



ИННОВАЦИОННОЕ РАЗВИТИЕ СОВРЕМЕННОЙ НАУКИ

**Сборник статей
Международной научно-практической конференции**

31 января 2014 г.

Часть 6

**Уфа
РИЦ БашГУ
2014**

УДК 00(082)
ББК 65.26
Т 33

Ответственный редактор:
Сукиасян А.А., к.э.н., ст. преп.;

Инновационное развитие современной науки: сборник статей

Т 33 Международной научно-практической конференции. 31 января 2014 г.: в 9 ч. Ч.6 / отв. ред. А.А. Сукиасян. - Уфа: РИЦ БашГУ, 2014. – 256 с.
ISBN 978-5-7477-3461-6

Настоящий сборник составлен по материалам Международной научно-практической конференции «Инновационное развитие современной науки», состоявшейся 31 января 2014 г. в г. Уфа.

Ответственность за аутентичность и точность цитат, имен, названий и иных сведений, а так же за соблюдение законов об интеллектуальной собственности несут авторы публикуемых материалов. Материалы публикуются в авторской редакции.

УДК 00(082)
ББК 65.26

ISBN 978-5-7477-3461-6

© БашГУ, 2014
© Коллектив авторов, 2014
© ООО «Аэтерна», 2014

МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ

УДК: 616-092.9; 616.419

С.Н. Алексеенко

Аспирант очной формы обучения

Кафедры патологической физиологии и клинической патофизиологии
Новосибирского Государственного Медицинского Университета
г. Новосибирск, Российская Федерация

А.А. Зубахин

Доктор медицинских наук, профессор

Кафедры патологической физиологии и клинической патофизиологии
Новосибирского Государственного Медицинского Университета
г. Новосибирск, Российская Федерация

РЕАКЦИЯ СИСТЕМЫ КРОВИ У КРЫС WISTAR С ПЕРЕВИВАЕМОЙ КАРЦИНОСАРКОМОЙ WALKER 256 НА РАЗНЫЕ СРОКИ ПОСЛЕ ПРЕВИВКИ

Злокачественные опухоли входят в тройку причин смерти в Российской Федерации. Возникновение данного процесса возможно в любой возрастной группе, но наиболее возрастает с возрастом.

Как правило, развитие в организме злокачественной опухоли сопровождается не только местными изменениями, связанными с нарушением структуры и функции ткани того или иного органа, кровоизлиянием, болевыми ощущениями, но и общими изменениями в системе крови, заболеваниями суставов и кожи, лихорадкой и рядом других нарушений. Проблема взаимоотношений злокачественной опухоли и организма-хозяина всегда была в центре внимания научного сообщества [1. с. 12-13]. Классические исследования в этом направлении были выполнены академиками А.Д. Тимофеевским и Д.И. Гольдбергом [2]. Существуют также наблюдения, свидетельствующие об угнетающем влиянии опухоли на костномозговое кроветворение [3 с.80-89].

Цель настоящего исследования: изучить реакцию системы крови у крыс Wistar с перевиваемой карциносаркомой Walker 256 на разные сроки опухолевого роста.

Материалы и методы исследования. Исследования проведены на крысах-самцах линии Wistar (возраст 2,5 мес.), полученных из вивария ЦНИЛ НГМУ. Использовали перевиваемый штамм карциносаркомы Walker 256, поддерживаемый in vivo (лаборатория физиологической генетики Института цитологии и генетики СО РАН, Новосибирск) [4. с 88-90]. Работу с животными проводили с соблюдением принципов гуманности, изложенных в директивах Европейского сообщества (86/609/ЕЕС) и Хельсинкской декларации всемирной медицинской ассоциации о гуманном обращении с животными [5]. Содержание и уход за животными, и выведение их из эксперимента осуществляли в соответствии с «Правилами проведения работ с использованием экспериментальных животных». Экспериментальные животные разделены на 2 группы. I Группа (40 крысы) – после перевития опухоли Walker 256, группа контроля (II группа) состояла из 10 лабораторных животных. Исследования проводили в зависимости от сроков с момента перевития опухоли: на 6-е, 9-и, 13-е, 20-е и 28 сутки.

Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью пакета статистического анализа Microsoft Excel и STATISTICA 8.0. Рассчитывали среднюю арифметическую и среднюю ошибку. Достоверными считали результаты при уровне значений $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждение:

Исходя из полученных результатов исследования видно (таблице №1), что в группе животных с перевиваемой опухолью количество эритроцитов в периферической крови постепенно уменьшалось в течение всего периода наблюдения и на 20-е сутки в 1,4 раза было достоверно ниже контрольного ($p \leq 0,05$). В тоже время, отмечался рост количества лейкоцитов в периферической крови в этой группе уже на 6-е сутки наблюдения и достигало максимума на 20-е сутки после перевивки опухоли. Общая клеточность костного мозга у крыс с перевитой опухолью достоверно не отличалось от таковой в контрольной группе, но имела тенденцию к снижению. Следует отметить, что в этой экспериментальной группе к концу наблюдения, 28-м суткам, регистрировалась 100%-я гибель животных.

Таб. 1

Показатели периферической крови и костного мозга в разные сроки после привития опухоли, $M \pm m$.

Показатели периферической крови и костного мозга в разные сроки после привития опухоли, $M \pm m$.			
Время после воздействия, сутки	Время после воздействия, сутки	Лейкоциты, $\times 10^9/\text{л}$	Общая клеточность костного мозга, $\times 10^6$
Контроль(n=)	7,1 \pm 0,44	7,1 \pm 0,24	60,5 \pm 4,60
6-е(n=)	7,0 \pm 0,47	7,6 \pm 0,26	59,5 \pm 3,85
9-е(n=)	6,5 \pm 0,40	8,1 \pm 0,40	58,5 \pm 6,40
13-е(n=)	5,98 \pm 0,41	9,5 \pm 0,29	56,4 \pm 5,60
20-е(n=)	5,42 \pm 0,20**	11,2 \pm 0,50**	57,5 \pm 5,43
28-е(n=)	---	---	---

Примечание: $p \leq 0,05$ по сравнению с контролем; n-количество животных в группе. 28-е сутки – нет данных, гибель животных

При исследовании содержания регуляторных медиаторов гемопоза обнаружено, что, к 6-м суткам после перевития опухоли животным, увеличение концентрации ГМ-КСФ достигало максимума, а затем постепенно снижается, хотя к концу наблюдения сохраняется на достоверно высоком уровне относительно контрольной группы. Так, после перевития опухоли на сроках 6-е, 9-и, 13-е, 20-е сутки содержание ГМ-КСФ в сыворотке крови возрастало в 5,2, 4,7, 4,1 и 2,2 раза соответственно, по сравнению с контрольной группой (см. табл. 2).

табл. 2

Изменение концентрации ГМ-КСФ и ЭПО в сыворотке крови крыс Вистар после привития опухоли ($M \pm m$)

Концентрация медиатора после привития опухоли, пг/мл		
Время после воздействия, сутки	Gm-csf (ГМ-КСФ)	ЕРО (ЭПО)
Контроль	18,2 \pm 1,28	12,01 \pm 0,65

6-е сутки после привития ОП	95,4±7,44	84,96±8,65
9-е сутки после привития ОП	85,4±10,58	81,36±11,58
13-е сутки после привития ОП	74,04±15,66	47,64±6,88
20-е сутки после привития ОП	40,9±7,82	27,17±5,05
28-е сутки после привития ОП	-----	-----

Примечание: двумя звездочками (***) отмечено отличие от величины соответствующего показателя контрольной группы достоверно при $p < 0,01$; 28- сутки –нет данных, гибель животных

Концентрация ЭПО в сыворотке крови крыс на 6-е сутки после перевития опухоли достигало так же максимума, затем к концу наблюдения снижается, но все еще остается на достоверно более высоком уровне, чем у животных контрольной группы. Так, на 6-е, 9-и, 13-е, 20-е сутки концентрация ЭПО возрастала в 7,1, 6,8, 4,0 и 2,3 раза по сравнению с содержанием цитокина у животных контрольной группы (см. табл. 2).

Полученные данные можно объяснить тем, что опухолевые клетки способствуют продукции регуляторных медиаторов гемопоэза. Так Glaspy J., Cavill G. [6. с. 461-473] и Watanabe M., et al.[7. с. 559-562] отмечали, что опухолевые клетки могут продуцировать факторы роста для нейтрофилов (Г-КСФ), либо для нейтрофилов и моноцитов (ГМ-КСФ), что может способствовать развитию нейтрофильного лейкоцитоза при опухолевом росте.

Так же анализ имеющихся данных указывает на влияние опухолевого процесса на костномозговое кроветворение. Так ряд авторов установили, что у больных раком, нарушено механизм передачи депонированного железа из клеток системы мононуклеарных фагоцитов эритроидным клеткам, что могло приводить к развитию анемии [8 с. 1-16; 9. с.1-16; 10 с. 419-434].

Н.М. Leng и соавт. [11 с.806-810] обнаружили снижение концентрации эритропоэтина в сыворотке крови мышей с солидными опухолями только в терминальной стадии. Есть данные об усиленном разрушении эритроцитов и продолжительности жизни при опухолях. Так Чернова Е.Н. [12], Vido A.A. и соавт. [13 с.815-822] наблюдали усиленное разрушение эритроцитов у экспериментальных животных с перевивными (карциносаркома WALKER-256 и гепатохолаangiома PC-1) и индуцированными опухолями. Ускоренное разрушение эритроцитов является следствием их внутренней неполноценности или может быть связано с действием каких-либо факторов извне.

Таким образом, судя по полученным результатам, развитие опухоли приводит у экспериментальных животных к прогрессирующему снижению количества эритроцитов в периферической крови и общей клеточности костного мозга, что является следствием ее токсического влияния. Так же идет увеличение количества лейкоцитов в периферической крови, которое остается достоверно высоким к концу срока наблюдения, что можно объяснить реакцией организма реципиента на развивающуюся опухоль. Так же отмечается стимулирующее воздействие опухоли на регуляторные медиаторы гемопоэза опосредовано или непосредственно, что можно объяснить, как попытку организма повысить устойчивость к негативному влиянию развивающейся опухоли, и тем самым активировать антибластому резистентность организма.

Список использованной литературы:

1. В. Ф. Чехун. Взаимодействие опухоли и организма как актуальное направление научных исследований // Журнал «Здоровье Украины XXI век» Темат. номер 1(26) за март 2013 года Онкология. Гематология. Химиотерапия. С. 12-13
2. Гольдберг В.Е., Дыгай А.М., Новицкий В.В. Рак легкого и система крови. Томск, 1992. 236 с.
3. Локтюшина Т.А. // Механизмы патологических реакций. Томск, 1982. Т.№2. С. 80-89
4. Хегай И.И., Попова Н.А., Ганилова Л.С. и др. Динамика опухолевого роста у крыс линии Brattleboro и Wag при введении разных доз карцино-саркомы Walker 256 // Бюл. exper. биол. мед. 2008. Т. 145, № 1. С. 88–90
5. Хельсинская декларация Всемирной медицинской ассоциации. 2008 г
6. Glaspy J., Cavill G. // Oncology (Hunting). 1999. V. 13. №4. P. 461-473
7. Watanabe M., Ono K., et al. // Jpn. Clin. Oncol. 1998. V.28. №9. P. 559-562
8. Bron D., Meuleman N., // Semin. Oncol. 2001. T. 28 (2, Suppl. 8). P. 1-16
9. Steinberg D. // CA. 1989. V. 39. №5. P. 296-304.
10. Wulfhekel U., Dulman I. // Folia Haematol. 1990. V.117. №3. P.419-434.
11. Leng H.M., Albrecht C.F., et al.// Exp. Haematol. 1999. V. 27. №5. P. 806-810
12. Чернова Е.Н. Морфофункциональное состояние эритрона в процессе роста индуцированных и перевивных опухолей: Дис. ... канд. мед. наук. Томск, 1988. 189 с
13. Vido A.A., Cavalcanti T.C., Guimaraes F. et al. // Braz. J. Med. Biol. Res. 2000. V.33 (7). P.815-822.

© С. Н. Алексеенко, 2014

УДК 613.2

Е.Г. Блинова

д.м.н. профессор кафедры
общей гигиены с курсом гигиены детей и подростков,

О.С. Богунова

аспирант

В.А. Чесноков

студент 5 курса стоматологического факультета

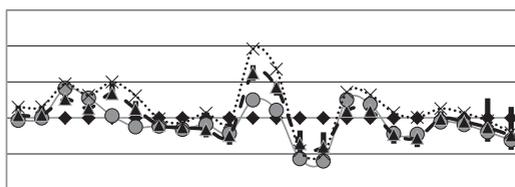
Омская государственная медицинская академия

г. Омск, Российская Федерация

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОТРЕБЛЕНИЯ ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ НАСЕЛЕНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ ОБЛАСТЕЙ РОССИИ

В ходе сравнительного анализа показателей потребления продуктов питания населением различных областей России в качестве материалов исследования использованы официальные данные Федеральной службы государственной статистики [2]. В общей сложности проанализировано 830 единиц наблюдения по показателям потребления продуктов питания населением различных областей России. Статистическая обработка данных проведена на базе Microsoft Excel по методике, разработанной д.м.н. Ж.В. Гудиновой и модифицированной Г.Н. Жернаковой [1]. В процессе сравнительного анализа установлено, что средний российский продуктовый набор не соответствует

рекомендуемым нормам потребления пищевых продуктов, отвечающим современным требованиям здорового питания согласно Приказу Минздрава России от 2 августа 2010 г. № 593н "Об утверждении рекомендаций по рациональным нормам потребления пищевых продуктов, отвечающим современным требованиям здорового питания". Применение данной методики позволило построить границы интервала статистической нормы различных трудно сопоставимых показателей, то есть показателей со значительными отличиями характеристик по уровню. Сопоставимость данных обеспечивается вследствие процедуры стандартизации и альтернативного анализа. Была проведена оценка вариабельности признаков в изучаемой совокупности регионов, округов, областей. Показана позиция конкретного региона, области округа по отношению к границам статистической нормы по ряду признаков. Визуализация данных, в процессе анализа позволила сформулировать гипотезы по выявлению факторов риска на конкретной территории. В процессе работы проводилось: определение медианы (P_{50}) и границ статистической нормы (P_{25} - P_{75}) методом перцентилей; расчет относительных интервалов статистической нормы и значений показателей продуктового набора для каждого региона в процентах к медиане, принятой за 100 %; графический анализ (построение точечного графика с нанесением относительных границ статистической нормы и значений показателей применения населением продуктового набора). В настоящем исследовании нами модифицирована данная методика включением норм потребления пищевых продуктов, отвечающим современным требованиям здорового питания. При построении «перцентиль-профилей» в каждом случае оценивалась позиция территории в ряду регионов России. Так, население Республики Хакасия и Омской области использует в рационе питания выше средне российских значений хлебобулочные, картофель, кондитерские изделия, а потребление фруктов – ниже средне российских показателей (рис. 1).



◆ Нормы
● Республика Хакасия

Рисунок 1. Перцентиль-профиль продуктового набора населения России (перцентиль 50, 25, 75), Хакасии и Омской области.

Эти данные согласуются с результатами социологических исследований омских студентов медицинской академии и их стоматологического статуса. В качестве инструмента сбора информации было проведено анонимное анкетирование студентов Омской государственной медицинской академии с использованием специально разработанного опросника [3, с. 25; 4 с. 75].

В ходе анкетирования изучалось потребление продуктов питания в течение предыдущей недели. Репрезентативность выборки рассчитана по рекомендациям Плохинского Н.А. с использованием формулы: $n = t^2 / k^2$, где n – численность выборки ($n=43$), t – показатель вероятности того, что заданная степень неточности действительно не будет

превышена ($t = 1,96$; $p = 0,005$); k – коэффициент (показатель точности), его значение с учетом степени ответственности выполняемой работы было принято за 0,3 [5].

Результаты опроса 50 студентов показали, что 74% респондента используют питание типа fast-food, причем 53% сообщали, что делают это часто, а 21% - периодически. Лишь 26% учащихся не используют такой вид питания. Всего 35% студентов считают, что их питание рациональное. Остальные предполагают, что в рационе имеет место недостаток белков, витаминов, микроэлементов и избыток углеводов, которые в основном представлены кондитерскими изделиями, употребляют по несколько раз в день, между основными приемами пищи и часто используются перед сном. Основными причинами своего нерационального питания они считают: недостаток времени для приема пищи в связи с особенностями расписания и отсутствием в учебных корпусах и рядом с ними доступных пунктов здорового питания. Столовые 80% студентов посещают редко из-за высокой стоимости обедов, низкого их качества и неудобного времени работы столовых, длинных очередей [6, с. 38-39]. В результате обследования установлено, что доля студентов с множественным кариесом (5 и более пораженных зубов) составляет 51% от всех обследованных. Обращает на себя внимание факт, что уровень КПУ (сумма кариозных, пломбированных и удаленных зубов) является высоким.

Результаты сравнительного анализа продуктового набора питания населения России показали необходимость детального рассмотрения данного вопроса по Республикам, областям, автономным округам и краям для осуществления дифференцированного подхода к первоочередным профилактическим. Результаты анализа причин, оказывающих влияние на состояние здоровья зубов омских студентов, указали на нерациональное питание, что влияет как на общее состояние организма, так и на местное формирование кариесогенных механизмов и воспалительных процессов в тканях пародонта. Рациональное и сбалансированное питание позволяет вводить в организм все необходимые ему вещества, поддерживать должный уровень минерального обмена, а исключение из рациона сладких мягких углеводов, употребление жесткой пищи способствует самоочищению полости рта, позволяет уменьшить образование зубного налета, его ферментацию микроорганизмами и деминерализацию эмали зуба кислотами.

Список литературы

1. Методика анализа баз данных «Персентиль-профиль» / Ж.В. Гудинова, Г.Н. Жернакова // ФГУП «Всероссийский научно-технический информационный центр». – Свидетельство № 72200800022 от 19.05.2008. – 6 с.
2. Федеральная служба государственной статистики – Режим доступа: <http://www.gks.ru> – Продуктовый набор [Дата обращения: 04.02.2013].
3. Организация социологических исследований качества и образа жизни студентов. Сборник анкет: Методические рекомендации. МР № 22.4.4.02-10. – Омск: Изд-во ОмГМА, 2010. – 36 с.
4. Блинова Е.Г. Оценка заболеваемости и пищевого статуса студентов г. Омска / Е.Г. Блинова, Н.А. Бекетова, Н.М. Шилина // Вопросы детской диетологии. – 2008. Т.6 (4), – С. 73 – 76.
5. Плохинский Н. А. Биометрия / Н. А. Плохинский. – Новосибирск, 1961. – 364 с.
6. Блинова Е.Г., Кучма В.Р. Основы социально-гигиенического мониторинга условий обучения студентов ВУЗов / Е.Г. Блинова, В.Р. Кучма // Гигиена и санитария. 2012. № 1. – С. 35–40.

© Е.Г. Блинова, О.С. Богунова, В.А. Чесноков, 2014

USE OF CONDOMS IN SEXUAL LIFE AMONG STUDENTS OF HIGHER EDUCATIONAL INSTITUTIONS OF THE CITY OF CHELYABINSK

Relevance. The sexual relations are a big responsibility. Therefore it is necessary to do everything possible to save itself from AIDS and diseases which are transmitted sexually (STD). Thus ways of protection can be the most different. Some people prefer to refuse sex before marriage and to be loyal, staying the connected conjugal ties. Others trust in destiny, rely at random. Is also such who prefers safe sex with condom use. The question of use of means of barrier contraception by people of reproductive age is very actual presently. The loyal relation to the early beginning of sexual life, low level of knowledge of possibility of infection during sexual intercourse to existence of a large number of sexual partners, in barrier contraception conducts refusal of means to increase of risk of infection by HIV infection. The World Health Organization noted that use of a condom reduces risk of infection of HIV by 90%; The International federation of planning of a family (IPPF) – approximately for 70% in comparison with unprotected vaginal sexual intercourse. According to the only thing in the world to large-scale research of the American scientists of institute of the health (USA), conducted in 1998-2000 it is proved that HIV infection isn't transmitted at the correct use of a condom. In 2000 agency of the international development of the USA, Management on control of products and medicines of the USA (FDA), the Center for control and the prevention of diseases of the USA and National institute of health care the USA responsible for recommendations about research and use to use of condoms found out the following: the condom reduces risk of infection with HIV/AIDS by 85%. Annually in the world is registered 250 million or newer cases of infection with diseases, sexually transmitted. However before emergence of a problem of AIDS serious medical and social and economic consequences of these diseases in comparison with other infections were usually underestimated. In recent years understanding of that HIV infection and other diseases, sexually transmitted, interact and increase prevalence of these diseases, sharply increased attention to policy concerning diseases, sexually transmitted. Researches showed that other diseases sexually transmitted, especially if they cause an ulceration of genitals (for example, syphilis, soft chancre, herpes), is raised by risk of transfer of HIV infection or infection at 3-20 times. Not ulcer diseases, sexually transmitted (for example, gonorrhoea or clamidiosis) also increase risk of infection of HIV. Because of prevalence, they can have a great impact on distribution of HIV to populations, than more rare ulcer diseases. However the awareness of the population on HIV infection and STD not always leads to increase of frequency of use of condoms. For example, the data presented at the international conference on AIDS and diseases, sexually transmitted (Berlin, 1993), showed that use of condoms in some regions of Uganda increased only from 3% to 6% during implementation of the program of the prevention of HIV infection. In this country by some estimates about 10% of the population HIV are infected; this indicator in some areas reaches 50%. The research (1991) conducted in Uganda, showed that 99% of the interrogated population knew about HIV infection. Research of 1991 showed also that application of condoms wasn't welcomed, and in many cases encountered resistance of religious and governmental leaders. And here according to WHO data for 2013 about 40 million couples (4%) around the world give preference to condom application as to means of protection from pregnancy. In

Japan 50% of married couples use it, and in the USA the condom takes the 3rd place (10-12%) on use frequency after sterilization and hormonal preparations.

Purpose. To reveal the frequency of use of barrier contraception in sexual life students of various higher educational institutions of the city of Chelyabinsk.

Materials and methods. Anonymous questioning of 1841 students of various higher educational institutions (HEI) of the city of Chelyabinsk is carried out. The students who are training at universities – Southern Ural (SUSU), state (CSU), pedagogical (CSPU) and medical (SUSMU) were allocated four separate groups, and students of less large HEI – academies and institutes, are united in the fifth group "other HEI". Questioned it was offered to answer a question: "How often you use barrier contraception?" The received material was processed by means of a package of statistical programs.

Results of research. From 1841 interrogated students of HEI of Chelyabinsk 1454 (79%) lead sexual life. In the analysis of data on use by sexually active students of condoms we revealed a tendency to their use always (53%) or sometimes (34%). Among students who use condoms at each sexual contact authentically more students from the large universities SUSMU– 313 (53%), SUSU – 113 (57%), CSPU – 107 (62%), CSU – 179 (52%), than in other HEI – 58 (39%). It isn't revealed a reliable difference between number of the students using barrier contraception sometimes at three large universities SUSMU – 183 (31%), SUSU – 57 (29%), CSPU – 49 (28%) that is reliable less number of such students (using barrier contraception depending on the partner) in CSU – 133 (39%) and other HEI – 69 (46%).

The reliable difference among students who never use condoms in all HEI (9-16%) isn't found.

Table

Whether you with your partner use barrier contraception?

HEI	SUSMU			SUSU		
	yes	sometimes	never	yes	sometimes	never
abs.	313	183	97	113	57	28
%	53	31	16	57	29	14
HEI	CSPU			CSU		
	yes	sometimes	yes	sometimes	yes	sometimes
abs.	107	49	107	49	107	49
%	62	28	62	28	62	28

107 (62%) the interrogated students of pedagogical university are used by condoms at each sexual contact that is reliable more, than what use condoms sometimes 49 (28%) or never – 17 (10%). 57 (29%) the interrogated students from technical university sometimes at sexual contact are used by condoms that is reliable more in comparison with those who doesn't use condoms 28 (14%), but is reliable less than those who at each sexual contact use condoms 113 (57%). Use of condoms not at each sexual contact practice 133 (39%) the interrogated students from the state university that is reliable more in comparison with those who doesn't use them never 29 (9%), but it is reliable less who uses them always 179 (52%). Sometimes at sexual contact use condoms 183 (31%) the interrogated students from medical university that is reliable more in comparison with those who doesn't use condoms 97 (16%), but it is reliable less than those who at each sexual contact use condoms 313 (53%). Sometimes at sexual con-

tact use condoms 69 (46%) the interrogated students from institutes and academies that is reliable more in comparison with those who doesn't use condoms 22 (15%), but it is reliable less than those who at each sexual contact use condoms 58 (39%).

Conclusion: students of higher educational institutions of the city of Chelyabinsk authentically use barrier contraception more often. Thus the most part of students of large HEI uses condoms at each sexual contact, and authentically smaller part depending on the partner. At institutes and academies, it isn't observed a reliable difference between shares of students using contraception irrespective of the partner or depending on him.

© М.А. Vyaznikov, А. V. Egorova, М.А. Chernykh, О. V. Peshikov, 2014

УДК 616.25:002.6

В.С.Домбровский

мл. научный сотрудник

Центра по оценке технологий в здравоохранении,

Российская академия народного хозяйства

и государственной службы при Президенте РФ, г. Москва

М.С.Микерова

к.м.н, доцент

кафедры общественного здоровья и здравоохранения,

ГБОУ ВПО «Первый Московский

государственный медицинский университет

им. И.М.Сеченова», г. Москва

ОТНОШЕНИЕ ОБУЧАЮЩИХСЯ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА К ИЗУЧЕНИЮ И ПРИМЕНЕНИЮ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

В условиях стремительного развития медицинских технологий, появления большого числа новых методов диагностики и лечения все более актуальной становится проблема выбора наиболее оптимальных из них. Принятие правильного решения врачом, научным работником, менеджером здравоохранения наряду с его профессиональными знаниями требует умения критически и грамотно оценивать новейшие результаты научных и клинических исследований. Наиболее достоверной информацией об этом располагает медицина, основанная на доказательствах (доказательная медицина, ДМ), - технология сбора, обобщения и анализа медицинской информации, которая позволяет формулировать научно обоснованные решения в медицине [2].

Понятие «доказательная медицина» — это перевод английского «Evidence-based medicine», предложенного группой канадских ученых – D.Sackett, B.Haynes, G.Guyatt и P.Tugwell из Университета МакМастера, Онтарио в 1990 году. В 1993 году была учреждена организация «The Cochrane Collaboration», основная цель которой заключалась в поиске и обобщении наиболее надежной и достоверной информации о результатах медицинских вмешательств, которая могла бы облегчить всем заинтересованным лицам принятие обоснованных решений в различных областях медицины. Российское отделение Кокрановского сотрудничества создано в 1999 г.

Традиционная модель медицинского образования дает врачу набор фактов и не всегда ясных правил, которые должны служить ему на протяжении долгих лет. Теоретическая ее часть ориентирована на познание механизмов развития заболеваний на осно-

ве биохимии, анатомии, физиологии и других фундаментальных наук. Такое обучение воспитывает веру в то, что понимание деталей патологического процесса составляет сущность врачевания и что, зная механизмы заболевания, можно в полной мере предсказать течение болезни и выбрать подходящее лечение [1]. Знания в ДМ — это скорее навыки принятия обоснованных решений в конкретных ситуациях, чем совокупность сведений о предположительной этиологии и патогенезе заболеваний [5].

Повседневная практика современного врача независимо от его специальности, а также научных работников и организаторов здравоохранения возможна только на основе принципиально новых навыков работы с профессиональной информацией [6]. В мировой практике за последнее десятилетие прочно укрепилась тактика «академической детализации». Ее методы похожи на маркетинговые подходы продвижения продукции в фармацевтической промышленности. Но если медицинский представитель в беседе один на один с лечащим врачом красочно описывает все плюсы препарата, производимого его компанией, то «преподаватель» академической детализации в такой же беседе представляет ему объективную, полную и сравнительную информацию о препаратах, способствуя тому, чтобы врач критически оценивал предоставленные данные.

В ПМГМУ им И.М. Сеченова первое знакомство с ДМ проходит на 4 курсе обучения, на кафедре эпидемиологии и доказательной медицины. Небольшой курс статистики входит в программу кафедры общественного здоровья и здравоохранения. Также существует кафедра медицинской информатики и статистики, где проходит более глубокое изучение статистики и ее практического применения для обучающихся последиplomного уровня. В своем исследовании мы поставили задачу оценить уровень просвещенности учащихся в области ДМ, понимания ее необходимости и применимости на практике.

Материалы и методы

С целью изучения осведомленности в вопросах доказательной медицины был проведен социологический опрос обучающихся Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова. Разработанная нами анкета включала несколько блоков вопросов. Паспортная часть содержала вопросы, касающиеся пола, возраста, этапа обучения, где студенты указывали факультет и курс, а обучающиеся последиplomного уровня – вид подготовки (интернатура, ординатура, аспирантура) и специальность. Следующая группа вопросов анкеты посвящена знаниям в области основ доказательной медицины:

- Знаете ли Вы, чем занимается наука «доказательная медицина»?
- Если да, то откуда?
- В чем, на Ваш взгляд, заключается основная цель доказательной медицины?
- Какой дизайн исследований, на Ваш взгляд, можно считать «золотым стандартом»?

Далее в анкете представлены вопросы, касающиеся мнения респондентов относительно поиска и применения медицинской информации в профессиональной деятельности:

- Чем, на Ваш взгляд, должен руководствоваться врач, принимая решение о назначении лечения?
- Каким источникам информации Вы чаще доверяете?

Заключительный блок включал вопросы о необходимости изучения основ доказательной медицины в процессе подготовки врачебных кадров:

- Считаете ли Вы необходимыми знания о дизайнах исследований и методах оценки результатов?

- Если да, то на каком этапе обучения оптимально предоставлять эту информацию?

Изучение основ доказательной медицины в медицинских вузах начинается только с 4 курса, поэтому студенты младших курсов в исследование включены не были. Также в опросе участвовали обучающиеся последиplomного уровня, поскольку они, в отличие от студентов, способны оценить важность применения этой науки на практике.

В исследовании приняли участие 479 респондентов, из них 79,1% составили студенты (53,0 % – обучающиеся по специальности «лечебное дело», 47,0 % – «медико-профилактическое дело»; 34,6 % – 4 курса, 32,2 % – 5 курса, 33,2% – 6 курса). В группу обучающихся последиplomного уровня (20,9% от общего числа опрошенных) вошли интерны (30,0 %), ординаторы (34,0 %), аспиранты (36,0 %), среди которых присутствовали как теоретические специальности (анатомия, биохимия, организация здравоохранения и общественное здоровье, паразитология, фармакология, эпидемиология), так и клинические (анестезиология и реаниматология, гастроэнтерология, дерматовенерология, кардиология, лабораторная диагностика, лучевая диагностика, неврология, онкология, офтальмология, педиатрия, психиатрия, терапия, хирургия, эндокринология).

Мужчины составили 44% опрошенных, а женщины – 66%. Средний возраст – 22,7 ±2,3 лет (от 19 до 33).

Статистическую обработку результатов проводили с помощью пакета прикладных программ IBM SPSS Statistics 20. Достоверность различий между группами определялась точным критерием Фишера. Разницу между группами считали статистически достоверной при значении $p < 0,05$.

Результаты

Из 479 опрошенных 388 (81,0 %) указали, что знают, чем занимается наука ДМ, при этом большинство – 228 (58,8%) от преподавателя. Из них правильно ответили на вопрос о цели ДМ 350 (90,2%) анкетированных, а на вопрос о золотом стандарте – 281 (72,4%). Респондентов, обладающих обоснованной осведомленностью, то есть считающих, что знают, чем занимается ДМ, знающих цель ДМ, а также верно определивших золотой стандарт исследований, оказалось только 263 (54,9%).

Среди четырех групп, состоящих из студентов 4, 5, 6 курсов и учащихся последиplomного образования, отличия наблюдались только для 4 курса по отношению ко всем остальным трем группам. Достоверность отличий 4 курса от всех остальных групп составила $p < 0,001$ как для вопроса о знании про ДМ, так и о золотом стандарте исследований и $p = 0,001$ для вопроса о цели ДМ. Распределение ответов на эти вопросы среди опрашиваемых групп представлено в таблице 1. По уровню обоснованной осведомленности о ДМ достоверно не отличались между собой группы студентов 5 (57,4%), 6 (69,0%) курса ($p = 0,065$) и обучающиеся последиplomного уровня (70,0%) ($p = 0,069$ и $p = 0,886$ соответственно). На 4 курсе число обоснованно осведомленных лиц составило 27,5% и достоверно отличалось от каждой из перечисленных выше групп ($p < 0,001$).

В ответах двух факультетов на вопросы о знании про ДМ, цели этой науки и золотом стандарте исследований достоверных отличий не наблюдалось. Достоверных различий в осведомленности между группами студентов лечебного (54,2%) и медико-профилактического (47,2%) факультетов также не выявлено ($p = 0,182$).

По распределению источников знаний о ДМ достоверно различались между собой все группы, кроме 4 курса и обучающихся последиplomного уровня ($p = 0,075$), а также студентов медико-профилактического и лечебного факультетов ($p = 0,120$).

В вопросе о необходимости знаний основ ДМ никаких различий не выявлено, абсолютное большинство (433 респондента) считает эти знания необходимыми. Но вот в выборе этапа обучения, на котором стоит давать эти знания, мнения разделились на две подгруппы. Первая, в которую входят 5 и 6 курсы ($p=0,938$), отдает преимущество додипломному этапу. Во время как вторая, состоящая из 4 курса и обучающихся последипломного уровня ($p=0,228$), одинаково выделяет как додипломный так и последипломный уровни. Так отличия в ответах 4 курса от 5 были достоверны на уровне $p=0,07$, а от 6 – $p=0,02$, а последипломный уровень отличался от 5 курса на уровне $p=0,06$ и от 6 – $p=0,02$. Между двумя факультетами достоверных расхождений во мнениях не выявлено ($p=0,073$). Частоты ответов всех групп на эти вопросы представлены в таблице 1.

Практика доказательной медицины, по данным систематических обзоров, основывается на сочетании индивидуального клинического опыта с лучшими из доступных доказательств. Грамотный клиницист всегда использует и личный клинический опыт, и наиболее современные, доказательные данные медицинской науки одновременно и никогда порознь [3].

В анкете представлено 2 вопроса, касающихся мнения респондентов относительно поиска и применения медицинской информации в профессиональной деятельности. Распределение частот ответов на эти вопросы представлено на рисунке 1 и 2. Уровни достоверности различий в частоте ответов между группами анкетированных представлены в таблице 2.

Вопрос «Чем должен руководствоваться врач, принимая решение о назначении лечения?» имел 5 вариантов ответа:

1. Собственным опытом
2. Научно-доказанными фактами
3. Клиническими рекомендациями, стандартами
4. Правилами, существующими на протяжении многих лет
5. Мнением коллег

Чаще всего выбирали ответы 2 и 3, причем для 2 ответа достоверных отличий среди четырех групп нет, а для 3 только отличие 4 курса от 5 и 6. Чуть реже выбирали 1 ответ, для которого достоверно отличался последипломный уровень обучения от 4 и 5 курсов, а также 6 курс от 4. Реже всего выбирали ответы 4 и 5, но если для 5 ответа были незначительные достоверные различия между последипломным уровнем и 4 курсом, то для 4 вопроса наблюдались высоко достоверные отличия последипломного уровня от всех остальных групп. Это говорит о том, что респонденты, имеющие больше практического опыта, считают правила, существующие на протяжении многих лет, менее важными по сравнению с остальными группами. На удивление то же касается и собственного опыта. Относительно предсказуемо недоверие студентов 4 курса по сравнению со старшими курсами к клиническим рекомендациям и стандартам.

В поисках решения клинической проблемы врач может обращаться к разным источникам информации (учебники, книги, статьи, советы коллег, личный опыт и пр.), при этом он будет получать разнообразные, порой взаимоисключающие данные и рекомендации [4].

Вопрос «Какой информации Вы чаще доверяете?» имел 4 варианта ответа:

1. Услышанной на лекции или семинаре
2. Написанной в научной статье
3. Услышанной от коллег
4. Прочитанной в учебной литературе

Наименее популярным оказался 3 ответ, остальные три варианта указывали почти одинаково часто. По всем ответам группа последипломного уровня достоверно отличалась от других. Так в этой группе ответы 2 и 3 выбирали достоверно чаще, чем во всех остальных, а ответ 1 и 4 – достоверно реже. Из этого можно сделать вывод, что информация, написанная в научной статье и услышанная от коллег, более авторитетна для учащихся последипломного уровня, чем для студентов. В свою очередь студенты охотнее доверяют знаниям, полученным из учебной литературы или услышанным на лекции.

Между группами лечебного и медико-профилактического факультетов никаких достоверных различий в ответах на оба вопроса не было.

Особое значение ДМ имеет для научно-ориентированных учащихся. Сейчас плоды их труда чаще обнаруживаются на научных конференциях, в статьях, тезисах. Большое развитие и поле для деятельности получают студенческие научные кружки. В свете этих событий знание основ ДМ учащимися, которые интересуются наукой, просто необходимо. Еще в начале своей научной деятельности они должны уметь выявлять надежные источники информации и сами проводить только доброкачественные исследования.

Среди респондентов, планирующих или занимающихся научной деятельностью (60,1% от общего числа опрошенных), группы 4 (61,1%), 5 (52,5%) и 6 (52,4%) курсов достоверно не различаются ($p=0,204$, $p=1,000$ и $p=0,168$). Однако отличие последипломного уровня (78%) от 4 курса достоверно с $p=0,007$, а от 5 и 6 курсов – с $p<0,001$. Отличие по этому признаку лечебного (65,7%) от медико-профилактического (43,8%) факультетов так же достоверно с $p<0,001$. Полученные данные говорят о достоверно более высокой доле респондентов имеющих отношение к научной деятельности среди учащихся последипломного уровня и студентов лечебного факультета.

Заключение

Из всех опрошенных 81,0% указали, что знают, чем занимается наука доказательная медицина, однако обоснованной осведомленностью обладало только 54,9%. При этом студенты 4 курса осведомлены достоверно хуже по сравнению с другими группами. Источником знаний о ДМ для большинства (58,8%) респондентов был преподаватель. Абсолютное большинство (90,4%) считает необходимым знание основ доказательной медицины, но в выборе этапа, на котором эти знания стоит предоставлять, сформировалось два мнения. В ходе нашего опроса выявлено, что информация, написанная в научной статье и услышанная от коллег, более авторитетна для учащихся последипломного уровня, чем для студентов, которые в свою очередь выше ценят собственный опыт и правила, существующие на протяжении многих лет. Наибольшее отношение к научной деятельности имеют учащиеся последипломного уровня, что вполне обосновано. Не смотря на то, что студенты лечебного факультета проявляют больший интерес к научной деятельности, они никак не отличались от медико-профилактического факультета ни по осведомленности, ни по мнению о необходимости изучения и применения на практике ДМ.

В своем исследовании мы постарались осветить проблемы изучения основ ДМ, знание и отношение учащихся к этой науке. В дальнейшем целесообразно провести подобное исследование среди практикующих врачей разных специальностей с целью оценки уровня знаний, применимости и понимания необходимости ДМ среди квалифицированных специалистов.

Таблица 1

Вопрос	Этап обучения				Факультет	
	4 курс	5 курс	6 курс	последипломное образование	лечебный	мпф
Знают, чем занимается ДМ	58,0%	86,9%	91,3 %	91,0%	78,6%	78,1 %
из учебной литературы	21,1%	16,0%	11,2 %	13,2%	18,4%	12,1 %
из научной литературы	25,0%	3,8%	13,9 %	33,0%	16,5%	10,0 %
от преподавателя	40,8%	70,8%	66,4 %	49,5%	56,3%	67,1 %
от коллег	13,2%	9,4%	7,8%	4,4%	8,9%	10,7 %
Знают цель ДМ	77,9%	89,3%	90,5 %	91,0%	87,1%	84,3 %
Знают "золотой стандарт"	50,4%	73,0%	77,8 %	76,0%	69,7%	63,5 %
Считают необходимыми знания о ДМ	93,9%	88,5%	89,7 %	89,0%	88,6%	93,3 %
На додипломном этапе	47,2%	67,3%	69,3 %	49,4%	55,1%	66,9 %
На последипломном	41,7%	24,8%	22,8 %	46,1%	34,1%	26,0 %
На курсах повышения квалификации	11,0%	8,0%	7,9%	4,5%	10,8%	7,1%

Таблица 2

Вопрос	Ответ	Группы сравнения						
		ПДО и 4 курс	ПДО и 5 курс	ПДО и 6 курс	4 и 5 курс	4 и 6 курс	5 и 6 курс	леч и мпф
Седьмой	1	0,0004	0,009	0,104	0,357	0,046	0,293	0,683
	2	0,505	0,415	0,882	0,863	0,581	0,476	0,692
	3	0,439	0,159	0,135	0,021	0,016	0,935	0,128
	4	0,001	0,0004	0,004	0,629	0,71	0,400003	0,508
	5	0,0408	0,057	0,344	0,893	0,231	0,295	0,085
Восьмой	1	0,093	0,062	0,041	0,818	0,683	0,862	0,382
	2	0,0004	0,011	0,046	0,295	0,095	0,545	0,205
	3	0,027	0,115	0,002	0,534	0,329	0,118	0,543
	4	0,0002	0,003	0,047	0,507	0,079	0,286	0,667
ПДО - последипломное обучение								

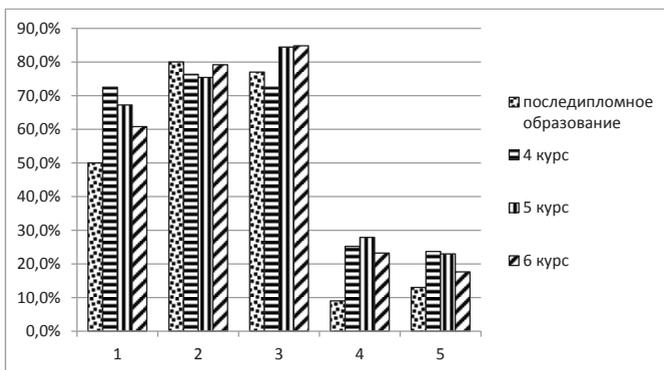


Рис.1 Частоты выбора ответов среди четырех групп на вопрос: Чем должен руководствоваться врач, принимая решение о назначении лечения? (на 100 опрошенных)

1. Собственным опытом
2. Научно-доказанными фактами
3. Клиническими рекомендациями, стандартами
4. Правилами, существующими на протяжении многих лет
5. Мнением коллег

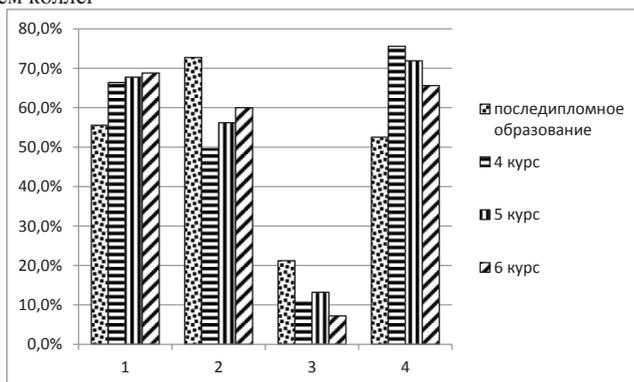


Рис.2 Частоты выбора ответов среди четырех групп на вопрос: Какой информации Вы чаще доверяете? (на 100 опрошенных)

1. Услышанной на лекции или семинаре
2. Написанной в научной статье
3. Услышанной от коллег
4. Прочитанной в учебной литературе

Список использованной литературы:

1. Ардаматский Н.А. / «Системный подход и системный анализ как методологическая основа прогресса медицинской науки и практики» // Вестник новых медицинских технологий. 1996. №1. С. 85—88.
2. Леонов В.П. Доказательная или сомнительная? Медицинская наука Кузбасса: статистические аспекты. Томск, 2010 [Электронный ресурс] // Биометрика: сайт. – URL: <http://www.biometrika.tomsk.ru/kuzbass1-12.htm>.

3. Петров В.И., Недогода С.В. / Медицина, основанная на доказательствах: учебное пособие. - М. // ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 144 с.
4. Реброва О.Ю. / Доказательная медицина: концепция и практика // ЗДРАВЫЙ СМЫСЛ – 2009. – № 2 (51). – С. 54-59.
5. Фокин В.А., Карась С.И., Калитвянская Т.А. / Доказательная медицина в профессиональной подготовке врачей: информационные и экономические аспекты // Бюллетень сибирской медицины №4. – 2002. – С. 47-61
6. Яхонтов Д.А., Бухтий Н.В., Цибина Т.Г., Шляхтина Н.В. / Преподавание основ доказательной медицины в медицинском вузе. Взгляды преподавателей и отклики студентов // Новосибирск. – 2011.

©В.С.Домбровский, М.С.Микерова, 2014

УДК 616.366-089.87

М.Б. Доронин

ассистент кафедры хирургических болезней
педиатрического и стоматологического факультетов
Волгоградский государственный
медицинский университет
г. Волгоград, Российская Федерация

АЛГОРИТМ ВЫБОРА ВАРИАНТА МАЛОИНВАЗИВНОЙ ТЕХНОЛОГИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФОРМЫ КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Количество больных желчнокаменной болезнью (ЖКБ) за каждые последующие десять лет увеличивается в два раза, охватывая наиболее работоспособную часть населения [2, с. 1]. Нетрудоспособность, инвалидность и летальность от осложнений этого заболевания по сей день не потеряли своей социальной и экономической значимости. Поэтому качественное радикальное лечение больных холецистолитиазом является важной задачей современной хирургии [6, с. 15]. Методика лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) быстро стала «золотым стандартом» лечения больных с ЖКБ [4, с. 4]. Совершенствование малотравматичных технологий значительно расширило возможности их использования в хирургии [1, с. 29].

Целью исследования является улучшение результатов хирургического лечения пациентов с желчнокаменной болезнью путем применения минимально инвазивных технологий.

Материалы и методы: в период с 2011 по 2013 год проведено проспективное контролируемое когортное исследование историй болезни 340 пациентов с различными формами ЖКБ. Все больные были разделены на 4 группы по варианту перенесённой ЛХЭ.

По технологии «SILS+» (основная группа А) предпринято 123 попытки ЛХЭ: 71 (57,7%) - по поводу хронического калькулезного холецистита (ХКХ), 30 (24,4%) – по поводу остро катарального калькулезного холецистита (ОКХ), 22 (17,9%) – по поводу острого обтурационного калькулезного флегмонозного холецистита (ООКХ) с эмпиемой желчного пузыря. «SILS+» операции успешно завершились у 116 (94,3%) пациентов. Из них у 101 (подгруппа А1) была выполнена холецистэктомия, у 15 (подгруппа А2) больных выполнена сочетанная с ХКХ операция (цистэктомия кисты правой почки, лапароскопический адгезиолизис, аллогерниопластика по поводу послеопе-

рационной вентральной грыжи, грыжесечение по поводу параумбиликальной грыжи, грыжесечение по поводу пупочной грыжи, тубэктомией слева и резекцией яичника).

Попытки холецистэктомии по технологии единого лапароскопического доступа (ЕЛД) предприняты у 40 пациентов (основная группа В), из которых одним доступом завершено 32 (80,0%) операции: 22 - по поводу ХКХ, 10 – ОКХ. В литературе описаны технические особенности выполнения манипуляций при использовании устройств ЕЛД [3, с. 25], заключающиеся в наложении пневмоперитонеума (до 13 мм рт. ст.) иглой Вереща через пупочное кольцо, с последующей установкой 11-мм троакара для оптики, ревизией органов брюшной полости. После этого удаляется 11-мм троакар, расширяется пупочное кольцо до 3 см. Возможно использование методики открытой лапароскопии через пупочное кольцо с исходной установкой устройства ЕЛД, с предварительной пальцевой ревизией брюшной полости. Далее применяется система единого доступа «Эндокон» при холецистэктомии из ЕЛД, а при «SILS+» холецистэктомии используем как систему «Икс-кон», так и «Эндокон» производства компании «Karl Storz».

Попытку комбинированной минилапароскопической холецистэктомии (КМЛХЭ) выполнили 40 пациентам (основная группа С): 26 (65,0%) - по поводу ХКХ, 14 (35,0%) – ОКХ. Успешно завершили 33 (82,5%) операции с использованием 3, а не 4 лапаропортов. Сочетанные с КМЛХЭ операции выполнены у 4 (10,0%) больных: минилапароскопический адгезиолизис и аллогерниопластику по поводу послеоперационной вентральной грыжи.

Учитывая необходимость удаления желчного пузыря из брюшной полости, исходно все КМЛХЭ начинались с установки через пупочное кольцо троакара диаметром 11-мм, что вынуждает придерживаться термина «комбинированная минилапароскопическая холецистэктомия» [5, с. 12]. В связи с меньшей разрешающей способностью 2,8-мм оптики для адекватной визуализации внутренних органов приходилось значительно сокращать дистанцию между минилапароскопом и осматриваемым объектом. Опыт применения технологии «SILS+» позволил выполнять КМЛХЭ, используя только 3 доступа, осуществляя тракцию желчного пузыря одним инструментом.

Холецистэктомию по традиционной лапароскопической методике (ТЛХЭ) была выполнена у 137 пациентов, составивших контрольную группу D: при ХКХ - 74 (54,0%), при ОКХ – 41 (30,0%), при ООКХ – 22 (16,0%) наблюдения.

Адекватное обезболивание в раннем послеоперационном периоде у пациентов всех групп было достигнуто введением средних терапевтических доз ненаркотических анальгетиков.

Для определения достоверности различий результатов настоящего исследования использовался критерий χ^2 , сравнивая полученные результаты в каждой из 3 основных групп с контрольной группой: «SILS+» и ТЛХЭ (подгруппа А1 и группа D), ЕЛД и ТЛХЭ (группы В и D), КМЛХЭ и ТЛХЭ (группы С и D) – p_1 , а также между собой: «SILS+» и ЕЛД (подгруппа А1 и В), «SILS+» и КМЛХЭ (подгруппа А1 и С) – p_2 , ЕЛД и КМЛХЭ (группы В и С) – p_3 .

Выраженность болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде мы оценивали путем изучения интенсивности боли по вербальной рейтинговой шкале (ВРШ), 10 бальной визуальной аналоговой шкале (ВАШ), цифровой рейтинговой шкале (ЦРШ), а также путём применения опросника SF-36 (7 и 8 вопросы – Bodily Pain (BP)). В опроснике SF-36 показатели каждой шкалы составлены таким образом, что чем выше значение показателя (от 0 до 100), тем лучше оценка по избранной шкале.

Результаты исследования: статистически достоверным оказалось наибольшее снижение показателей средней продолжительности ЛХЭ, интенсивности болевого синдрома, длительности пребывания в стационаре после операций у пациентов, страдающих ХКХ, в основных группах В и С, как при сравнении временного показателя в

этих основных группах, так и при его сравнении между этими основными и контрольной группой D ($p_1 < 0,05$; $p_2 < 0,05$; $p_3 > 0,05$).

Статистически значимого различия в снижении показателей продолжительности ЛХЭ, интенсивности болевого синдрома, длительности пребывания в стационаре после операций у пациентов, страдающих ОКХ, в подгруппе А1, группах В и С получено не было, несмотря на имеющееся статистически значимое различие подгруппы А1, групп В и С с контрольной группой D ($p_1 < 0,05$; $p_2 > 0,05$; $p_3 > 0,05$).

При сравнении продолжительности ЛХЭ, интенсивности болевого синдрома, длительности пребывания в стационаре после операции при ООКХ в основной подгруппе А1 и контрольной группе D получено статистически достоверное ($p < 0,05$) различие.

Хороший косметический эффект достигнут у всех пациентов.

Выводы: 1. При хроническом калькулёзном холецистите оптимальным способом оперирования является холецистэктомия из ЕЛД и КМЛХЭ. 2. При остром простом калькулёзном холецистите одинаково эффективно применение технологий «SILS+», ЕЛД или КМЛХЭ. 3. При остром обтурационном калькулёзном деструктивном холецистите – холецистэктомия по технологии «SILS+». 4. Сохраняется возможность выполнения сочетанных операций с применением этих малоинвазивных технологий.

Список использованной литературы:

1. Бебуришвили А.Г., Панин С.И., Пироженко П.А. «Технологическая» классификация миниинвазивных операций. Хирургия 2009, 7: 29-32.
2. Ермаков, Е.А. Лечение малоинвазивными методами желчнокаменной болезни, осложненной нарушенной проходимостью магистральных желчевыводящих протоков: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Краснодар, 2003. – 22.
3. Михин И.В., Кухтенко Ю.В., Доронин М.Б., Михин А.И. Место некоторых малоинвазивных технологий в хирургическом лечении желчнокаменной болезни. Волгоградский научно-медицинский журнал 2012, 3: 24-27.
4. Лядов К.В., Егиев В.Н., Ермаков Н.А., Лядов В.К., Маркин А.Ю. Однопортовая холецистэктомия. – М.: ИД «Медпрактика-М», 2012: 56.
5. Стегний К.В. Минилапароскопия в хирургии органов брюшной полости: автореф. дис. д-ра мед. наук. – М., 2008. – 25.
6. Шевела А.И., Анищенко В.В., Гмыза С.В. Идеальный доступ для холецистэктомии: NOTES, SILS или все-таки классическая лапароскопия? Эндоскоп хир 2012, 1: 15-19.

© М.Б. Доронин, 2014

УДК 616.33-002.44:579.841+575.2

Е.В. Елохина, Ж.В. Гудинова, С.В. Скальский
кафедра фармакологии, отдел инновационных проектов
Омская государственная медицинская академия,
г.Омск, Российская Федерация

ПРИМЕР ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ИННОВАЦИИ: ВКЛЮЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА CYP2C19 В РЕГИОНАЛЬНЫЕ АЛГОРИТМЫ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ, АССОЦИИРОВАННОЙ С HELICOBACTER PYLORI

Актуальность. Оценка медицинских технологий (OMT / Health Technology Assessment / HTA) – это формализованная деятельность по сбору, критическому анали-

зу и обобщению данных об исходах применения медицинской технологии в конкретной системе здравоохранения с подготовкой и распространением отчёта. Объектом ОМТ являются медицинские технологии (профилактика и реабилитация, вакцины, лекарственные средства и приборы, терапевтические и хирургические процедуры, а так же системы, служащие охране и укреплению здоровья), разрешённые к применению в системе здравоохранения в установленном порядке, а также расстановка приоритетов в области потребностей здравоохранения и распределении средств. Основным предметом оценки являются данные об эффективности, безопасности и экономической целесообразности (приемлемости) медицинской технологии в конкретной ситуации (применение технологии в группе больных/населения по показаниям) [9, с. 2-3].

С целью инновационного развития медицинской науки, важно правильно использовать методики и понятийный аппарат ОМТ в практике научных исследований. ОМТ применяется именно с целью принятия обоснованного управленческого решения в здравоохранении, в частности изменения алгоритмов/протоколов лечения. В настоящей публикации сделана попытка такого рода – адаптации понятий ОМТ в ходе классического научного медицинского исследования, имеющего своей целью оптимизацию ведения больных язвенной болезнью (ЯБ), ассоциированной с *Helicobacter pylori* (НР). Спецификой, обуславливающей применение ОМТ, является задача изменения региональных алгоритмов ведения больных ЯБ, ассоциированной с НР (на примере установления места методики по определению полиморфизма гена *CYP2C19*, как фактора, определяющего выбор ингибиторов протонной помпы (ИПП), а так же режимов их дозирования).

ИПП, бесспорно, доказали свою эффективность в лечении кислотозависимых заболеваний и их осложнений и преимущество перед препаратами других классов [2, с. 77, 3, с. 127]. Известно, что чем интенсивнее и в течение большего периода времени подавляется желудочная секреция, тем быстрее заживают язвы, в большем проценте случаев наступает эрадикация НР. Установлено, что межиндивидуальная вариабельность эффективности препаратов данной группы обусловлена генетическими и негенетическими факторами. Одним из наиболее обсуждаемых в литературе факторов различной эффективности ИПП является особенность фармакокинетики этих препаратов, которая может быть объяснена генетическим полиморфизмом ферментов, принимающих участие в метаболизме ИПП. Метаболизм большинства ИПП (кроме рабепразола), осуществляется в печени и в большой степени определяется активностью печеночного фермента: цитохрома P450 (CYP) и его изоформ — CYP3A4 и преимущественно CYP2C19 [11, с. 34-36]. В зависимости от скорости метаболизма ИПП можно выделить три группы лиц: первая, у которой мутация CYP2C19 отсутствует и метаболизм лекарственных препаратов осуществляется быстро — быстрые метаболизаторы (метаболайзеры) (*homozygous extensive metabolizers — homEM*); вторая, у которой мутация имеется в одном аллели гена и метаболизм осуществляется медленнее — промежуточные метаболизаторы — гетерозиготы (*heterozygous extensive metabolizers — hetEM*); и, наконец, третья, у которой мутации в обоих аллелях гена и метаболизм выражено замедлен — медленные метаболизаторы (*poor metabolizers — PM*) [12, с. 137]. Вследствие быстрого метаболизма у гомозигот стандартные дозы ИПП подавляют желудочную секрецию хуже, чем у лиц с мутантным генотипом, что приводит к более худшим результатам лечения. Кроме более выраженного антисекреторного эффекта ИПП, у медленных метаболизаторов выше и частота эрадикации НР при проведении двойной и тройной антихеликобактерной терапии: для достижения 100%-ной эрадикации при тройной терапии у них доза ИПП может быть в 4 раза ниже, чем у гомозигот [1, с. 7].

Исследование полиморфизма гена CYP2C19 у больных ЯБ, ассоциированной с НР, в Омском регионе было проведено в 2009 г. [6, с. 59]. Выявлено, что 71,4% пациентов, страдающих язвенной болезнью, ассоциированной с НР, являются быстрыми, 18,4% - промежуточными, 10,3% - медленными метаболиторами ИПП.

Целью нашего исследования стала оценка медицинской технологии по определению целесообразности включения исследования по определению полиморфизма гена CYP2C19 в региональные алгоритмы ведения больных язвенной болезнью, ассоциированной с *Helicobacter pylori*.

Материалы и методы.

Экономичность применения медицинской технологии оценивалась с использованием результатов клинико-экономического анализа.

Метод минимализации затрат. Для расчета прямых затрат на реализацию моделей терапии больных ЯБ, ассоциированной с НР в зависимости от особенности полиморфизма гена, метаболизирующего ИПП был использован метод минимизации затрат (**cost-minimization**). Проводят в тех случаях, когда исследуемый лекарственный препарат и препараты сравнения обладают одинаковой эффективностью и безопасностью. В этом случае достаточно определить затраты на альтернативные варианты лечения. Расчет проводят по формуле: $CMA = DC_1 - DC_2$, где CMA – разница затрат сравниваемых вмешательств. DC_1 – прямые затраты при 1-м методе лечения, DC_2 – прямые затраты при 2-м методе лечения [10, с. 109].

Средняя стоимость 1 дозы препаратов рассчитывалась, исходя из розничной цены в аптеках города Омска по состоянию на 17.09.2012 года: омепразол 20 мг – 4,89 руб., лансопразол 30 мг – 20,52 руб., рабепразол 20 мг – 105,95 руб., эзомепразол 20 мг – 94,49 руб., амоксициллин 1000 мг – 12,74 руб., кларитромицин 500 мг - 50,62 руб., тетрациклин 500 мг – 4,45 руб., метронидазол 500 мг – 5,04 руб., левофлоксацин 500 мг – 61,98 руб., висмута трикалия дицитрат (ВТД) 120 мг – 9,15 руб. Средняя стоимость ФЭГДС с верификацией НР (быстрый уреазный тест) в клиниках города Омска в 2012 году составила 1140 рублей. Расчет средней стоимости производился согласно прайс-листам пяти учреждений здравоохранения.

Ориентировочная стоимость анализа гена CYP2C19 – 650 рублей (согласно прайс-листу лаборатории фармакогеномики Института химической биологии и фундаментальной медицины СО РАН, г. Новосибирск), хотя стоимость данного исследования в разных лабораториях может различаться в десятки раз [7, с. 89].

Статистический анализ данных. В процессе статистической обработки данных применены методы описательной статистики. Проверка характера распределения определена визуально и на основании расчетов критерия Шапиро-Уилка. В связи с тем, что распределение большинства изучаемых параметров отличалось от нормального, полученные данные представлены в виде медианы и верхнего и нижнего квартиля – Me (P25;P75). Для проверки статистических гипотез использовали непараметрические критерии: для сравнения двух независимых групп – критерий Манна-Уитни (U). В ходе сравнения категориальных переменных для оценки статистической значимости различий между группами применялся критерий χ^2 . Расчеты и графический анализ данных проводился на базе пакетов прикладных программ Microsoft Excel и STATISTICA 6.0 (русифицированная версия). Значимость результатов выражалась в виде $p = 0,000...$ Результаты считались значимыми при $p < 0,05$.

Для подтверждения результатов фармакоэкономического анализа было проведено открытое проспективное исследование. В экспериментальную часть исследования были включены 20 пациентов, проходивших лечение в частной клинике города Омска.

Критерии включения: принадлежность к европеоидной расе (по фенотипу), возраст старше 18 лет, верифицированный результатами фиброгастродуоденоскопии (ФЭГДС) диагноз ЯБ, ассоциированной с НР (по данным Хелик-теста и гистобактериоскопии), наличие результатов ФЭГДС после окончания эрадикационной терапии (ЭТ), отсутствие связи развития язвы с приемом НПВС и других ulcerогенных лекарственных средств, согласие пациента на участие в исследовании.

Критерии исключения: возраст младше 18 лет, наличие осложнений ЯБ на момент включения в исследование, отказ пациента от участия в исследовании.

Результаты исследования и их обсуждение.

В 2009 году в Омском регионе было проведено исследование по изучению полиморфизма гена CYP2C19, отвечающего за метаболизм ИПП [5]. На основании полученных результатов были построены четыре экономические модели ведения больных ЯБ, ассоциированной с НР, с учетом фармакогенетического профиля и рассчитаны прямые затраты на лечение с учетом факта абсолютной комплаентности пациентов. В связи с достаточно низким уровнем резистентности НР к амоксициллину и кларитромицину в России определение чувствительности к ним в расчетах не учитывалась [8, с. 6].

Согласно модели №1 лечение всех пациентов осуществляется согласно стандартам эрадикационной терапии (рис. 1). До начала терапии и после проведения эрадикации всем пациентам предполагается выполнение ФЭГДС с верификацией НР. Терапия I линии назначается на 10 дней с дальнейшим долечиванием антисекреторными препаратами в половинных дозах в течение четырех недель. В случае неэффективности назначается эрадикационная терапия II линии.

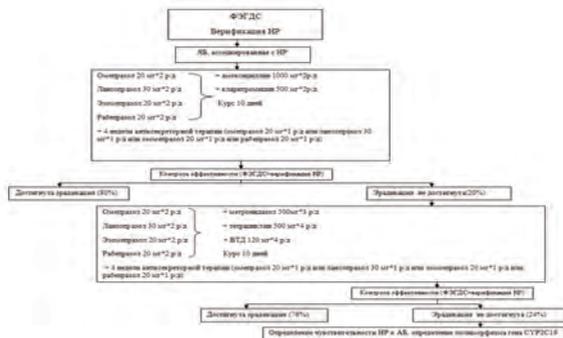


Рис. 1. Стандартная фармакотерапия больных ЯБ, ассоциированной с НР.

Согласно результатам проведенного фармакоэпидемиологического исследования в Омской области [4, с. 20], эффективность терапии I линии у больных ЯБ, ассоциированной с НР, на территории Омской области составляет 78%, т.е. 22 пациентам из 100 будет необходима терапия II линии. По литературным данным даже при реализации терапии II линии средний показатель эрадикации составит 76% (60–100%) [13, с. 695].

Модель №2, так же как и в модели №1, предполагает исходно следование стандарту эрадикационной терапии (рис. 2). До начала и после проведения эрадикации выполняется ФЭГДС с верификацией НР, продолжительность терапии I линии 10 дней с дальнейшим долечиванием антисекреторными препаратами в половинных дозах в течение четырех недель. В случае неэффективности назначается эрадикационная терапия II линии. В модели № 2 в качестве альтернативной нами были рассмотрены два варианта

вления пациента. Первый – стандартная эрадикационная терапия II линии, второй – тройная терапия с левофлоксацином (1000 мг/сут.). В предложенных альтернативных вариантах дозы ИПП (омепразола и лансопризола) увеличены вдвое. Обоснованием 2-кратного увеличения доз ИПП является реализация альтернативной схемы эрадикации является установленный нами факт безусловного преобладания в популяции омских пациентов быстрых и промежуточных метаболизаторов ИПП. Дозы рабепразола и эзомепразола оставляем без изменений, т.к. эти препараты в меньшей степени метаболизируются CYP2C19. По окончании курса терапии II линии пациентам вновь должны быть проведены ФЭГДС с верификацией НР. В случае неудовлетворительного результата определяется чувствительность НР.

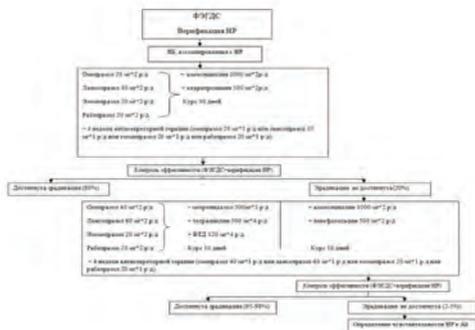


Рис. 2. Модифицированная фармакотерапия больных ЯБ, ассоциированной с НР (модель №2)

Лечение всех пациентов согласно модели №3 осуществляется в соответствии со стандартами эрадикационной терапии (рис. 3). До начала терапии и после проведения эрадикации всем пациентам выполняется ФЭГДС с верификацией НР. В этой модели впервые предлагаем осуществить подход к выбору ИПП по результатам фармакогенетического исследования пациентов с ЯБ. Согласно результатам генотипирования пациентам с быстрым и промежуточным метаболизмом ИПП назначаются двойные дозы омепразола и лансопризола, дозы эзомепразола и рабепразола – стандартные; медленным метаболизаторам – все ИПП в стандартных дозировках. В случае неэффективности терапии I линии – определение чувствительности НР.

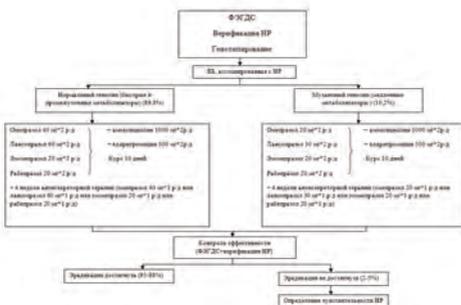


Рис.3. Модифицированная фармакотерапия больных ЯБ, ассоциированной с НР (модель №3)

В модели №4 лечение всех пациентов осуществляется согласно стандартам эрадикационной терапии (рис. 4). До начала терапии и после проведения эрадикации всем пациентам предполагается выполнение ФЭГДС с верификацией НР. Назначается терапия I линии на 10 дней с дальнейшим долечиванием антисекреторными препаратами в половинных дозах в течение четырех недель. Учитывая результаты фармакогенетического исследования пациентов ЯБ на территории Омской области, на старте назначаются двойные дозы омепразола и лансопразола, дозы эзомепразола и рабепразола - стандартные. В случае неэффективности терапии I линии – определение чувствительности НР.

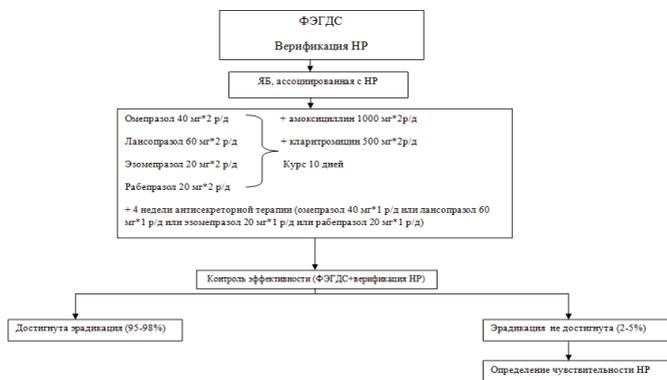


Рис. 4. Модифицированная фармакотерапия больных ЯБ, ассоциированной с НР (модель №4)

Сводные результаты фармакоэкономических расчетов представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Сводные результаты фармакоэкономических расчетов представленных моделей

Варианты лечения	Средняя стоимость 1 случая эффективной терапии, руб.			
	омепразол	лансопразол	эзомепразол	рабепразол
Модель №1	4237,3	5152,8	9484,28	10155,38
Модель №2 альтернативная схема – тетрациклин + метронидазол + ВГД – амоксициллин + левофлоксацин	4288,94 4464,77	5620,09 5545,11	9484,28 9660,1	10155,38 10331,2
Модель №3	4642,7	5550,7	8732,72	9282,8
Модель №4	4016	5517,12	8082,72	8632,8

Представленные модели предлагают наиболее вероятные схемы терапии больных ЯБ, ассоциированной с НР. Чаще на практике реализуется модель №1. Но, согласно статистическим данным, пять человек из 100, несмотря на выполнение всех рекомен-

даций и финансовые затраты, не получают эффективного лечения. Так как уровень резистентности НР к антибактериальным препаратам первой линии в РФ достаточно низок, наиболее вероятная причина неэффективности – особенности метаболизма ИПП (омепразол, лансопризол). Соответственно модель №2, несмотря на большую стоимость, предполагает более высокую эффективность лечения. В реальной практике модель №3 реализуется редко, но она является самой экономически выгодной. Тем более, что пациенты получают лишь один курс эрадикационной терапии, что, безусловно, повысит комплаентность, а также снизит риски побочных эффектов. Из всех представленных вариантов тактики ведения пациентов модель №4 не является самой экономически выгодной. Реально в клинике не применяется, но, учитывая персонализированный подход к пациенту согласно результатам генотипирования CYP2C19, перспективы у данной модели есть. Полученные результаты генотипирования помогут не только индивидуально подобрать схему фармакотерапии для каждого пациента, но и станут вкладом в генетический паспорт пациента и позволят индивидуализировать подход к назначению препаратов из других фармакологических групп.

Нами была набрана экспериментальная группа больных ЯБ, ассоциированной с НР, в количестве 20 человек для клинических и инструментальных доказательств эффективности модели, которая по результатам фармакоэкономического анализа представлялась самой экономически обоснованной. В анализируемой группе было 16 человек с ЯБ двенадцатиперстной кишки, четыре – с ЯБ желудка. Гендерный состав контрольной группы: 25% женщин и 75% мужчин. Средний возраст, включенных в исследование, независимо от пола, составил 50 лет (у мужчин - 50,93 (45,0; 53,5), у женщин – 49,8 (43,0; 52,0) лет). Длительность язвенного анамнеза была несколько больше у мужчин - 19,0 (4,5; 27,0), у женщин – 14,6 (4,0; 25,0) лет ($U = 28,0$, $p = 0,407$).

В период обострения заболевания всех пациентов с ЯБЖ беспокоили боль в эпигастрии и изжога, в 50% случаев – тошнота и отрыжка. Все пациенты с ЯБДПК предъявляли жалобы на изжогу ($\chi^2 = 0,00$, $p = 1,0$), 87,5% пациентов - на боль в эпигастрии ($\chi^2 = 0,03$, $p = 0,867$), 25 % - на тошноту ($\chi^2 = 0,46$, $p = 0,497$), 12,5% - на дискомфорт в эпигастрии ($\chi^2 = 0,49$, $p = 0,484$) и рвоту ($\chi^2 = 0,49$, $p = 0,484$). Клиническая картина больных экспериментальной группы соответствует наиболее часто предъявляемым жалобам при данном заболевании.

Всем пациентам было выполнено ФЭГДС с верификацией НР с помощью гистобактериоскопии и уреазного теста. По результатам ФЭГДС во всех случаях были выявлены язвенные дефекты. Размеры дефектов следующие: у всех пациентов с ЯБЖ средние (0,5-1,0 см), у пациентов с ЯБДПК в 18,8% случаев – небольшие (до 0,5 см), в 81,2% - средние (0,5-1,0 см). Результаты уреазного теста – положительные во всех анализируемых случаях. По результатам гистобактериоскопии средняя степень обсемененности установлена у четырех пациентов с ЯБЖ и 11 – с ЯБДПК ($\chi^2 = 0,22$, $p = 0,642$), выраженная степень обсемененности у пяти пациентов с ЯБДПК ($\chi^2 = 1,19$, $p = 0,275$). По результатам определения полиморфизма гена CYP2C19 все пациенты были быстрыми метаболиторами (БМ).

