карпова за исключением одного – «перспективной рефлексии» (тест Карпова), где значение этой шкалы является самым низким среди двух других групп. Вероятно, сформированность способности личности к перспективной рефлексии обусловливается не только показателями эмпатических и рефлексивных возможностей личности, но и другими, предположительно, когнитивными механизмами.

Список литературы

1. Басова А. Г. Понятие эмпатии в отечественной и зарубежной психологии [Текст] / А. Г. Басова // Молодой ученый. -2012. - №8. - С. 254-256.
2. Бодалев А. А. Восприятие и понимание человека человеком.- М.: МГУ.- 1982.-200 с.
3. Бойко В.В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и других.–М.: Информационно-издательский дом «Филинъ».-1996.-472с.
4. Велозерская, И.А. Система подготовки психологов в США / И.А. Велозерская, Н.М. Лизунова // Вестник Московского университета. – 1989.-серия 14.-Психология.-№3.-с.50-61.
5. Гаврилова Т.П. Понятие эмпатии в зарубежной психологии//Вопросы психологии.-1975.-№2.-с.147-158.
6. Джорж, Р. Консультирование: теория и практика / Р. Джорж, Т. Кристиани. - М.: Изд-во Эксмо.- 2002. - 200с.
7. Пономарева, М.А. Эмпатия: теория, диагностика, развитие: монография / М.А. Пономарева. - Минск: Бестпринт.-2006.-76с.
8. Психологическое сопровождение деятельности педагога в дополнительном профессиональном образовании [Электронный ресурс]: учеб.-метод. пособие / Л.Ю. Шавшаева, Л.С. Самсоненко.-М.: Флинта.- 2014.
9. Стрелкова, Л.П. Психологические особенности развития эмпатии у дошкольников: автореф. дис. … канд. психол. наук: 19.00.07 / Л.П. Стрелкова; АПН СССР, НИИ дошк. воспитания.-М.-1987.-24 с.
10. Фрейд З. Остроумие и его отношение к беознательному.-М.:Азбука-классика.-2006.-288 с.

УСТАНОВКИ И МОТИВАЦИЯ СОВРЕМЕННЫХ ДЕВУШЕК НЕ ПЛАНИРУЮЩИХ БРАК И РОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ

Неупокоева Мария Николаевна

Студентка магистратуры (психология личности), Алтайский Государственный Университет, Барнаул

INSTALLATION AND MOTIVATION MODERN GIRL DO NOT PLAN TO MARRIAGE AND CHILDBEARING

Neupokoeva Maria Nikolayevna, A student of Magistracy (personality psychology), Altai State University, Barnaul

АННОТАЦИЯ

Путем использования методик и анкетного опроса выявление целей и мотивации современных девушек, взгляд на создание семьи и рождение детей. Перспективы на будущее и чем обусловлены данные установки у девушек, в возрасте 20-30 лет.

ABSTRACT

By using the methods and questionnaire identifying the goals and motivation of modern girls look at a family and having children. Prospects for the future and what caused the data are girls, aged 20-30 years.

Ключевые слова: Развитие личности, позиции личности, перспективы современных девушек, мотивация и ценностные ориентиры молодежи, преобразования семейно-брачного института.

Keywords: The development of the individual, the individual position and prospects of modern girls, motivation and value orientations of youth, family and marital transformation of the institute.

В современном обществе, условия жизни диктуют свои правила. Кризисы и измененное отношение к институту семьи затрудняют правильность оценки целостной картины будущей жизни, задающей ощущение уверенности в настоящем и будущем. В настоящее время жизненные перспективы личности как клубок линий из поставленных целей и направлений к реализации себя, переплетающийся и завязанный не только на личностной самореализации, но и на ценностях семьи, профессиональной деятельности, карьеры, организации досуга и т.д. В нашем обществе происходит закономерная динамика преобразований семейно-брачного института и его вариаций в рамках социального развития в целом, которая обусловлена преобразованиями и изменениями в различных сферах: экономической, психологических, социальной, в культурном направлении.

Конечно многие авторы затрагивают эту тему в своих работах, так как вопрос очень актуален. Например, К.А. Абульханова-Славская в своей работе «Психология и сознание личности», где она рассматривает концепцию личности как субъекта жизненного пути, механизмы ее высших функциональных способностей, таких как: активность, временная организация и как эти способности определяют типологию личности и влияют на характер и становление личности, в русле школы Рубинштейна. Л.И. Божович в работе «Личность и ее формирование в детском возрасте», на основании исследований, проведенных в лаборатории института психологии АПН СССР, раскрывает условия и движущие силы формирования личности ребенка. Л.И. Божович работала над изучением наследия Л. С. Выготского, занималась проблемами волевого поведения и гармонического развития личности. В монографии А.А. Кроника и Е.И. Головахи «Психологическое время личности» представлена причинно-целевая концепция психологического времени на основе которой исследуется психологический возраст, механизмы временной саморегуляции личности, формы переживания прошлого, настоящего и будущего. А. В. Брушлинский в работе: «Проблемы психологии субъекта» предпринял попытку обобщить некоторые работы, выполненные за последние годы в Институте Психологии РАН. Статьи автора, опубликованные с 1987 года, курсы лекций, читаемые автором с 1982 года на факультете психологии МГУ и в Московском Государственном Педагогическом Университете. Эти и другие работы помогают представить возможность о семейной жизни как картину в целом будущей семейной жизни во взаимосвязи с возможными расстановками и непредвиденными событиями, которые зависят от ценностных ориентаций и приемлемого стиля поведения в семейной жизни.

В настоящее время очень остро стоит проблема построения семьи перед молодыми девушками, вступающими во взрослую жизнь практически без знаний о традиционных ценностях института семьи, с размытыми представлениями о ролях, которые традиционно приписываются женщине в семье, модификация классических ценностей брака, целевых ориентаций в семейной сфере и т.д.

Крепкая семья является основой любого успешного развивающегося современного общества и залог прочного государства, заинтересованного в сохранении демографии, укреплении статуса своей страны, среди других государств. Ведь семья гарантирует развитие государства и Положение семьи, тенденции, характеризующие ее состояние, являются показателями дел в стране и ее перспектив на будущее.

В наши дни девушки все чаще на первое место ставят профессиональную самореализацию, построение карьеры. У современной девушки происходит противопоставление важнейших жизненных стремлений – желания реализовать себя в карьере и желания иметь детей и полноценную семью. В связи с этим, многие молодые девушки откладывают рождение ребенка, на неопределенный срок, ставя перед собой другие приоритеты.

В связи с тем, что данная проблема стоит очень остро в современном обществе, многие авторы изучают этот вопрос. На основании которых и с использованием данной информации мною и было проведено эмпирическое исследование, направленное на рассмотрение таких

вопросов как: представления о перспективе брака и рождении ребенка, обусловленное спецификой содержания ценностно-смыслового, когнитивного и эмоционального компонента; низкий уровень психологической готовности к созданию семьи и рождению ребенка у молодых девушек, в возрасте от 20-30 лет (группа 50 человек). Для комплексного анализа в работе использовались методы исследования: анализ вторичных источников по проблеме мотивации и установок молодых девушек не планирующих брак и рождение детей; анкетный опрос, психологическое тестирование (методика Е.Б. Фанталовой «Соотношение «ценности» и «доступности» различных жизненных сфер»; семантического дифференциала времени О.П. Кузнецова, метод мотивационной индукции, предложенный Дж. Нюттеном, методика родительского отношения А.Я.Варга, В.В.Столин, методика «Представление об идеальном родителе»); для обработки материала - математические методы анализа информации (факторный анализ, метод сравнения средних) с использованием компьютерной программы SPSS15.0.

С помощью проведенного эмпирического исследования можно оценить особенности ценностных ориентаций, которые являются основополагающими для создания будущей семьи. Девушки, не планирующие рождение ребенка, большое значение придают «разнообразному времяпрепровождению» и «свободе как независимости в поступках и действиях». В то же время они достаточно холодно относятся к семейным ориентирам, как «любовь», «взаимопонимание», «доверие», «верность», «дети». Именно эти понятия характеризуют классическое понимание семьи как социального института.

Высокая значимость такой ценности как «материальное благосостояние» очевидна, так как девушки, изначально не планирующие брак и рождение детей, ставят в жизненную перспективу для себя - обеспеченное материальное будущее. Так же достаточно высоко девушки ценят «сексуальную удовлетворенность», что обусловлено их мотивацией к свободе отношений с партнером, не узаконенных официальным браком.

В результате применения метода факторного анализа ценности семейной жизни были выделены в четыре фактора.

Первый фактор – ценности гражданского брака: «общность интересов»; «материальное благосостояние»; «дети». Полученный фактор можно проинтерпретировать исходя из положения о том, что девушки, в планы которых не входит рождение ребенка, склонны к свободным отношениям в семье, и не придерживаются классических семейных ценностей, отвергая ценность рождения ребенка.

Второй фактор – ценность свободной любви: «свобода как независимость в поступках и действиях»; «любовь». Данный фактор показывает, что для девушек, не планирующих рождение ребенка, важную ценность семейной жизни представляет любовь, не ограничивающая их свободу.

Третий фактор - ценность совместного времяпровождения: «разнообразное времяпрепровождение»; «взаимопонимание. Важно сделать акцент именно на этом факторе, поскольку он непосредственно отражает те цели, которые преследуют девушки, которые не планируют рождение ребенка и создание семьи. Муж для них – это друг, с которым приятно проводить время, а семья место совместного проведения досуга.

Четвертый фактор - супружеская верность: «верность»; «сексуальная удовлетворенность». Данный фактор отражает представление девушек о верности в браке, по результатам которых, стало понятно, что большинство девушек ценят верность в браке больше, чем сексуальную удовлетворенность.

Таким образом, по результату исследования, представления молодых девушек о семье и детях, лежат четыре фактора, а именно: ценности гражданского брака, свободной любви, разнообразного времяпровождения, супружеской верности.

Исследование содержания эмоционального компонента представлений о семейных перспективах позволило установить наличие особенностей, характерных для девушек, не планирующих рождение ребенка.

По результатам факторного анализа, будущая семейная жизнь представляется девушкам, не планирующими рождение ребенка, более сумбурной, однообразной, скучной, стандартной и навязанной другими. Экспериментальным путем полученные данные, дают нам представление, что девушки, которые не планируют рождение ребенка, видят свою семейную жизнь в темном цвете и негативном окрасе, возможно по причине того, что семья «мешает» им полностью реализовывать себя в сфере карьеры, саморазвития, внося только скуку и однообразие в их жизнь, в связи с чем, воспринимается как навязанная кем-то извне.

В целом, исследование показывает, что отсутствие планов рождения ребенка у современных девушек может быть обусловлено особенностями устоев системы семейных ценностей и эмоционального отношения к будущей семейной жизни. Полученные результаты подтверждает значимость для полноценной реализации материнской роли семейного воспитания современных девушек, транслирующего традиционные семейные ценности, способствующего формированию адекватных им жизненных целей и позитивного эмоционального настроя по отношению к будущей семейной жизни.

Практическая значимость исследования определяется тем, что получен материал, который может быть использован психологами, педагогами, социологами, философами и др. специалистами. Кроме того, материалы исследования могут быть использованы при подготовке и чтении базовых и элективных курсов по возрастной психологии для студентов психологических факультетов, на курсах повышения квалификации практических психологов.

Литература

1. Абульханова-Славская К.А. Жизненные перспективы личности // Психология личности и образ жизни. – М.: Мысль, 1987. – С.137-145.
2. Альбуханова-Славская К.А.Психология и сознание личности. – М., 1999
3. Братусь Б.С. Аномалии личности. – М.: МГУ, 1988.
4. Божович Л.И. Личность и ее формирование в детском возрасте// Мастера психологии. – Спб.: Питер, 2008
5. Головаха Е. И. Жизненные перспективы и ценностные ориентации личности // Психология личности в трудах отечественных психологов. – Спб.: Питер, 2001. – С. 256-269.
6. Головаха Е.И., Кроник А.А. К исследованию мотивации жизненного пути личности // Мотивация личности. – М.: Прогресс, 1982. – С. 84-95.
7. Кроник А.А., Головаха Е.И. Психологический возраст личности // Психологический журнал. – 1983. №5

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ВНУТРИЛИЧНОСТНЫХ КОНФЛИКТОВ СТУДЕНТОВ С УЧЕТОМ СПЕЦИФИКИ ГЕНДЕРНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ В УСЛОВИЯХ ВУЗА

Никуленкова Ольга Евгеньевна
кандидат психол. наук, доцент, Невинномысский Государственный Гуманитарно Технический институт г. Невинномысск

WARNING INTRAPERSONAL CONFLICTS STUDENTS SPECIFIC TO GENDER IDENTITY IN THE CONTEXT OF THE UNIVERSITY
Nikulenkova Olga, Candidate of psychology sciences, associateprofessor, Nevinnomyssk State Humanitarian and Technical Institute, Nevinnomyssk

АННОТАЦИЯ

В статье обозначена проблема внутриличностных конфликтов актуализирующихся у студентов в период обучения в вузе. Рассмотрены эффективные формы предупреждения внутриличностных конфликтов в рамках образовательного процесса и помощи студентам в осознании и конструктивном разрешении внутриличностных конфликтов с учетом их гендерных особенностей.

ABSTRACT

The article outlines the problem of actualizing intrapersonal conflicts among students during the period of study at the University. Considered an effective form of prevention intrapersonal conflict within the educational process and assist students in understanding and constructive resolution of interpersonal conflicts based on their gender characteristics.

Ключевые слова: внутриличностный конфликт; гендерная идентичность; групповая психотерапевтическая работа; психологическое консультирование; тренинговая программа; профессиональная идентичность; мотивация учебной деятельности.

Keywords: intrapersonal conflict; gender identity; group psychotherapeutic work; psychological counseling; training program; professional identity; motivation of educational activity.

Процесс личностно-профессионального развития студентов, обучающихся в высших учебных заведениях, сопровождается внешними и внутренними противоречиями, особое место среди которых занимают внутриличностные конфликты. Которые на протяжении всего периода обучения в вузе не только не устраняются, но и, напротив, актуализируются, углубляются.

Проблема внутриличностного конфликта в психологии является одной из фундаментальных. Теоретический анализ данной проблемы показал, что в отечественной психологии, как и в зарубежной, существуют различные подходы к интерпретации, обоснованию и классификации внутриличностных конфликтов. Вместе с тем, обобщение данных подходов позволяет говорить, о том, что внутриличностный конфликт понимается как сложное психологическое закономерное в развитии личности явление, в основе которого лежат противоречия ценностно-смысловой сферы личности, проявляющиеся на мотивационном, когнитивном, эмоциональном и поведенческих уровнях.

Отсутствие единой для психологии традиции в понимании внутриличностных конфликтов приводит к трудностям их классификации. В зависимости от аспекта анализа, от теоретической позиции исследователя выделяется многообразие оснований для классификации. В основу нашего исследования была положена классификация, предложенная А. И. Шипиловым [1], построенная на объединении сходных подходов, на дифференциации структур внутреннего мира человека, включающего мотивы, ценности и самооценку.

При обсуждении специфики внутриличностных противоречий в студенческом возрасте, основное внимание ученых сосредоточено на выявлении факторов, обуславливающих внутриличностные конфликты на этапе адаптации к вузовскому обучению, в меньшей степени на всем этапе профессионального обучения.

Несмотря на большой интерес исследователей к внутриличностным конфликтам студенческого возраста, данная проблема не рассматривается целостно, анализируются лишь отдельные виды внутриличностных конфликтов, не рассматривается их гендерная специфика.

В целом, проведенный теоретический анализ проблемы внутриличностных конфликтов студентов в процессе обучения в вузе позволяет сделать вывод о необходимости проведения специальной работы, направленной на помощь студентам в разрешении внутриличностных конфликтов с учетом их гендерных особенностей.

В настоящее время большого недостатка в концептуальных, методологических и методических подходах к помощи человеку в преодолении его внутриличностных конфликтов практически нет: в любом психотерапевтическом или консультативном направлении выработаны свои стратегии, технологии, конкретные приёмы и упражнения. Соответственно, форма оказания такой помощи также достаточно традиционна: это групповые или индивидуальные занятия, которые проводит практикующий специалист – психолог или психотерапевт. Такая форма широко используется в детских дошкольных учреждениях и школах.