В качестве эрадикационной терапии всем пациентам были назначены препараты I линии. Так как все больные были быстрыми метаболиторами ИПП (по результатам определения полиморфизма гена CYP2C19), в качестве антисекреторного препарата назначен омепразол в дозе 40 мг два раза в сутки, амоксициллин 1000 мг два раза в день в сочетании с кларитромицином 500 мг два раза в день. Продолжительность терапии 10 дней. Затем терапия была продолжена половинными дозами омепразола по 40 мг один раз в сутки в течение четырех недель.

Таблица 2.

Динамика симптомов заболевания на фоне проводимой фармакотерапии

Контроль		3 дн.	7 дн.	14 дн.	6 нед.	8 нед.
Дискомфорт в эпигастрии, абс. (%)	ЯБЖ		3 (75)	1 (25)	-	-
	ЯБДПК		10 (62,5)	2 (12,5)	-	-
Боль в эпигастрии, абс. (%)	ЯБЖ		1 (25)	-	-	-
	ЯБДПК		4 (25)	1 (6,25)	-	-
Изжога, абс. (%)	ЯБЖ		-	-	-	-
	ЯБДПК		-	-	-	-
Тошнота, абс. (%)	ЯБЖ		-	-	-	-
	ЯБДПК		-	-	-	-
Рвота, абс. (%)	ЯБЖ		-	-	-	-
	ЯБДПК		-	-	-	-
Отрыжка, абс. (%)	ЯБЖ		-	-	-	-
	ЯБДПК		-	-	-	-

Динамика жалоб пациентов контрольной группы (табл. 2): через 3 дня от начала терапии каждого четвертого пациента с ЯБЖ и ЯБДПК продолжала беспокоить боль в эпигастральной области ($\chi^2 = 0,00$, $p = 1,0$); дискомфорт в эпигастрии в 75 и 62,5% случаев соответственно ($\chi^2 = 0,04$, $p = 0,833$). Изжога, тошнота, рвота, отрыжка на третий день терапии пациентов не беспокоили. Через неделю от начала лечения у пациентов с ЯБЖ сохранялись жалобы на дискомфорт в эпигастральной области в 25% случаев, а пациентов с ЯБДПК беспокоили боль в эпигастрии в 6,25% ($\chi^2 = 0,25$, $p = 0,619$) и дискомфорт в 12,5% случаев ($\chi^2 = 0,27$, $p = 0,602$). Т.е. на фоне проводимой терапии купирование всех симптомов удалось добиться уже к окончанию первой недели лечения.

На контрольной ФЭГДС получено рубцевание язвенных дефектов в 100% случаев. Контроль уреазного теста и гистобактериоскопии через четыре недели показали отрицательные результаты.

Выводы. Таким образом, подходы ОМТ были использованы для обоснования изменения региональных алгоритмов. На основании проведенного анализа установлено, что определение полиморфизма гена CYP2C19 в рутинной практике ведения больных ЯБ, ассоциированной с НР, экономически не целесообразно. Но в случае неэффективности проводимой терапии I линии, для выявления причин неэффективности, данная методика становится экономически оправданной, т.к. позволяет персонализировать выбор ИПП и, безусловно, повышает эффективность терапии II линии. В контрольном исследовании нами было доказана эффективность стартовой эрадикационной терапии в составе амоксициллин 1000 мг два раза в сутки + кларитромицин 500 мг два раза в сутки в сочетании с двойными дозами омепразола (40 мг два раза в день) у пациентов быстрых метаболизаторов ИПП. В сочетании с результатами анализа минимизации затрат (cost-minimization) данная модель фармакотерапии является оптимальной.

Список использованной литературы:

1. Андреев Д. Н. Факторы микро- и макроорганизма, влияющие на эффективность антихеликобактерной терапии / Д. Н. Андреев, Ю. А. Кучерявый // Consilium Medicum. – 2013. – № 8. – С. 5-9.
2. Бордин Д. С. Безопасность лечения как критерий выбора ингибитора протонной помпы больному гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью / Д. С. Бордин // Consilium Medicum. – 2010. – Т. 12, № 8. – С. 77-81.

3. Бордин Д. С. Что следует учитывать при выборе ингибитора протонной помпы больному ГЭРБ? [Электронный ресурс] / Д. С. Бордин // Медицинский альманах. – 2010. – № 1 (10). – С. 127-130. – Режим доступа: <http://www.gastroscan.ru/literature/authors/3508>.

4. Елохина Е. В. Анализ эрадикационной терапии больных язвенной болезнью / Е. В. Елохина, С. В. Скальский, М. Б. Костенко // Омский научный вестник. - 2012. - №1 (108). – С. 20–26.

5. Елохина Е. В. Генетический полиморфизм лекарственного метаболизма как предиктор клинической эффективности фармакотерапии больных язвенной болезнью, ассоциированной с *H. pylori* / Е. В. Елохина, С. В. Скальский, М. Б. Костенко // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 6. – Режим доступа: www.science-education.ru/106-7865. - [Дата обращения: 11.01.2014].

6. Елохина Е. В. Генотипирование по CYP2C19 пациентов с кислотозависимыми поражениями желудка и двенадцатиперстной кишки как основа персонализированной фармакотерапии / Е. В. Елохина, С. В. Скальский, Ж. В. Гудинова // Медицинские технологии. Оценка и выбор. - 2013. - № 1. - С. 57-62.

7. Клиническая фармакогенетика: фармако-экономические аспекты / К. В. Герасимова [и др.] // Клиническая фармакология и терапия. – 2009. – № 4. – С. 87-91.

8. *Helicobacter pylori*: распространенность, диагностика, лечение / Л. Б. Лазебник [и др.] // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2010. – № 2. – С. 3-7.

9. Оценка медицинских технологий и формирование политики здравоохранения в странах Европы / М. V. Garrido. – 2010. - С. 216.

10. Оценка технологий здравоохранения / под ред. Р.У Хабриева. – Москва : ООО «Медицинское информационное агентство, 2013. – 416 с.

11. Пасечников В. Д. Ключи к выбору оптимального ингибитора протонной помпы для терапии кислотозависимых заболеваний / В. Д. Пасечников // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2004. – № 3. – С. 32-40.

12. Eradication rate of *Helicobacter pylori* according to genotypes of CYP2C19, iL - 1B, and TNF A / Y. Ishida [et al] // Int. J. Med. Sci. – 2006. – Vol. 3. – P. 135-140.

13. Pooled analysis on the efficacy of the second-line treatment regimens for *Helicobacter pylori* infection / M. Hojo [et al.] // Scand. J. Gastroenterol. – 2001. – Vol. 36. – P. 690-700.

© Е.В. Елохина, Ж.В. Гудинова, С.В. Скальский, 2014

УДК 378.145.3

**A.O. Eremin, V.P. Novikov, V.V. Samylov, A.A. Filatov, M.A. Chernykh,
I.V. Vozhdaeva, O.V. Peshikov**
South Ural State Medical University
Chelyabinsk, Russian Federation

THE NEED FOR ADDITIONAL PRACTICAL AND THEORETICAL CREDIT HOURS IN CARDIOPULMONARY RESUSCITATION CLASSES AS VIEWED BY STUDENTS WITH VARIOUS EDUCATIONAL STANDARDS IN SOUTH-URAL STATE MEDICAL UNIVERSITY

Rapid progress in scientific and technical fields of medicine changed the requirements to the professional skills of doctors and certification system of medical personnel, putting the problems of the improvement of medical education at all its stages in the first place. One of the main shortcomings of modern system of medical education is still weak practical training

of future doctors, including the field of emergency. Cardiopulmonary resuscitation is an actively developing branch of intensive care medicine, and progress in this field is tied with fundamental research in critical conditions, processes of dying and recovery and minimizing the time of medical treatment of the injured.

According to the Institute of General Reanimatology, Russian Academy of Medical Sciences, about 90% of physicians do not know how to do cardiopulmonary resuscitation. The reason for such a low level of awareness on carrying out cardio-pulmonary resuscitation can be considered the lack of systematic approach in practical mastering of life-support algorithms in the training of medical staff. Despite the fact that medics who are yet to get a degree receive the necessary basis of knowledge on the cardiopulmonary resuscitation, it is not enough in case of real-life emergency. Moreover, theoretical knowledge itself, not backed by constant training and equipment refining is simply ineffective. In case of time-pressured emergency reanimator's actions have to be perfected to automatism and that can be achieved as a result of a constant training. Work of those carrying out resuscitation has to be coordinated by a unified plan.

Methods of cardiopulmonary resuscitation are constantly being improved. In 2010, the American Heart Association came up with new standards of cardiopulmonary resuscitation – Guidelines CPR ECC 2010, which underwent a number of changes. Therefore, medical students and doctors of all specialties should receive continuous information about new views and achievements in this area, while professors' of medical educational institutions main goal is optimization and development of the most qualitative and innovative training for cardiopulmonary resuscitation. It goes without saying that cardiopulmonary resuscitation in an important part of first aid. Timely and proper conduct of the cardiopulmonary resuscitation will in some cases save lives and bring casualties back to normal life. Mastering the elements of the emergency diagnosis of terminal conditions and techniques of resuscitation is the most important task of the medical school. Productivity of reanimation directly depends on quality of preparation and number of people with resuscitation skills. Russia's joining the Bologna process opens the way for the integration of the Russian high medical school into European educational space, provides a close connection between the education system and the labour market, while creating conditions for effective interaction with employers and professional communities. In 2000 in the Russian Federation the State educational standard of the 2nd generation was accepted. On 08.11.2010, by order of the Ministry of Education and Science of the Russian Federation it was replaced by a newer educational standard - Federal state educational standard. In the new Federal state educational standard of the third generation, higher education must help students gain both cultural and professional competence (knowledge and skills) which is formed in the study of certain groups of disciplines. Thus, this new model provides higher educational institutions with complete freedom in designing their own educational processes. The best way to develop practical skills for CPR is to use a mannequin-simulator. For the first time S.L. Rubinstein and co-authors in the 30-ies of the XX century formulated the fundamental theoretical principle of involvement - the unity of consciousness and activity.

The purpose of this research. Evaluation of the need of studying both theoretical and practical cardiopulmonary resuscitation skills among the students of the Medical University.

Materials and methods. Anonymous questionnaire among 2000 students of the medical (1430 (71,5%)) and pediatric 570 (28,5%) faculties of 2, 3, 4 and 6 courses SUSMU (table. 1).

Table 1

The ratio of number of students on courses and faculties

Year of education	2		3		4		6	
	med	ped	med	ped	med	ped	med	ped
Total number of respondents	485		518		516		481	

Abs.	351	134	378	140	356	160	345	136
% of same year students	72,37	27,63	72,97	27,03	68,99	31,01	71,73	28,27

The respondents had to choose one of the variants of answers to the following questions: Do you think that the time for studying theoretical skills on cardiopulmonary resuscitation must be increased? Do you think that the time for studying practical skills on cardiopulmonary resuscitation must be increased? The ratio of students who answered «yes» or «no» on each course and a comparison between courses were calculated.

The results of the study. Most of the students think that you need to spend more time on studying theoretical skills of cardiopulmonary resuscitation (table. 2). Among the respondents, students of the 2nd course showed the highest interest in studying theoretical skills to perform cardiopulmonary resuscitation (76,29%). Probably it is due to that students of the 2nd course at the time this survey data was collected haven't yet studied theoretical skills of resuscitation measures.

Table 2

The ratio of students on courses and faculties who responded to the question: Do you think that it is necessary to increase the time for studying theory of cardiopulmonary resuscitation?

Year of education	2		3		4		6	
Answer	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
Total number of respondents	485		518		516		481	
Absolute amount	370	115	290	228	351	165	336	145
% from all	76,29	23,71	55,98	44,02	68,02	31,98	69,85	30,15

3rd course students educated by the 3rd generation of Federal state educational standard, studied the basics of cardiopulmonary resuscitation at the department of life safety, emergency medicine, emergency medical care and passed an examination. That is why only 55,98% of 3rd course students answered that it is necessary to extend the time for studying the theoretical part. Students of senior courses (4 and 6) are educated by State educational standard of the 2nd generation, according to which the technique of cardiopulmonary resuscitation at the department of life safety, emergency medicine, emergency medical care is not studied. Therefore the ratio of students of the 4th and 6th course who answered that it is necessary to spend more time on the theoretical study of resuscitation measures amounted 68,02% and 69,85% respectively.

When answering the question “Do you think that it is necessary to increase the amount of time for studying practical skills on cardiopulmonary resuscitation?” almost the entire cohort of students surveyed said Yes - 83,01 - 91,13% (table 3). This is due to limited time of practical training and the lack of material equipment of the modern education system.

Table 3

The ratio of students on courses and faculties who responded to the question: Do you think that it is necessary to increase the amount of time for gaining practical skills on cardiopulmonary resuscitation?

Year of education	2		3		4		6	
Answer	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
Total number of respondents	485		518		516		481	
Absolute amount	442	43	430	88	456	60	412	69
% from same year students	91,13	8,87	83,01	16,99	88,37	11,63	85,65	14,35

Conclusions. Despite the high interest of the students of all courses in increased time allocated for the theoretical and practical cardiopulmonary resuscitation trainings there is tendency to decrease as the course changes. That may be associated with the accumulation of theoretical knowledge and gained practical skills in practical classes at the departments of the University.

© A.O. Eremin, V.P. Novikov, V.V. Samylov, A.A. Filatov, M.A. Chernykh,
I.V. Vozhdaeva, O.V. Peshikov, 2014

УДК 617.7-007.681

Е.Е. Казанцева – Маслова¹, Е.А. Ставила²

¹студент 4 курса лечебного факультета Ал. Д. Казанцев,

²студент 1 курса лечебного факультета Ан. Д. Казанцев

Офтальмологическая клиника «Зрение»,

г. Рудный, Костанайская область, Казахстан,

ГОУ ВПО ЮУГМУ кафедра глазных болезней г. Челябинск, Россия

КОМБИНИРОВАННАЯ СИНУСТРАБЕКУЛЭКТОМИЯ С ЗАДНЕЙ СКЛЕРЭКТОМИЕЙ В ЛЕЧЕНИИ ГЛАУКОМЫ

Глаукома - одна из особенно тяжелых патологий органа зрения, ведущая к инвалидности и слепоте. [1]. Лечение глаукомы направлено на два основных патогенетических звена: нормализация уровня внутриглазного давления (ВГД) и нормализацию обменных процессов, иммунного статуса и репаративных процессов[5]. Нормализация ВГД достигается двумя путями: консервативно, а при неэффективности гипотензивных препаратов – хирургически [2,3,4,6].

Исследование итогов хирургического лечения больных, страдающих глаукомой, является целью данной работы.

В медицинском центре «Зрение» с 2006 по 2010 гг. под наблюдением находилось 246 больных (388 глаз), оперированных по – поводу закрытоугольной (260 глаз) и открытоугольной (128) форм первичной глаукомы. Начальная стадия глаукомы отмечалась в 1 % глаз, выраженная – в 44,9%, далеко зашедшая – в 24,8%, терминальная 20,3%. Острый приступ наблюдался в 9% случаев. Возраст больных составил: менее 40 лет – в 3% случаев, 41-50 лет в 10,4%, 51- 60 лет – в 24,7%, 60 – 70 лет – в 36,45, старше 70 лет – в 25, 2%. Мужчин было 39,0%, женщин – 61,0%. До и после операции у пациентов проводились динамическая визометрия. Периметрия, тонометрия, гониоскопия и биомикроскопия.

Всем больным была произведена операция синустрабекулэктомия с задней склерэктомией (СТЭ+ЗС) по методу проф. М.М. Краснова.

Результаты: У всех больных перед операцией наблюдались стойкие изменения гидро- и гемодинамических показателей. ВГД было повышено от 28 до 46,0 мм рт. ст., коэффициент легкости оттока (С) в среднем составил $0,07 \pm 0.03$ мм рт. ст., истинное ВГД – $36,23 \pm 1$ мм рт. ст.

В глазах с далекозашедшей и терминальной стадиями глаукомы во время операции в 3,8% случаев отмечалась гифема, которая в течение 1- суток рассосалась. После операции 6,4% случаев наблюдалась отслойка хориоидеи, для прилегания которой понадо-

билась трепанация склеры и консервативная терапия. Послеоперационный иридоциклит возник в 0,6% глаз и был купирован парабульбарными инъекциями дескаметазона. В раннем послеоперационном периоде у всех больных была достигнута устойчивая нормализация ВГД.

В течение наблюдения в динамике всем больным проводили терапию, направленную на улучшение трофики, коррекцию иммунного статуса, процессов перекисного окисления липидов. Отдаленную оценку эффективности операции оценивали по состоянию зрительных функций, тонографических показателей и гониоскопии. К концу первого года у всех больных имелась стойкая нормализация гидродинамических показателей ($P_o = 16,3 \pm 4,2$ мм. рт. ст.; $C=0,23 \pm 0,03$). Стойкая нормализация ВГД отмечена в 92% случаев. В зависимости от стадии глаукомы были получены следующие результаты: в начальной стадии нормализация ВГД достигнута в 98,1% глаз, развитой – 92%, далекозашедшей – в 89,2%, терминальной – 82,1%. Поле зрения стабилизировалось в 78,2% случаев.

Таблица. Динамика остроты зрения в различные сроки.

Острота зрения	Кол-во глаз до операции	Кол-во глаз после операции	Кол-во глаз через 12 месяцев
Pr.certa	91	79	80
0,02-0,06	70	51	44
0,08-0,1	46	54	83
0,2-0,4	147	159	168
0,5-0,7	34	30	32
0,8-1,0		15	16

После операции в ближайшем и отдаленном периодах увеличилось число больных с достаточно высокой остротой зрения (0,1 и выше). Острота зрения сохранилась без изменений в 47,4% глаз, через 1 год наблюдения – в 44,2%. Снижение остроты зрения в половине случаев было обусловлено с прогрессированием катаракты. У остальных больных с прогрессированием глаукоматозного процесса. У всех больных с терминальной болящей глаукомой удалось сохранить глазное яблоко, как орган.

ВЫВОДЫ.

1. Синустрабекулэктомия с задней трепанацией склеры является универсальным методом при всех стадиях различных форм глаукомы. Она малотравматична и технически доступна большому кругу офтальмологов, а возникающие осложнения во время ее проведения и в послеоперационном периоде, незначительны и легко устранимы.

2. Хирургическая коррекция офтальмотонуса при такой методике позволяет длительно сохранять зрительные функции у 92% больных.

Список использованной литературы:

1. Волков В.В. Глаукома при псевдонормальном давлении.- М., 2001.
2. Мошетова Л.К., Алексеев И.Б., Монгуш А.Х.//Глаукома на рубеже тысячелетий итоги и перспективы: Сборник научных трудов.- М.. 1999. – С.273-275.
3. Петухов В., Сеннова Л.Г., Лумпова Т. Н., // Материалы Всероссийской конф. «Глаукома». – М.,1999. – С.48-49.
4. Шарова А.Б., Анисимов С.И. // Актуальные проблемы хирургического лечения глаукомы: Сборник научных статей.- М., 1989. С.165-172.
5. Edwards R.S.// Br/J/ Ophthalmol. – 1980. – vol. 64, N 9. – P 720 – 724.
6. Spaeth G.L// Sivalingam E.// Ophthal. Surg. – 1976. – Vol.7, N 1. – P.53-57.

© Е.Е. Казанцева - Маслова, Е.А. Ставила, Ал. Д. Казанцев, 2014

Ф.Р. Камалова

Доцент кафедры хирургической стоматологии
Бухарского государственного медицинского института, к.м.н.

Т.М. Муллаев

Врач-стоматолог Кокандской городской
стоматологической поликлиники, республиканского
центра стоматологической имплантологии

Ф.А. Хамитова

Ассистент кафедры хирургической стоматологии
Бухарского государственного медицинского института

М.Х. Суюнова

Студентка 4-курса стоматологического факультета
Бухарского государственного медицинского института

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ В АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

В настоящее время существуют различные пути влияния на репаративный остеогенез. Анализируя различные имеющиеся литературные данные можно выделить 7 (семь) основных путей влияния на репаративный остеогенез: заживление раны под кровяным сгустком; применение остеопластических материалов (колапол, коллапан, гидроксиапол); применение тромбоцитарного концентрата (P.R.P.; F.R.P); применение биомембран (направленная тканевая регенерация; -перикард; F.R.P); применение клеточных культур (костный мозг, остеоциты, остеобласты, мезенхимальные клетки); физические методы воздействия на костную ткань и сочетание различных путей. В нашей клинике делаются заметные шаги, чтобы иметь свои собственные биологические остеогенные материалы. Так, в 2005 году главный врач Сурхандарьинского центра микрохирургии глаза Мухамадиев Рахман Оманович защитил диссертацию в виде научного доклада на соискания учёной степени доктора медицинских наук на тему «Разработка и внедрение ксенотрансплантата в клиническую офтальмохирургию». Целью работы была разработка технологии изготовления ксенотрансплантата из перикарда овцы, экспериментально-клиническое обоснование его применения при лечении больных с офтальмопатологией. Он консервировал перикард 0,25% в растворе формалина. Консервированные на слабом 0,25% растворе формалина биоматериалах протеолитические ферменты инактивируются, а антигены связываются и не поступают в кровь. В результате не образуются антитела и не происходит реакция отторжения. Кроме того, они обладают бактерицидными и бактериостатическими свойствами, они более устойчивы к расплавлению действию тканевой инфекции. С 2006 года начали использовать перикард овцы при установке имплантатов, резекции верхушки корня, реплантации зубов, при пародонтологических операциях отдельно или с остеопластическими материалами - колапол, коллапан, гидроксиапол или F.R.P.

Перикард мы использовали в качестве биомембран с целью обеспечения направленной тканевой регенерации. Под направленной тканевой регенерацией следует понимать оперативную мембранную методику, в результате которой механически предотвращается апикальная миграция эпителия, что приводит к регенерации тканей пародонта и операционного поля без использования или в сочетании с костнопластическими материалами. Суть заключается в установке физического барьера между лоскутом и обработанной поверхностью корня или операционного поля, в результате чего более медленно регенерирующие клетки пародонта и кости мигрируют в зону дефекта и восстановления ткани происходит полностью или частично, достаточной для компенсации

функциональных потребностей. С 1987 по 2010 года в РЦСИ было оперировано около 4000 больных, им установлено около 10000 имплантатов различной конструкции из разных материалов, основными материалами являлись чистый титан, никелид титана, КХС. В центре используются все способы внутрикостной имплантации зубов. При имплантации зубов ксенотрансплантат перикард овца - мы в основном использовали при установке 47 пластиночных титановых имплантатов. При использовании цельных лоскутов перикарда, в установке 29 имплантатов хорошие результаты получены у 12 имплантатов, в других случаях перикард отторгался выпячивая из раны в течении от 10 до 30 дней без каких либо внешних реакций. На этом процент (%) успеха составлял 34,8%. Потом мы лепестки перикарда разделили механическим путем на два слоя и их использовали при установке 18 пластинчатых имплантатов. У этих имплантатов отторжение перикарда случилось только в области 5 имплантатов. Процент успеха составляло 76,6 %. В последующем во многих операциях по поводу резекции верхушки корня, цистэктомиях перикард использовали с остеопластическими материалами и получили аналогичные результаты. С 2007 года в своей практике начали использовать аутогенную плазму крови больного, обогащенной тромбоцитами.

Таким образом, мы рекомендуем применять ксенотрансплантат перикард овца в виде мембраны для направленной тканевой регенерации, F.R.P. в амбулаторной хирургической практике в стоматологических учреждениях республики, так как им не требуются специальные оборудования и все поликлиники имеют возможности их применения.

Список литературы

- 1.«Имплантация зубов, хирургические аспекты». Т.Г. Робустова. Москва. Медицина 2003г.
- 2.«Дентал имплантология». Б.М. Мансуров; Э. Худоёров; О.Н. Суров; Т.М. Муллаев. Тошкент «Янги аср авлоди».2005 й.
- 3.«Пересадка зубов». Р.А. Хасанов. ООО Типография «Информреклама». Уфа 2004г.
- 4.«Разработка и внедрение ксенотрансплантата в клиническую офтальмохирургию». Диссертация в виде научного доклада на соискании ученой степени д.м.н. Ташкент 2005 г.

УДК 616.36-004

З.Ш. Керефова

к.м.н., преподаватель медицинского колледжа КБГУ,
ФГБОУ ВПО «Кабардино-Балкарский государственный университет
им. Х.М. Бербекова» Медицинский колледж г. Нальчик, Российская Федерация.

О.Б. Бориева

преподаватель медицинского колледжа КБГУ,
ФГБОУ ВПО «Кабардино-Балкарский государственный университет
им. Х.М. Бербекова» Медицинский колледж г. Нальчик, Российская Федерация.

ПРИМЕНЕНИЕ РЕАМБЕРИНА У БОЛЬНЫХ С ЦП ВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Цирроз печени - многофакторное прогрессирующее заболевание печени, характеризующееся значительным уменьшением количества функционирующих гепатоцитов клеток печени, нарастающим фиброзом (замещением соединительной тканью), перестройкой нормальной структуры печени и развитием в последующем печёночной не-

достаточности и портальной гипертензии. Вследствие гибели печеночных клеток под действием различных повреждающих факторов нормальная ткань печени замещается фиброзной с формированием узлов и перестройкой всей структуры печени. Нарушение структуры печени приводит к нарушению всех ее функций.

Согласно патологоанатомическим критериям, ЦП является необратимым диффузным процессом, для которого характерны резко выраженная фиброзирующая реакция, перестройка нормальной архитектоники печени, узелковая трансформация и внутрипеченочные сосудистые анастомозы. Данная патология многие годы остается актуальной проблемой здравоохранения, поскольку среди неопухолевых заболеваний органов пищеварения отличается наиболее высоким показателем смертности.

Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) на протяжении десятилетия принимает активное участие в исследованиях по ЦП вирусной этиологии, а также в борьбе по профилактике этих заболеваний. Это связано с тем, что вирусные гепатиты остаются серьезной проблемой здравоохранения и могут вызвать не только острые, но и хронические формы заболевания с переходом в цирроз и гепатоцеллюлярную карциному с летальным исходом.

Терапевтические мероприятия при циррозе печени основываются на активности и особенностях патологического процесса в печени, клинических и функциональных проявлениях болезни и направлены на исключение действия причинного фактора, устранение патогенетических нарушений и симптоматических расстройств.

Реамберин (1,5% раствор для инфузий) — сбалансированный полиионный раствор. Препарат реамберин представляет собой солевой плазмозамещающий раствор, состоящий из 0,5%-ного раствора натрия метилглуктаминной соли янтарной кислоты и сбалансированного набора микроэлементов — натрия, калия и магния.

Входящий в состав реамберина сукцинат, является естественным эндогенным субстратом клетки. Назначение экзогенного сукцината сопровождается двумя основными изменениями, которые происходят в углеводном обмена веществ и окислительном фосфорилировании. Янтарная кислота (ЯК) ускоряет оборот дикарбоновой части ЦТК (сукцинат – фумарат – малат) и снижает концентрации лактата, пирувата (в меньшей степени) и цитрата, которые накапливаются в клетках во время гипоксии. Таким образом, она повышает кругооборот ЦТК, следовательно, увеличивает объем энергии, необходимой для синтеза АТФ. ЯК увеличивает потребление кислорода тканями и улучшает тканевое дыхание за счет усиления транспорта электронов в митохондриях, воссоздания протонного градиента на их мембранах и смещения кривой диссоциации оксигемоглобина вправо, то есть усиливает отдачу кислорода тканям. Превращение янтарной кислоты в цикле Кребса сопровождается продукцией энергии, необходимой для обеспечения процессов жизнедеятельности каждой клетки организма.

Препарат обладает антиоксидантными, антигипоксантами, дезинтоксикационными, гепато-, нефро- и кардиопротекторными свойствами, прошел доклинические исследования и первую фазу клинических испытаний. В связи с этим использование реамберина целесообразно в условиях высокой вероятности развития полиорганных тканевых постгипоксических расстройств, что отмечается при тяжелом течении вирусных гепатитов, а также токсическом поражении органов и тканей у наркоманов.

Цель исследования: Изучение влияния антигипоксанта реамберина на клиническое течение и исходы цирроза печени вирусной этиологии.

Материалы и методы: Материалом послужили результаты анализа стационарных больных с ЦП вирусной этиологии 1 месяца, в возрасте от 20 до 78 лет. Диагноз подтвержден данными стандартного клинико-лабораторного исследования, УЗИ органов брюшной полости с оценкой размеров и структуры печени, диаметра сосудов портальной системы, рентген-исследования. Перед назначением препарата и в динамике оценивались: общее состояние пациента и ряд клинически значимых лабораторных показателей.

Схема введения препарата: реамберин 1,5% 400 мл использовался в инфузионной терапии больных с ЦП вирусной этиологии на разных стадиях заболевания. Препарат вводился один раз в сутки по 400 мл внутривенно капельно.

Результаты и обсуждение: Применение Реамберина в инфузионной терапии больных с ЦП вирусной этиологии приводило к более быстрому уменьшению проявлений астеновегетативного синдрома. Уже после первого дня инфузионной терапии у подавляющего большинства пациентов улучшалось самочувствие, прекращалась тошнота, головокружение и головные боли, появлялся аппетит. Дальнейшая инфузионная терапия реамберином улучшила субъективные показатели самочувствия пациентов – больные чувствовали бодрость и прилив сил, нормализовался сон. Реамберин способствовал быстрой нормализации основных биохимических показателей у больных с ЦП вирусной этиологии. Достоверно повышался антиоксидантный потенциал сыворотки крови, возрастала неспецифическая резистентность организма.

Заключение: Инфузии 1,5% раствора реамберина хорошо переносятся больными с различными формами ЦП. Отмечена высокая терапевтическая эффективность реамберина в комплексной терапии тяжелых больных ВГ: препарат обладает выраженными дезинтоксикационными, антиоксидантными, гепато- и нефропротекторными свойствами. Получена более выраженная положительная динамика клинического состояния больных, лабораторных показателей, отмечено улучшение когнитивных способностей пациентов при комплексной терапии с включением реамберина.

Реамберин рекомендуется включать как обязательное патогенетическое средство в комплексную терапию больных с ЦП, сочетанных формах НВ и НС-вирусной инфекции, на фоне сопутствующей патологии почек и сердечно-сосудистой системы, а также больных с признаками полиорганных поражений вследствие экзо-, эндогенного токсикоза.

© З.Ш.Кереева, О.Б. Бориева 2014

УДК 616.36-002

З.Ш. Кереева

к.м.н., преподаватель
медицинского колледжа КБГУ,

ФГБОУ ВПО «Кабардино-Балкарский государственный университет
им. Х.М. Бербекова» Медицинский колледж г. Нальчик, Российская Федерация.

А.М. Сижачева

к.б.н., преподаватель биохимии
медицинского колледжа КБГУ,

ФГБОУ ВПО «Кабардино-Балкарский государственный университет
им. Х.М. Бербекова» Медицинский колледж г. Нальчик, Российская Федерация.

ПОКАЗАТЕЛИ ОБЩЕГО БИЛИРУБИНА У СТАЦИОНАРНЫХ БОЛЬНЫХ С ЦП ВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) на протяжении десятилетий принимает активное участие в исследованиях по вирусным гепатитам, а также в борьбе по профилактике этих заболеваний. Это связано с тем, что вирусные гепатиты В и С остаются серьезной проблемой здравоохранения и могут вызвать не только острые но

и хронические формы заболевания с переходом в цирроз и гепатоцеллюлярную карциному с летальным исходом.

По современным представлениям, цирроз печени (ЦП) - хроническое полиэтиологическое прогрессирующее заболевание с регенераторной и фибротической перестройкой структуры и сосудистой системы органа, с узловой регенерацией, диффузным разрастанием соединительной ткани, ведущим к нарушению citoархитектоники печени, недостаточности ее функции и формированию портальной гипертензии. Данная патология многие годы остается актуальной проблемой здравоохранения, поскольку среди неопухолевых заболеваний органов пищеварения отличается наиболее высоким показателем смертности. Слово «Цирроз» произошло от греческого слова «kirrhos», переводится как «жёлтый», что характеризует соединительную ткань, замещающая печёночную ткань.

ЦП вирусной этиологии являются одной из самых актуальных проблем современной медицины. Это определяется как их повсеместным распространением, инвалидизацией трудоспособных слоев населения, так и высоким уровнем летальности. Согласно расчетным данным ВОЗ сотни миллионов человек в мире инфицированы гепатотропными вирусами.

К основным биохимическим анализам крови при ЦП вирусной этиологии относятся печеночные ферменты (аминотрансферазы), билирубин, щелочная фосфатаза, общий белок и белковый спектр крови. Аминотрансферазы - аланиновая (АЛТ) и аспарагиновая (АСТ) - это ферменты, которые находятся внутри печеночных клеток. В норме небольшие концентрации этих веществ определяются в крови. При повреждении печени, в частности, в результате вирусного воздействия, печеночные клетки разрушаются, и печеночные ферменты обнаруживаются в крови в повышенных количествах. Пределы колебаний этих показателей очень широки и в определенной степени отражают остроту и активность воспаления печеночной ткани при гепатите.

Билирубин - это желчный пигмент, который образуется в крови человека в результате распада красных кровяных клеток (эритроцитов). Затем билирубин захватывается клетками печени и с желчью через кишечник выводится из организма. Попавший в печеночные клетки билирубин называется связанным, а находящийся в крови (т.е. до попадания в печень) - свободным. В норме небольшие количества билирубина (преимущественно за счет свободного) обнаруживаются в крови. При вирусных поражениях печени (как правило, при острых гепатитах и циррозе) содержание общего билирубина (сумма свободного связанного) может повышаться.

Стоит отметить, что именно с нарушением функции обработки билирубина связано появления трех клинических симптомов гепатита:

- осветление кала (не происходит нормального формирования желчи, что ведет к нарушению расщепления жиров)
- потемнение мочи, в которой в высокой концентрации находятся билирубин, который выводится в основном в составе мочи
- желтушность кожных покровов так же является распространенным симптомом интоксикации билирубином - при этом в коже откладывается билирубин.

В норме концентрация: общего билирубина - 8,5-20,5мкмоль.; прямого билирубина - до 5,1 мкмоль.

Цель исследования: сравнительная оценка показателей билирубина у стационарных больных с циррозом печени (ЦП) вирусной этиологии.

Актуальность данной работы заключается в том, что роль лабораторных исследований для диагностики циррозов печени вирусной этиологии стационарных условиях

очень важна. На основании результатов лабораторных исследований врач выносит решение о целесообразности применения того или иного метода или средства лечения.

Задача исследования: определение уровня билирубина в крови при циррозах печени вирусной этиологии.

Материалы и методы исследования: Материалом послужили результаты анализа госпитализированных больных в Инфекционную Городскую больницу г. Нальчик, с ЦП за 2012-2013 гг. За проанализированный год в стационар поступило 126 пациентов с ЦП вирусной этиологии, в возрасте от 20 до 78 лет.

Исследования общего и прямого билирубина проводили унифицированным методом Jendrassik-Grof.

Результаты исследования: Анализ полученных данных (таблица 1) показывает максимальные показатели у пациентов с ВГС – 71,4%, тогда как ВГВ составляет всего лишь 10,3%, процент смешанного равен 18,3%. Анализ динамики возрастной структуры лиц с ЦП вирусной этиологии среди различных возрастных групп стационарных больных позволил установить ведущую роль лиц в возрасте 35-49 (48,4%) лет.

Таблица 1

Число больных ЦП вирусной этиологии с учетом этиологического фактора и возраста

	20-34	35-49	50-64	65-80
ВГС	8	45	29	8
ВГВ	5	4	4	-
Смешанной	7	12	4	-

Билирубин позволяет судить о поглотительной, метаболической (конъюгация) и экскреторной функциях печени; конъюгированную фракция (прямую) отличают от неконъюгированной с помощью биохимического исследования.

Таблица 2

Показатели общего билирубина у больных ЦП вирусной этиологии

	гипобилирубинемия	8,5 - 21 мкмоль	22 - 45 мкмоль	46 - 80 мкмоль	81 и выше мкмоль
ВГС	8	25	31	13	13
ВГВ	1	7	4	-	1
Смешанной	5	6	5	5	2

По данным таблицы №2 внимание на себя обращают показатели 8,5 - 21 мкмоль и 22-45 мкмоль, которые составляет 61,9% от общего количество анализов, из них ВГС составляет 44,4%, ВГВ – 8,7%, смешанных-8,7%.

Выводы: Ранняя лабораторная диагностика ЦП и прогноз его развития могут стать решающим звеном в своевременном выборе тактики введения пациента. Решение этой задачи крайне важно, поскольку нередко единственным способом лечения этого грозного заболевания является трансплантация печени, которая сопровождается целым комплексом медико-социальных проблем.

СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ СПОРТСМЕНОВ, ПЕРЕШЕДШИХ НА ТРЕНЕРСКУЮ РАБОТУ ПОСЛЕ ЗАВЕРШЕНИЯ КАРЬЕРЫ В СПОРТЕ ВЫСШИХ ДОСТИЖЕНИЙ

На протяжении многих лет культивировалось мнение, что спорт и здоровье являются синонимами. Долгое время были не популярны рассуждения о каких-либо патологических изменениях в состоянии здоровья спортсменов, формирующихся в результате спортивной деятельности. Между тем, заболеваемость спортсменов, их травматизм и инвалидизация все чаще становятся предметом повышенной тревоги врачей по спортивной медицине. Факторами, негативно влияющими на здоровье спортсменов в спорте высших достижений, являются огромные тренировочные и соревновательные нагрузки, безудержная эксплуатация возможностей организма спортсменов без учета риска тяжелых последствий для здоровья.

В зависимости от характера упражнений и развития физических качеств, соответствующих различным спортивным специализациям, могут быть различны и изменения функциональных и патологических состояний у спортсменов в спорте высших достижений.

В настоящей работе проанализирована распространенность хронической патологии и функциональных нарушений по результатам углубленного медицинского осмотра, выполненного специалистами Республиканского врачебно-физкультурного диспансера Республики Башкортостан у 233 бывших спортсменов высшей квалификации, представителей видов спорта: циклических, скоростно-силовых, спортивных единоборств, сложно-координационных и игровых, перешедших на тренерскую работу. Среди них было - 164 мужчины и 69 женщин. Группу сравнения (70 человек) составляли бывшие выпускники физкультурных вузов, соответствующих возрастных групп, работающих тренерами и преподавателями физической культуры, не имеющих высоких спортивных квалификаций и не участвующих в спорте высших достижений.

Заболевания костно-мышечной системы преобладали во всех изучаемых видах спорта. Однако в скоростно-силовых видах они встречались чаще всего - у 77,4% тренеров. В спортивных единоборствах и игровых видах спорта они встречались примерно с одинаковой частотой – соответственно у 54,4% и 51,6% тренеров. В сложно-координационных видах спорта они были выявлены у 51,6% осмотренных, в циклических видах спорта – у 46,8%.

В скоростно-силовых видах спорта болезни костно-мышечной системы тренеров были представлены воспалительными дегенеративно-дистрофические процессами, такими как артрозо-артриты луче-запястного и плечевого сустава – 9,7% осмотренных, столько же артрозо-артритов коленного сустава – 9,7 случаев на 100 осмотренных, у 29% тренеров скоростно-силовых видов спорта выявлялись остеохондрозы с корешковыми синдромами.

Заболевания периферической нервной системы в виде пояснично-крестцового радикулита с люмбагией также выявлялись у 29,0% тренеров.

В спортивных единоборствах дегенеративно-дистрофические заболевания костно-мышечной и периферической нервной системы, в основном, были представлены деформирующими артрозами и артритами лучезапястного, локтевого и плечевого суста-

вов – 15,8% случаев, у 7,0% тренеров определялась патология мениска, артриты и бурситы голеностопного сустава, миозиты икроножных мышц.

Остеохондроз с корешковыми проявлениями был у 21,1% тренеров-единоборцев, у 10,5% осммотренных диагностировался пояснично-крестцовый радикулит и невралгии.

Болезни костно-мышечной системы в циклических видах спорта были представлены хроническими воспалительно-дегенеративными процессами мышечной, костной ткани и связочного аппарата вследствие перенапряжения связок голени, артроза и артрита коленного сустава – у 13,9% тренеров, артрозоартрита плечевого сустава – в 6,3 случаях на 100 осммотренных тренеров. Остеохондроз в виде дегенеративно-дистрофического поражения грудного и поясничного отделов позвоночника определялся у 41,2% тренеров, представителей циклических видов спорта.

Заболевания периферической нервной системы были представлены люмбалгией и невралгией седалищного нерва и определялись у 8,9% осммотренных тренеров, бывших спортсменов.

У 11,4% обследованных тренеров-игровиков выявлялись артрозо-артриты коленного и голеностопного суставов. Остеохондрозы с корешковыми синдромами определялись у 25,7% представителей игровых видов спорта. В 17,1 случаях на 100 осммотренных диагностировались радикулиты и невралгии седалищных нервов.

По распространенности хронической патологии среди спортсменов, перешедших на тренерскую работу, следующее место занимали психические болезни и расстройства поведения, представленные нейроциркуляторными дистониями (79,1%), невротами и неврастениями (20,9%), которые были выявлены у 37,3% тренеров.

Самое большое распространение психические заболевания и расстройства поведения наблюдается в спортивных единоборствах – у 43,9% тренеров, они также выявлялись у 38,7% осммотренных тренеров, представителей сложно-координационных видов спорта, у 36,7 на 100 осммотренных в циклических видах спорта и у 37,1% – в игровых. Меньше всего их выявлялось у силовиков – 25,8%.

В целом заболевания сердечно-сосудистой системы были на третьем месте и выявлялись у 15,0% осммотренных тренеров всех изучаемых видов спорта, 65,7% среди них составляла гипертоническая болезнь и 34,3% ишемическая болезнь сердца.

Однако в скоростно-силовых видах спорта у тренеров чаще встречались органические поражения сердца и сосудов – у 25,8% осммотренных. Среди них 62,5% составляла гипертоническая болезнь и 37,5% - ишемическая болезнь сердца.

Следующими, по уровню сердечно-сосудистой патологии были тренеры циклических видов спорта, где она зарегистрирована у 15,2% осммотренных, у единоборцев заболевания сердечно-сосудистой системы выявлялись в 14 случаях из 100 осммотренных. Меньше всего их было у тренеров работавших в игровых видах спорта - 8,6 на 100 осммотренных.

Негативные ЭКГ-признаки дистрофии миокарда вследствие физического перенапряжения (ДМФП), диагностированные по данным электрокардиографии, в целом по всей группе осммотренных тренеров составили 7,3 на 100 осммотренных. Наиболее часто ДМФП встречались у представителей скоростно-силовых видов спорта (9,7 случаев на 100 осммотренных). Причем у женщин в данных видах спорта, распространенность ДМФП достигала 11,0 на 100 осммотренных. Затем следовали спортивные единоборства - 7,0 на 100 осммотренных. Меньше всего ДМФП выявлялась у представителей игровых видов спорта – у 5,7% осммотренных.

Большую распространенность имели такие отклонения со стороны функции сердца, определяемые на электрокардиограмме, как нарушение реполяризации миокарда, блокада правой ножки пучка Гиса, нарушение метаболических процессов миокарда, синусовая аритмия. В целом, они определялись на ЭКГ у 67,8 из 100 осммотренных. Наибольшее количество отклонений на ЭКГ определялось у тренеров в скоростно-силовых видах спорта – 70,9 случая на 100 осммотренных. Почти с той же частотой они выявлялись у представителей прочих видов спорта - от 67,1 случая в циклических до 68,6 случаев на 100 осммотренных в игровых видах спорта.

Изменения гемоциркуляции глаза в виде расширения калибра вен, их повышенной извилистости, узловатости артерий, инъецирования вен и артерий, ангиопатии сетчатки - были выявлены у $43,3 \pm 9,0\%$ тренеров. Количество изменений гемоциркуляции глаза у тренеров контрольной группы была достоверно ниже ($p < 0,05$) и составляла $16,7 \pm 6,8\%$.

Большее количество отклонений гемоциркуляции глаза у тренеров-спортсменов по сравнению с тренерами контрольной группы, по-видимому, также обусловлено повышенными физическими нагрузками еще на этапах их участия в спорте высших достижений.

Заболевания органов пищеварения выявлялись у $11,2\%$ тренеров (дискинезии желчевыводящих путей, хронический холецистит, хронический гастрит, хронический панкреатит и язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки).

Сравнительно немногочисленную группу среди всех видов патологии составили болезни органов дыхания (у $3,9\%$ тренеров) и прочие заболевания ($2,1\%$), куда вошли единичные случаи анемий и болезней кожи. У $1,7\%$ тренеров выявлялось ожирение 3-4 степени.

У $9,0\%$ тренеров были выявлены болезни мочеполовой системы которые в циклических видах спорта выявлялись чаще (у $15,2\%$ тренеров), чем у представителей других видов спорта. У мужчин заболевания этой группы включали, в основном, болезни почек в виде пиелонефрита, у женщин – заболевания женской половой сферы (аднекситы, миомы, эрозии шейки матки).

В результате проведенных исследований было установлено, что распространенность заболеваний сердечно-сосудистой системы, нервной системы, костно-мышечной системы, эндокринной системы и глаз достоверно была выше в группе тренеров, бывших спортсменов спорта высших достижений ($p < 0,05$).

Таким образом, состояние здоровья высококлассных спортсменов, завершивших карьеру в спорте высших достижений и перешедших на тренерскую работу, по уровню распространенности хронических неинфекционных заболеваний не может быть признано хорошим.

© О.С.Коган, 2013

УДК 616.833.191.7: 616.441-089

О.А. Косивцов

Ассистент кафедры хирургических болезней педиатрического
и стоматологического факультетов
ВолгГМУ, г. Волгоград, Российская Федерация

ПРОФИЛАКТИКА ПОВРЕЖДЕНИЙ ВОЗВРАТНОГО НЕРВА ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ЗОБА

Введение. Количество больных с периферическими парезами и параличами гортани в настоящее время в России увеличивается, что во многом обусловлено ростом числа оперативных вмешательств на щитовидной железе. Операция на щитовидной железе сегодня остается технически сложным хирургическим вмешательством. Следствием этого является высокий риск возникновения различных осложнений: кровотечения, удаления околощитовидных желез и травмы возвратного гортанного нерва [1,3]. Частота повреждения гортанных нервов в настоящее время в хирургии щитовидной железы остается высокой. Так, по данным разных авторов, частота этого осложнения со-

ставляет от 0,2 до 20% [2,3,5], а при повторных операциях доходит до 62% [1]. Большинство повреждений возвратных нервов не диагностируется оперирующими хирургами интраоперационно. [5]. При одностороннем поражении нерва клинические проявления сопровождаются различной степенью нарушения фонации, дыхания и акта глотания (поперхивание) [1,4]. Двустороннее повреждение опасно для жизни и всегда заканчивается дисфонией, а также стенозом гортани, что вызывает необходимость экстренной трахеостомии, приводит к последующей инвалидизации и социальной дезадаптации больных [3,4,5].

Цель. Настоящее исследование было проведено для оценки результатов операций на щитовидной железе с целью последующей разработки мероприятий, направленных на профилактику послеоперационных осложнений. Основной задачей настоящего исследования было изучение частоты встречаемости повреждения возвратных нервов в зависимости от характера тиреоидной патологии и объема хирургического вмешательства, выявление факторов риска развития этого осложнения.

Результаты и обсуждение. В клинике хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов ВолгГМУ в 1994-2011 гг. оперированы 7884 пациентов с различными формами зоба и рака щитовидной железы. По поводу доброкачественных образований, ДТЗ, тиреоидита было выполнено 7253 (92%) операций: с узловыми формами зоба - 4966 (63%) операций, с ДТЗ – 1656 (21%) операций, по поводу аутоиммунного тиреоидита – 276 (3,5%), с послеоперационным рецидивным зобом – 355 (4,5%) операции. По поводу рака щитовидной железы оперированы 631 (8%) человек. Ретроспективно изучены частота и факторы риска развития осложнений при различных видах операций на щитовидной железе. В период с 1994 по 1995 год основными видами оперативных вмешательств были гемитиреоидэктомия (40%) и субтотальная резекция (42%) щитовидной железы. Тиреоидэктомия выполнялась лишь у 18% больных. Начиная с 1996 года тиреоидэктомии стали выполнять чаще, и к 2005 году доля тиреоидэктомий достигла 61,8% от всех операций на щитовидной железе. Послеоперационный период у основной части оперированных больных протекал гладко. Осложнения возникли у 380 (4,93%) больных. Односторонний парез гортани наблюдали у 136 (1,78%) оперированных пациентов, двусторонний у 49 (0,64%) больных. Парез гортани чаще наблюдали у пациентов, перенесших предельно-субтотальную резекцию щитовидной железы (4,43%) и тиреоидэктомии (5,08%). Среди пациентов, перенесших гемитиреоидэктомию и субтотальную резекцию щитовидной железы, данное осложнение встречали в 2 раза реже. При анализе факторов, способствующих данному осложнению, выявлено, что у 156 (84%) пациентов железа была увеличена до 4 и 5 степени по классификации Николаева, кольцевидно охватывала трахею, имела загрудинное расположение. С 2003 года при операциях на щитовидной железе производится выделение возвратного гортанного нерва у всех больных с целью профилактики его повреждения.

Выводы. Выделение возвратного нерва, совершенствование техники операции, визуализация паращитовидных желез при увеличении доли тиреоидэктомий позволяет значительно снизить число осложнений с 5,75% до 3,25%. Факторами риска развития повреждения возвратных нервов являются значительное увеличение размеров щитовидной железы, загрудинное расположение, явления фиброза и спаечный процесс в области шеи и проекции щитовидной железы.

Список использованной литературы.

1. Ветшев П.С., Карпова О.Ю., Салиба М.Б. "Ахиллесова пята" в хирургии щитовидной железы // Проблемы эндокринологии. - 2007. - Т. 53. - №2. - С. 3-8.

2. Ветшев П.С., Карпова О.Ю., Чилингарики К.Е. и др. Профилактика и лечение нарушений подвижности голосовых складок при операциях на щитовидной железе // Хирургия. - 2005. - №10. - С. 28-34.

3. Романчишен А.Ф., Романчишен Ф.А. Хирургическая профилактика повреждений возвратных гортанных нервов при операциях по поводу заболеваний щитовидной железы // Вестник хирургии. - 2007. - Т. 166. - №5. - С.72-76.

4. Романчишен А.Ф., Фролов В.В., Рандольф Г.В. Метод интраоперационного мониторинга сохранности гортанных нервов // Вестник хирургии. - 2004. - Т. 163. - №3. - С. 66-67.

5. Соловьев Н.А., Злобин А.И., Попов Д.В. Интраоперационный нейромониторинг возвратного гортанного нерва при хирургическом лечении больных с диффузно-токсическим зобом // Вестник национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. - 2011. - №2. - С. 45-48.

© О.А. Косивцов, 2014

УДК 373.24

Т.Н. Костюхина

магистрантка 1 курса института
педагогики и психологии образования
Московский городской педагогический университет
г. Москва, Российская Федерация

ОСНОВНЫЕ СТРАТЕГИИ РАЗВИТИЯ ТВОРЧЕСКОЙ ОДАРЕННОСТИ

Любой процесс обучения преследует две цели. С одной стороны, дать ребенку совокупность знаний, необходимых ему для ориентации в жизни и профессии, с другой стороны, научить мыслить его самого.

Умственное развитие ребенка идет не только в плане усиления общих интеллектуальных возможностей, но и в плане увеличения компетентности в конкретных областях: математике, гуманитарных науках, искусстве и т.д.

Проблема творчески одаренных детей заключается в их особых потребностях: они могут быстрее и глубже усваивать материал, чем большинство их сверстников; они также нуждаются в нескольких иных методах преподавания.

Д.Б. Богоявленская и А.И. Савенков [1, с.55] различают два основных способа, применяемых при обучении творчески одаренных детей: обогащение и ускорение, которые могут быть воплощены в разные формы. Для этого разрабатываются специальные учебные программы. Как правило, данные стратегии используются для умственно творчески одаренных детей, но с определенными вариациями они применимы к любому виду одаренности.

Вопросы темпа обучения являются предметом давних, до сих пор, не утихающих споров, как среди ученых-психологов, так и среди педагогов и родителей. Многие горячо поддерживают ускорение, указывая на его эффективность для творчески одаренных учащихся. Другие считают, что установка на ускорение - это односторонний подход к детям с высоким уровнем интеллекта, так как не учитывается их потребность в общении со сверстниками и эмоциональное развитие.

Следует заметить, что ускорение возможно не только, как это нередко представляют, в форме «перескакивания» через класс. Существуют и другие его варианты. Ускорение связано в первую очередь с изменением скорости обучения, а не содержания того, чему учат.

Каковы психологические предпосылки обращения к ускорению? Одной из особенностей интеллектуально творчески одаренных детей является их раннее речевое развитие. В силу различных причин эти дети понимают большее количество слов и больше сообщений. Отсюда быстрота в схватывании сущности, смысла, характерная для них. Как следствие, такие учащиеся способны усваивать учебную программу с высокой скоростью.

Имеются основания считать, что когда уровень и скорость обучения не соответствуют потребностям ребенка, то наносится вред как его познавательному, так и личностному развитию. Быстрое схватывание, великолепное запоминание информации, сила обобщения, лобознательность и независимость суждений под влиянием уже освоенной скучной пройденной программы тратятся вхолостую. Основные требования при включении учащихся в образовательные программы, построенные с использованием ускорения, следующие:

- дети должны быть определенно заинтересованы в ускорении, демонстрировать явный интерес и повышенные способности в той сфере; где будет использовано ускорение;
- дети должны быть достаточно зрелыми в социально-эмоциональном плане;
- необходимо согласие родителей, но необязательно их активное участие.

Считается, что ускорение - наилучшая стратегия обучения детей с математическими способностями и с одаренностью к иностранным языкам.

Выделяют несколько организационных форм ускорения: раннее поступление в школу; ускорение в обычном классе; «перепрыгивание» через класс; профильные классы.

Но данные стратегии не применимы к дошкольникам. Они рассчитаны на школьников и студентов. Применительно к детям дошкольного возраста нужно использовать другие подходы: разнообразные дополнительные занятия, тренинги и др.

Ускорение имеет как положительные, так и отрицательные черты. С одной стороны, одаренный ребенок получает адекватную своим способностям загрузку и избавляется от утомительной скуки медленного продвижения по материалу, необходимого его менее развитым сверстникам. С другой стороны, однако, большие нагрузки и не соответствующая возрасту социальная ситуация иногда оказываются слишком трудными для рано развившегося ребенка. Дополнительной проблемой при ускорении является «диссинхрония развития».

Другой метод поддержки обучения творчески одаренных детей – обогащение.

Стратегия обогащения в обучении выдающихся по своим способностям детей появилась как прогрессивная альтернатива ускорению, которое начали практиковать несколько раньше.

Стратегия обогащения включает несколько направлений: расширение кругозора, знаний об окружающем мире и самопознания, углубление этих знаний и развитие инструментария их получения. В некоторых случаях обогащение дифференцируется на «горизонтальное» и «вертикальное».

Вертикальное обогащение предполагает быстрое продвижение к высшим познавательным уровням в области избранного предмета, и поэтому его иногда называют ускорением.

Горизонтальное обогащение направлено на расширение изучаемой области знаний. Одаренный ребенок не продвигается быстрее, а получает дополнительный материал к традиционным курсам, большие возможности развития мышления, креативности, умений работать самостоятельно.

Д.Б. Богоявленская и другие в «Рабочей концепции одаренности» [2, с.48-49] выделяют еще две стратегии обучения, которые могут применяться в разных комбинациях.

Стратегия углубления - данный тип стратегии обучения эффективен по отношению к детям, которые обнаруживают экстраординарный интерес к той или иной конкретной области знаний или области деятельности.

Данная стратегия имеет ряд положительных результатов: высокий уровень компетентности в соответствующей области знаний, благоприятные условия для интеллектуального развития обучающихся.

Проблематизация предполагает стимулирование личностного развития детей. Фокус обучения в этом случае – использование оригинальных объяснений, пересмотр имеющихся сведений, поиск новых смыслов и альтернативных интерпретаций, что способствует формированию у обучающихся детей личностного подхода к изучению различных областей знаний. Подобные программы являются либо компонентами обогащенных программ, либо существуют в виде специальных тренинговых внеучебных программ.

По мнению Д.Б. Богоявленской, обогащение и проблематизация являются наиболее перспективными. Они позволяют максимально учесть особенности творчески одаренных детей, поэтому должны быть в той или иной мере использованы как при ускоренном, так и при углубленном вариантах построения программ занятий.

Многие авторы отмечают, что традиционная практика существующей обучающей системы во многом вступает в противоречия со сформулированными теоретическими позициями.

Среди основных причин этого следует выделить сложившиеся стереотипы, консерватизм существующей системы образования.

Список используемой литературы:

1. Богоявленская Д.Б. Рабочая концепция одаренности. – М.: ИЧП «Изд-во Магистр», 1998
2. Богоявленская Д.Б. Основные направления разработки и развития «Рабочей концепции одаренности» // Опыт работы с одаренными детьми в современной России: Материалы Всероссийской науч.-практ. конф. Москва, 6 – 8 февраля 2003 года. / Науч. ред. Л.П.Дуганова, - М., 2003. С. 20 – 27
3. Дружинин В.Н. Психология общих способностей. (2-е изд., доп.) - СПб.: Питер, 2000. – 386с.
4. Мелик-Пашаев А.А. Некоторые проблемы детской художественной одаренности // Опыт работы с одаренными детьми в современной России: Мат. Всероссийской науч.-практ. конф. Москва, 6 – 8 февраля 2003 года. / Науч. ред. Л.П.Дуганова, - М., 2003. С. 39 – 46
5. Савенков А.И. Ваш ребёнок талантлив: Детская одарённость и домашнее образование. – Ярославль, Академразвитие; 2002 г. – 234с.
6. Савенков А.И. Одаренные дети в детском саду и школе./Учеб. Пособие для студентов высших педагогических учебных заведений/ - М.: Академия, 2000 г.– 232с.

©Т.Н. Костюхина, 2013

К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Основная цель в лечении переломов нижней челюсти – восстановление анатомической целостности кости и полное восстановление функции, а это особенно важно, так как нижняя челюсть принимает участие в акте жевания, речи и дыхания. Поэтому план лечения переломов нижней челюсти должен включать решение следующих задач: репозиция костных отломков, стабильная иммобилизация и создание благоприятных условий для образования костной мозоли, а также профилактика осложнений. зуб, попавший в линию перелома, должен быть удален, так как он является источником осложнений. Репозиция костных фрагментов может проводиться закрытым способом под местной анестезией, либо открытым методом во время оперативного вмешательства. Иммобилизация костных фрагментов может быть временной и постоянной. Временная иммобилизация преследует цель недопущения смещения, либо его усиления во время транспортировки пострадавшего в отделение челюстно-лицевой хирургии. Существует несколько методов временной иммобилизации: подбородочно-теменная повязка по Гипократу, подбородочная праща Померанцевой – Урбанской, межчелюстное лигатурное связывание зубов по Айви. Постоянная иммобилизация может выполняться несколькими путями: консервативным (ортопедическим) или оперативными (остеосинтез).

К ортопедическим методам постоянной иммобилизации относят проволочную шину Тигерштедта, стандартную шину Васильева, и назубные шины из быстротвердеющей пластмассы (Порта, Ванкевич, Вебера). В Российской Федерации наибольшее распространение получили шины Тигерштедта и Васильева. Шина Тигерштедта изготавливается при помощи крапильных щипцов из алюминиевой проволоки, и является индивидуальной. Шина Васильева изготавливается на фабриках, и является стандартной. Обе шины фиксируются при помощи бронзово-алюминиевой проволоки диаметром 0,5 мм, которая проводится через межзубные промежутки. Антимикробные свойства ортопедических шин, изготовленных из сплава нитрида титана и гафния, выше, по сравнению с шинами, изготовленными из алюминиевых сплавов и нержавеющей стали [1]. Однако применяемая в настоящее время методика двухчелюстного шинирования имеет наряду с большим количеством преимуществ и ряд недостатков: негативное влияние на пародонт, значительное снижение гигиены полости рта и качества жизни больного. Чтобы ликвидировать эти недостатки, был разработан метод щадящей иммобилизации путем интермаксиллярного подвешивания с использованием мини-пластин фирмы «Конмет» в качестве опоры. Данный метод может, применяться как альтернатива иммобилизации путем остеосинтеза, или с помощью шин Тигерштедта и Васильева, а также самостоятельно [2,3]. При применении метода интермаксиллярного подвешивания, нарушение гигиены полости рта происходит, но оно значительно меньше, чем при применении двухчелюстного шинирования [4].

Особый интерес представляет оперативное лечение переломов нижней челюсти методом остеосинтеза. Среди методов остеосинтеза нижней челюсти выделяют костный шов, стержни Киришнера, наkostными пластинами и остеосинтез аппаратами внешней

фиксации. В основном, остеосинтез применяется при локализации перелома в области мышечного отростка, угла нижней челюсти, реже – в области ветви и ментального отверстия, а также при множественных и оскольчатых переломах [5]. Метод прямого проволочного костного шва в настоящее время является наиболее распространенным, так как обладает многочисленными положительными свойствами, такими как простота и общедоступность, возможность создания компрессии в зоне перелома. Однако он имеет существенные недостатки, одним из которых является травматичность операции, так как для проведения проволочных лигатур необходимо отсечение сухожилия жевательной мышцы и широкое отслоение мягких тканей с надкостницы с обеих сторон нижней челюсти. В связи с этим, в послеоперационном периоде нарушается функция движения нижней челюсти.

Остеосинтез методом внутрикостного введения спиц Киршнера имеет преимущество, так как возможно её применение из чрезкожного доступа. Для более стабильной фиксации отломков можно использовать две спицы, расположенные параллельно друг другу. Было установлено, что наилучшая фиксация достигается за счет введения спицы в компактный слой кости на глубину до 2 см, устранение вращающего и растягивающего моментов. [6]

В настоящее время наибольшее признание челюстно-лицевых хирургов получил метод остеосинтеза титановыми мини-пластинами и шурупами. В нашей стране, единственным предприятием, которое производит титановые пластины различной конфигурации для нужд челюстно - лицевой хирургии является ЗАО «Конмет».

Накостный остеосинтез титановыми мини-пластинками имеет ряд преимуществ перед другими способами: шадящий принцип операций, жесткость фиксации, отсутствие дополнительного межчелюстного закрепления, ранняя функциональная нагрузка. При выполнении хирургического вмешательства может быть использован как внутриротовой, так и внеротовой доступ. Внутриротовой доступ имеет эстетические преимущества перед внеротовым. Техника операции сводится к осуществлению доступа, ревизии операционной раны, отслойки надкостницы с обоих костных фрагментов, фиксации титановой мини-пластины с помощью шурупов к костным фрагментам и послойное зашивание раны. Конструкция титановых мини-пластин разнообразны, и выбор конструкции зависит от локализации перелома [7].

Каждый пациент имеет индивидуальные особенности, и чтобы не быть ограниченными в выборе конструкций мини-пластин, были предложены индивидуальные мини-пластины, которые изготавливались специально для каждого пациента, исходя из данных лучевых методов диагностики. В результате использования индивидуальных накостных титановых мини-пластин, повышена эффективность лечения больных с переломами нижней челюсти, что выразилось в уменьшении продолжительности стационарного лечения в среднем на 2 дня. [8].

При использовании титановых мини-пластин возникает проблема в достижении необходимой компрессии костных фрагментов, поэтому были предложены титановые мини-пластины с компрессионным элементом. В эксперименте на лабораторных животных (кроликах), применение данных титановых мини-пластин показало, что по данным гистологического и морфометрического исследований, в области линии перелома более интенсивно происходит образование и вторичная перестройка костной ткани, по сравнению с мини-пластинами без компрессионного элемента. Клинические исследования выявили положительный эффект компрессионного остеосинтеза, выражающийся в сокращении сроков реабилитации пациентов с переломами нижней челюсти в среднем на 10 суток, [9]. Также для стимуляции процессов регенерации в области

линии перелома предложены пластины из наноструктурного титана с биологически активным покрытием из наноструктурного гидроксилалюмината. Результаты гистологических исследований показали, что процесс регенерации ускорился на 6 суток по сравнению с применением обычных титановых мини-пластин. [10]

Чтобы уменьшить травматичность применения остеосинтеза накостными пластинами, была разработана пластина с ограниченным контактом с костной тканью. На горизонтальной части пластины в шахматном порядке расположены отверстия диаметром 3,0 мм для шурупов. Боковые края пластины представляют собой арочные выемки, между которыми расположены опорные выступы в виде острых шипов высотой 2-2,5 мм. Боковые шипы, с одной стороны, обеспечивают ограниченный контакт костной ткани, а с другой, слегка погружаясь в кость, обеспечивают дополнительную фиксацию отломков. Клиническое применение данной пластины показало, что восстановление двигательной функции нижней челюсти происходило быстрее, по сравнению с применением метода прямого проволочного шва [11].

Необходимо отдельно выделить хирургические методы лечения переломов мышечкового отростка нижней челюсти. Переломы мышечкового отростка составляют в среднем по данным различных авторов 17% от всех переломов нижней челюсти. Причем далеко не все из них можно вылечить консервативными методами. Предложены различные виды доступов к мышечковому отростку (височно-предушный, височно-внутриушный, подчелюстной, зачелюстной, огибающий угол нижней челюсти). Основным методом остеосинтеза является применение титановых мини-пластин. В литературе имеется несколько точек зрения, относительно височно-предушного доступа к мышечковому отростку. По данным Кононенко В.И., при остеосинтезе переломов мышечкового отростка, наличие височно-предушного доступа является фактором, который снижает клиническую эффективность хирургического лечения и повышает риск развития осложнений и отдаленной патологии височно-нижнечелюстного сустава. [12]. С другой стороны, существует точка зрения, что применение височно-предушного доступа к височно-нижнечелюстному суставу при хирургическом лечении высоких переломов мышечковых отростков на уровне головки, характеризуется меньшей хирургической агрессией и высокой эстетичностью послеоперационного рубца, в сравнении с методом, выполняемым из поднижнечелюстного доступа. [13] Хорошие результаты показала методика реплантации и остеосинтеза по Ф.Т. Темерханову, используемая при оперативном лечении переломов мышечкового отростка. Основными показателями к данному методу лечения являются высокие переломы со смещением головки внутрь от ветви под основание черепа, при которых невозможно вправление, сопоставление, введение головки в суставную ямку, а также надежная фиксация в условиях операционной раны. [14]

В лечении переломов нижней челюсти, медикаментозная терапия играет второстепенное значение, уступая место ортопедическому и хирургическому. Однако при лечении и профилактики осложнений переломов нижней челюсти, медикаментозная терапия имеет важное значение. В комплексном лечении переломов нижней челюсти предложено применение иммуноориентированной терапии с использованием беталейкина в комплексном лечении больных с ПНЧ способствует благоприятному течению заболевания и получению более эффективного результата, заключающегося в оптимизации раневого послеоперационного периода, снижении объема и характера жалоб, сокращении фазы альтерации и экссудации, ускорении формирования структурно-функционально-полноценного костного регенерата [15]. В лечении осложненных переломов нижней челюсти в эксперименте на лабораторных животных (крысах) была

предложена комплексная лимфотропная терапия с использованием перфторана, которая способствует более раннему и полному восстановлению регионарной микроциркуляции, что по-видимому способствует активации репаративных процессов и благоприятно влияет на течение раневого процесса [16,17]. При травмах нижней челюсти наблюдается нарушения равновесия в системе «перикисное окисление липидов – антиоксидантная защита», которое возникает вследствие отека, нарушения микроциркуляции и метаболического ацидоза. При этом наблюдается дефицит селена, который в составе селензависимой глутатионпероксидазы, является важнейшим элементом антиоксидантной защиты. Применение в комплексном лечении переломов нижней челюсти препарата селена «Неоселен» способствует нормализации содержания селена и устранению дисбаланса параметров ПОЛ-АОЗ в биологических жидкостях, а также значительно улучшает исходы лечения [18,19,20].

Таким образом, большинство специалистов в области челюстно-лицевой хирургии в лечении переломов нижней челюсти различной локализации основным методом считают остеосинтез с использованием титановых минипластин разнообразной конструкции.

Список использованной литературы:

1. Абдуллин И.М., Миронов М.М., Рафф А.И., Шаймиева Н.И., Гребенщикова М.М., Гатина Э.Б. Ионно-плазменное покрытие пружинящих плоскостей шин для ортопедического лечения переломов челюстей// Вестник казанского технологического университета. – 2011. - №19. – С.24-28.
2. Юань И. Клиническое обоснование применения щадящего метода иммобилизации при переломах нижней челюсти: Автореферат. дис. канд. мед. наук. – Санкт-Петербург, 2010.
3. Фань Чжан., Юань И., Трофимов И.Г., Хацкевич Г.А. Сравнительный анализ лечения пациентов с переломами нижней челюсти при различных методах щадящей иммобилизации отломков// Институт стоматологии. – 2012. – Т.2, № 55. – С. 82-83.
4. Юань И., Аветикян В.Г. Влияние метода иммобилизации при переломах нижней челюсти на уровень гигиены и состояние пародонта// Институт стоматологии. – 2010. – Т.4, №49. – С. 54-55.
5. Мугадов И.М., Абакаров Р.Р., Рамазанов А.Х. Сравнительная характеристика хирургических способов фиксации костных отломков нижней челюсти// Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2013. – Т.3, №3. – С.741.
6. Семенников В.И., Тактак М., Семенникова Н.В. Клинико-биомеханический анализ фиксации спицей Киршнера по В.В.Донскому. – 2011. - №S4. – 97.
7. Мозговая С.В. Накостный остеосинтез титановыми минипластинами при лечении больных с переломами нижней челюсти: Автореферат. дис. канд. мед. наук. – Пермь, 1994
8. Савельев А.Л. Клинико-функциональное обоснование лечения больных переломами нижней челюсти с использованием индивидуальных наkostных пластин: Автореферат. дис. канд. мед. наук. – Самара, 2012.
9. Баргесян С.Н. Остеосинтез при переломах нижней челюсти с помощью модифицированных мини-пластин (клинико-экспериментальное исследование): Автореферат. дис. канд. мед. наук. – Москва, 2010.
10. Станислав И.Н. Применение титановых конструкций с наноструктурным покрытием в комплексном лечении переломов нижней челюсти с использованием 3D- моделирования: Автореферат. дис. канд. мед. наук. – Воронеж, 2012.
11. Инкарбеков Ж.Б. Восстановление функций движения нижней челюсти при её переломе после двух различных способов фиксации отломков// Институт стоматологии. – 2008. – Т.1, №38. – С.48-49.

12. Кононенко В.И. Лечение переломов нижней челюсти в области мышечковых отростков: Автореферат. дис. канд. мед. наук. – Ставрополь, 2008.

13. Буцан С.Б. Оптимизация диагностики и оперативного лечения переломов мышечковых отростков нижней челюсти: Автореферат. дис. канд. мед. наук. – Ставрополь, 2005.

14. Матвеев А.И., Левенец А.А., Чучунов А.А. Опыт лечения высоких переломов мышечковых отростков нижней челюсти методом реплантации и остеосинтеза// Сибирское медицинское обозрение. – 2008. - Т.51, №3. – С.43-47.

15. Омар Х.М., Цымбалов О.В. Оценка эффективности применения рекомбинантного интерлейкина -1 β при оперативном лечении больных с переломами нижней челюсти// Кубанский научный медицинский вестник. – 2011. - №6. – С. 100 – 103.

16. Магомедгаджиев Б.Г., Расулов К.М., Магомедов М.А. Лимфотропное использование перфторана для коррекции микроциркуляции десны при осложненных переломах нижней челюсти// Фундаментальные исследования. – 2006. - №8. – С. 14 - 16.