В вузах всё зависит от наличия организованной и квалифицированной работы служб психологического сопровождения не столько по преодолению внутриличностных конфликтов, сколько по их предупреждению.

Как отмечает Н. В. Гришина, задача практической помощи психолога по предупреждению и преодолению внутриличностных конфликтов человека состоит в инициировании и организации его диалога как наиболее конструктивной формы разрешения конфликта с самим собой и с другими людьми. Применительно к проблеме разрешения конфликтов различные виды психологической помощи представляют собой разные формы организации диалога в рамках психологических традиций [2].

Одной из распространенных и эффективных форм разрешения и преодоления внутриличностных конфликтов является групповая психотерапевтическая работа. Цель которой - помочь проявлению, осознанию и «проживанию» своих конфликтов за счет группового контекста. Конкретные же формы использования возможностей группы напрямую зависят от ориентации и спецификации психолога на конкретные теоретические и практические подходы.

Психологическое консультирование как одна из психологических традиций работы с внутриличностными конфликтами, по мнению многих исследователей и практиков, трудно дифференцируема по приемам и концептуальным подходам от психотерапевтической практики. Однако психологическое консультирование в большей мере позволяет прорабатывать и разрешать экстраперсональные конфликтные взаимодействия, чем интерперсональные, к которым, зачастую, и относится внутриличностный конфликт.

Соответственно, форма оказания такой помощи также достаточно традиционна: это групповые или индивидуальные занятия, которые проводит практикующий специалист - психолог или психотерапевт. Такая форма широко используется в детских дошкольных учреждениях и школах. В вузах, повторимся, всё зависит от наличия организованной и квалифицированной работы служб психологического сопровождения.

При разработке программы по предупреждению внутриличностных конфликтов в рамках образовательного процесса и помощи студентам в осознании и конструктивном разрешении внутриличностных конфликтов, мы учитывали три важных аспекта: 1) внутриличностные конфликты тесно связаны с конфликтами гендерной идентичности, традиционно, сложными для проработки, поскольку являются «интимными» - про них не принято открыто и сразу говорить даже в индивидуальном или групповом терапевтическом взаимодействии; 2) разработанная программа должна быть максимально подходящей для студентов различных специальностей и различных курсов обучения; 3) заложенные в программе мероприятия и формы работы с внутриличностными конфликтами студентов, должны быть составлены таким образом, чтобы их могли реализовывать преподаватели психологических дисциплин даже при отсутствии служб психологического сопровождения в организационной структуре вуза.

Исходя из этого, мы разработали два направления предупреждения и оказания помощи студентам в преодолении специфических для гендерных групп внутриличностных конфликтов. Первое направление предполагает организацию серии семинаров-лекториев и семинаров-практикумов, которые проводятся преподавателем психологических дисциплин. Эти семинары могут проводиться в рамках ставших уже традиционными мероприятий к Международному Дню Психического здоровья (10 октября) или в формате недели психологии. Такая «внешняя рамка», «эгида» позволит студентам, переживающим острую стадию внутриличностного конфликта, особенно связанного со сложностями в гендерной идентичности, более комфортно и раскрепощено себя чувствовать, быть открытыми настолько, насколько это возможно для них.

Целью семинаров-лекториев является информирование и просвещение студентов различных специальностей и различных курсов в области сути, содержания, форм протекания и специфических видов внутриличностных конфликтов, их возможной тесной связи с гендерной идентичностью. Студенты получают раздаточные материалы в виде «памяток», лифлетов, содержащих краткий обзор основных тем, затронутых на семинаре-лектории. Ожидаемым результатом от проведения серии таких семинаров является осознание студентами наличия, интенсивности и степени внутриличностного конфликта, наличия его связи с проблемами гендерной идентичности в комплексе: биологический пол, полоролевые характеристики, сексуальная ориентация.

Мы апробировали серию семинаров-лекториев: четыре тематические встречи по два академических часа каждая. На первом семинаре студентам предлагается диагностический комплекс, подобранный нами. Обработку результатов диагностики мы предлагали провести самим студентам на семинаре и консультировали по возникшим вопросам. Следующие семинары-лектории были тематическими. После проведения данной серии мы проводили анкетирование, с целью оценки полезности подобных мероприятий и актуальности, затрагиваемых в их рамках тем.

Целью семинаров - практикумов является просвещение и консультативная помощь студентам различных специальностей в преодолении внутриличностных конфликтов, в частности, напрямую связанных с проблемами гендерной идентичности. Серию семинаров-практикумов мы проводили между семинарами - лекториями и связывали их с затрагиваемыми темами. После проведения заключительного семинара - практикума мы предлагали студентам опросник «САН» (самочувствие, активность, настроение), позволяющий оперативно диагностировать показатели эмоционального состояния.

Второе направление предполагает проведение тренинга. Целью предложенной тренинговой программы является, осознание и гармонизация внутреннего мира студентов, развитие их самоощущения и принятия себя.

Тренинг состоит из трёх блоков: осознание гендерной идентичности; работа с внутриличностными конфликтами; профессиональное самоопределение и мотивы учебной деятельности.

Анализ результатов анкетирования респондентов первого, третьего и пятого курсов с различными типами гендерной идентичности и актуальными внутриличностными конфликтами после проведения семинаров - лекториев позволяет заключить:

- согласны с результатами диагностики внутриличностных конфликтов и гендерной идентичности 52% респондентов мужской и женской частей выборки первого курса, 64,3% респондентов третьего курса, 67,1% респондентов пятого курса. Таким образом, осознание и своеобразное «признание» наличия внутриличностных конфликтов и определенного типа гендерной идентичности в большей мере «доступно» студентам третьего и пятого курсов;
- информацию о причинах внутриличностного конфликта в рамках семинаров-лекториев в большей мере удалось принять и осознать студентам - первокурсникам (59%), студентам третьего курса

(51,2%), и студентам пятого курса (50,1%). Это может быть связано с меньшим осознанием своих конфликтов студентами-первокурсниками, а значит, с меньшими когнитивными и эмоциональными препятствиями для их «объективного» разбора;

- участие в семинарах-лекториях считают полезным для себя значительное количество респондентов первого (69%), третьего (74%) и пятого (75,3%) курсов. Данный факт свидетельствует об актуальности затрагиваемых вопросов, тематики внутриличностных конфликтов и гендерной идентичности;
- потребность обратиться за помощью к специалисту осознали 35% респондентов первого курса, 39,2% респондентов третьего курса и 41,7% респондентов пятого курса. Такие незначительные проценты, на наш взгляд, отражают не столько интенсивность и степень переживания самих внутриличностных конфликтов, сколько доверие к специалистам и готовность более глубоко и, безусловно, болезненно анализировать причины их возникновения. Отметим, что семинары-практикумы вызвали различные эмоциональные отклики, нашедшие отражение в показателях функциональных состояний. Так, эмоциональное утомление (показатель самочувствие) в большей степени было установлено у студентов первого курса (49%), в то время как прилив эмоций и сил выявлен у студентов третьего (53%) и пятого (62%) курса. Настроение как комплексная характеристика, отражающая эмоциональное состояние имеет негативный оттенок также преимущественно у студентов первого курса (52%), по сравнению с 29% студентов третьего курса и 19% студентов пятого курса. В то же время активность, отражающая подвижность, скорость и темп протекания психических функций после семинаров - практикумов, наоборот, высокий уровень приобрела у большинства студентов - первокурсников (71%), и только примерно у половины студентов - третьекурсников и пятикурсников (58% и 62%, соответственно).

Представим результаты диагностики личностного профессионального плана. Согласно Л. Б. Шнейдер [3], на основе личностного профессионального плана возможно выделение следующих уровней профидентичности:

1) Сочетание параметров «дальняя профессиональная цель» и «ближняя профессиональная цель» - модальность «хочу»;
2) Сочетание параметров «знание требований профессии к человеку» и «знание своих возможностей для реализации профессиональных целей» - модальность «знаю»;
3) Сочетание параметров «Определение путей подготовки для реализации профессиональных целей», «Наличие резервного варианта» и «Практическая реализация поставленных целей» – модальность «могу».

Нас, прежде всего, интересовала модальность «хочу», поскольку она позволит сделать вывод о наличии/отсутствии изменений в мотивации учебной деятельности после реализации тренинговой программы. Так, сформированность ближних и дальних профессиональных целей - это свидетельство «сбалансированности» познавательных, «адаптационных» и статусных мотивов. Поскольку осознание и формулирование ближней и дальней профессиональной цели по установленным данным не вызвало затруднений у большинства респондентов вне зависимости от типа гендерной идентичности можно сделать вывод о позитивном влиянии тренинговой программы на мотивацию обучения.

Литература:

1. Анцупов А. Я., Шипилов А. И. Конфликтология: учебник для вузов. - М.: ЮНИТИ, 1999.
2. Гришина Н. В. Психология конфликта. - СПб.: Питер, 2006.
3. Шнейдер Л. Б. Профессиональная идентичность: структура, генезис и условия становления: Дис....док. психол. наук: 19.00.13 - Москва, 2001.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ РЕБЕНКА С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ

Сёмина Марина Викторовна
кандидат пед.наук, доцент;
Чинчикова Анна Ивановна
студентка 3 курса, Забайкальский государственный университет, г. Чита

PSYCHOLOGICAL SUPPORT OF THE CHILD WITH ATTENTION DEFICIT DISORDER AND HYPERACTIVITY

Semina Marina Viktorovna, candidate ped.sciences, associate professor;
Chinchikova Anna Ivanovna, 3rd year student, Zabaikalsky state University, Chita

АННОТАЦИЯ

В данной статье описаны основы психолого-педагогического сопровождения детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью. Представлена история исследования синдрома и комплекс соответствующих симптомов при его проявлении. Актуализированы социально-психологические факторы развития синдрома, сформулированы рекомендации родителям, воспитывающим детей с СДВГ.

ABSTRACT

This article describes the basics of psycho-pedagogical support of children with attention deficit disorder and hyperactivity. Presents the history of the study of the syndrome and the set of relevant symptoms at his manifestation. Updated socio-psychological factors in the development of the syndrome, recommendations for parents of children with syndrome.

Ключевые слова: синдром дефицита внимания и гиперактивность, факторы развития, коррекция, сопровождение.

Keywords: attention deficit disorder and hyperactivity, factors of the developmental, correction, maintenance.

Синдром дефицита внимания и гиперактивность (СДВГ) – это расстройство, чаще проявляющееся в дошкольном или раннем школьном возрасте. Известно, что таким детям тяжело контролировать свое поведение и концентрировать внимание. Актуальность данной проблемы вызвана тем, что в мире ежегодно увеличивается процент детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью (СДВГ). Современная медицина снизила возрастные рамки для постановки данного диагноза: если в прошедшем веке синдром СДВГ мог быть установлен с 7 лет, то сейчас диагноз можно определить в возрасте до 5 лет. По данным Американской психиатрической ассоциации за 2012 год синдром дефицита внимания с гиперактивностью составляет когорту детей от 3 до 7 % в расчете от общей возрастной группы [4]. Авторы отмечают более частое (в 3- 4 раза чаще) наблюдение синдрома СДВГ у мальчиков, чем у девочек.

Обращаясь к истории становления синдрома дефицита внимания с гиперактивностью, отметим, что многие исследователи считают официальным основателем этой проблематики британского врача Дж.Стила, посвятившего в 1902 году описанию феномена серию своих лекций. В них была представлена группа импульсивных детей со значительными поведенческими проблемами, связанными с генетической дисфункцией, а не с плохим воспитанием или злой волей ребенка – детей, которым сегодня медики ставят диагноз СДВГ.

Однако стоит заметить, что еще до Дж.Стила, симптомы девиации в поведении гиперактивного ребенка, которые характерные для синдрома СДВГ, активно обсуждались в рамках медицинской концепции «имбицильности» и «идиотии». В 20-е годы XIX столетия у многих детей, выживших после эпидемии энцефалита, наблюдалась симптоматика, аналогичная СДВГ. Позже она вошла в историю медицины под названием «сонной болезни» (encephalitis lethargica) [3].

В 1845 г. в книге «The Story of Fidgety Philip» («История неугомонного Филиппа») доктором Генрихом Хоффманом было приведено первое описание поведения ребенка при СДВГ. Героем появления книги стал собственный сын доктора Хоффмана. Автор книг по медицине и психиатрии, доктор Хоффман начал писать детские стихи, когда не смог найти подходящую книгу для чтения своему трехлетнему сыну. Так появился необычный труд – иллюстрированный томик стихотворений о гипреактивных детях и их характерных чертах.

Значительные успехи в диагностике и лечении СДВГ были достигнуты в XX веке. В 1930-1940 гг. в научную практику была введена концепция «минимального мозгового повреждения» для описания СДВГ – повреждения, которое обозначает легкое нарушение поведения и обучения, развивающееся в результате недостаточности функций ЦНС. В 1959 г. в научной литературе появился термин «минимальная мозговая дисфункция» (ММД), который в дальнейшем использовался для описания поражений головного мозга, сопровождающихся нарушениями поведения и обучения. В 1962г. Оксфордская группа ученых провела международный симпозиум по детской неврологии, участники которого официально признали этот термин для обозначения совокупности проблем поведения и обучения «в сочетании с легкой неврологической симптоматикой и нормальным интеллектуальным уровнем». Одновременно в медицине активно развивается концепция гиперкинезов детского возраста. В 1968г. в материалах американской классификации психиатрических болезней появляется термин «гиперкинетическая реакция детства». В 1970-е г. становится актуальной концепция расстройства/ дефицита внимания, в течение следующего десятилетия расстройство/ дефицит внимания рассматривается без связи с гиперактивностью. Только в 1994 году в текстах международной классификации болезней синдром заявляется как синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ). Важно отметить, что традиционно типичные появления СДВГ, такие как агрессивность, импульсивность, асоциальность трактовались не столько как моральная, сколько медицинская проблема, что в свою очередь повлияло на доминирование медикаментозных методов лечения гиперактивности. Сегодня тысячи научных статей посвящены этому расстройству, они обеспечивают молодых исследователей информацией о его природе, течении, причинах, трудностях, связанных с ним, и эффективных методах коррекции [3].

В современной науке усиливается тенденция понимания феномена, имеющая психологические основания. Данной проблематикой занимались такие исследователи как: А.М. Радаев, В.М.Трошин, Л.А. Ясюкова, А. Д. Гонеев, Н. И. Лифинцева, Н. В. Ялпаева, З. Тржесоглава, И. П. Брязгунов, Е. В. Касатикова, Ю.С.Шевченко и многие другие. Так, Г.А. Широкова представляет СДВГ как комплекс нарушений системы эмоциональной регуляции. Основным показателем патологических изменений является гиперактивность, проявляемая человеком [5, с. 121].

Комплексы клинических проявлений синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей несколько различаются у разных авторов. В нашей работе мы опираемся на труды А.Д.Гонеева, Н.И. Лифинцевой и Н.В.Ялпаевой. Авторы приводят следующий симптомокомплекс: беспокойные движения в кистях и стопах; неумение сидеть на одном месте; легкая отвлекаемость на посторонние раздражители; нетерпеливость; неумение доводить до конца начатое дело; быстрая переключаемость с одного дела на другое; болтливость; неумение играть с сверстником, разговаривать спокойно и тихо; отсутствие умение прогнозировать последствия своих поступков; необдуманность действий и спонтанность; суетливость; несформированность праксиса и мелкой моторики; малая продолжительность сна и затруднения при засыпании [1, с. 121].

Необычность поведения детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью не является результатом проявления дурного характера, или невоспитанности, как считают многие взрослые. Если рассмотреть природу СДВГ, то она заключается в том, что у ребенка в силу органических нарушений и усугубляющих причин социального характера недостаточно развито внимание или есть нарушения в его развитии в сочетании с повышенной двигательной активностью ребенка. По мнению Г.А. Широковой «…СДВГ – это специфическая особенность психики,

обусловленная как физиологическими (нарушения деятельности отдельных структур мозга, наследственность, патологии беременности и родов, инфекции и интоксикации в первые годы жизни), так и психосоциальными факторами» [5, с.62].