17. Магомедгаджиев Б.Г. Морфофункциональная оценка эффективности использования перфторана в комплексном лечении переломов нижней челюсти (экспериментальное исследование): Автореферат. дис. канд. мед. наук. – Москва, 2008.

18. Понуровская Е.А., Пинелис И.С. Эффективность применения препарата «Неоселен» в комплексном лечении переломов нижней челюсти// Дальневосточный медицинский журнал. – 2009. - №2. – С.75 - 77.

19. Пинелис И.С., Понуровская Е.А. Эффективность препаратов селена в комплексном лечении больных с осложненным течением перелома нижней челюсти// Сибирский медицинский журнал. – 2009. – Т.86, №3. – С. 155 – 158.

20. Понуровская Е.А. Клинико-патогенетическое обоснование применения селена в комплексном лечении больных с осложненным течением перелома нижней челюсти: Автореферат. дис. канд. мед. наук. – Иркутск, 2009.

© М.А. Котов, 2014

УДК 616.34-008.314.4-053

Л.В. Крамарь, Н.В. Родионова
ГБОУ ВПО «Волгоградский
Государственный медицинский университет» МЗ РФ,
Волгоград, Российская Федерация

ОСОБЕННОСТИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ПОЛУГОДИЯ ЖИЗНИ

Острые кишечные инфекции (ОКИ) до настоящего времени представляют актуальность, как для медицинской науки, так и для практического здравоохранения. У детей первого года жизни течение острых инфекционных диарей отличается большей тяжестью в силу незрелости системы иммунологической защиты [1,2].

Не подлежит сомнению тот факт, что питание ребенка оказывает влияние на его рост, развитие и состояние здоровья, при этом «Золотым стандартом» является грудное вскармливание, которое соответствует принципам физиологической адекватности, сбалансированности по основным питательным веществам [3]. Однако следует признать, что питание полностью грудным молоком не всегда защищает младенца от инфекционных заболеваний, наиболее значимыми из которых являются острые кишечные инфекции [4,6]. Все это обуславливает необходимость совершенствования диагностики и лечения данной патологии.

Целью работы явилось изучение особенностей острых кишечных инфекций у детей первого полугодия жизни в зависимости от типа вскармливания.

Материалы и методы исследования

Для решения поставленных задач было обследовано 92 младенца с клиникой острой кишечной инфекции. В исследование включались дети в возрасте от 1 до 6 месяцев с инвазивным типом ОКИ в первые 1-2 дня от начала заболевания. Бактериологическое исследование испражнений проводили в день поступления в соответствии с общепринятыми методиками. Всем детям проводили определение в испражнениях рота- и аденовирусов методом латекс-агглютинации с моноклональными специфическими антителами. Принадлежность УПБ к этиологически значимым возбудителям подтверждали наличием не менее 2 высевов из испражнений в титре более 10^6 колониеобразующих единиц (КОЕ/г) и положительной реакцией агглютинации с аутоштаммом [5]. Обработку результатов осуществляли с использованием стандартных методов медицинской статистики на персональном компьютере в прикладных программах в среде Windows XP.

Результаты исследования и их обсуждение

Для изучения частоты встречаемости острых инфекционных диарей у детей первых месяцев жизни нами проведен анализ возрастной структуры детей, госпитализированных в Волгоградскую областную детскую инфекционную больницу за 3-х летний период. Оценка полученных данных показала, что дети первого года жизни составляли 1/4 до 1/3 в общей структуре ОКИ, со среднегодовым показателем $26,8 \pm 3,6\%$. При этом максимальная заболеваемость среди данной когорты регистрировалась в возрасте 7-9 месяцев. Удельный вес младенцев первых 6 месяцев жизни составил $8,7 \pm 4,7\%$, при этом мальчики и девочки болели одинаково часто ($48,7 \pm 1,5\%$ и $51,3 \pm 1,5\%$, $p > 0,05$).

С целью установления особенностей течения ОКИ, все наблюдаемые были разделены на 2 группы: дети I-ой (51 ребенок) находились на грудном вскармливании, во II-ой (41) – с рождения получали питание искусственными смесями.

При бактериологическом исследовании испражнений этиология заболевания была верифицирована в 77,1% случаев. Так сальмонеллы и шигеллы были выделены из испражнений 7,6 и 6,5% детей, патогенные эшерихии – 29,3%, условно патогенные микроорганизмы у 33,7%, в 22,9% наблюдений этиологию ОКИ установить не удалось.

Таким образом, изучение этиологии ОКИ показало, что удельный вес облигатных возбудителей при инвазивном типе диареи в данной возрастной группе был значительным – 43,4%.

Этиологическая структура условно-патогенных возбудителей представлена на рис. 1.

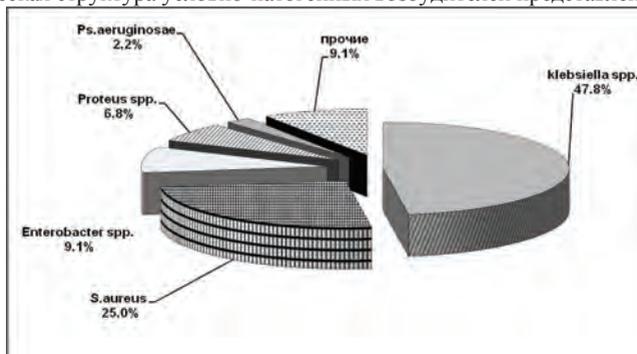


Рис.1. Качественный состав условно-патогенных бактерий, этиологически значимых возбудителей ОКИ (%).

Из данных рис.1 следует, что в 72,8% это были микроорганизмы, обладающие высоким инвазивным потенциалом (*Klebsiella* spp. и *S.aureus*). Доля других представителей была весьма незначительной.

При анализе клинической картины было установлено, что у больных I группы инфекция протекала в равном числе наблюдений в виде гастроэнтероколита и энтероколита (43,1 и 56,9% соответственно), тогда как во II-ой в большинстве случаев отмечали тотальное поражение желудочно-кишечного тракта, т.е. гастроэнтероколит - 78,1%.

Сравнительные данные по течению ОКИ в зависимости от вида вскармливания, представлены в табл.1

Таблица 1

Выраженность клинических симптомов ОКИ у детей первого полугодия жизни в зависимости от типа вскармливания

Выраженность клинических симптомов	Вид вскармливания	
	Грудное (I группа, n=51)	Искусственное (II группа, n=41)
Длительность интоксикации, дни (M±m)	5,8±1,3	7,8±0,9*
Кратность стула (M±m)	7,0±0,7	9,2±0,9*
Примесь крови в стуле (%)	17,6%	31,7%*
Эксикоз I степени (%)	88,3%	85,4%
Эксикоз II степени (%)	11,7%	14,6%
Токсикоз I (%)	27,4%	31,7%
Токсикоз II (%)	1,9	7,3*
Вторичная лактазная недостаточность (%)	33,3%	39,0%
Длительность диарейного синдрома, дни (M±m)	7,5±1,8	11,3±2,5*

* - достоверность установленных различий (p<0,05).

Было установлено, что в обеих группах заболевание чаще протекало в средне-тяжелой и тяжелой формах и имело благоприятный исход. Однако, как видно из представленных в таблице данных, тяжесть течения была несколько выше у детей, находящихся на искусственном вскармливании. Так у них при поступлении чаще диагностировали обезвоживание II степени (14,6%) и гемоколит (31,7%), чем в группе сравнения. Средняя длительность интоксикационного и диарейного синдрома составляла 7,8±0,9 и 11,3±2,5 дней, что достоверно превышало показатели группы сравнения (5,8±1,3 и 7,5±1,8 суток)(p<0,05). Значительно чаще регистрировали токсические синдромы - токсикоз I и II степени в 31,7 и 7,3% соответственно, чаще развивалась вторичная лактазная недостаточность - 39,0% против 33,3%.

Данные о частоте развития вирусных гастроэнтеритов у детей, находящихся на грудном вскармливании, весьма противоречивы. Так, согласно данным В.Kapusinszky et al. (2012) [6], инфицирование кишечными вирусами детей первых месяцев жизни, находящихся на грудном вскармливании, приводит к субклиническому или легкому течению заболевания. В связи с этим нам представлялось интересным установить частоту выделения вирусных патогенов из испражнений младенцев групп сравнения.

Полученные данные представлены на рис.2, из которого следует, что в целом вирусы были обнаружены в испражнениях 30 детей первого полугодия жизни, что составило

32,6%, при этом при искусственном вскармливании частота их выделения была в 2 раза выше, чем при естественном - 21,6 и 46,3% соответственно.

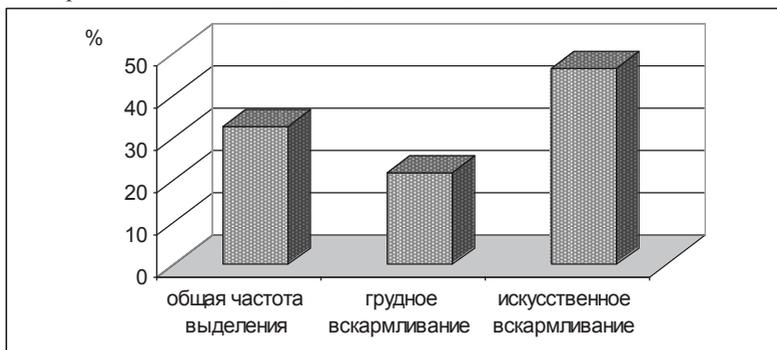


Рис. 2. Частота выделения вирусов из испражнений детей первого полугодия жизни в зависимости от вида вскармливания, %.

В связи с высокой частотой выделения вирусов из кишечника обследованных детей, нам представлялось интересным установить особенности клиники инвазивных диарей в зависимости от их моно- или полиэтиологичности. С этой целью все наблюдаемые были разбиты на 4 группы: с бактериальной моноинфекцией - 1 и 2 группы (40 больных на грудном и 22 на искусственном вскармливании) и со смешанной бактериально-вирусной этиологией - 3 и 4 группа (11 и 19 детей соответственно). Полученные данные представлены на рис.3.

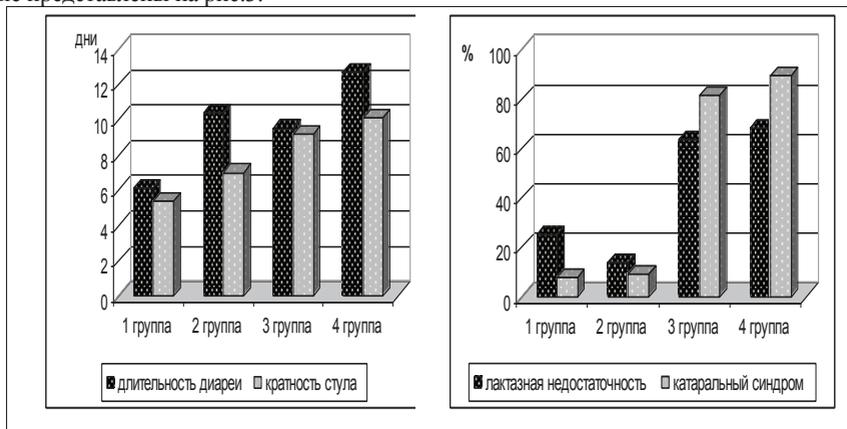


Рис.3. Клинические проявления ОКИ у детей в зависимости от этиологии заболевания.

Из данных рис.3 следует, что при всех видах вскармливания тяжесть течения ОКИ была выше при одновременном обнаружении вирусных и бактериальных патогенов (2 и 4 группы наблюдения), а самые тяжелые кишечные расстройства диагностировали у детей, получавших искусственное вскармливание при сочетанной вирусно-бактериальной этиологии диареи (4 группа). Так, катаральные симптомы у них диа-

гнозировали в 89,5% наблюдений, кратность стула и длительность диареи в данной группе также были максимальными (10,1±2,4 и 12,7±3,0 дня соответственно).

Грудное вскармливание оказывало благоприятное влияние на течение заболевания, что проявлялось уменьшением интенсивности и длительности диареи (5,4±0,7 при моно- и 9,2±0,9 при микст-инфекции)($p < 0,05$). Анализ частоты развития вторичной лактазной недостаточности показал, что при сочетанном вирусно-бактериальном поражении кишечника она увеличивалась независимо от вида питания, составляя 63,6% при грудном и 68,4% при искусственном вскармливании, что, по-видимому, отражает механизм развития диарейного синдрома при вирусных заболеваниях.

Таким образом, полученные данные показали, что у детей первых месяцев жизни даже при полном грудном вскармливании возможно развитие инвазивных форм диареи, вызванных как патогенными, так и условно-патогенными микроорганизмами. При этом у 1/3 детей этой возрастной группы этиология обусловлена вирусно-бактериальной ассоциацией возбудителей, что утяжеляет течение ОКИ и увеличивает частоту возникновения вторичной лактазной недостаточности. Это необходимо учитывать при составлении плана терапии для таких детей.

Выводы

1. Дети первого года жизни составляют 1/3 в структуре больных, госпитализированных в инфекционный стационар с острыми кишечными инфекциями, при этом около 8% - это дети, находящиеся на грудном вскармливании.

2. До 1/3 всех диарей у детей первого полугодия жизни обуславливается вирусно-бактериальной ассоциацией, что приводит к утяжелению течения диареи с развитием синдрома мальабсорбции. Это должно учитываться при выборе терапевтической тактики.

3. Грудное вскармливание уменьшает тяжесть течения заболевания, способствует более быстрому купированию диарейного синдрома, сокращает его длительность.

Список использованной литературы

1. Брагина И.М. Эпидемиология острых кишечных инфекций у новорожденных / И.М. Брагина, О.С. Поздеева, О.Г. Мохова и др. // *Детские инфекции*. – 2013. – Т.12, №2. – С.53-56.

2. Крамарь Л.В., Родионова Н.В. Этиологические и клинические особенности острых инвазивных диарей у детей первого полугодия жизни // *Детские инфекции*. – Т.10, №4. – С.67-68.

3. Мазанкова Л.Н. Современная патогенетическая терапия острых кишечных инфекций у детей / Л.Н. Мазанкова, С.Г. Горбунов, Л.А. Павлова, Л.В. Бегиашвили // *Детские инфекции*. – 2012. – Т.11, №2. – С.43-47.

4. Милютин Л.Н., Горелов А.В., Плоскирева А.А. Клинико-лабораторная эффективность различных видов вскармливания детей первого года жизни, больных острыми кишечными инфекциями // *Эпидемиология и вакцинопрофилактика*. – 2003. - №5. – С.35-40.

5. Об унификации микробиологических методов исследования, применяемых в клинико-диагностических лабораториях лечебно-профилактических учреждений. / Приказ №535 от 22.04.1985. – М., 1985.

6. Kapusinszky B, Minor P, Delwart E. Nearly constant shedding of diverse enteric viruses by two healthy infants // *J. Clin. Microbiol.* – 2012. – V. 50(11). – P. 3427-3434.

7. Nwachuku N, Gerba CP. Health risks of enteric viral infections in children // *Rev. Environ. Contam. Toxicol.* – 2006. – V.186. – P.1-56.

© Л.В. Крамарь

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОЧЕТАНИЯ ЛАЗЕРО- И КВЧ-ТЕРАПИИ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Бронхиальная астма (БА) является важнейшей проблемой медицины. В патогенезе БА имеют важное значение нарушения эндокринной системы - дисгормональные механизмы [1, с. 23]. Поэтому, актуальной проблемой медицины становится выяснение механизма нейроиммуноэндокринной составляющей патогенеза БА и их коррекция с помощью немедикаментозных методов лечения [2, с. 736].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ.

Повышение эффективности лечения больных БА с сопутствующей гастроэзофагальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) путем применения инкоинтенсивного инфракрасного лазерного излучения и крайневысокочастотного излучения в комплексной терапии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.

В исследование включены больные БА смешанного генеза средней и тяжелой степени тяжести в стадии обострения, с сопутствующей ГЭРБ. Первую группу (19 человек) составили больные, получавшие в составе комплексного лечения лазеропунктуру, КВЧ-облучение и медикаментозную терапию. Вторую группу (15 человек) составили больные, которым кроме медикаментозного лечения проводилась имитация физиотерапевтических процедур выключенным аппаратом без предварительного информирования пациентов. Третью группу (21 человек) составили больные, получавшие только медикаментозное лечение. Кроме того, для определения нормальных значений исследуемых показателей была сформирована четвертая группа (12 человек), в которую вошли здоровые люди. Всем участникам исследования проводилось исследование состояния вегетативной нервной системы по показателям вариабельности сердечного ритма с помощью регистратора ЭКГ «ВАЛЕНТА МН-08» и определялись гормоны коры надпочечников иммуноферментным автоматизированным методом с помощью прибора «Emmulite»). Всего в исследовании приняло участие 28 (53,8%) мужчин и 24 (46,2%) женщины. Больным 1 группы проводились сеансы лазеропунктуры с длиной волны 0,89 мкм, частотой импульсов 80 Гц, мощностью 5 Вт на точки акупунктуры (Sp9, P6, LI4, B62, L5, время экспозиции на одну точку 1 мин). Методика контактная, транскutánная. Через 3 минуты лазеротеропунктуры проводилась КВЧ-терапия, плотность потока мощности 8 мВт/см², длина волны 5,6 мм, на эпигастральную область, время экспозиции 2 минуты. Процедуры проводились 1 раз в сутки. Курс лечения включал 10 процедур.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование клинико-лабораторных показателей у больных во всех трех группах получающих комбинированное лечение, включающее медикаментозную терапию, инфракрасную лазеротерапию (ИК-ЛТ) и КВЧ- терапию по полям показало, что уже на 12-14-й, на 28-30 день от начала лечения динамика клинико-лабораторных показателей

заболевания по большинству исследованных параметров носила достоверный положительный характер. Однако во второй группе больных пролеченной только с помощью медикаментозной терапии не произошло значительных изменений лабораторных и инструментальных показателей. Но такие клинические параметры, как одышка на 12-14 день лечения достоверно уменьшились со $2,74 \pm 0,04$ до $2,21 \pm 0,04$, а на 28-30 день лечения одышка уменьшилась до $2,2 \pm 0,15$ ($p < 0,05$), оценка кашля больным в баллах показала существенное достоверное улучшение от исходных значений на 28-30 день лечения ($p < 0,05$). Недостоверная положительная динамика отмечалась по всем клиническим и лабораторным параметрам в группе больных получавших плацебо-лечение. Основные жалобы пациентов, связанные с ГЭРБ: изжога – 47 (90,3%), отрыжка – 38 (73,1%), дисфагия – 16 (30,8%), связь симптомов с наклонами и горизонтальным положением тела – 49 (94,2%). Результаты показали, что в группе, где применяли лазеропунктуру и КВЧ-облучение по полям по предложенной методике, к концу лечения больные достоверно чаще отмечали прекращение или уменьшение интенсивности таких симптомов, как изжога, отрыжка, дисфагия, а также взаимосвязь этих симптомов с изменением положения тела: в первой группе данные симптомы сохранялись соответственно в 47%, 21%, 9,8% и 29,5% случаев, во второй – в 60,1%, 35,6%, 21,2% и 43,6% случаев и в третьей группе – в 55,7%, 32,4%, 15,6% и 41,6% случаев. В первой группе больных, получавших в комплексном лечении лазеропунктуру и КВЧ-облучение, у пациентов с катаральным эзофагитом в 81,2% случаев наблюдалось исчезновение эндоскопических признаков воспаления пищевода, среди больных рефлюкс-эзофагитом II степени изменения слизистой сохранялись только у 2 (10,5%) пациентов, из 3 пациентов с рефлюкс-эзофагитом III степени, у 1 наблюдались признаки рефлюкс-эзофагита. Во второй группе пациентов, получавших плацебо, у 22,2% больных с катаральным эзофагитом сохранялись признаки воспаления, у 28,6% пациентов с рефлюкс-эзофагитом II степени сохранялись воспалительные изменения, и у 2 пациентов с рефлюкс-эзофагитом III степени оставались воспалительные изменения слизистой. Среди пациентов третьей группы, получавших только медикаментозное лечение, у 33,3% наблюдались воспалительные изменения слизистой пищевода, у 66,7% пациентов с рефлюкс-эзофагитом II степени в ходе лечения не отмечалось значительных изменений слизистой пищевода, у остальных наблюдалась картина катарального воспаления, среди пациентов с рефлюкс-эзофагитом III степени у 1 пациента наблюдались изменения, соответствующие рефлюкс-эзофагиту II степени, и у 2 – сохранялся рефлюкс-эзофагит III степени.

Проведенная оценка ВСР у пациентов до назначения терапии обнаружила наличие дисбаланса ВНС. После проведенного лечения по предложенной методике выявлено определенное улучшение часовых и спектральных показателей ВСР, что проявлялось существенным повышением общей ВСР (SDNN) на 46,7% ($p=0,0002$), значительным снижением активности парасимпатического звена: величины rMSSD — на 31,8% ($p < 0,05$).

В контрольной группе и в группе плацебо за время наблюдения не обнаружено любых существенных изменений показателей ВСР.

Исследование динамики уровня гормонов коры надпочечников показало, что на 28-30 день лечения произошло достоверное увеличение всех трех исследованных гормонов: кортизола, тестостерона и эстрадиола исходно сниженных по сравнению с показателями здоровых добровольцев. Полученные результаты свидетельствуют о положительном воздействии комбинированной терапии на гормональный статус у боль-

ных БА, что в свою очередь позволяет уменьшить дозу применяемых препаратов, прежде всего ингаляционных глюкокортикостероидов.

ВЫВОДЫ

Полученные данные позволяют говорить о целесообразности включения в комплексную терапию больных БА в сочетании с ГЭРБ курсы немедикаментозного лечения, так как предложенная нами схема лечения оказывает влияние на различные звенья патогенеза как БА так и ГЭРБ. Исследованная схема лечения, включающая курсы НИ-ЛИ и КВЧ, практически лишена побочных реакций и осложнений, легко выполняема, доступна.

Список использованной литературы:

1. Титова Л.А. Клиническая эффективность низкоинтенсивного лазерного излучения в лечении пожилых больных бронхиальной астмой на фоне гормональных нарушений / Л.А. Титова // Клиническая геронтология». – Т. 16. - №7-8. - Москва, 2010. – С.23-25.

2. Никитин А.В., Есауленко И.Э., Васильева Л.В., Малюков Д.А. / Низкоинтенсивное лазерное излучение – альтернативный способ лечения заболеваний внутренних органов в аспекте доказательной медицины // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – Т. 10. - №4. - Москва, 2011. – С.734-738.

© Д.С.Малюкова, 2014

Л.И. Марданова,

к.б.н., доцент кафедры физиологии и спортивной медицины
Башкирского института физической культуры (филиал Урал ГУФК)

О.С.Коган,

д.м.н., профессор кафедры физиологии и спортивной медицины
Башкирский институт физической культуры (филиал Урал ГУФК)

ПСИХО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Ухудшение общественно-экономического положения большей части населения и социальные перемены происходящие в обществе особенно сильно отразились на здоровье детей. По данным санитарно-эпидемиологической службы за последнее десятилетие уровень общей заболеваемости возрос в 1,5 раза и составил 187 тыс. на 100 тысяч детей в возрасте от 1 года до 14 лет.

На сегодняшний день специалистами как медицинского, так и педагогического профиля большое количество исследований посвящено поискам новых форм повышения уровня здоровья школьников. Знание психо-социальных факторов, влияющих на формирование здоровья детей трудно переоценить. Понимание того, что каждый ребенок по-разному реагирует на различные социальные моменты в школьной и семейной среде, позволит проводить необходимую оздоровительную эффективную работу.

С целью оценки качества жизни младших школьников был проведен анализ социально-психологического компонента здоровья по результатам анонимного анкетирования 403 семей учащихся с помощью специально разработанной анкеты, включавшей в себя 114 вопроса и 556 вариантов ответов.

С учетом целей исследования и необходимости получения сопоставимых данных анкета включала следующие смысловые блоки. Первый блок состоял из вопросов, включавшего сведения о родителях (возраст, образование, занятость, здоровье, отношение к курению и алкоголю); второй касался вопросов социальной удовлетворенности родителей и внутрисемейных взаимоотношений между членами семьи; третий блок вопросов был посвящен изучению адаптации детей к новым видам деятельности и социальным коллективам; четвертый блок был связан с изучением влияния учебной нагрузки на ребенка.

Ответы на первый блок вопросов показали, что 71% родителей состоят в законном браке, 16% находятся в разводе, 5% состоят в законном браке, но проживают раздельно. В двух равных долях (по 3%) разделились семьи, состоящие в гражданском браке и семьи где матери детей никогда не были замужем, и 2% составляют вдовы.

Возрастная характеристика родителей была следующей. В одной трети семей (35%) возраст обоих родителей находился в возрастной группе 30–34 лет. 26% женщин и 27% мужчин составили возрастную группу 35–39 лет. В возрастной группе 25–29 лет находились 17% женщин и 8% мужчин. 19% мужчин и 17% женщин составили возрастную группу 40–44 года. В возрастную группу старше 45 лет вошли 12% мужчин и 5% женщин.

При изучении профессиональной принадлежности родителей выявлено, что 15% женщин являются домохозяйками, в двух равных долях (по 12%) разделились женщины занятые в сфере образования и обслуживания, так же на две равные доли (по 11%) разделились медицинские и бухгалтерские работники, производством продуктов питания заняты 8% женщин. По 7% пришлось на работниц продовольствия и женщин рабочих специальностей. На две равные доли (по 4%) разделились инженерно-технические работники и служащие, 5% составляют лица занятые в коммерции, 3% – безработные и 1% – административные работники.

Анализ ответов на второй блок вопросов выявил, что более одной трети женщин (35%) удовлетворены собственной работой, примерно такая же доля (38%) скорее удовлетворены, чем нет, 8% – скорее неудовлетворенны, чем да и 9% неудовлетворенны данной работой. Затруднились ответить 10%. Более половины женщин (58%) жалуются на низкую оплату труда, 13% – ненормированный рабочий день, в двух равных долях (по 9%) разделились женщины, которых не удовлетворяют вредные условия и высокая интенсивность труда, 6% – тяжелая психологическая атмосфера в коллективе и 5% – предвзятое отношение администрации.

Среди мужчин наибольшую долю (26%) составили лица рабочих специальностей, каждый четвертый (25%) работает водителем автотранспорта, 13% занимаются коммерческой деятельностью, 10% – инженерно-технические работники, в двух равных долях (по 6%) разделились административные работники и служащие силовых структур, 5% – государственные служащие. Так же в двух равных долях (по 2%) разделились мужчины, работающие в медицинской сфере и юриспруденции и на три равны доли (по 1%) – кадровые военнослужащие, продавцы и работники образования. Безработные составили 2%.

37% мужчин удовлетворены данной работой, 36% скорее удовлетворены, чем нет, 10% скорее неудовлетворенны, чем да и 7% неудовлетворенны данной работой. Затруднились ответить 10%.

Среди факторов, по которым их не удовлетворяет данная работа, более половины мужчин (56%) указали на низкую оплату труда, 21% – ненормированный рабочий день, 7% – высокую интенсивность труда, 6% – вредные условия труда, и на две рав-

ные доли (по 4%) разделились лица недовольные тяжелой психологической атмосферой в коллективе и предвзятым отношением администрации.

Примерно каждой пятой женщине (22%) и одной трети мужчин (33%) приходится подрабатывать помимо основной работы.

В 29% семей уровень дохода составил менее 2000 руб./чел., примерно такую же долю (27%) составили семьи, в которых доход составляет от 2000–2500 руб./чел. От 2501–3000 руб./чел. приходится в 19% семей, у 14% – 3000–5000 руб./чел., в 9% – от 5001–10000 руб./чел. и в 2% семей – более 10000 руб./чел.

Менее одной трети семей (29%) проживают в удовлетворительных жилищных условиях, каждая четвертая семья (26%) оценивает свои жилищные условия как хорошие, 6% – очень хорошие и 2% отличные. При этом примерно каждый пятый школьник (21%) проживает в неудовлетворительных жилищных условиях и каждый шестой (16%) в крайне неудовлетворительных условиях.

Индекс удовлетворенностью жизнью достаточно низок – 0,3.

За последние шесть месяцев наиболее острыми причинами заставившими испытать чувство беспокойства у каждой четвертой семьи (25%) явилось беспокойство по поводу будущего ребенка, 13% – нехватка денег, 11% – болезнь близкого члена семьи, 8% – непредвиденные расходы и 7% – социальная нестабильность в обществе. Не было причин для беспокойства у 9% семей.

В более одной трети семей (37%) конфликты между супругами возникают, по меньшей мере, раз в год, 22% – раз в полгода, 26% – раз в месяц и 15% – раз в неделю. При этом в 31% семей ребенок не является свидетелем конфликтов, в 40% – только случайно и 30% – изредка. В более одной трети семей (37%) конфликты между супругами возникают, по меньшей мере, раз в год, 22% – раз в полгода, 26% – раз в месяц и 15% – раз в неделю. При этом в 31% семей ребенок не является свидетелем конфликтов, в 40% – только случайно и 30% – изредка.

Изучение взаимоотношений между ребенком и членами семьи выявило следующие показатели. Удовлетворены тем, как складываются отношения членов семьи с ребенком 58% семей, 31% скорее удовлетворены, чем нет, 7% скорее не удовлетворены, чем да и не удовлетворены 1%. Затруднились ответить на этот вопрос 4% семей. Интегральный индекс удовлетворенностью отношениями между ребенком и членами семьи достаточно низок – 0,3.

В каждой четвертой семье (25%) отсутствует взаимопонимание с мамой, в 22% – папой, в каждой пятой (20%) – другими членами семьи и 8% – с младшими братьями (сестрами).

На вопрос «Были ли трудности у ребенка в адаптации к режиму детского дошкольного учреждения?» более половины родителей (55%) отрицательно ответили на поставленный вопрос, 24% считают, что они скорее отсутствовали, чем да, 9% скорее присутствовали, чем нет и у 12%, они имелись.

Среди факторов вызывающих утомление, по мнению родителей ведущими являются длительное пребывание в замкнутом пространстве – 38% и большое количество учебного материала – 43%.

Гуляет на свежем воздухе каждый день 46% детей, 32% – через день, 12% – два раза в неделю и 10% – один раз в неделю.

В дошкольном возрасте наибольшая доля детей (28%) болели один раз в год, 26% – два раза, 21% – три раза, 16% – пять и более раз и 5% – более десяти раз. Не болели совсем 4% детей.

Таким образом анализ социально-психологического компонента здоровья по результатам анонимного анкетирования семей учащихся выявил, что большинство родителей младших школьников имеют высокий образовательный ценз и заняты в различных отраслях экономики. Их общий уровень доходов достаточно низкий, примерно в каждой третьей семье (29%) уровень дохода на одного члена приходится менее 2000 руб., что ниже прожиточного минимума. Каждый третий ребенок (37%) проживает в неудовлетворительных жилищных условиях.

В большинстве семей родители обладают для ребенка равным авторитетом, однако удовлетворенность межличностными отношениями между членами семьи и ребенком достаточно низкая.

По мнению большинства родителей - у их детей после учебы отмечаются признаки утомления, наиболее вероятными причинами, которых являются длительной пребывание в замкнутом пространстве и большой объем учебного материала.

© Л.И. Марданова, 2014г.

УДК 616.9-036.2

Нафеев А.А.^{1,2}, Салина Г.В.¹, Никишин В.А.¹, Нафеев Н.А.²

1. ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Ульяновской области»

2. ФГОУ ВПО Ульяновский государственный университет, медицинский факультет

БИОЛОГИЧЕСКАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ СУБЪЕКТА. МЕЖДУНАРОДНЫЕ РИСКИ

В соответствии со статьёй 30 действующего Федерального закона «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ, санитарно-эпидемиологическая охрана территории Российской Федерации (РФ) направлена на предупреждение заноса и распространения на территории страны инфекционных болезней, представляющих опасность для населения.

Появление изменённых санитарных правил по санитарной охране территории РФ (СП 3.4.2318-08) в соответствии с подписанием в 2007 году новых Международных медико-санитарных правил обусловлено глобализацией инфекционных болезней, неуклонным появлением новых и возвращения старых, ранее распространённых инфекций. Только за последние 30 лет описано более 40 новых нозологических форм, в основном вирусной этиологии.

Стратегия ВОЗ в пересмотре ММСП выражена в формировании нового объекта эпидемиологического надзора – «чрезвычайная ситуация в области общественного здравоохранения, имеющая международное значение». Какие же критерии используются для определения необходимости отнесения конкретных нозологических форм болезней к этому перечню [2].

1) отсутствие убиквитарного (повсеместного) распространения инфекционных болезней (за исключением «человеческого гриппа, вызванного новым подтипом», ярко проявившего себя в 2009 году во всём мире) и необычность эпидемических проявлений инфекционной болезни для охраняемой территории;

2) высокая патогенность микроорганизмов – возбудителей для человека, классифицируемая по степени их индивидуальной и общественной опасности в соответствии с международными и национальными правилами;

3) биологическая и социальная обеспеченность реализации преимущественных механизмов эпидемического распространения инфекционной болезни среди населения на охраняемой территории;

4) высокая восприимчивость людей к возбудителям, способствующая не только тяжёлому клиническому течению болезни с высокой летальностью, но также широкому эпидемическому распространению с охватом больших масс охраняемого населения (вспышки, эпидемии);

5) отсутствие практического опыта диагностики и борьбы с эпидемическими проявлениями инфекционной болезни у практических работников территориальных учреждений национального здравоохранения и населения.

Скрининг ожидаемых «чрезвычайных ситуаций» по форме его проведения различен:

1 этап: в пунктах пропуска (на границе) действия служб направлены на оценку проявлений 4 макропризнаков: серьёзность для здоровья населения; необычность и неожиданность; риск международного распространения; риск ограничений на поездки и торговлю;

2 этап: внутри страны (в субъекте (ах)) – на 2 макропризнака: серьёзность для здоровья населения; необычность и неожиданность.

Несмотря на это различие решаемые задачи одинаковы по своей эпидемиологической сути: выявление источника инфекции, определение границ очага с количеством лиц, контактировавших с источником инфекции и факторами передачи и принятие неотложных мер по прекращению дальнейшего распространения инфекции.

Проблемы есть как на первом, так и на втором этапах. На первом – сложность в оперативном выявлении таких подозрительных источников инфекции, на втором – локализация возникшего очага в кратчайшие сроки и постановка окончательного диагноза.

На сегодня в субъекте нет учёта и контроля за группами риска с международным распространением инфекций (туризм, коммерческие и деловые поездки, периодическое проживание за границей, профессиональная деятельность за рубежом и т.д.). Возникают вопросы: где?(территории риска), среди кого? (категории риска), когда? (время риска) и что (инфекционный агент) искать?

Появление в 2012 г. нового коронавируса (последняя встреча человечества с одним из представителей этой группы SARS (ТОРС, атипичная пневмония) была в 2003 году), поставило перед медицинской общественностью трудные задачи, связанные как с клиническим ведением инфекций, вызываемых этим вирусом, так и организацией их лабораторной диагностикой. При этом наглядно показало проблемы в реализации этих задач. Не смотря на то, что инфекция регистрируется в мире с 2012 года, по прежнему не до конца остаются выясненными такие вопросы, как резервуар вируса, механизмы возникновения спорадических (предположительно) случаев инфекции, пути передачи вируса от животных человеку и между людьми, клинический спектр инфекции и инкубационный период. До сих пор не выявлен ни путь передачи инфекции (независимо от того, идет ли речь о спорадических случаях развития данной инфекции или о передаче БВРС-КоВ непосредственно от человека к человеку), ни источник вируса. Эти нерешённые вопросы не позволяют гарантировать безопасность здоровью населения земного шара.

Таким образом, в современный период профилактика завоза (заноса) инфекционных болезней становится серьёзной проблемой для здравоохранения субъектов РФ, а система государственного санитарно-эпидемиологического надзора в области биологической безопасности Российской Федерации требует постоянного динамичного совершенствования и развития.

© А.А.Нафеев, 2014

СКРИНИНГ НУТРИТИВНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ЛПУ ПЕРМСКОГО КРАЯ

В нашей стране не проводили крупных исследований по оценке общей распространенности недостаточности питания в стационарах, однако данные различных авторов, занимающихся изучением данной проблемы у отдельных категорий пациентов, показывают, что ее частота достигает 60–90% [1–6]. Дело в том, что у нас в стране во многих лечебных учреждениях не используются общепринятые международные стандарты для оценки состояния питания – измерение тощей массы тела, толщины кожно-жировых складок, окружности плеча, содержания альбумина, преальбумина, трансферрина крови и др. Нет общепризнанного определения понятия "недостаточность питания", соответственно, и методов ее диагностики и лечения. Под недостаточностью питания понимают патологическое состояние, обусловленное несоответствием поступления и расхода питательных веществ, приводящее к снижению массы тела и изменениям компонентного состава организма [7]. Недостаточное питание не только сопровождается потерей массы тела, снижением физической работоспособности, ухудшением самочувствия, но и вызывает серьезные нарушения в обмене веществ, ослабление иммунной защиты и эндокринные дисфункции. В частности, у хирургических пациентов недостаточное питание приводит к существенному увеличению частоты послеоперационных осложнений и летальности больных.

В 2011-2012гг. был проведен скрининг нутриционной недостаточности (НН), с целью выявления ее у пациентов хирургического профиля с острой патологией органов брюшной полости, поступавших в ЛПУ. На момент исследования в Пермском крае население составляло 3119424 человека. Действующих ЛПУ в которых имеются отделения анестезиологии и реанимации, а так же ПИТы 70, всего 393 койки. По объему оказания анестезиологической и реанимационной помощи населению города Перми и Пермского края было выделены три уровня:

- В 1 уровень - ЦРБ, в которых проводится достаточно большое количество анестезиологических пособий, в основном по экстренным показаниям, и располагающее тремя и менее реанимационными койками

- Во 2 уровень вошли Городские больницы и Центральные районные больницы, которые располагают шестью реанимационными койками и выполняющие не менее 80 % анестезиологических пособий от числа оперативных вмешательств.

- В 3 уровень вошли крупные ЛПУ г. Перми и Пермского края, являющиеся клиническими базами медицинской академии, выполняющие большой объем анестезиологических пособий и имеющие от 9 до 12 реанимационных коек и осуществляющие консультативную помощь в других ЛПУ г. Перми и Пермского края.

В скрининге НН участвовало 936 пациентов с острой патологией органов брюшной полости, проходивших лечение в ЛПУ Пермского края.

Виды заболеваний указаны в таблице 1.

Табл. 1.

Виды заболеваний

Заболевание	Мужчины	Женщины
ЖКБ. О.калькулезный холецистит	100	194
О. аппендицит	195	116
Прободная язва желудка, ДПК	101	57

Панкреатит	50	23
Тупая травма живота с повреждением внутренних органов	72	28

Дизайн исследования: многоцентровое, проспективное.

Основным инструментом исследования риска НН являлась шкала NRS 2002(см. таб. 2.), а также опросник, для исследователей и докторов отделений (см таб.3), индекс Кетле.

Таб. 2.

Скрининг NRS 2002

Да		Нет	
1. ИМТ <20,5?			
2. Имеется ли потеря массы тела за последние 3 месяца?			
3. имеется ли снижение массы тела за последнюю неделю?			
4. Имеется ли тяжелое заболевание (например пациент в ОРИТ)			
Если ответ "Да", то переходим к следующей таблице Если ответ "Нет" на все вопросы, то проводится еженедельный скрининг. Если планируется проведение операции, то составляется программа нутриционной поддержки пациента, для профилактики развития недостаточности питания			
Нутриционный статус		Тяжесть заболевания	
Нет нарушений 0 баллов	Нормальный нутриционный статус	Нет нарушений 0 баллов	Нормальные потребности в питании
Легкое 1 балл	Потеря массы более 5% за 3 мес. или потребление пищи менее 50-70% от нормы	Легкое 1 балл	Перелом бедра. пациенты с хроническими заболеваниями, особенно с острыми осложнениями: цирроз, ХОЗЛ, хр. гемодиализ, СД, онкология
Умеренное 2 балла	Потеря массы более 5% за 2 мес. или ИМТ 18,5-20,5 + ухудшение общего состояния или потребление 25-60% пищи от нормы	Умеренное 2 балла	Большие операции на органах брюшной полости. Инсульты. Тяжелая пневмония. Злокачественные гематологические заболевания
Тяжелое 3 балла	Потеря массы тела более 5 % за 1 мес. или ИМТ18,5+ ухудшение общего состояния или потребление пищи 0-25% от нормы	Тяжелое 3 балла	ЧМТ. Пересадка костного мозга. Интенсивная терапия (APACHE >10)

Баллы+баллы= общее количество баллов.

Возраст 70 лет и старше прибавляет 1 балл к общему количеству баллов.

3 балла и более : пациенту необходима нутриционная поддержка.

менее 3 баллов - оценка питания еженедельно. Если планируется оперативное вмешательство, целесообразно составление плана нутриционной поддержки для предотвращения ухудшения состояния.

Таб. 3.

Опросник для докторов и исследователей

Вопрос	да	нет
Имеется ли диагностика НН в вашем ЛПУ		
Выставляется ли прогноз риска оперативного вмешательства, учитывая НН		
Проводилась ли нутритивная поддержка (НП) перед операцией		
Имеется ли преимущество при проведении НП между отделениями реанимации и хирургии		
Какие среды для энтерального питания используются в послеоперационном периоде 1 больному	Перечислите:	

Результаты исследования:

У пациентов, поступавших в ЛПУ 1, 2 уровня оказания помощи нутритивная недостаточность выявлена в 48% случаев. При этом ее степень составила 1-2 ст. Кетле, если данной группе пациентов проводилась 2 более оперативных вмешательства, нутритивная недостаточность составляла 59-61% и равнялась 2 ст. по Кетле.

У пациентов которые поступали в ЛПУ 3 уровня оказания помощи нутритивная недостаточность составляла 64% случаев и степень ее равнялась 2 ст. индекса Кетле. В случае проведения 2 и более оперативных вмешательств НН составляла уже до 82% случаев, индекс Кетле 3 ст.

Согласно опроснику было выявлено следующее:

Таб. 4

Отсутствие диагностики НН в ЛПУ	74%
Отсутствие прогноза риска оперативного вмешательства, учитывая НН	100%
Отсутствие проведения НП перед операцией	100%
Отсутствие преимуществ при проведении НП между отделениями реанимации и хирургии	70%
Рациональное использование сред для энтерального питания	30%

Выводы:

1. У больных поступающих в ЛПУ Пермского края в 2011-2012гг., с острой патологией органов брюшной полости в среднем нутритивная недостаточность составила 56% случаев, в среднем составляющая 2 ст. по Кетле.

2. При проведении 2 и более оперативных вмешательств риск НН увеличивается до 71.5% случаев, индекс Кетле 3 ст.

3. Отсутствует полноценный скрининг недостаточности питания, а также преимущество и последовательность в проведении клинического питания между докторами различных специальностей в ЛПУ всех уровней оказания помощи.

4. Требуется разработка МЭС и протоколов лечения для оказания полноценной помощи населению в ЛПУ Пермского края.

Список использованной литературы:

1. Вретлинд А., Суджян А. Клиническое питание. Стокгольм–Москва, 1990.
2. Руководство по парентеральному и энтеральному питанию. Под ред. И.Е.Хорошилова. СПб.: Нордмед-Издат, 2000.

3. Основы клинического питания. Под ред. Л.Соботки: пер. с англ. Петрозаводск: ИнтелТек, 2003.

4. Bistran BR et al. Prevalence of malnutrition in general medical patients. JAMA 1976; 235: 1567–70.

5. Green CJ. Existence, causes and consequences of disease-related malnutrition in the hospital and the community, and clinical and financial benefits of nutritional intervention. Clin Nutr 1999; 18 (Supp. 2): 3–28.

6. Vetta F, Ronzoni S, Taglieri G, Bollea MR. The impact of malnutrition on the quality of life in the elderly. Clin Nutrition 1999; 18 (5): 259–67.

7. Хорошилов И.Е. Недостаточное питание у пациента: диагностика и лечение. Лечащий врач. 2003; 6: 62–4.

© А.В.Николенко, И.Н. Прелоус 2014

УДК 616.379-008.64

М.В.Новоселова

Врач-ординатор, соискатель кафедры эндокринологии и диабетологии
Государственного бюджетного образовательного учреждения
высшего профессионального образования
«Сибирский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации»
Г. Томск, Российская Федерация

Ю.Г.Самойлова

Д.м.н., профессор кафедры эндокринологии и диабетологии
Государственного бюджетного образовательного учреждения
высшего профессионального образования
«Сибирский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации»
Г. Томск, Российская Федерация

ВЛИЯНИЕ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Введение

Психоневрологическое состояние больных сахарным диабетом 1 типа (СД 1 типа) один из важных факторов, влияющих не только на ухудшение социальной адаптации больных, но также на комплаентность, компенсацию углеводного обмена и диабетзависимое качество жизни (КЖ) [1, С. 29-31]. Современные достижения в области контроля за больными с СД 1 типа выявили значимую роль в ухудшении КЖ, формирование у них прогрессирующего когнитивного дефицита, как одного из наиболее ранних церебральных осложнений СД 1 типа. [2, С. 57-63; 3, Р.300- 305; 4, Р. 305-306.]. Так в исследованиях В. Klein и Р. Tief выявлена зависимость качества жизни от компенсации СД 1 типа, наличия острых и хронических осложнений, психосоциальной адаптации и влияния внешних факторов [5, Р.71–77; 6, Р.-223; 7, Р. 940–94]. Важным является то, что многие аспекты поддаются модификации в процессе лечения, и это позволяет улучшить качество жизни больных. Используемые шкалы для оценки качества жизни

больных СД 1 типа – это общие и специфические опросники, разработанные экспертами ведущих мировых клинических центров в соответствии с принципами доказательной медицины и требованиям Good Clinical Practice (GCP). Данные опросники создали возможность количественной оценки субъективного понятия «качество жизни», что позволяет расширить представление врача о состоянии больного в целом. Одним из наиболее широко распространенных общих опросников для оценки качества жизни является MOS SF-36 [8, С.320] из специфических – Аудит-зависимое качество жизни [9]. Для оценки общей выраженности когнитивного дефекта в последнее время широко используется разными исследователями при разных нозологических формах Монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCa тест), которая была разработана как средство быстрой оценки дисфункции различных когнитивных сфер [10,Р.695–699;11,Р. 203–212].

Цель исследования – оценить влияние психоневрологического статуса на КЖ пациентов с СД 1 типа.

Материалы и методы

Было обследовано 58 пациентов с СД 1 типа, в возрасте $22,45 \pm 4,627$ лет, 29 мужчин и 29 женщин, длительность заболевания $6,6 \pm 3,951$ лет. Группу контроля составили 29 здоровых людей, в возрасте $22,37 \pm 4,727$ года, 14 – мужчин и 15 женщин, без хронических и острых заболеваний (табл.1).

Таблица 1

Характеристика пациентов по полу, возрасту и показателям углеводного обмена

Группы	СД 1 типа		Контрольная группа	
	Мужчины n(%)	Женщины n(%)	Мужчины n(%)	Женщины n(%)
Абс.(%)	29 (50 %)	29 (50%)	14(48,3)	15 (51,7%)
Возраст, лет	$22,45 \pm 4,627$		$22,37 \pm 4,727$	
Гликированный гемоглобин (HbA1c), %	$8,5 \pm 1,83^*$		$5,0 \pm 0,64^*$	
Гликемия натощак, ммоль/л	$10,0 \pm 4,95^*$		$5,0 \pm 0,725^*$	

Примечание: значимость различий между контрольной группой и пациентами с СД 1 типа на уровне: $*p < 0,001$

Исследование проводилось на клинических базах кафедры эндокринологии и диабетологии ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава РФ. Протокол исследования был утвержден комитетом по Этике ГБОУ ВПО СибГМУ №3199 от 24.12.2012 г., больными было подписано информированное согласие участия в исследовании. Всем пациентам проводили анамнестический анализ и объективный осмотр. Диагноз СД 1 типа верифицировался с учетом диагностических критериев ВОЗ 1999-2006 г., ISPAD 2009 г., алгоритмов специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом 2011 г. и 2013 г. [12,13,14]. С учетом рекомендаций, пациенты были разделены на 2 группы. Первую группу составили 12 подростков в возрасте 16-18 лет, вторую – 46 взрослых лиц в возрасте 19-30 лет. Анализ показателей гликированного гемоглобина (HbA1c) показал, что 50 % подростков и 100% взрослых не достигали целевых значений углеводного обмена (табл. 2).

Характеристика целевых значений показателей углеводного обмена, индивидуализированные по возрасту у подростков и лиц молодого возраста с СД1

Выраженность компенсации углеводного обмена (HbA1c)	Возраст	Степень HbA1c с учетом индивидуализированного выбора целей терапии	Возраст
	16-18 лет		1
Компенсация (HbA1c < 7,5%)	3 (25%)	HbA1c < 6,5%	0
Субкомпенсация (HbA1c 7,5-9%)	3 (25%)	HbA1c > 6,5%	46 (100%)
Декомпенсация (HbA1c > 9%)	6 (50%)		

Глюкозу плазмы крови исследовали с помощью биохимического анализатора Hitachi 912 (Hoffmann-La Roche Ltd/Roche Diagnostics GmbH). Уровень HbA1c оценивали методом жидкостной хроматографии на анализаторе гликозилированного гемоглобина DS5 Glycomat (фирма Drew Scientific, Нидерланды).

Особенности неврологического статуса оценили с помощью Монрельской шкалы (MoCA тест), которая была разработана для быстрого скрининга легких и умеренных когнитивных нарушений, оценивающей различные когнитивные функции [15].

Психологическое обследование проводилось с использованием методов клинико-психологического интервью, наблюдения и тестирования. Для дифференциальной диагностики феномена тревожности применялся тест Спилберга в адаптации Ханина [16]. Анализ депрессивного состояния основывался на применении опросника депрессии Бека (ОДБ) с раздельной регистрацией выраженности 21-й категории симптомов и жалоб, наиболее значимых для клинической характеристики депрессии [17].

Оценка качества жизни осуществлялась с помощью общего опросника MOS SF-36 [18] и специфического опросника Аудит-зависимого качества жизни по лицензии Prof. Clare Bradley, который представляет собой перечень вопросов, относящихся к тем сферам жизни, на которые может влиять СД 1 типа: работа/ карьера, общественная жизнь, семейные взаимоотношения, дружба, половая жизнь, возможность проведения досуга, свобода путешествий, беспокойство за свое будущее, мотивация достижения целей, физическая активность, возможность потенциальной потери независимости и удовольствие от еды [19].

Полученные результаты были обработаны с помощью программного обеспечения Microsoft Excel 2010 и IBM SPSS Statistics 21.0. Для количественных показателей рассчитывалась средняя арифметическая величина (m) и стандартное отклонение (SD). Для определения значимости между независимых выборок при ненормальном распределении данных - критерий Манна-Уитни и Колмогорова-Смирнова с определением коэффициента Z (Колмогорова-Смирнова) и U (Манна-Уитни), с нормальным распределением данных (MoCA тест) T -критерий для независимых выборок с расчетом p значение коэффициента для исследования корреляции - Спирмена (r). При корреляционном анализе связь между показателями оценивали как сильную при абсолютном значении коэффициента корреляции Спирмена $r > 0,70$, имеющую среднюю силу при r

от 0,69 до 0,30 и как слабую при $r < 0,29$. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимался равным $p < 0,05$ [20,21,22; С.120].

Результаты и обсуждение

Анализ результатов МоСа теста показал, что пациенты с СД 1 типа имели нарушение когнитивных функций (суммарная оценка менее 26 баллов) в 72,2% в то время, как в контрольной группе когнитивного дефицита не отмечено-в норме у 100% обследованных. Было выявлено статистически значимое снижение параметров, оценивающих кратковременную память, внимание и абстракцию у пациентов с СД 1 типа по сравнению с контрольной группой (табл. 3).

Таблица 3

Характеристика параметров МоСа теста у пациентов с сахарным диабетом 1 типом и контрольной группы

	СД 1 типа (n=58)		Женщины (n=29)		Мужчины (n=29)		Контроль (n=29)	
	m	SD	m	SD	m	SD	m	SD
Альтернирующий путь	1,00	0,45	1,0	0,46	1,00	0,47	1,00	0,00
Куб	1,00	0,42	1,0	0,46	1,00	0,39	1,00	0,00
Часы	3,00	0,41	3,00	0,28	3,00	0,47	3,00	0,00
Называние	3,00	0,84	3,00	0,20	3,00	0,17	3,00	0,00
Память	3,00*	1,29	3,00*	1,17	3,00*	1,36	5,00*	0,00
Числовой ряд	2,00*	0,63	1,00**	0,65	2,00*	0,62	2,0*	0,00
Буква А	1,00	0,87	1,00	0,20	1,00	0,17	1,00	0,00
Серийное вычитание 7	2,00*	0,82	2,00*	0,81	2,00*	0,78	3,00*	0,00
Повторение предложений	2,00	0,38	2,00	0,29	2,00	0,46	1,83	0,37
Беглость речи	1,00	0,78	1,00	0,82	1,00	0,76	0,87	0,34
Абстракция	2,00	0,43	2,00	0,5	2,00	0,36	2,00	0,00
Ориентация	6,00	0,23	6,00	0,00	6,00	0,29	6,0	0,00
Сумма баллов	25,00*	0,81	25,00*	1,82	25,00*	2,27	30*	0,43

Примечание: значимость различий между контрольной группой и пациентами с СД 1 типа на уровне: * $p < 0,001$, ** $p < 0,01$; m-медиана, SD – стандартное отклонение

Оценка результатов опросника депрессии Бека не выявил достоверно значимой разницы между основной и контрольной группой, но было отмечено более частая встречаемость симптомов легкой и средней степени депрессии у пациентов с СД 1 типа. Кроме того, в этой же группе были зарегистрированы случаи депрессии выраженной и тяжелой степени (табл. 4).

Таблица 4

Характеристика депрессии у пациентов с сахарным диабетом 1 типом и контрольной группы по данным опросника Бека

Степень депрессии	Отсутствие (0-9 баллов)	Легкая степень (10-15 баллов)	Средняя степень (16-19 баллов)	Выраженная степень (20-29 баллов)	Тяжелая степень (30-69 баллов)	m± SD
СД 1 типа Абс.(%)	34 (58,6)	16 (27,6)	5 (8,6)	3 (1,7)	4 (3,4)	7,0±7,396
Контрольная группа Абс.(%)	22 (73,3)	7 (23,3)	1 (3,3)	0	0	8,0±3,857

Необходимо отметить, что у пациентов с СД 1 типа депрессия была выражена за счет когнитивно-аффективной сферы в 29,3 %, а вследствие соматического заболевания в 10,3%, в остальных случаях смешанного генеза. Исследование тревожности по результатам теста Спилбергера-Ханина показало, что по шкале ситуативной тревожности между группами различий не было, хотя чаще высокая степень тревожности встречалась у пациентов с СД 1 типа. Личностная тревожность была достоверно более выражена у пациентов основной группы, в основном за счет высокой степени (табл.5).

Таблица 5

Характеристика тревожности у пациентов с сахарным диабетом 1 типом и контрольной группы по данным теста Спилбергера-Ханина

Ситуативная тревожность	СД 1 типа Абс.(%)	Контрольная группа Абс.(%)	Личностная тревожность	СД 1 типа Абс.(%)	Контрольная группа Абс.(%)
Низкая степень (менее 30 баллов)	27 (46,5)	16(55,2)	Низкая степень (менее 30 баллов)	15(25,9)	15(51,7)
Средняя степень (31-45 баллов)	17(29,3)	12(41,4)	Средняя степень (31-45 баллов)	18(31,0)	10(34,5)
Высокая степень (46 и более баллов)	14(24,13)	2(6,9)	Высокая степень (46 и более баллов)	25(43,1)	5(17,2)
m± SD	31,1±16,3	29,5±8,6	m± SD	* 42,0±13,2	29,0±11,7*

Примечание: значимость различий между контрольной группой и пациентами с СД 1 типа на уровне: *p<0,05; m-медиана, SD –стандартное отклонение

При исследовании качества жизни по общему опроснику MOS SF-36 было отмечено достоверно значимое снижение по шкале, оценивающей общее состояние здоровья в группе пациентов с СД 1 типа по сравнению с контрольной группой ($U=110,5$, $z=1,633$, $p<0,01$), что свидетельствует о прямом влиянии СД 1 типа на общее самочувствие пациентов (рис.1).

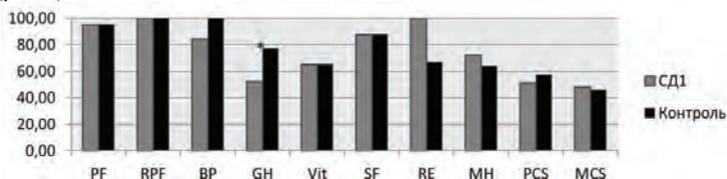


Рисунок 1. Оценка параметров качества жизни опросника MOS SF-36 у пациентов с сахарным диабетом 1 типа и контрольной группы

Примечание: значимость различий между контрольной группой и пациентами с СД 1 типа на уровне: $**p<0,01$.

PF- физическое функционирование, RP- ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием; BP- интенсивность боли; GH- общее состояние здоровья; VT- жизненная активность; SF - социальное функционирование; RE - ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием; MH- психическое здоровье; PCS - физический компонент здоровья; MCS - психологический компонент здоровья

Кроме того, нами был использован специфический опросник КЖ Аудит-зависимое качество жизни, применяемый у пациентов с СД 1 типа, по результатам которого выявлено отрицательное влияние заболевания на все анализируемые сферы, в наибольшей степени качество жизни страдало вследствие ограничения свободы выбора пищи (средний балл $-2,917 \pm 2,978$). Стоит отметить, что в целом отрицательное влияние СД 1 типа достоверно выше было выражено у женщин (рис.2).

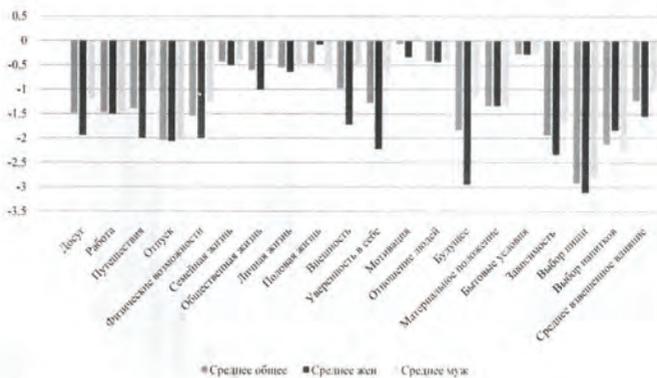


Рисунок 2. Анализ опросника Аудит - зависимое качество жизни пациентов с СД 1 типа в зависимости от пола

Анализ взаимосвязи параметров КЖ по данным теста ADdQol и MoCa теста выявил, что наибольшее влияние на КЖ оказывает функция памяти, внимания и незначительное ориентация во времени и пространстве (табл.7).

Таблица 7

Взаимосвязь качества жизни по шкале Аудит - зависимое качество жизни и когнитивной функции по данным MoCa теста

MoCa	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
ADd Qol												
1	,07	,062	,017	,138	,085	-,116	,175	,18	-,037	-,057	,181	,134
2	-0,02	0,27	-,0103	0,188	0,076	-,073	0,188	0,064	0,097	-,0218	0,013	-,0098
3	-,0072	-,192	-,130	-,027	-,062	-,185	,000	,054	,090	0064	-,060	-,0164
4	0,004	-,0122	0,216	0,234	0,086	-,0153	0,128	-,0135	0,162	0,031	-,0141	-,0086
5	,011	-,108	-,089	-,056	,138	-,197	0,00	,149	-,010	,057	-,001	,121
6	-,0139	0,056	-,0071	0,353*	0,374*	-,012	0,00	0,090	-,0033	0,151	0,181	-,050
7	0,112	,033	-,095	,197	0,130	-,129	0,00	-,022	-,014	,077	,066	-,070
8	-,0005	0,166	-,0148	0,497*	0,282*	-,010	0,00	,002	-,079	,035	,176	-,069
9	,036	,049	-,050	,403*	,370*	-,240	0,00	-,084	-,010	,105	-,108	-,084
10	,083	-,014	,088	,004	,297	-,016	,171	,178	,169	-,015	,103	-,043
11	0,043	0,113	0,025	-0,030	-,0106	-,0179	0,089	-,0078	-,0158	0,011	0,011	-,0075
12	-,0010	-,0119	0,015	0,068	0,181	-,0222	0,216	0,195	0,156	0,233	0,028	0,039
13	-,0209	0,012	-,0045	0,366*	0,297*	-,0216	0,00	-,0043	-,0086	0,228	0,069	0,159
14	0,108	-,0147	-,0153	0,010	-,0044	-,0169	0,072	-,0167	0,034	0,209	-,0016	-,0048
15	-,0104	0,027	0,082	0,056	0,238	-,0006	0,344*	0,278*	0,082	0,011	0,093	0,294*
16	-,0153	-,0181	0,022	-0,078	0,030	-,0217	0,00	-,0018	-,0093	0,090	-,0059	0,059
17	-,0025	0,039	-,0037	0,104	0,281*	-,0042	-,0178	0,126	0,108	-,0020	0,239	0,017

18	0,025	- 0,048	0,037	0,169	0,334 *	- 0,033	0,162	0,011	- 0,088	0,046	- 0,037	0,031
19	- 0,094	- 0,121	- 0,051	0,123	0,281 *	- 0,102	0,00	0,036	- 0,181	0,091	- 0,081	0,152
20	- 0,034	- 0,098	- 0,071	0,178	0,255	- 0,202	0,125	0,046	0,010	0,098	0,011	0,037

Примечание: значимость корреляции * $p < 0,05$

MoCa: 1- альтернирующий путь, 2- куб, 3- часы, 4- название, 5- память, 6- числовой ряд, 7- буква А, 8- серийное вычитание 7, 9- повторение предложений, 10- беглость речи, 11- абстракция, 12- ориентация

ADDQoL: 1-досуг,2- работа, 3- путешествие,4- отпуск, 5- физические возможности, 6- семейная жизнь, 7- общественная жизнь,8-личная жизнь, 9- половая жизнь, 10- внешность, 11- уверенность в себе, 12-мотивация, 13-отношение людей, 14- будущее, 15-материальное положение, 16-бытовые условия, 17- зависимость,18- выбор пищи, 19-выбор напитков, 20-среднее взвешенное

С учетом оценки психоэмоциональной сферы на КЖ выявлены следующие корреляционные связи: наличие личностной тревожности и параметров - путешествие, общественная жизнь, внешность, отношение людей ($r = 0,130$, $r = 288$, $r = 435$, $r = -,323$, $p < 0,05$). Ситуативная тревожность имела положительные корреляционные связи с показателями путешествия и внешность ($r = 0,296$, $r = 363$ $p < 0,05$). Индикатор КЖ выбор напитков имел отрицательную корреляционную связь с HbA1C ($r = -,323$, $p = 0,013$).

Оценивая связь показателей углеводного обмена и КЖ по результатам опросника SF-36, зарегистрировано влияние по большинству показателей, за исключением шкал физического и функционального функционирования.

Таблица 8

Взаимосвязь качества жизни по шкале SF-36 и показателей углеводного обмена

Показатели углеводного обмена	PF	RPF	BP	GH	Vit	SF	RE	MH	PCS	MCS
HbA1c,%	- 0,186	- 0,346 *	- 0,320 *	- 0,423 *	- 0,246 *	- 0,176	- 0,176	- 0,298 *	- 0,260 *	- 0,228 *
Гликемия натощак, ммоль/л	- 0,170	- 0,101 *	- 0,284 *	- 0,389 *	- 0,215 *	- 0,153	- 0,230 *	- 0,269 *	- 0,266 *	- 0,205

Примечание: значимость корреляции * $p < 0,05$

PF- физическое функционирование, RP- ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием; BP- интенсивность боли; GH- общее состояние здоровья; VT- жизненная активность; SF - социальное функционирование; RE - ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием; MH- психическое здоровье; PCS - физический компонент здоровья; MCS - психологический компонент здоровья

Исследование корреляционных связей когнитивных функций по МоСа тесту и КЖ по опроснику SF-36 выявило, что функции памяти, внимания, абстракции и конструктивные навыки, в том числе и суммарный балл опосредуют свое влияние на КЖ пациентов с СД 1 типа (табл.9).

Таблица 9

**Взаимосвязь качества жизни по шкале SF-36
и когнитивной функции по данным МоСа теста**

MoCa	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
SF-36													
PF	- 0,070	- 0,125	0,231 *	0,008	0,356 *	0,205	0,129	0,382 *	0,242 *	0,247 *	0,297 *	- 0,051	0,437 *
RPF	- 0,061	- 0,044	0,284	0,027	0,375 *	0,269 *	0,108	0,394 *	0,249 *	0,302 *	0,313 *	0,080	0,470 *
BP	- 0,127	- 0,040	0,222 *	0,066	0,436 *	0,217 *	0,036	0,348 *	0,245 *	0,335 *	0,299 *	0,008	0,092 *
GH	0,020	0,169	0,488 *	0,092	0,473 *	0,407 *	,084	0,424 *	0,241 *	0,251 *	0,410 *	0,027	0,088 *
Vit	- 0,061	- 0,001	0,311 *	0,028	0,303	0,233 *	0,104	0,361 *	0,080	0,114	0,269 *	- 0,041	0,107 *
SF	- 0,180	- 0,059	0,242 *	- 0,019	0,280 *	0,283 *	0,140	0,299 *	0,175	0,155	0,328 *	- 0,037	0,104 *
RE	- 0,005	- 0,092	0,266 *	- 0,038	0,247 *	0,262 *	0,104	0,358 *	0,240 *	0,156	0,219 *	- 0,107	0,100 *
MH	- 0,057	- 0,052	0,309 *	0,003	0,331 *	0,332 *	0,075	0,397 *	0,167	0,172	0,308 *	- 0,031	0,100 *
PCS	- 0,089	0,069	0,322 *	0,084	0,347 *	0,198	0,096 *	0,132	0,163	0,352 *	0,054	- 0,015	0,137 *
MCS	- 0,015	- 0,008	0,310 *	- 0,014	0,244 *	0,294 *	0,082	0,339 *	0,147	0,086	0,232 *	- 0,043	0,133 *

Примечание: значимость корреляции * $p < 0,05$

МоСа: 1- альтернирующий путь, 2- куб, 3- часы, 4- название, 5- память, 6- числовой ряд, 7- буква А, 8- серийное вычитание 7, 9- повторение предложений, 10- беглость речи, 11- абстракция, 12- ориентация

PF- физическое функционирование, RP- ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием; BP- интенсивность боли; GH- общее состояние здоровья; VT- жизненная активность; SF - социальное функционирование; RE - ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием; MH- психическое здоровье; PCS - физический компонент здоровья; MCH - психологический компонент здоровья

Психологические аспекты, такие как ситуативная и личностная тревожность, также оказывают влияние на КЖ опросника SF-36 по значительному количеству шкал, кроме ролевого функционирования и психического здоровья. Депрессия же в меньшей степени проявляет свою связь с параметрами КЖ, в основном с шкалой общего здоровья, жизненной активностью и физическим компонентом здоровья (табл.10).

Таблица 10

Взаимосвязь качества жизни по шкале SF-36 и аффективных расстройств

	Ситуативная тревожность	Персональная тревожность	Депрессия
PF	-0,219*	-0,174	-0,069
RPF	-0,223*	-0,289*	-0,086
BP	-0,303*	-0,259*	-0,135
GH	-0,235*	-0,186	-0,245*
Vit	-0,242*	-0,213*	-0,260*
SF	-0,309*	-0,245*	-0,123
RE	-0,199	-0,185	-0,092
MH	-0,315*	-0,242*	-0,190
PCS	-0,249*	-0,215*	-0,231*
MCS	-0,226*	-0,194	-0,137

Заключение

Таким образом, проведенное исследование позволило сделать выводы о том, что у пациентов с СД 1 типа было значимо снижено качество жизни, которое коррелировало с декомпенсацией углеводного обмена, снижением когнитивной функции, депрессией и тревожностью. Вследствие чего, рекомендуется оценка качества жизни пациентам с сахарным диабетом 1 типа, у которых не достигнуты целевые значения углеводного обмена, имеется снижение комплаенса, а также нарушений когнитивных функций в качестве улучшения превентивных и лечебно-диагностических мероприятий в практическом здравоохранении.

Список использованной литературы:

1. Старостина Е.Г., Бобров А.Е., Мошняга Е.Н., Володина М.Н. Непсихотические психические расстройства при сахарном диабете // Ученые записки СПбГМУ им. академика И.В. Павлова. — 2010. — Т. XVII, № 2, приложение. — С. 29-31.
2. Самойлова Ю.Г., Олейник О.А. Интегральные показатели качества жизни детей и подростков с сахарным диабетом 1 типа. // Педиатрия.2010.Т. 89,№ 5.С. 57-63

3. Craft S. The Role of Metabolic Disorders in Alzheimer Disease and Vascular Dementia // Arch.Neurol.2009.V.66, P.300- 305

4. Kalaria R.N. Diabetes, microvascular pathology and Alzheimer disease // Nature Rev. Neurology. 2009. V.5, P. 305-306.

5. Cox D.J., Kovatchev B.P., Gonder-Frederick L.A. Relationships between hyperglycemia and cognitive performance among adults with type 1 and type 2 diabetes. // Diabetes Care 2005. Vol.28, P.71–77

6. Ineke Brands. Diabetes and the brain: Cognitive performance in type 1 and type 2 diabetes mellitus. N.: Gildeprint Drukkerijen B.V., 2007. P.-223

7. Ryan CM, Geckle MO, Orchard TJ. Cognitive efficiency declines over time in adults with Type 1 diabetes: effects of micro- and macrovascular complications. // Diabetologia 2003. Vol. 46, P. 940–94

8. Новик А. А., Ионова Т. И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. Москва: «ОЛМА Медиа Групп», 2007. С.320

9. ADDQoL, Лицензия от Prof. Clare Bradley: 24.2.94. Russian for Russia 12.8.10 (from Standard UK English rev. 1.3.06) Health Psychology Research, Dept of Psychology, Royal Holloway, University of London, Egham, Surrey, TW20 0EX, UK для Dr. Mariia Novoselova, Siberian State Medical University, ref. HPR 1153

10. Nasreddine Z.S., Phillips N.A., Bédirian V., Charbonneau S., Whitehead V., Collin I., Cummings J.L., Chertkow H. The Montreal Cognitive Assessment (MoCA®): A Brief Screening Tool For Mild Cognitive Impairment. // J Am Geriatr Soc. 2005.Vol.53, P.695–699

11. Sinclair A. J., Girling A. J., Bayer A. J. Cognitive dysfunction in older subjects with diabetes mellitus: impact on diabetes self-management and use of care services. All Wales Research into Elderly (AWARE) Study // Diabetes Research and Clinical Practice. 2000. Vol. 50, P. 203–212

12. Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia. Report of WHO/IDF Consultation, 2006.

13. ISPAD Clinical Practice Consensus guidelines.2009

14. Дедов И. И., Шестакова М. В. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом. 6-е изд. Москва: Министерство здравоохранения Российской Федерации Российская ассоциация эндокринологов ФГБУ Эндокринологический научный центр, 2013. С.120

15. <http://www.mocatest.org/default.asp> (Дата обращения: 10.12.2013)

16. Исследование тревожности (Ч.Д.Спилбергер, адаптация Ю.Л.Ханин) / Диагностика эмоционально-нравственного развития. Ред. и сост. Дерманова И.Б. – СПб., 2002. С.124-126

17. Малкина-Пых И. Г. Экстремальные ситуации. — М.: Изд-во Эксмо, 2005. — 960 с. — (Справочник практического психолога).– С.228-233.

18. Новик А. А., Ионова Т. И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. Москва: «ОЛМА Медиа Групп», 2007. С.320

19. ADDQoL, Лицензия от Prof. Clare Bradley: 24.2.94. Russian for Russia 12.8.10 (from Standard UK English rev. 1.3.06) Health Psychology Research, Dept of Psychology, Royal Holloway, University of London, Egham, Surrey, TW20 0EX, UK для Dr. Mariia Novoselova, Siberian State Medical University, ref. HPR 1153

20. Гланц С. Медико-биологическая статистика. Пер. с англ. – М., Практика,1998. С.459

21. Гублер Е.В., Генкин А.А. Применение непараметрических критериев статистики в медико-биологических исследованиях. Л.: Медицина, 1973, С.144.

22. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология: Основы доказательной медицины. М.: Медиа Сфера, 1998, С.352
. © М.В.Новоселова, Ю.Г.Самойлова, 2014

УДК 616.248-06

З.М. Орзиев

д.м.н., доцент, заведующий кафедрой
пропедевтики внутренних болезней и высшего
медсестринского дела Бухарского государственного
медицинского института

Д.Х. Юлдашева

Ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней
и высшего медсестринского дела
Бухарского государственного
медицинского института

У.К. Абдуллаева

Магистр кафедры пропедевтик внутренних болезней
и высшего медсестринского дела
Бухарского государственного
медицинского института

СПОСОБ РАННЕГО ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХОЛЕЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ, ОСНОВАННОГО НА ДИНАМИЧЕСКОМ КОНТРОЛЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ pH ЖЕЛЧИ БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЮ

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) является одним из наиболее распространенных заболеваний человека и занимает третье место в структуре заболеваемости после сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета. Эпидемиологические исследования заболеваемости ЖКБ свидетельствуют о том, что количество больных в мире каждое десятилетие увеличивается как минимум вдвое. В целом в Европе и других регионах мира ЖКБ выявляется у 10–40% населения различного возраста. В нашей стране частота этого заболевания колеблется от 5% до 20%. На северо-западе России камни в желчном пузыре (ЖП) выявляются в среднем у каждой пятой женщины и у каждого десятого мужчины [1,2,3,6,11]. За последние годы наглядно возрос удел неинвазивных методов лечения ЖКБ, среди которых следует особо подчеркнуть значение медикаментозного перорального литолиза желчных камней. Медикаментозный пероральный литолиз предполагает применение пер os лекарственных средств для получения эффекта растворения желчных камней. В настоящее время с этой целью используют препараты Урсодезоксихолиевой кислоты (УДХК), поэтому метод часто называют урсотерапией. Эффективность этого препарата при лечении холелитиаза была подтверждена в дальнейшем во многих работах. По этому УДХК в связи с небезопасностью оперативного вмешательства, а также нередко развивающимися постхолелитиэктомическими осложнениями, стало широко применяться при лечении желчнокаменной болезни.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленных задач было обследовано 63 больных ЖКБ, из них 21 (33%) мужчин и 42 (67%) женщин в возрасте от 18 до 57 года (средний возраст $34 \pm 4,2$). Диагноз ЖКБ верифицировался на основании результатов клинико-anamnestических, ультрасонографических, pH метрических, у не-

корых больных рентгенологических и эндоскопических исследований. В круг исследования были включены больные ЖКБ с жалобами на горечь во рту и жжение за грудиной старше 18 лет, у которых было получено информированное согласие на проведение клинико-инструментального обследования. Оценка симптомов ЖКБ (горечь во рту, жжение за грудиной) осуществлялась с помощью количественной 5-бальной шкалы Ликерта: 1 балл – симптомы отсутствуют; 2 балла – слабая интенсивность (можно не замечать, если не думать); 3 балла – умеренная выраженность симптомов (не удается не замечать, но не нарушают дневную активность или сон); 4 балла – сильная интенсивность (симптомы нарушают дневную активность или сон); 5 баллов – очень сильная интенсивность (невозможны дневная активность или сон). Все больные были разделены на две репрезентативные группы по возрасту и количеству пациентов, средней продолжительности анамнеза, гендерным показателям, выраженности ИМТ по Кетле: 36(57%) больных с различными видами нарушения моторной функции желчного пузыря, 27(43%) больных с избыточной массы тела и ожирением. Обе группы больных принимали препарат урсосан (в виде капсуле 250 мг) по простой схеме: по 8-10 мг/кг/сут 3 месяц. Терапевтический эффект препарата урсосана оценивалось с помощью количественной 5-бальной шкалы Ликерта в 1,45,90 днях. Основным критерием для разграничения больных служил характер желчи, который изучался с помощью кратковременной pH-метрии, сначала *in vivo*, а затем *in vitro*. Для осуществления последнего желчь извлекалась через эндоскоп и тут же погружался в пробирку, затем *ex tempore* проводилась PH – метрия, с помощью универсального pH-метра BFRL-S20 (КНР). Контролем служили результаты pH-метрии *in vivo* 12 практически здоровых лиц. На проведение исследования были получены согласия самых участников и членов этического комитета по правам человека в биомедицине при Бухарском медицинском институте. Полученные результаты обрабатывались статически с использованием t-критерия Стьюдента и достоверной считалась разница в тех случаях, когда выражалась $p < 0,05$.

Результаты исследования позволяют сделать следующие выводы:

Оценка клинических симптомов на фоне лечения препаратом Урсосан (M±m)

Группа	Жалобы	1-й день	45-й день	90-й день	p
1-я с различными видами нарушения моторной функции желчного пузыря n=36 (57%)	Горечь во рту 31 (86%)	3,5±0,17	3,0±0,21	2,4±0,22	p1,14=0,0149 p14,28=0,0051 p1,28=0,00109
	Жжение за грудиной 27 (75%)	2,2±0,20	2,0±0,37	1,7±0,30	p1,14=0,4433 p14,28=0,193 p1,28=0,0149
2-я с избыточной массы тела и ожирением n=27 (43%)	Горечь во рту 19 (70%)	3,2±0,21	2,5±0,25	1,6±0,27	p1,14=0,0031 p14,28=0,00075 p1,28=0,00002
	Жжение за грудиной 21 (72%)	1,7±0,26	1,4±0,22	1,1±0,10	p1,14=0,081 p14,28=0,0811 p1,28=0,0239

Как видно из таблицы, на 45-й день лечения в 1-й группе больных, горечь во рту оценена в 3,0±0,21 балла, жжение за грудиной – в 2,0±0,37 балла (различия с показателями до лечения достоверны лишь для горечь во рту; $p=0,0149$). Во 2-й группе горечь во рту оценена в 2,5±0,25 балла, жжение за грудиной – в 1,4±0,22 балла (различия до-

стостерны только для горечя во рту до лечения и на 45-й день лечения; $p=0,0031$). На 90-й день лечения в 1-й группе средний балл для горечя во рту составил $2,4 \pm 0,22$, для жжения за грудиной – $1,7 \pm 0,30$. Только показатель горечя во рту достоверно отличался от такового в 1-й день (до лечения) и на 45-й день лечения ($p=0,0051$). Для жжения за грудиной достоверное различие наблюдалось лишь между 1-м и 45-м днями лечения ($p=0,0149$). Во 2-й группе после завершения лечения средний балл для горечя во рту был $1,6 \pm 0,27$, для жжения за грудиной – $1,1 \pm 0,10$. Для горечя во рту этот показатель достоверно отличался от такового в 1-й день ($p=0,00075$). Для жжения за грудиной было достоверным различие – между исходной позицией и 90-м днем лечения ($p=0,0239$). Оценка терапевтической эффективности Урсосана по шкале Лайкерта представлена на рис. 1 и 2. Из рисунков видно, что зафиксировано достоверное снижение интенсивности всех клинических симптомов на фоне лечения Урсосаном (капсулы).

Рис. 1. Оценка терапевтической эффективности по шкале Likert препарата Урсосан с различными видами нарушения моторной функции желчного пузыря



Рис. 2. Оценка терапевтической эффективности по шкале Likert препарата Урсосана с избыточной массы тела и ожирением



У больных заболевших ЖКБ показатели рН метрии отличается от здоровых лиц. У I группе больных средние показатели рНметрии желчи составил $6,9 \pm 0,1$, а у контрольный группы показатели отличается: ($7,4 \pm 0,2$) достоверная разница составляет ($p < 0,001$). А у II группе больных этот показатель составил $6,8 \pm 0,1$, достоверная разница составляет ($p < 0,05$), показатели отличался от I группе тоже ($p < 0,001$). Обе группы больных заболевшие ЖКБ клинические и рН метрические изменение изучались по отдельности. В течении исследования было установлено что клинические и рН метрические показатели ЖКБ связано с применением препарата урсосана. Это встречалось у 80% больных. Надо констатировать что влияние препарата урсосана на клинические и рНметрические показатели ЖКБ наблюдалось не одинаково, у кого-то специфический уровень выше, а у кого-то ниже.

Выводы. Проведение 90дневного курса терапии препаратом Урсосана в виде капсулы больным ЖКБ достоверно снижает частоту выявления и выраженность основных симптомов заболевания - горечи во рту и жжения за грудиной. Установлена хорошая переносимость 90 дневного курса терапии препаратом Урсосана у больных ЖКБ. Побочные реакции в виде легкой тошноты, рвоты наблюдались у одного пациента, принимавшего препарат. Препарат Урсосан может быть успешно использован как в моно-терапии, так и в комплексной терапии больных ЖКБ, в том числе и как гепатопротектор.

Список литературы

1. Болезни печени и желчевыводящих путей: Руководство для врачей / Под ред. В.Т.Ивашкина. М.: ООО «Издательский дом М-Вести», 2002. 416 с.
2. Болезни желчного пузыря и желчевыводящих путей: учеб. пособие / Д. И. Трухин, И. В. Викторова, Е. А. Лялюкова. – СПб.: СпецЛит, 2011.
3. Бурков С.Г. О последствиях холецистэктомии или постхолецистэктомическом синдроме // Consilium medicum, гастроэнтерология. 2004. Т. 6, № 2, с. 24–27.
4. Григорьев П.Я., Солуянова И.П., Яковенко А.В. Желчнокаменная болезнь и последствия холецистэктомии: диагностика, лечение и профилактика // Лечащий Врач. 2002, № 6, с. 26–32.
5. Шерлок Ш., Дули Дж. Заболевания печени и желчных путей: Практик. рук.: Пер. с англ. под ред. З.Г.Апросиной, Н.А.Мухина. М.: Гэотар Медицина, 1999. 864 с.

УДК 616.248-06

З.М. Орзиев

д.м.н., доцент, заведующий кафедрой

Бухарский государственный медицинский институт. Узбекистан

Д.Х. Юлдашева

ассистент кафедры,

Бухарский государственный медицинский институт. Узбекистан

Н.Ш. Исамитдинова

магистр 1 курса

Бухарский государственный медицинский институт. Узбекистан

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ НПВС ИНДУЦИРОВАННЫХ ГАСТРОДУОДЕНОПАТИЙ

Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) принадлежат к числу наиболее часто назначаемых лекарственных средств в мировой медицинской практике. Безрецептурный отпуск, неконтролируемый приём НПВС является причиной развития многочисленных осложнений, наиболее опасными среди которых являются эрозивно-

язвенные поражения желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) [1,2]. Опасность НПВС-индуцированных поражений ЖКТ заключается в том, что зачастую они клинически проявляются не в тот момент формирования самого дефекта гастродуоденальной слизистой, а в период развития их облигатных осложнений – перфораций или кровотечений [2]. По данным разных авторов частота НПВС-индуцированных поражений ЖКТ колеблется от 6,8%-25,5% при приеме высокоселективных НПВС [3] и менее селективных до 50-75% при длительной терапии НПВС [4,5]. Исчерпывающий анализ причин и механизмов развития НПВС индуцированных гастропатий, связанных с одной стороны видом применяемых группы лекарственных средств, а с другой анатомо-физиологическими, возрастными и гендерными особенностями лиц, их употребляющих – позволит разработке комплекса мер по предупреждению развития патологий гастродуоденальной слизистой [5].

Цель. Изучение особенностей клинико-эндоскопических проявлений НПВС индуцированных гастродуоденопатий.

Материалы и методы. В исследования были вовлечены 64 больных с НПВС индуцированными гастродуоденопатиями из них 30 (47%) мужчин и 34 (53%) женщин в возрасте от 18 до 57 года (средний возраст $34 \pm 4,2$). Все больные были разделены на две репрезентативные группы по возрасту и количеству пациентов, средней продолжительности анамнеза, гендерным показателям. На проведение исследования были получены согласия пациентов и членов этического комитета по правам человека в биомедицине при Бухарском медицинском институте. В исследования были включены больные с гастродуоденопатиями с разными жалобами на диспепсические расстройства в возрасте старше 18 лет, у которых было получено информированное согласие на проведение клинико-инструментальное обследование. Первую группу составляла 35 (54,7%) больных принимавшие НПВС у которых в анамнезе имелись болезни ЖКТ, а именно, больные с гастритом, с эрозиями и язвенной болезнью. Вторую группу - 29 (45,3%) больных принимавшие НПВС у которых в анамнезе не отмечались болезни ЖКТ. Оценка симптомов НПВС индуцированных гастродуоденопатий осуществлялась с помощью количественной 4-балльной шкалы Ликерта: симптом отсутствует – 0 баллов, слабо выражен, выявляется при расспросе – 1 балл, умеренно выражен – 2 балла, постоянно ощущается, но не препятствует повседневной деятельности – 3 балла, тяжелый, препятствует повседневной деятельности – 4 балла. Также всем больным было проведено эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС). Поскольку, в настоящее время отсутствует шкала оценки данных ЭГДС, специфичная для гастродуоденальных повреждений, индуцированных приемом НПВП, была проведена стандартная оценка состояния слизистой оболочки верхних отделов желудочно-кишечного тракта. При статистической обработке использовался метод Стьюдента. Различия между изучаемыми результатами считались достоверными при $p < 0,05$. Контролем служили результаты клинико-эндоскопических исследований 12 практически здоровых лиц.

Обсуждение. Показатели клинических симптомов больных с НПВС индуцированными гастропатиями и лиц контрольной группы существенно различались между собой.

Таблица 1

Показатели ведущих клинических признаков НПВС ассоциированных гастродуоденопатий по шкале Ликерта

Признаки	Показатели больных принимавших НПВП и имеющие в анамнезе болезни ЖКТ (n=35)		Показатели больных принимавших НПВП и не имеющие в анамнезе болезни ЖКТ (n=29)	
	Частота	Выраж. (в баллах)	Частота	Выраж. (в баллах)
1.Изжога	32 91,4%	3,4±0,3	20 69%	1,5±0,5*

2.Тошнота	19 54,3%	3,3±0,2	10 34,4%	1,4±0,3*
3. Болевой синдром с локализацией:	30 85,7%	3,4±0,4	17 58,6%	2,1±0,4*
а) в эпигастрии	15		8	
б) за грудиной	42,8%	2,5±0,4	27,6%	1,8±0,4*
4. Анорексия	4/11,4%	2,2±0,4	2/7%	1,2±0,3*

Примечание: * $p<0,05$; ** $p<0,001$ – достоверность изменений по отношению группы больных с НПВС индуцированными гастродуоденопатиями в анамнезе которых имеются болезни ЖКТ. У первой группы больных симптом изжоги составлял 91,4% и у второй группы 69% соответственно. Вместе с тем, чувство изжоги было средним (++) или очень выраженным (+++) у больных первой группы. В то же время у пациентов второй группы это ощущение проявлялось гораздо слабее (+). Другим выявленным отличием в показателях симптома боли в эпигастрии и за грудиной были особенности его проявления у обследованных больных. Боли в эпигастриальной области ощущались у 85,7% больных первой и у 58,6% больных второй группы. А боли за грудиной встречались у 42,8% больных первой и у 27,6% больных второй группы. Ощущение боли было средним (++) и высоким (+++) у больных первой группы. Тогда как у больных второй группы эти ощущения были слабыми (+), средними (++) и у некоторых симптомы отсутствовали. Тошнота чаще наблюдалась у больных первой группы (54,3%). В тоже время у пациентов второй группы частота распространения данного симптома оказалась на порядок ниже (34,4%). Помимо этого тошнота у больных обеих групп отличалась также уровнем ощущения данного клинического признака. Так, у больных принимавших НПВП и имеющие в анамнезе болезни ЖКТ чувство тошноты было средним (++) или очень выраженным (+++). В то же время у пациентов больных принимавших НПВП и не имеющих в анамнезе болезни ЖКТ это ощущение проявлялось гораздо слабее (+). Следует подчеркнуть, что только лишь симптом анорексии более равномерно встречался у больных с НПВС индуцированными гастродуоденопатиями вне зависимости от анамнеза. При эндоскопическом исследовании частота патологии желудочно-кишечного тракта, возникшей на фоне приема НПВП, была следующей: множественные эрозии желудка и/или двенадцатиперстной кишки отмечены у 30(85,9%) больных первой группы и 23(79,7%) второй группы ($p<0,001$); язвы желудка и/или двенадцатиперстной кишки – у 6(20,3%) и 5(14,1%) соответственно ($p<0,001$). В исследуемых группах эрозии гастродуоденальной зоны выявлены у лиц старше 40 лет в 93,7% и 79,4%случаях соответственно ($p<0,05$). В обеих группах преобладали пациенты с множественными эрозиями слизистой оболочки желудка (СОЖ). Эрозии располагались в антральном отделе желудка в виде цепочек, идущих по направлению к привратнику, имели в большинстве случаев характер острых, реже встречались эрозии в виде папул с пупковидным вдавлением в центре или с небольшим изъязвлением на их вершине. Соотношение язв желудка и ДПК у больных первой группы 1,8:1; второй группы – 1:1. Сочетанные язвы желудка и ДПК составляли соответственно 3 (8,3%) больных в первой группе и 2 (6,3%) во второй группе от общего числа НПВП-индуцированных язв. По числу язвенных поражений в обеих группах преобладали больные с одиночными язвами (72,7 и 93,8%). Около 32(91,0%) больных первой группы и 16 (56,3%) второй группы имели размер язв<10мм; а у 3 (9,0%) больных первой и 13(43,8%) больных второй группы соответственно>10мм. Размеры язвенного дефекта в желудке превосходили размеры дуоденальных язв. Эрозивно-язвенные кровотечения были выявлены у 4 больных 11,4% и 1 больного 2,85% первой и второй групп

соответственно. Источником кровотечения у 86,7% больных первой группы и 77,8% второй группы явились эрозии и язвы, локализованные в желудке, и только в 13,3% и 22,2% соответственно в ДПК. У одного больного первой группы язва луковицы ДПК перфорировала с развитием острого (перфоративного) перитонита. Типичная клиническая картина кровотечения из верхнего отдела пищеварительного тракта (рвота «кофейной гущей», мелена) имела место только у одного больного из первой группы. У остальных она проявлялась только общими симптомами кровопотери с гипоксией микроциркуляторного генеза и нарушением перфузии жизненно важных органов. Таким образом, наличие в анамнезе желудочно-кишечных болезней у больных принимавших НПВС клинико-эндоскопические признаки оказались более выраженными; а в случае отсутствия анамнеза желудочно-кишечных заболеваний эти показатели проявлялись гораздо слабее.

Список литературы

1. Доказательная медицина. Клинические рекомендации + фармакологический справочник. Выпуск 1. / Под ред. И.Н. Денисова, Ю.Л. Шевченко. - М.: ГЭОТАР-МЕД-2004. - 1184 с.

2. Муравьев Ю.В. Почему селективный ингибитор циклооксигеназы-2 нимесулид может снизить функцию почек? / Муравьев Ю.В., Цапина Т.Н. //Клин, фармакол. и тер. -2003. -№12 (1)-С. 60-61.

3. Tabet N. Ibuprofen for Alzheimer's disease (Cochrane Review) / Tabet N, Feldmand H.//The Cochrane Library. Issue 2. - 2004.

4. Tulder MW. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for low back pain (Cochrane Review) / Tulder MW van, Scholten RJP, Koes BW, Deyo RA. // The Cochrane Library. Issue 3. - 2004.

5. Watson MC. Non-aspirin, non-steroidal anti-inflammatory drugs for treating osteoarthritis of the knee (Cochrane Review). / Watson MC, Brookes ST, Kirwan JR, Faulkner A. // In: The Cochrane Library, Issue 3. 2004.

УДК 617-089.844

А.С. Панчишкин,

ассистент кафедры хирургических болезней
педиатрического и стоматологического факультетов ВолгГМУ,
г. Волгоград, Российская Федерация

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬШИХ И ГИГАНТСКИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ В СОЧЕТАНИИ СО СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНЬЮ БРЮШНО ПОЛОСТИ

Введение: Проблема послеоперационных вентральных грыж возникла на заре развития абдоминальной хирургии, когда большинство оперативных вмешательств на органах брюшной полости заканчивалось формированием грыж. Внедрение асептики и антисептики, усовершенствование методики зашивания послеоперационной раны и использование новых шовных материалов на рубеже XIX-XX веков, позволило радикально сократить частоту формирования послеоперационных вентральных грыж. В настоящее время в Российской Федерации число операций на органах брюшной полости приближается к 1 миллиону в год и ежегодно растет, при этом послеоперационные

вентральные грыжи выявляются примерно у 10-15% оперированных пациентов, несмотря на значительный прогресс хирургических технологий, расширение возможностей предоперационной подготовки и лечения в послеоперационном периоде [2]. В то же время грыжи переднебоковой стенки живота являются фактором, способствующим образованию спаек в брюшной полости. Спайки до настоящего времени считаются одним из самых сложных и непрогнозируемых осложнений полостной хирургии, порождая ряд клинических проблем и значительно усложняя технику оперативного вмешательства [1].

Цель исследования: определить эффективность противоспаечных барьерных средств, применяемых для профилактики рецидива спаечной болезни у пациентов с послеоперационными вентральными грыжами при различных вариантах аллопластики.

Материалы и методы: в клинике хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов ВолГМУ прооперировано 36 пациентов с послеоперационными вентральными грыжами большого и гигантского размера с применением современных аллотрансплантатов и средств профилактики рецидивного образования спаечной болезни. Основную группу исследования составили 25 пациентов с послеоперационными вентральными грыжами, которым после грыжесечения и адгезиолизиса в брюшную полость инстиллировали препарат «Мезогель», а затем выполнили аллопластику передней брюшной стенки комбинированным способом. Во вторую группу были включены пациенты (n=11), которым выполнялась ненатяжная герниопластика с применением композитной полипропиленовой сетки, имеющей антиадгезивное покрытие.

Результаты. Результаты лечения оценивали комплексно, по совокупности клинических и ультразвуковых исследований. У 23 пациентов основной группы послеоперационный период протекал без осложнений. У 1 пациента в раннем послеоперационном периоде диагностировано нагноение гематомы, расположенной под трансплантатом, которая была санирована. У 1 пациентке в позднем послеоперационном периоде диагностировали гематому в зоне аллопластики без признаков нагноения, которая так же была санирована. В группе пациентов, которым выполнялась ненатяжная герниопластика, у 6 пациентов послеоперационный период также протекал без осложнений. У 1 пациента на 3 сутки послеоперационного периода диагностирована подкожная эвентерация с явлениями острой странгуляционной кишечной непроходимости, ввиду нарушения постельного режима пациентом, послужило выполнению повторной операции. Выполнена ненатяжная реаллопластика грыжевых ворот полипропиленовой сеткой, имеющей антиадгезивное покрытие. Вторым слоем укрепили полипропиленовую сетку. Далее, у данного пациента зафиксирован обширный некроз кожи в нижней трети послеоперационной раны, вследствие снижения регенераторных способностей и дистрофических изменений в рубцово-измененных тканях. Пациенту проводились ежедневные санационные, мазевые перевязки (мазь «Левомеколь»). Гнойных осложнений со стороны послеоперационной раны не было. У 1 пациентки, которой выполнена лапароскопическая холецистэктомия, грыжесечение с ненатяжной герниопластикой с применением композитной полипропиленовой сетки по поводу хронического калькулезного холецистита и гигантской послеоперационной грыжи, в послеоперационном периоде отмечен некроз кожи и подкожно-жировой клетчатки. Выполнена некрэктомия до полипропиленовой сетки. В последующем проводилось ФТЛ, ежедневные перевязки с мазью «Левомеколь». За время наблюдения гнойного отделяемого не получено.

При ультразвуковом мониторинге брюшной полости, выполненном на 5-7 сутки послеоперационного периода у остальных пациентов обеих групп, выявлено, что смещаемость полых органов относительно передней брюшной стенки составила более 2,0 см у 26 человек, что свидетельствует об отсутствии висцеро-париетальных сращений.

Вывод. Применение препарата «Мезогель», композитных полипропиленовых сеток с антиадгезивным покрытием «Parietene composite» и «Vard composix» у больных с послеоперационными вентральными грыжами, позволяет минимизировать риск возникновения бронхо-легочных и сердечно-сосудистых осложнений, спаечной болезни брюшной полости и необходимости повторного хирургического лечения после аллопластики.

Список используемой литературы:

1. Воробьев А.А., Бебуришвили А.Г. Хирургическая анатомия оперированного живота и лапароскопическая хирургия спаек. – Волгоград: Государственное учреждение «Издатель», 2001. – 240 с.;
2. Седов В.М., Гостевской А.А. Послеоперационные вентральные грыжи. – СПб.: ООО «Человек», 2010. – 162.

© Панчишкин А.С., 2014

УДК 616.441-008.63

Л.В. Полякова, С.А. Калашникова
Волгоградский государственный медицинский университет,
Волгоградский медицинский научный центр,
г. Волгоград, Российская Федерация

РОЛЬ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫХ РАССТРОЙСТВ В РЕПАРАТИВНЫХ ПРОЦЕССАХ ТИРЕОИДНОЙ ПАРЕНХИМЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

В настоящее время эндогенная интоксикация (ЭИ) сопровождает многие патологические состояния (синдром длительного раздавливания, гнойные инфекции, панкреатит, тиреотоксикоз, патологию печени и почек и т.д.) [2;4]. Морфологическими проявлениями хронической ЭИ являются изменения микроциркуляции, цитотоксическое повреждение паренхимы эндогенными токсическими соединениями, активация фибропластических процессов [5]. Основное значение в развитии морфологических изменений во внутренних органах придается нарушениям микроциркуляции, в том числе и эндотелиальной дисфункции, сопровождающейся снижением выработки тромбосана A_2 , простаглицлинов и т.д. Особенности строения сосудистого русла органов эндокринной системы обусловлены непосредственной секрецией гормонов в кровь и поддержанием гомеостаза организма [1]. Однако, обильное кровоснабжение эндокринных органов делает их уязвимыми к различного рода интоксикациям и развитию гормонального дисбаланса, в том числе тиреоидных гормонов, синтезируемых щитовидной железой (ЩЖ) [3]. В связи с этим актуальным представляется изучение микроциркуляторных расстройств тиреоидной паренхимы при хронической ЭИ с определением регенераторного потенциала тироцитов после прекращения токсического воздействия.

Целью настоящего исследования было определение роли сосудистого компонента в развитии патоморфологических изменений щитовидной железы при хронической ЭИ и выявление основных закономерностей структурно-функционального восстановления тиреоидной паренхимы.

Моделирование хронической ЭИ проводилось на 90 крысах-самцах, путем сочетанного введения тетрахлорметана (ТХМ) и бактериального липополисахарида (ЛПС) в течение 30, 60 и 90 сут эксперимента. Затем в течение 30 сут никаких манипуляций не проводили, после этого животных выводили из эксперимента путем передозировки нембуталового наркоза с последующим исследованием уровня периферических тиреоидных гормонов (Т₃, Т₄) и забором ткани ЩЖ для гистологического исследования (окраска гематоксилином и эозином, по Ван Гизон), а также иммуногистохимического исследования экспрессии eNOS-3.

Было установлено, что морфологические изменения сосудистого русла при хронической ЭИ характеризовались периваскулярным отеком, полнокровием капилляров, мелкоочаговыми кровоизлияниями, которые были выявлены на фоне увеличения объемной доли (ОД) соединительной ткани и наиболее выражены на 90 сут (табл. 1).

Таблица 1

Морфометрические показатели	Сроки эксперимента			
	Контроль (n=15)	30 сут (n=10)	60 сут (n=10)	90 сут (n=10)
ОД стромы, %	1,1±0,1	2,1±0,1*	5,2±1,1*#	10,1±1,9*#
ОД сосудистого русла, %	1,3±0,1	2,8±0,1*	9,3±0,9*#	14,5±1,2*#
eNOS-3, %	1,5±0,2	3,8±0,3*	4,7±0,1*#	5,1±0,4*

* $p < 0,05$ по сравнению с контрольными крысами; # $p < 0,05$ по сравнению с предыдущим сроком

При оценке экспрессии eNOS-3 было выявлено, что фрагменты поврежденного эндотелия совпадали с участками скопления иммунопозитивных клеток и сопровождалась увеличением ОД соединительной ткани. Таким образом, при длительном воздействии эндогенных токсических соединений со стороны сосудистого русла наблюдались неспецифические изменения повреждения эндотелия на фоне увеличения экспрессии eNOS-3, которая является одним из ведущих компонентов в развитии NO-зависимой эндотелиальной дисфункции.

При гистологическом исследовании ткани ЩЖ после прекращения токсического воздействия в течение 30 сут было установлено, что патоморфологические изменения зависели от длительности токсического воздействия. Так, наиболее сохранной оказалась ткань ЩЖ после 30 сут токсического воздействия, где патоморфологические изменения оказались обратимыми с частичным восстановлением тиреоидной паренхимы и незначительным увеличением ОД соединительной ткани. На 60 сут и 90 сут, где наблюдались явления стромальной пролиферации с обособлением фолликулов в отдельные тиреоны, преимущественно микрофолликулярной трансформацией тиреоидной паренхимы. При этом, прекращение токсического воздействия не оказывало существенного влияния на репаративную регенерацию за исключением активации пролиферации интра- и интерфолликулярного эпителия. При оценке профиля периферических тиреоидных гормонов на различных сроках эксперимента нами было установле-

но, что происходило увеличение уровня T_3 и T_4 в сыворотке крови экспериментальных животных (рис.1). Однако, концентрация T_3 достигала максимальных значений на 60 сут, в то время как спустя 30 сут после прекращения токсического воздействия наблюдалось резкое снижение уровня T_3 .

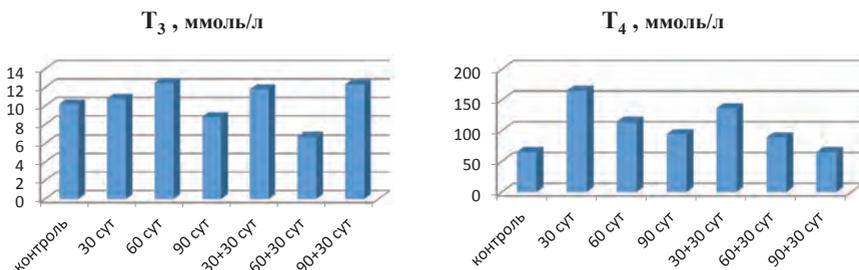


Рис. 1. Динамика показателей тиреоидных гормонов при хронической ЭИ и после прекращения токсического воздействия на различных сроках эксперимента.

При анализе уровня T_4 было установлено, что максимальная концентрация наблюдалась на 30 сут и продолжала оставаться достаточно высокой спустя 30 сут после прекращения токсического воздействия. На 90 сут эксперимента концентрация T_4 несколько снижалась и спустя 30 сут после прекращения введения токсических веществ не имела достоверных отличий от показателей контрольной группы.

Таким образом, при сопоставлении патоморфологических изменений ЩЖ и уровня тиреоидных гормонов установлено, что по мере увеличения срока эксперимента наблюдалось прогрессирующее повреждение эндотелия сосудов со стимуляцией неоангиогенеза и увеличением ОД соединительной ткани наряду с пролиферацией тироцитов и повышением уровня тиреоидных гормонов, что может лежать в основе возникновения неконтролируемых тиреотоксических кризов. Кроме этого, после прекращения введения токсических препаратов на ранних сроках эксперимента наблюдались обратимые изменения паренхимы за счет резко повышенного уровня гормонов ЩЖ с развитием тиреоидной дисфункции. Однако, по мере увеличения сроков эксперимента выявлялись необратимые патоморфологические изменения, с формированием автономных очагов гормонопоэза наряду с повышенным уровнем T_3 , в то время как концентрация общего T_4 свидетельствовала о «мнимом» благополучии. Таким образом, при хронической ЭИ происходит развитие эндотелиальной дисфункции с формированием необратимых изменений ЩЖ и развитием гормонального дисбаланса несмотря на прекращение введения токсических веществ.

Список использованной литературы:

1. Боташева В.С., Хатуева А.А. Динамика гистологических изменений щитовидных желез при экспериментальном тиреотоксикозе // Ветеринарная патология. - 2013. - №1. - С. 101-103.
2. Ивлиева Е.С., Догадин С.А., Ивлиев С.В. Патология щитовидной железы у больных с хронической почечной недостаточностью // Сибирское медицинское обозрение. - 2010. - Т. 62., №2. - С. 21-25.
3. Маленченко А.Ф., Ермакова О.В., Раскоша О.В. Биологическое действие природного урана на щитовидную железу // Астраханский медицинский журнал. - 2012. - Т.7, №4. - С. 174-176.

4. Надольник Л.И. Стресс и щитовидная железа // Биомедицинская химия. -2010. - Т. 56, №4. - С. 443-456.

5. Цыган В.Н., Казаков С.П., Заботина Т.Н., Кушлинский Н.Е. Маркеры апоптоза и пролиферации у больных с онкологическими и аутоиммунными заболеваниями щитовидной железы // Вестник Российской военно-медицинской академии. - 2010. - Т.4. - С. 197-204.

© Л.В. Полякова, С.А. Калашникова, 2014

УДК:616.153.455-008.61-02:613.863]-085

И.Н. Прелоус., А.В. Николенко

ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия
имени академика Е.А. Вагнера»
Министерства здравоохранения России. г. Пермь.

ИНТЕНСИВНАЯ ИНСУЛИНОТЕРАПИЯ СТРЕССОВОЙ ГИПЕРГЛИКЕМИИ. НОВЫЙ СПОСОБ КОРРЕКЦИИ

Сегодня очевидно, что критическое состояние сопровождается развитием инсулино-резистентности, толерантности к глюкозе и гипергликемией, что терминологически формулируется как "хирургический (травматический) диабет"[5,6].

Порговые значения стрессовой гипергликемии до настоящего времени остаются предметом широкой дискуссии. Подавляющее большинство авторов стресс индуцируемую гипергликемию рассматривают, как повышение концентрации глюкозы крови у больных, ранее не страдавших сахарным диабетом более 8,3 ммоль/л [3].

В настоящее время доказана необходимость сохранения эугликемии у пациентов с urgentными хирургическими заболеваниями брюшной полости, осложненными перитонитом, находящихся в критическом состоянии в отделении реанимации и интенсивной терапии. В среднем около половины всех реанимационных и хирургических пациентов имеют повышенный уровень глюкозы в крови [1].

Длительная гипергликемия приводит к развитию гликозилирования мембранных и плазменных протеинов, угнетая их специфические функции, в том числе рецепторную, транспортную и иммунную. В результате гипергликемия сопровождается изменениями рН, осмолярности плазмы, нарушениями волемического статуса, специфической и не специфической защиты организма. Не у кого не вызывает сомнения, что эти нарушения требуют проведения интенсивной терапии [2].

Сохранение нормогликемии вписывается в современную стратегию интенсивной терапии критических состояний - полноценной поддержки функции наряду с ИВЛ компенсацией гиповолемии, нормализацией сосудистого тонуса и контрактильной способности миокарда, искусственным питанием. Важность контроля гликемии отмечена в международных междисциплинарных рекомендательных протоколах [3]. Интенсивная инсулинотерапия включает в себя непрерывную инфузию инсулина короткого действия, со скоростью необходимой для достижения уровня гликемии менее 8,3 ммоль/л [7].

Однако использование инсулина короткого действия с целью достижения нормогликемии остается спорным, так как небольшая передозировка препарата чревата серьез-

ными осложнениями [6]. Многочисленными исследованиями доказано, что ИИТ у 5-8 % больных приводит к гипогликемии, при которой показана экстренная коррекция. [4].

Высокая вероятность развития тяжелой гипогликемии при использовании инсулина короткого действия - главный сдерживающий фактор широкого применения метода в клинической практике. Однако в современной эндокринологии появились новые тенденции в инсулинотерапии: были получены принципиально новые, высокоочищенные генно-инженерные препараты инсулина.

Цель исследования. Разработать новую методику коррекции стрессовой гипергликемии у больных с острой хирургической патологией органов брюшной полости.

Материалы и методы. Работа выполнена на базе отделения реанимации Пермской краевой клинической больницы. Для оценки эффективности новой методики интенсивной инсулинотерапии, с целью коррекции стрессовой гипергликемии проведено одноцентровое рандомизированное открытое контролируемое, методом конвертирования исследование 50 больных с острой хирургической патологией органов брюшной. В исследование вошли: 13 больных желчекаменной болезнью, острым холециститом, 15 острой кишечной непроходимостью, 19 перфоративной язвой желудка и ДПК, 3 закрытой травмой живота, 10 острым аппендицитом, осложненные перитонитом.

Рандомизация проводилась с помощью пронумерованных конвертов в равном соотношении (50% - инсулин ультракороткого действия (группа № 1), 50% - инсулин короткого действия + малообъемное энтеральное питание тип «Диабет» (группа № 2). Выборка конвертов осуществлялась случайным лицом (мед.сестрой). Проведение интенсивной инсулинотерапии регламентировалось протоколами - в контрольной группе (введение инсулина короткого действия «Актрапид»), в основной группе (введение инсулина ультракороткого действия «Новорапид»).

Критерии включения: Гипергликемия 8,3 ммоль/л и более, возраст от 16 до 80 лет, поступление в ОРИТ в первые 48 часов от момента оперативного вмешательства.

Критерии исключения: сахарный диабет I и II типов, неадекватная хирургическая коррекция, SOFA 18 БОЛЕЕ баллов, ОПН, требующая гемодиализа, сопутствующая суб- и декомпенсированная хроническая патология почек, печени, сердца, легких, патология поджелудочной железы, предшествующая гормонотерапия, химиотерапия, терминальное состояние, участие в другом исследовании.

При формировании исследуемых групп оценивали первичные критерии (суточную динамику уровней глюкозы крови, оцениваемая с помощью референтного универсального метода - тест полосками глюкометром «Акку-Чек», общий расход инсулина (короткого и ультракороткого) в группах, вводимого для коррекции гипергликемии). Также проводилась оценка вторичных критериев (динамика системной воспалительной реакции, температуры тела, частоты сердечных сокращений, лейкоцитоза, уровень незрелых гранулоцитов, общего белка, альбумина сыворотки крови, лимфоцитов в периферической крови, СРБ). Длительность пребывания в ОРИТ и стационаре, длительность искусственной вентиляции легких. Динамика оценки по шкале SOFA, исход заболевания.

Сравнительный анализ признаков проводился с помощью статистической программы «Statistica Версия 6.0.»

Результаты исследования.

Проведенный сравнительный анализ критериев эффективности оцениваемой методики коррекции стрессовой гипергликемии позволил выявить ряд закономерностей:

Средний возраст и нозологическая структура больных с острой хирургической патологией органов брюшной полости в группах № 1 и № 2 не имели каких - либо отличий.

Койко – день в стационаре был ниже в группе № 1, но достоверных различий получено не было. Койко- день в ОРИТ был достоверно ниже в группе № 1 ($p=0,03$). Длительность искусственной вентиляции легких была достоверно меньше в группе № 2 ($p=0,006$).

Таблица № 1

Общие данные			
	Группа №1 (n=30)	Группа № 2 (n=30)	P*
Возраст, лет	52,70±3,01	54,03±3,24	p=0,06
Длительность ИВЛ	1,90±0,34	1,57±0,27	p=0,006*
Койко – день в стационаре	16,43±1,71	19,33±2,04	p=0,09
Койко – день в ОРИТ	4,93 ± 0,79	6,40±0,82	p=0,03*

Примечания: * - $p<0,05$ (критерий Манна – Уитни)

Не было получено существенных отличий при оценке исходных значений и динамики по шкале SOFA. Однако следует отметить, что тяжесть состояния по шкале SOFA была достоверно ниже в группе № 1 на 5 сутки интенсивной терапии ($p=0,04$).

Анализ первичных критериев эффективности в группах №1 и №2 продемонстрировал снижение расхода инсулина в группе №1, достоверно на 1, 10 сутки интенсивной терапии ($p=0,002$).

Таблица № 2

Расход инсулина			
	Группа № 1 (n=30)	Группа № 2 (n=30)	P *
1 сутки	27,90±3,89	39,70±3,64	p=0,006*
3 сутки	28,20±3,32	32,82±4,63	p=0,09
5 сутки	34,71±5,47	37,00±4,33	p=0,74
7 сутки	16,50±7,50	37,80±6,26	p=0,79
10 сутки	0,000	28,50±1,50	p=0,05*

Примечания: * - $p<0,05$ (критерий Манна – Уитни)

Динамика уровней глюкозы крови в группах №1 и №2 показала достоверное снижение уровня гипергликемии на 1,10 сутки. Эпизоды гипогликемии были зафиксированы в группе №2 в 3,3 % случаев. В группе №1 эпизоды гипогликемии не зафиксированы.

Таблица № 3

Уровень гликемии			
	Группа №1 (n=30)	Группа № 2 (n=30)	P*
1 сутки	8,30±0,85	10,21±0,59	p=0,03*
3 сутки	7,48±0,31	6,46±0,34	p=0,07
5 сутки	6,76±0,34	6,29±0,46	p=0,90
7 сутки	6,70±0,30	6,95±0,17	p=0,59
10 сутки	5,40±0,00	6,33±0,521	p=0,05*

Примечания: * - $p<0,05$ (критерий Манна – Уитни)

Сравнительный анализ вторичных критериев эффективности у пациентов со стрессовой гипергликемией позволил выявить ряд закономерностей:

Выраженность тахикардии в группе №1 была достоверно меньше на 5 суток интенсивной терапии ($p=0,025$). Температура тела имела достоверные отличия в группе №1 на 5,7,10 сутки ($p=0,007$ и $p=0,02$). Лейкоцитоз был меньше в группе №1 на 7,10 сутки, но достоверных отличий получено не было. Уровень незрелых гранулоцитов периферической крови был достоверно меньше в группе №1 на 3 сутки ($p=0,04$).

При оценке динамики маркеров белково-энергетической недостаточности не было выявлено достоверного отличия уровня общего белка между группой №1 и №2, но уровень альбумина на 3, 5, 10 сутки был достоверно выше в группе №1 ($p=0,05$ и $p=0,001$ и $p=0,039$). Уровень С-реактивного белка был меньше в группе №1, но достоверных отличий получено не было.

Вывод

Разработанная новая методика коррекции стрессовой гипергликемии у больных с острой хирургической патологией органов брюшной полости показала, что предложенный метод коррекции стрессовой гипергликемии инсулином ультракороткого действия эффективен и имеет преимущества в сравнении с традиционным способом коррекции инсулином короткого типа действия. Получен патент № 2394592 «Способ коррекции стрессовой гипергликемии у пациентов с острой хирургической патологией органов брюшной полости».

Список использованной литературы

1. Гипергликемия при критических состояниях: возможные пути решения проблемы / Обухова О.А., Кашия Ш.Р., Курмуков И.А., Салтанов А.И. // Вестник интенсивной терапии.- 2008, - №3. - С.39-44.
2. Михельсон, В.А. Специализированное клиническое питание – дополнительные возможности нормализации углеводного обмена в хирургии и интенсивной терапии / В.А. Михельсон // Вестник интенсивной терапии.- 2005. - № 3 – С. 68-74.
3. Руднов, В.А. Клиническая значимость и возможные пути коррекции гипергликемии при критических состояниях / В.А. Руднов // CONSILIUM MEDICUM.- 2006. - № 7. - С. 54-61.
4. Intensive insulin therapy in critically ill patients / G. Van den Berghe, P. Wouters, F. Weekers // N Engl. J. Med. – 2001. - № 345. – P. 1359-1367.
5. Stress-induced hyperglycaemia/ K.C. McCowen, A. Malhotra, B.R. Bistrian // Crit. CareClin. - 2001. - № 17. - P. 107-124.
6. Thorell, A. Insulin resistance: a marker of surgical stress / A. Thorell, J. Nygren // Curr.Opin. Clin. Nutr. Metab. Care. - 1999. - № 21. P. 69-78.
7. Van den Berghe, G. Reactivation of pituitary hormone release and metabolic improvement by infusion of growth hormone-releasing peptide and thyrotropin-releasing hormone in patients with protracted critical illness / G. Van den Berghe et al // J. Clin. Endocrinol. Metab. – 1999. - № 84. – P. 1311-1323.
8. Woolfson, M.J. Control of blood glucose during nutritional support in ill patients / M.J. Woolfson // Intensive Care. – 2000. - № 7. – P. 11-13.

**ИЗУЧЕНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ
НА РАЗВИТИЕ ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН
РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА В Г. НАБЕРЕЖНЫЕ ЧЕЛНЫ**

Неудовлетворительные показатели здоровья населения нашей страны, к сожалению, стали для нас привычными. Для его улучшения требуются серьезные системные преобразования в здравоохранении. Первым этапом этих преобразований стал приоритетный национальный проект «Здоровье». Основное внимание нашего государства согласно этому документу направлено на сокращение уровня смертности граждан; повышение уровня рождаемости; укрепление репродуктивного здоровья. Репродуктивное здоровье затрагивает интересы наиболее активной части населения - трудоспособного возраста. Кроме того, репродуктивное здоровье одного поколения оказывает существенное влияние на репродуктивное здоровье последующего поколения и способствует формированию определенного «репродуктивного менталитета».

Большую тревогу сегодня вызывает рост среди женщин репродуктивного возраста инфекций, передаваемых половым путем и СПИДа. В последние годы практически сформировалась новая большая группа риска – подростки, рано начинающие половую жизнь, употребляющие алкоголь, наркотики, занимающиеся подпольной проституцией. Одновременно растет количество расстройств менструального цикла у подростков и взрослых, а также воспалительных заболеваний органов малого таза. А это во многом определяет увеличение случаев осложненной беременности, в том числе и развития эктопической (внематочной) беременности (ВБ). Сегодня проблема внематочной беременности стала очень актуальной в медицине. Она влечет за собой материнские и репродуктивные потери. Внематочная беременность стабильно занимает 3-4 места в структуре причин материнской смертности в индустриально развитых странах мира. В Российской Федерации по данным статистики Минздравсоцразвития абсолютное число случаев внематочной беременности ежегодно увеличивается: с 44, 5 тыс. в 2004 г. до 47,2 тыс. в 2007 г. Материнская смертность от внематочной беременности в России составляет 5 - 7 % и занимает 5–6 место. К сожалению, пациенты с внематочной беременностью поступают в стационар на поздних сроках, позже 24 часов от начала клинических проявлений. И эта ситуация ухудшается. За 10 последних лет от внематочной беременности в России умерло 243 женщины.

После перенесенной внематочной беременности у 60-80% больных развивается бесплодие, у 20-30% пациенток - повторная внематочная беременность, у многих развивается спаечный процесс в малом тазу.

До настоящего времени эта патология занимает второе место в структуре острых гинекологических заболеваний и первое – среди нозологических форм, сопровождающихся внутрибрюшным кровотечением. В последние годы, в связи с ростом частоты воспалительных заболеваний и наружного генитального эндометриоза, отмечается отчетливая тенденция к увеличению случаев внематочной беременности – более чем в 2 раза по сравнению с данными исследований 70-х годов, нередко она проходит с атипичным клиническим течением. Среди срочных гинекологических операций оперативные вмешательства по поводу внематочной беременности занимают одно из первых мест и составляют около 50 %. К сожалению, в России число случаев внематочной беременности увеличивается ещё и за счёт большого числа аборт и их осложнений.

Увеличение частоты внематочной беременности, недостаточное количество научно-обоснованных исследовательских работ по изучению факторов, способствующих развитию внематочной беременности, в том числе и в нашем регионе, свидетельствуют об актуальности выбранной нами темы. Несмотря на современные достижения в ранней диагностике и методах лечения, внематочная беременность, по-прежнему представляет собой серьезную медико-социальную проблему.

В процессе проведенного исследования нами проанализированы **589** историй болезни пациентов с эктопической беременностью, прошедших через гинекологические отделения МБУЗ «Городская больница № 5» и ГАУЗ РТ «Больница скорой медицинской помощи» в период с 2011 по 2013 годы. Всего в отделениях этих лечебных учреждений прошло лечение за три года **10552** беременные женщины. В результате ретроспективного анализа мы определили динамику показателей заболеваемости внематочной беременностью в зависимости от возраста, выявили влияние экстрагенитальной патологии, оперативных вмешательств на органы малого таза, вредных привычек, социальных факторов на развитие эктопической беременности. Изучили особенности репродуктивной функции женщин до наступления внематочной беременности и частоту гинекологических заболеваний у женщин с этим диагнозом.

В городе Набережные Челны пациенты с подозрением на внематочную беременность поступают только в два лечебно-профилактических учреждения: МБУЗ «Городская больница № 5» и ГАУЗ РТ «Больница скорой медицинской помощи», поэтому по данным этих ЛПУ можно судить о распространенности внематочной беременности и в целом по городу. Заболеваемость эктопической беременностью на 1000 населения в городе Набережные Челны в течение трех лет имеет тенденцию к росту: по сравнению с 2011 годом она выросла более чем на 19 % к 2013 году, причем, по городской больнице № 5 она более чем в 2,5 раза выше по сравнению с БСМП. Мы видим объяснение этому в том, что городская больница № 5 обслуживает в основном женщин, работающих на заводах КамАЗа, где имеется экологическая нестабильность, влияющая, на наш взгляд, на развитие беременности.

По данным проведенного исследования мы выявили, что наибольший процент аномального прикрепления плодного яйца наблюдается при трубной беременности - в 97,3% случаев, что немного ниже, чем по литературным данным. Шеечная и яичниковая локализация внематочной беременности в нашем городе встречается несколько чаще, чем в целом по России. Это можно объяснить, сложившейся неблагоприятной экологической ситуацией - близость и расположение в городе промышленных объектов. Кроме того, вероятно, шеечная локализация внематочной беременности встречается у женщин, имевших в анамнезе более двух перенесенных аборт. Все это может способствовать развитию шеечной внематочной беременности.

По нашим данным у женщин с внематочной беременностью среди экстрагенитальных заболеваний преобладают заболевания мочевыделительной системы и болезни желудочно-кишечного тракта (34,8% и 31,4% соответственно). Достаточно большой процент женщин в анамнезе имели заболевания нервной системы (22,9%). Психоэмоциональное напряжение, постоянные стрессы могут спровоцировать нарушения на любом из уровней регуляции репродуктивной системы. Это, в свою очередь, приведет к эстрогенному дисбалансу, что, безусловно, влияет на репродуктивную систему, а отсюда - риск по внематочной беременности.

Практически каждая третья женщина с внематочной беременностью имела в анамнезе какое-либо хирургическое вмешательство на органах малого таза, что, конечно же, является одним из факторов риска по внематочной беременности. У всех женщин с внематочной беременностью акушерско-гинекологический анамнез был отягощен. Больше всего влияют на риск развития внематочной беременности ранее произведенные аборты и наличие гинекологических заболеваний. У каждой четвертой женщины с эктопической беременностью в анамнезе были самопроизвольные выкидыши.

Мы выявили, что практически все женщины в анамнезе имели гинекологические заболевания. Чаще всего это были воспалительные заболевания придатков (69,4%) и матки (41,9%). Почти половина всех женщин с эктопической беременностью имела опухолевидные образования в матке и придатках. Вместе с тем, значительное влияние оказывает на развитие внематочной беременности и применение внутриматочной контрацепции (28,7%). По данным литературы этот процент значительно ниже. На наш взгляд это можно объяснить тем, что в последние годы в нашем молодом городе значительно возросло применение средств внутриматочной контрацепции, особенно среди молодежи, которая чаще вступает в ранние половые связи.

Очень важным является то, что значительно увеличивают риск развития внематочной беременности вредные привычки. Почти 70 % исследованных нами женщин с ВБ курили. А никотиновая интоксикация существенно влияет на репродуктивную функцию. Один из алкалоидов табака (котинин, являющийся продуктом метаболизма никотина в организме) вызывает повышенную выработку белка PROKR1, который отвечает за прикрепление оплодотворенной яйцеклетки к стенке матки. А именно этот белок приводит к риску развития внематочной беременности (ЗДОРОВЬЕ.КМ.RU).

Кроме того, раннее начало половой жизни (до 18 лет), психологическая и физиологическая незрелость организма и личности в целом, наличие нескольких половых партнеров, половая безграмотность приводят к увеличению распространения инфекций, передающихся половым путем, а это в свою очередь, может спровоцировать различные причины развития внематочной беременности.

Среди наших респондентов почти 40 % употребляют и алкоголь, который в той или иной степени предрасполагает к сексуальной свободе, что также приводит к повышению риска ВБ.

В результате проведенного исследования мы выявили, что каждая пятая женщина с внематочной беременностью уже имела ее в анамнезе. Таким образом, каждый случай внематочной беременности у женщины увеличивает риск возникновения ее повторно.

© А.М. Садриева, 2014

УДК: 616.1:616-053.2

А.Р.Салихова

студентка 6 курса Медицинского института
ФБГОУ ВПО «МГУ им. Н.П. Огарева»,
г.Саранск, Российская Федерация

ВЛИЯНИЕ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ НОВОРОЖДЕННЫХ НА СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Введение. В последнее десятилетие постепенно растет частота развития неонатальной гипербилирубинемии [2]. Повышение сывороточной концентрации билирубина более 256 мкмоль/л у доношенных и более 171 мкмоль/л у недоношенных, как правило, свидетельствует о патологической природе этого явления и носит название неонатальной гипербилирубинемии. Неонатальная гипербилирубинемия, с одной стороны, может быть признаком ряда врожденных и перинатальных заболеваний, с другой стороны, значительное увеличение концентрации неконъюгированного (свободного, непрямого) билирубина может иметь самостоятельное патологическое значение [5]. Степень токсического влияния билирубина в основном зависит от его концентрации в ткани мозга и продолжительности гипербилирубинемии [1].

Непрямой билирубин, являясь липотропным веществом, в больших концентрациях в крови обладает токсическим тканевым эффектом на сердце, почки, поджелудочную железу и изменяет реологические свойства крови [3]. Феномен токсического повреждения при гипербилирубинемии возникает при переходе так называемого порогового уровня, после которого биологическая проницаемость гистогематического барьера для непрямого билирубина резко возрастает и он проникает в ткани органа-мишени. Повреждение миокарда возникает, если уровень непрямого билирубина превышает определенную критическую черту. У большинства доношенных новорожденных такой критической чертой является уровень непрямого билирубина более 300 мкмоль/л. Эта цифра критического уровня непрямого билирубина имеет ориентировочное значение [2].

Цель работы: изучить особенности клинических изменений сердечно-сосудистой системы, данных ЭКГ и ЭХОКГ у новорожденных с гипербилирубинемией.

Материалы и методы исследования: Проведен ретроспективный анализ 90 историй болезни новорожденных, находившихся на обследовании и лечении в отделении патологии новорожденных ДРКБ №1 в течение 2011-2013 гг. Все новорожденные были разделены на две группы: I группа (n=50) новорожденные с гипербилирубинемией, II группа (n=40) новорожденные без гипербилирубинемии.

Результаты и обсуждение:

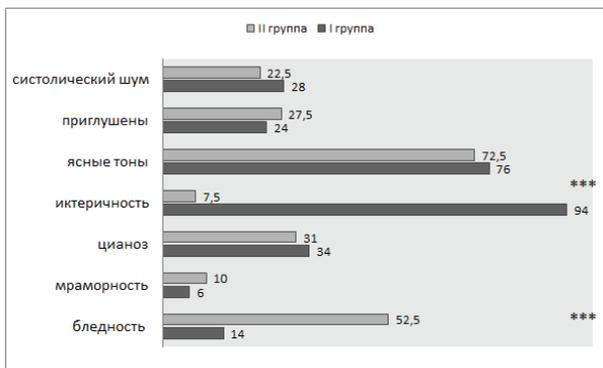
По нашим данным максимальные показатели общего билирубина (325 мкмоль/л) регистрировалась у 4 новорожденных с гипербилирубинемией.

Таблица 1. Биохимический анализ крови.

Показатель	I группа (M±m)	II группа (M±m)	p
АЛТ	23,84±1,48	22,18±1,88	>0,05
АСТ	46,93±2,72	46,05±3,13	>0,05
Общий билирубин	190,22±10,12	76,80±11,11	<0,001
Прямой билирубин	6,47±0,31	6,42±0,57	>0,05
Непрямой билирубин	184,35±10,03	66,30±10,30	<0,001
Общий белок	51,80±1,40	51,2±1,50	>0,05
Щелочная фосфатаза	494,65±35,74	512,35±39,32	>0,05
Мочевина	2,07±0,25	3,09±0,41	<0,05

При анализе лабораторных данных (табл.1) у новорожденных обеих групп показатели функциональной способности (АЛТ, АСТ, общий белок, щелочная фосфатаза, мочевина, прямой билирубин) достоверно не отличались, однако, АЛТ, АСТ, общий белок у детей I группы превышали данные II группы, а результаты щелочной фосфатазы и мочевины, напротив, меньше у новорожденных I группы.

При анализе клинической картины бледность кожных покровов чаще отмечались у новорожденных II группы (52%, p<0,05) (рис.1), цианоз носогубной треугольника одинаково часто регистрировалась обеих групп (34% и 31% соответственно) .



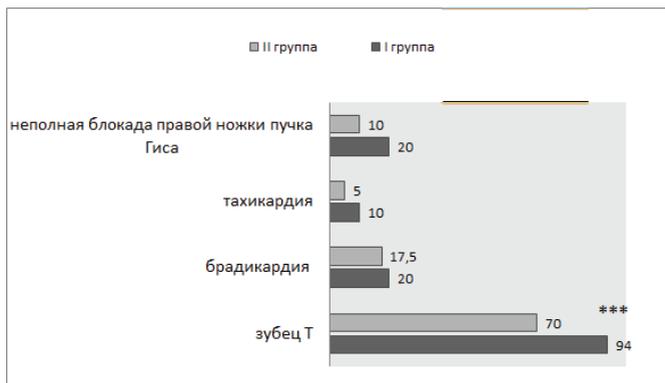
При аускультации у 28% новорожденных I группы и 22,5% (p>0,05) II группы выявлен систолический шум, приглушенность тонов чаще была у новорожденных I группы (27,5%), чем в группе сравнения (24%, p>0,05).

p > 0,05

** < 0,05

*** < 0,001

Рис. 1 Клиника сердечно-сосудистой системы.



Всем новорожденным проведена электрокардиограмма. По данным электрокардиографии у всех детей регистрировался синусовый ритм, одинаково часто - нарушение функции синусового узла: синусовая тахикардия (10% и 5%) и синусовая брадикардия (20% и 17,5%, p>0,05). При анализе метаболических нарушений в миокарде желудочков (зубец «Т») установлено, что у новорожденных из I группы гораздо чаще (94%), чем у II группы (70%) регистрируются эти нарушения (p<0,005) (рис.2), что может указывать на токсическое влияние билирубина на миокард. У 20% новорожденных основной группы и в 2 раза реже II группы (10%) встречалась неполная блокада правой ножки пучка Гиса .

p > 0,05

*** < 0,001

Рис.2 Данные ЭКГ у обследованных новорожденных.

Для оценки состояния функциональной способности миокарда и размеров полостей сердца проведена ЭХО-КГ (табл. 2). По данным Эхо-КГ у новорожденных обеих групп средние показатели камер сердца не превышали возрастную норму, но конечно-диастолический, конечно-систолический размер левого желудочка, полость правого предсердия у детей I группы больше, чем у детей II группы.

Изменения на ЭХОКГ выявлены у 14,8% детей обеих групп: дилатация ПП у 3,4% детей I группы и 5,7% у детей II группы, только у новорожденных с гипербилирубинемией утолщение передней стенки ПЖ (1,1%), утолщение створок митрального и трикуспидального клапанов в группах -2,3% и 2,3% соответственно.

В II группе детей чаще, чем в исследуемой регистрируется увеличение ПЖ ($p < 0,05$), что может указывать на сохраняющуюся персистенцию фетальных коммуникаций и наличие неонатальной легочной гипертензии.

Таблица 2. Показатели Эхо-КГ

Показатель	I группа (M±m)	II группа (M±m)	p
КДР	18,17±0,264	17,91±0,303	>0,05
КСР	11,431±0,205	11,022±0,261	>0,05
ЛП	12,012±0,205	12,108±0,231	>0,05
ПЖ	9,810±0,225	10,405±0,174	<0,05
ПП	15,112±0,286	14,88±0,282	>0,05
ФВ	70,689±0,636	71,028±0,883	>0,05
Уд.объем	7,24±0,279	7,12±0,305	>0,05
Давление в ЛА	5,297±0,387	4,01±0,314	<0,005
Давление в Ао	3,238±0,145	3,312±0,23	>0,05

В I группе новорожденных чаще, чем в группе сравнения наблюдалось увеличение давления в ЛА ($p < 0,005$). Сократительная способность миокарда у обследованных детей была в пределах нормы: 70,689±0,636 и 71,028±0,883 соответственно.

Заключение: таким образом, характерных клинических изменений со стороны сердечно-сосудистой системы у новорожденных с гипербилирубинемией не выявлено. По нашим данным токсическое влияние билирубина можно оценить только по показателям конечной части желудочкового комплекса на ЭКГ. При Эхо-КГ исследовании у новорожденных с гипербилирубинемией средние размеры левого желудочка больше, чем у детей без гипербилирубинемии. Это диктует необходимость проводить ЭКГ и ЭХОКГ исследование всем новорожденным с гипербилирубинемией, а также проводить динамический контроль.

Список использованной литературы:

1. Васильченко Н.В., Сафина С.Г., Мажитова С.А. Затянувшаяся конъюгационная желтуха // «Педиатрия», № 3, 2011. - 63-65с.
2. Володин Н.Н. Неонатология: национальное руководство-М.: ГЭОТАР-медия, 2007.- 848с.
3. Прахов, А.В. Неонатальная кардиология / А.В. Прахов. — Н. Новгород: Издательство Нижегородской госмедакадемии, 2008. — 388 с.
4. Сидельникова В.М., Антонов А.Г. / Гемолитическая болезнь плода и новорожденных, М.: Триада-Х, 2004. -192 с.

5. Щадрин О.Г. Затяжная конъюгационная желтуха у новорожденных// «Здоровья медицины», № 2, 2010 . - 47с.

© Салихова А.Р., Науменко Е.И., Самошкина Е.С., 2014

УДК 615.036

Э.А. Сафронова

к.м.н., доцент кафедры профессиональных болезней и клинической фармакологии
ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет»

Минздрава России

А.И. Захарова

Заведующая кардиологическим отделением МБУЗ ГКБ №8 г. Челябинска

Л.А. Куликова, В.В. Шапкин, Е.А. Гайнцев

Врачи кардиологического отделения МБУЗ ГКБ №8 г. Челябинска

ВЛИЯНИЕ НИТРОГЛИЦЕРИНА НА СОДЕРЖАНИЕ АКТИВНЫХ ФОРМ КИСЛОРОДА У ПАЦИЕНТОВ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Хемилюминесценцией (ХЛ) называется свечение, сопровождающее некоторые биохимические реакции. Стимулированная ХЛ клеток — ценный показатель функционального состояния фагоцитов крови и тканей, их способности производить при необходимости активные формы кислорода (АФК). Усиленная продукция АФК вызывает комплекс патологических процессов и ответных реакций организма, обозначаемых окислительным стрессом. До конца не изучены особенности действия органических нитратов на ХЛ у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), что и определяет актуальность проводимого исследования.

Целью исследования явилось изучение воздействия нитроглицерина (НГ) на показатели хемилюминесценции цельной крови и сыворотки крови у больных с нестабильной стенокардией (НС).

Обследован 41 пациент с НС в возрасте $55,22 \pm 6,97$ года. Всем больным помимо общепринятых методов обследования (электрокардиография (ЭКГ), доплероэхокардиография, суточное мониторирование ЭКГ, тропонин, липидограмма), проводилось определение содержания активных форм кислорода в цельной крови (ЦК) и сыворотке крови (сыв). Регистрацию ХЛ осуществляли аппаратом «Хемилюминомер-003» с компьютерным обеспечением и выводом хемилюминограмм на принтер по методу Фархутдинова Р.Р. и соавт. (1998) [1, с. 35].

У пациентов НС были достоверно ($p < 0,05$) повышены показатели ХЛ ЦК и сыв по сравнению со здоровыми лицами. При регистрации данных ХЛ сыв были получены статистически значимые ($p < 0,05$) сдвиги в сторону повышения максимальной светимости (МСВ) и тангенса угла наклона кривой хемилюминесценции (УН), в то время как в ЦК по всем показателям - светосумма (СВС), спонтанная светимость (СП), вспышка (ВСП), МСВ, УН - было зарегистрировано достоверное увеличение этих параметров после приема 1 таблетки НГ. Была получена значимая отрицательная корреляция между ВСП ЦК и SDNN (коэффициент корреляции Пирсона (K_n) -0,465), УН ЦК и SDNN (K_n -0,472), σ_s и ВСП ЦК (K_n -0,452), значимая положительная корреляция ($p < 0,05$) между LF% и ВСП ЦК (K_n 0,767), LF% и СП ЦК (K_n 0,664), между σ_m и СВС сыв (K_n 0,485), σ_m и ВСП ЦК (K_n 0,492), σ_m и МСВ (K_n 0,536), между LF% и УН ЦК (K_n 0,696).

На рисунке 1 отражена динамика показателей ХЛ ЦК у пациента А., 53 лет - после приема НГ в 2,5 раза увеличились СВС и МСВ.

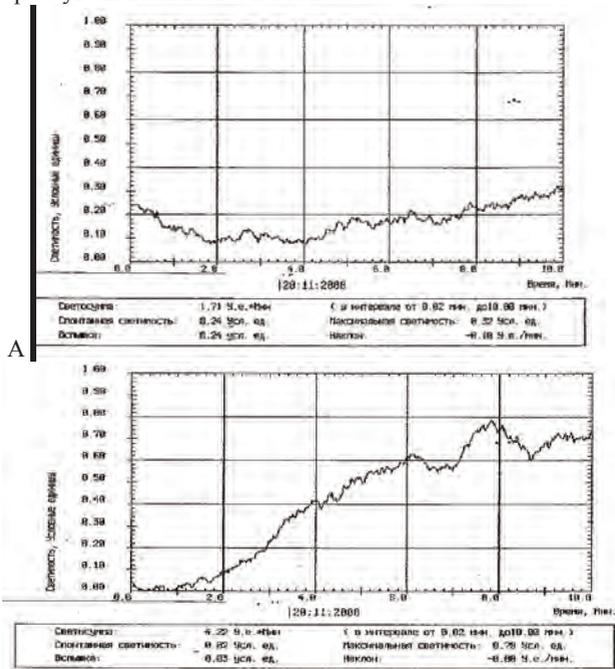


Рисунок 1 - Показатели хемилуминесценции цельной крови больного А., 53 лет: А – до нитроглицерина, В – после нитроглицерина

У пациентов НС были достоверно ($p < 0,05$) повышены показатели ХЛ ЦК и сыв в сравнении со здоровыми лицами. При регистрации данных ХЛ сыв были получены статистически значимые ($p < 0,05$) сдвиги в сторону повышения максимальной светимости и тангенса угла наклона кривой ХЛ (рисунок 2), в то время как в ЦК по всем показателям (светосумма, спонтанная светимость, вспышка, максимальная светимость, наклон) было получено достоверное увеличение этих параметров после принятия 1 таблетки НГ (рисунок 3).



Рисунок 2 - Показатели люминесценции сыворотки крови до и после приема нитроглицерина в условных единицах: после принятия НГ достоверно (* - $p < 0,05$) увеличились максимальная светимость и УН

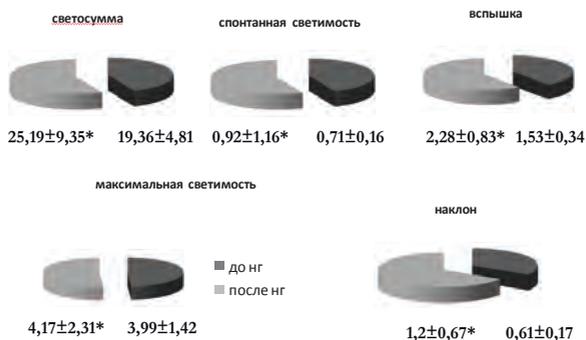


Рисунок 3 - Показатели ХЛ ЦК до и после приема НГ в условных единицах

Таким образом, у больных с НС после приема НГ наблюдалось усиление ХЛ ЦК. В наших исследованиях [2, с. 75-75] отмечена положительная корреляция между показателями ХЛ ЦК и триглицеридами, атерогенными фракциями холестерина у пациентов с ИБС, что является неблагоприятным прогностическим признаком.

Список использованной литературы:

1. Фархутдинов, Р. Р. Хемилюминесценция плазмы крови и ее фракций, индуцированная ионами двухвалентного железа / Р.Р. Фархутдинов, Ю.А. Владимиров // Сверхслабое свечение плазмы крови в клинической диагностике: тр. 2-го МОЛМИ. – М., 1974. – т. 9. – Вып. 8. – С. 34-38.
2. Сафронова, Э.А. Корреляционные взаимосвязи между показателями липидного обмена, хемилюминесценции сыворотки, цельной крови и вариабельности сердечного ритма у пациентов с ишемической болезнью сердца / Э.А. Сафронова // Вестник Уральской медицинской академической науки. – 2012. – № 2. – С. 75-76.

© Э.А. Сафронова, А.И. Захарова, Л.А. Куликова, В.В. Шапкин, Е.А. Гайнцев, 2014

УДК:616.36-002.2 (571.56)

С.И. Семенов, Р.Г. Саввин, С.Г. Никитина, С.С. Максимова
 НИИ здоровья Северо-Восточного Федерального Университета,
 Якутск, Россия

ГЕНОТИПЫ ВИРУСОВ ГЕПАТИТА В, С, D В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

Уровень заболеваемости острым гепатитом В в Республике Саха (Якутия) за 11 лет (2002-2012 гг.) снизилась значительно от 10,2 до 0,83% на 100 тыс.населения, хроническим повысилась в 3 раза – от 10,7 до 30,47 на 100 тыс.населения. По сравнению со среднероссийскими показателями 21,6 на 100000 населения уровень вирусоноситель-

ства находится почти на одном уровне и незначительно выше – 24,31 на 100000 населения. Снижение общего уровня регистрируемых острых форм гепатита В связано с проводимой в последние годы все более широкой вакцинацией против гепатита В и внесение вакцинопрофилактику против гепатита В в календарь обязательных профилактических прививок.

Наибольший удельный вес в этиологической структуре острых и хронических вирусных гепатитов по данным отделения вирусных гепатитов ЯГКБ приходится на гепатит D+В и С, чьи доли составили ОГD (HDV+HBV-коинфекция) 40%, ХГD (HDV+HBV-суперинфекции) 41,2% и ОГС 26%, ХГС 40,7%. С учетом тяжести течения гепатита D и гепатита С, крайне неблагоприятного прогноза, быстрого формирования цирроза печени, развитие гепатоцеллюлярной карциномы, частых летальных исходов такую ситуацию следует признать весьма тревожной.

По результатам генотипирования определена сравнительная структура генотипов вируса гепатита В, циркулирующих на территории Якутии и европейской части России (Северо-Западный федеральный округ): в Якутии в 38% выявлен генотип D, по 24% генотипы А и С, еще в 14% микст – А+С (рисунок 1); в С-3 ФО доминировал генотип D - 91%, и в единичных случаях обнаружены генотипы А -7% и С - 2%

Филогенетический анализ нуклеотидных последовательностей штаммов вируса В выявил наличие трех вариантов генотипа – генотип А (44%), генотип С (12%) и генотип D (44%). Выявлено значительное генетическое многообразие вирусов гепатита В, особенно изолятов, принадлежащих к генотипам А, С и D. Идентификация субгенотипов каждого образца показали, что генотип D вируса в 86% случаев представлен субгенотипом D3, в 14% – субгенотипом D2. Генотипы А и С представлены субгенотипами А2 и С2. При сравнении нуклеотидных последовательностей изолятов субгенотипа С2 (55 и 162) выделенных из 15 образцов коренного населения с пятнадцатью образцами субгенотипа С2, взятыми из GenBank оказались идентичными. Идентичность изолятов, вероятно, связано с наличием общего источника инфекции у этих лиц. Результаты исследования могут быть использованы как элемент эпидемиологического анализа при установлении источника инфекции.