Основными причинами возникновения гиперактивности у детей, прежде всего, являются патология беременности и родов, инфекции и интоксикации первых лет жизни малыша, генетическая обусловленность в проявлении симптома. Представим эти факторы более подробно. В развитии СДВГ рисками в пренатальный период развития являются следующие события: обострение хронических заболеваний матери, а также перенесенные ею инфекционные заболевания, травмы у женщины в области живота, токсикозы, иммунологическая несовместимость по резус-фактору, принятие алкоголя и курение, попытки прервать беременность.

На этапе собственно родовых процессов факторами, провоцирующими развитие СДВГ, являются: стимуляция родовой деятельности; преждевременные, скоротечные или затяжные роды, асфиксии, внутренние кровоизлияния; а также неправильное положение плода.

В дальнейшем нежелательными факторами психосоциального характера являются неадекватный психофизиологическому статусу ребенка стиль воспитания в семье и психотравмы детства (смерть одного из родителей или бабушки/дедушки; развод родителей; потеря работы родителями и т.д.).

Поскольку данная проблема чрезвычайно актуальна на сегодняшний день, ряд специалистов предлагают психологическую помощь семьям, в которых дети страдают синдромом СДВГ. По существующей практике психолого-педагогического сопровождения, родитель отслеживает эффективность проводимого лечения и сообщает о его результатах неврологу, психологу, педагогам. Многолетние наблюдения подтверждают положительную динамику работы психолога с родителями и детьми.

Наибольшую эффективность в работе с детьми с СДВГ имеют технологии коррекционного воздействия, включающие такие приемы и методы, как обучение самомассажу и приемам саморегуляции через использование релаксаций, визуализаций; пальчиковые игры; игры для развития быстроты реакции и координации движений; подвижные игры с использованием сдерживающих моментов; игры для развития тактильного взаимодействия, психогимнастические этюды для обучения пониманию и выражению эмоционального состояния; работа с глиной, водой, песком. В современной специальной литературе приведен целый ряд детских развивающих заданий, которые помогут взрослым организовать занятие с ребенком с СДВГ. Например, игра «Туда и обратно» (автор Ю.Гирина) поможет детям в развитии мышления и навыков прямого и обратного счета. А такая игра, как «Знайка» (автор И.Климина) поможет детям, страдающим СДВГ, развить внимание и зрительную память [2, с. 32].

В работе с родителями, а также другими значимыми взрослыми людьми, которые окружают такого ребенка, очень важно изменить тревожно-требовательное или враждебное отношение к ребенку с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью, а также скорректировать стиль взаимодействия с ним. Главной задачей родителей является обеспечение общего эмоционально-нейтрального фона развития и раннего обучения ребенка. Надо сохранять в общении с ребенком спокойствие и помнить, что в основе гиперактивности лежат органические нарушения, коррекция которых происходит достаточно медленно.

В самом начале пути родителям необходимо выработать единую (совместно с педагогами и психологами) стратегию поведения и требований к ребенку. Начало работы с родителями заключается в том, чтобы объяснить причины поведения ребенка на основе его анамнеза. Стоит заметить, что для гиперактивного ребенка будут не действительны дисциплинарные меры воздействия. Эмоциональный фон общения с гиперактивным ребенком должен быть ровным, а также положительным, исключая эйфорическое поведение родителей в случае успехов малыша или отвержение за неудачи. Такие дети быстро становятся манипуляторами, поэтому тактика вседозволенности должна быть недопустима.

Инструкции гиперактивным детям должны даваться порциально, в структуре просьбы или требования – не более десяти слов. Нельзя просить ребенка сделать сразу несколько поручений (умыться, почистить зубы, заправить постель и т.д.), поскольку ребенок просто не запоминает их. Наиболее благоприятно давать следующее задание только после выполнения предыдущего. Взрослые должны установить обязательный контроль качества выполнения поставленной задачи.

Что касается системы запретов и ограничений: количество запретов должно быть сведено до минимума (они должны касаться здоровья и безопасности ребенка). Установленные требования должны неукоснительно и четко выполнятся ребенком. Совместно с ребенком должны быть разработаны и приняты им санкции, которые последуют в случае нарушения запрета.

Также, внимание родителей важно обратить на построение фраз в общении с ребенком с СДВГ. Более эффективно давать малышу позитивную альтернативу его негативного поведения, таким образом перепроектируя его. Родителям лучше сказать «можно бегать на игровой площадке», чем «прекрати беготню в доме!». Также взрослым следует включиться в игру ребенка для того, чтобы направить его спонтанную энергию в необходимое русло. Чтобы ребенок смог услышать взрослого и включиться в новую деятельность, необходимо дать ему время на подготовку, предупредить об изменениях. Можно даже использовать звуковой сигнал (хлопок в ладоши, короткий вокальный звук).

Для оптимизации режима сна и отдыха необходимо приучать детей с синдромом СДВГ к четкому распорядку дня. Стоит заметить, что нежелательно будет изменять его даже в исключительных ситуациях. При организации в ДОУ предметно-пространственной среды необходимо помнить о том, что гиперактивные дети, вследствие двигательной расторможенности и слабости произвольного внимания, характеризуется повышенным травматизмом. Поэтому желательно наличие свободных пространств, сухих бассейнов, мягких модулей и т.д. В игровой комнате должно быть пространство для активного отдыха детей.

Говоря об организации учебных занятий, педагогам необходимо продумывать материал так, чтобы алгоритм его проведения варьировался в различных видах. На занятиях в игровой форме должны проводиться физкуль-

тминутки. От гиперактивных детей, лишенных возможности смены деятельности, нельзя требовать следования строгой дисциплины, поскольку это только снизит их уровень усвоения материала и работоспособность. Занятия должны строится так, чтобы они включали разные методы (например, рассказ, демонстрацию, обыгрывание и т.д.). При выполнении ребенком задания взрослому нужно находиться рядом, комментируя его выполнение спокойным голосом и при необходимости поглаживая ребенка.

Проанализировав работы П. Альтхерра, Л. Берга, А. Вельфля, И.П. Брязгунова, Е.В. Касатикова, Н. Н. Заваденко, сформулируем общие рекомендации педагогам и родителям в организации взаимодействия с ребенком с СДВГ.

1. Следует ввести для оценивания действий ребенка знаковую систему. Нужно замечать каждый успех ребенка, а также давать ему понять, что вы цените успехи ребенка.
2. На занятиях устраивайте минутки активного отдыха. Необходимо отметить, что дети с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью не способны долго удерживать внимание и нуждаются в физической разрядке.
3. Гиперактивный ребенок всегда должен находить под присмотром взрослых, поэтому на занятиях лучше такого ребенка сажать напротив себя.
4. Энергию ребенка направляйте в нужное русло. На занятиях давайте ребенку раздавать что-нибудь, мотивируйте его на спокойные действия.
5. Избегайте длительной монотонной деятельности, занятия должны быть увлекательными и интересными для малыша, с прослеживаемым результатом.
6. Учите ребенка проговаривать свои действия, выстраивать последовательность их выполнения и проявлять логику.
7. Следует использовать элементы игры во всех сюжетах жизнедеятельности.
8. Не нужно давать многословных инструкций ребенку, помните о правиле «не больше 10 слов».
9. Вы должны создавать ситуации успеха, в которых ребенок СДВГ смог бы проявить свои силы.
10. Относитесь к гиперактивному ребенку внешне также, как и к остальным детям.
11. Необходимо учить ребенка СДВГ взаимодействовать с другими детьми, улучшать его коммуникативные навыки. Следует поощрять его стремление к положительному взаимодействию.
12. Можете предложить ребенку регулярно выполнять часть домашних дел (кормить собаку, ходить за хлебом и т.д.) и ни в коем случае не выполняйте их за него.
13. Создайте благоприятную и эмоционально теплую обстановку для ребенка СДВГ.

Как никакие другие, дети, страдающие синдромом дефицита внимания с гиперактивностью, требуют со стороны взрослых участия и терпения в их сопровождении. Ни один тип медикаментозного лечения не может считаться сегодня универсальным и безопасным для каждого ребенка с СДВГ [4]. У ребенка могут появиться нежелательные побочные эффекты, и это может сделать применение медикаментозной терапии неприемлемым. Большие ресурсы в этом плане несут методы психолого-педагогического сопровождения. Кропотливой и комплексной должна быть работа психолога и педагога с такими детьми, поскольку, только единая система требований в семье и в дошкольных учреждениях может помочь им быть успешными и адаптивными в социуме.

Литература

1. Гонеев А.Д., Лифинцева Н.И., Ялпаева Н.В. Основы коррекционной педагогики: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / под ред. В.А.Сластенина. – М.: Издательский центр «Академия», 2002.
2. Гурин Ю. В. Море чудес и другие игры на бумаге. – СПб. Кристалл, 1998.
3. История Диагноза «Синдром Дефицита Внимания и Гиперактивности»
4. СДВГ – режим доступа к изд.: http://www.rusarticles.com/medicina-i-zdorove- statya/istoriya-diagnoza-sindrom-deficita-vnimaniya-i-giperaktivnosti-sdvg-3581375.html.
5. Синдром дефицита внимания и гиперактивности. Буклет Национального института психического здоровья США (National Institute of Mental Health) – режим доступа к изд.: http://adhd-kids.narod.ru/articles/nimh_booklet.html.
6. Широкова Г.А., Жадько Е.Г. Практикум детского психолога. – Ростов н/Д: Феникс, 2011.

ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЖЕНЩИН С ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАИНЯМИИ

Султанова Аклима Накиповна
канд. мед. наук, доцент Новосибирского государственного медицинского университета

STUDY OF LIFE QUALITY OF WOMEN WITH ONCO-GYNECOLOGICAL DISEASES

Aklima N. Sultanova, Candidate of medicine, Assistant Professor of Novosibisk state medical university

АННОТАЦИЯ

Целью работы было всестороннее (теоретическое и эмпирическое) исследование уровня депрессии, качества жизни и тревоги (личностной, ситуативной) у женщин с онкогинекологической патологией. В результате изучения

литературы были получены теоретические предпосылки для выдвижения гипотезы – у женщин с онкогинекологическими заболеваниями отмечается более высокий уровень депрессии, тревожности и снижение качества жизни за счет изменения показателей общего здоровья, физической боли, жизнеспособности и ролевого эмоционального функционирования. Было организовано и проведено эмпирическое исследование, целью которого являлась проверка выдвинутой гипотезы. Для этого было исследовано 32 респондента в возрасте от 27до 71 года. В ходе работы получены данные о влиянии онкогинекологической патологии на эмоциональное состояние и качество жизни женщин.

ANNOTATION

The aim of the work was comprehensive (theoretical and empirical) study of depression level, quality of life and anxiety (personal, situational) in women with onco-gynecological pathology. A study of the literature resulted in theoretical background for hypothesizing that women with gynecological cancer disease have higher levels of depression, anxiety and reduced quality of life due to changes in general health indicators, physical pain, vitality and Role-Emotional. We have organized and conducted an empirical study which aimed at the testing of the hypothesis. For this purpose 32 respondents aged 27 -71 were examined. During the research we obtained data on the impact of onco-gynecological pathology on the emotional state and quality of life of women.

Ключевые слова: онкогинекологическая патология; тревожность; депрессия; качество жизни; эмоциональное состояние

Key words: onco-gynecological pathology; anxiety; depression; quality of life; emotional state.

В современной медицине становится важно не только сохранить жизнь, обращая внимание на продолжительность, а сосредоточиться на ее качестве. Тем не менее, сам факт заболевания, а в частности онкогинекология, является тяжелейшей психологической травмой [3, с. 47-50]. Особенности склада личности, по всей видимости, не предопределяют формирование опухоли, но могут иметь значение в процессе возникновения заболевания. Ведь известно, что наличие длительного стресса, тяжелой психической травмы, длительного эмоционального напряжения предшествуют возникновению опухоли [1, с. 17-24]. Предвестником онкологической патологии является тревожно-депрессивный синдром, а наличие депрессии может означать первый сигнал о тяжелом соматическом заболевании [2, с. 28-30]. В научном мире существует множество споров по поводу влияния депрессивного состояния на болезнь: является ли это первичной основой, способствует ли возникновению и развитию заболевания, или депрессия вторична, и возникает как реакция на уже возникшую болезнь. Chida Y., Hamer M., Wardle J., Steptoe A. (2008) считают, что коморбидная депрессия имеет небольшое, но существенное влияние на длительность выживания [4, с. 466-475]. Reiche E.M., Nunes S.O., Morimoto H.K. (2004) обнаружили у пациентов с депрессией снижение активности лимфоцитов, уменьшение выработки цитокинов (клетки иммунной системы, обеспечивающие межклеточные взаимодействия) [6, с. 617-625]. Giese-Davis J., DiMiceli S., Sephton S., Spiegel D. (2006) выявили изменение циркадного ритма выработки кортизола у онкологических пациентов [5, с.190-198]. Однако до сих пор остается неясным, достаточно ли действия этих факторов, чтобы повлиять на течение ракового заболевания. В то же время следует учитывать, что депрессия может быть вызвана самим раковым заболеванием или противоопухолевой терапией и, таким образом, быть маркером ухудшения прогноза

Основной целью проводимой работы было выявление изменений составляющих критериев качества жизни, наличие или отсутствие депрессивного синдрома, также исследование тревожности у женщин с онкогинекологическими заболеваниями. Исследование проводилось на базе ГБУЗНО «Городская клиническая больница № 1», в онкогинекологическом отделение. Таким образом, в основную группу вошли 16 человек, возрастом от 27 до 71 года. Для сравнительного анализа, использовали контрольную группу женщин «условно-здоровые», т.е. без онкогинекологического диагноза в количестве 16 человек. Необходимость изучения контрольной группы состояла в том, чтобы обеспечить фоновый уровень или базис, относительно которого можно определить, присутствуют или отсутствуют изменения в экспериментальной группе, и исключить все другие объяснения, кроме того воздействия, по которым и различаются эти группы. Исследование проходило в период с 17 февраля по 27 апреля 2015 года.

Для диагностики уровня симптомов депрессии был использован опросник депрессивности Бека; уровень личностной и ситуативной тревожности изучался по шкале Ч. Спилбергера, в адаптации Ю.Л. Ханина; для исследования качества жизни использовался опросник SF-36 (Short Form 36). Данный набор методик, с нашей точки зрения, оправдан и является оптимальным, поскольку при небольшом количестве вопросов (чтобы женщины не теряли мотивации к исследованию, что могло бы исказить результаты) позволяет получить достаточно адекватную оценку тех состояний, на измерение которых направлены данные методики

На начальном этапе исследования был проведен анализ психогенных факторов, выявленных у женщин с онкогинекологическими заболеваниями. Было показано, что у всех женщин до постановки диагноза, за несколько лет был мощный психологический стресс (смерть близких, развод, тяжелая болезнь родственников и т.п.), или постоянное психоэмоциональное напряжение (стрессовая работа). Женщины в экспериментальной группе во время исследования, не проявили мотивации к процессу и интереса к целям, задачам и результатам работы, в отличие от женщин в контрольной группе. В результате предварительного анкетирования обнаружены достоверные различия по критерию Манна-Уитни при ответе на вопрос о количестве абортов ($p=0,007$): большее количество абортов в основной группе. Тенденция к различиям выявлена при ответе на вопрос об уровне психологического стресса, которому подвергаются (с субъективной точки зрения) исследуемые ($p=0,04$): то есть пациенты с онкологическим заболеванием в определенных условиях больше испытывают стрессовую нагрузку, в отличие от контрольной. Ответы на вопросы о возрасте, образовании, роде занятий,

семейном положении, наличии и количестве детей, вредных привычках, соматических заболеваниях, сроке грудного вскармливания и способе контрацепции не имели достоверных различий в изучаемых группах. На данном этапе исследования мы можем сделать предварительный вывод, что пациенты основной группы имеют определенные предрасполагающие факторы в виде абортов в анамнезе, а также пусковой фактор в форме психологических стрессов, хотя онкологические пациенты могли отметить более высокий уровень психотравматизации, как следствие болезни.

На следующем этапе исследования нами был изучен уровень ситуативной и личностной тревожности по шкале Спилбергера-Ханина. Средние значения в основной группе по уровню личностной (44,1±7,1) и ситуативной (42,8±9,3) тревожности, по ориентировочной оценке уровня тревоги, приведенной в методике, соответствуют умеренному уровню тревожности, что является нормой, естественной и обязательной особенностью активной деятельной личности. Средние значения ситуативной (38,3±11,3) и личностной (40,3±9,4) тревожности, в контрольной группе, также отвечают норме, приведенной в методике. Сравнительный анализ средних значений показал, что при использовании U-критерия Манна-Уитни между ситуативной и личностной тревожностью не выявлено значимых различий в исследуемых группах.

Среднее значения в основной группе по уровню депрессии (10,4±7,3) соответствуют показателю умеренно выраженной депрессии (от 9 до 18) по ориентировочной оценки депрессивного синдрома, представленной в используемой методике. Среднее значение (8,3±9,3) уровня депрессии в контрольной группе соответствует критерию «отсутствие депрессивных симптомов». Сравнительный анализ средних значений показал, что при использовании U-критерия Манна-Уитни, не выявлено значимых различий в исследуемых группах по уровню депрессии.

На следующем этапе работы, для изучения такого феномена, как качество жизни, мы использовали опросник SF-36 (рис.1).

*Примечание: *- p<0,05*

Рис.1. Сравнение средних показателей в исследуемых группах при изучении качества жизни

При проведении анализа значимости различий показателей физического функционирования; ролевого физического функционирования обусловленного физическим состоянием; боли; жизненной активности; ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием; психического здоровья; физического компонента здоровья и психологического компонента здоровья, достоверной взаимосвязи между указанными параметрами не обнаружено, поскольку, полученные в результате расчетов коэффициенты корреляции Манна-Уитни не достигли уровня значимости при $p < 0,05$.

Сравнительный анализ средних значений показал, что при использовании U-критерия Манна-Уитни, выявлена тенденция ($p<0,05$) к различию показателей общего здоровья у группы больных и контрольной группы; и тенденция ($p<0,05$) к различию показателей социального функционирования у группы онкобольных и контрольной группы.

Качество жизни отражает физическое, психологическое и социальное функционирование больного и позволяет оценить влияние заболевания на состояние пациента. Исследования качества жизни пациентов в настоящее время являются необходимым атрибутом современной клиники. При проведении статистической обработки мы обнаружили тенденции к различию показателей общего здоровья и социального функционирования у группы больных и контрольной группы. Шкала общего состояния здоровья предполагает субъективную оценку

своего состояния здоровья в данный момент и перспектив лечения. Шкала социального функционирования определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение). У онкологического больного присутствует как психологические реакции на свое состояние (тревога, депрессивные симптомы и т.д.), так и физический дискомфорт (болевой синдром), что может служить причиной для различий показателей субъективной оценки общего здоровья, и социальной активности, в исследуемых группах.

На следующем этапе исследования, с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена, мы изучили взаимосвязь между уровнем депрессивности, тревожности и качеством жизни в основной группе. В результате выявлены тенденции ($p<0,05$) к отрицательной умеренной корреляции между показателями ситуативной тревожности и общим здоровьем ($r=-0,54$), физическим компонентом здоровья ($r=-0,52$), психологическим компонентом здоровья($r=-0,58$). Это означает, что существует тенденция, к тому, что чем выше уровень ситуативной тревожности, тем ниже показатели общего здоровья, физического и психологического компонента здоровья. Также, выявлены тенденции ($p< 0,05$) к отрицательной умеренной корреляции между показателями личностной тревожности и ролевым физическим функционированием, обусловленным физическим ($r=-0,5$) и эмоциональным ($r=-0,56$) состоянием, социальным функционированием ($r=-0,56$), психическим здоровьем ($r=-0,59$). Мы можем сделать вывод о том, что существует тенденция к тому, что, чем выше уровень личностной тревожности, тем ниже показатели психического здоровья, социального функционирования и ролевого функционирования, обусловленного как эмоциональным, так и физическим состоянием.

Обнаружена достоверная ($p<0,01$) отрицательная умеренная корреляция между ситуативной тревожностью и ролевым физическим функционированием, обусловленным физическим состоянием($r=-0,66$), психическим здоровьем ($r=-0,63$). Это означает, что чем выше уровень ситуативной тревожности, тем ниже показатель психического здоровья и ролевого функционирования. Также, выявлена достоверная ($p<0,01$) отрицательная умеренная корреляция между личностной тревожностью и психологическим компонентом здоровья ($r=-0,68$), следовательно, чем выше личностная тревожность, тем ниже психологический компонент здоровья. Выявлена тенденция ($p<0,05$) к положительной умеренной корреляции ($r=0,5$) между показателями ситуативной тревожности и уровнем депрессии, делаем вывод, что существует тенденция к прямой связи, если высок уровень ситуативной тревожности, значит, будет высоким и уровень депрессии. При изучении взаимосвязи уровня депрессии и показателей качества жизни, было получено, что существуют тенденции ($p< 0,05$) к отрицательной умеренной корреляции между показателями уровня депрессии и боли ($r=-0,56$), общего здоровья ($r=-0,52$), ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием ($r=-0,58$), физического компонента здоровья ($r=-0,59$). То есть, чем выше уровень депрессии, тем ниже показатели боли, общего здоровья, ролевого функционирования и физического компонента здоровья. Также, при изучении данной взаимосвязи, обнаружена достоверная ($p< 0,01$) отрицательная умеренная корреляция между уровнем депрессии и показателями жизненной активности ($r=-0,68$), социальной активности ($r=-0,69$), психологического компонента здоровья ($r=-0,66$): чем выше уровень депрессии, тем ниже показатели психологического компонента здоровья, жизненной и социальной активности.

Таким образом, оказалось, что, ситуативная тревожность имеет обратную связь с такими показателями, как ролевое физическое функционирование, обусловленное физическим состоянием; общее здоровье; психическое здоровье; физический компонент здоровья; психологический компонент здоровья. И прямую связь с показателем уровня депрессии.

Личностная тревожность имеет обратную связь с показателями ролевого функционирования, обусловленного физическим и эмоциональным состоянием; социальным функционированием; психическим здоровьем; психологическим компонентом здоровья.

Уровень депрессии имеет обратную связь с показателями боли, общего здоровья, жизненной активности, социальным функционированием, физическим и психологическим компонентам здоровья, ролевым функционированием, обусловленным эмоциональным состоянием.

Выводы

1. У женщин с онкогинекологическими заболеваниями выявлена умеренно выраженная депрессия. В контрольной группе депрессивная симптоматика отсутствует.
2. У женщин с онкогинекологическими заболеваниями и в контрольной группе диагностирован умеренный уровень тревожности, что является нормой.
3. Изучение качества жизни выявило тенденцию ($p<0,05$) к различию показателей общего здоровья и социального функционирования в изучаемых группах.
4. Обнаружена обратная взаимосвязь ситуативной тревожности с показателями общего и психического здоровья, психологического компонента здоровья и положительная связь с уровнем депрессии.

Список литературы

1. Егикян М.А. Связь личностной позиции онкологического больного с переживанием своего заболевания // Армия и общество. – 2014. - №4. – С. 17-24.
2. Марилова Т.Ю., Андрианов О.В., Марилов Т.В. Психопатологические реакции онкологических больных // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. – 2003. - №2. – С. 28-30.
3. Симаева И.Н., Ецина И.Г. Свойства темперамента женщин, страдающих онкологическим и заболеваниями // Вестник РГУ им. И. Канта. – 2008. - №11. – С. 47-50.
4. Chida, Y. Do stress-related psychosocial factors contribute to cancer incidence and survival? / Y. Chida, M. Hamer, J. Wardle, A. Steptoe // Nat. Clin. Pract. Oncol. – 2008. - N 8. – P. 466-475.
5. Giese-Davis, J. Emotional expression and diurnal cortisol slope in women with metastatic breast cancer in supportive-expressive group therapy: a preliminary study. / J. Giese-Davis, S. DiMiceli, S. Sephton, D. Spiegel // Biol. Psychol. – 2006. – N 2. – P. 190-198.
6. Reiche, E.M. Stress, depression, the immune system, and cancer. / E.M. Reiche, S.O. Nunes, H.K. Morimoto // Lancet. Oncol. – 2004. – N 10. P. 617-625.

ПОТРЕБНОСТЬ В ОБУЧЕНИИ ЖИЗНЕННЫМ НАВЫКАМ СЕЛЬСКИХ СТАРШЕКЛАССНИКОВ ВЬЕТНАМА

Чан Ань Туан
к.пед.наук, преподаватель, Педагогическийинститут – Ханойский государственный институт, город Ханой
Фи Тхи Хиеу
к.псх.наук, преподаватель, Тхайнгуенский педагогический институт, город Тхайнгуен

THE NEED FOR LIFE SKILLS EDUCATION FOR RURAL HIGH SCHOOL STUDENTS IN VIET NAM
Trần Anh Tuấn, PhD in pedagogical, lecturer, Education University – Viet Nam National University, Ha Noi
Phí Thị Hiếu, PhD in Psychology, lecturer, Thai Nguyen University of Education, Thai Nguyen

АННОТАЦИЯ

В статье авторами показана потребность в обучении учителями жизненным навыкам сельских старшеклассников Вьетнама. Дана оценка необходимости обучения, учащихся жизненным навыкам. Результаты исследования обосновывают высокую потребность в обучении жизненным навыкам сельских старшеклассников. Учителя считают чрезвычайно важной необходимость обучения школьников жизненным навыкам. Из данных исследования можно определить список жизненных навыков, который необходимо сформировать у этих учащихся.

ABSTRACT

The authors show the need for life skills education for rural high school students in Vietnam. The estimation of the need for education life skills for students was shown. Research results proves the high need life skills education for rural high school students. The teachers consider very important the necessity of education life skills for students. These research results suggested the list of life skills necessary to be prepared for these high school students.

Ключевые слова: Жизненные навыки, сельских старшеклассники, учителя, потребность, обучения жизненным навыкам.

Keywords: life skills, rural high school students, teacher, the need, life skills education.

В последние годы, обучение жизненным навыкам привлекает внимание и активно обсуждается мировой педагогической наукой. На Всемирном форуме по образованию для всех (Дакар, Сенегал, 2000), в Дакарских рамках действий предложены 6 целей развития образования, третья из которых определяется как «Обеспечение того, чтобы образовательные потребности всех молодых людей и взрослых удовлетворялись на основе равного доступа к соответствующим программам обучения, приобретения жизненных навыков и воспитания гражданственности». Шестая цель программы развития определена как «Повышение качества образования во всех его аспектах и обеспечение хорошей успеваемости для всех с тем, чтобы каждый мог достигать признанных и поддающихся оценке результатов обучения, особенно в отношении грамотности, счета и важнейших жизненных навыков» [8]. Таким образом, обучение жизненным навыкам, учащимся становится важной задачей образования и воспитания молодого поколения для всех стран. В связи с этим, в школах необходимо не только преподавать конкретные знания, но и вооружать учащихся некоторыми жизненными навыками. Выполнение этой задачи позволит повысить качество человеческих ресурсов для удовлетворения требований социально-экономического развития общества, и всестороннего развития личности.

Обучение сельских старшеклассников жизненным навыкам является в настоящее время неизбежной тенденцией современного образования. Во Вьетнаме было много научно-исследовательских проектов развития жизненных навыков для старшеклассников [1]. С 2009 – 2010 гг. Министерство образования и подготовки кадров включало программу обучения жизненным навыкам во все общеобразовательные школы. Однако, многие исследователи отмечают, что невозможно использовать одну программу обучения жизненным навыкам школьников, различающихся по уровню развития и потребности в жизненных навыках, возрасту, регионам, группе личности [1;2;3]. Поэтому, для достижения необходимой эффективности обучения жизненным навыкам, в первую очередь необходимо исследовать и определить уровень сформированности жизненных навыков и потребностей у школьников, а затем по полученным результатам уже определять метод обучения жизненным навыкам для каждой группы старшеклассников.

В середине 2014 года нами были получены данные опроса, проведенного среди сельских старшеклассников и учителей средней школы Ву Тиен провинции Тхайбинь на севере Вьетнама. В анкетировании участвовало 87 старшеклассников и 30 учителей. Их ответы отражают степень необходимости и потребность сельских старшеклассников в обучении жизненным навыкам. В опросник были включены 28 утверждений, относящихся к 4 группам жизненных навыков, по которым учителям следовало выбрать один из 5 вариантов ответа: очень нужен; нужен; мало нужен; не нужен. А старшеклассникам: очень хочется, хочется, мало хочется, не хочется. При нормальной теории распределения, средние значения определяются следующим образом: 1 – 1.7 баллов: не нужен (не хочется); от 1,71 до 2.5 баллов: мало нужен (мало хочется); от 2.51 до 3.3 баллов: нужен (хочется); от 3.31 до 4 баллов: очень нужен (очень хочется).

Анализ и обсуждение результатов.

Результаты нашего исследования отражены в таблице 1.

Таблица1

Потребность в обучении жизненным навыкам у сельских старшеклассников

Жизненные навыки	Учителя (n=30)						Старшеклассники (n=87)					
	очень нужеен (%)	нужен (%)	мало нужен (%)	не нужен (%)	Сумма баллов	$\overline{X}$	очень хочется (%)	хочется (%)	мало хочется (%)	не хочется (%)	Сумма баллов	$\overline{X}$
Самосознание и самоуправление												
1	56.7	40	3.3	0	106	3.53	41.4	47.1	9.2	2.3	285	3.28
2	60	40	0	0	108	3.6	54	37.9	8.05	0	301	3.46
3	70	23.3	3.3	0	107	3.57	52.9	37.9	6.9	2.3	297	3.41
4	70	30	0	0	111	3.7	54	36.8	5.75	3.4	297	3.41
5	56.7	40	3.3	0	106	3.53	43.7	40.2	12.6	3.4	282	3.24
Поведение и общение												
6	73.3	26.7	0	0	112	3.73	42.5	47.1	10.3	0	289	3.32
7	43.3	53.3	3.3	0	102	3.4	37.9	50.6	11.5	0	284	3.26
8	56.7	36.7	6.7	0	105	3.5	31	50.6	18.4	0	272	3.13
9	50	40	10	0	102	3.4	35.6	47.1	17.2	0	277	3.18
10	40	53.3	6.7	0	100	3.33	49.4	35.6	14.9	0	291	3.34
Изучение и развитие способностей												
11	60	40		0	108	3.6	50.6	41.4	8.05	0	298	3.43
12	53.3	46.7		0	106	3.53	42.5	46	11.5	0	288	3.31
13	66.7	30	3.3	0	109	3.63	50.6	31	18.4	0	289	3.32
14	26.7	63.3	10	0	95	3.17	25.3	48.3	26.4	0	260	2.99
15	76.7	23.3	0	0	113	3.77	57.5	33.3	9.2	0	303	3.48
16	33.3	56.7	10	0	97	3.23	41.4	34.5	24.1	0	276	3.17
17	43.3	50	6.7	0	101	3.37	32.2	42.5	23	2.3	265	3.05
18	43.3	46.7	10	0	100	3.33	31	41.4	26.4	1.1	263	3.02
19	36.7	56.7	6.7	0	99	3.3	31	42.5	23	3.4	262	3.01
20	40	56.7	3.3	0	101	3.37	57.5	31	9.2	2.3	299	3.44
21	70	30	0	0	111	3.7	50.6	29.9	17.2	2.3	286	3.29
Социальная адаптация												
22	70	23.3	6.7	0	109	3.63	47.1	40.2	12.6	0	291	3.34
23	70	30	0	0	111	3.7	36.8	47.1	14.9	1.1	278	3.2
24	63.3	30	6.7	0	107	3.57	52.9	35.6	11.5	0	297	3.41
25	70	30	0	0	111	3.7	58.6	27.6	13.8	0	300	3.45
26	60	36.7	3.3	0	107	3.57	35.6	37.9	24.1	2.3	267	3.07
27	56.7	36.7	6.7	0	105	3.5	43.7	44.8	11.5	0	289	3.32
28	56.7	43.3	0	0	107	3.57	33.3	40.2	19.5	6.9	261	3.0

Примечания: 1. Навык самосознания, самооценки, самотренировки для формирования собственного имиджа; 2. Навык выражать и развивать уверенность в себе, брать на себя ответственность 3. Навык установления жизненной цели, карьерной цели; 4. Навык самоконтроля, преодоления трудностей; 5. Навык самообслуживания и помощи семье, родственникам, экономии денег; 6. Навык правильного изложения своих мыслей; 7. Навык дружеского общения и терпимости к иному мнению; 8. Навык выражения желаний, поиска помощи, сотрудничества, работы в группах; 9. Навык ведения переговоров, позитивного разрешения конфликтов; 10. Навык вслушиваться и понимать суждения других, сочувствия, помощи. 11. Навык наблюдения, поиска, выявления проблем и обработки информации; 12. Навык анализирования ситуации, принятия решения и разрешения проблемы. 13. Навыки планирования времени, планирования и организации работы; 14. Навыки организации пространства, формулирования разумной позиции; 15. Навык использования методов изучения и самообразования; 16. Навык использования иностранного языка (на простом уровне чтения и понимания); 17. Навык использования компьютеров, Интернета с целью повышения уровня знаний и понимания; 18. Навык чтения книг, развития интереса к социальным вопросам и глобальным проблемам; 19. Навык участия в общественной и групповой деятельности; 20. Навык логического мышления, критического мышления и творчества; 21. Навык выбора подходящей области развития карьеры и стремления к её развитию; 22. Навык сохранения здоровья и физической тренировки; 23. Навык гендерного взаимодействия, сохранения репродуктивного здоровья несовершеннолетних; 24. Навык отрицания и избегания, защиты себя от актов мошенничества, иных посягательств в отношении детей; 25. Навык предотвращения, избегания социальных пороков: азартных игр, алкоголя, пива, сигарет, наркотиков, беспорядочных половых связей, заражения HIV/AIDS; 26. Навык защиты себя от вредного контента в Интернете, социальных сетях; 27. Навык поведения при несчастных случаях, травмах, стихийных бедствиях, навыки оказания первой медицинской помощи; 28. Навык охраны окружающей среды.