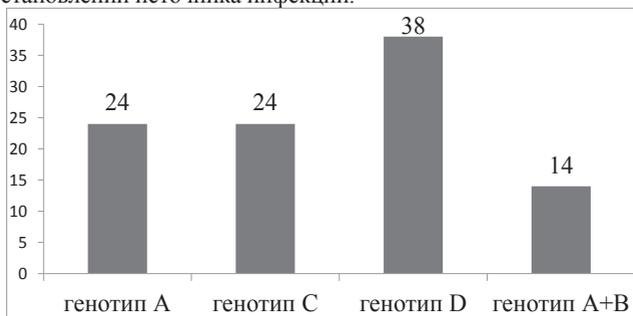


Рисунок 1. Генотипы гепатита В, выявленные у больных хроническим гепатитом В

Обнаружение многочисленных аминокислотных замен во всех выделенных генотипах вируса В (в генотипе D 111 замен, что в среднем 15,86 замены на один образец, в генотипе А 36 замен – в среднем 5,14 на один образец, в генотипе С – по 11 одинаковых замен) обуславливают способность ВГВ к «диагностическому» ускользанию, т.е. можно получить отрицательный результат при тестировании HBsAg диагностическими тест-системами при ИФА («молчащий» или мутантный вирус гепатита В). Обнаруже-

ние мутантной формы вируса в популяции свидетельствует о широте ее распространения инфекции и характеризует высокую хронизацию гепатита В.

Полученные нами результаты показали высокую распространенность D-инфекции на территории Якутии. У больных гепатитом В антитела к вирусу гепатита D (а-HDV) определяли в зависимости от района проживания в 14,0% и 9,6% случаях, при среднем показателе в 8,3%. Таким образом, определена значительная роль D-инфекции в формировании популяции с хроническими поражениями печени, чей удельный вес составлял 24,5%. При этом 58,9% больных хроническим гепатитом D лица в возрасте 15-30 лет.

Следует отметить, что в наших работах впервые показано наличие генотипа II вируса гепатита D, обнаруженного в 47%, еще в 53% определен генотип I (рисунок 2). На европейской части России (С-3 ФО) доминирует генотип ВГD I (93%), тогда как генотип II определяется в единичных случаях – 7%. В группе лиц инфицированных генотипом ВГD I достоверно чаще зафиксировано раннее формирование цирроза печени, чем у пациентов с генотипом ВГD.

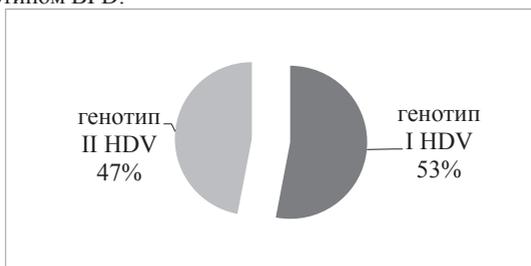


Рисунок 2. Генотипы вируса гепатита D, выявленные у больных хроническим гепатитом D

При генотипировании вируса гепатита С с наибольшей частотой обнаружен генотип ВГС 1b – у 11 больных (68,7%). Еще у 3 больных тестирован генотип ВГС 3a (18,8%) и у 2-х – 2a (12,5%) (рисунок 3). Каких-либо особенностей клинического течения заболевания у пациентов с различными генотипами ВГС обнаружено не было.

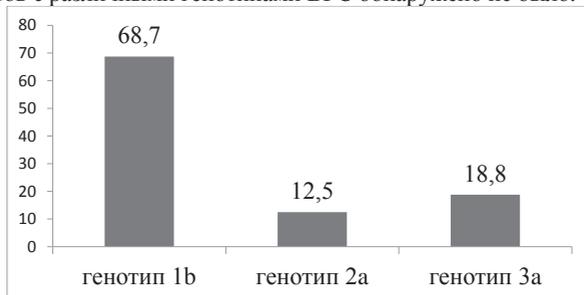


Рисунок 3. Генотипы вируса гепатита С, выявленные у больных хроническим гепатитом С.

Исходя из полученных, можно сделать заключение, что предрасположенность к хронизации острого гепатита В и D зависит от циркуляции среди коренного населения двух вариантов субгенотипов вирусов, относящихся к традиционной (титульной) «азиатской, восточной» и приобретенной «европейской». Также возможно сочетание «азиатского» субгенотипов вируса В и D при которой возможен развитие инфекционного

процесса в организме с соответствующим развитием клинической картиной отличной от классической формы болезни.

Проведенные исследования установили, что вакцинопрофилактика гепатита В, осуществляемая среди населения, проживающего в условиях действия экстремальных факторов Крайнего Севера – высокоэффективное профилактическое мероприятие, не имеющее ограничений, связанных с влиянием на здоровье людей указанных экстремальных факторов.

Различия в географическом распределении генотипов ВГВ до сих пор являлись лимитирующим фактором в изучении их влияния на течение болезни: исследования, в основном, ограничивались сравнением клинического значения генотипов в двух группах - А с D в северо-европейской части России и В с С в якутской популяции (северо-восточном регионе России). В этом контексте, наши данные представляют значительный интерес, и в дальнейшем, исследование ВГВ среди якутской популяции в Якутии могло бы помочь ответить на вопрос о влиянии генотипов на течение (первично-хронические формы ВГВ) и исход болезни.

Эндемическая ситуация, связанная с этими опасными заболеваниями, требует неотложного проведения соответствующих мероприятий, первым из которых должно быть принятие региональной программы борьбы против вирусных гепатитов на государственном уровне. Проблема должна решаться не только силами медицинских работников, но и органами исполнительной власти, с привлечением средств местного бюджета.

© С.И. Семенов, Р.Г. Саввин, С.Г. Никитина, С.С. Максимова

УДК 616

К.Н. Смирнова

Руководитель Центра поддержки технологий и инноваций
Астраханская государственная медицинская академия
г.Астрахань, Российская Федерация

О.В. Рубальский

д.м.н., профессор, проректор по научной и инновационной работе
Астраханская государственная медицинская академия
г.Астрахань, Российская Федерация

А.Л. Зильберборд

Руководитель Центра правовой охраны промышленной собственности
Астраханская государственная медицинская академия
г.Астрахань, Российская Федерация

Х.М. Галимзянов,

д.м.н., профессор, ректор Астраханской государственной медицинской академии
г.Астрахань, Российская Федерация

АКТИВИЗАЦИЯ ИННОВАЦИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕРЕЗ ПОВЫШЕНИЕ ЗНАНИЙ В ОБЛАСТИ ОСНОВ КОММЕРЦИАЛИЗАЦИИ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ

Астраханская государственная медицинская академия – одно из старейших учебных заведений высшего профессионального образования в системе Минздрава России. В ноябре 2013 года она отметила 95-летие со дня образования.

В Академии уже не первый год ученые и студенты активно занимаются поиском новых решений в сфере медицины, фармакологии и биотехнологий.

В сентябре 2007 года в составе Академии был создан Центр правовой охраны промышленной собственности, а сама Академия получила статус опорной организации ФИПС в Астраханской области. Эффективная патентная и инновационная деятельность Академии послужила основой для официального признания ее уполномоченным региональным представителем ФИПС.

Кроме того, для обеспечения межвузовской и межрегиональной кооперации в области инноваций Академия с 2012 года выполняет функции Центра поддержки технологий и инноваций (ЦПТИ), определяемые Меморандумом о взаимопонимании между Роспатентом и Всемирной организацией интеллектуальной собственности (ВОИС). На данный момент Академия является единственным медицинским вузом в России, занимающимся патентной деятельностью на межрегиональном уровне, и единственной медицинской организацией - уполномоченным представителем ФИПС.

Наиболее перспективные проекты с точки зрения коммерциализации с 2009 года (с момента вступления в силу Федерального закона ФЗ-217) закладываются в основу малых инновационных предприятий (МИП), соучредителем которых является Академия. Успешно функционирует 6 предприятий, которые получили поддержку Фонда содействия развитию малых форм предприятий в научно-технической сфере по программе «СТАРТ». Наряду с этим, более 300 молодых ученых приняли участие в программе Фонда «У.М.Н.И.К.». Из них более 30 одержали победу. Совокупный объем финансирования Фондом по программе «У.М.Н.И.К.» - 6,2 млн. руб., по программе «СТАРТ» - 11 млн. руб. В результате деятельности инновационных предприятий создано 61 рабочее место.

МИП проводят всю организаторскую работу по практическому использованию результатов интеллектуальной деятельности (РИД), большая часть которых представляет собой объекты промышленной собственности. Ежегодно Академия патентует 25-26 своих разработок, примерно столько же охраняется в режиме секретов производства ноу-хау. Перед созданием МИП в Академии был создан Совет по инновациям под председательством проректора по научной и инновационной работе, в состав которого входят ведущие ученые (из числа профессорско-преподавательского состава), выполняющие роль экспертов при отборе высокоэффективных РИД для составления инновационных проектов. В целях повышения квалификации специалистов кафедр, аспирантов и студентов, активно участвующих в научной деятельности Академии, в области коммерциализации ОИС были организованы курсы «Основы правовой защиты и использования объектов интеллектуальной собственности». К преподавательской деятельности на курсах были привлечены квалифицированные специалисты, хорошо владеющие нормами и законодательством по интеллектуальной собственности и имеющие опыт работы по ее практическому использованию. Практически 65% слушателей этих курсов после их окончания были задействованы в МИП, созданных при Академии. Несомненно, что уже на ранних стадиях деятельности МИП они столкнулись со многими проблемами наукоемкого бизнеса, такими, как выбор эффективных инновационных проектов, привлечение инвестирования, как органов исполнительной государственной власти, так и представителей бизнес-структур. В Академии инициативной группой и Советом по инновациям была разработана Методика количественной (балльной) оценки эффективности инновационных проектов, учитывающую специфику работы практического здравоохранения.

Возвращаясь к вопросу повышения знаний специалистов, студентов и аспирантов Академии следует отметить, что на упомянутых курсах слушатели получили не только навыки инновационного менеджмента, но и наиболее узких проблем правовой защиты интеллектуальной собственности. Работе курсов содействовало и созданное в Академии студенческое патентное бюро. Все члены этого общественного объединения по-

лучили профессиональную подготовку в области промышленной и другой интеллектуальной собственности на упомянутых выше курсах.

Учитывая отсутствие в вузах подготовки студентов по инновационному менеджменту, без которых весьма трудно ожидать успешной деятельности МИП, в Академии из года в год расширяется программа курсов, включая занятия, на которых рассматривается все больше специфических проблем коммерциализации интеллектуальной собственности.

Параллельно с активизацией практического использования ОИС в инновационных проектах, Академия стала заключать и передачу исключительных прав по лицензионным договорам на свои запатентованные РИД заинтересованным лицам, включая частные лечебные организации.

Сотрудниками управления регулярно проводится анализ запатентованных изобретений и промышленных образцов Академии и других астраханских вузов на предмет их возможной коммерциализации. Уровень инновационных разработок ученых Академии позволил организовать межвузовские сетевые проекты с участием всех крупных региональных вузов.

Опыт работы Академии в статусе регионального уполномоченного представителя ФИПС показал необходимость реализации ряда мероприятий в целях повышения эффективности инновационной деятельности в медицинских вузах:

- разработка стандарта управления интеллектуальной собственностью;
- приоритетное стимулирование патентования изобретений, описывающих медицинскую, фармацевтическую, биотехнологическую продукцию;
- проведение расширенной информационно-аналитической работы, используемой не только для установления новизны изобретения, но и для указания наиболее широкого объема запрашиваемых прав при составлении формулы изобретения и полезной модели;
- стимулирование зарубежного патентования изобретений и полезных моделей;
- разработка эффективной стратегии маркетинга медицинских услуг, в основе которых лежат результаты интеллектуальной деятельности;
- разработка юридически обоснованного, эффективного порядка замены объектов промышленной собственности вузов как вкладов в уставные капиталы малых инновационных предприятий.

© Х.М. Галимзянов, О.В. Рубальский, А.Л. Зильберборд, К.Н. Смирнова, 2014

УДК 618.14-006.36-089.87

Сорокина М.В., Кудрявцева О.К., Корогодина Т.В., Бушуева О.Ю.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ ГЛУТАТИОН S-ТРАНСФЕРАЗ У БОЛЬНЫХ МИОМОЙ МАТКИ

Актуальность. Лейомиома тела матки является наиболее часто встречающимся доброкачественным новообразованием органов малого таза у женщин. Основными клиническими симптомами заболевания являются различной степени выраженности менометроррагии, болевой тазовый синдром, нарушения репродуктивной функции (бесплодие, невынашивание беременности), которые существенно снижают качество жизни женщин и повышают заболеваемость в репродуктивном и перименопаузальном возрасте.

Современные представления об этиологии и механизмах патогенеза миомы матки основаны на достижениях молекулярной генетики, цитогенетики, иммунологии. В настоящее время патогенез лейомиомы матки рассматривается с позиции мультифакторальной патологии, как результат аддитивного воздействия на миометрий средовых и генетических факторов [6, с. 64]. Генетический компонент этиологии и патогенеза лейомиомы матки связан также с наличием полиморфных вариантов генов-кандидатов, носительство функционально активных аллельных вариантов данных генов реализуется в предрасположенности к формированию лейомиомы и прогрессированию дальнейшего роста узлов [5, с. 130].

В настоящее время не подвергается сомнению негативное влияние оксидантного стресса на возникновение заболеваний женской репродуктивной сферы, в том числе лейомиомы матки. Интенсивность свободно-радикального окисления помимо других факторов зависит от уровня эндогенной и экзогенной детоксикации [2, с. 3913]. Обезвреживание ксенобиотиков и продуктов перекисного окисления представляет собой сложный многоступенчатый процесс, в котором участвуют многие ферменты системы детоксикации, в том числе глутатион S-трансферазы. Таким образом, наличие функционально неполноценных аллелей генов системы трансформации ксенобиотиков приводит к повышенной чувствительности организма к повреждающим агентам и будет являться фактором риска формирования и прогрессирования опухолевого процесса [4, с. 620].

Ряд данных ферментов задействован в синтезе и метаболизме эстрогенов, среди которых катехол-О-метил трансфераза (COMT) и глутатион S-трансферазы (GSTs), которые играют ключевую роль в регуляции экскреции катехол-эстрогенов, к которым относятся метаболиты 17-β-эстрадиола и эстрона. Известно также, что активность катехол-эстрогенов ингибируется катехол-О-метил трансферазой [3, с. 1496].

Цель исследования: изучение ассоциации генетических полиморфизмов генов глутатион S-трансфераз (GSTM1, GSTT1) с возникновением миомы матки в популяции русских жителей Центрально-Черноземного региона России.

Материалы и методы исследования.

Материалом для исследования послужила выборка из 293 пациентов отделения оперативной гинекологии Областного перинатального центра г.Курска за 2011-2012 гг., представительниц русской национальности. Основную группу составили 176 человек с гистологически верифицированным диагнозом миомы матки, 117 пациенток вошли в контрольную группу. Всем пациентам проводилось стандартное клинико-лабораторное обследование.

У всех пациентов проводился забор венозной крови. Выделение геномной ДНК осуществляли из размороженной венозной крови стандартным методом фенольно-хлороформной экстракции. Генотипирование делеционных полиморфизмов генов GSTM1 и GSTT1 осуществлялось с помощью мультиплексной полимеразной цепной реакции согласно описанному в литературе протоколу [1, с.185]. Продукты амплификации подвергали электрофорезу в 2,5% агарозном геле с этидиумбромидом и визуализировали в проходящем УФ-свете с применением компьютерной видеосъемки на приборе GDS-8000 (UVP, США).

Для сравнения распределений частот генотипов и их комбинаций в выборках больных миомой матки и контрольной группе использовали критерий χ^2 Пирсона с поправкой Йетса на непрерывность. Различия рассматривали как достоверные при уровнях значимости $p < 0,05$. Об ассоциации генотипов с предрасположенностью к заболеванию судили по величине отношения шансов (odds ratio, OR) с 95% доверительным интервалом.

лом (CI). Статистическая обработка данных проводилась с использованием программных пакетов Statistics 6.0 («StatSoft», США).

Результаты исследования.

Распределения частот генотипов полиморфных вариантов генов GSTM1 и GSTT1 представлены в таблице 1.

Таблица 1
Распределение частот генотипов полиморфных вариантов генов GSTT1 и GSTM1 у
больных миомой матки и здоровых

Ген	Поли- мор- физм	Генотипы	Частоты генотипов				Критерий различия $\chi^2(p)$ при $df=1$	OR (95% CI)
			Больные (n=176)		Контроль- ная группа (n=117)			
			n	%	n	%		
GSTM1	+/del	+	86	48,86	52	44,4 4	0,39 (0,53)	0,84 (0,52- 1,34)
		del	90	51,14	65	55,5 6		
GSTT1	+/del	+	142	80,68	96	82,0 5	0,02(0,89)	1,09 (0,60- 1,97)
		del	34	19,32	21	17,9 5		

Из данных таблицы видно, что статистически значимых различий в частотах генотипов между пациентами основной и контрольной группы выявлено не было.

Выводы. Полученные результаты показывают отсутствие ассоциации между делеционными полиморфными вариантами генов глутатион S-трансфераз и развитием миомы матки в популяции русских жителей Центрально-Черноземного региона России.

Список использованной литературы.

1. Arand M., Muhlbauer R., Hengstler J. et al. A multiplex polymerase chain reaction protocol for the simultaneous analysis of the glutathione S-transferase GSTM1 and GSTT1 polymorphisms // *Anal. Biochem.* - 1996, -Vol. 36.-P. 184-186.
2. Bhat H.K., Calaf G., Hei T.K., Loya T., Vadgama J.V. Critical role of oxidative stress in estrogen-induced carcinogenesis // *Proc Nat Acad Sci U S A.* – 2003. – 100(7). – P. 3913-8.
3. de Oliveira E., de Aquino Castro R., Vieira Gomes M.T. et al. Role of glutathione S-transferase (GSTM1) gene polymorphism in development of uterine fibroids // *Fertil Steril.* – 2009. – №91(4 Suppl). – P. 1496-8.
4. Pejić S., Kasapović J., Todorović A., Stojilković V., Pajović S.B. Lipid peroxidation and antioxidant status in blood of patients with uterine myoma, endometrial polypus, hyperplastic and malignant endometrium // *Biol Res.* – 2006. – №39(4). – P.619-29.
5. Баранов В.С., Баранова Е.В., Иващенко И.Н., Асеев М.В. Геном и гены «предрасположенности» (Введение в предиктивную медицину). – Спб.: Интермедика, 2000. – 272с.
6. Тихомиров А.Л., Лубнин Д.М. Современные представления об этиологии и патогенезе миомы матки // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии.* – 2004. – №3(6). – С.62-68.

© М.В. Сорокина, 2014

Т.А. Стецкая

соискатель кафедры биологии,
медицинской генетики и экологии

Курский государственный медицинский университет

О.Ю. Бушуева

канд. мед. наук, доцент кафедры
биологии, медицинской генетики и экологии

Курский государственный медицинский университет

Е.И. Литвякова

студентка 6 курса лечебного факультета

Курский государственный медицинский университет

г. Курск, Российская Федерация

ИССЛЕДОВАНИЕ АССОЦИАЦИИ ПОЛИМОРФИЗМА A1166 С ГЕНА AGTR1 С РИСКОМ РАЗВИТИЯ МОЗГОВОГО ИНСУЛЬТА НА ФОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Высокие заболеваемость, смертность и инвалидизация населения в результате мозгового инсульта (МИ) делают значимой и актуальной профилактику и лечение данного заболевания[1].

В России регистрируется около 450 тысяч новых случаев инсульта в год, при этом заболеваемость среди трудоспособного населения постоянно увеличивается (Скворцова В.И., 2009). В настоящее время большое значение отводится изучению генетических факторов, влияющих на риск развития МИ. Одним из генов-кандидатов МИ является ген рецептора (тип 1) ангиотензина II (AGTR1). Основная биологическая роль этого гена заключается в регуляции сосудистого тонуса и артериального давления. Полиморфизм гена AGTR1, приводящий к замене в 1166 позиции аденина на цитозин (1166A>C), является маркером повышенного риска кардиоваскулярной патологии [4].

Литературные данные, касающиеся изучения вопроса влияния полиморфизма A1166C гена AGTR1 на развитие инсульта, немногочисленны и не позволяют делать окончательные выводы о вкладе данного гена в патогенез МИ.

Цель работы. Целью работы явилось изучение взаимосвязи полиморфизма A1166C гена AGTR1 с риском развития мозгового инсульта на фоне артериальной гипертензии в популяции Центрально-Черноземного региона России.

Материал исследования. В исследование были включены 454 пациента с МИ, в контрольную группу – 392 относительно здоровых добровольца соответствующего пола и возраста, не имеющих в анамнезе сердечно-сосудистой патологии. Больные МИ проходили лечение в неврологическом отделении Регионального сосудистого центра Курской областной клинической больницы. Для верификации острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) всем пациентам проводилась магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга. Генотипирование полиморфизма A1166C гена AGTR1 проводилось методом ПЦР в режиме реального времени путем дискриминации аллелей с помощью TaqMan-зондов на амплификаторе CFX96 (Bio-Rad).

Результаты и обсуждение. Распределение частот генотипов в контрольной группе соответствовало популяционному равновесию Харди-Вайнберга (РХВ), однако в группе больных МИ установлено отклонение от РХВ за счет уменьшения наблюдаемой гетерозиготности ($\chi^2=7,53$, $P<0,01$).

В таблице 1 представлены частоты аллелей изучаемого полиморфизма в группе больных МИ и здоровых индивидов. Как видно из таблицы 1, различий в частотах аллелей между группой больных МИ и здоровых индивидов не наблюдалось, как при сравнении общей группы, так и при сравнении групп в зависимости от пола.

Таблица 1
Распределение частот аллелей полиморфизма A1166C гена AGTR1 у пациентов с мозговым инсультом и здоровых лиц

Частота аллелей AGTR1	Больные МИ (n=454), n (%) ¹	Контроль (n=376), n (%) ¹	χ^2 (p) ²	OR (95% CI) ³
1166A	0,721	0,719	0,01(0,93)	0,99(0,80-1,23)
1166C	0,279	0,218		
Группа больных МИ мужчин (n=265) и контрольная группа (n=195)				
1166A	0,738	0,700	1,59(0,21)	0,83(0,62-1,11)
1166C	0,262	0,300		
Группа больных МИ женщин (n=189) и контрольная группа (n=181)				
1166A	0,698	0,740	1,61(0,20)	1,23(0,89-1,70)
1166C	0,302	0,260		

¹ Абсолютное число и процент лиц с исследуемым генотипом;

² Хи-квадрат с коррекцией Yates' и p-значения (df=1);

³ Отношение шансов с учетом возраста, пола с 95% доверительными интервалами.

Сравнительный анализ частот генотипов изучаемого полиморфизма гена AGTR1 представлен в таблице 2. Статистически значимых различий в частотах генотипов между группами здоровых индивидов и больных также не установлено.

Таблица 2
Распределение генотипов полиморфизма A1166C гена AGTR1 у пациентов с мозговым инсультом и здоровых лиц

Частота генотипов AGTR1	Больные МИ (n=454), n (%) ¹	Контроль (n=376), n (%) ¹	χ^2 (p) ²	OR (95% CI) ³
1166AA	248(54,6)	202(53,7)	0,07(0,80)	0,96(0,73-1,27)
1166AC	159(35,0)	137(36,4)	0,18(0,67)	0,94(0,71-1,25)
1166CC	47(10,4)	37(9,8)	0,06(0,81)	1,06(0,67-1,67)
Группа больных МИ мужчин (n=265) и контрольная группа (n=195)				
1166AA	152(57,4)	102(52,3)	1,16(0,28)	0,82(0,56-1,18)
1166AC	87(32,8)	69(35,4)	0,33(0,57)	0,89(0,60-1,32)
1166CC	26(9,8)	24(12,3)	0,72(0,40)	0,78(0,43-1,40)
Группа больных МИ женщин (n=189) и контрольная группа (n=181)				
1166AA	96(50,8)	100(55,2)	0,74(0,39)	1,20(0,79-1,80)
1166AC	72(38,1)	68(37,6)	0,01(0,92)	1,02(0,67-1,56)
1166CC	21(11,1)	13(7,2)	1,71(0,19)	1,62(0,78-3,33)

¹ Абсолютное число и процент лиц с исследуемым генотипом;

² Хи-квадрат с коррекцией Yates' и p-значения (df=1);

³ Отношение шансов с учетом возраста, пола с 95% доверительными интервалами.

Среди большого числа генов ренин-ангиотензиновой системы, особое внимание заслуживает ген-кандидат МИ - ген рецептора (тип 1) ангиотензина II (AGTR1). Через этот тип рецепторов опосредуется не только вазоконстрикторное действие ангиотензина II, но и стимуляция образования вазоактивных веществ и ренина, ремоделирование сердца и сосудов вследствие экспрессии и пролиферации гладкомышечных клеток сосудов.

В данном исследовании мы не обнаружили ассоциацию полиморфного маркера A1166C гена AGTR1 с риском развития мозгового инсульта, что согласуется с результатами исследования среди русских жителей Центральной России [3] и противоречит результатам других исследователей [2,5,6], где отчетливо показана связь полиморфизма A1166C гена AGTR1 с риском развития мозгового инсульта.

Выводы. Проведенный анализ распределения полиморфизма A1166C гена AGTR1 у больных мозговым инсультом в популяции Центрально-Черноземного региона России не показал значимой ассоциации с риском развития данного заболевания.

Список использованной литературы:

1. Верещагин, Н. В. Инсульт в зеркале медицины и общества / Н. В. Верещагин, З. А. Сулина // Вестн. РАМН. –2003. – № 11. – С. 48-50.
2. Карпенко, М.А. Полиморфизм «кандидатных» генов и артериальная гипертензия, осложненная инсультом/ М.А. Карпенко, Е.Г. Шацкая, В.И. Ларионова и др. // Вестник Санкт-Петербургской медицинской академии последиplomного образования. –2009. – №1. – С. 54-61.
3. Усачева, М.А. Анализ ассоциации полиморфных маркеров генов ренин-ангиотензиновой системы и системы гемостаза с ишемическим инсультом среди русских центральной России/М.А. Усачева, Т.В. Наседкина, А.Ю. Иконникова и др. //Молекулярная биология. –2012. –№2 (46) С. 214-223.
4. Bonnardeaux, A. Angiotensin II type 1 receptor gene polymorphisms in human essential hypertension/ A. Bonnardeaux, E.Davies, X. Jeunemaitre et al// Hypertension. – 1994. – Vol. 24(1). P. 63-69.
5. Henskens, L.H. Associations of the angiotensin II type 1 receptor A1166C and the endothelial NO synthase G894T gene polymorphisms with silent subcortical white matter lesions in essential hypertension / L.H. Henskens, A.A. Kroon, M.P. van Boxtel et al. // Stroke. – 2005. – Vol. 36, №9. – P.1869-1873.
6. Szolnoki, Z. Angiotensin II type-1 receptor A1166C polymorphism is associated with increased risk of ischemic stroke in hypertensive smokers/ Szolnoki Z, Havasi V, Talian G et al. //J Mol Neurosci. – 2006; – Vol. 28, №3. – P.285-290.

©Т.А. Стецкая, О.Ю. Бушуева, Е.И. Литвякова, 2014

УДК 616.12 – 008.1 – 072.7

В.С. Строева

Профессор кафедры медицинской реабилитации и спортивной медицины, д.м.н., доцент
Южно-Уральский государственный медицинский университет, г.Челябинск, Российская Федерация

ДИАГНОСТИКА РАННИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ХРОНИЧЕСКОЙ КАРДИО-ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Отличительной особенностью кардиальных и цереброваскулярных растройства, выявленных у больных при I стадии артериальной гипертензии (АГ), когда отсутствуют

клинические и инструментальные признаки поражения сердца, является их обратимость. Остается невыясненным вопрос о том, на каких этапах формирования АГ происходит поражение головного мозга, как проявление хронической цереброваскулярной патологии. Это объясняет необходимость выявления новых критериев диагностики ранних проявлений кардио-цереброваскулярной патологии.

Цель исследования: установить диагностические критерии ранних проявлений формирования изолированного и сочетанного поражения сердца и головного мозга у мужчин с АГ I стадии.

Методы исследования: в амбулаторных условиях обследованы 161 мужчина в возрасте 30 – 59 лет (средний возраст $45,7 \pm 0,8$). На основании критериев ВНОК (2008), где в основу разграничения АГ по стадиям положено наличие гипертрофии левого желудочка и коронарной недостаточности, нами была диагностирована АГ I стадии, без клинических, электрокардиографических и эхокардиографических признаков поражения сердца у 135 больных. Группа контроля составила 26 здоровых мужчин с нормальным артериальным давлением (АД). Среди 135 больных АГ I стадии выделено 3 группы: «А» – 45 пациентов с отсутствием признаков поражения как сердца, так и головного мозга; «В» – 62 пациента с начальными проявлениями недостаточности кровоснабжения мозга (НПНКМ); «С» – 28 пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией I стадии (ДЭП I) [3].

Всем проведено: суточное мониторирование АД и электрокардиограммы (ЭКГ), ритмокардиография, велоэргометрия, эхокардиография, транскраниальная доплерография, ультразвуковая диагностика магистральных артерий головы и шеи; исследованы показатели гемостазиограммы, перекисного окисления липидов (ПОЛ) и антиоксидантной защиты (АОЗ), уровня оксида азота (NO). Статистическая обработка результатов осуществлялась в рамках Statistica for Windows, версия 6.

Результаты и обсуждение. У больных в группе «А» по сравнению с контрольной группой снижена фракция выброса (ФВ) ($68,8 \pm 2,0$; $62,4 \pm 2,1$; $p < 0,05$) и повышен индекс массы миокарда левого желудочка сердца (ИММЛЖ) ($80,6 \pm 0,64$; $105,9 \pm 2,9$; $p < 0,05$); достоверно снижены показатели вариабельности сердечного ритма (SDNN $61,9 \pm 1,44$; $47,8 \pm 1,9$; $p < 0,05$), повышен симпатико-парасимпатический дисбаланс (LF/HF) ($0,65 \pm 0,04$; $1,6 \pm 0,07$; $p < 0,05$); снижены двойное произведение ($356,2 \pm 2,1$; $309,2 \pm 7,4$; $p < 0,05$) и порог нагрузки при велоэргометрии; удвоена доля «нон-дипперов» (10% и 22%) в суточном профиле АД. Цереброваскулярные расстройства в группе «А» характеризуются достоверным снижением индекса цереброваскулярной реактивности (ИЦВР) ($43,7 \pm 1,2$; $39,1 \pm 0,9$; $p < 0,05$), наличием гемодинамически не значимого стеноза магистральных артерий головы (27%) с асимметричностью кровотока (45%). У них же достоверно повышены первичные продукты ПОЛ (диеновые конъюгаты) и снижена активность АОЗ (снижение пероксидазы) ($p < 0,05$); гемостаз характеризуется умеренной гипокоагуляцией: увеличение активированного времени рекальцификации плазмы, активированного парциального тромбопластинового времени ($p < 0,05$), значительном нарастании растворимых фибрин-мономерных комплексов (РФМК) ($3,97 \pm 0,42$; $13,29 \pm 1,96$; $p < 0,01$). Уровень NO у пациентов группы «А» не имеет достоверных отличий от контрольной группы ($9,88 \pm 0,34$; $9,09 \pm 0,44$).

В гр. «В» по сравнению с контрольной группой и группой «А» достоверно увеличилось число сердечных сокращений, «нон-дипперов» (30%), выявлены «найт-пикеры» (20%), снизились показатели вариабельности сердечного ритма (SDNN $35,8 \pm 1,9$; $p < 0,05$), вырос симпатико-парасимпатический дисбаланс (LF/HF $1,9 \pm 0,09$; $p < 0,05$), с переходом на гуморально-метаболический уровень регуляции сердечного ритма. По сравнению с контрольной группой у больных группы «В» достоверно снижена ФВ до

55,2±2,1 ($p<0,05$) и увеличен ИММЛЖ до 94,7±0,4 ($p<0,05$). Особенностью изменений в группе «В» является выявление у больных эпизодов безболевой ишемии миокарда (40%) при суточном мониторингировании ЭКГ. Цереброваскулярные расстройства проявлялись в группе «В» разнонаправленными изменениями линейной скорости кровотока (ЛСК) и индекса Гослинга в экстра- и интракраниальных сосудах, снижении ИЦВР (29,6±0,7; $p<0,05$), повышении коэффициента асимметрии по внутренним сонным артериям ($p<0,05$), дефицитом мозгового кровотока в вертебробазилярном бассейне. Изменения ПОЛ в группе «В» отличались от группы «А» достоверным снижением церулоплазмينا (249,03±4,50; 161,41±1,61; $p<0,05$), гемостаза – в тенденции к повышению показателя фибриногена. Уровень NO был достоверно выше в группе «В», чем в группе «А» и контрольной (12,34±0,63; $p<0,05$).

В группе «С» по сравнению со всеми вышеописанными группами достоверно возросла доля «нон-дипперов» (50%), «найт-пикеров» (30%), количество лиц с безболевой ишемией миокарда (45%); снизились показатели ФВ (54,5±2,1; $p<0,05$) и двойного произведения (272,3±3,4; $p<0,05$); оставался повышенным в сравнении с группой контроля ИММЛЖ – 98,9±0,9 ($p<0,05$). Изменения показателей variability сердечного ритма не имели достоверных отличий от показателей группы «В». Цереброваскулярные расстройства у пациентов группы «С» в сравнении с группой «В» проявляются снижением ЛСК по экстра- и интракраниальным артериям с дефицитом мозгового артериального кровотока в каротидном и вертебро-базилярном бассейнах (86%), наличием микроэмболических сигналов (43%). У больных группы «С» в сравнении с группой «В» возросли показатели первичных и вторичных продуктов ПОЛ и снизилась активность АОЗ (увеличение церулоплазмينا при снижении каталазы и пероксидазы; $p<0,05$); в показателях гемостаза у них же отмечены явления гиперкоагуляции (РФМК 26,38±0,98; $p<0,01$) с усилением противосвертывающих механизмов (повышение фибринолитической активности; $p<0,05$ и антиромбина III; $p<0,05$). Уровень NO у больных группы «С» достоверно снижен по отношению к группам «А», «В» и контрольной (7,91±0,45; $p<0,05$).

Полученные в настоящем исследовании данные показывают, что уже в группе «А» по сравнению с контрольной группой структурно-функциональные изменения сердца сочетаются с цереброваскулярными расстройствами, нарушениями перекисного окисления липидов и гемостаза.

Главной отличительной особенностью изменений со стороны сердца в группах «В» и «С» по сравнению с группами контроля и «А» является: наличие безболевой ишемии миокарда, увеличение доли «нон-дипперов» и появление «найт-пикеров». Цереброваскулярные расстройства в группах «В» и «С» проявляются одновременно в каротидном и вертебробазилярном бассейнах и сочетаются с большим количеством микроэмболических сигналов. В этих же группах усилены процессы гиперкоагуляции, существенно нарушены процессы ПОЛ и АОЗ на фоне разнонаправленных изменений эндотелиальной функции [1, 2]. Описанные изменения в группах «В» и «С», на наш взгляд, могут являться одним из патогенетических механизмов «синдрома взаимного отягощения», развивающихся на самых ранних этапах формирования поражения основных «органов-мишеней» - сердца и головного мозга у больных с артериальной гипертонией I стадии.

Таким образом, полученные в настоящем исследовании структурно-функциональные, гемостазиологические и метаболические показатели являются диагностическими критериями ранних проявлений формирования изолированного и сочетанного поражения сердца и головного мозга у мужчин с АГ I стадии и могут служить основой для дифференцированного подхода к выбору методов профилактики кардиальных и цереброваскулярных осложнений у данной категории больных.

Список использованной литературы:

1. Калев О.Ф., Строева В.С., Калева Н.Г. Ранняя диагностика и профилактика артериальной гипертонии. – Издательство «Практика». – Москва. – 2011. – 216 с.
2. Строева В.С., Калев О.Ф. «Критерии ранней диагностики кардио-цереброваскулярной патологии у больных с артериальной гипертонией I стадии». – Объект интеллектуальной собственности. – Свидетельство о депонировании и регистрации объекта авторского права (запись в Реестре Южно-Уральской торгово-промышленной палаты № 277 от 01.02.2012 г.).
3. Шмидт Е.В. Классификация сосудистых поражений головного и спинного мозга. – Невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. - 1985. – № 9. - С.1281-1288.

© В.С.Строева, 2014

УДК.614.2

Л.А. Титова, Е.А. Добрынина
Кафедра организации сестринского дела ФПРКЗ
"ГБОУ ВПО Воронежская государственная
медицинская академия им. Н.Н. Бурденко
Минздрава России"
Российская Федерация

ПРОБЛЕМЫ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ PR- КОМПАНИИ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Система здравоохранения является одной из самых затратных областей экономики, поэтому важнейшей задачей современной политики здравоохранения является формирование у людей потребности быть здоровыми, ответственными за состояние своего здоровья и здоровья своих детей, вести здоровый образ жизни. Существующая система санитарно-просветительной работы среди населения в настоящее время требует внесения значительных изменений в методологию ее исполнения, а именно - развития маркетинговых исследований, целью которых является стимулирование спроса на профилактические и оздоровительные мероприятия, создание благоприятного отношения к идее профилактики. Таким образом, применение PR-средств, с целью формирования здорового образа жизни становится особенно актуальным.

С целью определения важнейших факторов, влияющих на формирование здорового образа жизни населения нами было проведено анкетирование среди пациентов, находящихся на лечении в дневном стационаре ВБУЗ ВО "Воронежская городская поликлиника №11". Всего было анкетировано 50 человек. Анкета включала в себя 22 вопроса по 5 группам факторов, влияющих на формирование здорового образа жизни: социально-демографические факторы; психологическая характеристика семьи; характеристика культурной жизни и отдыха; вредные привычки; здоровье и медицинская активность, а также вопросы, посвященные изучению источников и характера информации о здоровом образе жизни. Проведенное анкетирование позволило представить социально-демографический портрет пациентов БУЗ ВО «Воронежская городская поликлиника №11». Так, например, среди респондентов 58,8 % составили женщины, 41,2 % мужчины. Среди опрошенных преобладали лица в возрасте от 40 до 59 лет (в общем они составили 65,7 %), в возрасте от 60 до 69 лет было 15,3 % респондентов, от

70 и более лет – 11, 2 %. Незначительный удельный вес составили возрастные группы от 18 до 29 лет и от 30 до 39 лет – 1,7 и 6,1 % соответственно. Таким образом, основной возраст пациентов БУЗ ВО «Воронежская городская поликлиника №11» колеблется от 40 до 69 лет. При оценке социального положения респондентов выявлено, что наибольший удельный вес имели пенсионеры (33,8 %) и служащие (35,2%). Почти одинаковы были доли предпринимателей (8,3%) и безработных (8,8 %). Рабочие составили 12,1 %, домохозяйки – 1,2%, студенты – 0,6 %.

Что касается образования респондентов, то распределились следующим образом: начальное – 1,2 %, среднее – 41%, высшее – 39,8 %; всего 3,2 % респондентов отнесли себя к высокообеспеченным слоям населения, к среднеобеспеченным – 57,2 %, малообеспеченным – 39,6 %. Кроме того, пациентам было предложено определить основные источники информации о здоровом образе жизни. Материалы исследования показали, что основными источниками о здоровом образе жизни являются телевизионные передачи (68,7 %), а также газеты и журналы. 34 % респондента обращаются за информацией о здоровом образе жизни к интернету, аргументируя это удобством получения информации на рабочем месте. Рекламу как источник информации о здоровом образе жизни указали 11 % пациентов. Непопулярными источниками информации о здоровом образе жизни оказались радиопередачи (2,5 %) и медицинские работники (5%). Таким образом, роль СМИ в формировании здорового образа жизни населения достаточно высока.

На вопрос анкеты «Какая информация о здоровом образе жизни вас интересует больше всего?» большинство респондентов (43,4%) выбрали ответ «борьба со стрессами» и «рациональное питание». Информация о физической активности интересует 16,6 % респондентов. Получить информацию о борьбе с вредными привычками хотят 6,2 %. О грамотном приеме медикаментов хотели бы знать 2,3 % респондентов.

Большая часть опрошенных (98,3 %) обращают внимание на информационно-наглядные средства, расположенные в медицинских учреждениях (плакаты, стенгазеты, уголки здоровья, информационные стенды). Таким образом, эффективность этих недорогих PR-средств достаточно высока.

Основная часть пациентов (97,5 %) считают необходимым получить специально разработанные буклеты с рекомендациями по здоровому образу жизни. Кроме того 64,9 % пациентов хотели бы получать информацию в рамках «школ здоровья».

По мнению пациентов, для того, чтобы люди вели здоровый образ жизни необходимо: популяризировать здоровый образ жизни в СМИ (2,5 %), государственные программы (21,6 %), усилия каждого человека (10,3 %). Большинство опрошенных (61,8 %) выбрали все три вышеперечисленные варианта ответов. Собственные варианты ответов пациентов составили 3,8 %. Предлагались следующие варианты: больше строить спортивных площадок, велодорожек, предоставление льгот редко болеющим сотрудникам, совершенствование оказания помощи медицинскими учреждениями.

Как известно, деятельность по формированию здорового образа жизни включает в себя не только информационную составляющую, но и обучающие программы. Одним из вариантов проведения обучения является организация «школ здоровья». Так в частности, многочисленные исследования выявляют низкую приверженность пациентов лечению артериальной гипертензии. Всего лишь 8-17 % пациентов выполняют назначения врача, остальные же зачастую допускают отклонения от предписанного режима. Поэтому обучение пациентов способам управления хроническими заболеваниями приобретает особый смысл. Занятия проводит врач-кардиолог и старшая медицинская сестра отделения дневного стационара. На отдельные занятия привлекают врачей уз-

ких специальностей – врача-диетолога, врача ЛФК, психолога. Занятия проводятся в малых группах (5-15 человек); продолжительность занятий - 5 дней в дневном стационаре или в поликлинике.

Для эффективной работы взаимоотношения врач - медицинская сестра –пациент строятся по принципу единой команды, причем в центре внимания находится непосредственно пациент. Решающую роль в долговременной эффективности обучающих мероприятий играют педагогические и психологические аспекты. Успех обучения определяется формированием мотивации пациентов, используется обратная связь, тренировка и повторение. Пациентам должно быть ясно, правильны ли их ответы. При этом медицинский работник обязан не просто констатировать «да» или «нет», но и пояснить, почему ответ «верен» или «неверен», а также непременно включать элементы похвалы и одобрения (положительная обратная связь). Во время занятий ведется непрерывный контроль усвоения материала, достижения целей обучения; проверяются практические навыки. Каждое занятие начинается с повторения материала предыдущего занятия; его излагают сами пациенты, отвечая на вопросы медицинской сестры.

Еще один вариант подобной работы – дистанционное обучение. Дистанционные средства обучения (аудио- и видеокассеты, компьютерные программы, печатные материалы) служат лишь дополнением к живому обучению или применяются для контроля полученных знаний (но не навыков). Используемые сами по себе, в качестве основного средства обучения, они абсолютно не способны выполнить его главную задачу – формирование новых мотиваций и изменение поведения. Это минус дистанционного обучения. Оптимальный вариант следующий: начало обучения пациента во время пребывания его в стационаре, продолжение на амбулаторном этапе с подключением дистанционных методов обучения и контроля и обязательным закреплением результатов при длительном мониторинге.

На сегодняшний день особенно актуальным направлением в здравоохранении является организация PR– компаний по формированию здорового образа жизни, основными целями которых являются: создание благоприятного общественного мнения к идее профилактики, формирование мотивации к оздоровлению и стимулирование спроса на профилактические и оздоровительные мероприятия. Планирование PR – компании по формированию здорового образа жизни включает в себя пять последовательных этапов: 1) проведение исследований по изучению степени осведомленности различных групп населения в вопросах здорового образа жизни; 2) формирование групп населения, на которых будет направлена информационная программа; 3) выбор каналов воздействия на целевые аудитории; 4) внедрение информационной программы в практику; 5) мониторинг и оценка PR – компании.

Практика проведения многих успешных PR– компаний убедительно доказывает, что наряду с информационной программой в средствах массовой информации важно применять образовательные технологии. Таким образом, эффективная PR– компания по формированию здорового образа жизни представляет собой долгосрочную и постоянно действующую информационно - обучающую систему, направленную на работу с различными группами населения. Формирование здорового образа жизни, таким образом, - это целая система общественных и индивидуальных видов, способов, форм деятельности, активности, направленных на преодоление факторов риска возникновения и развития заболеваний, оптимального использования в интересах охраны и улучшения здоровья социальных, психологических и природных условий и факторов образа жизни. При этом, за счет участие медицинских сестер в формировании основ здорового образа жизни как своего, так и ближайшего окружения в пропаганде здоровья, созда-

нии у населения позитивной мотивации на здоровье происходит постепенное признание значимости роли медицинской сестры как со стороны коллег, так и общества в целом. Медицинская сестра становится профессионалом, способным не только выполнять квалифицированный уход за пациентами, но и быть полноправным специалистом в деле профилактики заболеваний и формирования здорового образа жизни у населения.

© Л.А. Титова, 2014

УДК 613.632.3

С.В.Третьяков

ГБОУ ВПО Новосибирский государственный
медицинский университет,
г. Новосибирск, Российская Федерация

УСТОЙЧИВОСТЬ РЕГУЛЯЦИИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ЛИЦ, ПОДВЕРГАЮЩИХСЯ ВОЗДЕЙСТВИЮ ОРГАНИЧЕСКИХ РАСТВОРИТЕЛЕЙ АРОМАТИЧЕСКОГО РЯДА

Целью исследования явилось изучение устойчивости регуляции сердечного ритма у лиц, подвергавшихся воздействию органических растворителей ароматического ряда в зависимости от длительности производственного контакта с токсическими веществами.

Материал исследования. Основная группа представлена 36 женщинами. Она была разделена на подгруппы. Первую (М) составили 12 малостажированных маляров (средний возраст $34,4 \pm 3,1$ года, средний стаж работы во вредных условиях $4,4 \pm 0,6$ года), вторую – 10 среднестажированных (С) рабочих (средний возраст $38,6 \pm 2,2$ года, средний стаж работы во вредных условиях $7,8 \pm 1,8$ года), третью – 14 высокостажированных (В) маляров (средний возраст $43,2 \pm 4,1$ года, средний стаж работы $14,3 \pm 3,7$ года).

Обследованные работали на промышленном предприятии в профессии маляра и контактировали с лакокрасочными материалами различных наименований на основе органических растворителей ароматического ряда, основными из которых являлись: толуол, ксилол, ацетон, бутилацетат, этилацетат, бутанол, которые интенсивно выделялись в воздух рабочей зоны при проведении малярных работ. Содержание токсических веществ в воздухе рабочей зоны составили: средние концентрации ксилола - 190,8 - 175,4 мг/м³, толуола - 125,2 мг/м³ и превышали ПДК, в основном, за счет пиковой (максимальной) концентрации (400 мг/м³). Концентрации ацетона, бензина, этилацетата, бутилацетата и уайт-спирита не превышали установленных нормативных значений. Время выполнения операций, связанных с выделением в воздух рабочей зоны компонентов лакокрасочных материалов и растворителей, составляло 67,5 - 78,6%.

Группа сравнения представлена 20 здоровыми женщинами, не подвергавшимися воздействию производственно-вредным факторам (средний возраст 36,4 года).

Методы исследования. Изучение устойчивости регуляции проводилось с помощью математического анализа сердечного ритма на основании определения: моды (Mo), мощности низких частот (LF) и очень низких частот (VLF), индекса активации под-

корковых нервных центров (ИАП), индекса напряжения (ИН), показателя адекватности процессов регуляции (ПАПР), коэффициента вариации (V).

Результаты исследования. Изучение устойчивости регуляции в группе маляров в целом показало, что в отличие от лиц, не подвергавшихся воздействию производственно-вредных факторов, отмечается незначительное повышение моды (M_0), повышение значения коэффициента вариации на 10,1% ($p < 0,05$) и снижение индекса напряжения на 18,5% ($p < 0,05$) (табл. 1).

Вместе с тем, повышается мощность LF в 1,3 раза ($p < 0,05$) и мощность VLF на 35,8% ($p < 0,05$), т.е. в группе маляров в целом, в отличие от лиц, не подвергавшихся воздействию производственно-вредных факторов повышается активность как внутрисистемного, так и межсистемного уровня управления. Это подтверждают значения индекса активации подкорковых нервных центров, которые выше в основной группе, чем в группе сравнения в 1,56 раза ($p < 0,05$). Показатель адекватности процессов регуляции (ПАПР) в группе маляров был ниже на 7,3%, чем в группе сравнения. Это свидетельствует о меньшей адекватности процессов регуляции (табл. 1).

Таблица 1.

Показатели устойчивости регуляции в группе маляров в целом ($M \pm \sigma$)			
Показатель	Группа сравнения (n= 20)	Группа маляров в целом (n= 36)	P
мода (M_0), с.	0,85±0,26	0,909±0,34	
индекс напряжения (ИН), усл. ед.	27,4 ±1,07	22,34±0,72	<0,05
показатель адекватности процессов регуляции - ПАПР(A_{M_0}/M_0)	52,41 ±5,34	48,37±4,38	
индекс активации подкорковых нервных центров (ИАП)	0,12±0,006	0,19±0,056	<0,05
VLF, усл. ед.	0,07 ±0,011	0,11±0,021	<0,05

Показатель M_0 , также как и математическое ожидание характеризует частоту пульса. Эти показатели остаются относительно стабильными не зависимо от уровня профессионального риска. Это позволяет говорить о централизации управления сердечным ритмом. Вместе с тем, как было нами показано выше, коэффициент вариации увеличивается с увеличением риска, а ИН снижается. Снижение ИН отражает увеличение энтропии, отсутствие активации адренергических механизмов регуляции.

Вместе с тем, мощность LF с увеличением длительности производственного стажа повышается. Так, в группе среднестажированных, по сравнению с малостажированными лицами этот показатель возрастает на 14,8% ($p < 0,05$), а в группе высокостажированных лиц, по сравнению со среднестажированными лицами в 1,29 раза ($p < 0,05$) (табл. 2). Так как мощность LF характеризует состояние подкорковых нервных центров (уровень внутрисистемного управления). Возрастание со стажем работы мощности LF свидетельствует о все большем подключении звеньев уровня внутрисистемного уровня в активную регуляторную деятельность.

Также с увеличением профессионального стажа увеличивается значение мощности VLF. Так, у среднестажированных лиц, по сравнению с лицами с низким риском VLF

увеличивается в 2,11 раза ($p<0,05$), а в группе высокостажированных, по сравнению с группой среднестажированных лиц на 47,9% ($p<0,05$). Мощность VLF отражает активность межсистемного уровня управления (табл. 2).

Таблица 2.

Показатели устойчивости регуляции у маляров разных стажевых групп ($M\pm\sigma$)					
Показатель	M, n= 12	C, n= 10	B, n= 14	p 1-2	p2- 3
мода (Mo), с.	0,983 $\pm 0,044$	0,833 $\pm 0,07$ 1	0,915 $\pm 0,09$ 2	<0, 05	
индекс напряжения (ИН), усл. ед.	27,15 $\pm 2,44$	29,87 $\pm 1,99$	16,74 $\pm 0,96$		
показатель адекватности процессов регуляции - ПАПР(АМо/Мо)	46,98 $\pm 3,33$	37,54 $\pm 2,08$	39,59 $\pm 1,88$		
индекс активации подкорковых нервных центров (ИАП)	0,102 $\pm 0,02$ 2	0,185 $\pm 0,03$ 1	0,275 $\pm 0,01$ 4		<0, 05

M - малостажированные, C – среднестажированные, B - высокостажированные

Учет типа регуляции очень важен для прогнозирования возможного ответа организма. Со стажем происходит увеличение активности как внутрисистемного уровня регуляции, так и межсистемного. Это подтверждает индекс активности подкорковых нервных центров (ИАП), который повышается в группе среднестажированных по сравнению с группой малостажированных лиц на 44,9% ($p<0,05$), а высокостажированных, по сравнению со среднестажированными в 1,49 раза ($p<0,05$).

Показатель адекватности процессов регуляции (ПАПР), отражающий соответствие между активностью симпатического отдела вегетативной нервной системы и ведущим уровнем функционирования синусового узла. Этот показатель позволяет путем сопоставления с частотой пульса судить о наличии избыточной или недостаточной централизации управления ритмом сердца. Этот показатель в изучаемых группах имел тенденцию к снижению с увеличением стажа работы с органическими растворителями. Так, в группе среднестажированных, по сравнению с малостажированными ПАПР был ниже на 15,8% ($p<0,05$), а в группе высокостажированных, по сравнению со среднестажированными на 4,3%, что свидетельствует о снижении адекватности процессов регуляции (табл. 2).

При индивидуальной оценке вариантов регуляции определяется в группе малостажированных в 66,6% переходный процесс регуляции, в 33,3% - дисрегуляция центрального типа, в группе среднестажированных у 20% дисрегуляция центрального типа, у 20% дисрегуляция с преобладанием парасимпатической нервной системы, у 60% - переходный процесс; в группе высокостажированных у 57,14% - дисрегуляция с преобладанием парасимпатической нервной системы, у 28,57% - переходный процесс, у 14,29% - дисрегуляция центрального типа.

Динамика вариантов регуляции у маляров свидетельствует, что с повышением риска происходит постепенное уменьшение преходящих явлений опережающего влияния отдельных систем регуляции (нервного или гуморального, симпатического или парасим-

патического элементов), а также снижается процент лиц с дисрегуляцией центрального типа, обусловленная возбуждением центрального контура управления, влияющего как на симпатический, так и на парасимпатические отделы вегетативной нервной системы.

Вместе с тем, с увеличением стажа работы происходит возрастание процента лиц с дисрегуляцией с преобладанием активности парасимпатической нервной системы, что вероятно связано с нарастающей слабостью процессов мобилизации ресурсов, снижением резервных возможностей организма.

Список использованной литературы:

1. Баевский Р.М., Кириллов О.И., Кецкин С.Н. Математический анализ изменений сердечного ритма при стрессе. М.: Наука, 1984г.
2. Баевский Р.М. Прогнозирование состояний на грани нормы и патологии. М.: Наука, 1984г.
3. Третьяков С.В., Шпагина Л.А. Сердечно-сосудистая система при действии ароматических углеводов. Новосибирск: Сибмедиздат НГМУ, 2013.

© С.В. Третьяков, 2014

УДК 616.127:616-053.3

Е.Б. Тюхтенева

студентка 6 курса медицинского института

Е.И. Науменко

к.м.н., доцент кафедры педиатрии

Мордовский государственный университет

Г. Саранск, Российская Федерация

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МИОКАРДА У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Заболевания сердечной мышцы на сегодняшний день являются актуальной проблемой кардиологии во всем мире. Среди всех сердечно-сосудистых заболеваний особое место занимает миокардит [3, с. 84].

У детей миокардит является одной из причин внезапной смерти. Согласно данным G.R. Somers (2005) среди внезапно умерших детей текущий миокардит диагностировался в 8,6-21% случаев. [7, с. 54] По результатам других исследований (Леонтьева И.В., 2005) у 9% детей, умерших в возрасте до 10 месяцев, обнаруживались воспалительные изменения в сердце [4, с. 275]. Показатель летальности при миокардитах у детей варьирует от 0,3 до 26% в зависимости от тяжести основного заболевания, возраста и преморбидного фона [7, с. 54]. Миокардиты — это спорадические заболевания, однако в периоды эпидемий их частота значительно возрастает [1, с. 34]. В период эпидемии Коксаки-инфекции летальность у новорожденных составляет до 50%. Зарубежные авторы приводят данные, где максимальный показатель летальности у новорожденных, больных острым миокардитом, достигает 75% [6, с. 109].

Истинная распространенность на сегодняшний день неизвестна, так согласно данным Белозерова Ю.М. (2004) распространенность миокардита в популяции составляет

10:10000 [2, с. 222]. Миокардит диагностируется в 1-15% случаев заболеваний, вызванных вирусной инфекцией и в 3-10% всех вскрытий [5, с. 313].

Цель исследования: оценить клинические симптомы и данные ЭКГ у детей грудного возраста с воспалительными заболеваниями миокарда.

Материал и методы: проведен ретроспективный анализ 90 историй болезни детей первого года жизни, находящихся на стационарном лечении в отделении патологии новорожденных ДРКБ г. Саранска. Дети разделены на 2 группы: основная группа (n=40) и группа сравнения (n=50). Основную группу составили дети с миокардитом, среди которых 87% (n=35) это дети с диагнозом миокардит с поражением проводящей системы сердца и 13% (n=5) с диагнозом диффузный миокардит. Группа сравнения – дети с нарушением сердечного ритма по типу экстрасистолии до 10000 за сутки.

У каждого ребенка были оценены клинические симптомы миокардита, выполнено электрокардиографическое исследование в 12 стандартных отведениях. Обработка результатов исследования была проведена с использованием методов (при $p < 0,05$ различия между исследуемыми группами статистически значимо) статистики. Математическая обработка результатов исследования выполнена на персональном компьютере.

Результаты и обсуждение: по нашим данным среди клинических симптомов поражения сердечно-сосудистой системы наиболее часто в основной группе встречались: у 70% приглушенность сердечных тонов, у 55% (n=22, $p < 0,001$) периферический цианоз (носогубного треугольника, цианоз ладоней, стоп, кончиков пальцев), у 37,5% (n=15, $p < 0,001$) одышка, у 20% (n=8, $p < 0,05$) мраморность кожных покровов (рис. 1). Только в основной группе диагностировались сухие хрипы в легких у 5% (n=2).

В группе сравнения периферический цианоз и мраморность кожных покровов наблюдались в 6% (n=3) и 2% (n=1) соответственно, одышка не наблюдалась ни в одном из случаев.

В основной группе чаще, но не достоверно, чем в группе сравнения определялось расширение границ сердечной тупости, аускультативное нарушение ритма сердца, систолический шум на верхушке, у одного ребенка (2.5%) имелись симптомы интоксикации и одного (2.5%) симптомы острой сердечно-сосудистой недостаточности.

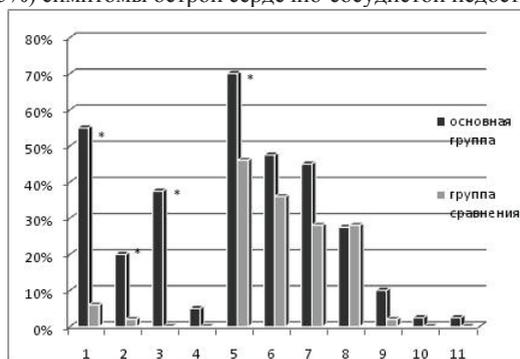


Рис. 1. Частота встречаемости клинических симптомов в основной группе и группе сравнения. 1 – цианоз носогубного треугольника, 2 – мраморность, 3 – одышка, 4 – хрипы, 5 – приглушенность сердечных тонов, 6 – систолический шум на верхушке, 7 – аритмия (аускультативно), 8 – экстрасистолия (аускультативно), 9 – расширение границ сердечной тупости, 10 – симптомы интоксикации, 11 – ОССН. * - $p < 0,05$.

Аускультативно в равной степени (по 28%) в основной группе и группе сравнения определялась экстрасистолия.

При анализе результатов ЭКГ выяснилось, что у 7,5% (n=3, p>0,05) детей основной группы регистрировался несинусовый ритм (предсердный ритм, миграция водителя ритма, трепетание предсердий), в группе сравнения несинусовый ритм отмечался в 2% случаев (n=1). Синусовая брадикардия в основной группе встречалась у 22,5% (n=9, p>0,05) и почти в 2 раза реже, чем в группе сравнения – у 12% (n=6). Отмечался единственный случай синусовой тахикардии (2,5%) только в основной группе. В остальных случаях, как в основной, так и в группе сравнения регистрировался синусовый ритм – 67,5% (n=27, p>0,05) и 80% (n=40) соответственно.

У 2,5% (n=1, p>0,05) детей только основной группы отмечалось отклонение ЭОС влево. Отклонение ЭОС вправо и резко вправо имело место у 52,5% (n=21, p≤0,05) в основной группе и гораздо реже в группе сравнения – у 24% (n=12). Нормальное положение оси сердца наблюдалось реже в 1 группе (37,5%, p≤0,05), чем в группе сравнения (62%).

В структуре нарушений сердечного ритма по результатам ЭКГ ведущее место занимает экстрасистолия как в основной группе – 52% (n=26, p≤0,001), так и в группе сравнения – 100% (n=50). Среди всех экстрасистолий в группах преобладала наджелудочковая экстрасистолия: в основной группе она составила 88%, в группе сравнения 96%. Гораздо реже регистрировалась желудочковая экстрасистолия: у 12% детей основной группы и у 4% группы сравнения.

Таблица 1. Особенности экстрасистолий в исследуемых группах.

Характеристика	Основная группа, n=26	Группа сравнения, n=50	p
Блокированные	19% (n=5)	0% (n=0)	≤0,05
Политопные	23% (n=6)	0% (n=0)	≤0,05
Абберантные	23% (n=6)	2% (n=1)	≤0,05
Ранние и сверхранные	4% (n=1)	0% (n=0)	>0,05
Полиморфные	19% (n=5)	0% (n=0)	≤0,05
Алгоритмия	50% (n=13)	0% (n=0)	≤0,001
Из 13 детей с алгоритмией:			
Бигеминия	46% (n=6)		
Тригеминия	30% (n=4)		
Квадригеминия	53% (n=7)		

Отличительной особенностью наджелудочковых и желудочковых экстрасистолий у лиц из основной группы является наличие ранних и сверхранных, полиморфных, блокированных, политопных экстрасистолий с абберацией комплекса QRS, алгоритмии, что указывает на вероятный органический генез аритмии (табл.1).

Атриовентрикулярная блокада (АВ-блокада) в основной группе отмечалась в 15% случаев ($n=6$, $p \leq 0,05$), причем 67% из них составляет АВ-блокада 1 степени с РQ до 0,14 с и 33% АВ-блокада 2 степени с ЧСС до 66 уд/мин. В группе сравнения АВ-блокада не встречалась. Блокады ножек пучка Гиса встречались почти одинаково часто у 20% ($n=8$, $p > 0,05$) в основной группе и у 18% ($n=9$) в группе сравнения. В их структуре, как в основной (62,5%), так и в группе сравнения (56%) лидирует неполная блокада правой ножки пучка Гиса, реже полная блокада правой ножки пучка Гиса – 25% и 44% соответственно. Отмечался единичный случай блокады передне-верхнего разветвления левой ножки пучка Гиса в основной группе. Также из нарушений ритма в основной группе регистрировались единичные случаи синоатриальной блокады (СА-блокады), трепетания предсердий, внутрисердечной блокады, синдрома слабости синусового узла (СССУ).

При анализе ЭКГ почти у половины (45%, $n=18$, $p \leq 0,005$) детей основной группы регистрировались нарушение процессов реполяризации в миокарде, гораздо реже в группе сравнения - 14% ($n=7$). В 12,5% ($n=5$, $p \leq 0,05$) случаев в основной группе отмечались признаки повышенной электрической активности и перегрузки левого желудочка и в 22,5% ($n=9$, $p \leq 0,05$) повышенной электрической активности и перегрузки правого желудочка и предсердия. У 7,5% ($n=3$, $p > 0,05$) только в основной группе регистрировалось снижение вольтажа комплекса QRS (табл.2).

ЧСС, длительность электрической систолы в основной группе и группе сравнения достоверно не различались.

Таблица 2. ЭКГ-изменения в исследуемых группах.

ЭКГ-признак	Основная группа, $n=40$	Группа сравнения, $n=50$	p
Нарушение процессов реполяризации	45% ($n=18$)	14% ($n=7$)	$\leq 0,005$
Низкий вольтаж комплекса QRS	7,5% ($n=3$)	0% ($n=0$)	$> 0,05$
Повышенная электрическая активность и перегрузка ЛЖ	12,5% ($n=5$)	0% ($n=0$)	$\leq 0,05$
Повышенная электрическая активность и перегрузка ПЖ и ПП	22,5% ($n=9$)	4% ($n=2$)	$\leq 0,05$

Обозначения: ЛЖ – левый желудочек, ПЖ – правый желудочек, ПП – правое предсердие.

Выводы:

1. Диагностически ценными симптомами при постановке диагноза миокардит являются: одышка, периферический цианоз, мраморность кожных покровов, приглушенность сердечных тонов.
2. У детей грудного возраста чаще диагностируется очаговый миокардит поражением ПСС (экстрасистолии, АВ-блокады 1 и 2 степеней).
3. Только у детей с миокардитами регистрировались экстрасистолии политопные, полиморфные, заблокированные, аллоритмии (по типу бигеминии, тригеминии, квадригеминии), с абберацией комплекса QRS.

4. При ЭКГ-исследовании у детей первого года жизни с миокардитами регистрируется, повышенная электрическая активность и перегрузка желудочков сердца, а также нарушения процессов реполяризации.

Список использованной литературы:

1. Басаргина, Е.Н. Миокардиты у детей // Доктор.Ру. – 2008. – №3. – с. 34-39.
2. Белозеров Ю.М. Детская кардиология. – М.: МЕД-пресс-информ, 2004. – 600 с.
3. Коваленко В.Н., Несукай Е.Г. Миокардит: современный взгляд на этиологию и патогенез заболевания // Украинский кардиологический журнал. – 2012. – №2. – с.84-91.
4. Леонтьева И.В. Лекции по кардиологии детского возраста – М: ИД Медпрактика-М, 2005. – 536 с.
5. Мутафьян О.А. Детская кардиология: руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 504с.
6. Олимов Н.Х., Шоджонов М.М., Вохидов Х.Р., Нураддинов А., Юлдошев Э.Ч. Современное состояние проблемы миокардита // Научно-медицинский журнал «Вестник Авиценны». – 2011. – №1. – с.109-113.
7. Садыкова Д.И. Принципы медикаментозной терапии миокардитов у детей. // Вестник современной клинической медицины. – 2013. – том 6, вып.3. – с.54-60.

©Е.Б. Тюхтенева, Е.И. Науменко, 2014.

УДК 615.1:616.12008

Е.С. Егорова

старший преподаватель каф. фармации

Новгородский государственный университет им. Ярослава Мудрого

Т.И. Оконенко

доктор медицинских наук, профессор,

декан фармацевтического факультета, зав. кафедрой общей патологии

Новгородский государственный университет им. Ярослава Мудрого

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ

На сегодняшний день сердечно-сосудистые заболевания одна из основных причин инвалидности и преждевременной смерти. Модификация факторов риска приводит к снижению сердечно-сосудистой смертности, особенно у пациентов группы высокого риска, к таковой относятся больные, страдающие артериальной гипертензией и гиперхолестеринемией.

В настоящее время наиболее распространённым классом лекарственных препаратов, используемых для воздействия на липидный обмен являются статины. При этом современные рекомендации предписывают их применение не только у лиц с выраженной гиперхолестеринемией, но и при относительно невысоком уровне холестерина [1].

По данным Всемирной организации здравоохранения, ни в одной стране мира нет достаточных финансовых ресурсов для покрытия потребностей национального здравоохранения. Оптимизация расходов является одной из задач фармакоэкономики.

Исследование проводилось на базе кардиологического отделения Новгородской Областной Клинической Больницы. Были просмотрены 3126 медицинских карт стационарных больных за период 2007-2010 г.г., в 12,6 % случаев назначались статины.

Далее были отобраны 78 больных, соответствующих определённому включению и не включения (возраст от 40 до 65 лет, уровень систолического артериального 120-180 мм рт.ст., уровень общего холестерина в крови 3-8 ммоль/л – для возможного последующего анализа результатов по шкале SCORE; артериальная гипертензия в диагнозе, отсутствие тяжелых соматических заболеваний).

В группе была изучена распространённость основных факторов риска – гиперхолестеринемии (ГХС), артериальной гипертензии (АГ) и курения. Выявлено, что в популяции мужчин факторы риска сердечно-сосудистой смертности превышают таковые у женщин, т.к. они чаще страдают умеренной ГХС, АГ III степени, каждый третий курит (рис. 1).

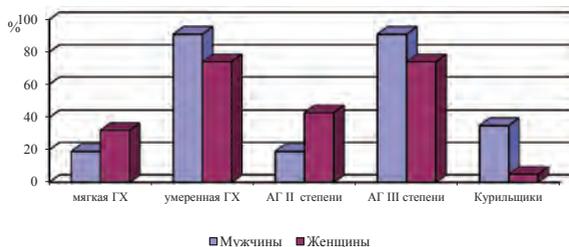


Рисунок 1. Распространённость факторов риска

Для проведения фармакоэкономического анализа комбинированной терапии АГ и ГХС был выбран метод «затраты-эффективность», т.к. он позволяет оценить рациональность применения двух и более схем лечения.

При анализе листов назначения были выделены 6 альтернативных схем лечения. В 93,3% в качестве липидснижающего средства был назначен Симвастатин, Розувастатин назначался в 3,3% случаев, Аторвастатин – 3,3%. Несмотря на малую распространённость Аторвастатина и Розувастатина нельзя не включить их в исследование, т.к. они являются представителями III и IV поколений статинов, соответственно, что даёт возможность расширить исследование.

В работе были рассчитаны прямые медицинские затраты на основные схемы лечения. Анализ прямых немедицинских, косвенных и нематериальных затрат не проводился из-за сложности с оценкой и малой информативностью.

Прямые медицинские затраты складывались из затрат на диагностику исследуемого заболевания, на основную терапию, на пребывание в стационаре (табл. 1).

Таблица 1

Прямые медицинские затраты по схемам лечения

Схема лечения	Количество пациентов	Прямые медицинские затраты, руб.
Схема 1 Ингибитор АПФ + Диуретик + Симвастатин;	16	11549,24
Схема 2 Ингибитор АПФ + Бета-блокатор + Симвастатин	11	12319,95
Схема 3 Ингибитор АПФ + Бета-блокатор + Блокатор «медленных» кальциевых каналов + Симвастатин	20	12833,11
Схема 4 Антагонист рецепторов ангиотензина II + Бета-блокатор + Симвастатин	12	12651,53
Схема 5 Ингибитор АПФ + Бета-блокатор + Диуретик + Розувастатин	9	9927,13
Схема 6 Ингибитор АПФ + Бета-блокатор + Аторвастатин	10	9558,26

Как видно из рисунка 2, все схемы лечения являются достаточно затратными. Для анализа данных и поиска возможных путей снижения прямых медицинских затрат на сравниваемые курсы был проведён анализ их структуры [2]. Наибольший вклад в формирование затрат на терапию АГ, осложнённой ГХС, вносит пребывание в стационаре (> 70% от всей стоимости).

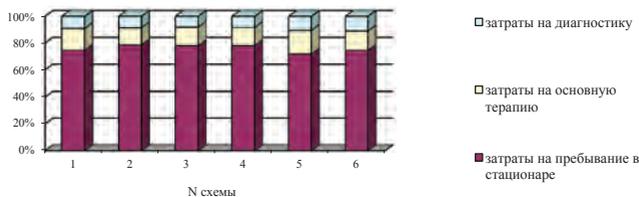


Рисунок 2. Структура прямых медицинских затрат стационарной комбинированной терапии АГ и ГХС

При анализе структуры затрат по схемам лечения выявлено снижение стоимости лечения, обусловленное уменьшением затрат на пребывание пациентов в стационаре, связанное с сокращением количества дней, проведенных в отделении в связи с использованием дорого эффективного препарата – Крестор (Розуватаин). Но о возможном применении определенной схемы лечения нельзя судить только по денежным показателям.

Поэтому следующим этапом анализа являлось определение эффективности лечения по каждой из выделенных схем лечения. Более приемлемой с экономической точки зрения является та схема, которая характеризуется меньшими затратами на единицу эффективности.

Эффективность лечения оценена по шкале SCORE, разработанной для оценки риска смертельного сердечно-сосудистого заболевания в течение 10 лет.

Наименьший коэффициент «затраты-эффективность» получен при использовании схемы: Ингибитор АПФ + Бета-блокатор + Диуретик + Розувастатин, следовательно, можно сделать вывод о наибольшей эффективности и экономической значимости применения данной схемы лечения.