Данные таблицы 1 показывают, что по мнению учителей, критерии «очень нужен» и «нужен» являются определяющими для оценки необходимости обучения старшеклассников всем жизненным навыкам во всех 4 группах. В частности, наиболее приоритетными были три группы навыков: самосознание и самоуправление, поведения и общения, социальная адаптация. Вместе с тем, ответы самих старшеклассников выразили высокую потребность в обучении данным навыкам. Средний балл в обоих 2 группах был высок (табл. 1).

Следует, однако, отметить, что учителя, как правило, оценивают уровень необходимости обучения жизненным навыкам выше старшеклассников. Так, ни один из учителей не ответил, что нет потребности в обучении школьников этим навыкам. Эта разница в ответах, вероятно, определяется различиями в возрасте и жизненном опыте двух групп опрошенных.

Высокий процент однозначных ответов был получен по следующим навыкам: выражать и развивать уверенность в себе, брать на себя ответственность; установления жизненной цели, карьерной цели; самоконтроль, преодоление трудностей. В группе "Самосознание и самоуправление" результаты исследования согласуются с психическими характеристиками сельских школьников. Для этой группы характерны следующие особенности: большинство детей обладают мягким характером, трудолюбивы, у многих из них не хватает уверенности в общении, они стесняются выражать свое мнение, имеют сложности в адаптации в будущей жизни, в выборе профессии. При возникновении трудностей, многие из них волнуются, теряются и не знают, как эффективно преодолевать сложности в обучениии и в жизненных ситуациях. Таким образом, обучение жизненным навыкам старшеклассников и особенно сельских школ, крайне необходимо для их целостного гармоничного развития.

Анализ оценки необходимости развития группы навыков поведения и общения также выявил их высокую потребность. В частности, и преподаватели, и школьники согласились, что очень нужно развивать у учащихся такие навыки как: Навык правильного изложения своих мыслей; навык вслушиваться и понимать суждения других, сочувствия, помощи. Из наших наблюдений мы заключили, что многие сельские ученики испытывают определенные трудности при изложении своих мыслей, что приводит к непониманию, или потере времени для выяснения их мотиваций. Как и все дети школьного возраста, они не прислушиваются к мнению окружающих, часто проявляют нетерпение, прерывают других.

Большинство учителей считают, что учащихся необходимо обучать и остальным навыкам (Навык дружеского общения и терпимости к иному мнению; Навык выражения желания, поиска помощи, сотрудничества, работы в группах; Навык ведения переговоров, позитивного разрешения конфликтов). Подобные же данные получены в группе старшеклассников. Работа в группах представляет собой очень важный навык, определяющий эффективность трудовой деятельности в будущем. Однако, этот навык оценивается вьетнамскими старшеклассниками как не очень нужный, что является следствием специфики преподавания и обучения в школах [5;7]. В настоящее время во Вьетнаме осуществляется обновление системы образования за счет усиления воспитания у учащихся нравственности, формирования здорового образа жизни, необходимых жизненных навыков. Что, безусловно, будет основой для создания у детей основ успешных коммуникативных отношений, терпимости к чужому мнению, уважению и приятию других людей, имеющих отличную от них позицию. Вызывает озабоченность также факт возрастания насилия в школах. Причиной тому служат противоречия во взглядах и образе жизни школьников, а также неумение разрешать межличностные конфликты. Кроме того, весьма актуальным для вьетнамских школ выступает обучение навыкам толерантности, принятия отличий, ведения переговоров, разрешения конфликтов школьников.

В наших опросах выявлены сходные мнения обоих выше указанных групп о степени необходимости формирования навыков изучения и развития способностей. Почти все учителя и старшеклассники подтверждают, что высока потребность в обучении таким важнейшим жизненным навыкам, как: Навык наблюдения, поиска, выявления проблем и обработки информации; Навыки управления временем, планирования, организации работы; Навык использования методов изучения и самообразования; Навык логического мышления, критического мышления и творчества (табл.1). Очевидно, что эти навыки у сельских вьетнамских старшеклассников очень слабо развиты, а эффективность обучения сильно зависит от методов и планирования обучения.

В настоящее время развитие науки и техники, интернет-пространства создает проблемы потребления и использования значительного объема информации. Однако, многие сельские старшеклассники во Вьетнаме не имеют соответствующих навыков. Из-за недостатков в учебных программах и несоответствия методов преподавания в школах, у учащихся не развивается должным образом навыки критического мышление и творчества. Более ¼ учащихся недооценивают важности навыков, связанных с пониманием глобальных социальных вопросов и использованием иностранного языка. Это формирует безразличие, апатию, равнодушие к окружающей действительности у части молодежи и требует воспитательного воздействия педагогов.

Социальная адаптация предполагает приспособление людей к условия постоянно меняющейся среды. Для ее становления необходимо формирования навыков, связанных с сохранением здоровья и физической тренированности; общения с противоположным полом; отрицанием, избеганием и защиты себя от актов мошенничества, социальных пороков; с охраной окружающей среды и т.д. В наших исследованиях более 70% учителей и большинство старшеклассников считает, что очень нужно обучать школьников следующим навыкам: гендерного взаимодействия; отрицания, избегания и защиты себя от актов мошенничества, иных посягательств в отношении детей; предотвращения, избегания социальных пороков. Среди последних наиболее опасны: вовлечение в азартные игры, употребление спиртных напитков, сигарет, наркотиков, беспорядочные половые связи, опасность заражения HIV/AIDS. Степень необходимости развития остальных навыков также высоко оценивается обоими группами опрошенных.

Заключение.

Результаты нашего исследования показывают, что:

- Учителя средних школ сельской местности считают крайне необходимым обучение сельских старшеклассников жизненным навыкам. Сами учащиеся также подтверждают важность их развития.

- Необходимый уровень развития навыков 4 различных групп были оценены респондентами по-разному и показали наличие региональных психологических особенностей сельских школьников. Навыки, которые считаются нужными для школьников, отсутствуют в приоритетных и слабо сформированы у сельских старшеклассников.
- Часть учеников старших классов не хотят обучатся жизненным навыкам, связанным с социальными вопросами и международной интеграцией.

Рекомендации.

- Определение списка жизненных навыков, которые должны быть сформированы у сельских старшеклассников, должно основываться на уровне развития жизненных навыков и потребностях учащихся в их применении.
- Школа должна развивать сознание школьников в части важности и необходимости обучения жизненным навыкам.
- Развитие всестороннего образования в школах Вьетнама должно в обязательном порядке учитывать необходимость включения в образовательные программы преподавания наряду с общеобразовательными предметами программы развития педагогами необходимых жизненных навыков у школьников старших классов;
- Включение преподавания жизненных навыков в программы обучения должно осуществляться с учетом предварительного тестирования групп учащихся и может различаться в зависимости от типа школ и групп обучающихся в них школьников.

Литература

1. Nguyễn Thanh Bình. Giáo trình giáo dục kĩ năng sống. NXB ĐHSP. 2007
2. Trần Anh Tuấn. Bàn về Chương trình Giáo dục kĩ năng sống trong điều kiện đổi mới giáo dục hiện nay. Tạp chí Khoa học giáo dục, 2010.
3. Фи.Тхи Хиеу. Теоретические проблемы развития жизненных навыков у старшеклассников Вьетнама. Электронный журнал Психология. Социология. Педагогик. Москва: Из-во «ИНГН»– № 1 (44), 2015.
4. Phan Thảo. Giáo dục kỹ năng sống cho học sinh để ngăn chặn bạo lực học đường. www.sggp.org.vn. 29/07/2010; Hồng Thuý. Chạy đua phong trào học kỹ năng sống.VOH.Đài tiếng nói nhân dân thành phố HCM.
5. Trịnh Vĩnh Hà. Phỏng vấn ông Phùng Khắc Bình. www.tuoitre.vn/Tuoi-tre-cuoi-tuan/358789/“Dua-giao-duc-ky-nang-song-vao-chuong-trinh-chinh-khoa”. Hoàng Nguyên. Giáo dục kỹ năng sống cho học sinh phải từ những việc cụ thể. Báo Hậu Giang. 09-08-2010
6. http://www.who.int/school_youth_health/media/sch_skills4health_russian.pdf.
7. http://tuoitre.vn/Giao-duc/578443/doi-moi-can-ban-toan-dien-giao-duc-va-dao-tao.html.
8. http://www.un.org/ru/events/literacy/dakar.htm

АРХИТЕКТУРА

АНАЛИЗ УСЛОВИЙ ПРОЖИВАНИЯ В СТУДЕНЧЕСКОМ ОБЩЕЖИТИИ НА ОСНОВЕ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ОПРОСА

Бегишева Дарья Анатольевна
студент магистрант, Ижевский Государственный Технический университет имени М.Т. Калашникова, г. Ижевск

ANALYSIS OF ACCOMMODATION IN STUDENT DORMITORIES BASED ON THE SOCIOLOGICAL SURVEY
Begisheva Daria, master student of Kalashnikov Izhevsk State Technical University, Izhevsk

АННОТАЦИЯ

В статье рассмотрены вопросы формирования комфортных условий проживания при реконструкции студенческих общежитий. С помощью метода социологического опроса, проведенного среди студентов высших учебных заведений, выявлены основные недостатки существующих общежитий, сделаны выводы о необходимости их реконструкции.

ABSTRACT

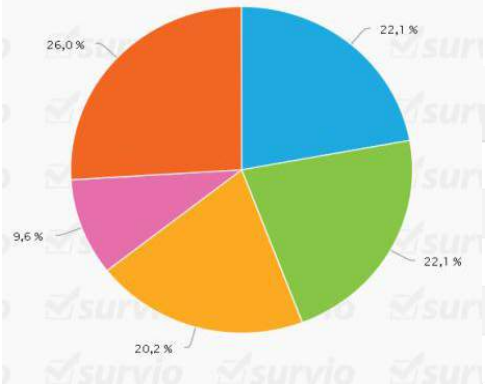
The article discusses comfortable accommodation in the reconstruction of student dormitories. Based on the results of the survey conducted among the university students it identifies the main disadvantages of the existing dormitories and draws conclusions about the need for their reconstruction.

Ключевые слова: студенческое общежитие, комфортные условия проживания; функциональные потребности

Keywords: student dormitory, comfortable accommodation; functional requirements

В современном мире особое внимание уделяется повышению качества жизни и росту уровня образования. Высшие учебные заведения позволяют получить профессиональное образование, а затем и трудоустроиться. Однако стоит отметить, что не только достижение результата (получение образования), но и сам процесс учёбы, студенческая жизнь - это время активной социализации, когда идет становление личности, формирование мировоззрения. И именно в этот период для многих студентов домашний уют сменяется стенами общежития. Общежитие становится домом, школой жизни. При этом важно учитывать, что существующие студенческие общежития на сегодняшний день физически и морально устарели. Именно поэтому наряду с повышением уровня образования необходимо повышать и качество среды жизнедеятельности. Для достижения данной цели необходимо: исследование вопросов реконструкции студенческих общежитий, выявление несоответствий существующих общежитий нормативным требованиям, изучение современных тенденций в проектировании, учет физиологических и психологических факторов формирования комфортных условий проживания.

Для определения качества условий проживания в студенческом общежитии был проведен социологический опрос, в котором приняли участие 104 респондента, из них 23 человека (22,1%) - студенты 1-2 курса; 23 человека (22,1%) – студенты 3-4 курса; на вопросы анкеты ответил 21 студент магистратуры (20,2%), 10 аспирантов (9,6%), для того чтобы проследить тенденцию улучшения качества условий проживания или ее отсутствие в динамике, к опросу были привлечены и люди, уже закончившие ВУЗ и не проживающие в общежитии, они составили 26% всех респондентов (27 человек).

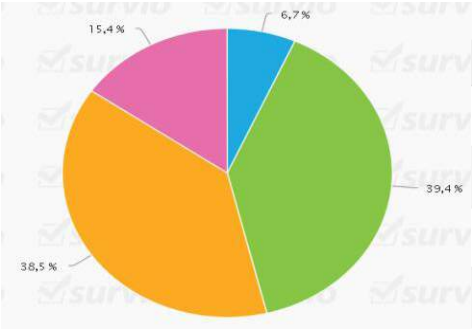


#	Ответ	Ответы	Доля
●	1-2 курс	23	22,1 %
●	3-4 курс	23	22,1 %
●	магистратура	21	20,2 %
●	аспирантура	10	9,6 %
●	закончил (а) обучение	27	26,0 %

Рисунок 1. Распределение респондентов по периодам обучения

Для более полного изучения проблемы, были опрошены студенты разных городов России. Для опроса была составлена анкета из 11 вопросов, которые подразделяются на 2 блока: 1) Жилая комната. Этот раздел направлен на выявление соответствия жилой ячейки требованиям, предъявляемым проживающим в ней студентом. 2) Помещения общественного назначения. Данный блок вопросов направлен на выявление потребностей студентов в наличии общественных помещений, необходимых для комфортных условий проживания.

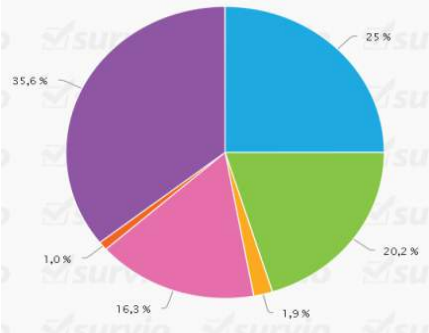
По результатам опроса большинство респондентов 41 человек (39,4%) проживает (проживало) в двухместной комнате и 40 респондентов (38,5%) – в комнате на 3 человека. В комнате по 4 и более человек – 16 респондентов (15,4%), 7 человек были расселены в комнату по одному (6,7%), так ответили почти все аспиранты.