Список использованной литературы:

1. Кардиология, 11, 2008: Мареев В.Ю. Результаты исследования АТЛАНТИКА.
2. Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии 2008; №3-4: приложение. Европейские рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике.
3. М.В. Авксентьева, П.А. Воробьев, В.Б. Герасимов, С.Г. Горохова, С.А. Кобина – Экономическая оценка эффективности лекарственной терапии (фармакоэкономический анализ). – М.: «Ньюдиамед», 2000.

© Е.С. Егорова, Т.И. Оконенко, 2014

УДК 616-089.5-031.81

И.З. Китиашвили

Заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии
ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия»
г. Астрахань, Российская Федерация

М.Ю. Шевченко

Врач анестезиолог-реаниматолог НУЗ МСЧ
г. Астрахань, Российская Федерация

Д.И. Китиашвили

Студент 2 курса
ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия»
г. Астрахань,
Российская Федерация

СОВРЕМЕННЫЕ КОМПОНЕНТЫ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ В ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГИНЕКОЛОГИИ

Актуальность темы. Популярность хирургического лечения с применением эндоскопической техники объясняется с минимальной травматичностью и относительно редким возникновением серьезных осложнений [2,3,4]. Существенную роль при

подобных вмешательствах играет выбор метода и компонентов общей анестезии, так как пневмоперитонеум создает ряд клинических проблем, обусловленных сложным комплексом патофизиологических процессов [1]. В связи с этим анестезиологическое обеспечение лапароскопических вмешательств предъявляет высокие требования к его периоперационной безопасности для пациентов.

Материалы и методы. В НУЗ МСЧ за период с 2009 по 2013 гг. у 112 пациенток в возрасте от 38 лет до 59 лет с фибромиомой матки была выполнена эндоскопическая надвлагалищная ампутация матки. При поступлении в стационар у пациенток определялся спектр сопутствующей патологии. С учетом клинико-анамнестических данных все пациентки соответствовали II-III классу физического статуса по классификации Американской ассоциации анестезиологов, т.е. имели умеренные и значительные системные расстройства. Подготовка к оперативному вмешательству осуществлялась по общепринятой схеме.

При выполнении лапароскопических оперативных вмешательств всем пациенткам проводился эндотрахеальный вид общей анестезии на основе ТВА с применением дипривана, калипсола и фентанила. Суть метода состоит в использовании микродоз всех компонентов ТВА. При лапароскопических гинекологических операциях диприван можно рассматривать, как лучший гипнотический компонент общей анестезии. Средние дозы дипривана при этом составили: для индукции 1,14-1,15 мг/кг в сочетании с калипсомом 0,4-0,5 мг/кг и фентанилом 0,001-0,002 мг/кг (болюсно). Для поддержания анестезии 2,5 мг/кг/ч; 0,98 мг/кг/ч и 0,0025-0,003 мг/кг/ч соответственно (с использованием шприцевого дозатора (B\Braun) в сочетании с ингаляцией кислородно-кисеионовой смесью (Xe:O₂).

Таблица 1

Компоненты общей анестезии и их дозировки

Этапы анестезии	Препарат		
	Диприван	Кетамин	Фентанил
Индукция	1,14-1,15 мг/кг	0,4-0,5 мг/кг	0,001-0,002 мг/кг
Основной наркоз	2,5 мг/кг/час	0,98 мг/кг/час	0,0025-0,003 мг/кг/час

Для объективной оценки адекватности используемых вариантов анестезии интраоперационно и в послеоперационном периоде применен комплекс клинико-лабораторных методов исследования. На этапах анестезии и операции у всех пациенток проводился непрерывный неинвазивный мониторинг показателей гемодинамики, пульсовой оксиметрии (монитор «Mindrey PM- 8000» (Корея)). Об уровне антистрессовой защиты пациентов судили по динамике основных показателей эндокринной системы: концентрации глюкозы (Eco Twenty, Германия) и кортизола плазмы крови (методом иммуноферментного анализа на плашках с помощью готовых реактивов). Определение кислотно-щелочного состояния (КЩС) производилось на следующих этапах: I - после премедикации, II - в травматичный этап операции, III - в конце операции с универсальным анализатором критических состояний i-Stat Abbott Point-of-care).

Статистическую обработку полученных результатов проводили методом вариационной статистики. Сравнение средних значений двух выборок производилось с помощью t-критерия Стьюдента. Достоверным считалось различие более 95% (p<0,05).

Результаты исследования. ТВА на основе микродоз дипривана, калипсола и фентанила с ингаляцией (Хе:О₂) отличается исключительно стабильным течением, создает оптимальные условия для выполнения лапароскопических гинекологических вмешательств. Несмотря на сокращение доз дипривана, метод позволяет реализовать основные преимущества этого анестетика при одновременном уменьшении его побочных эффектов.

Гемодинамические показатели на этапах анестезии и операции. Изучение основных показателей гемодинамики у больных исследуемой группы показало, что функциональное состояние сердечно-сосудистой системы на исследуемых этапах оставалось стабильным и не имело отклонений от физиологической нормы. Можно отметить, что у некоторых больных исследуемой группы изменения гемодинамических показателей носили мягкий и более управляемый характер, на фоне хорошей анестезиологической защиты пациенток.

Исследование функции газообмена на этапах анестезии и операции. При исследовании функции дыхания у всех пациенток во время анестезии и операции не происходило статистически значимых изменений показателей газообмена и рН (таб. 2).

Таблица 2

Динамика основных показателей функции дыхания (M ± m)

Показатели дыхания	Этапы исследования	Вид общей анестезии
		ТВА+(Хе:О ₂)
Sat O ₂ %	I	97 ± 0,5
	II	99 ± 0,7
	III	97 ± 1,3
рН	I	7,38 ± 0,02
	II	7,41 ± 0,01
	III	7,35 ± 0,03
рСО ₂ , мм.рт.ст.	I	32,2 ± 3,1
	II	30,9 ± 2,7
	III	38,6 ± 2,5
рО ₂ , мм.рт.ст.	I	69,1 ± 1,2
	II	72,1 ± 1,6
	III	70,2 ± 1,3
BE	I	-1,2 ± 0,3
	II	-1,8 ± 0,1
	III	-2,1 ± 0,8*

Этапы исследования: 1 – Исходные показатели, 2 - Травматичный этап, 3 – после окончания операции. * p < 0,05 – по сравнению с исходным фоном

Динамика показателей глюкозы и кортизола на этапах анестезии и операции. У больных исследуемых во время оперативного вмешательства отмечалась небольшая тенденция к увеличению уровня глюкозы сыворотки крови (таб. 3). Гипергликемия носила кратковременный характер, и к концу операции уровень глюкозы возвратился к исходным значениям.

Таблица 3

Показатели кортизола и глюкозы на этапах операции (M ± m)

Показатели	Этапы исследования		
	I этап	II этап	III этап
Глюкоза плазмы (норма 4,2-6,4 ммоль/л)	4,8±1,3	6,1±2,4	5,6±0,8
Кортизол (норма 230-750 нмоль/л)	293,1±10,4	513,7±18,2*	563,8±14,7*

Этапы: I этап - исходное состояние, II - травматичный момент операции, III - после окончания операции. *p<0,05

Как видно из таблицы 3, у исследуемых пациенток содержание кортизола в сыворотке крови на высоте травматического этапа операции увеличилось на 71%, а к концу операции на 90% от исходного (p<0,05), что говорит о статистически достоверном повышении концентрации кортизола по сравнению с исходными величинами. Но уровень гормона во всех случаях не достигал верхней границы нормы, отражая естественную реакцию коры надпочечников в условиях нагрузки на организм. По окончании операции всех пациенток переводили в палату пробуждения, где продолжали динамический контроль за показателями периферической гемодинамики (АДс, АДд, ЧСС), газообмена (ЧДД, SatO₂). В течение 2 часов послеоперационного периода (в палате пробуждения) у больных на фоне самостоятельного дыхания не было отмечено нарушения внешнего дыхания, ЧДД, SatO₂, КЩС, показатели периферической гемодинамики находились в пределах физиологической нормы. Пациентки переводились в профильное отделение под наблюдением дежурного медицинского персонала.

Анализ полученных данных позволяет сделать следующий вывод, что методика комбинированной внутривенной анестезии на основе микродоз дипривана, фентанила, кетамина в сочетании Хе:О₂ является надежным, безопасным видом общей анестезии и может применяться при лапароскопических гинекологических операциях любого объема при условии точного соблюдения методики и достаточной квалификации анестезиолога.

Список литературы:

1. Лихванцев В.В. Анестезия в малоинвазивной хирургии. М.: «Милкош», 2005. - С. 12.
2. Сабиров Д.М., Батиров У.Б., Саидов А.С. Внутривенная гипертензия - реальная клиническая проблема // Вестник интенсивной терапии. 2006. - № 1. - С. 21 - 23.
3. Demirogluk S., Salihoglu Z., Bacan M., Bozkurt P. Effects of intraperitoneal and extra-peritoneal carbon dioxide insufflation on blood gases during the perioperative period. J Laparoendosc Adv Surg Tech A 2004; 14(4): 219 -222.
4. Mujicic E., Duric A., Radovanovic J. Influence of CO₂ pneumoperitoneum on liver function. Med Arc 2006; 60 (2): 87 89.

©Китиашвили И.З., 2013, Шевченко М.Ю. Китиашвили Д.И., 2014г.

А. С. Сухих
старший научный сотрудник
Центральной научно-исследовательской лаборатории
Кемеровская государственная медицинская академия Минздрава РФ
г. Кемерово, Российская Федерация
Т. В. Котова
доцент кафедры товароведения и экспертизы товаров
Кемеровский институт (филиал)
Российский государственный торгово-экономический университет
г. Кемерово, Российская Федерация

ОПТИМИЗАЦИЯ СПЕЦИФИЧНОСТИ ПОДВИЖНОЙ ФАЗЫ ДЛЯ РАЗДЕЛЕНИЯ ЛИГНАНОВ ИЗ ПРЕПАРАТОВ ЛИМОННИКА КИТАЙСКОГО В УСЛОВИЯХ ОБРАЩЁНО ФАЗОВОЙ ВЭЖХ

В настоящее время апробированы способы анализа и стандартизации фармакопейных препаратов, а именно настойки семян лимонника в условиях обращёно фазовой (ОФ) ВЭЖХ и ТСХ. Однако, не создана методология проведения ВЭЖХ анализа производных лимонника в единых условиях. По этой причине необходима разработка методики, позволяющей при использовании подвижной фазы (ПФ) в изократическом режиме элюирования осуществить анализ по основным веществам образцов лимонника.

Целью нашего исследования является разработка методики пробоподготовки образцов лимонника и анализа в режиме ВЭЖХ. Анализ выполнен на хроматографе Цвет Яуза-04 с использованием программного обеспечения МультиХром. В состав используемых ПФ входили: ацетонитрил (AcCN) для ВЭЖХ, сорт 0; изопропиловый спирт (ИПС) абсолютизированный; ортофосфорная кислота ч.д.а.; этилацетат; бидистиллированная вода. После смешивания растворителей в пропорциях по объёму, проводилась дегазация с использованием вакуумирования. В работе осуществлялся анализ сока плодов и экстракта лимонника китайского. В качестве образца сравнения использовалась настойка семян лимонника китайского.

Необходимость оптимизации разделения основных компонентов тесно связана с проблемой отсутствия или ограниченного набора образцов сравнения. Это обстоятельство делает практически невозможным проведение одновременной идентификации индивидуальных соединений в сложных многокомпонентных образцах.

При ВЭЖХ анализе фармакопейных препаратов из лимонника применяют ПФ с содержанием ацетонитрила более 70 %. Так, в исследовании [1] для стандартизации настойки семян лимонника при использовании обращёно фазового сорбента «Диасорб С-16» успешно применяли ПФ с содержанием ацетонитрила 75 %. Предварительные исследования с использованием ПФ с высоким содержанием ацетонитрила показали невозможность получения оптимального результата при анализе образца – сок лимонника. Поэтому в работе были исследованы ПФ с более низким процентным содержанием ацетонитрила. Значительное уменьшение процентного содержания модификатора – ацетонитрила снизило элюирующую способность ПФ. Удобным решением оказалось введение в состав ПФ ИПС.

ИПС способен к поддержанию в растворённом виде многих соединений, в том числе, с небольшой полярностью [2]. С другой стороны, известно применение ИПС в качестве добавки в ПФ для разделения эпимеров. Использование ИПС в нашем исследовании позволило уменьшить содержание более экономически дорогого растворителя – ацетонитрила.

Как видно из рис. 1 разделение в данном случае эффективно. Схизандрин в настойке лимонника имели время удерживания 24.18; 34.43 и 46.80 мин., в образце сока лимонника – 5.48 и 24.40 мин. Оказалось, что сок лимонника характеризуется содержанием схизандрола А, тогда как содержание других специфических лигнанов характерных для других объектов, отмечается лишь в следовых количествах – 24.40 мин. (рис. 2). Можно отметить для данного образца высокое содержание антоцианидинов

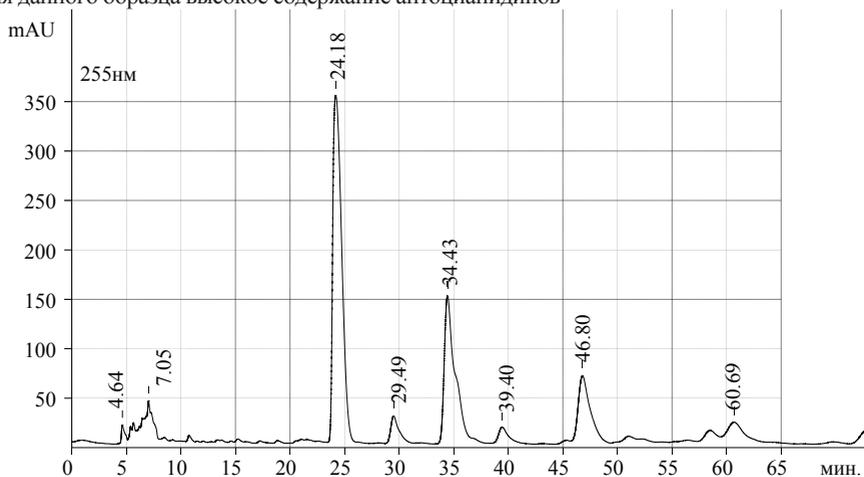


Рис.1. Хроматограмма настойки лимонника

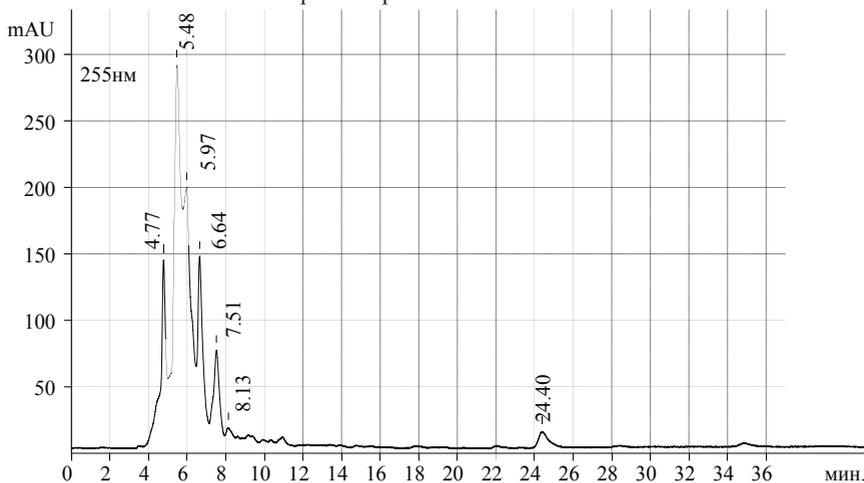


Рис. 2. Хроматограмма плодов лимонника

и аскорбиновой кислоты. В экстракте лимонника в условиях данной ПФ (рис. 3) определены схизандрин с временами удерживания совпадающими с временами удерживания в настойке (24.36; 34.72 и 47.08 мин.). В экстракте содержание лигнанов (схизандринов) качественно приближено к содержанию в стандартизированной

настойке. Однако, количественное содержание несколько меньше. Таким образом, используя данную ПФ для анализа различных образцов (экстракта, сока), удалось определить их характеристические свойства, и сопоставить с имеющимся контрольным образцом.

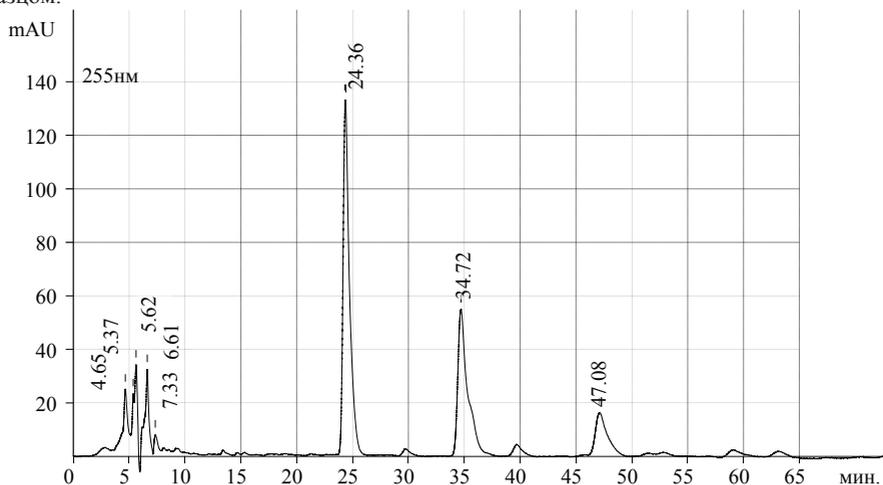


Рис. 3. Хроматограмма экстракта лимонника

Таким образом, на основании полученных экспериментальных данных, определено, что применение ПФ с добавлением изопропилового спирта способствует оптимизации селективности при разделении лигнанов лимонника китайского. Применяя данную ПФ возможна стандартизация сырья и готовых продуктов по ключевым компонентам лимонника китайского.

Список использованной литературы:

1. Растворители для ВЭЖХ / П. Садек М.: Бином. 2009. – 704 с.
2. Сатдарова Ф. Ш. ВЭЖХ как метод стандартизации сырья и препаратов лимонника китайского / Ф. Ш. Сатдарова, В. А. Куркин, В. Б. Браславский // Вопросы биологической, медицинской и фармацевтической химии. 2011. – № 8. – С. 17-24.

© А. С. Сухих, Т. В. Котова 2014

УДК 61

Ю.А. Тихонова

Ст.преподаватель кафедры
Организации и экономики фармации
Первого МГМУ им. И.М. Сеченова,
г. Москва, Российская Федерация

ГОСУДАРСТВЕННОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ ПРОЦЕССОВ В ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ СЕКТОРЕ ЭКОНОМИКИ КАК НЕОБХОДИМОЕ УСЛОВИЕ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ИННОВАЦИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Инновации влияют на структуру общественного производства, на институциональные экономические механизмы, на социальную стабильность, на окружающую среду,

на интенсивность международного технического сотрудничества, на уровень национальной безопасности и, самое главное - на конкурентоспособность национальной экономики в системе мирового хозяйства. Возрастающим значением инновационных процессов для экономики и общества определяется необходимость их государственного регулирования.

Основная задача государственного регулирования инновационных процессов в фармации - защита населения от недоброкачественной продукции и обеспечение наличия лекарственных средств по доступным ценам.

На сегодняшнем фармацевтическом рынке России сложилась ситуация, когда возможно обеспечить лидирующие позиции, только вкладывая средства в разработку и внедрение новых препаратов. Выпуск новой продукции становится основным средством увеличения прибыли хозяйствующих субъектов за счет лучшего удовлетворения рыночного спроса и снижения производственных издержек по сравнению с конкурентами.

Решающую роль в инвестировании подобных инновационных проектов играют региональные органы управления – но в их планы не входит полное финансирование огромных затрат, связанных с проведением научно-исследовательской работы по созданию новых лекарственных препаратов.

Ввиду того, что рынок капиталов в России развит недостаточно, весьма сложно получить банковские кредиты в достаточном объеме в нашей стране. Инвестиционный процесс в фармацевтическом бизнесе имеет определенную специфику, связанную с длительным временем создания и тестирования новых лекарственных препаратов (8-10 лет). Российские банки при выборе объектов кредитования (краткосрочном инвестировании) скорее отдадут предпочтение предприятиям нефтяной и газовой отраслям промышленности. Долгосрочные (стратегические) инвестиции - весьма редкое явление и выполняются они, в основном, в связи с крупными торговыми контрактами (территории, крупные предприятия-экспортеры), либо под гарантии международных кредитных институтов. Для частного инвестора организация и финансирование высокорисковых прикладных исследований не столь привлекательны, поскольку они связаны с крупномасштабными инвестициями, не приносящими явной и быстрой коммерческой отдачи.

В настоящее время финансирование фармацевтических инноваций (помимо бюджетных отчислений) в большинстве своем происходит лишь за счет собственных средств предприятий (прибыли и амортизационных отчислений). Вместе с тем, возможности использования данных источников финансирования инноваций сегодня ограничены, так как большинство хозяйствующих субъектов российской экономики испытывают недостаток оборотных средств. Из-за этого они вынуждены использовать прибыль и амортизационные отчисления на текущие нужды.

Поэтому без привлечения государственного финансирования НИОКР перспективных проектов, обеспечивающих условия для быстрого роста производства на основе освоения новых технологий и выпуска новой продукции, осуществить уже практически невозможно. Государство может взять на себя функции по организации и финансированию высокорисковых прикладных исследований, которые частный бизнес выполнять не будет, поскольку они связаны с крупномасштабными инвестициями, не приносящими явной коммерческой отдачи инвесторам, но создающими условия для быстрого роста промышленного производства на основе освоения новых технологий. Для государственной поддержки инвесторов можно рассматривать и возможность паритетного финансирования прикладных работ, имеющих коммерческую и социальную значимость - когда функции по организации высокорисковых прикладных исследова-

ний, связанных с инвестициями, не приносящими явной коммерческой отдачи инвесторам, но создающими условия для быстрого роста производства на основе освоения новых технологий, будет брать на себя государство.

Традиционно фундаментальные исследования в области фармации проводились вузовскими учеными, однако резкое снижение уровня финансирования заставило вузы пойти на сокращение числа сотрудников, тем самым существенно уменьшив интеллектуальный потенциал отрасли. В российской науке осталось менее 50% кадрового потенциала, которым она располагала в начале 90-х гг., поэтому необходимо развитие целостной системы подготовки квалифицированных научных кадров всех уровней.

Серьезной проблемой отечественной фармацевтической промышленности, требующей решения в рамках инновационного процесса и комплексной модернизации отрасли, является также дефицит современного оборудования. Для производства качественной, конкурентоспособной продукции необходимо решить вопрос о приобретении дорогостоящего импортного оборудования. Как один из вариантов, можно рассмотреть возможность включения в Перечень ввозимых на территорию РФ товаров, не подлежащих налогообложению, специального технологического оборудования с соответствующими запасными частями и комплектующими для производства лекарственных субстанций и средств. Соответствующая поддержка может быть оказана также за счет государственной поддержки финансового лизинга (ассигнование средств для выкупа оборудования у производителя с последующей передачей юридическим и физическим лицам во временное пользование за установленную плату).

Следствием сложившегося положения вещей в промышленности является ситуация, когда разрабатывается продукт, который не может быть воспроизведен внутри страны, российскими предприятиями. Вместо этого зачастую происходит передача перспективных научно-технических результатов в промышленно развитые страны, где уже и осуществляется их коммерциализация. Фармацевтические предприятия и компании активно патентуют новые соединения, проявляющие фармакологическую активность. Этот объект изобретения является наиболее выгодным с точки зрения патентного права, поскольку последующие патенты на лекарственные формы и новые способы получения активного соединения будут зависимы от первоначального патента на химическое соединение до тех пор, пока он будет действовать. Основные лекарства являются общественным благом, а не просто товарами массового потребления, поэтому необходимо тщательно прорабатывать и контролировать систему обращения с патентами, чтобы выгоду получали и их владельцы, и общество.

Таким образом, для совершенствования инновационной деятельности в фармацевтическом секторе экономики страны необходимо формирование соответствующей эффективной государственной политики в области фармации, которая будет обеспечена координирующим законодательным процессом.

© Ю.А. Тихонова, 2014

УДК 321.022

В. А. Иноземцева,
к. филос.н., доцент
кафедры политологии и международных отношений
Петрозаводского государственного университета
г. Петрозаводск, Российская Федерация

РЕАЛИЗАЦИЯ КОНЦЕПЦИИ «ЭЛЕКТРОННОГО МУНИЦИПАЛИТЕТА» НА ПРИМЕРЕ ПЕТРОЗАВОДСКОГО ГОРОДСКОГО ОКРУГА

В настоящее время, несмотря на регулярной основе вносимые поправки в законодательство о МСУ, мобилизационный потенциал существующей системы нормативных актов исчерпан и требуется изменение сложившейся модели для повышения эффективности системы местного самоуправления.

В Федеральном законе от 06.10.2003 № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» среди основных вопросов местного значения городского округа содержится только одна функция, непосредственно связанная с информатизацией (ведение информационной системы обеспечения градостроительной деятельности), однако, федеральная целевая программа «Электронная Россия» рассматривается сегодня как составная часть административной реформы, направленная как на создание эффективной системы государственного и муниципального управления, так и на повышение качества и доступности государственно-административных услуг населению.

Под «электронным муниципалитетом» будем понимать действующую на муниципальном уровне интегрированную самовоспроизводящуюся систему потребления и воспроизводства знаний, позволяющих повысить за счет использования информационных технологий производительность труда и качество жизни индивидов, а также осуществлять оказание электронных сервисов различным категориям потребителей. Модели «электронных муниципалитетов» предполагают внедрение новых форм политической коммуникации, ориентированных на создание петель обратной связи, позволяющей сделать местную власть прозрачной.

Актуальность изучения создания «электронного муниципалитета» на территории Петрозаводского городского округа обусловлена особым статусом г. Петрозаводска как столицы Карелии, который является центром региона, где проживает более трети населения Республики и сосредоточены основные ресурсы общественной активности граждан.

Значимым толчком для информатизации Администрации Петрозаводского городского округа явилось включение столицы Карелии в федеральную целевую программу «Электронная Россия 2002-2010 гг.», благодаря которой в Петрозаводске в 2003-2008гг. был осуществлен проект «Электронный Петрозаводск» и создана корпоративная информационно-вычислительная сеть Администрации Петрозаводского городского округа, к которой были подключены все географически обособленные структурные подразделения. В 2010 г. в рамках Региональной целевой программы «Информатизация Республики Карелия» на 2008-2012гг., принимается Концепция информатизации

Петрозаводского городского округа (утверждена Постановлением Комиссии по информатизации Петрозаводского городского округа от 16.03.2010).

По мнению многих российских аналитиков, в Карелии и столице республики наличествуют благоприятные предпосылки в виде уровня человеческого и инновационного потенциала для развития новых отношений между властью и обществом. Исследователь В.Якимец на основании двух важных показателей развития гражданского общества – уровня открытости общества и степени развития публичной сферы сделал вывод, что в Карелии создан набор реально работающих механизмов взаимодействия власти, бизнеса и общественных объединений, а республика может стать в этом примером для других регионов. По данным проекта ФОМ-Терри, реализованного в 2010 году в Карелии Фондом Общественное Мнение, доля социально активных, освоивших современные социальные практики и технологии людей, которых ФОМ называет «людьми 21 века» в Карелии составляет 25-29%, что выше, чем в среднем по России (15-17%). В Петрозаводске количество таких людей выше, чем в среднем по Карелии и составляет 39%. Институт развития информационного общества особо отметил опыт Карелии в использовании информационно-коммуникационных технологий в развитии гражданского общества.

Для реализации «электронного муниципалитета» в Петрозаводском городском округе на 2011-2016 годы была создана концепция долгосрочной муниципальной целевой программы информатизации «Электронный Петрозаводск» на 2011-2016 годы»[2]. В качестве базовых направлений были выделены: переход на предоставление в электронном виде муниципальных услуг Администрацией Петрозаводского городского округа; повышение эффективности муниципального управления за счет внедрения информационно-коммуникационных технологий; повышение открытости деятельности органов местного самоуправления Петрозаводского городского округа.

Постановлением администрации Петрозаводского городского округа от 28.01.2011 № 190 была утверждена долгосрочная муниципальная целевая программа "Электронный Петрозаводск" на 2011-2016 гг. (далее-Программа) [3] Программа рассчитана на шесть лет и направлена на снижение административных барьеров, повышение прозрачности деятельности администрации, переход к предоставлению муниципальных услуг в электронной форме. В тексте Программы была подчеркнута направленность на повышение качества жизни граждан, проживающих на территории Петрозаводского городского округа, улучшение условий развития бизнеса, а также предоставление свободного доступа для граждан и организаций к актуальной информации об открытых информационных муниципальных ресурсах и создание условий для контроля со стороны граждан и общественных организаций деятельности органов местного самоуправления с использованием современных информационных технологий.

С момента принятия Программы осуществляется постоянная модернизация структура официального сайта Администрации Петрозаводского городского округа. На сайте имеется лента RSS-новостей; ежедневно размещается до 5-8 новостей, программы предстоящих мероприятий. Размещено более 60 установленных форм обращений с возможностью скачивания пользователями. Количество уникальных посетителей сайта составляет около 200 тысяч в год (для сравнения - в 2010 г.- 28 тысяч) Получателями электронной новостной рассылки о работе Администрации являются около 80 адресатов – представителей средств массовой информации. Ежедневную рассылку новостей получают около 260 некоммерческих организаций. [2, с.73-76].

На сайте Администрации создан специализированный раздел для обеспечения доступа к получению муниципальных услуг в электронном виде. В настоящее время Ад-

министрацией Петрозаводска 21 муниципальная услуга (это треть из предоставляемых услуг) предоставляется в электронном виде. Услуги предоставляются разными способами: это отдельные информационные системы, через сайты учреждений, путем публичного информирования, с использованием Портала государственных и муниципальных услуг Республики Карелия. С использованием Портала государственных и муниципальных услуг Республики Карелия предоставляются 10 услуг. Самые популярные: согласование переустройства и перепланировки жилого помещения, выдача разрешений на строительство, реконструкцию объектов капитального строительства в Петрозаводском городском округе, разрешений на ввод объектов в эксплуатацию, утвержденные схемы расположения земельных участков и др. Предоставляется 22 муниципальных и государственных услуги, по которым требуются сведения Росреестра. За 9 месяцев 2013 года Администрацией Петрозаводска было получено более 5500 ответов на запросы необходимых сведений (выписка из Единого государственного реестра прав – 3500, кадастровых паспортов, кадастровых выписок на земельные участки -2000).[6]

Наиболее востребованными у жителей г.Петрозаводска на сегодняшний день являются «Электронная приемная» и система «Дошкольник». Администрацией Петрозаводского городского округа с февраля 2010 года обеспечивается предоставление в электронном виде муниципальной услуги «Прием обращений граждан и представление ответов на обращение граждан» за счет модернизации информационной системы «Электронная приемная». Гражданин может отслеживать этапы прохождения его запроса, что повысило качество и доступность информации, предоставляемой заявителю, улучшило взаимодействие с жителями городского округа. По информационным системам общего пользования (через «Электронную приемную» и по электронной почте) за 10 месяцев 2013 года - поступило 1740 обращений (в 2012г- 1700; в 2011 году – 1240). Доля обращений, поступивших через «Электронную приемную», в общем количестве поступивших в Администрацию письменных обращений, демонстрирует устойчивый рост: 2010 год – 6,13%; 2011 год – 9,28%; 2012 год – 21,15%.[1, с. 75]

Система "Дошкольник" обеспечивает возможность формирования электронного заявления для постановки на очередь в детский сад, учет очередности устройства детей в муниципальное дошкольное образовательное учреждение и предоставление гражданам возможности открытого доступа к информации по вопросам приема заявлений, постановки на учет и зачисления детей в дошкольные образовательные учреждения, реализующие основную образовательную программу дошкольного образования. Это самое важное, потому что до внедрения системы у общественности периодически возникали сомнения в справедливости продвижения очереди в детские дошкольные учреждения. Количество принятых заявлений через систему "Дошкольник" постоянно растет- 2011 г. - 609; 2013г.-4176.

Развиваются и активно функционируют подсайты официального сайта Администрации Петрозаводского городского округа:«Портал для малого и среднего бизнеса г.Петрозаводска»; «Инвестиционный паспорт Петрозаводска»;«Социальные службы Петрозаводска»;«Панорама культуры Петрозаводска»;«Муниципальная система образования»; «Петрозаводск спортивный».

Одним из направлений долгосрочной муниципальной целевой программы "Электронный Петрозаводск" на 2011-2016 гг. является внедрение системы опросов и голосования для граждан. 18 октября 2013 г. в Администрации города состоялась презентация системы проведения публичных слушаний через интернет. Для обеспечения безопасности и уникальности каждого голоса, предполагается интегрирование системы с Единым порталом государственных услуг. Технические возможности позволяют орга-

низовать не только голосование, но и он-лайн трансляцию публичных слушаний из зала Администрации Петрозаводска, таким образом, каждый горожанин может следить за происходящим в режиме удаленного доступа, а также направлять свои вопросы.

После победы на состоявшихся 8 сентября 2013 г. выборов Главы Петрозаводского городского округа самовыдвиженца Г. И. Ширшиной в Петрозаводске появилась новая форма коммуникации местной власти и общественности. Это практика еженедельных видеоотчетов Главы Петрозаводского округа Галины Ширшиной, запись которых размещается на официальном сайте Администрации города. С 13 сентября до конца 2013г. состоялось 14 видеоотчетов. Количество просмотров каждого из первых двух видеоотчетов мэра превысило 5600, что вполне объяснимо, во-первых, новизной самой ситуации подобного взаимодействия муниципальной власти и общества и позиционирования Главы Петрозаводского округа, во-вторых, глубоким интересом горожан к личности вновь избранного мэра. Однако, достаточно быстро этот интерес был удовлетворен. В период с сентября до октября 2013г. количество просмотров уменьшилось почти в два раза, в ноябре скорость снижения осталась на том же уровне (октябрь – немногим более 2000 чел.; ноябрь-декабрь – немногим более 1000чел.) [4]

Проведенный анализ подтверждает, что становление «электронного муниципалитета» Петрозаводского городского округа идет в русле модернизационного направления, определенного Центром и ориентированного в большей степени на улучшение работы государственных и муниципальных структур, создание централизованной системы управления, обеспечивающей стабильность и безопасность институционального развития общества и государства, особенно в противодействии коррупции.

21 ноября 2012 года состоялась церемония награждения Всероссийского конкурса местного самоуправления "Открытый муниципалитет", в котором участие принимали более 200 муниципальных образований. В номинации «Самая открытая администрация» (обеспечение политики открытости работы администрации) победителем конкурса стала Администрация муниципального образования Петрозаводский городской округ.

Предоставление услуг в электронном виде - это в первую очередь вопрос не технологий, а перевода на новый уровень взаимоотношений власти и граждан в целях обеспечения открытости, доверия и стабильности. По итогам исследования, которое проводилось по заказу Министерства экономического развития РФ в декабре 2012 г. по выявлению общей удовлетворенности граждан качеством предоставления государственных и муниципальных услуг федеральными органами власти, органами государственной власти субъектов РФ или местного самоуправления в Карелии было опрошено 200 чел. Для Петрозаводска объем выборки составил 81 чел. Больше половины опрошенных считают, что качество предоставления государственных и муниципальных услуг скорее хорошее, однако, при этом доля респондентов имеющих личный кабинет на едином портале государственные услуги не превышает 19%, что ниже, чем в среднем по РФ. Большинство опрошенных не пользовалась предварительной записью на прием для подачи запроса (документов) на предоставление услуги.

Несмотря на имеющиеся достижения в области создания «электронного муниципалитета» в Петрозаводском городском округе необходимо продолжение деятельности особенно в направлении использования информационно-коммуникационных технологий в целях повышения качества жизни. Порой декларируемая Администрацией города «открытость» проявляемая при позиционировании достижений, исчезает в проблемных ситуациях или при принятии явно нелегитимных решений, то есть тогда, когда

возникает потребность в переговорных площадках для обсуждения важнейших городских проблем.

Подобная оценка проявилась в результате проведения опроса (при всей его относительности), который проводился на сайте республиканского правительства. Любой житель Карелии мог зайти на этот информационный ресурс и высказать свое мнение о работе районных или городских властей, местных депутатов, выразить доверие-недоверие властям, и указать на те проблемы, которые являются наиболее злободневными для данной территории. На протяжении второй декады января 2014 г. о своей неудовлетворенности работой администрации Петрозаводского городского округа заявляло от 60 до 70% респондентов. Недоверие главе Петрозаводского городского округа высказывало более от 50 до 70% респондентов, что в разные временные промежутки было немного выше или ниже средних данных по Карелии.[6]

Важно развивать систему обратной связи между населением города и Администрацией. Заранее смонтированные видео-отчеты мэра представляют формат односторонней коммуникации по типу «вещания», которая построена по схеме простой трансляции данных на периферию информационного пространства, исключающей возможность обратной связи. Целесообразно проведение видео-конференций Главы городского самоуправления, где представители общественности, СМИ могут задавать вопросы, что обеспечит систему обратной связи. Перспективным также является проведения публичных слушаний через интернет, что будет исключать возможность «продавливания» интересов заинтересованных лиц.

Список использованной литературы.

1. Информационный бюллетень №61. 26 февраля 2013 г. Периодическое печатное средство массовой информации органов местного самоуправления Петрозаводского городского округа. – 136 с.

2. Об одобрении концепции долгосрочной муниципальной целевой программы информатизации «Электронный Петрозаводск» на 2011-2016 годы» и разработке долгосрочной муниципальной целевой программы информатизации «Электронный Петрозаводск» на 2011-2016 годы». Постановление администрации Петрозаводского городского округа от 30.07.2010 // Администрация Петрозаводского городского округа [Электронный ресурс] / Администрация Петрозаводского городского округа. Электр.дан.- [Петрозаводск].- URL: [3. Об утверждении долгосрочной муниципальной целевой программы "Электронный Петрозаводск" на 2011-2016 гг. Постановление администрации Петрозаводского городского округа от 28.01.2011 № 190// Администрация Петрозаводского городского округа \[Электронный ресурс\] / Администрация Петрозаводского городского округа. - Электр.дан.- \[Петрозаводск\]. - URL: \[4. Администрация Петрозаводского городского округа \\[Электронный ресурс\\] / Администрация Петрозаводского городского округа. – Электр.дан. \\[Петрозаводск\\]. – URL: <http://www.petrozavodsk-mo.ru/petrozavodsk/adm/major/video.htm> свободный. – Загл. с экрана. – Яз. рус. – \\(Дата обращения 07.01.2014\\).\]\(http://www.petrozavodsk-mo.ru/html/upload/190-11.doc, свободный. Загл.с экр.- Яз.рус.- \(дата обращения 14.01.2014\).</p></div><div data-bbox=\)](http://www.petrozavodsk-mo.ru/petrozavodsk/adm/npdocs/doc.htm?id=10233416@epProjectArchNPA&blk=10199740&g, свободный.- Загл.с экр.- Яз.рус.- (дата обращения 14.01.2014).</p></div><div data-bbox=)

6. Карелия официальная. Официальный портал органов государственной власти Республики Карелия [Электронный ресурс]. [Петрозаводск]. - URL <http://www.gov.karelia.ru/vote/arh.shtml?fid=25> , свободный.-Загл. с экрана. – Яз. рус. – (Дата обращения 07.01.2014).

6. Треть предоставляемых Администрацией Петрозаводска муниципальных услуг переведена в электронный вид. // Администрация Петрозаводского городского округа [Электронный ресурс] / Администрация Петрозаводского городского округа. - Электр. дан. [Петрозаводск]. - URL: <http://www.petrozavodsk-mo.ru/petrozavodsk/index/news/more.htm?id=10528521@cmsArticle>, свободный- Загл. с экр.- Яз. рус.- (дата обращения 07.01.2014).

© В.А. Иноземцева, 2014

УДК 327

Я.Л. Кацун

студентка 4 курса исторического факультета
Омский государственный университет им. Ф.М. Достоевского
Г. Омск, Российская Федерация

СОВРЕМЕННАЯ АМЕРИКАНСКАЯ ДИПЛОМАТИЯ: ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСОБЕННОСТИ И НАПРАВЛЕНИЯ ЭВОЛЮЦИИ

Проблемы международных отношений и внешней политики всегда вызывали интерес со стороны аналитиков, политиков и журналистов. А вопросы дипломатии находились в центре внимания скорее более узкого круга специалистов. Ведь, прежде всего, необходимо осознать происходящее, наметить основные внешнеполитические приоритеты и подходы. Однако не менее важным является определение путей реализации намеченного курса. В противном случае внешняя политика оказывается парализованной. Целью данной работы является попытка обозначить тенденции организационного развития американской дипломатии.

Необходимость реформирования системы внешнеполитических институтов и дипломатической службы была осознана американской политической и академической элитой в середине 1990-х гг. Несколько весьма представительных комиссий и исследовательских центров в своих докладах пришли к единому выводу о системном кризисе, поразившем американскую дипломатию.

В конце 2000 г., уже после избрания Дж. Буша-мл., был опубликован доклад комиссии Ф. Карллуччи¹, претендующий на обобщение выводов всех предыдущих комиссий и на выработку практических рекомендаций новой администрации².

На фоне совершенно справедливых суждений авторов «плана Карллуччи» о множестве новых угроз, о резком ухудшении отношения к США во многих странах, об интенсификации международных контактов на негосударственном уровне и других кардинальных изменениях в системе международных отношений, предложенный «терапевтический» подход к реформированию дипслужбы сразу показался многим критикам совершенно неадекватным решением. Однако у авторов плана Карллуччи было гораздо больше надежд на практическое воплощение их идей. Дело в том, что именно этот доклад был принят за основу при разработке программы действий на посту государственного секретаря новым главой госдепартамента К. Пауэллом.

¹Фрэнк Чарльз Карллуччи Третий – американский государственный и политический деятель.

Заместитель директора ЦРУ в 1978 – 1981 годах, министр обороны США в 1987 – 1989 годах.

²State Department Reform / Independent Task Force Report Cosponsored by the Council on Foreign Relations and the Center for Strategic and International Studies. New York, 2000. [Электронный ресурс].

URL: http://i.cfr.org/content/publications/attachments/state_department.pdf (дата доступа: 08.12.2013).

В начале 2001 г. он выдвинул трехгодичную Инициативу по дипломатической готовности (ИДГ) (The Diplomatic Readiness Initiative), включавшую быстрое восстановление необходимой численности дипломатической службы; расширенный прием на работу специалистов со знанием необходимых иностранных языков; улучшение системы переподготовки дипломатов и другие меры³.

Под руководством К. Пауэлла в Госдепартаменте была быстро осуществлена компьютеризация и внедрение современных информационных технологий. Он возглавил работу по значительному повышению безопасности американских посольств и дипломатов за рубежом.

Пожалуй, наибольшим достижением Пауэлла было изменение в лучшую сторону морально-психологической обстановки внутри Госдепартамента. Ему удалось создать такую атмосферу, когда карьерные дипломаты почувствовали, что их деятельность востребована и ценится ведомственным руководством. Можно сказать, что при нем политическое руководство Госдепартамента и Заграничная служба стали чем-то цельным. Он добился того, что дипломатическое ведомство действительно стало походить на большую слаженную бюрократическую машину.

В январе 2006 г. Райс выступила с радикальной концепцией «дипломатии преобразований» (transformational diplomacy). Идеи этой концепции уже несколько лет обсуждались политической элитой США, в частности, в Конгрессе. В отличие от традиционной она была нацелена не только на информирование «о состоянии дел в мире», но и на «изменение самого мира».

Главной задачей «дипломатии преобразований» К. Райс считает «работу» с «многочисленными партнерами по всему миру, чтобы создать и укрепить хорошо управляемые государства, реагирующие на нужды своих народов и ответственно действующие на международной арене»⁴.

Под «партнерами» имеются в виду прозападные, ориентирующиеся на США активисты, политические силы, деловые круги и представители общественности внутри государств, которые, с американской точки зрения, являются «недемократическими». А «работа» с ними означает их подталкивание к организации «бархатных революций» с целью устранения «недемократического» режима⁵.

К. Райс предложила направление, которое в «дипломатии преобразований» получило название «Глобальное перемещение кадров»⁶⁷. Теперь карьерные дипломаты не смогут достичь высших должностных уровней, не отработав в «тяжелых» странах, возможно, с риском для жизни⁸.

Кроме того, Госдепартамент разработал концепцию «Пост американского присутствия», которая сводится к тому, что один из квалифицированных дипломатов должен жить, работать и представлять Америку в провинции.

³ State Department: Staffing and Foreign Language Shortfalls Persist Despite Initiatives to Address Gaps. GAO-07-1154T, Aug 1, 2007. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.gao.gov/products/GAO-07-1154T> (дата доступа: 08.12.2013).

⁴ Rice C. Transformational Diplomacy. Georgetown University, Wash., January 18, 2006. // Archive for the U.S. Department of State. [Электронный ресурс]. URL: <http://2001-2009.state.gov/secretary/rm/2006/59306.htm> (дата доступа: 07.12.2013).

⁵ Самуйлов С.М. О современном реформировании Государственного Департамента США // Россия и Америка в XXI веке. 2008. №1.

⁶ Т.е. перевести несколько сотен высокопоставленных профессиональных дипломатов из Вашингтона и благополучных европейских государств в наиболее опасные и сложные регионы и страны – на Ближний Восток, в Китай, Африку и т.п.

⁷ Rice C. Transformational Diplomacy. Georgetown University, Wash., January 18, 2006. // Archive for the U.S. Department of State. [Электронный ресурс]. URL: <http://2001-2009.state.gov/secretary/rm/2006/59306.htm> (дата доступа: 07.12.2013).

⁸ Обычно командировочный срок в такой стране – один год, после чего дипломат переводится в благополучную страну.

Согласно «дипломатии преобразований» значительно расширяется роль американских дипломатов в так называемых «миссиях по восстановлению и стабилизации» (reconstruction and stabilization missions), целью которых является содействие «постконфликтным, неудавшимся или неудачным» государствам в поддержании стабильности, в восстановлении или создании экономической инфраструктуры с последующим формированием национальных органов власти⁹.

Анализируя американскую дипломатию, можно сделать ряд выводов о внешнеполитическом механизме США, работе дипломатического корпуса США, а также охарактеризовать наиболее значимые черты современной американской дипломатии и тенденции ее развития. Перейдем к рассмотрению последних.

Международные отношения трансформируются, в новых условиях значительно расширяются масштабы дипломатической деятельности, которая становится более динамичной и используется государством для создания более широкой опоры среди руководства и правящей элиты иностранных государств, для установления контактов с определёнными политическими партиями, СМИ.

В настоящее время большинство исследователей называют современную дипломатию конференционной. Известный российский дипломат В. И. Попов связывает это явление с возникновением глобальных проблем, в решении которых заинтересованы многие государства, со значительным увеличением числа государств в мире и, наконец, с потребностью участия большинства или всех государств мира в решении возникающих проблем¹⁰.

Подавляющее большинство международных конференций проводится той или иной международной организацией или под ее эгидой. Наметилась тенденция рассматривать международные конференции и конгрессы в качестве одной из форм регулярной деятельности международных организаций¹¹.

Международные отношения в эпоху глобализации изменяют свой характер, структуру и сущность. Структура международных отношений обогатилась новыми субъектами, оспаривающими властные полномочия и влияние у традиционных. Соответственно, и сущность международных отношений претерпела значительные влияния.

Таким образом, основные задачи дипломатии в XXI в.: развитие межгосударственного диалога, совместный поиск решения возникающих проблем, связанных с регулированием конфликтов и споров, борьбой с международным терроризмом, укреплением региональной и глобальной безопасности и т.п. В связи с тем, что на международной арене возрастает роль негосударственных акторов, дипломатии придется приспособиваться к современным условиям и выполнять связующую функцию между государственными и негосударственными участниками международных отношений. Но, несмотря на все современные изменения в развитии дипломатии, она останется основным инструментом управления международными процессами. Более того, накопленный опыт дипломатии в укреплении межгосударственного диалога сыграет огромную роль в формировании нового, более безопасного и предсказуемого мира в XXI в.

© Я.И. Кацун, 2014.

⁹ Rice C. Transformational Diplomacy. Georgetown University, Wash., January 18, 2006. // Archive for the U.S. Department of State. [Электронный ресурс]. URL: <http://2001-2009.state.gov/secretary/rm/2006/59306.htm> (дата доступа: 07.12.2013).

¹⁰ Попов В.И. Современная дипломатия: теория и практика. – М., 2010. – С. 97

¹¹ Международные организации: сб. ст. / авт. идеи и сост. О. Г. Зайцева, Д. К. Утегенова. М.: ИМЭМО РАН, 2004. – С. 10

РОЛЬ И МЕСТО МЕНЕДЖМЕНТА В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ НАУКЕ УПРАВЛЕНИЯ

Сегодня в отечественной науке и практике управления организациями (предприятиями) активно используется иностранное понятие «менеджмент». Оно настолько прочно вошло в нашу жизнь, что сегодня отечественными исследователями и практиками иностранное понятие «менеджмент» даже отождествляется с отечественным понятием «управление». И даже отечественных руководителей стало модно называть менеджерами. Однако это не совсем верно. Ведь нельзя в науке одно и то же понятие называть по-разному, так как это приведет к различным недоразумениям и проблемам. Вследствие этого, например, продавец в магазине сегодня тоже стал именоваться менеджером по продажам.

В то же время отечественные исследователи стали активно «управлять» рисками, качеством, финансами, изменениями, новшествами и др. Но в отечественной науке управления организациями (предприятиями) преобладает понимание управления как управленческой деятельности. При этом важнейшей функцией управления как управленческой деятельности является, например, такая функция, как мотивация. Но тогда возникает вопрос: «Как в управлении рисками, качеством, финансами, изменениями, новшествами можно их мотивировать»? При этом отечественные исследователи иногда уходят от этой проблемы просто: они заменяют слово «управление» в различных словосочетаниях на иностранные слова. Так, например, говоря об управлении рисками, ими равнозначно используется понятие «риск-менеджмент». При этом в отечественной литературе как синонимы даются понятия «риск-менеджмент (управление рисками)», «управление рисками (риск-менеджмент)», «риск-менеджмент» и «управление рисками» [1]. Как отмечает А.В. Карпов, «процесс развития науки об управлении не является плавным и безболезненным, лишенным внутренних противоречий» [3, с. 13]. И именно такая ситуация сегодня сложилась в отечественной науке управления с внедрением иностранного понятия «менеджмент», что требует определения его роли и места в отечественной управленческой науке и практике. Действительно, между понятиями «управление» и «менеджмент» есть определенные общие черты. Как отмечает А.В. Карпова, управление – это «деятельность по организации деятельности других людей» [3, с. 11]. Такое понимание четко увязывает управленческую деятельность с руководством деятельностью других людей. Вследствие этого можно обоснованно считать, что объектом управления являются подчиненные органу управления сотрудники организации (предприятия).

Говоря о менеджменте, следует исходить из того, что его объектом являются ресурсы организации (предприятия). Это связано с тем, что в условиях усиления конкуренции необходимо максимально эффективно использовать ресурсы организации (предприятия) для обеспечения ей конкурентных преимуществ и возможности дальнейшего развития. Однако в зарубежных исследованиях сегодня в качестве ключевого конкурентного ресурса организации (предприятия) выделяются и сотрудники организации (предприятия), которых как ресурс организации (предприятия) начали называть персоналом. Это связано с пересмотром подходов к работникам организации (пред-

приятия) в современных рыночных условиях. Вследствие этого сотрудники организации (предприятия) как персонал также являются объектом менеджмента. И в данном частном случае менеджмент сходен с управленческой деятельностью.

В других случаях в менеджменте речь необходимо вести о сохранности ресурсов, их рациональном распределении и эффективном использовании. Вследствие этого можно утверждать, что управление и менеджмент это не равнозначные понятия. Почему же его отечественные исследователи и практики взяли «на вооружение» иностранное понятие «менеджмент»? Просто при вступлении отечественных организаций (предприятий) в рыночные условия хозяйствования отечественная управленческая наука была не в состоянии предложить научно обоснованных рекомендаций по управлению отечественными организациями (предприятиями) в новых экономических условиях. В результате этого был заимствован зарубежный опыт, когда понятие «менеджмент» было истолковано отечественными исследователями как управление [2]. Однако понятие «менеджмент» необходимо правильно толковать как организация производства. И это сразу позволяет снять многие противоречия в понимании сущности понятий «управление» и «менеджмент».

Таким образом, сегодня как никогда важно не просто «слепое» копирование западного опыта и «заимствования» зарубежных понятий, но и четкое их понимание, что позволит избежать многих недоразумений и просчетов в деятельности отечественных организаций (предприятий). Вследствие этого нельзя полностью отождествлять иностранное понятие «менеджмент» с отечественным пониманием сущности управления организациями (предприятиями). В данном случае можно считать, что менеджмент – это одна из составляемых общего понятия управления организацией (предприятием) как управленческого процесса, связанного с наиболее эффективным использованием ресурсов в управлении отечественными организациями (предприятиями).

Список использованной литературы:

1. Киселев А.А., Аникин А.В. Стратегическое планирование как фактор развития предприятия (организации) в рыночных условиях: монография. – М., – Архангельск: Институт управления, 2013. – 226 с.
2. Киселев А.А. Современная отечественная наука управления: методологические проблемы и пути их решения. Труды вольного экономического общества России. Т. 175. – М., 2013. – С. 305-313.
3. Карпов А.В. Психология менеджмента. – М.: ГАРДАРИКИ, 2007. – 584 с.

© А.А. Киселев, 2014

УДК 324

Е.Ю. Кияшко

Доцент кафедры Государственного и Муниципального Управления
Владивостокского государственного университета экономики и сервиса
Г. Владивосток, Российская Федерация

«МУНИЦИПАЛЬНЫЙ ФИЛЬТР»: ПОНЯТИЕ И ЗНАЧЕНИЕ

В 2012 году по инициативе Д. Медведева в России снова введены прямые выборы глав регионов, отмененные в 2004 г. По мнению отечественных ученых, на

протяжении многих столетий отказ политического руководства любого государства от прямых выборов всегда являлся «средством недопущения оппозиции к власти» [9, с.16].

В 90–е годы XX в. Российская Федерация пережила экономический, политический, социальный, правовой кризис.

В этот период, в региональную власть устремились криминальные структуры [10, с.2]. Отказ от всенародного голосования на выборах губернаторов в 2004 г. и замена его на схему «наделения полномочиями», когда голосуют только региональные депутаты, являлись вынужденной необходимостью.

Новый порядок наделения полномочиями глав российских регионов – недемократический термин «назначение», более точно обозначающий суть процесса, категорически отвергался, – законодатели не скрывали, что мера это временная. Она решает задачи стабилизации страны, сохранения суверенности на всей ее территории.

Необходимо отметить, что в оценке реформы российского избирательного права 2004 г. в отечественной правовой науке высказывались достаточно резкие мнения. Так, согласно одной из точек зрения, практика применения института наделения полномочий фактически вернула Россию к доконституционной форме назначения губернаторов [8, с.246]. Однако с подобным подходом нельзя согласиться в полной мере, так как в процессе наделения полномочиями принимали участие различные органы и должностные лица государственной власти, что обеспечивало главам субъектов Российской Федерации достаточно высокий уровень легитимности за счет поддержки лиц, избранных на основе прямых выборов.

Несмотря на то, что законодатель использовал термин «наделение полномочиями», фактически при замещении должности главы исполнительной власти субъекта Российской Федерации применялся институт многостепенных выборов: высшее должностное лицо субъекта Федерации избиралось депутатами законодательного (представительного) органа субъекта Федерации. Кандидатура в данном случае предлагалась Президентом Российской Федерации.

Может возникнуть вопрос о корректности использования при характеристике процесса наделения полномочиями главы субъекта Федерации термина «избрание». В литературе обращалось внимание на то, что «использование формулировки «избрание на должность высшего должностного лица субъекта Российской Федерации» возможно только при представлении Президентом Российской Федерации законодательному органу субъекта Российской Федерации выбора из нескольких кандидатов» [7, с. 96], то есть избрание высшего должностного лица субъекта Российской Федерации может осуществляться только на альтернативной основе. Но ведь принцип альтернативности не всегда соблюдается и при прямых выборах. Статья 38 Федерального закона «Об основных гарантиях избирательных прав и права на участие в референдуме граждан Российской Федерации» [3, с.4] предусматривает возможность голосования по одной кандидатуре при выборах депутатов представительных органов муниципальных образований. В этом случае для победы кандидату необходимо, чтобы за него проголосовали не менее 50% избирателей, участвовавших в голосовании. В соответствии со ст. 71 этого же закона голосование по одной кандидатуре во втором туре может проводиться при выборах любого органа государственной власти или органа местного самоуправления. Несмотря на возможное несоблюдение в ходе проведения прямых выборов принципа альтернативности, законодатель от термина «избрание» в этом случае не отказался.

Принцип альтернативности не всегда соблюдался и при выборах членов Совета Федерации – представителей от законодательных (представительных) органов государственной власти субъектов Российской Федерации, хотя недействующим в настоящее время Федеральным законом от 5 августа 2000 г. № 113-ФЗ «О порядке формирования Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации» возможность его соблюдения была предусмотрена. Конституционная практика законодательных (представительных) органов субъектов Российской Федерации по выборам членов Совета Федерации показывает, что данные решения часто принимались на безальтернативной основе [6, с. 131].

Конституционность процедуры наделения полномочиями являлась предметом рассмотрения Конституционного Суда Российской Федерации. Обратившиеся в него лица посчитали, что положения, предусматривающие наделение гражданина Российской Федерации полномочиями высшего должностного лица субъекта Российской Федерации (руководителя высшего исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации) по представлению Президента Российской Федерации законодательным (представительным) органом государственной власти субъекта Российской Федерации, а не в результате прямых выборов населением соответствующего субъекта Федерации неправомерно ограничивают конституционное право граждан избирать и быть избранными в органы государственной власти и тем самым противоречат ст. 17, 18, 32 и 55 (ч. 2) Конституции Российской Федерации [1, с. 10].

В связи с тем, что российское законодательство не предусматривает включения в российскую избирательную систему многостепенных выборов, можно констатировать, что отмена в 2004 г. прямых выборов глав субъектов Российской Федерации вывела отношения, связанные с замещением должности главы субъекта Российской Федерации, из рамок избирательных отношений. Подобный подход позволяет говорить о возможности реформировать эту процедуру в любом направлении, которое определит для себя приоритетным руководство государства. Подтверждением этого вывода является принятие Федерального закона от 2 мая 2012 г. № 40-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» и Федеральный закон «Об основных гарантиях избирательных прав и права на участие в референдуме граждан Российской Федерации»» (далее – Федеральный закон от 2 мая 2012 г. № 40-ФЗ) [1, с. 4].

В интервью «Российской газете» председатель Комитета Госдумы по конституционному законодательству и государственному строительству В. Плигин перечислил условия возвращения в Россию прямых выборов губернаторов: «И если Россия будет жить в условиях мира и стабильности, продолжит движение к еще большему разделению властей, если регионы получат реальные источники наполнения своих бюджетов, возрастет роль гражданских институтов, будет в полной мере воспринято обществом и государством то, что называется «свобода личности», тогда мы сможем выйти и на прямые выборы глав всех субъектов Российской Федерации» [13, с. 8].

Общая ситуация изменилась, возросла роль политических партий в обществе, которые готовы взять на себя ответственность за своего кандидата во власти. Однако выборы возвращаются не в прежнем виде: учтены недостатки конца прошлого века и начала нынешнего. Федеральный закон от 2 мая 2012 г. № 40-ФЗ, определяющий

правила формирования региональной власти страны, по мнению большинства депутатов Госдумы, смог создать такую конструкцию, чтобы на выборы шли самые профессиональные люди, которым доверяет население [12, с. 2].

Неофициально эту конструкцию назвали «фильтром», который позволяет осуществлять отбор кандидатов на выборах высших должностных лиц субъектов Российской Федерации, способных заручиться поддержкой депутатов в муниципальных образованиях и (или) избранных глав муниципальных образований.

Таким образом, муниципальный фильтр – процедура сбора подписей депутатов представительных органов муниципальных образований в поддержку кандидатов на должности глав регионов, предусмотренная российским законодательством [11].

В Федеральном законе от 2 мая 2012 г. № 40-ФЗ таких механизмов несколько. Кандидаты на должность высшего должностного лица субъекта Российской Федерации (руководителя высшего исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации) выдвигаются политическими партиями. Политическая партия вправе выдвинуть кандидатом на указанную должность лицо, являющееся членом данной политической партии, либо лицо, не являющееся членом данной или иной политической партии. Законом субъекта Российской Федерации может предусматриваться выдвижение кандидатов на указанную должность в порядке самовыдвижения [2].

В мае 2013 г. депутаты Законодательного Собрания Приморского края внесли положение о прямых выборах главы региона в Устав Приморского края [4, с. 13]. Порядок их проведения прописали в Избирательном кодексе Приморья [5, с. 21]. Будущий губернатор края будет избираться жителями края на основе всеобщего равного и прямого избирательного права на срок не более пяти лет и не сможет замещать должность более двух раз подряд.

Федеральный закон содержит новации, которые ранее не применялись на выборах в РФ, а именно представление кандидатом на должность губернатора в свою поддержку от 5-10% подписей депутатов представительных органов муниципальных образований и (или) избранных на муниципальных выборах глав муниципальных образований субъекта РФ. По предложению Избирательной комиссии Приморского края депутаты установили в краевом законе 7% барьер, по примеру других субъектов РФ.

В Федеральном законе от 2 мая 2012 г. № 40-ФЗ для участия в борьбе за пост губернатора самовыдвиженцам нужно будет собрать в свою поддержку от 0,5 процента до двух процентов подписей избирателей, проживающих на территории. А дальше вступают в действие другие барьеры, которые необходимо преодолеть. Это консультация политических партий с президентом по поводу партийных выдвиженцев на губернаторский пост, которые глава государства проводит по своей инициативе. Неофициально консультацию с президентом называют «президентским фильтром».

Это необходимость для выдвигаемых партиями кандидатов, а также самовыдвиженцев заручиться поддержкой депутатов в муниципальных образованиях и (или) избранных глав муниципальных образований. Губернатору, не имеющему опоры, на муниципальном уровне будет труднее исполнять свои функции. Кандидата в регионе должны поддержать от пяти до десяти процентов муниципальных депутатов и избранных на выборах глав муниципальных образований, в числе которых должно быть от пяти до десяти депутатов представительных органов муниципальных районов и городских округов и избранных на выборах глав муниципальных районов и городских округов. В городах федерального значения кандидатов должно поддержать не меньшее число местных депутатов. Муниципальным депутатам представлено право поддержать только одного кандидата.

Согласно федеральному закону от 2 мая 2012 г. № 40-ФЗ, избираться на пост губернатора смогут граждане РФ, которым исполнилось 30 лет.

Лица, ранее судимые за тяжкие и особо тяжкие преступления, не смогут претендовать на эту должность. Эта норма признана неконституционной и не подлежит применению с 10 октября 2013 года, так как согласно принятому Конституционным Судом Российской Федерации постановлению от 10 октября 2013 года №20-П [14, с.8] по делу о проверке конституционности подпункта «а» пункта 3.2 статьи 4 Федерального закона «Об основных гарантиях избирательных прав и права на участие в референдуме граждан Российской Федерации» в резолютивной части подпункт «а» пункта 3.2 статьи 4 Федерального закона признан частично соответствующим Конституции Российской Федерации в той мере, в какой установленное им в отношении граждан Российской Федерации, осужденных к лишению свободы за тяжкие и (или) особо тяжкие преступления, ограничение пассивного избирательного права, не являющееся уголовным наказанием, может применяться в механизме общеправовых последствий осуждения без специального указания в приговоре в качестве установленного на определенный срок конституционно-правового дисквалифицирующего препятствия для занятия такими лицами выборных публичных должностей после отбытия ими наказания, и не соответствующим Конституции Российской Федерации в той мере, в какой им установлено бессрочное и недифференцированное ограничение пассивного избирательного права в отношении граждан Российской Федерации, осужденных к лишению свободы за совершение тяжких и (или) особо тяжких преступлений.

В мотивировочной части Конституционного Суда Российской Федерации сказано, что ограничение пассивного избирательного права непосредственно не относится к мерам уголовной ответственности, поскольку носит не уголовно-правовой, а конституционно-правовой характер: оно введено федеральным законодателем в качестве особого конституционно-правового дисквалифицирующего препятствия для занятия выборных публичных должностей, сопряженного с повышенными репутационными требованиями к носителям публичной (политической) власти, что обусловлено их прямым участием в принятии правовых актов (нормативных и индивидуальных) и ответственностью, с которой связанное осуществление ими своих полномочий.

Таким образом, впредь до вступления в силу федерального закона, принятого в целях реализации Постановления, избирательные комиссии не в праве отказывать в регистрации кандидату, осужденному когда-либо к лишению свободы за совершение тяжкого и (или) особо тяжкого преступления, если судимость с него снята или погашена. Избирательные комиссии не в праве регистрировать кандидата, осужденного к лишению свободы за совершение тяжкого и (или) особо тяжкого преступления и имеющего неснятую или непогашенную судимость.

Избранным может считаться лицо, получившее 50 процентов плюс один голос от числа проголосовавших, а не простое большинство. Значит, может потребоваться и второй тур.

Губернатор может избираться на пять лет и не вправе занимать этот высокий пост более двух сроков подряд. Главы регионов, которые получали свои руководящие полномочия по представлению президента, поддержанному голосованием в региональном парламенте, смогут начать свой новый, но уже выборный срок с чистого листа. Годы, проведенные на губернаторском посту до вступления в действие закона о прямых выборах главы региона, в зачет не пойдут. Губернатор, получивший свой пост

по старой схеме, через год может добровольно уйти в отставку и с согласия президента участвовать в борьбе за руководящее кресло уже по новым, выборным правилам. Но закон предусматривает основания для отставки губернаторов по инициативе главы государства, среди которых – выявление фактов коррупции или не урегулирование конфликта интересов. Еще одним поводом будет считаться неоднократное грубое неисполнение губернатором своих обязанностей без уважительных причин, установленное судом.

Инициировать отзыв губернатора может и группа избирателей не менее 100 человек – в случае установления судом фактов нарушения руководителем региона законодательства или в случае, если он неоднократно без уважительных причин будет уличен в неисполнении своих обязанностей.

В законе есть норма, которая дает возможность губернаторам, получившим свой пост по действующей сегодня схеме, уже через год после вступления в должность добровольно уйти в отставку и участвовать в досрочных выборах глав регионов по новому закону. Но только с согласия президента РФ.

На основании вышеизложенного можно сделать вывод, что восстановление выборов глав субъектов Российской Федерации на основе прямого волеизъявления в той форме, которая заложена в действующем законодательстве, не дает возможностей в полной мере реализовывать институт прямых выборов. Это является следствием того, что условия регистрации кандидатов на должность руководителя высшего исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации можно рассматривать как чрезмерно завышенные.

Список использованной литературы:

Нормативно-правовые акты

1. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 г.) (ред. от 30.12.2008) // Российская газета. – 1993. – 25 декабря, №237.

2. О внесении изменений в Федеральный закон «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» и Федеральный закон «Об основных гарантиях избирательных прав и права на участие в референдуме граждан Российской Федерации»: Федеральный закон от 02.05. 2012 г. № 40-ФЗ // Российская газета. Федеральный выпуск. –2012. – 4 мая, № 5772

3. Об основных гарантиях избирательных прав и права на участие в референдуме граждан Российской Федерации: Федеральный закон от 12 июня 2002 г. № 67-ФЗ ред. от 2 ноября 2013) // Российская газета. Федеральный выпуск. 2002. 15 июня, № 106.

4. О внесении изменений в Устав Приморского края: Закон Приморского края от 05.07.2013 № 213-КЗ // Ведомости Законодательного Собрания. 2013. 8 июля.

5. О внесении изменений в Избирательный кодекс Приморского края: Закон Приморского края от 08.08.2013 № 232-КЗ // Приморская газета. 2013. 13 авг., № 75 (806).

Монографии

6. Совет Федерации: Эволюция статуса и функций / отв. ред. Л.В. Смирнягин. М.: Институт права и публичной политики, 2003. С. 131.

7. Чертков А. Н. Комментарий к Федеральному закону «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» (постатейный). М.: Юстицинформ, 2006. С.196.

Сборники. Материалы конференций

8. Боброва Н. А. Влияние новелл избирательного права России на политическую систему // Российские выборы в контексте международных избирательных стандартов: материалы междунар. конф. / отв. ред. А. В. Иванченко, А. Е. Любарев. М., 2006. С. 246.

Статьи из периодических изданий

9. Денисов С.А. Использование норм государственного (конституционного) права против оппозиции // Конституционное и муниципальное право. 2008. № 18. С.16.

Электронные ресурсы

10. Горшков С. Кремлевские друзья Сергея Дарькина. Приморский откат через Монте-Карло. URL:<http://www.Компромат.Ru/2009/5/4> (дата обращения: 03.12.2013).

11. Муниципальный фильтр // Википедия. URL: <http://ru.wikipedia.org/wiki/>.

12. Полунин А. Кремль берет курс на деспотию. URL: <http://svpressa.ru/society/article/60769/>(дата обращения: 4.12.2013).

13. Шкель Т. К выборам готовы. «Российская газета» публикует закон о губернаторских выборах// Российская газета. Федеральный выпуск №5772 от 4 мая 2012. URL: <http://www.rg.ru/2012/05/04/gubernator.html> (дата обращения: 03.12.2013).

14. По делу о проверке конституционности подпункта «а» пункта 3.2 статьи 4 Федерального закона «Об основных гарантиях избирательных прав и права на участие в референдуме граждан Российской Федерации», части первой статьи 10 и части шестой статьи 86 Уголовного кодекса Российской Федерации в связи с жалобами граждан Г.Б. Егорова, А.Л. Казакова, И.Ю. Кравцова, А.В. Куприянова, А.С. Латыпова и В.Ю. Синькова: Постановление Конституционного Суда РФ от 10 октября 2013 г. № 20-П. URL: <http://www.pravo.gov.ru> (дата обращения 05.12.2013)

© Е.Ю. Кияшко, 2014

УДК 328

Д.Г. Мюллер

к. полит. наук, доцент кафедры
прикладной политологии и связей с общественностью
Института массовых коммуникаций и социальных наук
Казанского (Приволжского) федерального университета
г. Казань, Российская Федерация

О РЕАЛИЗАЦИИ ИННОВАЦИЙ В СФЕРЕ ПОЛИТИКИ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ ОБОРОНОСПОСОБНОСТИ РФ

Характерными чертами развития мировой экономики в последние десятилетия являются появление новых высокотехнологичных секторов индустрии, постоянная смена географии производственных центров и изменение промышленных и технологических цепочек.

Все перечисленные факторы оказывают непосредственное влияние на российскую экономику и промышленный сектор. Провозглашенный руководством страны в конце 2000-х годов курс на внедрение инноваций во всех отраслях экономики и народного хозяйства нашел свое выражение в реализации масштабных программ и отдельных мероприятий при активном и деятельном участии государства. Высшим политическим

руководством РФ постоянно декларируется необходимость перехода к современной высокотехнологичной экономике, базирующейся на высокотехнологичных обрабатывающих производствах, способных обеспечить конкурентоспособность отечественной экономики в условиях глобализации и нестабильности на мировых рынках.

По оценке экспертов Всемирного Экономического Форума, по состоянию на конец 2013 года, российская экономика занимает 64 место в рейтинге уровня способности экономики к внедрению инноваций среди 148 государств, экономики которых стали объектами исследования [4].

Причиной такого положения остается разрыв, существующий между НИОКР, проводимыми НИИ и ВУЗами с одной стороны и промышленностью (в первую очередь предприятиями ОПК), остро нуждающейся в перспективных технологиях, – с другой. Положение осложняется медленным развитием системы венчурного инвестирования – по данному показателю Россия занимает в рейтинге 70-ю позицию, значительно отставая от ведущих экономик мира. При этом данный процесс все же имеет положительную динамику: в рейтинге 2012 года по данному показателю РФ была на 88 месте в рейтинге [4, 5].