#	Ответ	Ответы	Доля
1	1	7	6,7 %
2	2	41	39,4 %
3	3	40	38,5 %
4	4 и более	16	15,4 %

Рисунок 2. Распределение по количеству проживающих в комнате

Наибольшее количество опрошенных 37 человек (35,6%) максимально комфортными условиями считают проживание в комнате по одному. Это связано с современной тенденцией стремления человека к уединению, четкому делению общего и частного пространства. Важно отметить, что этот вариант выбирали в основном магистранты и аспиранты, обосновать это можно тем, что научная деятельность требует наибольшей концентрации внимания. 21 респондент (20,2%) хотел бы жить в комнате с ребятами со своего факультета, это связано с взаимовыручкой студентов, их общими интересами, распределением обязанностей, не случайно этот вариант в большей степени выбрали студенты 3-4 курса. Наибольшему количеству студентов 1-2 курса было бы комфортно жить с одногруппниками, так ответили 26 человек (25%). Это связано с психологическим комфортом, сокращением периода адаптации «бывших школьников» к новой социальной среде, чему способствуют: совместные занятия учебой, ведение быта. 17 респондентов (16,4%) могут проживать в одной комнате хоть с кем, так как легко находят общий язык со всеми. Такой ответ давали как первокурсники, так и выпускники, это зависит от личных качеств человека, их также необходимо учитывать при модернизации планировок.



#	Ответ	Ответы	Доля
1	С одногруппниками	26	25 %
2	С ребятами с Вашего факультета	21	20,2 %
3	С ребятами с другого факультета	2	1,9 %
4	без разницы, я легко нахожу общий язык со всеми	17	16,4 %
5	без разницы, главное, чтобы реже пересекаться в комнате	1	1,0 %
6	Наиболее комфортно жить одному	37	35,6 %

Рисунок 3. Предпочтения респондентов, с кем наиболее комфортно проживать в комнате

Функциональные потребности распределились следующим образом:

Сон - 3,7 балла по 4 бальной шкале. «Сон – обязательная и наиболее полноценная форма ежедневного отдыха. Для студента необходимо считать обычной нормой ночного монофазного сна 7,5–8 ч. Часы, предназначенные для сна, нельзя рассматривать как некий резерв времени, который можно часто и безнаказанно использовать для других целей. Это, как правило, отражается на продуктивности умственного труда и психоэмоциональном состоянии.» [3]

Учебные процессы - 3,2 балла. «Традиционно, определяя бюджет учебного времени студентов, предусматривается 6 часов аудиторных и 4 часа внеаудиторных занятий. На аудиторные занятия отводится 30-50% бюджета времени, на самостоятельное изучение - 50-70%, что свидетельствует об увеличении нагрузки студенте во внеурочное время.»[4] Таким образом, необходимо на архитектурно-планировочном уровне обеспечить условия для выполнения домашней учебной деятельности.

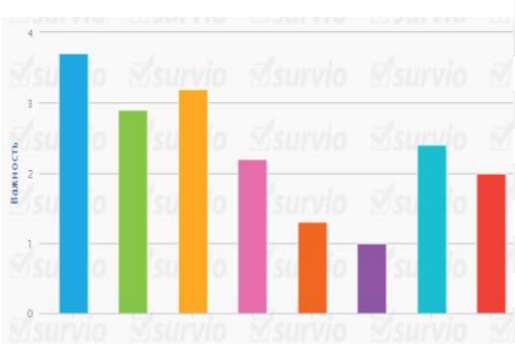
Пассивный отдых - 2,9 балла. Отдых в течение дня, возможность уединения, тишина – так же необходимые условия для комфортного проживания.

Приготовление и прием пиши – 2,4 балла.

Досуг, хобби, просмотр ТВ - 2,2 балла. «Для восстановления сил нужны перерывы после каждых 1-2 часов работы; отдыхом может быть и замена умственного труда физическим, занятиями хобби и т.д.» [4]

Малая гигиена, уход за собой – 2 балла. Ежедневная потребность человека обуславливает наличие в жилой комнате необходимой функциональной зоны.

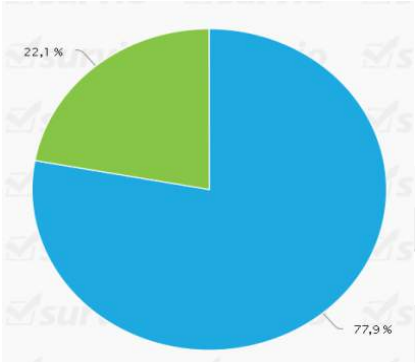
Прием гостей, общение 1 и 1,3 балла соответственно. Обычно, в жилой комнате не достаточно места для общения и приема гостей, поэтому для этого необходимы специальные помещения: комнаты отдыха, рекреационные холлы, которые необходимо предусмотреть при модернизации планировочных решений студенческих общежитий.



#	Ответ	Важность
	Сон	3,7
	Пассивный отдых в течение дня	2,9
	Учебные процессы	3,2
	Досуг, хобби, просмотр ТВ	2,2
	Общение	1,3
	Прием гостей	1
	Приготовление и прием пищи	2,4
	Малая гигиена, уход за собой	2,0

Рисунок 4. Распределение функциональных потребностей

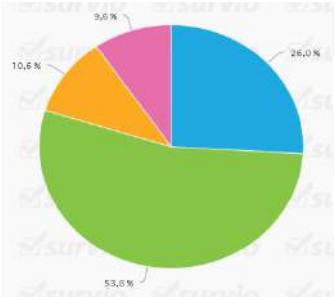
Наличие в комнате раковины, туалета, душа не обязательно лишь для 23 респондентов (25%)



#	Ответ	Ответы	Доля
	да , необходимо	81	77,9 %
	нет, хватает на этаже/блоке	23	22,1 %

Рисунок 5. Предпочтение респондентов иметь в комнате санузел

Более чем половине респондентов (56 человек - 53,9%) приходилось делать в комнате косметический ремонт; 11 человек (10,6%) делали ремонт с заменой оборудования, окон, дверей; 10 респондентов (9,6%) сделали ремонт с перепланировкой (выделением зоны прихожей, кухни); 27 опрошенных (26%) ремонт не делали. Таким образом, почти три четверти опрошенных делали ремонт в комнате, это говорит о желании улучшить условия проживания.

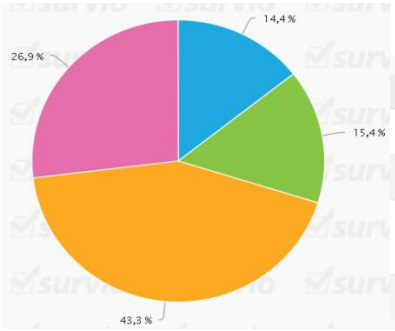


#	Ответ	Ответы	Доля
	нет	27	26,0 %
	да, косметический	56	53,9 %
	да, с заменой оборудования, окон, дверей	11	10,6 %
	да, с перепланировкой (выделение зоны прихожей, кухни)	10	9,6 %

Рисунок 6. Самостоятельное улучшение условий проживания респондентами

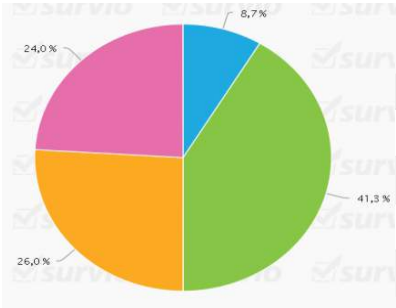
Неудобства при пользовании душем испытывает 45 респондентов (43,3%). 28 респондентам (26,9%) некомфортно психологически, считают, что это негигиенично. 16 опрошенным (15,4%) достаточно душа на этаже/блоке, где более 2 комнат. 15 человек (14,4 %) устраивает личный душ на комнату/блок из 2 комнат. Таким образом, более чем половине респондентов некомфортно пользоваться душем. Приходится далеко идти, так как один душ на все общежитие, ждать очередь, негигиенично и некомфортно психологически.

43 респондентам (41,4%) комфортно пользоваться кухней на этаже, к плюсам относят возможность общаться с соседями. 27 опрошенных (26%) не довольны, так как приходится ждать. 25 респондентам (24%) некомфортно психологически. 9 человек (8,7%) имеют собственную кухню в комнате, их все устраивает. Большое количество респондентов (43%) довольны пользованием общей кухней, это обусловлено возможностью совместить 2 функциональные потребности: приготовление пищи и общение, таким образом, это служит плюсом бюджету времени, а также является следствием отсутствия специальных рекреационных помещений на этаже и недостатком места в комнате. Однако половина респондентов не довольны пользованием общей кухней. Тот факт, что приходится ждать свою очередь, терять время, иногда приводит к конфликтам, а, следовательно и психологическому дискомфорту.



#	Ответ	Ответы	Доля
●	Нет, устраивает личный душ на комнату / блок из 2-ух комат	15	14,4 %
●	Нет, устраивает общий душ на этаже /в блоке, где более 2-ух комнат	16	15,4 %
●	Да, приходится ждать очередь, далеко идти, 1 душ на все общежитие	45	43,3 %
●	Да, некомфортно психологически, негигиенично	28	26,9 %

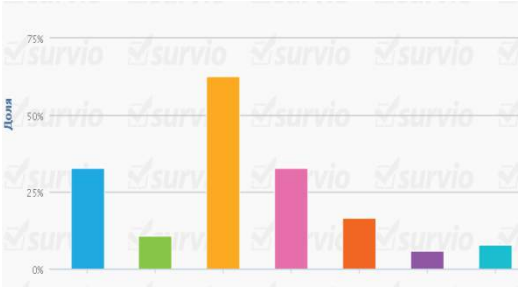
Рисунок 7. Комфортность при пользовании душем



#	Ответ	Ответы	Доля
●	Нет, все устраивает, кухня в комнате	9	8,7 %
●	Нет, устраивает общая кухня на этаже, можно общаться с соседями	43	41,4 %
●	Да, приходится ждать,	27	26,0 %
●	Да, некомфортно психологически	25	24,0 %

Рисунок 8. Комфортность при пользовании кухней

Большинство опрошенных пользуются такими помещениями как постирочная/сушильная/гладильная – 65 респондентов (62,5%), учебной комнатой и спортивным залом пользуются по 34 человека (32,7%), в буфет/столовую ходят 17 (16,3%) респондентов, комнатой отдыха пользуются 11 человек (10,6%); медпунктом - 6 (5,8%), колясочной/помещением для хранения велосипедов -8 (7,7%). Небольшие процентные соотношения могут свидетельствовать как о не комфортности использования некоторых помещений, так и об отсутствии этих помещений, а их наличие необходимо согласно СП [1], [2] следовательно, это должно быть учтено при реконструкции.



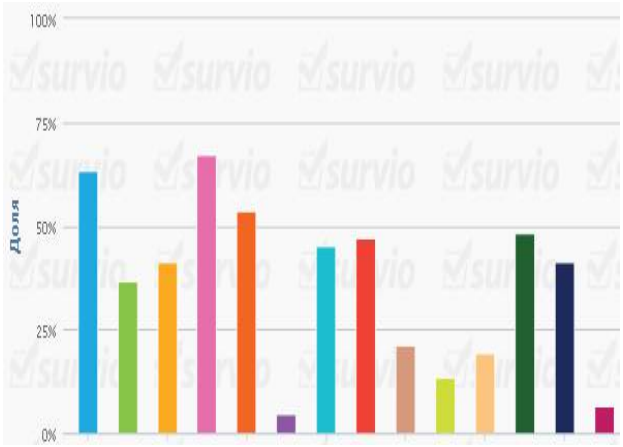
#	Ответ	Ответы	Доля
●	Учебная комната	34	32,7 %
●	комната отдыха	11	10,6 %
●	Постирочная, сушильная, гладильная	65	62,5 %
●	Спортивный/тренажерный зал	34	32,7 %
●	Буфет/столовая	17	16,3 %
●	Медпункт	6	5,8 %
●	Колясочные/помещение для хранения велосипедов	8	7,7 %

Рисунок 9. Использование помещений общественного назначения

Для выявления помещений, которые студенты хотели бы видеть в своем общежитии, был предложен следующий перечень. Около половины опрошенных хотели бы иметь в общежитии столовую/кафе – 66 человек (63,5%); колясочную/помещение для хранения велосипедов – 50 респондентов (48,1%); спортивный/тренажерный зал – 70 человек (67,3%), медпункт/кабинет здоровья – 56 респондентов (53,8%); библиотеку/кинозал/зал досуга – 47 человек (45,2%); киоски канцтоваров/товаров первой необходимости – 49 респондентов (47,1%)

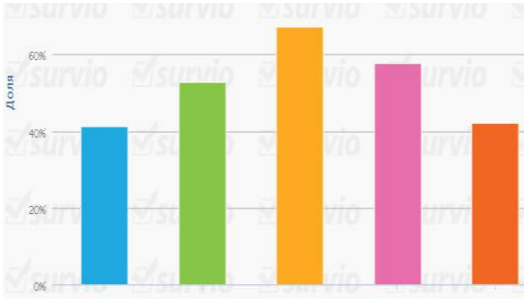
В опросе так же отразилась современная тенденция сохранения ресурсов. 70 респондентов (67,3%) согласны с установлением датчиков движения на осветительных приборах, 60 (57,3%) - с установлением сенсорных смесителей на умывальниках и в кухнях. 55 (52,9%) готовы регулировать температуру воздуха в комнате, засчет регулятора температуры радиатора; 44 (42,3%) согласны с повторным использованием воды; 43 (41,3%) согласны установить покомнатные счетчики на электричество и воду.

Данный социологический опрос позволяет выявить потребность студентов, проживающих в общежитии в улучшении качества условий проживания. Определив, с кем наиболее комфортно жить, необходимо отразить это в объемно планировочном решении: поэтажное заселение, с разными комнатами в зависимости от специализации и потребности в специальных помещениях, например чертежные, читальные залы; разделение на блоки. Функциональные потребности так же влияют на планировку жилой ячейки, функциональное зонирование комнаты. О моральном износе зданий студенческих общежитий можно судить по желанию респондентов иметь более удобные кухни, души, санузлы. Ремонт в комнате делали почти половина респондентов, из них немалую часть составляют те, кому пришлось заменить оборудование, окна и двери, это говорит о физическом износе. Готовность респондентов экономить ресурсы предполагает возможность экономической выгоды при реконструкции.



#	Ответ	Ответы	Доля
1	Столовая/кафе	66	63,5 %
2	Ремонтная мастерская/ателье	14	13,5 %
3	Зимний сад/живой уголок	20	19,2 %
4	Колясочная/помещение для хранения велосипедов	50	48,1 %
5	Курительная комната	43	41,3 %
6	Другая возможность	7	6,7 %
7	Рекреационный холл на этаже	38	36,5 %
8	Общее помещение для массовых мероприятий	43	41,3 %
9	Спортивный/тренажерный зал	70	67,3 %
10	Медпункт/Кабинет здоровья	56	53,8 %
11	Парикмахерская/салон красоты	5	4,8 %
12	Библиотека/кинозал/зал досуга	47	45,2 %
13	Киоски канцтоваров/товаров первой необходимости	49	47,1 %
14	Автоматы с едой/кофе автоматы	22	21,2 %

Рисунок 10. Предпочтительные помещения общественного назначения



#	Ответ	Ответы	Доля
1	Установление покомнатных счетчиков на воду, электричество	43	41,3 %
2	Контроль температуры воздуха в помещении засчет регуляторов на радиаторах	55	52,9 %
3	Установление датчиков движения на осветительных приборах в коридорах	70	67,3 %
4	Установление сенсорных смесителей на умывальниках и в кухнях	60	57,7 %
5	Повторное использование воды для сливных бачков в санузлах	44	42,3 %

Рисунок 11. Современная тенденция сохранения ресурсов

Литература:

1. СП 2.1.2.2844-11 «Санитарно эпидемиологические требования к устройству, оборудованию и содержанию общежитий для работников организаций и обучающихся учебных заведений»
2. СП 118.13330.2012 "Общественные здания и сооружения"
3. Здоровый образ жизни студента [Электронный ресурс] - Режим доступа:http://edu.dvgups.ru/METDOC/CGU/FIZVOSP/METOD/U_POSOB/frame/1.htm
4. Введение в педагогической профессии [Электронный ресурс] – Режим доступа:http://uchebnikionline .com/pedagogika /vstup_do_pedagogichnoyi _profesiyi_meshko_gm/tehnologiya_ profesiynogo_samovihovannya_maybutnogo_pedagoga.htm

АРХИТЕКТУРНО-ЛАНДШАФТНАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ НАБЕРЕЖНОЙ В СОСТАВЕ ДЕЛОВОГО КВАРТАЛА «ЕКАТЕРИНБУРГ-СИТИ»

Дорошенко Татьяна Сергеевна
студент второго курса магистратуры, Уральская государственная архитектурно-художественная академия, г. Екатеринбург
Шадрина Анастасия Викторовна
старший преподаватель, Уральская государственная архитектурно-художественная академия

ARCHITECTURAL AND LANDSCAPE RECONSTRUCTION OF THE EMBANKMENT IN THE BUSINESS QUARTER «YEKATERINBURG CITY»
Doroshenko Tatiana, undergraduate Ural state academy of architecture and arts, Yekaterinburg
Shadrina Anastasia, Senior teacher, candidate of science Ural state academy of architecture and arts, Yekaterinburg

АННОТАЦИЯ

В статье описан метод архитектурно-ландшафтной реконструкции набережной в составе делового квартала «Екатеринбург-Сити». Актуальность изучения архитектурно-ландшафтной организации деловых кварталов связана, в первую очередь, с формированием функционально развитой, благоустроенной, сомасштабного общественного пространства на уровне глаз человека. Приведенный метод базируется на исследованиях Нефедова В.А. и включает изучение экологического, экономического, объемно-планировочного и эстетического аспектов реконструкции территории. Реализация метода позволит преобразовать набережную р. Исеть в «Екатеринбург-Сити» в многофункциональное имиджевое пространство.

ABSTRACT

The article describes the method of architectural and landscape reconstruction of embankment in the business quarter "Yekaterinburg-City". The matter of studying the architectural and landscape organization of business quarters is aimed, mainly, to form a full-functional, comfortable and human-sized environment in the eye-level layer of public space. The method described below is based on Dr.Valery A. Nefedov's studies and includes a research on ecological, economical, spatial and aesthetical aspects of site reconstruction. The realization of the proposed method can turn the "Yekaterinburg-City" part of river Iset embankment to a multifunctional image-providing space.

Ключевые слова: деловые кварталы, ландшафтная архитектура, городские набережные, реконструкция, имидж.

Keywords: business districts, landscape architecture, city embankments, reconstruction, image.

В современных условиях актуально продвижение крупных городов, областных центров за счет формирования развитой бизнес-структуры, создания площадок международного сотрудничества. Екатеринбург является центром региона и активно участвует в мировом экономическом процессе, показателями чего могут служить такие мероприятия, как Саммит ШОС, выставка Иннопром, заявка на участие в ЭКСПО-2020 и т.д. Сотрудничая с международными компаниями, городу необходимо формировать современный деловой имидж, не в последнюю очередь, за счет организации пространства деловых центров, - и площадкой для формирования комплексного архитектурно-ландшафтного подхода в настоящее время является деловой квартал «Екатеринбург-Сити».

Расположение делового квартала очень выгодное в экономическом, экологическом, композиционном отношении. «Екатеринбург-Сити» находится в центре города вдоль набережной городского пруда. Деловой квартал активно развивается: общая площадь «Екатеринбург-Сити» составит около 750 тыс. кв. м. Планируемое освоение территории предполагает строительство новых высотных зданий. Самая высокая башня будет высотой 298 метров (62 этажа), остальные две ниже – 236 метров (51 этаж) и 214 метров (60 этажей). Также планируется построить три 126-метровых здания, в каждом из которых будет по 27 этажей. Центральная часть квартала планируется низкой. Предусмотрен подземный паркинг примерно на 4,5 тыс. мест [2].

Но, несмотря на быстрый темп развития квартала, остается без внимания окружающая среда. Набережная на сегодняшний день частично благоустроена, нет организованной, развитой рекреационной зоны для сотрудников и посетителей офисов, природа вытесняется асфальтовыми покрытиями и автомобилями, массово прибывающими в деловой квартал. (Рис. 1)

Рисунок 1. Набережная вдоль делового квартала Екатеринбург-Сити

Реконструкция набережной вдоль делового квартала необходима, так как благоустройство влияет на имидж Екатеринбург-Сити. Деловой квартал требует другого уровня комфорта среды, более развитой функциональной структуры рекреации, так как набережная используется не только сотрудниками и посетителями офисов, но и всеми горожанами, здесь проводятся массовые мероприятия в День Победы, в День города и т.д. Также нельзя не отметить, что окружающая среда влияет на панорамный вид из окон офиса, и от того, как выглядит прилегающая к зданиям территория, зависит имидж Екатеринбург-Сити.

Метод реконструкции набережных был сформулирован на основании работ Нефедова В.А. [1], а также анализа зарубежных рекреационных зон в составе деловых кварталов.

Нефедов В.А. отмечает: «Среди многочисленных резервов в оздоровлении городской среды и поддержания стабильности ландшафта современного города совершенствование использования береговых территорий имеет особое значение. Как правило, с водными пространствами связаны самые выразительные панорамы и контрастное сочетание различных функций» [1].

Наиболее серьезные проблемы, отражающиеся на устойчивости береговых территорий, по В.А. Нефедову [1]: отсутствие необходимых пешеходных коммуникаций в береговой полосе с обустроенными местами для отдыха, отсутствие признаков ландшафтного дизайна в оформлении открытых пространств у воды, преобладание неукрепленных контуров береговых линий, отсутствие системы пространств для занятий спортом или активных игр детей и подростков, ограниченные возможности использования в различные сезоны года и в течение времени суток.

Проблемы городского окружения вдоль набережной проявляются в различных странах и городах. При рассмотрении архитектурно-пространственной среды деловых кварталов становится очевидным, что необходимо внедрение экологических методов и приемов, территория редко оценивается как благополучная. Помимо экологических решений, необходимо обеспечение качественной среды, которая отвечают эстетическим, социальным, визуальным, экономическим и функциональным требованиям различных групп потребителей.

На примерах из зарубежного опыта рассматриваются реализованные решения. Для изучения были взяты деловой квартал «Canary Wharf» в Лондоне и «Chicago-Loop» в Чикаго. Архитектурно-ландшафтная организация этих деловых кварталов рассматривается в четырех аспектах: экологическом, объемно-планировочном, экономическом, эстетическом (Рис.2).

Изучение проектов и реализованных примеров деловых кварталов из мирового опыта позволило выявить, что основные проблемы таких территорий связаны с организацией потоков пешеходов, систем навигации, взаимодействия пешеходов с объектами транспортной инфраструктуры. В зарубежных проектах применяются различные приемы для создания благоприятной среды: озеленение пешеходных путей, рекреационная территория оборудована различными малыми архитектурными формами. Интенсивно применяется растительность на транспортных территориях, применяется экранирование, автомобили и железнодорожные пути проходят под землей.

Рассматривая научные работы Нефедова В.А. можно сделать выводы, что теория автора применима к ситуации делового квартала Екатеринбург-Сити. Необходимы положительные изменения окружающей среды: очистка водоема, обновление озеленения и т.д., данные проблемы решает метод реконструкции набережных. В составе метода рассмотрены те же четыре аспекта реконструкции.

Экологический аспект реконструкции:

1. Очистка берега и прибрежных вод (механическая, биологическая). Большинство загрязняющих веществ техногенного происхождения оседают на дне водоема, формируя донные отложения минеральные, органоминеральные или органические илы: токсичные, санитарно опасные или просто безжизненные, исключающие существование аборигенного биотопа [3]. Существуют различные способы очистки водоема: санация, фиторемедиация, биоремедиация. Способ фиторемедиации применяется для очищения почв за счет аккумуляции металлов растениями, биоремедиация включает в себя использование потенциала микроорганизмов, в процессе жизнедеятельности, разрушающих синтетические органические соединения. Здесь следует отметить, что без механической очистки дна всего городского пруда эти мероприятия не будут эффективны. Вдоль набережной применяются габионные стены, экологически чистая технология.
2. Сохранение и обновление существующих посадок. Растительность влияет позитивно на качество городской среды, имеет непосредственное отношение к улучшению экологической ситуации города. Благодаря озеленению снижается концентрация пыли, очищение воздуха от паров бензина, снижение шума и др. На территориях городского пространства, на набережной есть посадки деревьев и кустарников, со временем они не справляются с техногенной нагрузкой и требуют обновления и замены растительного материала.

Объемно-планировочный аспект реконструкции:

1. Многоярусные подходы к воде, организация пешеходных променадов. Главным является беспрепятственный подход к воде. Для этого применяется геопластика, лестницы, удобные тропинки и пандусы.
2. Разнообразие глубины пространства набережной с различными формами растительности и рисунком рельефа. Применяются комбинированные материалы: газонное покрытие, тротуарная плитка, мелкая плитка разного цвета и фактуры в виде мозаики.
3. Организация выхода на воду за счет внедрения смотровых площадок (пирса, лодочной станции, кафе на воде и т.п.). Организовывая «выход на воду» создается дополнительная функциональная зона, где применяются искусственные островки, пирсы. Меняется контур берега, дополняются видовые панорамные точки просмотра.

Экономический аспект реконструкции:

1. Использование территории набережной в качестве имиджевого элемента. Проведение различных мероприятий на набережной местной администрацией в отношении рыночных преобразований, приоритеты в социально-экономическом развитии, участие территориальной деловой элиты в различных благотворительных акциях создает благоприятный имидж территории. Повышается статус и престиж набережной в составе делового квартала, возрастает инвестиционная привлекательность, повышается культура использования ландшафтных объектов.
2. Использование территории набережной, в том числе водных поверхностей для размещения рекреационной инфраструктуры делового центра. Городская территория набережной благоустраивается за счет бюджетных средств города, но этого недостаточно для статуса делового квартала. В.А. Нефедов отмечает: «Вовлечение средств частных инвесторов, возможное в условиях стабильной экономической ситуации и подкрепляемое гарантиями на частичную компенсацию затрат в будущем, становится одним из основных путей финансового обеспечения расширения рекреационной инфраструктуры» [4].

Эстетический аспект реконструкции:

– контрастное моделирование регулярных и пейзажных форм «второй природы». Регулярность существующих посадок следует разнообразить при помощи декоративных групп из деревьев и кустарников. Группы растений позволяют отделить пространства для отдыха, защитить их от ветра, который доставляет ряд неудобств гуляющим людям по набережной в настоящее время.

– формирование привлекательных видовых раскрытий от точек притяжения. С помощью «художественных» средств, таких как ритм пространственных структур, пластики зеленых насаждений, пропорций, цветосветового решения закладывается эмоциональная значимость среды. Для восприятия пейзажных картин, выявлены наиболее удачные видовые точки, места, где резко меняются условия видимости (Рис. 4).

Деловой квартал «Canary Wharf» в Лондоне	
1. экологический аспект ⓐ плавающие модули с растениями для очистки воды, ⓑ понтонный пешеходный мост не загрязняет водное пространство.	
2. объемно-планировочный аспект ⓐ планировка квартала в регулярном стиле, ⓑ озеленение квартала в пейзажном стиле. Контрастное совмещение стилей влияет на человека положительно, позволяя глазам отдыхать	
3. экономический аспект На территории расположены офисы крупнейших банков и юридических компаний, финансовых организаций, торговые центры, рестораны и жилые комплексы-территория привлекательна для инвестиций.	
4. эстетический аспект ⓐ эстетическое разнообразие, например, в применении цветной керамики и символических часов ⓑ вход в метро оформлен декоративным навесом ⓒ использование водных устройств (фонтаны)	
Деловой квартал «Chicago-Loop» в Чикаго	
1. экологический аспект ⓐ использование приствольных кругов для обеспечения питания и дыхания приповерхностной корневой системы растений ⓑ очистка воздуха за счет зеленых растений: газон, кустарники, деревья.	
2. объемно-планировочный аспект ⓐ планировка квартала в регулярном стиле ⓑ применяется топиарная стрижка деревьев и кустарников, что характерно для регулярного стиля.	
3. экономический аспект Помимо высотных офисных зданий, расположены различные торговые центры, театры, отели, пространство используется как выставка работ.	
4. эстетический аспект ⓐ фонтаны **и** цветники на крыше создают благоприятную атмосферу для отдыха ⓑ скульптуры создают образ пространства	

Рисунок 2. Анализ структуры деловых кварталов

Рисунок 4. Видовые точки

– разработка единого стилистического решения наполнения пространства (сооружения, малые формы, покрытия). Деловой квартал подразумевает строгость, лаконичность и функциональность. Набережная в составе делового квартала является городским пространством, где отдыхают различные группы людей. Малые архитектурные формы и различные мощения могут объединить пространство и, в то же время, выделить его функциональные зоны (Рис. 3).

Рисунок 3. Функциональная организация территории

Выводы: Архитектурно-ландшафтная организация «Екатеринбург-Сити», и подобных ему деловых кварталов, должна осуществляться системно, комплексно, с учетом экологических, экономических, объемно-планировочных и эстетических требований. Для выбранной территории в ряде проектов (проект делового квартала, разработанный компанией УГМК, генеральный план города Екатеринбурга до 2025 г.) заложено значительное изменение существующего характера использования, что подразумевает и изменение ее архитектурно-ландшафтного облика.

Список литературы

1. Нефедов В.А. Архитектурно-ландшафтная реконструкция как средство оптимизации городской среды [Текст]: автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора наук / Нефедов В.А. –: С-Пб. 2005.
2. Мельникова А. "Здесь будет как на Вайнера, только под крышей": концепцию делового центра "Екатеринбург-Сити" обновили [электронный ресурс]: http://www.e1.ru/news/spool/news_id-411793.html.
3. Аджиенко В.Е. Очистка поверхностных водных объектов от донных отложений: причины заиливания и экономика проблемы [Электронный ресурс]: http://www.admir-ea.ru/files/Himiya%20i%20ecologiya.pdf.
4. Нефедов В.А. [Текст]: Ландшафтный дизайн и устойчивость среды / Нефедов В.А. -: С-Пб. 2002 – 295 с.
5. Яргина З.Н., Косицкий Я.В., Владимиров В.В., Гутнов А.Э., Е.М. Микулина, Сосновский В.А. Основы теории градостроительства [Текст]: учебное пособие для вузов по спец. «Архитектура» - М.: Интеграл 2014 – 326 с.

ДЕКОРАТИВНОЕ ОФОРМЛЕНИЕ ДЕТСКИХ ПЛОЩАДОК

Завалищева Анастасия Тимофеевна, Завалищева Светлана Тимофеевна
Студенты, Смоленский государственный университет, г. Смоленск

DECORATIVE REGISTRATION OF PLAYGROUNDS
Zavalishcheva Svetlana, student, Smolensk state university, Smolensk
Zavalischeva Anastasia, student, Smolensk state university, Smolensk

АННОТАЦИЯ

В настоящее время все большее значение приобретают мероприятия по озеленению и благоустройству городов и населенных мест. Для обеспечения отдыха детей на свежем воздухе в каждом микрорайоне города предусматриваются детские игровые площадки, декоративное оформление которых играет важную эстетическую и социальную роль. Целью данной статьи является изучение и описание декоративного оформления и выявление нарушений правил размещения и строительства детских игровых площадок на территории города Смоленска.

ABSTRACT

The actions for gardening and improvement of the cities and the occupied places has the increasing value at present time. There are children's playgrounds for ensuring children's rest in the open air in each residential district of the city and decorative registration of playgrounds plays an important esthetic and social role. The purpose of this article is studying and the description of decorative registration and identification of violations of the rules of placement and construction of children's playgrounds in the territory of Smolensk.

Ключевые слова: детские игровые площадки; декоративное оформление; нарушения.
Keywords: children's playgrounds; decorative registration; violations.

В настоящее время все большее значение приобретают мероприятия по озеленению и благоустройству городов и населенных мест. Большую роль в формировании внешнего облика города играет естественная природа.

Для обеспечения здоровых условий пребывания на свежем воздухе, для укрепления детского организма, правильного физического развития, а также для разумного проведения досуга в коллективе своих сверстников, в каждом микрорайоне города предусматриваются детские игровые площадки. Организация таких площадок положительно влияет на развитие детей и освобождает родителей от излишнего беспокойства за них, снижает количество несчастных случаев и способствует лучшей сохранности зеленых насаждений города. Кроме того, правильно расположенная игровая площадка позволяет избавить жителей от шума и криков, сопровождающих детские игры [2, с. 5].