Оборонно-промышленный сектор по объективным причинам является одним из флагманов в развитии высоких технологий и практическом внедрении инноваций. Данное положение можно рассматривать в двух плоскостях. Во-первых, в узком смысле, это собственно НИОКР и внедрение инновационных разработок в производство. Во-вторых, в более широком смысле, к инновациям можно отнести новые подходы к организации процессов обучения и боевой подготовки, поскольку создание высокотехнологичных образцов вооружения и военной техники (ВиВТ) требует разработки новых методик обучения и средств его обеспечения.

В сложившейся на данный момент структуре российской экономики ОПК является центром концентрации инновационных разработок, а силовые структуры выступают главным и, что важно, наиболее платежеспособным заказчиком таких решений. Более того, руководство страны рассматривает ОПК в качестве драйвера развития высоких технологий, имея в виду развитие технологий двойного назначения с их трансфером в гражданский промышленный сектор после 2020 года [1].

Важно, что в современной структуре ОПК предприятия радиоэлектронной промышленности, судостроения и авиастроения, которые могут достаточно быстро переориентироваться на выпуск продукции гражданского назначения, занимают соответственно 38,5%, 12,6% и 19,7%, что в общей сложности дает 70,8% от общего числа – 1300 предприятий [1].

Вместе с тем, по мнению эксперта Центра анализа стратегий и технологий Константина Макиенко, для современной российской промышленности в некоторых случаях (например, телекоммуникации, новые материалы) характерен обратный процесс – переток технологий из гражданского сектора в оборонный [1, 3]. При этом нужно отметить, что подобный переток имеет место и за рубежом, и часто обусловлен стремлением производителей и заказчиков сократить себестоимость постоянно дорожающей продукции военного назначения за счет применения гражданских коммерческих технологий там, где это допустимо. Примером может служить судостроительная сфера, где гражданские технологии находят подобное применение при строительстве десантных и патрульных кораблей.

Наиболее важными инструментами государства в развитии ОПК являются принятая в 2011 году Государственная программа развития вооружений на 2011- 2020 годы (ГПВ-2020) и разрабатываемая в настоящий момент Государственная программа раз-

вития вооружений на 2016-2025 годы. ГПВ-2020, предполагающая выделение 20 трлн. руб. на закупку ВиВТ и 3 трлн. руб. на модернизацию оборонно-промышленного комплекса, стала наиболее серьезной и проработанной мерой по обеспечению обороноспособности, предпринятой российским политическим руководством в постсоветский период. При этом нельзя не отметить того, что значительная часть средств, выделяемых на модернизацию промышленности и НИОКР, по ряду причин осваивается крупными корпорациями с государственным участием (Объединенная авиастроительная корпорация, Объединенная судостроительная корпорация, Объединенная двигателестроительная корпорация и др.).

Крупные государственные предприятия часто являются единственными поставщиками продукции военного назначения и, таким образом, не испытывают какой-либо конкуренции. Такое положение ведет к тому, что инициатором и заказчиком инновационных решений выступают военные, либо промышленность сама фактически навязывает вооруженным силам существующие решения на основе существующих технологий, которые далеко не всегда являются перспективными и современными. При этом частные малые и средние компании, предлагающие инновационные решения и разработки, зачастую сталкиваются с невозможностью получения государственных заказов, что иногда объясняется либо высокими входными барьерами для участия в соответствующих конкурсах, либо обосновывается другими, более субъективными причинами. Результатом иногда оказывается получение вооруженными силами очень дорогих образцов ВиВТ, не в полной мере отвечающих требованиям сегодняшнего дня.

Характерным примером является программа модернизации парка бомбардировщиков Су-24М, начатая еще в середине 2000-х годов. Первоначально основным исполнителем выступал холдинг "Сухой" (ОКР "Гусар"), далее вошедший в состав Объединенной авиастроительной корпорации. Альтернативное, менее дорогое и более эффективное решение (ОКР «Метроном») предлагалось частной компанией «Гефест и Т», однако только опыт применения решений обеих компаний в ходе войны в Южной Осетии в 2008 году привел к тому, что Министерство обороны РФ приняло решение отказаться от продолжения модернизации бомбардировщиков по варианту, предлагаемому холдингом «Сухой» в пользу решения, предлагаемого компанией «Гефест и Т» [2]. Аналогичным, хотя и менее показательным, примером является ситуация с разработкой и закупкой Министерством обороны РФ легких беспилотных летательных аппаратов израильского производства и аналогичных БЛА российской компании, ЗАО «Эникс».

Вместе с тем нужно отметить, что еще в 2012 году при правительстве РФ был создан Совет Военно-промышленной комиссии по развитию государственно-частного партнерства, задачей которого было создание эффективной системы взаимодействия военного и гражданского секторов экономики в интересах ВПК. За прошедшие почти два года результатом взаимодействия комиссии и Агентства стратегических инициатив (АСИ) стали практические шаги в данном направлении, в первую очередь, разработка дорожной карты "По расширению доступа субъектов среднего и малого бизнеса к закупкам инфраструктурных монополий и компаний с государственным участием", при создании которой учитывались предложения предпринимателей. Таким образом, был создан работающий механизм, позволяющий решить проблему доступа частных разработчиков, производителей и инвесторов к участию в разработках военного назначения [3].

Однако анализ реализации мероприятий в сфере реализации ГПВ-2020 позволяет говорить о другой проблеме – низком спросе на инновации со стороны заказчика (МО

РФ) и в целом невысокой мотивации заказчика к использованию инноваций. Характерным примером является реализуемая программа модернизации танков Т-72Б в вариант Т-72БЗ. По мнению ряда экспертов в результате такой модернизации войска получают решение, не в полной мере удовлетворяющее требованиям сегодняшнего дня. Выбор же такого варианта модернизации объясняется ее относительно низкой стоимостью и необходимостью загрузки мощностей ОАО «НПК «Уралвагонзавод». Другим, более ярким примером, является положение с обеспечением ВВС перспективными авиационными средствами поражения (АСП), темпы которого значительно отстают от темпов поставок в войска новых носителей (самолетов и вертолетов) в рамках ГПВ-2020. В данном случае главным исполнителем выступают корпорации с государственным участием, выполнение заключенных госконтрактов которыми по ряду направлений отстает от намеченных сроков. При этом альтернативные решения (например, проект «Модуль», предлагаемый белорусским ОАО "558 Авиационный Ремонтный Завод") существуют, но не являются востребованными в первую очередь со стороны заказчика, то есть Министерства обороны РФ.

В заключение можно констатировать, что успех в сфере внедрения инновационных решений в оборонном секторе (а затем их конверсия в сектор гражданский) зависит не только от наличия ресурсов, воли политического руководства страны и готовности корпоративного сектора, но и от заинтересованности самого заказчика, которым в данном случае выступает Министерство обороны РФ.

Список использованной литературы:

1. Никольский А. - Оборонка готовится к конверсии после 2020 г. // Ведомости. 13.12.2013 / <http://www.vedomosti.ru/politics/news/20132341/i-snova-konversiya>. Режим доступа: свободный. Проверено 30.01.2014 г.
2. Су-24М Гефест // <http://alexeyvvo.livejournal.com/14250.html>. Режим доступа: свободный. Проверено 30.01.2014 г.
3. Шмелева Е. - Вклад в оборону // Российская газета. Российская Бизнес-газета: Государственно-частное партнерство, № 895 от 7 мая 2013 г. / <http://www.rg.ru/2013/05/07/biznes.html>. Режим доступа: свободный. Проверено 30.01.2014 г.
4. World Economic Forum Global Competitiveness Report 2013-2014 // http://www3.weforum.org/docs/WEF_GlobalCompetitivenessReport_2013-14.pdf/ Режим доступа: свободный. Проверено 30.01.2014г.
5. The Global Information Technology Report 2012 // <http://reports.weforum.org/global-information-technology-2012/> Режим доступа: свободный. Проверено 30.01.2014 г.

© Д.Г. Мюллер, 2014

УДК 324

С. А. Семенов

магистрант 1-го курса Школы гуманитарных наук
Дальневосточный федеральный университет
г. Владивосток, Российская Федерация

ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТОРАТА НА ПОЛИТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ В ПРИМОРСКОМ КРАЕ

В современной политической науке под электоратом понимается совокупность граждан имеющих избирательные права в данном государстве и участвующих в выборах соответствующего типа и уровня.

Характеризуя российский электорат, следует отметить, что в сравнении с государствами Запада, российская демократия еще крайне молода. Многие политические институты, характерные для западных демократических политических систем, сформировались в России относительно недавно, а многие из них еще находятся в процессе формирования. Это естественным образом влияет на характеристики российского электората, и на электоральное поведение россиян, и в частности, жителей Приморского края.

Электорат, как категория граждан имеющих активное избирательное право в России, стал формироваться с конца 80-х гг. С тех пор уже прошло чуть более двух десятилетий, в то время как в странах Западной Европы и США электорат формировался столетиями. Возможно именно поэтому по поводу концепции анализа электорального поведения, разработанные западными учеными, оказались малоэффективными в условиях российской реальности. [3, с. 63]

Отличительные характеристики электорального поведения российских граждан находятся в центре внимания многих представлений отечественной социологической науки, среди которых следует отметить Г.В. Голосова, Л.Д. Гудкова, В.Л. Римского, Ю.Д. Шевченко [5, с. 237]. Так же следует заметить, что многие исследовательские центры, такие как ВЦИОМ, «Левада-Центр», Фонд «Общественное мнение» (ФОМ) регулярно проводят социологические исследования электорального поведения. Несмотря на большое количество прикладных исследований, ощущается определенный дефицит информации в сфере политической социологии, т.к. большая часть исследований носит закрытый характер. [3, с. 9]

Электорат, как социальная группа, может влиять на политические процессы путем участия в выборах. С отменой в 2004 году прямых выборов губернаторов электорат не имел прямой возможности влиять на выборы губернатора. Таким образом, на уровне края, электорат имел возможность влиять только на выборы в Законодательное Собрание Приморского края. Однако нельзя говорить, что электорат вообще не имел никакого влияния на выборы губернатора. Это не так.

С целью выявления политической активности населения в Приморском крае, был проведен пилотажный опрос. Выборка стихийная, репрезентативная. Количество мужчин составило 47%, женщин – 53%. Данное соотношение соответствует численности населения Приморского края [6], так как почти все совершеннолетние жители Приморья обладают пассивным избирательным правом, то данные Примстата соответствует электоральному контингенту

По возрастной шкале респонденты расположились следующим образом: 10% в возрасте от 18 до 24 лет, 22% в возрасте 25 – 34 лет, 18% - 35 - 44 лет, 19% - 45 – 54 года, 22% - 55 – 64 года, 8% - 75 – 84 года и 1% в возрасте старше 85 лет.

Одним из значимых показателей участия населения в политических процессах является их уровень политической активности. Так, на вопрос «Интересуетесь ли вы политикой?» большинство респондентов ответили положительно.

Наш опрос показал, что 44% мало, либо вообще не интересуется политикой. Вполне возможно, что это группа респондентов подвержена абсентеизму. В целом, чуть больше половины опрошенных ходят на выборы, однако следует заметить, что реальная явка на последних выборах в Приморском крае не превышала 40% [1]. Данное расхождение можно объяснить естественными колебаниями избирательной активности граждан.

В декабре 2011 года на выборах в Государственную Думу РФ партия власти («Единая Россия») в Приморском крае набрала 32,99% голосов избирателей при среднерос-

сийском показателе в 49.31%. [2] Несмотря на то что Единая Россия, сохранила первое место, она значительно потеряла свои позиции. Ослаблении поддержки партии электоратом партии вполне могло быть одной из причин отставки губернатора С.М. Дарькина.

На муниципальном уровне вряд ли можно увидеть подобные масштабы влияния электората на политический процесс. Электорат, на муниципальном уровне может влиять на выборы главы муниципального образования и на выборы местных органов законодательной власти. В ряде случаев политический выбор граждан может вызвать конфликт между исполнительной и законодательной властью в муниципальном образовании, когда электорат выбирает главу МО, партийная принадлежность которого не коррелируется с партийной принадлежностью парламентского большинства. Возможен и обратный сценарий.

Таким образом, на основании данных опроса можно сделать следующий вывод – в целом, влияние электората на политические процессы в Приморском крае похоже на аналогичное влияние избирателей в других субъектах РФ, но, отдаленность от центральной части России оказывает некое влияние на распределение голосов электората при выборах, что наглядно нам показывает распределение голосов жителей Приморья при выборах в Государственную думу РФ в декабре 2011 года.

Список использованной литературы

1. Васильева Е.С. Электоральный анализ выборов в Законодательное собрание Приморского края (4 декабря 2011 года). // Политическая регионалистика. Сайт Лаботории региональных политических исследований НИУ ВШЭ. Режим доступа: URL: <http://www.regional-science.ru/wp-content/uploads/2012/01/Васильева-Приморский-2011.pdf> (дата обращения: 11 января 2014 года)
2. Выборы депутатов Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации шестого созыва. // Официальный сайт Избирательной комиссии Приморского края. Режим доступа: URL: <http://izbirkom.primorsky.ru/content/?s=458> (дата обращения: 11 января 2014 года)
3. Колесниченко К.Ю., Лукин А.Л., Самойленко П.Ю. Приморье в контексте глобального кризиса: социально-экономические и социально-политические измерения. // – Владивосток: Издательство Дальневосточного федерального университета, 2011. – 112 с.
4. Пашин Л.А. Проказина Н.В. Особенности электорального поведения жителей Орловской области // Среднерусский вестник общественных наук. №2, 2012 г., с. 248
5. Савченко С. М., Особенности электорального поведения граждан современной России // Вестник Адыгейского государственного университета. Серия 1: Регионоведение: философия, история, социология, юриспруденция, политология, культурология. №2, 2012, – с. 237-241
6. Численность населения Приморского края по полу и возрасту на начало 2012 года. // Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Приморскому краю. Официальный сайт. Режим доступа: URL: http://primstat.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_ts/primstat/resources/3d1b57804f1b8ed0922b9a149d0ea7d8/ Возрастно-половой%20состав%20населения.htm (дата обращения: 11 января 2014 года)

© С.А. Семенов, 2014

ГЕОПОЛИТИЧЕСКОЕ ПОВЕДЕНИЕ КАК КАТЕГОРИЯ ГЕОПОЛИТИКИ

Категория «геополитическое поведение» до настоящего времени не нашла широкого применения в политической науке и непосредственно в геополитике. Вместе с тем без понимания сущности и содержания геополитического поведения геополитических субъектов в усложняющемся мире нельзя познать прошлое, жить в настоящем и заглянуть в будущее, с тем, чтобы попытаться правильно спроектировать его. Одно из немногих определений данной категории привёл доктор политических наук Я.В.Волков, определив геополитическое поведение как систему мер и мероприятий по претворению в жизнь принятого решения, направленных на восстановление гомеостаза системы национальной безопасности [1, с. 72].

Автор определяет геополитическое поведение как присущее геополитическим субъектам взаимодействие с окружающей средой, опосредованное их активностью по реализации геополитических интересов. Так же можно дать следующее определение геополитического поведения – это совокупность реакций геополитических субъектов на деятельность геополитической системы мира.

Категория «геополитическое поведение» предполагает наличие носителей этого поведения, то есть субъектов. Понятия субъект геополитики и геополитический субъект не идентичны, их следует различать. Как отмечает доктор политических и доктор философских наук С.А.Модестов, субъект геополитики несамодостаточен как в рамках предмета этой науки, так и в пределах геополитической практики. Он может существовать и активно участвовать в геополитическом процессе вместе с другими элементарными участниками этого процесса, такими же субъектами геополитики. В этом качестве могут выступать, например, классы, политические партии и общественные объединения, средства массовой информации, региональные или отраслевые элиты, отдельные политики, ученые и т.д. [2].

Геополитический субъект, напротив, обладает свойствами самоценности и самодостаточности. Он непосредственно проходит все этапы, фазы геополитического цикла, цикла ресурсообмена. Именно в нём полностью проявляет себя геополитический процесс – от целеполагания до оценки полученного результата и эффективности его достижения с коррекцией геополитического поведения в интересах очередного цикла.

С.А.Модестов определяет геополитический субъект как обособленную на определённой территории культурно-историческую общность (этнос, располагающий собственной государственностью или не имеющий её), либо само государство, выступающие активным началом процесса геополитической эволюции по отношению к геополитическому объекту – некоей совокупности ресурсов развития [2].

С целью реализации своих геополитических интересов и выбора линии геополитического поведения субъекты должны учитывать все наличествующие для этого возможности. После проведённого анализа соотношения геополитических интересов и возможностей геополитического субъекта по их достижению, выявления наиболее значимых интересов для геополитического развития принимается решение.

В современном мире геополитическое поведение геополитических субъектов становится всё более непредсказуемым. Для выяснения истинного смысла геополитического поведения следует: определить акторов, участвующих в формировании геополитической картины современного мира, реальные объекты их интереса, оценить степень участия всех выявленных субъектов в геополитическом переделе мира, в его переходе к «постмеждународным отношениям» или к возврату к государственно-центристской модели мира.

На геополитическое поведение геополитического субъекта, вне зависимости от его статуса, места в геополитической системе мира влияют:

- 1) внешняя среда;
- 2) разнообразные потребности (ресурсы, власть, духовные ценности);
- 3) мотивы поведения;
- 4) ценности, убеждения, ориентации и установки (т.е. элементы как идеологического, так и психологического компонента поведения различных субъектов геополитики);
- 5) общепринятые нормы международного права, правовые нормы государств, других субъектов, неписанные правила, обычаи и традиции, этико-моральные принципы и нормы;
- 6) различные геополитические позиции субъектов, предполагающие выполнение различных ролей в системе пространственно-силовых отношений. Данные роли в свою очередь во многом влияют на то, какое будет принято решение, в каком стиле и т.д.;
- 7) конкретные решения и действия субъектов геополитики;
- 8) последствия геополитического поведения.

Геополитическое поведение должно носить национальный характер, т.е. опираться на поддержку всей нации, всего общества. Геополитическое поведение субъекта должно реализовывать жизненно важные интересы как самого субъекта (государства, союза государств, блока и т.д.), так и интересы общества и каждой личности. Геополитическое поведение субъекта имеет в конкретный момент времени определённую направленность, связанную с идеологическими предпочтениями, с особенностями политического режима, с национальными интересами и целями, с геополитическим потенциалом и объективными и субъективными возможностями его реализации, с геополитическим статусом – удовлетворённостью или нет им и т.д.

Геополитическое поведение геополитического субъекта напрямую связано с действием основного закона геополитики и её закономерностей. Однако учитывая особенности «постмеждународного» движения от государственно-центристской модели мира к многополярной (полицентричной с элементами сетевого устройства) следует отметить наличие серьёзных предпосылок к изменению (корректировке) целого ряда закономерностей и появлению новых. Так, серьёзному сомнению можно подвергнуть значимость традиционной геополитической закономерности о том, что мировая мощь зависит от географических детерминант, особенно учитывая мощнейшее проникновение глобального геополитического процесса информационной глобализации через любые границы.

На Россию воздействует целый комплекс геополитических субъектов, среди которых Соединённые Штаты Америки, Европейский Союз, НАТО, международные правительственные и неправительственные организации, транснациональные корпорации и ряд других. Превращение России в объект геополитического поведения ведущих центров силы крайне опасно для национальной безопасности России.

В то же время Россия в настоящее время является потенциальным мировым лидером и одним из самых серьёзных геополитических субъектов, действующих на мировой арене. В Стратегии национальной безопасности Российской Федерации до 2020 года одним из важнейших национальных интересов на долгосрочную перспективу обозна-

чен интерес – превращение Российской Федерации в мировую державу, деятельность которой направлена на поддержание стратегической стабильности и взаимовыгодных партнёрских отношений в условиях многополярного мира [3].

Категория «геополитическое поведение» должна более активно разрабатываться научным сообществом России. Необходимы серьёзные научно обоснованные предложения и рекомендации руководству страны по взаимодействию с внешней средой, с различными элементами геополитической системы мира, позволяющие реализовывать геополитические интересы Российской Федерации.

Геополитическое поведение, основанное на объективной оценке места страны на геополитической карте мира, учитывающее все влияющие на него факторы, позволит России повысить международный авторитет, обеспечить национальную безопасность и вернуть себе статус мировой державы.

Список использованной литературы:

1. Волков Я.В. Геополитика и безопасность в современном мире. – М.: Военный ун-т, 2000. – С. 72.
2. Модестов С.А. К определению геополитической субъектности России / Российское аналитическое обозрение. – 1998. – №8-9 // Режим доступа: <http://metuniv.chat.ru/rao/98-8-9/10modest.htm>.
3. Стратегия национальной безопасности Российской Федерации до 2020 года // Российская газета. – 2009. – 19 мая.

© В.В. Фостийчук, 2014

УДК 342.8

Г.С. Хасаева

студент 4 курса юридического факультета

Сибайский институт (филиал) Башкирского государственного университета

г. Сибай, Российская Федерация

Е.А. Омурзаков

студент 5 курса юридического факультета

Сибайский институт (филиал) Башкирского государственного университета

г. Сибай, Российская Федерация

Научный руководитель: Р.З. Ярмухаметов

д.э.н., к.ю.н., профессор, зав. кафедрой «Государственного (конституционного) и муниципального права»

Сибайский институт (филиал) Башкирского государственного университета

г. Сибай, Российская Федерация

«СЕРЫЕ» И «ЧЕРНЫЕ» ТЕХНОЛОГИИ В ХОДЕ ПРОВЕДЕНИЯ ИЗБИРАТЕЛЬНЫХ КАМПАНИЙ

Принятие новой Конституции Российской Федерации 1993 г. повлекло за собой изменения в российском государстве и обществе, были заложены основы новой политической системы демократического государства. Однако с приходом реальной демократии в Россию, когда депутаты государственных и муниципальных представительных органов, ряд категорий должностных лиц стали избираться в ожесточенной и наряжен-

ной борьбе при достаточно высокой конкуренции кандидатов, стало популярным применение «серых» и «черных» избирательных технологий.

«Серые» избирательные технологии, как правило, используют нечестные приемы и способы продвижения кандидата при полном или частичном отсутствии норм избирательного законодательства. «Черные» избирательные технологии направлены на ухудшение имиджа других кандидатов, очернение в глазах избирателей, нередко они сопровождаются клеветой.

С применением «серых» и «черных» технологий избирательные кампании стали напоминать бои без правил, где хороши любые приемы и способы, в том числе и незаконные. Использование данных избирательных технологий проходит вне рамок правового поля, этим определяется актуальность и особая важность разрешения вопросов о применении данных технологий при проведении избирательных кампаний, устранения пробелов законодательного регулирования.

В ходе проведения последних избирательных кампаний в единый день голосования 08.09.2013 г. на выборах глав субъектов Российской Федерации, а также депутатов законодательных (представительных) органов государственной власти мы стали свидетелями применения различного рода «серых» технологий. Главным образом они связаны с Интернетом и его возможностями. Если первый электоральный цикл (1993-1995 гг.) связан с процессом освоения Интернета как средства политической коммуникации [3, с. 85], то в настоящее время он выступает мощным рычагом манипулирования массами в плоскости электронной коммуникации.

В период проведения выборной кампании многие кандидаты показали крайне высокую активность в блогах и социальных сетях. Новшеством явилась двухуровневая система сбора денежных средств – интернет-пожертвований граждан в поддержку избирательной кампании одного из кандидатов в мэры г. Москвы. Новостные электронные СМИ пестрели заголовками о финансировании данной избирательной кампании из-за рубежа. Однако никто не может запретить гражданину, который как физическое лицо вносит средства на счет кандидата, самому получать денежные пожертвования от других лиц и организаций.

Наряду с новаторскими идеями применения «серых» избирательных технологий соседствовали давно известные спойлерские технологии – на выборах преднамеренно принимают участие партии со схожими до степени смешения названиями, а также многочисленные кандидаты-однофамильцы. За этим преследуется цель распыления и оттягивания голосов. Так по итогам выборов 08.09.2013 г. оппозиционные партии не досчитали этим самым голосов – им не хватило определенного процента голосов для попадания в Госсобрание в некоторых субъектах России. Возможно, результаты голосования за оппозицию были существенно выше, если бы не многочисленные спойлеры.

В избирательном законодательстве отсутствуют нормы, позволяющие признать применение данных «серых» технологий незаконными.

Сознательный обман и применение дезинформации, исходящей от кандидата или его предвыборной команды следует считать «грязным» методом ведения избирательной кампании [2]. С этой целью распространяется провокационная информация, которая якобы исходит от другого кандидата, например, во время предвыборной гонки от имени какой-либо политической партии и их лидера распространяются листовки на проведение гей-парадов, легализации в России однополых браков, ложные сведения о бесплатной раздаче продуктов и т.п. Все это применяется с целью создания неблагоприятного образа конкурента-жертвы в глазах избирателей. Таким образом действует схема «черных» технологий, которые иногда именуют также «черным пиаром».

Любая агитация – это манипулирование общественным мнением: негативные черты своего кандидата замалчивают или преуменьшают, а положительные – выпячивают и подчеркивают [1]. В последнее время избирательные кампании сопровождаются выступлениями авторитетных людей и популярных артистов. Все это говорит об усиленном давлении на избирателей, манипулировании массами, но осуществляется в рамках правил и обычаев избирательной кампании.

Вопрос о дальнейшем развитии избирательного законодательства находится в центре внимания не только специалистов в области избирательного законодательства и избирательного процесса, но все большее число граждан, общественных организаций заинтересованы в проведении законных выборов. Как видится, это положительная тенденция, однако применение различных «серых» и «черных» технологий указывает на существование в избирательном законодательстве архаичных норм и ограничений, демонстрирующих все большую отсталость от научно-технического процесса, в частности, динамично развивающейся Интернет-среды. С течением времени данные технологии видоизменяются, усложняются и тщательно замаскировываются, они стали сопровождаться использованием изощренных методов ведения борьбы за парламентские кресла с применением Интернет-технологий.

В перспективе видится противодействие применению различных избирательных технологий посредством детальной регламентации отдельных избирательных процедур, устранения пробелов и лазеек для недобросовестного применения избирательных прав.

Избирательное законодательство должно идти в ногу со временем, а значит, требуется более оперативное реагирование на вновь возникающие технологии нечестной предвыборной борьбы.

Существенную роль в противодействии «серым» и «черным» избирательным технологиям играет широкая пропаганда положительного опыта борьбы с нечестными методами ведения избирательных кампаний с последующим выпуском учебно-методических пособий. К примеру, в западных странах политическая партия, один раз пойманная на применении лжи и «черных» избирательных технологий, может потерять значительную часть голосов на следующих выборах. В это время в России, как показывает практика, граждане готовы простить особо любимым политическим лидерам сомнительные, с моральной точки зрения, действия и поступки.

На сегодняшний день нет споров, что в большей степени это связано с правовой культурой участников избирательного процесса, обладающих как активным, так и пассивным избирательными правами. Положительная тенденция развития институтов правосознания у граждан, посредством создания общественных организаций, которые в ходе наблюдения могут определить планомерные и массовые нарушения в ходе проведения избирательных кампаний с целью искажения результатов выборов, может поднять общественность на противодействие нечестным методам ведения предвыборных кампаний, масштабным нарушениям избирательных прав граждан.

Вышперечисленные меры борьбы с «серыми» и «черными» избирательными технологиями обусловлены современной действительностью. Они будут способствовать укреплению структур демократического государства и гражданского общества, а также усилению влияния последних на выборы.

Список использованной литературы:

1. Лучин В.А. Общественный контроль на выборах и референдуме: Справочник для наблюдателя / В.А. Лучин; ред. А.Е. Шабада; Институт развития избирательных си-

стем (ИРИС). – М., 2001. URL: http://www.democracy.ru/library/practice/observers/book_luchin/page7.html

2. Малкин Е., Сучков Е. Основы избирательных технологий и партийного строительства. – М.: SPSSL – «Русская панорама», – 2003. URL: <http://userdocs.ru/geografiya/7459/index.html?page=30>

3. Нечай Е.Е. Использование технологий сети Интернет в политическом пространстве современной России // «Инновационные подходы и современная наука»: материалы международной научно-практической конференции. (13 февраля 2012 г.); [под ред. Я.А. Полонского]. – Новосибирск: Изд. «ЭКОР-книга», 2012.

© Г.С. Хасаева, Е.А. Омурзаков, 2014

УДК 37:35

Э.В. Хусниева

Студентка 3 курса факультета информационных технологий и управления
Башкирский государственный аграрный университет

Г. Уфа, Российская Федерация

Р.Р. Ураев

К.с.н., доцент

Башкирский государственный аграрный университет

Г. Уфа, Российская Федерация

ПОДГОТОВКА КАДРОВ ДЛЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ И МУНИЦИПАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ

Важным условием успешного решения стоящих перед обществом задач и укрепления российской государственности выступает совершенствование системы управления государственной и муниципальной службы, потому что именно органы государственной и муниципальной службы могут непосредственным образом воздействовать на развитие происходящих в стране реформ, обеспечивать осуществление решений, которые направлены на развитие жизни общества. Поэтому вопрос профессиональной подготовки кадров для государственной и муниципальной службы так остро стоит на современном этапе совершенствования кадров государственных структур.

На конец июня 2013 года, по данным федерального статистического наблюдения, в государственных органах Российской Федерации на региональном уровне (в федеральных государственных органах и государственных органах субъектов Российской Федерации) замещали должности государственной гражданской службы 709,9 тыс. человек, или 70,8% от общей численности работников, занятых в этих органах [2].

На должностях муниципальной службы было занято 331,3 тыс. человек, или 67,3% от общей численности занятых в органах местного самоуправления и избирательных комиссиях муниципальных образований.

Таблица 1 Численность работников, замещавших должности государственных гражданских и муниципальных служащих, и укомплектованность этих должностей на региональном уровне по ветвям власти на конец июня 2013г. [2]

Замещали должности гражданской службы	Всего	Из них в органах		
		Законодательной власти	Исполнительной власти	Судебной власти и прокуратуры

Тыс. человек	709,9	7,9	593,0	100,0
Укомплектованность, в %	91,9	94,4	91,4	94,6
В том числе:				
В федеральных государственных органах				
Тыс. человек	499,7	-	413,6	85,5
Укомплектованность, в %	90,9	-	90,2	94,3
В государственных органах субъектов Российской Федерации				
Тыс. человек	210,2	7,9	179,4	14,6
Укомплектованность, в %	94,3	94,4	94,1	96,9
Замещали должности муниципальной службы				
Тыс. человек	331,3	9,2	318,1	-
Укомплектованность, в %	96,3	92,5	96,4	-

Как видно из данной таблицы, недоукомплектованность кадров на государственной гражданской службе составляет 8,1%, а на муниципальной службе - всего 3,7%.

Подготовка кадров напрямую зависит от человеческого ресурса, а от него, в свою очередь, зависит качество функционирования государственных структур, реализация принятых управленческих решений, эффективность работы аппарата управления на всех уровнях власти. На настоящий момент можно выделить ряд проблем, возникающих в процессе подготовки кадров для государственной и муниципальной службы. Во-первых, низкий поток кадров, который обуславливается нежеланием работать в государственных органах, что в свою очередь, влечет за собой невысокую сменяемость кадров на рабочих местах. Во-вторых, несоответствие квалификации замещаемой должности. В-третьих, низкий потенциал человеческого ресурса. Все это в совокупности дает малопривлекательную картину подготовки кадров для государственной и муниципальной службы в Российской Федерации.

Как уже отмечалось выше, человеческий ресурс является одним из главных факторов, влияющих на процесс подготовки кадров. Следовательно, необходимо уделить больше внимания этому аспекту. А именно, необходимо выделение работы по развитию человеческих ресурсов в особую самостоятельную функцию управления государственной службой. Цель данного обособления состоит в том, чтобы достигнуть признания того факта, что развитие персонала - это важнейшая и определяющая составляющая процесса оказания государственных услуг.

Современным законодательством определены новые подходы к формированию кадрового состава государственной гражданской службы, обозначены основные требования к персоналу муниципальной службы. На федеральном уровне сформирована концепция государственной кадровой политики, понимаемая как общенациональная стратегия развития кадрового потенциала [1]. Деятельность, которой занимаются государственные служащие, является интеллектуальной, компетентной и высокопрофессиональной и базируется на государственной правовой основе. Каждая из этих составляющих общих требований, предъявляемых к госслужащим, обуславливает необходимость соответствующей подготовки, что связано с высокой значимостью их деятельности. Однако при этом необходимо учитывать и такие факторы, как гражданский, профессиональный и политический уровень компетентности государственного служащего. Не менее важно всестороннее развитие самой личности служащего на основе знаний права, экономики, психологии, логики и философии, этики, социологии и т.д.

Список использованной литературы:

1. Государственная служба в России: становление, реформирование и развитие [Электронный ресурс]: // URL: <http://www.rezerv.gov.ru/GovService.aspx?id=387&t=23>.
2. О численности и оплате труда государственных гражданских и муниципальных служащих на региональном уровне в I квартале 2013 года [Электронный ресурс]: // URL: http://www.gks.ru/bgd/free/b04_03/IssWWW.exe/Stg/d01/115.htm.

© Э.В. Хусниева, 2014

УДК 323.213

Е.И. Черненко

Доцент кафедры политологии и международных отношений
Петрозаводского государственного университета
Г.Петрозаводск, Российская Федерация

ОБЩЕСТВЕННАЯ ЭКСПЕРТИЗА КАК МЕХАНИЗМ ГРАЖДАНСКОГО УЧАСТИЯ И ОБЩЕСТВЕННОГО КОНТРОЛЯ

Современная доктрина государственного управления в Российской Федерации базируется на принципах общественного участия, важнейшей ролью которого определяется повышение качества управленческих решений и их практического исполнения, рост доверия граждан к деятельности властных институтов за счет расширения свободного доступа к государственной информации, вовлечения гражданских институтов в процесс принятия решений и контроля за их качественным исполнением.

Реализация административных реформ, нацеленных на совершенствование системы государственного управления, предполагает принципиальную перестройку всей системы общественно - политического взаимодействия на принципах общественного контроля. Задача создания правовой основы современной целостной системы общественно-политической коммуникации на принципах сетевого взаимодействия, включенности широких слоев общественности в процессы принятия государственных решений артикулируется в нормативных документах органов власти РФ [1; 3; 4], выступлениях высших должностных лиц [2; 6; 7], решениях общественных институтов [7]. В

своей совокупности они ориентированы на разработку и внедрение нормативно - правовых, информационных, организационных принципов и механизмов, обеспечивающих подотчетность общественному контролю органов государственной власти и управления, а также органов местного самоуправления. Гражданское участие рассматривается как предпосылка повышения эффективности государственного управления и местного самоуправления, как механизм развития гражданского общества, обеспечивающий наращивание роли гражданских институтов в реализации интересов социума и развитии человеческого потенциала страны.

Общественный контроль в современном его понимании являет собой целостную систему наблюдения, проверки и оценки на соответствие общественным интересам деятельности властных институтов в формах общественного мониторинга, общественной экспертизы, общественных слушаний и проверок.

Среди других форм общественного контроля, в официальных предложениях и общественных обсуждениях определяется роль общественной экспертизы - специализированной деятельности, направленной на обеспечение информационно-аналитической поддержки процессов принятия решений, учитывающей риски и оценивающей качество управленческих решений и действий, способствующей повышению эффективности работы управленческой системы в условиях динамичных изменений внешней и внутренней среды и оптимизации взаимодействия управленческих и общественных структур. Понимание сущности и функций общественной экспертизы коренится в признании значимости экспертного знания в современных общественных процессах, в период трансформации общественно - политического процесса, развивающегося в состоянии переходности, неопределенности. Эта особенность современного мира актуализируют задачу прогнозирования, конструирования сценариев развития общественно-политических феноменов на основе специальных знаний и исследовательских практик.

Целью общественной экспертизы обозначается совершенствование и развитие института оценки регулирующего воздействия проектов нормативных правовых актов и формирование независимой системы оценки качества работы организаций, оказывающих социальные услуги, включая определение критериев эффективности работы таких организаций и введение публичных рейтингов их деятельности. Определена задача построения целостной системы экспертного обсуждения качества и эффектов разрабатываемых и реализуемых общественно значимых решений федеральных и региональных органов власти, а также органов местного самоуправления. Предполагается создание системы публичного оглашения результатов экспертной деятельности, сбор, анализ и систематизация сведений о лучших практиках и предложениях в сфере взаимодействия экспертных организаций с органами исполнительной власти с опубликованием данных практик в сети Интернет [5].

Общественная экспертиза рассматривается как важнейший инструмент согласования интересов различных социальных групп и их отражения в политической повестке дня.

Основное предназначение экспертной деятельности видится в развитии взаимодействия между властью и социумом. Общественная экспертиза должна решать задачи артикуляции общественного интереса, информирования, консультирования и научного сопровождения принимаемых решений, лоббирования, мобилизации, реализации общественного контроля, и обеспечения обратной связи в актах социально-политической коммуникации. Реализация этих функций обеспечит наращивание качества государственного управления, проявляющегося в профессиональном, сбалансированном по

интересам социальных групп решению актуальных и существенных проблем, обеспечивающих стабильность и устойчивое развитие страны.

Определение новых форматов взаимодействия властных, экспертных, общественных структур на принципах открытости и прозрачности власти, ее подотчетности обществу предписывают экспертному сообществу роль ведущего элемента интерфейса между властью и обществом. Эта роль обуславливает задачу развития внутренней среды экспертных сообществ, способов и форм их самоорганизации, определения условий, обеспечивающих валидность экспертных оценок, а также сценариев их трансляции в сферу управленческой и публичной деятельности. Решение этой задачи требует обобщения и использования имеющегося опыта экспертных сообществ, вместе с тем, необходима и «перезагрузка» сложившейся системы, так как существующая практика экспертной деятельности, реализующейся в комплексных оценках внешней среды объектов управления, подготовке прогнозов и сценариев стратегического развития, мониторинге складывающихся ситуаций, в первую очередь ориентирована на диалог с властными структурами и в гораздо меньшей степени инкорпорирована в систему сетевого взаимодействия общественных институтов.

Преодоление подобной тенденции прослеживается в деятельности Общественной палаты РФ, ряда региональных общественных палат. Например, в Северо-Западном федеральном округе сложились разнообразные практики проведения общественных экспертиз, инициированные Общественными палатами субъектов федерации, в ряде случаев это привело к выделению в составе ОП в качестве отдельных структур экспертных комиссий или советов (Калининградская область, Коми Республика) [9;11], в Псковской области деятельность комиссий ОП сопровождается участием 39 экспертов, закрепленных за 8 из 10 комиссий областной ОП, разработано Положение об экспертной деятельности [10], на сайтах ОП Вологодской и Калининградской области [8; 9] отражены результаты проведенных экспертиз. Заслуживает внимания опыт Республики Коми; так, например, за 2011-2012 Общественная палата Коми республики подготовила 19 экспертных заключений, интенсивность экспертной деятельности привела к созданию в составе ОП Комиссии по общественной экспертизе и гражданскому контролю, координирующей деятельность экспертов. Информация об экспертизах, о ходе их обсуждения размещена на сайте ОП Республики Коми, опубликованы данные об экспертах, в списке, вынесенном на главную страницу сайта, представлена информация о 64 экспертах с указанием их места работы и сферы экспертной деятельности, интересен опыт общественного обсуждения результатов экспертных заключений в социальных сетях, в блогосфере [11]. К сожалению, об экспертной деятельности Общественных палат Ленинградской области, Мурманской области, Новгородской области, Республики Карелия можно судить лишь на основании ежегодных отчетов о состоянии гражданского общества.

Помимо Общественных палат, институализация общественной экспертизы в регионах осуществляется как результат умножающихся общественных инициатив ученых и специалистов. Осознание региональными экспертными сообществами своей роли в процессах политической коммуникации сопровождается распространением практик публичного представления результатов своей деятельности. Безусловно, примеры подобного рода еще не являются массовым явлением, однако их наличие свидетельствует о возможности выхода экспертного участия за пределы внутриведомственного обеспечения управленческой деятельности и перехода к построению системы политической коммуникации между властью и обществом, которая соответствовала бы вектору современного административного реформирования.

Список использованной литературы

1. Об основных направлениях совершенствования системы государственного управления : Указ президента РФ от 7 мая 2012 г. № 601 [Электронный ресурс] Президент РФ. – URL.: <http://text.document.kremlin.ru/document?id=70070942&byPara=1&sub=1>, свободный.- Загл. С экрана. – Яз. Рус. – (Дата обращения 12.10.2013)
2. Послание Президента РФ Федеральному Собранию от 12.12.2013 [Электронный ресурс] Президент РФ. – URL.: <http://www.kremlin.ru/news/19825>, свободный.- Загл. С экрана. – Яз. Рус. – (Дата обращения 13.12.2013)
3. Концепция совершенствования форм и методов общественного контроля в Российской Федерации. Проект. [Электронный ресурс] Открытое правительство – URL.: <http://большоеправительство.рф/upload/iblock/d6a/d6a6493e61dc89438b21f7f886e9b287.pdf>, свободный.- Загл. С экрана. – Яз. Рус. – (Дата обращения 10.12.2013)
4. поэтапный план (« дорожная карта») совершенствования форм и методов общественного контроля в Российской Федерации [Электронный ресурс] Открытое правительство – URL.:<http://большоеправительство.рф/debate/5508709/>, свободный.- Загл. С экрана. – Яз. Рус. – (Дата обращения 10.12.2013)
5. Проект Федерального закона "Об основах общественного контроля в Российской Федерации", 14.05.2013 г. [Электронный ресурс] Президент РФ. – URL.:[http://www.president-sovet.ru/structure/group_14/materials/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D0%B5%D0%BA%D1%82%20%D0%A4%D0%97%20-%2014.05.2013%20\(4\).doc](http://www.president-sovet.ru/structure/group_14/materials/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D0%B5%D0%BA%D1%82%20%D0%A4%D0%97%20-%2014.05.2013%20(4).doc) свободный.- Загл. С экрана. – Яз. Рус. – (Дата обращения 12.10.2013)
6. Конференция Общероссийского народного фронта 5 декабря 2013. Стенограмма [Электронный ресурс] Президент РФ. – URL.: <http://www.kremlin.ru/transcripts/19787/work>, свободный.- Загл. С экрана. – Яз. Рус. – (Дата обращения 13.12.2013)
7. Круглый стол на тему «Общественный контроль как инструмент реализации и защиты интересов граждан» [Электронный ресурс] Совет Федерации Федерального Собрания РФ.- URL.: <http://council.gov.ru/activity/activities/events/?month=10&year=2013&category=4>, свободный.- Загл. С экрана. – Яз. Рус. – (Дата обращения 11.12.2013)
8. Общественная палата Вологодской области [Электронный ресурс] Официальный сайт URL.: <http://www.op35.ru/>, свободный.- Загл. С экрана. – Яз. Рус. – (Дата обращения 28.12.2013)
9. Общественная палата Калининградской области [Электронный ресурс] Официальный сайт URL.: <http://op-kaliningrad.ru/index.php/2012-04-11-09-49-32/1621-2013-05-31-07-16-16>, свободный.- Загл. С экрана. – Яз. Рус. – (Дата обращения 28.12.2013)
10. Общественная палата Псковской области [Электронный ресурс] Официальный сайт URL.: <http://www.pskov.ru/o-regione/obshchestvo/obpalata/dokumenty>, свободный.- Загл. С экрана. – Яз. Рус. – (Дата обращения 28.12.2013);
11. Общественная палата Республики Коми [Электронный ресурс] Официальный сайт URL.:<http://www.oprk.ru/>, свободный.- Загл. С экрана. – Яз. Рус. – (Дата обращения 28.12.2013)

© Е.И.Черненкова, 2014

УДК 159.937 : 316.776

Д.Г. Анпилов

студент 2 курса архитектурно-строительного факультета
Оренбургский государственный университет
г. Оренбург, Российская Федерация

СУЩНОСТЬ ПОНЯТИЯ ПЕРЦЕПЦИИ КАК ОДНОЙ ИЗ СТОРОН ОБЩЕНИЯ

Общение принадлежит к базовым категориям психологической науки. В психологии имеет место подход (В.Н. Мясищев, А.А. Бодалев, К.К. Платонов, Б.Ф. Ломов, М.И. Лисина и др.), рассматривающий общение как процесс межсубъектного взаимодействия людей, в котором они осуществляют свои цели, познают друг друга, вступают во взаимоотношения, устанавливают взаимодействие, предусматривающее воздействие общающихся друг на друга.

Важным является представление о функциональной и уровневой организации общения (Б.Д. Парыгин, Г.М. Андреева, Б.Ф. Ломов), то есть структуре, включающей коммуникативную (обмен информацией и её понимание), интерактивную (организация взаимодействия между индивидами, т.е. обмен знаниями, идеями и действиями), перцептивную (процесс восприятия друг друга партнерами по общению и установление взаимопонимания) стороны (функции) общения, проявляющиеся одновременно. Такое выделение имеет теоретическое значение и практический смысл, хотя принятие этих терминов условно.

Перцепция или восприятие человека человеком – понятие, складывающееся у индивида о конкретной личности, характеризующей её как субъекта труда, познания и общения. В отечественной психологии утвердился взгляд на восприятие как на активную деятельность субъекта по отражению объективной действительности, опосредованную языковыми значениями.

Для понимания процесса восприятия в общении представляют интерес исследования представителей когнитивной психологии (Дж. Брунер, К. Прибрам, Дж. Миллер, Г.Л. Тейбер и др.), в которых развита мысль об индивидуально-личностных эталонах восприятия окружающего мира. Перцептивный акт зависит от восприятия информации, от прежнего опыта, активных установок человека и той языковой культуры, в которой он воспитывался.

О.М. Казарцева в учебном пособии «Культура речевого общения: теория и практика обучения» говорит о том, что продуктом восприятия становится «вторичный образ и смысл», который совпадает (не совпадает) с образом воспринимаемого человека и мотивами его поведения. Существуют ключевые моменты при восприятии, которые необходимо знать общающимся: установка на восприятие; эмоции, впечатления; узнавание в воспринимаемых объектах ожидаемых образов, их развитие на основе ассоциаций со своими представлениями.

Перцептивная функция общения обязательно должна включать в себя понимание участниками общения друг друга, смысла речевого сообщения, или процесса декодирования воспринимаемого речевого высказывания. Процесс декодирования начинается с восприятия внешней, развернутой информации, затем переходит в понимание общего значения высказывания, а далее и в осознание подтекста высказывания.

В процессе общения важным является не просто понимание другого, а взаимопонимание человека человеком. Взаимопонимание многими психологами (В.Е. Кемеровым, А.Р. Лурия, Е. Мелибрудой и др.), истолковывается как разделение целей, мотивов, установок партнера по взаимодействию.

Важно знать, что взаимопонимание в процессе общения осуществляется лишь при ряде условий: наличие новой информации, помогающей проявить собственную позицию, довести её до сознания другого; у общающихся должна быть «общая память», общие предположения относительно будущего; участники диалога должны иметь в виду одну и ту же реальность.

Основными механизмами взаимопонимания человека человеком в общении, являются идентификация, эмпатия и рефлексия. Социально-психологическими и педагогическими механизмами взаимопонимания выступают (по М.Н. Ночевнику): понимание людьми подлинных мотивов и основ общения, использование положительных черт другого, постоянное обогащение арсенала методов воздействия на других, правильное истолкование социальных инспекций, правильное словесное оформление и изложение и др. Исходной точкой рождения взаимопонимания в общении являются: общая почва для общения, имеющийся арсенал средств общения (язык, жесты, мимика, позы и др.), аспекты нормативно - ценностной системы общества, повседневное диалогическое общение, устойчивое представление о возможностях, способностях и интересах друг друга, роль диспозиции.

По мнению польского исследователя Е. Мелибруды, для взаимопонимания необходимы также степень совпадения того, что один из партнеров хотел передать другому, с тем, что понял этот другой; общение, максимально свободное от искажений; «прочувствование» того, что человек подразумевал; расшифровка сказанного; создание климата взаимного доверия и сотрудничества; наличие основных элементов: личность воспринимаемого и воспринимающего субъектов, ситуация, в которой происходит процесс познания и восприятия.

Рассмотренные механизмы взаимопонимания позволяют перейти к анализу познания людьми друг друга в ходе перцептивного общения. В этот процесс включаются каузальная атрибуция, аттракция, децентрация, стереотипизация, обратная связь, «эффект ореола», эффекты «первичности» и «новизны». При этом значимыми являются эмоциональная, этическая, нравственно-эстетическая, деятельностная, национальная, социально-статусная и аксиологическая характеристики познания человеком других людей.

Таким образом, анализ каждого из рассмотренных положений о перцепции позволит общающемуся в своей жизнедеятельности эффективно выстроить процесс общения.

Студентка 3 курса факультета педагогики и практической психологии Южный
Федеральный Университет
г.Ростов-на-Дону, Российская Федерация

к.пед.н., ст.преподаватель кафедры психологии развития и
возрастной психологи факультета педагогики и практической психологии
Южный Федеральный Университет
г. Ростов-на-Дону, Российская Федерация

Педагог-психолог МАУО СОШ «Эврика-Развитие им. М.Нагибина»
г.Ростова-на-Дону, Российская Федерация

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ПО ВЫЯВЛЕНИЮ ПОДРОСТКОВ С НАЛИЧИЕМ КРИЗИСНЫХ СИТУАЦИЙ И ОТКРЫТЫХ СУИЦИДАЛЬНЫХ НАМЕРЕНИЙ

Проблема суицидального поведения, зон и групп риска среди подростков, является сейчас одной из актуальных проблем современности. По статистике до 600 тысяч человек на планете ежегодно заканчивает жизнь самоубийством, что является неопровержимым доказательством того, насколько важна и значима любая работа по предотвращению роста суицидальной активности. Именно поэтому вопросы борьбы, профилактики суицидального поведения обсуждаются ООН и ВОЗ. Во многих странах создаются и реализуются национальные программы по предотвращению суицида, что отражает всемирный масштаб данной проблемы.[2]

В настоящее время термин «суицид» стал весьма распространенным в обществе. Самоубийство, суицид (лат. *suicidium*) - преднамеренный акт лишения жизни самого себя.[1]Этот термин можно встретить на улице, в учебных заведениях, на телевидении, в интернете и через другие непосредственные или опосредованные источники. [2]Самое страшное, что суицид становится не просто обсуждаемой проблемой, но и определенным средством решения проблем.

Сегодня Российская Федерация занимает 1 место в Европе по количеству самоубийств среди детей и подростков. За последние годы количество детских суицидов и попыток самоубийств увеличилось на 35-37%. Всего же в период с 1990 по 2010 гг. в России было зарегистрировано около 800 тысяч самоубийств. [4] по данным Роспотребнадзора. Общее количество зарегистрированных случаев суицида по РФ с 2009 года предоставлены в сводной таблице №1.

Таблица №1 Статистические данные суицида среди подростков в России

	2009	2010	2011	2012 (I пл.)
Общее количество	1748	798	896	532

Наибольшая частота суицидальных случаев наблюдается у подростков и молодежи в возрастном диапазоне 15-35 лет. [3]

За последние 2,5 года в России наблюдается значительный рост суицидов среди детей и подростков, сообщили осенью 2012 года в Следственном комитете РФ. [5]

Существенным фактором, влияющими на самоубийства является запрещенная информация, распространяемая в сети «Интернет». Поэтому важнейшей задачей является реализация правовых механизмов, содержащихся в Федеральном законе от 27.07.2006 № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации», и постановлении Правительства Российской Федерации от 26.10.2012 № 1101, в соответствии с которым, Роспотребнадзором ведется постоянная работа по принятию решений, являющихся основанием для ограничения доступа к информации и материалам, содержащихся в сети «Интернет» о способах самоубийства и призывах к его совершению.[5]

Таким образом, актуальность изучения проблемы суицидального поведения подростков, применение превентивных мер по развитию суицидальных намерений, необходимость построения системы профилактических мероприятий в образовательных учреждениях, очевидна в современной российской действительности. Так, в МАОУ СОШ «Эврика-Развитие им. М. Нагибина» г. Ростова-на-Дону психологической службой с 2006 года ведется систематическая работа по выявлению учащихся группы риска.

На подготовительном этапе обследования привлекаются классные руководители, которые заполняют карты наблюдений на каждого ученика. Данные карты наблюдений содержат возможные кризисные ситуации, наиболее актуальные для детей подросткового возраста. Задача, поставленная на данном этапе, - выявить к какому фактору (семья, поведение или школа) относятся проблемы обучающегося. Если выясняется, что один и тот же подросток попадает минимум в три ситуации из списка, то можно предполагать о наличии у него кризисной ситуации.

С группой выявленных подростков поводится дальнейшая диагностическая работа, которая предполагает три этапа:

На первом этапе с подростками проводят цветовой тест Люшера с целью определения текущего психического состояния обучающегося. Данная методика позволяет выявить эмоциональный фон развития подростков, получить обширную и глубокую характеристику волевой и эмоциональной сферы обучающихся подросткового возраста.

На втором этапе диагностической работы педагогом-психологом используются две методики: «Незаконченные предложения» и тест Филипса на определение школьной тревожности, что позволяет отследить такие факторы возникновения суицидальных наклонностей как страхи и опасения, чувство вины, высокий уровень тревожности, и выявить систему взаимоотношений обследуемых с семьей, друзьями, представителями противоположного пола.

На третьем этапе обследования применяется диагностическая методика «Пословицы» Кучера, которая выявляет аутоагрессивные тенденции и факторы, формирующие суицидальные намерения подростков. Результаты данной методики позволяют выявить такие важные признаки суицидального поведения, как раздражительности, повышенная впечатлительность, появление робости, чувства собственной неполноценности, преувеличение своих недостатков, принижение успехов и достоинств, мнение подростка о смысле жизни и смерти.

На заключительном этапе педагогом-психологом составляется заключение на каждого подростка и планируется коррекционная работа по индивидуальной траектории с каждым обучающимся, которая предполагает как групповые, так и индивидуальные методы работы.

Таким образом, после обработки всех полученных данных выявляется группа подростков с наличием кризисных ситуаций и открытых суицидальных намерений. Анализ данных за последние четыре года представлен графически на рисунке 1.

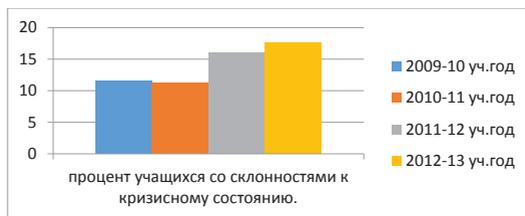


Рис.1 Группы подростков с наличием кризисных ситуаций и открытых суицидальных намерений

Из диаграммы видно, что процент обучающихся подросткового возраста с подозрением на наличие кризисных ситуаций возрастает от года в год, что в свою очередь подтверждает необходимость профилактических действий со стороны школы и семьи по предотвращению развития суицидального поведения у подростков. Опыт педагогов-психологов МАОУ СОШ «Эврика-Развитие им. М. Нагибина» показывает, что при правильной организованной и своевременной коррекционной работе существенно снижается количество обучающихся подросткового возраста с открытыми суицидальными намерениями.

Исходя из выше изложенного, можно сделать вывод, что актуальность исследуемой темы очевидна. Данная возрастная группа требует особого внимания, и необходимость профилактики суицидального поведения среди подростков очевидна. Особенно, необходимо отметить тот факт, что для достижения положительной динамики необходимо задействовать не только педагогов-психологов и семью, важна включенность всего общества, СМИ, современной литературы, музыкальной среды, кинематографа и других сфер деятельности и самореализации личности.

Список использованной литературы:

1. Адамова Л.И. Профилактика суицидального поведения – М.: Изд. «Академия» , 2003.
2. Вихристюк О.В. Влияние средств массовой информации на суицидальное поведение подростков и молодежи (обзор зарубежных источников) // Современная зарубежная психология №1, 2013. [Электронный ресурс] // URL: <http://psyjournals.ru/jmfp>
3. Пресс-релиз о проблеме самоубийств в Российской Федерации - 11.03. 2013 год//[Электронный ресурс] // URL: http://rospotrebnadzor.ru/news/-/asset_publisher/w7Ci/content/
4. Пресс-релиз о взаимодействии с интернет сообществом по профилактике суицида //11.03. 2013 год//[Электронный ресурс] // URL: http://rospotrebnadzor.ru/news/-/asset_publisher/w7Ci/content/
5. Приложение к интервью с руководителем Роспотребнадзора Г.Г.Онищенко Линия смерти //Российская газета 15.03.2013 год № 6032 // [Электронный ресурс] // URL:http://rospotrebnadzor.ru/c/journal/view_article_content?groupId=10156&articleId=2453209&version=1.0

©Е.С.Лукьяненко, Ю.Г.Вервекина, Н.В.Бурцева

РОЛЬ САМОРЕГУЛЯЦИИ В ПРОЦЕССЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО САМОРАЗВИТИЯ БУДУЩИХ СПЕЦИАЛИСТОВ

Одной из актуальных проблем современной системы профессионального образования является формирование высокого уровня профессионализма у будущих специалистов, предполагающего способность к решению сложных профессиональных задач, а также к постоянному самосовершенствованию и саморазвитию. В связи с этим возникает необходимость исследования особенностей профессионального саморазвития студентов в процессе получения высшего образования.

Личностно-профессиональное саморазвитие рассматривается нами как целостная саморазвивающаяся система, основанная на деятельностном преобразовании личностью себя, порождаемая потребностями в самоизменении и осуществляющаяся в ходе саморегуляции своего поведения и деятельности, направленной на достижение личностно и профессионально значимых целей [1]. В структуре саморазвития можно выделить мотивационно-смысловой, рефлексивный и действенно-практический блоки, образующие совокупность взаимодействующих и взаимосвязанных между собой компонентов.

Практическая реализация процесса саморазвития обеспечивается действенно-практическими способами, которые способствуют достижению поставленных целей личностного и профессионального роста. Одним из важнейших механизмов саморазвития является саморегуляция, которая обеспечивает повышение уровня самоконтроля и самоорганизации личности, способствует самобилизации внутренних усилий, направленных на самоизменение, самосовершенствование, самовоспитание.

Существует множество теоретических подходов к процессу саморегуляции. Так, А. С. Чурсиной осознанная саморегуляция деятельности трактуется как основа готовности к профессиональному саморазвитию, как способность человека реализовать на практике свой субъектный опыт в области профессионального самоопределения и самореализации [2]. В индивидуальных особенностях саморегуляции находит отражение то, как человек планирует и программирует достижение цели, оценивает и корректирует свою активность для получения субъективно приемлемых результатов.

Одним из значимых компонентов сознательной саморегуляции своего поведения, направленного на самоизменение и личностный и профессиональный рост, является самоконтроль. Самоконтроль сопровождает протекание процесса саморазвития, помогая личности в осознании и осуществлении практических действий, направленных на достижение поставленных целей. При этом на высшем уровне саморазвития самоконтроль осуществляется целенаправленно и систематически, обеспечивая максимально возможный уровень самореализации. Личность постоянно анализирует и оценивает достигнутые результаты, соотнося их с поставленными целями, а также планирует пути дальнейшего саморазвития.

Для исследования особенностей личностного и профессионального саморазвития нами проводилось эмпирическое исследование среди студентов специальности

«Психология» ФБГОУ ВПО «МГУ им. Н. П. Огарева» в возрасте 18 - 21 год. Объем выборки составил 120 человек.

В процессе исследования нами использовались следующие методы: авторская анкета, опросник «Способность к саморазвитию» И. В. Зверевой, тест «Готовность к самопознанию и саморазвитию» Т. М. Шамовой, тест «Оценка самоконтроля в общении» М. Снайдера, опросник "Стиль саморегуляции поведения студентов" В. И. Моросановой, тест-опросник самооотношения В.В. Столина, С.Р. Пантелеева.

Исследование процесса саморазвития с помощью авторской анкеты показало, что среди студентов всех курсов данный процесс протекает достаточно интенсивно. С помощью анкетирования было выявлено, что 80 % всей выборки испытуемых активно занимаются саморазвитием.

Анкетирование также позволило исследовать способы саморазвития, входящие в структуру действенно-практического блока. Анализ полученных результатов показал, что подавляющее большинство опрошенных студентов в процессе саморазвития используют такие способы саморазвития как чтение научной и художественной литературы (92 %), просмотр научно-популярных фильмов (21 %), что помогает им получать новые знания, расширять кругозор, развиваться духовно. К этой же категории относится получение второго высшего образования (8 %), что также способствует профессиональному саморазвитию будущих специалистов. Четверть опрошенных отмечают такой важный для формирования профессиональной компетентности способ саморазвития как общение с окружающими людьми, что позволяет развивать практические навыки взаимодействия, необходимые в жизни и в будущей профессии.

В структуре действенно-практического блока выделяются также такие способы саморазвития как занятия спортом (16 %), контроль собственных эмоций и самоанализ (10 %), которые позволяют им развиваться на основе саморегуляции своего поведения. Вместе с тем, удельный вес регулятивного компонента в структуре действенно-практического блока саморазвития относительно невелик, что говорит о преобладающей роли гностических компонентов в данном процессе.

По результатам исследования уровня саморазвития с помощью опросника «Способность к саморазвитию» И. В. Зверевой было выявлено, что средний показатель выраженности уровня саморазвития у студентов всей выборки составляет 35 баллов, что соответствует неопределенному уровню, т.е. у большинства студентов не выработалась упорядоченная система саморазвития.

Результаты исследования таких действенно-практических компонентов саморазвития как саморегуляция и самоконтроль с помощью опросника В. И. Моросановой и теста М. Снайдера показали, что средний уровень саморегуляции студентов составляет 28,2, а самоконтроля - 5,4, что соответствует средним показателям уровня развития данных регулятивных качеств.

Проведенный корреляционный анализ позволил выявить следующие взаимосвязи. Готовность к саморазвитию значимо связана с саморегуляцией ($r = 0,547$) и самооотношением ($r = 0,423$). Саморегуляция также связана с самооотношением ($r = 0,782$) и готовностью к саморазвитию ($r = 0,418$). Уровень коммуникативного самоконтроля значимо взаимосвязан с самоэффективностью ($r = 0,452$).

Таким образом, проведенное исследование позволяет сделать вывод о том, что развитая система саморегуляции определяется мотивационной готовностью к самосовершенствованию и способствует актуализации действенно-практических механизмов саморазвития личностных и профессиональных качеств. Значимую роль в процессе са-

моразвития играет самоконтроль, который определяет уверенность в собственной эффективности на пути к достижению поставленных профессиональных целей.

Список использованной литературы:

1. Гаранина Ж.Г. Психологическая компетентность в структуре личностно-профессионального саморазвития специалистов социэкономической сферы: монография. – Саранск: Изд-во Мордов. ун-та, 2013. – 136 с.

2. Чурсина А.С. Формирование готовности к профессиональному саморазвитию у студентов вуза в процессе изучения психолого-педагогических дисциплин: автореф. дисс....канд. пед. наук. - Челябинск, 2011. - 20с.

©Ж.Г.Гаранина, 2014

УДК 159.9

А.Ю. Горохов

Доцент кафедры организационной психологии,
Российский Государственный Педагогический
Университет им А.И. Герцена.
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация.

ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД В ФОРМИРОВАНИИ БЛАГОПРИЯТНОГО КЛИМАТА В ПРОИЗВОДСТВЕННОМ КОЛЛЕКТИВЕ

На любом предприятии, в организации рабочая группа выступает как одно коллективное лицо.

Самое распространенное желание руководителя — не иметь никаких проблем внутри групп, которые могли бы привести к конфликтам. Каждый руководитель должен проводить работу по оптимизации отношений как внутри группы, так и между группами.

Вместе с тем, наличие в группах конкурентных отношений не всегда отражается на выполнении общих целей. Группы могут соперничать между собой не только за достижение общих целей и задач, но и за сферы влияния на других людей. Многие исследователи обращали внимание на значение ценностей, жизненных смыслов, мотивов на психологический климат коллектива, можно выделить работы А.Ю. Горохова [1], Е.П. Ильина [1], Ю.В. Макарова [3], И.А. Тихомировой [4] и др.

В нашем исследовании принимали участие продавцы-консультанты строительного гипермаркета г. Санкт-Петербурга в возрасте от 20 до 45 лет, в количестве 65 человек.

Исследование проходило в несколько этапов.

На первом этапе проходил сбор методик, для проведения практического исследования.

На втором этапе формировались исследовательские группы.

На третьем этапе проводилось исследование различных компонентов социально-психологического климата предприятия, и разрабатывались инновационные методы для его оптимизации.

Методики, используемые в работе.

Методика «Диагностика структуры мотивов трудовой Деятельности». Тест Т. «Лири», «Тест описания поведения в конфликте» К. Томаса. Экспресс-методика по изуче-

нию социально-психологического климата в трудовом коллективе О.С.Михалюка и А.Ю.Шальто, Методика оценки психологической атмосферы в коллективе Фидпера.

Проведённое исследование позволило нам сделать следующие выводы.

Результаты исследования социально-психологического климата в коллективах с разным стажем работы строительного гипермаркета показали, что у испытуемых на предприятии неблагоприятный психологический климат внутри коллектива.

В своём поведении продавцы-консультанты строительного гипермаркета, ориентируются, в первую очередь на стремление быть над всеми, но одновременно в стороне от всех, они немного самовлюбленные и расчетливые. Трудности перекалдывают на окружающих. В поведении с другими они требовательные, прямолинейные, откровенные, строгие и резкие в оценке других. Продавцы консультанты строительного гипермаркета в конфликтах чаще используют наиболее неблагоприятные тактики поведения, что, возможно, является одной из причин неблагоприятного психологического климата в коллективе. Неблагоприятный эмоциональный климат у наших испытуемых формируется под влиянием агрессивного поведения членов коллектива, отсутствия дружеских контактов, отсутствия перспектив роста в компании.

В общем виде, возможности создания благоприятной психологической атмосферы в коллективе в строительном гипермаркете предполагают следующие инновационные направления:

- Оценка социальной напряженности в коллективе предполагает ежегодное проведение анкетирования работников фирмы. Признаки социальной напряженности могут быть выявлены и методом обычного наблюдения. Признаками назревающего конфликта в организации являются:

- стихийные минисобрания (беседы нескольких человек);
- увеличение числа неявок на работу;
- снижение производительности труда;
- увеличение числа локальных конфликтов;
- массовые увольнения по собственному желанию;
- распространение слухов;
- коллективное невыполнение указаний руководства;
- стихийные митинги и забастовки;
- рост эмоциональной напряженности.

- Профессиональное использование законов и нормативных актов.

Для регулирования и разрешения локальных конфликтов правовой базой могут служить устав организации и другие правовые акты, определяющие систему прав и обязанностей всех ее членов, а также нормы и правила взаимодействия между ними.

- Проведение имитационно-моделирующих игр.

Практическое занятие по теме: «Конфликты в организации» (проводится с использованием метода анализа конкретных ситуаций).

- Разъяснение требований к работе.

Одним из лучших методов урегулирования, предотвращающих деструктивный конфликт - разъяснение того, какие результаты ожидаются от каждого члена трудового коллектива и его подразделений.

Таким образом, в должностные инструкции следует внести изменения с указанием таких параметров как уровень результатов, который должен быть достигнут, система полномочий и ответственности.

- Эффективные координационные и интеграционные механизмы.

Установление иерархии полномочий упорядочивает взаимодействие людей, принятие решений и информационные потоки внутри организации. В предотвращении конфликтной ситуации очень полезны средства интеграции, такие, как управленческая иерархия, использование служб, осуществляющих связь между функциями подразделений.

- Установление общеорганизационных комплексных целей - еще один структурный метод предотвращения конфликтной ситуации.

Эффективное осуществление этих целей требует совместных усилий членов коллектива, групп, отделов, подразделений. Установление четко сформулированных целей для всего предприятия в целом будет способствовать тому, что руководители будут принимать решения, благоприятствующие всему предприятию.

- Эффективная структура системы вознаграждений.

Вознаграждения можно использовать как метод предупреждения конфликтной ситуации, оказывая влияние на поведение людей, чтобы избежать дисфункциональных последствий.

Негативное подкрепление может вызвать непредсказуемые и часто нежелательные изменения в поведении подчиненного и, в конечном счете, привести его к неуправляемым действиям. Наказание не подавляет желание "делать плохо". Американский психолог Б.Скиннер отмечает, что человек, который был наказан, не становится в силу этого менее склонным вести себя по-прежнему, в лучшем случае он учится, как избежать наказания.

Положительное подкрепление активно формирует поведение в желаемом направлении, повышает самооценку, мотивирует овладение новыми навыками, увеличивает инициативность и способствует развитию способностей. Вознаграждаться благодарностью, премией, признанием или повышением по службе должны те члены трудового коллектива, которые вносят вклад в достижение общеорганизационных комплексных целей, подходят к решению проблем комплексно.

Непредсказуемые и нерегулярные поощрения стимулируют лучше, чем ожидаемые и прогнозируемые.

Проявление искреннего внимания к окружающим.

Люди любят внимание. Оно является сильнейшим положительным мотивирующим фактором, способствует росту самоуважения, помогает почувствовать собственную значимость. А внимание со стороны вышестоящего, тем более уважаемого, человека особенно эффективно.

Людям необходимо чувство свободы действий, возможность контролировать ситуацию.

Свобода действий и возможность контроля позитивно мотивируют людей, увеличивают эмоциональное удовлетворение, чувство уверенности в своих силах, способствуют продуктивности интеллектуального труда. Обладание возможностью выбора и контроля является подсознательной потребностью человека.

Разумная внутренняя конкуренция.

Известно, что чрезмерная конкуренция вызывает стресс. Естественно, нельзя допускать ситуации, когда успех одних делает невозможными успехи других. В то же время в конструктивных формах конкуренция внутри коллектива эффективно мотивирует работников, способствует развитию их способностей, выдвижению новых плодотворных идей и успеху людей и всей фирмы в целом.

Данные инновации по формированию благоприятного психологического климата в коллективе позволяют таким образом побудить людей к деятельности, чтобы были за-

действованы самые высокие душевные их качества в различных ситуациях, что немедленно скажется не только на атмосфере в коллективе, но и на общей эффективности трудовой деятельности.

Список использованной литературы:

1. Горохов А. Ю. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата психологических наук / Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена. Санкт-Петербург, 2008 -23с.
2. Ильин Е. П. Мотивация и мотивы. СПб.: Питер, 1-е издание, 2008 - 512 с.
3. Макаров Ю. В. Социально-психологические факторы взаимодействия человека с тренинговыми технологиями // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. - 2012. - № 133. - С. 294-302.
4. Тихомирова И. А. Эмпатия и направленность взаимоотношений, как значимые психологические характеристики профессиональной деятельности помощников депутатов законодательного собрания // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. Москва. – 2014. - №01 (60)

© А.Ю. Горохов, 2014

УДК 159

А. А. Биркин, Ю.Г. Гуцин
(Московский институт открытого образования)

ЭЙФОРΙΑ КАК ОДНО ИЗ ПРОЯВЛЕНИЙ СИГНАЛЬНОГО ГРАДИЕНТА СОЗНАНИЯ (к проблеме формирования новых областей науки)

Публикация подготовлена при поддержке Российского гуманитарного научного фонда (РГНФ). Номер проекта 13-16-77025, 2013 г.

Обычные житейские наблюдения, клинические описания состояний утомления, алкогольного, наркотического или токсического опьянения, гипоксии или кислородной недостаточности позволяют утверждать, что во всех случаях, расстройства сознания (мышления) развиваются по одному сценарию, имеют определенные фазы в зависимости от степени и длительности воздействия различных факторов. На первом этапе при слабом или кратковременном воздействии факторов, затрудняющих работу нервной системы, возникает эйфория, – состояние, которое характеризуется такими изменениями в поведении, как возбуждение, ощущение мнимого благополучия, повышенно-радостного настроения, удовольствия, снижения критики к происходящему. Следует оговориться, что это состояние имеет множество форм и оттенков, в данном случае нами перечислены лишь его основные признаки.

На втором этапе при сильном или продолжительном воздействии разных факторов возникают нарушения поведения. Выражаются, прежде всего, в нарушении или в утрате ситуационного контроля, а это, как правило, завершается охранительным физиологическим торможением или сном. Есть все основания представлять нервную систему человека, как структуру, которая в случае несовершенства её вычислительных способностей имеет однотипный характер функциональных расстройств. При умеренном де-

фиците этих способностей наблюдаются изменения поведения в виде эйфории, при более выраженном – в форме нарушений поведения и сна. Следует подчеркнуть, что возникновение этих расстройств возможно как в ответ на нагрузки декодирования, так и в процессе развития состояний утомления другой природы либо под влиянием токсических веществ, например под воздействием закиси азота или наркотиков.