Строительство и организацию детских игровых площадок необходимо проводить с учетом интересов и потребностей детей, их физического и духовного развития. Существует три основных типа площадок:

1. площадки для детей ясельного возраста – это тихие, как правило, солнечные площадки, на которых располагаются песочница, горки, качели и качалки, а также детские домики. По возможности, в центре площадки располагают плескательный бассейн. Такие площадки часто совмещаются с площадками отдыха для родителей с колясками;
2. площадки для детей дошкольного возраста размещают в непосредственной близости к дому, но не ближе 10-20 м до окон домов. Игровое оборудование на таких площадках более разнообразно по сравнению с площадками для детей до 3-х лет: горки, гимнастические стенки, карусели, стойки с обручами для метания в цель и всевозможные элементы для лазанья;
3. площадки для младших школьников обычно представляют собой лужайку, окруженную зелеными насаждениями. На ней дети могут играть с мячом в волейбол, футбол и другие подвижные игры.

Размеры площадок определяются по СНиП 2.07.01-89. Так, размер площадки для детей ясельного возраста должен составлять 120м2, для дошкольников от 3 до 7 лет – 150 м2, для младших школьников – 250м2.

В современных городах в условиях интенсивной точечной застройки часто бывает недостаточно места для организации отдельных игровых площадок для детей разных возрастных групп. Чтобы решить данную проблему создаются небольшие игровые комплексы, удовлетворяющие потребностям детей разных возрастов.

Декоративное оформление детских игровых площадок играет важную роль. Под декоративным оформлением детской площадки следует понимать художественное оформление и стилистическое украшение элементов детской площадки, акцентирующее выразительность композиции или зрительно преобразующее ее, внося ритм, колорит. Декоративное оформление – одно из средств зрительного объединение в ансамбль отдельных элементов. Яркие, необычные дизайнерские решения и красочное оформление позволяют привлекать на детскую игровую площадку детей разных возрастов и отвлекать их от игр возле автомобильных дорог и площадок, не предназначенных для детей.

Важную роль в формировании облика детской игровой площадки играют зеленые насаждения. Так, детские площадки окружаются зелеными насаждениями, по возможности оформляются цветочными клумбами и живыми изгородями. Однако следует учитывать, что колючие, ядовитые растения, растения с крупными, яркими плодами и цветками высаживать на территории детских игровых площадок нельзя. Зеленые растения на детской площадке выполняют не только декоративную роль, но и социальную. Они позволяют проводить культурно-просветительские мероприятия для детей, учат бережно относиться к природе.

Часто, для привлечения внимания детей, оборудование детских игровых площадок решается в каком-либо стиле. Так, можно встретить детские площадки с животными, например, качели в виде жирафа, качалки на пружине в виде божьей коровки, и фруктовые детские площадки, на которых игровое оборудование стилизовано

под фрукты. Такое решение детской площадки играет важную социальную роль, приобщая детей к природе и призывая употреблять в пищу больше фруктов. Кроме того, все игровое оборудование раскрашивается в яркие привлекательные цвета.

Помимо стандартного набора игрового оборудования на детских площадках могут размещаться различные элементы декора: птичьи домики и кормушки, необычные горшки, привлекательные гирлянды-флажки, различные фигурки из дерева, пугала, необычные статуэтки и др. Обычно эти элементы делаются детьми совместно с родителями.

Кроме того, важную роль играет покрытие детской игровой площадки. Для обеспечения безопасности детей во время игр и перемещения на площадках в игровой зоне необходимо предусматривать только мягкие виды покрытий (песчаное, резиновое и т.д.) [3, с 84]. Покрытие может нести не только защитную функцию, но и эстетическую. Таким свойством обладает резиновое покрытие, которое может быть разных расцветок и при этом снижает травмоопасность при падении.

В настоящее время обширно декорированных площадок на улицах города очень мало. Обычно выполняются в определенном стилевом ключе детские парки городского значения и детские игровые площадки на территории детских садов. Существует проблема декоративного оформления детских площадок. Возьмем, к примеру, детские игровые площадки в городе Смоленске.

Особо остро проблема несоблюдения правил строительства и благоустройства детских площадок стоит в историческом центре города в условиях высокой плотности застройки. Так, во дворах домов зачастую нет раздельных площадок для детей каждой возрастной группы. Обычно детская игровая площадка представляет собой участок размером около 75 м2, на котором в хаотичном порядке располагается игровое оборудование для детей. Часто такие площадки не огорожены и игровое оборудование на них находится в плохом состоянии. Для анализа была взята детская площадка, расположенная в центральной части города.

В первую очередь в глаза бросается явное нарушение правил размещения и строительства детской игровой площадки. Так, она не огорожена ни зелеными насаждениями, ни оградой. Прямо по территории площадки проходит дорожка с интенсивным пешеходным движением. Кроме того в непосредственной близости от площадки располагается автостоянка. Озеленения данной площадки как такового нет. Прямо посередине площадки растет дерево, а вокруг площадки летом можно увидеть заросли крапивы. Покрытие детской игровой площадки не соответствует стандартам, а игровое оборудование малочисленно и не эстетично, элементы декора отсутствуют. Примерно так же выглядит не меньше половины детских игровых площадок на территории города Смоленска.

В противовес первому примеру можно привести детскую игровую площадку, находящуюся на набережной реки Днепр города Смоленска. Построена она в 2014 году и в настоящий момент находится в достаточно хорошем состоянии. Здесь площадка больше соответствует государственным стандартам и обладает большей эстетической выразительностью. Игровое оборудование разнообразно, выполнено из новейших материалов и стилизовано под морскую тематику. Так, здесь можно увидеть лазы в виде парусника, домики в виде подводных лодок, горки, украшенные дельфинами и качалки, в виде морских животных. Все оборудование раскрашено в яркие, привлекающие внимание цвета. От автомобильной дороги площадка огорожена живой изгородью из высоких кустарников и деревьев.

При анализе детских игровых площадок города можно заметить, что при строительстве и благоустройстве новых районов большие площади отводятся для игр детей, однако нарушения при строительстве площадки присутствуют как в центре города, так и на отдаленных территориях. Однако декоративное оформление новых площадок более красочное и разнообразное, их делают качественными и привлекательными для детей. Меньшей декоративностью обладают площадки, установленные 5 и более лет назад. Контроль за ними осуществляется слабый, игровое оборудование обветшалое и однообразное, часто не соответствует государственным стандартам. Такие площадки являются непривлекательными для детей, и потому требуют замены.

Литература:

1. Приложение к постановлению главы городского округа «09» августа 2011 г. № 412. Правила установки детских площадок на придомовых земельных участках, требования к их техническому состоянию и содержанию на территории муниципального образования «Пионерский городской округ».
2. Сотникова В. О. Проектирование элементов благоустройства. Детские площадки. Площадки отдыха. Малые сады: учебное пособие для студентов специальности 27030265 «Дизайн архитектурной среды» по дисциплине «Архитектурно-дизайнерское проектирование» - Ульяновск: УлГТУ. - 113 с.
3. Теодоронский В.С., Сабо Е.Д., Фролова В.А. Строительство и эксплуатация объектов ландшафтной архитектуры: учебник для студ. высш. учеб. заведений. - 3-е изд., стер.- М.: Издательский центр «Академия», 2008. - 352 с.

АНАЛИЗ СЕТИ АМБУЛАТОРНО ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ ГОРОДА ИЖЕВСКА НА ОСНОВЕ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ОПРОСА

Махиянова Разиля Ильясовна

Студент магистрант, Ижевский государственный технический университет имени М.Т.Калашникова г. Ижевск

NETWORK ANALYSIS OF OUTPATIENT CLINICS IN IZHEVSK BASED ON SOCIAL SURVEYS

Makhiianova Razilia, Student Master, of Kalashnikov Izhevsk State, Technical University, Izhevsk

АННОТАЦИЯ

Рассмотрены проблемы сети амбулаторно поликлинических учреждений города Ижевска. Проанализирован социологический опрос, проводившейся серди пациентов городских поликлиник. Выявлены основные недостатки структуры. Сделаны выводы о необходимости реконструкции.

ABSTRACT

The problems of network clinics in the city of Izhevsk. Analyzed public opinion poll, which was conducted among patients urban clinics. The basic structure of the shortcomings. The conclusions about the need for reconstruction.

Ключевые слова: амбулаторно поликлинические учреждения; городские поликлиники; медицинские учреждения.

Keywords: outpatient polyclinics; polyclinics; medical institutions.

Сеть амбулаторно поликлинических учреждений (далее АПУ) города Ижевска представлена городскими и стоматологическими поликлиниками для взрослых и детей, диагностическими и специализированными центрами, поликлиниками восстановительного лечения. Городские территориальные поликлиники – учреждения, предназначенные для оказания медицинской помощи приходящим больным, а также для лечения больных на дому и составляют более 80% от всех учреждений сети АПУ.

Основной фонд зданий территориальных поликлиник для взрослых города состоит из отдельно стоящих зданий, построенных по типовым проектам (серии VII-40, VII-70) в 1970-1980г., поликлиник, встроенных в жилые дома (серии 1-335, 85, 1-447) построенных в конце 60-х годов. При этом в прошедшие десятилетия активно развивались новые методы диагностики, лечения и профилактики заболеваний, менялась организация форм медицинской помощи. Сменилась нормативная база [1], [2], [3], [4]. Выросла численность населения города. По данным всероссийской переписи в 1959 году в Ижевске насчитывалось 287тыс. человек; 1979г. – 550,7тыс; 1989г. – 635,1тыс.; 2002г. - 632,1тыс.; 2009г. – 611тыс.; 2015г. – 642тыс; а значит выросла нагрузка на территориальные поликлиники (с момента строительства основного числа учреждений на 100тыс. жителей).

В рамках магистерской диссертации на тему «Реконструкция сети амбулаторно поликлинических учреждений города Ижевска» была разработана анкета социологического исследования, которая содержала перечень из 8 вопросов. Цель исследования – проанализировать работу территориальных поликлиник Ижевска.

Для полной оценки изучаемого вопроса, нахождения определенных закономерностей были выделены 5 возрастных групп. Из общего числа лиц, принявших участие в анкетировании 27% составили лица 18-25 лет; 29% лица 25-35 лет; 11% лица 35-45 лет; 15% лица 45-55 лет; 18% лица 55 и старше.

В результате опроса было выявлено, что с принятием в 2010 году нового закона об обязательном медицинском страховании граждан, позволяющим сменить территориальную поликлинику, прикрепленную по месту жительства (№ 326-ФЗ от 29 ноября 2010 года), 44% опрошенных воспользовались такой возможность. 12% из их числа посещают частные поликлиники на коммерческой основе.

При этом большинство респондентов моложе 35 лет отвечали, что, обращаются в поликлиники раз 6–12 месяцев – 34%; или реже 31%. Варианты ответа: раз в полгода – 21%; один раз каждые 2-3 месяца - 11%, и чаще - 3% выбирали лица старше 45 лет.

Чаще всего опрошенные обращаются к врачу-терапевту – 67,6 %. Кроме того, респонденты старшего поколения выбирали врача: невролога – 8,3%; хирурга – 5,5% и др.; респонденты среднего возраста выбирали врача: стоматолога – 7,4%; гинеколога – 3,7% и др.

Для определения отдаленности АПУ от места проживания респондентам задавались вопросы о пешеходной и транспортной доступности. В соответствии постановлением Правительства УР от 16.07.2012 N 318 "Об утверждении нормативов градостроительного проектирования по Удмуртской Республике" радиус пешеходной доступности городских поликлиник 1 км; то есть во временном отрезке не более 15 минут (из расчета средней скорости человека 4-5 км/ч). Этому критерию соответствуют ответы 24% респондентов. 19% опрошенных отвечали, что дорога в поликлинику занимает от 15 до 30 минут; 20% - 30-45 минут%; 19% - 45-60 минут; 18% опрошенных говорили, что добираются в поликлинику более часа.

Респонденты отвечали на вопросы об очередях в городских поликлиниках. Лишь 3% опрошенных говорили, что не сидят в очередях. 13% ожидают приема врача не более 15 минут; 32% ожидают 15-30 минут; 21% 30-45 минут; и 31% проводят в очереди более 45 минут.

На вопрос о физическом состоянии поликлиник города большинство респондентов давало положительную оценку. По пятибалльной шкале оценку четыре поставили 37% опрошенных горожан; на пять баллов поликлиники оценили 17%. Оценку в три бала дали 28%; в два балла 11%; единицу присвоили 7% опрошенных. Среди недовольных, состоянием своей поликлиники преобладают лица моложе 35 лет. Они же отвечали, что плохо ориентируются в поликлинике – 29%.

Основные результаты социологического опроса приведены в табл. 1.

Фонд зданий амбулаторно поликлинических зданий Ижевска устарел физически (средний возраст здания территориальной поликлиники 40 лет) и морально. Результаты опроса говорят о том, что сеть АПУ города не удовлетворяет (удовлетворяет частично) требованиям опрошенных респондентов. Среди явных недостатков отмечены большие очереди, поликлиники перегружены. Зачастую не соблюдаются радиусы доступности городских поликлиник. Только 24% опрошенных живут рядом с прикрепленным учреждением. Кроме того, 46% респондентов не довольны физическим состоянием своих поликлиник, в то время, когда многочисленные наблюдения подтверждают, что окружающая среда имеет влияние на психологический настрой человека, его самочувствие. Многие респонденты сменили поликлинику по месту жительства, есть те, кто готов платить за качественные медицинские услуги. Это также определённый показатель - не все поликлиники города удовлетворяют требованиям горожан.

В эпоху развития таких программ, как национальный проект, «Здоровье» который в качестве одной из целей преследует повышение доступности и качества меди-

цинской помощи, состоянию зданий амбулаторно поликлинических учреждений должно уделяться особое внимание. Необходимо создание качественной комфортной среды как внутри поликлиники, так и на ее прилегающей территории; увеличение числа территориальных поликлиник для разгрузки части учреждений, а также обеспечения максимальной доступности в отдаленных районах города.

Табл. 1

Результаты социологического опроса

Ваш возраст?	
18-25;	27%
25-35;	29%
35-45;	11%
45-55;	15%
55 и старше.	18%
В какую городскую поликлинику Вы обращаетесь?	
По месту жительства;	56%
Не по месту жительства (заводская поликлиника и тп).	44%
Как часто вы обращаетесь в поликлинику?	
Один раз в месяц, или чаще;	3%
Один раз. каждые 2-3 месяца;	11%
Каждые полгода;	21%
Один раз в 6-12 месяцев;	34%
Реже чем раз в году.	31%
Каких специалистов вы посещаете чаше всего?	
Терапевт;	67,6%
Хирург;	5,5%
Невролог;	8,3%
Стоматолог;	7,4%
Гинеколог;	3,7%
Окулист;	1,9%
Эндокринолог;	1,9%
Лор;	1,9%
Уролог;	0,9%
Пульмонолог.	0,9%
Сколько времени у Вас занимает путь от дома до поликлиники пешком?	
Менее 10 минут;	14%
10-15 минут;	10%
15-30 минут;	19%
30-45 минут;	20%
45-60 минут;	19%
Более часа.	18%
Сколько времени у Вас занимает путь от дома до поликлиники на машине?	
Менее 5 минут;	17%
5-10 минут;	18%
10-20 минут;	28%
20-30 минут;	
Более 30 минут.	
Приходится ли вам сидеть в очередях?	
Нет;	3%
Да, но не более 15 минут;	13%
Да, 15-30 минут;	32%
Да, 30-45 минут;	21%
Да, более 45 минут.	31%
Как вы оцениваете физическое состояние в Вашей поликлинике по пятибалльной шкале (1-плохо, 5-хорошо)?	
1;	7%
2;	11%
3;	28%
4;	37%
5.	17%
Легко ли вы ориентируетесь в поликлинике?	
Да;	71%
Нет.	29%

Список литературы

1. СП 59.13330.2012 Доступность зданий и сооружений для маломобильных групп населения;
2. СП 158.13330.2014 Здания и помещения медицинских организаций. Правила проектирования (утв. Приказом Министерства строительства и жилищно-коммунального хозяйства РФ от 18 февраля 2014 г. N 58/пр)
3. СП 118.13330.2012 Общественные здания и сооружения;
4. СанПиН 2.1.3.2630-10 Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность и др.