Рассмотрим механизм возникновения эйфории с позиций сигнального градиента сознания. К защитным реакциям, возникающим в ответ на угрозы окружающей среды в интересах выживания индивида, в широком смысле относится и мышление. На основе аналитико-синтетических (вычислительных) процессов нервной системы человека строится все его поведение. Однако под воздействием различных по своей структуре сигналов ресурс вычислительных мощностей нервной системы, ответственных за организацию защитного поведения, может быть большим или меньшим. Это неизбежно должно сказываться на качестве поведенческих реакций.

В жизни человека окружающий мир постоянно преподносит ему угрозы социального или физического характера. Эти угрозы заставляют перестраивать поведение в интересах социального или физического выживания. С позиций усилий нервной системы в выработке защитных реакций угроза может быть различной. Например, если вы переходите улицу и замечаете приближающийся транспорт, то достаточно остановиться, чтобы не попасть под него. В этом случае нервной системе требуется минимум вычислительных ресурсов для выработки подобной защитной реакции. При служебных или бытовых проблемах возникают ситуации, которые требуют глубокого и серьезного анализа. Подчас переживания, возникающие в результате сложившихся ситуаций, изменяют поведение человека и даже лишают его сна. Очевидно, что выработка стратегии поведения или защитных реакций в этих случаях требует значительно большего объема вычислительных ресурсов нервной системы.

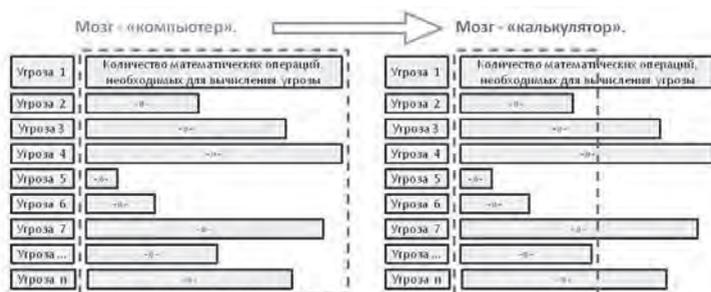


Рис. 1. Механизм возникновения эйфории с позиций представлений о сигнальном градиенте сознания.

На рис. 1 в двух позициях по вертикали показаны различные угрозы, а правее их в виде полос различной длины ресурс вычислительных мощностей, которые тратит нервная система на осознание и выработку защитных реакций на сопряженные с риском ситуации. В левой позиции площадью прямоугольника, ограниченной пунктиром, показан весь объем вычислительных мощностей нервной системы в тех случаях, когда она работает в штатном режиме, воспринимая эволюционно привычные сигналы. Как видно, в этом случае все угрозы вычисляются, то есть объективно отражаются или осознаются. Критическая оценка ситуации остается неизменной.

В правой позиции площадью прямоугольника, ограниченной пунктиром, показан меньший объем мощностей нервной системы в тех случаях, когда она воспринимает эволюционно непривычные сигналы или ослаблена другими факторами, поэтому вынуждена автоматически перераспределять свой вычислительный ресурс с анализа на декодирование. В этом случае имеется дефицит вычислительных мощностей, часть угроз просто игнорируется, так как их осознание находится за рамками возможностей нервной системы, которыми она располагает в текущий момент. Иными словами возникает следующая последовательность событий: декодирование дисгармоничного сигнала > сигнальный градиент сознания > функциональное уменьшение количества нейронов, обеспечивающих сознание > уменьшение его производительности, то есть количества математических операций в единицу времени > ухудшение качества обработки информации > снижение критики к происходящему.

В момент поступления эволюционно привычного сигнала нервная система обладает достаточным вычислительным ресурсом. Происходит полное восприятие и анализ информации среды обитания. Осознаются все угрозы. Сохраняется критика к происходящему. Во время же поступления эволюционно непривычного сигнала вычислительный ресурс сознания является недостаточным. Это обуславливает только частичный анализ информации среды обитания и осознание лишь части угроз. Снижается критика, возникает состояние мнимого благополучия, удовольствия, эйфории. Эти два полярных состояния психики мы условно определяем как «мозг-компьютер» и «мозг-калькулятор».

Для обоснования изложенного выше рассмотрим доказательные результаты двух исследований. Первое исследование заключалось в компьютерном анализе цифровой матрицы произведений всемирно известного абстракциониста Марка Ротко. Его восемнадцать произведений экспонировались в галерее современного искусства «Гараж» в Москве летом 2010 года. Эти работы для исследования были отобраны потому, что в подавляющем большинстве какого-либо осмысленного сюжета не представляли. Сама же по себе данная выборка наблюдений являлась случайной.

Целью исследования было установление цветового своеобразия, которое способствует возникновению эйфории у зрителя в композиции М. Ротко № 12, так как она всемирно известна и превосходит по популярности все его остальные произведения. Суть исследования заключалась в подсчете количества цветов (так называемого индекса дискретности, монохромии или монотонии), составляющих копию каждого исследуемого произведения. Чем больше величина этого индекса, тем более монотонным по своей цветовой гамме является отражаемый им световой сигнал, а, следовательно, и отклоняющимся от эволюционной модели со всеми вытекающими из этого последствиями.

Исследование произведений проводилось с помощью специально разработанной компьютерной программы. В процессе исследований удалось выявить статистически обоснованную закономерность в том, что по своей цветовой гамме композиция № 12 относится к числу наиболее монотонных произведений (рис. 2). Как видно из графика, координаты ее индекса находятся на переломе кривой диаграммы, то есть в зоне величин монохромии зрительного сигнала, оптимальной для формирования состояния эйфории. Левее этой зоны выраженность монохромии недостаточна, а правее – избыточна.

Исследования известных картин других художников показали, что более свершенным в аспекте формирования эйфории оказался «Синий всадник» В.В. Кандинского.

Именем этого произведения было даже названо целое объединение художников. И вне конкуренции, разумеется, оказался «Черный квадрат» К.С. Малевича (рис. 3).

При посещении залов современного искусства можно увидеть, что значительную часть картин составляют работы с визуально различимыми признаками монохромии, такими как повтор цветов и форм, элементов изображения, даже гипнотические спирали.

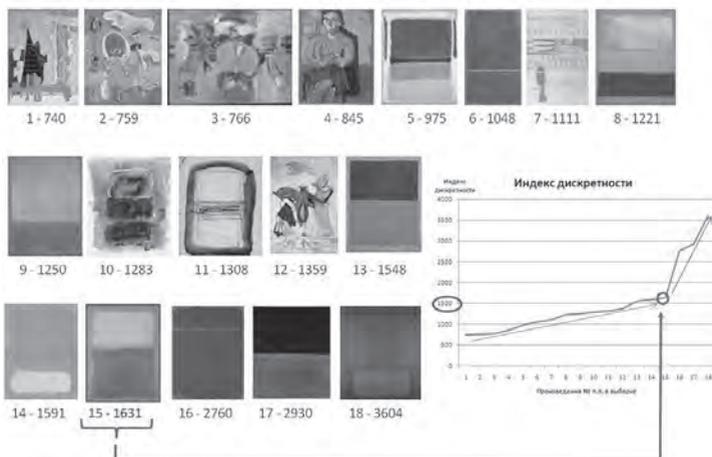


Рис. 2. Результат обработки цифровых изображений случайной выборки произведений Марка Ротко.

Интересно, что в местах наибольшего скопления посетителей на выставках в гардеробах, вестибюлях и кафе на стенах размещаются фрески с явными признаками монохромии.

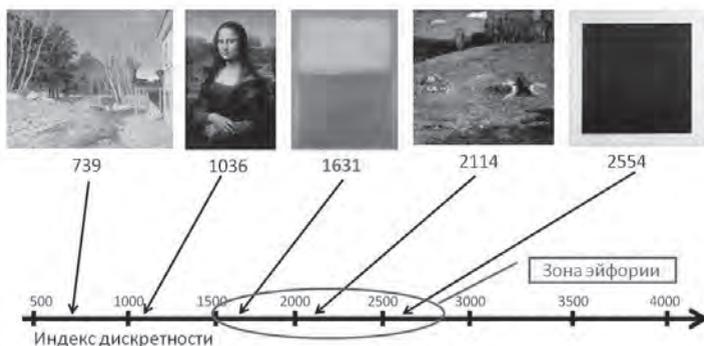


Рис. 3. Результат обработки известных произведений художников в сравнении с композицией № 12 М. Ротко.

Второе исследование заключалось в анализе цифровой записи музыкальных произведений. Анализировались две случайные выборки. В одну выборку вошли известные музыкальные сочинения с распространенного CD (DVD)-диска «Золотая классика» (17 произведений). В другую выборку вошли случайно отобранные вещи современных

эстрадные авторы (27 произведений). Смысл исследования был аналогичен первому. Произведения обрабатывались в MP-3 формате цифровой записи, с дискретностью разрешения в 1/48 секунды с помощью специально разработанной компьютерной программы. В результате этого исследования удалось установить статистически обоснованную закономерность, которую иллюстрирует рис. 4.

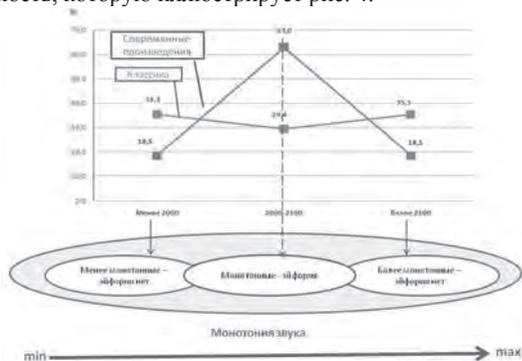


Рис. 4. Результат компьютерной обработки цифровых записей музыкальных произведений.

В группе музыкальных сочинений, обладающих оптимальными для формирования эйфории параметрами (это вычисляемый в программе индекс монотонии, находящийся в интервале от 2000 до 2100 единиц) оказалось 63,0% эстрадных и всего 29,4% (в два раза меньше) классических произведений. После проведенного исследования становятся объяснимыми столь рельефные отличия в поведении зрителей во время концертов исполнителей различных музыкальных жанров.

Таким образом, следует заметить, что изложенные вопросы лежат далеко за рамками гигиенических и психологических представлений, которые в настоящее время формируют теорию и практику здоровьесберегающих технологий в образовании [3]. В условиях растущих информационных нагрузок и снижения уровня здоровья школьников эти аспекты рассмотрения обретают все большую актуальность. Особенно важным является изучение настоящих закономерностей в условиях начальной школы, где учебный материал значительной частью подается не только в учебных текстах, но в многочисленных рисунках или иллюстрациях учебников, даже в фонограммах музыкальных произведений.

В настоящее время все большее количество школ оборудуется уголками, комнатами или кабинетами психологической разгрузки проработка изложенных закономерностей является не менее важным как в интересах их оптимального оборудования, так и в целях рационального функционирования.

Использование настоящих закономерностей может оказаться весьма полезным психотерапевтам для оформления интерьеров соответствующих кабинетов, в разработке лечебных видеорядов, в практике музыкотерапии [4, 5].

Литература

1. Биркин А. А. Код речи / Гиппократ: СПб., 2007, 407 с.
2. Биркин А.А. Природа речи / Ликбез: М., 2009, 384 с. + CD диск с программами и демонстрационными текстами.

3. Биркин А.А., Звоников В.М., Зотова Т.В., Эсауленко И.А. Физиология восприятия речи в аспекте психологической безопасности образовательного пространства / Вестник восстановительной медицины. – М.: 2010. – № 2 (36). – Июнь – С. 11 – 16.

4. Рыбакова С.Л. Сигнальный градиент сознания, исследования и перспективы // Научные труды ГИУВ МО РФ. – Т. 8. - 2008. – С. 114 - 116.

5. Рыбакова С. Л. Изучение воздействия музыки на психосферу человека с помощью компьютерных технологий // Научные труды ГИУВ МО РФ. – Т. 9. - 2008. – С. 119 - 120.

УДК 159.9.075

С.В. Давыдова

Московский государственный гуманитарный
университет им. М.А.Шолохова,
Егорьевский филиал,
Г.Егорьевск, Российская Федерация

ОСОБЕННОСТИ ЦЕННОСТНО-СМЫСЛОВОЙ СФЕРЫ ЛИЧНОСТИ СТУДЕНТОВ

Проблема осмысления реальности и придания смысла происходящему выходит на первый план при исследовании причин того или иного поведения. Невозможно понять причины совершаемых человеком поступков, не обращаясь к ценностно-смысловой сфере личности субъекта.

Ценностно-смысловая сфера личности достаточно хорошо исследована и в отечественной, и в зарубежной психологии. Психологические аспекты ценностно-смысловой сферы личности и смыслового понимания разрабатывались в работах К.А. Абульхановой, А.Г. Асмолова, Б.С. Братуся, А.В. Брушлинского, Г.А. Вайзера, Ф.Е. Василюка, А.А. Волочкова, Л.С. Выготского, Д.Н. Завалишиной, Б.В. Зейгарник, Е.А. Климова, Е.В. Корниловой, Д.А. Леонтьева, К. Муздыбаева, Г. Оллпорта, М. Рокича, С.Л. Рубинштейна, В.Ф. Сержантова, А.В. Серого, В. Франкла, Л.Ф. Шестопалова, М.С. Яницкого и др. Проблемы индивидуальных характеристик смыслового понимания разрабатываются в экзистенциальной психологии (А. Маслоу, К. Роджерс, Р. Мэй).

Ценностно-смысловая сфера, по мнению ряда авторов, представляет собой базовое ядро личности и включает в себя два компонента – личностные ценности и систему личностных смыслов, отражающую личностные особенности смыслового понимания [4, с. 6]. Оба компонента имеют прямое отношение к изучению человеческого поведения и побуждений и неразрывно связаны друг с другом.

В отечественной науке ценности и ценностные ориентации в психологических, социологических и философских исследованиях стали изучаться в начале 60-х гг. прошлого столетия. Ценностные ориентации не сразу получили статус самостоятельного понятия, т.к. отличительной чертой исследований этого периода является полисемантическая и отсутствие общепризнанного определения понятия «ценность». В психологии выделяют два подхода в исследовании ценностных ориентации: социально-психологический и общепсихологический. В социальной психологии «это сфера исследования социализации индивида, его адаптации к групповым нормам и требовани-

ям, а в общей психологии - изучение высших мотивационных структур жизнедеятельности» [1, с. 245].

Важным является вопрос о месте ценностных ориентации в структуре личности. Многие исследователи относят ценностные ориентации к важнейшим компонентам структуры личности (Алексеева В.Г., Здравомыслов А.Г., Круглов Б.С.), но на сегодняшний день у исследователей нет единой точки зрения в отношении системы ценностных ориентации в структуре личности. Современные исследователи рассматривают систему ценностных ориентации личности, привязывая ее к потребностно-мотивационной (Поршнев Б.Ф.) или смысловой сферам личности (Василюк Ф.Е.).

Связь ценностных ориентации с мотивационной сферой личности отмечает Б.Ф. Поршнев, но мнению которого основа личности заключается в функции выбора. Выбор предполагает предпочтение одного мотива всем прочим. Но для этого должны быть основания, и таким основанием является ценность, «ибо ценность — единственная мера сопоставления мотивов».

Анализируя структуру смысловой сферы личности, Д.А. Леонтьев относит личностные ценности к смысловым структурам наиболее высокого иерархического ранга. По его мнению, ценности не являются чисто психологическими образованиями. Их можно рассматривать также как социальное явление, продукт жизнедеятельности общества и социальных групп. Однако наряду с формами своего существования в структурах общественного сознания ценности общества представлены также в структуре личности конкретных индивидов. Интериоризованные ценности общества включаются в структуру личности в форме личностных ценностей, которые Д.А. Леонтьев определяет «как идеальную модель должного, отражающую опыт жизнедеятельности социального общности, присвоенную и интериоризованную индивидуальным субъектом, указывающую направление желаемого преобразования действительности и выступающую источником жизненных смыслов, которые объекты и явления действительности приобретают в контексте должного». В сознании личностная ценность отражается в форме ценностных ориентаций. Ценностные ориентации, по Л.А.Леонтьеву - это «осознанные представления субъекта о собственных ценностях, о ценном для него — то, что выявляется с помощью любых вербальных методов, как социологических, так и психологических» [2, с. 56].

Таким образом, система ценностных ориентации как элемент структуры личности, в котором «наиболее ярко выявляется целостность человеческого сознания и поведения», имеет интегративный характер, формируется на высшем уровне развития личности и регулирует поведение и деятельность личности в наиболее значимых ситуациях ее социального активности, в которых выражается отношение личности к целям жизнедеятельности и к средствам удовлетворения этих целей.

Мы проанализировали ответы 115 студентов педагогического факультета.

Для определения ценностно-смысловой сферы были использованы следующие методики: тест Рокича «Ценностные ориентации» и тест смысложизненных ориентаций Д.А.Леонтьева [3].

Результаты исследования показали, что по терминальным ценностям у испытуемых на первом месте стоят личностные ценности (здоровье, любовь, счастливая семейная жизнь). Особенности можно увидеть на уровне ценностей профессиональной деятельности: у студентов приоритетом в профессиональной деятельности является получение прибыли (материально обеспеченная жизнь). У данной группы испытуемых отсутству-

ет ценности социума (общественное признание, продуктивная жизнь) и ценности творчества (красота природы и искусства) и ценности отношений (счастье других).

По инструментальным ценностям у студентов важным качеством является ответственность, воспитанность. На последнем месте в иерархии ценностей у испытуемых – непримиримость к недостаткам в себе и других и высокие запросы. То есть студенты менее категорично относятся к другим и себе, принимая индивидуальность свою и других людей.

По методике СЖО Д.А.Леонтьева у студентов высокие показатели по шкале «Процесс жизни». Этот показатель говорит о том, что испытуемые воспринимают процесс своей жизни как интересный, эмоционально насыщенный и наполненный смыслом, то есть присутствует признак удовлетворенности своей жизнью.

Как следует из результатов исследования, у студентов по другим компонентам смысложизненных ориентаций преобладают средние значения, это говорит о наличие неопределенности в будущем и отсутствии конкретных целей. Возможно, это связано с отсутствием опыта профессиональной деятельности.

Результаты по методике СЖО позволяют утверждать, что осмысленность жизни личности не является внутренне однородной структурой. К составляющим смысла жизни можно отнести смысложизненные ориентации (цели в жизни, насыщенность жизни и удовлетворенность самоактуализацией), которые соотносятся с целью, процессом и результатом. Человек может черпать смысл своей жизни в одной из этих категорий. Это еще раз подтверждает мысль В.Франкла, который отмечал, что смысл всегда может быть найден. У руководителей образовательных учреждений выявились высокие показатели по шкале «Результативность жизни», которые отражают оценку пройденного отрезка жизни как продуктивного и осмысленного. Высокие баллы по этой шкале свидетельствуют об удовлетворенности самореализацией.

Таким образом, на вершине «пирамиды» духовных ориентиров личности 21 века вполне обоснованно могут находиться экзистенциальные ценности. Эти ценности экстравертны и базируются на эмоциональном сознании. К ним относятся смысл, ценность жизни, решимость, добро, благородство, справедливость, ответственность – это лишь некоторые составляющие.

Наиболее эффективный путь передачи ценностей – общение. Важным условием формирования ценностно-смысловой сферы в процессе общения является равенство участников (субъект-субъектные отношения). Общение в учебной деятельности способно порождать общность ценностей, выработку общих позиций, устремлений, что создает основу для объединения коллектива, прежде всего на ценностях гуманистической направленности.

Литература

1. Головаха Е.И. Жизненная перспектива и ценностные ориентации личности // Психология личности в трудах отечественных психологов. – СПб: Из-во «Питер», 2010. – 480 с.
2. Леонтьев Д.А. Очерк психологии личности / Д.А. Леонтьев. – М.: Смысл, 2003. – 287 с.
3. Леонтьев Д.А. Методика изучения ценностных ориентаций. – М.: Смысл, 2009. – 17 с.
4. Серый А В, Яницкий М.С. Ценностно-смысловая сфера личности. – Кемерово: Кемеровский государственный университет, 1999 – 92 с.

ЧТО ЕСТЬ ИМПЛИЦИТНОЕ ПРОЩАНИЕ (НА ПРИМЕРЕ РОМАНА Б. КЕЛЛЕРМАНА «ТРИ ТОВАРИЩА»)

Прощание представляет собой важный и неотъемлемый элемент речевой коммуникации, который используется для того, чтобы завершить акт коммуникации. Рассматриваемый речевой акт может быть как эксплицитным, так и имплицитным. Стоит отметить тот факт, что вне зависимости от способа актуализации речевых формул прощания, оно должно быть уместным, иначе собеседников ожидает коммуникативная неудача.

Имплицитное прощание, в отличие от эксплицитного, является таким видом обмена фразами при расставании, под которыми лишь подразумевается необходимость прекращения беседы в силу каких-либо обстоятельств. К данной форме прощания можно отнести фразы «*Laß uns mal allein*» («Оставь-ка нас одних») [4, с. 149], «*Ich komme abends noch mal 'rein*» («Вечером я загляну еще раз») [4, с. 318] и т.п. У предоставленных речевых формул нет однозначной связи между формальным и содержательными планами, однако коммуниканты понимают, что под ними понимается разрыв акта говорения. Формул, как, например, «*Auf Wiedersehen*», «*Tschüß*», являющихся маркерами прощания, нет.

Рассмотрим случаи употребления имплицитного прощания. Ситуации могут различаться, например, при возникновении необходимости ухода, вследствие чего и становится необходимым уклониться от продолжения интеракции. Например, в романе Б. Келлермана «Три товарища» Матильда, прощаясь с Робертом Локампом, обосновывает необходимость своего раннего ухода с работы тем, что если придет Кестер, то ей недобровольно из-за выпитого спиртного хозяев («*Dann werd' ich mir mal verdrücken. Wenn Herr Köster kommt – heiliges Donnerwetter!*») [4, с. 22]. Данная причина может использоваться и при возникновении нежелания поддержания контакта в силу каких-либо обстоятельств, например, «*Hören Sie, Hasse, bleiben Sie ruhig hier sitzen, solange Sie wollen. Ich muß weg*» – избегая продолжения общения с соседом Хассе, Локамп предлагает ему газеты, коньяк, а также дает советы, как быть с женой, но считая, что нет смысла вмешиваться в дела их семьи, герой уклоняется от интеракции, обосновывая это тем, что ему нужно уйти [4, с. 40]. Имплицитное прощание является довольно мягким, осторожным, и возникновение конфликтной ситуации сводится к минимуму.

При имплицитном прощании уместным будет указать причину завершения беседы. Например, «*Aber jetzt werde ich zunächst mal herauspolken, wie das Mädchen zu dem dicken Autokatalog draußen steht.*» («А я пойду и попробую разведать, что там между ними – между этой девушкой и этим толстым автомобильным каталогом») [4, с. 35], «*Feierabend. Bin todmüde*» («Конец рабочего дня. Устал до смерти») [4, с. 194].

Для объяснения причины разрыва акта коммуникации можно использовать следующие формулы, обусловленные особенностями коммуникационной ситуации: «*Ich gehe mal nach Hause. Briefe schreiben und so was. Muß auch mal sein*» («Пойду-ка я домой. Надо написать письма и все такое прочее. Хоть когда-нибудь нужно и для этого найти время») [4, с. 45], «*Und jetzt muß ich schlafen - ich habe ein Schlafmittel genommen, und*

mein Kopf summt schon» («Теперь мне нужно спать – я приняла снотворное и голова уже гудит») [4, с. 123], «Aber vielleicht gedulden Sie sich einen Moment, ich habe noch zu tun. Wollen Sie solange drinnen Platz nehmen?» («Но прошу вас подождать, я еще не освободился. Не угодно ли посидеть вон там?»). Следует отметить, что в данном примере есть и просьба и предложение, вместе с которыми может употребляться имплицитное прощание [4, с. 76] и т.п.

При имплицитном прощании можно использовать формулы выражения пожелания, например, «Na, mach's gut, Georgie» («Ладно, Джорджи, всего хорошего») [4, с. 41], «Mach's gut, Lilly. Laß dich nicht unterkriegen!» («Всего тебе, Лилли, самого лучшего! Не давай себя в обиду!») [4, с. 66]. Стоит оговорить тот факт, что данная формула предполагает наличие доверительных отношений коммуникантов.

Итак, прощание играет роль уклонения от коммуникации, приводящее к ее завершению. Имплицитные формулы прощания представляют собой вежливый и необходимый предлог завершения интеракции, целью которого может являться бесконфликтное прерывание коммуникации. Используя имплицитное прощание, коммуникант показывает, что он заинтересован в восстановлении и продолжении беседы, однако в других условиях и в другое время.

Список использованной литературы:

1. Большой энциклопедический словарь. Языкознание / под ред. В.Н. Ярцевой. М.: Научное издательство «Большая Российская энциклопедия», 1998.
2. Новый энциклопедический словарь. М.: Большая Российская энциклопедия: РИПОЛ классик, 2004.
3. Новое в зарубежной лингвистике: Вып. 17. Теория речевых актов. Сборник. Пер. с англ. / Сост. и вступ. ст. И. М. Кобозевой и В. З. Демьянкова. Общ. ред. Б. Ю. Городецкого. М.: Прогресс, 1986.
4. E. M. Remarque. Drei Kameraden. M.: Verlag für fremdsprachige Literatur, 1963.

© Е.В. Данковцева, 2014

УДК 336

А.С. Жукова

студентка 3 курса факультета педагогики, психологии и социальных наук
Пензенского государственного университета,
Педагогического института им. В.Г.Белинского
Г. Пенза, российская Федерация

РАЗВИТИЕ СОЦИАЛЬНЫХ ПЕРЕЖИВАНИЙ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Эта статья посвящена теме «Развитие социальных переживаний старших дошкольников». Данная проблема является актуальной, так как само понятие «социальные переживания» является малоизученным по сравнению с другими объектами эмоционально-волевой сферы человека. Если говорить о развитии социальных переживаний дошкольников, то можно сказать, что развитие данного явления психической жизни ребёнка очень важно, потому что все мы существа социальные и вне общества человек престал бы быть человеком, а социальные переживания помогают нам адекватно воспринимать социальную ситуацию и строить свое поведение согласно ей.

Согласно выше сказанному можно сделать вывод о том, что развитие социальных переживаний детей является важной частью всего развития ребёнка.

Данный вывод можно сделать исходя из некоторых теоретических основ предложенных далее.

Основной единицей внутренней жизни личности является переживание. Переживания в форме психических состояний, в которых слиты эмоциональные, волевые и интеллектуальные компоненты, отражают события и обстоятельства жизни в их отношении к самому субъекту. Пережитое сохраняется в памяти личности и служит материалом для осмысления в процессе выработки жизненных планов и целей, жизненной философии, определяющих поведение человека.

К вопросу определения и исследования социальных переживаний психологи обратились сравнительно недавно. В середине XXв. данным термином были названы эмоциональные процессы, опосредованные социальными эталонами.

Социальные переживания опосредованы социальными эталонами и понимаются как постоянное эмоциональное отношение к реалиям социума: нормам и правилам поведения, ценностям, принятым в социуме, значимым историческим событиям и персонажам, произведениям искусства, традициям и др.

Развитие социальных эмоций регулируют деятельность человека, определяют широту и характер его отношений с окружающим социумом, оптимизирует процесс его вхождения в новую действительность.

Социальные переживания являются одним из ведущих механизмов социализации, играют значимую роль в развитии эмоциональной и познавательной сферы личности.

Специфика формирования социальных эмоций, появления возможности испытывать не только врожденные эмоциональные состояния, но и высшие переживания и чувства связана с тем, что этот процесс происходит в социальном обществе, связан с присвоением и дальнейшим использованием в ходе социального взаимодействия нравственных, эстетических и этических норм опосредования эмоциональной реакции, оценочных категорий.

Социальность эмоций предполагает, с одной стороны, их приобретение детьми в процессе вхождения в социум под влиянием взаимодействия со сверстниками и взрослыми; в результате приобретенные индивидом социальные ценности, требования, нормы и идеалы, соединяясь с его эмоциональной сферой, становятся органической частью личности. С другой стороны, являясь внутренним достоянием личности, социальные эмоции становятся содержательным мотивом её поведения.

Несмотря на то что непосредственные исследования социальных эмоций ребенка принадлежат А.В.Запорожцу и его сотрудникам, проблема эмоциональных состояний, высших чувств и переживаний в социуме была поднята раньше в работах зарубежных и отечественных психологов. Такими являлись В.Вунд трехмерная концепция чувств, Л.С. Выготский, который считал, что переживание является единицей социальной ситуации развития, соединяя две стороны психического развития - аффективную и интеллектуальную, и определяет взаимодействие внутреннего, душевного мира человека с внешней средой, А.А.Потебня, который один из первых рассмотрел роль социальных переживаний в отношении их влияния на формирование национального самосознания и многие другие.

В настоящее время проблема социальных переживаний продолжает исследоваться под руководством Т.Д.Марцинковской. Выявлен ряд существенных закономерностей развития социальных переживаний ребенка.

Этой проблемой занимаются такие деятели психологической науки, как Т.Д. Марцинковская в работе «Переживание как механизм социализации и формирования идентичности в современном меняющемся мире»; И.В. Иванова в своем труде «Влияние переживаний на развитие личностной идентичности у детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста».

В свою очередь и для нас данная проблема стала интересна. И мы решили исследовать социальные переживания детей дошкольного возраста. В силу сложившихся обстоятельств, нами были исследованы дети среднего дошкольного возраста, что вызвало определенные негодования, но и вызвало интерес. В самом деле, результаты получились довольно интересными.

Нами была использована для диагностики методика «Рисунок самого красивого - самого некрасивого». Данная методика предполагает оценку детских рисунков на заданную тему. Перед рисованием детям предлагались следующие инструкции. **Инструкция 1:** На этом листке бумаги нарисуй что-то самое красивое.

Инструкция 2: А теперь на этом листке бумаги нарисуй что-то самое некрасивое. Далее проводится беседа по второму рисунку.

По каждому рисунку проводилась беседа с ребёнком. Взрослый просил назвать рисунок и дать объяснение, почему он считает то, что нарисовал, красивым (некрасивым). Беседа фиксируется в протоколе.

На основе полученных данных дети были разделены на четыре группы.

1-я группа – дети с низким уровнем развития социальных переживаний; низкий уровень социализации сочетается с низким уровнем эмоциональности. Эти дети практически не видят отличий между группами рисунков; они не умеют создавать адекватный сюжет, использовать адекватное цветовое решение.

Почти полное тождество как содержания, так и цветовой гаммы разных рисунков затрудняет не только для взрослого, но и для самого ребенка узнавания рисунка через некоторое время, прошедшее со дня рисования. Эти дети не умеют регулировать свое поведение, плохо общаются, редко стремятся к ответственности. Они достаточно инфантильны и зависимы. Такая напряженность и неуверенность в себе сохраняются у детей этой группы не только в неблагоприятных условиях, но и при принятии и поощрении их со стороны взрослого.

2-я группа – дети, имеющие высокий уровень социализации, но отличающиеся недостатком эмоциональности. В рисунках детей отмечается умение составлять сюжет при отсутствии адекватного цветового решения. Недостаток в развитии эмоциональности у детей этой группы является причиной снижения успешности общения. В эту группу также включались те дети, которые демонстрировали отказы или уход от выполнения задания.

3-я группа – дети со средним уровнем развития социальных переживаний. Для этих детей характерно менее выраженное различие между двумя группами рисунков, причем это преимущественно отличия либо в цвете, либо в содержании. Они эмоциональны, открыты, доверчивы, однако не стремятся к ответственности и предпочитают действовать самостоятельно, а не в большой и шумной компании сверстников.

4-я группа – дети с высоким уровнем развития социальных переживаний. В их рисунках четко выделяются положительные и отрицательные эмоциональные эталоны, причем при переходе от одного рисунка к другому меняется и цветовая гамма, и содержание рисунка. Дети достаточно комфортно и уверенно чувствуют себя в контактах со сверстниками, и в общении с психологом.

В ходе нашего эксперимента было обследовано 14 детей в возрасте 4-5 лет.

Мы представим наиболее характерные примеры проявления социальных переживаний дошкольников.

Начнем с работ детей первой группы. Здесь нам кажется наиболее интересной работа Всеволода 5 лет. Эта работа отличается большей красочностью, чем другие работы детей этой же группы. Но цветовое решение нельзя охарактеризовать как адекватное. Также в рисунках самого красивого - самого некрасивого не видно четкого различия, как в цветовой гамме, так и в сюжете. Если бы ребенок не объяснил, какой из рисунков самый красивый, а какой самый некрасивый, то различить их не представляется возможным.

Во второй группе детей можно выделить рисунки Ярослава 4 года. Его рисунок самого красивого «Одуванчиковое поле» отличается адекватным сюжетом и правильно подобранной цветовой гаммой, но рисунок нарисован схематично, можно сказать небрежно. Поле изображено как несколько линий (две вертикальные, одна горизонтальная), сами одуванчики это неровные малозаметные желтые овалы, с первого взгляда незаметные. От изображения самого некрасивого ребенок отказался.

Анализируя рисунки детей третьей группы, можно выделить необычный рисунок Ильи 4 года. Оба его рисунка выполнены одним цветом. Рисунок самого красивого «Лиля», на котором изображена, по словам ребенка, его мама, выполнен наспех, без особой аккуратности и тщательности. Цветовое решение этого рисунка также нельзя назвать адекватным. Рисунок самого некрасивого является типичным для всей генеральной выборки детей.

В рисунках детей четвертой группы интерес вызвали работы Егора 5 лет. Главным отличием его рисунков являются их названия и объяснения ребенка по данным рисункам. К примеру, рисунок самого красивого называется «красивая мечта», а объяснение, почему это самое некрасивое : «потому что чё то совсем не нравится». Делая вывод из выше сказанного, можно отметить, что у детей данной группы, в целом, достаточно хорошо развиты социальные переживания. Об этом свидетельствуют количественные показатели. Причем у детей 5 лет наблюдается высокий уровень развития социальных эмоций, а у детей 4 лет средний и низкий уровень.

© А.С. Жукова, 2013

УДК [364-4:316.613.4]:159.923.2

Т.А. Заглодина

аспирант Российский Государственный профессионально - педагогический университет, г.Екатеринбург, Российская Федерация

КОПИНГ-СТРАТЕГИИ КАК МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У МОЛОДЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ

Одним из психологических феноменов, влияющих на здоровье специалиста, является «эмоциональное выгорание», которое приводит не только к переживанию негативных эмоций, изменению отношения к работе, к себе, коллегам, но и к ряду соматических заболеваний.

Синдром эмоционального сгорания – это психофизиологическое истощение, вызванное межличностным общением и перегрузками на рабочем месте. Социальная работа предъявляет жесткие требования к профессиональным особенностям специалиста и требует научно обоснованных методов отбора и адаптации. В связи с этим, необходимо уделять особое внимание созданию системы профилактики и психогигиены социального работника. Эффективным способом преодоления эмоционального выгорания может стать выработка и внедрение копинг-стратегий в профессиональную деятельность специалиста.

Копинг-стратегии (англ. coping – справляться) – это стратегии действий, предпринимаемые человеком в ситуациях психологической угрозы физическому, личностному и социальному благополучию, осуществляемые в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах функционирования личности и ведущие к успешной адаптации [2, с. 20]. Они включают когнитивную, эмоциональную и поведенческую составляющие для уменьшения или разрешения условий порождающих стресс.

В настоящее время все более актуальным становится совершенствование и разработка более точных методов измерения совладающего со стрессом поведения, а также использование разнообразных подходов в его измерении, включая качественные методы. В нашей стране на сегодняшний день наиболее актуальной проблемой в социальной работе, требующей научной разработки является не только адаптация зарубежных методик по профилактике и предотвращению профессиональных деформаций, но и создание новых, с учетом специфики российского общества. В связи с этим, 2013 году была проведена серия исследований, посвященных выявлению профессиональных деформаций у молодых специалистов социальной сферы

В исследовании были использованы: Методика диагностики уровня эмоционального выгорания В.В.Бойко; Опросник Способы совладающего поведения Р. Лазаруса. (Копинг-тест Лазаруса); Наблюдение за работой молодых специалистов социальной сферы на предмет выраженности у них профессиональных деформаций; Интервью со специалистами по социальной работе; Анализ источников литературы, посвященных теме профессиональных деформаций личности.

Изначально, исследование на выявление основных симптомов эмоционального выгорания было проведено на студентах 4-х курсов, специальности «социальная работа», с целью – проследить предрасположенность деструктивного реагирования на стрессовые ситуации, которыми являются столкновение с социальными проблемами и экстремальными условиями труда в практической деятельности по месту прохождения практики или в работе волонтерами.

Результаты анкетирования студентов показали, что у 79% сформировалась одна из трех стадий эмоционального выгорания, следовательно, процесс профессиональной деформации личности начинается еще на стадии ее становления, в период обучения основам профессии специалиста по социальной работе. Так, большинство находится уже на второй стадии синдрома, когда происходит неадекватное ограничение диапазона эмоций, появляется ощущение перенасыщения контактами с людьми и появляются попытки облегчить или сократить свои обязанности. Данные факторы деструктивно влияют на формирование компетенций будущих специалистов, разрушая представления о процессе оказания помощи, о клиентах социальных служб, о необходимости профессиональной этики и о профессии в целом.

С целью выявления профессиональных деформаций и копинг-стратегий, направленных на их преодоление исследование было проведено на 6 специалистах, работающих в организациях социальной сферы. Отличительной характеристикой проведенного ис-

следования стала форма и тип организаций, в которых работали респонденты. Они различались по форме собственности – государственные и некоммерческие. Соответственно и результаты исследования существенно отличались, что позволило нам сделать предположение о том, что бюрократический подход, применяемый в деятельности государственных организаций, усиливает риск возникновения выгорания.

Проведение анкетирования молодых специалистов с общим стажем от 5 месяцев до 3 лет выявило, что симптомы профессионального выгорания встречаются в деятельности специалистов организаций социальной сферы, независимо от формы подчинения [1, с. 303]. Но если в государственных организациях специалисты находятся на разных стадиях прогрессирования деформаций, то в общественной организации речь идет лишь об отдельно взятых симптомах, связанных, в основном с эмоциональной сферой.

На развитие эмоционального выгорания влияет и вид руководства. Если в общественной организации руководитель выполняет роль лидера и собирает вокруг себя команду единомышленников, приверженных общей цели, то в государственной – руководство назначается и складывается иная система отношений – подчинение. При этом симпатия к руководителю и приверженность общим идеалам и стремлениям – не обязательна.

В общественной организации наблюдаются семейные отношения в коллективе, высоко развитые корпоративные ценности. Коллеги имеют общую цель и принципы построения деятельности, которые озвучивают в унисон, даже находясь в разных местах. Их отличает сплоченность – наличие «мы» и осознание своей работы, направленной на развитие социальной сферы. Во главе их организации стоит руководитель, который обладает личностью лидера и является для сотрудников авторитетом, объектом любви и подражания. Данные факторы направлены не только на профилактику выгорания, но и на поддержание положительной атмосферы в организации, на улучшение ее эффективности.

В Государственном учреждении – вместо лидера стоит назначенный руководитель и подчинение его условиям и стилю руководства влияет на развитие синдрома эмоционального выгорания. В государственных организациях все упирается в бюджет и финансирование, поэтому для руководителя важно продумать вопрос о формировании корпоративных ценностей и культуры, направить свои усилия на то, чтобы коллектив их разделял. Для этого необходимо построить с начала трудоустройства диагностику сотрудников, для профилактики профессиональных деформаций, с целью выявления личностных характеристик, для организации, в соответствии с ними комфортных условий труда. Эффективным способом совладания с выгоранием будет избегание «формализма» в отношениях руководитель – специалист и специалист – клиент. Проведение совместных мероприятий, тренингов коллектива, не только на базе своей организации, но и во взаимодействии с другой службой повысит сопротивляемость служащих стрессу.

Исследование не только подтвердило тезисы авторов, занимающихся проблемой выгорания, но и выделило в них ряд противоречий. Синдром эмоционального выгорания складывается не просто из индивидуальных проявлений копинг-стратегий, или степени реакции человека на стресс. На него влияет и степень сплоченности коллектива, наличие команды профессионалов, работающих для решения общей цели, осознание специалистом необходимости профилактики психических расстройств, при работе в системе «человек – человек». И наличие у грамотного руководителя опыта применения апробированных методик, повышающих стрессоустойчивость коллектива и эффектив-

но влияющих на работу социальных организаций для продуктивного решения проблем клиентов.

Список использованной литературы:

1. Заглодина Т.А Копинг-стратегия как метод профилактики синдрома эмоционального выгорания у специалистов по социальной работе / Т.А. Заглодина // Психолого – социальная работа в современном обществе: проблемы и решения: материалы международной научно-практической конференции 18-19 апреля 2013 г., с. 302-304

2. Копинг-поведение как сознательные стратегии преодоления стрессовых ситуаций и методы их определения: пособие для врачей и психологов / Б.Д. Карвасарский, В.А. Абабков, А.В. Васильева, Г.Л. Исурин и др. - СПб.: Изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2007. - 28 с.

© Т.А. Заглодина, 2014

УДК 159.99

Т.Т. Закирова,

доцент кафедры «Архитектура», Балаковский институт техники, технологии и управления СГТУ им. Ю.А.Гагарина
г. Балаково, Российская федерация

ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОННЫХ РЕСУРСОВ НА ПОЗНАВАТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ

В отношении влияния современных электронных образовательных ресурсов (ЭОР) на процессы познания существует широкий спектр мнений, обусловленный сложностью психических форм сознания личности и стремительным вторжением электронных ресурсов во все сферы жизни общества. Нельзя, конечно, думать, что широкое применение ЭОР кардинально изменяет познавательные процессы: ощущение, восприятие, мышление, воображение, память, внимательность, наблюдение. Они по своей природе достаточно устойчивы и прошли через многие, казавшиеся революционными технические достижения и социальные изменения на пути развития человечества.

Вместе с тем, современное состояние ЭОР и их стремительно развивающиеся возможности выходят за рамки обычных представлений о получении и отображении информации в сознании, осуществлении коммуникации между субъектами образовательного процесса, включая межличностные контакты каждого с каждым, в любое время и в любом месте. Публичная открытость данных по всем интересующим вопросам, их доступность, параллельное и независимое развитие образовательных программ многих вузов создают конкурентную среду, расширяя выбор и оставляя лучшее. Так, к середине 2012 года в России действовали 65 вузов с направлением подготовки «Архитектура» со своими традициями, архитектурными школами, программами подготовки, рейтингами выпускников. Изменения, происходящие на этом уровне, относятся к категории общего и подчиняются закономерностям информационного развития общества, конкурентного рынка, управления рисками и здесь следует ожидать серьезную реформу всей системы.

Менее масштабные, но в то же время значимые изменения происходят под влиянием ЭОР и в психических познавательных процессах (рис. 1).



Рис. 1. Блок-схема взаимодействия и взаимовоздействия в образовательном процессе

Эти изменения нуждаются в более тонком, чувственном анализе с тем, чтобы улучшить понимание специфики влияния ЭОР на уровне образовательного процесса и уже на этой основе повышать качество и эффективность образовательной программы вуза.

Ощущение – это отражение отдельных свойств предметов, явлений материального мира, а также внутреннего состояния организма, непосредственно воздействующих в данное время на органы чувств. Посредством ощущения человек узнает о таких свойствах предмета как цвет, звук, запах, твердость, мягкость, тепло. Ощущение – это единственный канал поступления информации о внешнем мире в наше сознание. Других каналов не существует и это создает проблемную ситуацию, связанную, в том числе и с применением ЭОР: мы можем по традиции или по личному предпочтению нагружать одни каналы и слабо использовать другие или их комбинации. Здесь есть два важных методических аспекта.

Первый относится к объему информации, который человек может осознать. Информационные возможности ЭОР практически безграничны, что ставит задачу их разумного ограничения. Примеры понимания важности этого аспекта можно видеть в резком сокращении количества изучаемых предметов в вузах Европы, США, других стран еще в конце прошлого века. И только совсем недавно они также нашли свое отражения в ФГОС ВПО России.

Второй аспект относится к структуре, т.е. распределению и планированию создаваемых в учебном процессе ощущений: зрительных, слуховых, комфортных (температурных, эргономических), а также их длительности, интенсивности и пространственной локализации. Психологические возможности человека по приему информации, такие как нижний и верхний порог ощущения, временной порог по продолжительности, чередованию и другие становятся предметом специального проектирования, основанного на адаптации образовательного процесса к свойствам ЭОР.

Надо помнить, что более 80% информации человек получает через зрительные каналы, при этом он способен быстро воспринимать, обрабатывать и понимать именно зрительную часть информации. Визуализация знаний с многомерным (3D) представлени-

ем предметной области и в виртуальной реальности становятся главным инструментом ЭОР.

Восприятие – это целостное отражение в сознании человека предметов и явлений объективного мира при прямом воздействии на органы чувств в данный момент. При этом из взаимодействующих комплексов человек выделяет главные и наиболее существенные признаки, отвлекаясь от несущественных. Работа мозга направлена на создание целостного образа. В отличие от ощущений, восприятие является субъективным: одна и та же информация может восприниматься по-разному, исходя из интересов, способностей, потребностей, установки педагога и эмоционального состояния человека. В создании образа определяющую роль играет восприятие пространства, движения, времени, формы.

У человека есть два «процессора» – «логический», за работу которого отвечает левое полушарие, и «графический» – правое полушарие, которое отвечает за образное мышление, интуицию и творческие процессы. Замечено, что при обсуждении сложных процессов, явлений и предметов люди стараются не просто говорить, но и рисовать различные схемы, приводить некоторые аналогии, использовать знаки, что позволяет наглядно представить появившиеся идеи, сложные объекты, новые смыслы и это тоже преимущество инструментов ЭОР.

В восприятии выделяют ряд свойств и закономерностей, значимых для понимания психологических аспектов применения ЭОР: обобщенность, целостность, структурность и др.

Обобщенность восприятия – это отражение отдельного как проявление общего, а целостность восприятия – когда отдельные признаки и свойства находятся в постоянной устойчивой взаимосвязи и сознание объединяет их в целостное, дополняя недостающее. В творческом процессе некоторым индивидуальным предметам, явлениям, событиям придается некий всеобщий смысл через обращение к художественному образу. В архитектуре наиболее обобщающими стали художественные образы античного времени, средневековья, возрождения, нового и новейшего времени, по сути ставшие опредмеченной памятью человечества.

Структурность восприятия, характеризующееся тем, что сознание из множества вычлениет устойчивое взаимоотношение частей. Так, храм воспринимается и интерпретируется (узнается) как храм независимо от конкретных признаков этого храма: мал он или велик, находится вблизи или вдали. В данном случае узнаваемый облик (форма) является смыслообразующим – определяющим значение и назначение храма.

Мышление – это анализ, обобщение и конкретизация того, что отражается в сознании в виде ощущений и восприятий. Ощущение, восприятие и мышление являются неразрывными частями единого процесса – отражения действительности в виде определенного образа. Люди всегда мыслят только образами, а передача мысли от одного человека к другому связана с психологией обоих, их способностью к образному мышлению. Одной из проблем ЭОР является легкость получения информации (а не знаний) и развитие технократического, не эмоционального мышления.

Память – это отражение прошлого опыта или запечатление, сохранение и воспроизведение чего-либо. Электронные библиотеки, глоссарии и навигаторы (путеводители) могут снять значительную часть нагрузки на память, однако следует учитывать психологическую особенность памяти – ей нужен какой-то знак, метка, чтобы извлечь из памяти то, что нужно. Ключевые слова, аббревиатура, различные марки, реперы, символы, смайлик и многое другое из инструментария ЭОР могут служить нужными ключиками, а выстроенная на их искусной комбинации цепочка – хорошим дидактическим

приемом быстрого извлечения из памяти обучаемого нужного образа и погружения в изучаемый мир. Здесь важен момент привязки запоминаемого материала к чему-либо эмоционально окрашенному, что также подвластно инструментам ЭОР.

Воображение – это отражение будущего или возможного путем создания нового образа на основе прошлого. В основе воображения лежат те же процессы, что и мышления, однако его проявление в большей мере характерно для неопределенных, пограничных ситуаций, когда не все понятно или когда чего-то не хватает и человек начинает создавать новые образы, новые отношения между предметами. Так начинается творчество, фантазия.

Внимание – это направленность памяти на одни объекты с одновременным отвлечением от других. От других познавательных процессов внимание отличается тем, что оно не имеет своего содержания, а лишь обслуживает остальные психические процессы или проявляется в них. Физиологической основой внимания является возбуждение одних и торможение других участков мозга. Различают несколько видов и свойств внимания, которые следует учитывать при проектировании учебного процесса с применением ЭОР. Произвольное – под влиянием установки на внимательность, важность цели, мотивации. Возможности этого вида внимания следует закладывать в типовые программы, тогда как для творческих процессов более важно использовать возможности непроизвольного внимания. Оно возникает и удерживается под влиянием внешних факторов (необычности, контрастности, движения, мультипликации).

Наблюдение – это целенаправленное, планомерное восприятие предметов, явлений, процессов, отношений, в познании которых человек заинтересован. Для наблюдения характерно наличие цели, желание выделить определенные черты, сходные признаки, их взаимосвязь или подобие. Антиподом наблюдения можно считать нарциссизм (бесцельное созерцание).

Представленная выше характеристика познавательных процессов и влияния ЭОР в большей мере отражает линейную психологию, направленную на логический поиск истины. Здесь базой для поиска истины служат ощущения с помощью органов чувств: слуха, зрения, вкуса, обоняния, осязания.

Список использованной литературы:

1. Абрамова Н.Т. Ценности образования, новые технологии и неявные формы знания // Вопросы философии №6, 1998, с.58-65.
2. Бабаева Ю.Д., Войскунский А.Е. Психологические последствия информатизации // Психологический журнал. №1. 1998.
3. Васильева И.А., Осипова Е.М., Петрова Н.Н. Психологические аспекты применения информационных технологий. // Вопросы психологии 2002. №3.
4. Гура В. В. Теоретические основы педагогического проектирования личностно-ориентированных электронных образовательных ресурсов и сред. – Ростов-на-Дону, 2007. 320 с.
5. Дзюба Е.А. Внутренняя дифференциация как фактор формирования индивидуальных образовательных траекторий студентов. Автореф. дисс. канд. психологических наук. – Ростов-на-Дону, 2010.
6. Захарова И. Г. Формирование информационной образовательной среды высшего учебного заведения: Автореф. дисс. д. пед.н., Тюмень, 2003.-46с.
7. Нефедов А. Нелинейная психология – Интернет ресурс: <http://www.klex.ru/6ly>

© Т.Т. Закирова. 2014

ПРОФИЛАКТИКА КОМПЬЮТЕРНОЙ АДДИКЦИИ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ

Компьютер с каждым днем все в большей степени становится неотъемлемой частью нашей жизни. Связи с этим количество зависимых от компьютера детей растет с каждым днем.

Около 14% российских школьников подвержены компьютерной зависимости. Список самых активных геймеров состоит из детей, чей возраст 12-18 лет. Они погружаются в виртуальный мир, теряя интерес к реальности, забрасывают школу и университеты. Уже не редкость случаи смертей среди малолетних игроманов [1]. Компьютерные преступления уже перечислены в новом Гражданском Кодексе Российской Федерации. Существуют серьезные опасности, с которыми дети встречаются непосредственно в Сети: доверие к «воображаемому другу», который может соблазнить на совершение непристойных действий; доступ к порнографическим сайтам. Дети могут наткнуться на порнографию ввиду ее широкого распространения в Сети. К сожалению, программное обеспечение, ограничивающее доступ детей на такие сайты, не всегда доступно для потребителей, либо работает не корректно; доступ к сайтам с деструктивным содержанием, например, с инструкциями по изготовлению бомбы и т. д; дети, много играющие в игры 3D action (DOOM, QUAKE), сетевые игры с сюжетами насилия, ведут себя более агрессивно [4]. Так же это может привести к процессу формирования компьютерной аддикции.

Компьютерная аддикция (как и любая другая) – форма ухода от реальности, которая может привести к конфликтам и разочарованиям, болезненным провалам и горьким потерям. Поэтому еще не научившемуся существовать во взрослом жестком мире ребенку и кажется, что компьютер, виртуальная жизнь – идеальный выход.

Аддиктивное поведение (от англ. Addiction – склонность к чему либо, пагубная привычка или от англ. Addict – наркоман, или увлекаться дурным) – один из типов девиантного (отклоняющегося) поведения с формированием стремления к уходу от реальности путем искусственного изменения своего психического состояния посредством приема некоторых веществ или постоянной фиксации внимания на определенных видах деятельности с целью развития интенсивных эмоций.

Нами проанализированы основные причины возникновения компьютерной зависимости у младших школьников и подростков.

1. Отсутствие или недостаток общения и теплых эмоциональных отношений в семье. Когда ребенку не уделяется родителями времени для ежедневного выражения искреннего участия в жизни ребенка, не интересуются состоянием душевного мира, мало спрашивают о его мыслях и чувствах, о том, что действительно волнует и тревожит ребенка, не слышат его, в связи с чем может развиваться не только зависимость от компьютерных игр и развлечений, но и другие виды зависимости, а также различные формы отклонений в поведении.

2. Отсутствие у ребенка серьезных увлечений, интересов, хобби, привязанностей, не связанных с компьютером. Дети в младшем школьном возрасте очень активны и энергичны. Поэтому ребенку необходимо быть увлеченным полезными и развивающими делами посещать кружки, секции, заниматься творчеством. Если ребенок не найдет себя в каком то увлечении или хобби то есть риск, что он привяжется к компью-

теру, что в последствие может привести к компьютерной аддикции или к другой форме аддиктивного поведения.

3. Неумение ребёнка налаживать желательные контакты с окружающими, отсутствие друзей. Если ребёнок (подросток) слишком застенчив и не может свою застенчивость побороть. Или наличие видимого физического недостатка, внешность отталкивающая сверстников, или наличие черт характера, препятствующих установлению дружеских привязанностей: замкнутость, злобность, чрезмерная жадность, мстительность, обидчивость, агрессивность. Все это может привести к тому, что ребенок ограничит круг общения только компьютером или виртуальными друзьями.

4. Общие неудачи ребёнка. Эта причина схожа с предыдущей. Плохие отметки, ребенок является изгоем класса, отсутствие понимания со стороны родителей и т.д. то это может привести к формированию к зависимости от компьютерных игр, где он – главный герой, он на вершине успеха, он победитель, властитель, первый разрушитель (или создатель). В сети Интернет такой ребёнок может создать себе образ, противоположный реальному: другое имя, другая внешность, другая, более «выгодная» самопрезентация.

5. Наличие тяжёлой инвалидности, серьёзного заболевания [2]. Если ребёнок-инвалид учится на дому, круг его общения очень ограничен, тяжёлые увечья препятствуют установлению контактов с окружающими или отвращают окружающих от ребёнка, то компьютер может стать единственным средством общения, получения информации, единственным развлечением и занятием. Зависимость же наступает тогда, когда при появлении альтернативных возможностей обучения, общения, досуга, они отвергаются, когда компьютер используется лишь как средство получения удовольствия, но не информации, не пользы.

Взаимодействие ребенка и компьютера имеет, как положительные, так и отрицательные эффекты.

Позитивные эффекты взаимодействия младшего школьника и компьютера:

развитие логического, прогностического и оперативного мышления; усиление интеллектуальных способностей при решении все более сложных и неординарных задач; адекватная специализация познавательных процессов — восприятия, мышления, памяти; повышение самооценки и уверенности в себе; формирование позитивных личностных черт: деловая активность, точность и аккуратность, уверенность в себе.

Негативные эффекты взаимодействия младшего школьника и компьютера:

снижение интеллектуальных способностей при решении примитивных задач (например, использование функции «Проверка орфографии», «математические действия» и т.п. способствуют редукции элементарных школьных знаний); при длительной работе с компьютером — снижение гибкости познавательных процессов; чрезмерная психическая вовлеченность в работу или игры с компьютером порождают зависимое поведение; деформация личностной структуры; деструктивные формы поведения; специфические свойства виртуальной реальности независимо от ее «природы» (физическая, психологическая, социальная, техническая и проч.): порожденность, актуальность, автономность, интерактивность [3].

Родителям рекомендуется использовать следующие стратегии для профилактики развития компьютерной зависимости:

1. Показывать личный положительный пример. Важно, чтобы слова не расходились с делом. И если отец разрешает сыну

играть за компьютером не более часа в день, то и сам он не должен играть по три-четыре часа.

2. Ограничить время работы с компьютером, объяснив, что компьютер не право, а привилегия, поэтому общение с ним подлежит контролю со стороны родителей. Резко запрещать работать на компьютере нельзя. Если ребенок склонен к компьютерной за-

висимости, он может проводить за компьютером два часа в будний день и три – в выходной. Обязательно с перерывами.

3. Предложить другие возможности времяпровождения. Можно составить список дел, которыми можно заняться в свободное время. Желательно, чтобы в списке были совместные занятия (походы в кино, на природу, игра в шахматы и т. д.).

4. Использовать компьютер как элемент эффективного воспитания, в качестве поощрения (например, за правильно и вовремя сделанное домашнее задание, уборку квартиры и т. д.).

5. Обращать внимание на игры, в которые играют дети, так как некоторые из них могут стать причиной бессонницы, раздражительности, агрессивности, специфических страхов.

6. Обсуждать игры вместе с ребенком. Отдавать предпочтение развивающим играм. Крайне важно научить ребенка критически относиться к компьютерным играм, показывать, что это очень малая часть доступных развлечений, что жизнь гораздо разнообразней, что игра не заменит общения.

7. В случаях, если родители самостоятельно не могут справиться с проблемой, обращаться к психологам, в специализированные центры.

Таким образом, проблема зависимости от компьютерных игр стоит на сегодняшний день, как никогда остро. Семья, наряду с другими институтами социализации ребенка может оказывать значительную помощь педагогу в процессе профилактики компьютерной аддикции у детей и подростков.

Список использованной литературы:

1. Зависимость от компьютерных игр – статистика и вред [Электронный ресурс]: <http://operativa.ru/new-technologies/13-zavisimost-ot-kompyuternyh-igr.html>.

2. Мельникова, М. Каковы причины компьютерной зависимости у детей и подростков? [Электронный ресурс]: <http://shkolazhizni.ru/archive/0/n-22951>.

3. Психологические механизмы ухода в виртуальную реальность [Электронный ресурс]: <http://5psy.ru/samopoznanie/psixologicheskie-mexanizmi-uxoda-v-virtualnuyu-realnost.html>.

4. Юрьева, Л.Н. Компьютерная зависимость: формирование, диагностика, коррекция и профилактика [Текст]: Монография / Л.Н. Юрьева, Т.Ю. Больбот. – Днепропетровск: Пороги, 2006. – 196 с.

© Э.Ф.Закирьянова, 2014

УДК 159.9.075

Д.В.Кагальников

аспирант кафедры психологии

Московский Государственный Гуманитарный Университет им Шолохова

Зам.директора по ВР МОУ Кратовская СОШ № 98

ОПЫТ ПОДГОТОВКИ СТАРШИХ ШКОЛЬНИКОВ К ТВОРЧЕСКОМУ КОНКУРСУ

Целевые установки современного образования в России значительно изменились ввиду многих причин: особенность современных социально-экономических условий, политических устремлений, влияние международных норм и образовательных стандартов, пересмотра культурных ценностей и так далее. Новый Федеральный Государственный Образовательный стандарт (ФГОС) и поправки к нему, к счастью, вывели

внеурочную деятельность на один уровень с ценностью получения знаний. Таким образом, неотъемлемой и законодательно закреплённой частью современной школы является работа не только в рамках знаниевой парадигмы, но и развитие становящейся личности в рамках направлений, которые описаны в новом ФГОС (спортивно-оздоровительное, духовно-нравственное, социальное, общеинтеллектуальное и общекультурное направления)

Как отмечают многие педагоги, особенность качественно организованной внеурочной деятельности в том, что она может объединять в себе несколько направлений. Например, школьная конференция «Мы за здоровый образ жизни»: подготовка докладов и номеров, вопросы к докладчикам, коллективное обсуждение не укладываются лишь в спортивно-оздоровительное направление.

Исследования в области внеурочной деятельности ведутся уже давно. Различными аспектами внеурочной деятельности и её составляющими занимались такие ученые как Р.В. Банчуков, Л.К. Голубев, Д.Н. Джол, И.П. Иванов, Г.П. Калинина, В.А. Каракровский, Г.С. Меркин, Л.И. Новикова, В.С. Селиванов, Л. Н. Селиванова и другие. Моя исследовательская задача определить необходимость психолого-педагогического сопровождения и направления деятельности педагога-психолога в работе со старшими школьниками (15-17 лет) при подготовке к творческому конкурсу, так как творческие конкурсы различного уровня являются неотъемлемой частью внеурочной деятельности.

Педагоги и психологи отмечают, что во время подготовки к различным мероприятиям могут решаться совершенно разные проблемы: от социализации девиантных детей до решения внутриличностных и межличностных конфликтов отдельных школьников. Но помимо того, что такой тип деятельности решает определённые проблемы, он также порождает и другие. Например, конфликты внутри коллектива участников, проблемы с самооценкой (её понижение или чрезмерное повышение), развитие определённых комплексов и так далее.

В рамках внеурочной деятельности МОУ Кратовская СОШ № 98 ежегодно проводится внутришкольный новогодний КВН, основными задачами которого являются:

- 1) Поддержание межвозрастного сообщества (в каждой из команд дети разных возрастов, начиная с 7 класса);
- 2) Популяризация активного образа жизни;
- 3) Формирование навыков публичного выступления;
- 4) Решение конкретных психолого-педагогических задач.

Подготовка к новомуднему КВН 2013 проходила в рамках первого этапа исследования необходимости психолого-педагогического сопровождения старших школьников при подготовке к творческому конкурсу. Задачей этого этапа стало выявление негативных факторов, влияющих на личность при подготовке.

Было проведено анкетирование до мероприятия, а также групповое проблемное обсуждение влияния негативных факторов на успешное выступление и подготовку к нему. В рамках первичного анкетирования по вопросам удовлетворённости составом команды и «настроем» на успешность выступления, 60 % первой команды (6 человек из 10) и 90% из второй команды (9 человек из 10) были не готовы работать друг с другом (набор в команды происходил добровольно). Далее взаимодействие между участниками былоотяжелено межличностными конфликтами и потребовалось два дополнительных занятия (не репетиционного, а психологического характера), чтобы дальнейшая подготовка была в конструктивном русле. Также выяснилось, что 5% первой команды и 7% второй команды верят в провал собственной команды ввиду её состава.

Результатом группового проблемного обсуждения стал список негативных составляющих подготовки к конкурсу, которые мешали ребятам:

- личная неуверенность в своих собственных силах;
- неуверенность в силах своей команды, используемом материале;
- неудовлетворённость качеством процесса подготовки ввиду недостаточной вовлечённости отдельных членов команды.
- боязнь сцены, забыть слова.

Работа педагога с детским коллективом, по большей части, направлена на подготовку к мероприятию, а не на возникающие негативные факторы. Поэтому можно утверждать, что для снижения или снятия проявленных трудностей необходимо профессиональное психолого-педагогическое сопровождение, так как именно психолог имеет целостное представление об особенностях подросткового возраста, владеет необходимыми методиками и технологиями, умеет решать поставленные психологические задачи. Получается, что коллективу нужна профессиональная пара – педагог - организатор и педагог-психолог.

Следующим этапом работы станет исследование большего количества подростков (несколько школ), которые будут готовиться к участию в кубке КВН губернатора.

© Д.В. Кагальников, 2014

УДК 159.99

А.Ж.Мамаева, А.К.Уразбаева

преподаватели педагогики Семейского многопрофильного колледжа,
г.Семей, Восточно-Казахстанская область
Республика Казахстан

ФОРМИРОВАНИЕ ЭТНИЧЕСКОГО САМОСОЗНАНИЯ СТУДЕНТОВ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ В ВУЗЕ

Одной из актуальных проблем системы образования является задача формирования этнического самосознания у новых поколений [14, с. 60]. Образование будет подлинно народным, национальным тогда, когда оно сможет обеспечить в своем содержании присутствие духовности народа, его этнического самосознания, когда оно вберет в себя этническую культуру, этническую психологию, образ жизнедеятельности, систему духовно-нравственных ценностей представителей своей общности.

Вопрос о природе самосознания и его истоках с позиций культурно-исторической концепции Л. С. Выготского рассматривается в аспекте влияния социокультурной среды на структуру, тип самосознания, характер его развития [4, с. 242]. Социокультурная среда как идеальная форма имеет своих вполне реальных носителей, выступающих посредниками - медиаторами развития реальной формы, будь то знак, слово, символ, значение и смысл [4, с. 361]. Данные психологические орудия вызывают к жизни внутренние формы деятельности, тем самым становится возможным переход от идеальной формы к реальной. Заметим, что они также могут выполнять этническую функцию в рамках определенных этнокультурных границ. В.П. Зинченко указывает: "Они не только выступают в роли стимулов, способных вызвать те или иные ответы, реакции, поведенческие акты. Они вызывают к жизни внутренние формы деятельности, делающие, помимо всего прочего, непредсказуемым внешнее поведение. Обращение на самого себя, взгляд на себя со стороны - это начало способности или сама способность заглядывания внутрь самого себя, начало формирования образа себя и вынесения его в

целом или отдельных свойств вовне. Это объективация самого себя, своей собственной субъективности, формирование самосознания... В этом тайна и первое условие формирования себя, условие самостроительства человека, культурного формирования личности" [7, с. 6-25].

Под этническим самосознанием рассматривается относительно устойчивая система осознанных представлений и оценок реально существующих этнодифференцирующих и этноинтегрирующих признаков этнической общности, т. е. особенностей этнокультурной среды [5, с. 6-25]. Последняя являет собой множество модификаций окружающей реальности, аккумулированных членами этнической общности в ходе ее исторического развития. Исходя из общего определения культуры она представляет собой способ организации и развития жизнедеятельности этнических субъектов, представленный в продуктах материального и духовного труда, в системе общественных норм и учреждений, в духовных ценностях, в совокупности отношений людей к природе, к собственной этнической общности, а значит, в совокупности качественного своеобразия отношений этнических субъектов к параметрам этногенеза своей общности (климатогеографическому, расово-биологическому, социокультурному), в совокупности отношений с другими этническими общностями[20, с. 293].

Уровень развития этнического самосознания характеризуется не только объективной зависимостью человека от этнической действительности, но и "субъективной социально-психологической привязанностью" его к условиям жизнедеятельности этноса (особенностям образа жизни, этнической культуре) [6, с. 3-13]. Этническая состоятельность личности, формирующаяся в процессе социализации (этнизации), полагает осознанную причастность члена этнической группы к элементам различных сфер и подсистем этнической культуры (производственной, жизнеобеспечивающей, соционормативной, познавательной [16, с. 42-46]). Своего рода осознание личностного отношения к языку, религии, обрядам, традициям, народному творчеству и другим формам объективируемой культуры есть активная деятельность субъекта, побуждаемая в первую очередь мотивацией познания объектов этнического мира.

Анализ представлений о себе, о своих собственных этнопсихологических особенностях позволяет определить, что в группах с высоким уровнем развития этнического самосознания в большей степени выражены чувства национальной гордости и национального достоинства, национальные интересы (развитие национальной культуры, оптимизация межнациональных отношений и др.), доминируют позитивные этнические гетеростереотипы и межэтнические аттитюды. Так же как и познание этнической реальности, познание самого себя, своей этнической индивидуальности определяется прежде всего требованиями этнической жизнедеятельности. Осознание собственной этнической индивидуальности предопределяет оптимальную адаптацию этнического субъекта к условиям этнического бытия, дает возможность оптимально действовать в процессе постоянного соотношения своих жизненных позиций, установок, ценностей с требованиями и нормами той этнической общности, к которой личность себя причисляет.

Так, основными функциями этнического самосознания вполне обоснованно можно считать, во-первых, когнитивную как самопознание (этническая рефлексия) - процесс познания своей этнической индивидуальности, этничности своей общности, во-вторых, оценочную как социально-нравственное отношение к этническим качествам - своим собственным, своей социальной общности и других социальных образований, в-третьих, регулятивную как процесс регуляции своей психической деятельности, своего поведения в соответствии с этническим мировоззрением.

С ростом этнического самосознания изменяется мотивационная система, детерминирующая структуру интегральной индивидуальности, а именно мотивационная система, участвующая в детерминации структуры интегральной индивидуальности с низким уровнем развития этнического самосознания, преимущественно выражена мо-

тивами самовыражения, самоутверждения, тогда как для высокого уровня характерно доминирование социально-нравственных мотивов общественной направленности: стремление к совместной деятельности в достижении общей цели, к оптимизации совместной деятельности и межличностных отношений, интеграции, синдикативности.

Студенческий возраст является решающим периодом развития этнического самосознания, его упрочения и закрепления. Дальнейшие его изменения в общем плане представляют уже не развитие и формирование, а трансформацию в зависимости от социально-политических, экономических, демографических условий жизнедеятельности конкретного этноса. Поэтому одной из задач системы образования является психологическое обеспечение обучения на различных этапах образования, направленное в первую очередь на создание условий формирования и развития этнического самосознания в процессе обучения.

Значит, развитие и формирование этнического самосознания является важным условием развития этнической индивидуальности, определяющим фактором оптимизации жизнедеятельности людей в специфических условиях этнической реальности.

Список использованной литературы:

1. Выготский Л. С. Собр. соч.: В 6 т. Т. 1 — 4. М.: Педагогика, 1981 — 1984.
 2. Вяткин Б. А., Хотинец В. Ю. Этническое самосознание как фактор 1. Бромлей Ю. В. Этнос и этнография. М.: Наука, 1973.
 3. Дашдамиров А. Ф. Социально-психологические проблемы национальной определенности личности // Сов. этнография. 1977. № 3. С. 3 — 13.
 4. Зинченко В. П. От классической к органической психологии // Вопр. психол. 1996. № 5. С. 7 — 20; № 6. С. 6 — 25.
 5. Лурия А. Р. Об историческом развитии познавательных процессов. М.: Наука, 1974.
 6. Мкртумян Ю. И. Основные компоненты культуры этноса // Методологические проблемы исследования этнических культур. Ереван: Изд-во АН АрмССР, 1978. С. 42 — 46.
 7. Философский энциклопедический словарь. М.: Сов. энциклопедия, 1989. С. 293.
- © А.Ж.Мамаева, А.К.Уразбаева, 2014

УДК 15 + 16 + 17 + 37

В.В. Машков

Индивидуальный исследователь
г.Таганрог, Ростовская область, Российская Федерация

СОЗНАНИЕ ЧЕЛОВЕКА ФОРМИРУЕТСЯ УСЛОВИЯМИ ЖИЗНИ И ОБРАЗОВАНИЕМ

Сознание и мыслительная деятельность человека - это особый, удивительнейший "продукт", создаваемый физическим телом - мозгом человека.

Мозг и нервы – это органы физического тела человека. Но мозг порождает мысль, которая уже не является материальным телом и существует самостоятельно в виде духовной сущности, хотя и является продуктом тела.

Уникальность этого "продукта" состоит в том, что, в то время как создатель его (мозг) по своей сути относится к категории материальности (вещественности), сам "продукт" (мысли) относится к категории духовности.

(О "трансформации" материального в духовное, о том, где и как возникают мысли и о единстве материального и духовного говорится в [5, с. 166-172])

В процессе длительной эволюции человек развивался и совершенствовался как физически, так и духовно.

Остановив внимание на духовном развитии, необходимо обратить внимание на всё возрастающее от этапа к этапу развитие Сознания в общем процессе развития Человека.

Развитие Сознания ведёт к росту Духовности Человека, а рост Духовности вместе с ростом общего объёма Знаний увеличивает темпы научно-технического, культурного и других составляющих прогресса.

Всем хорошо известно философское суждение:

«ТРУД СОЗДАЛ ЧЕЛОВЕКА».

Т.е. орудия труда (палка) превратили обезьяну в человека.

Это суждение, безусловно, верно. Но оно относительно и не может претендовать на абсолютную степень. Ибо человек вышел из животного состояния под влиянием не одного фактора, а множества факторов, из коих некоторые вполне могут быть преобладающими.

Автор этих строк считает, что более обобщающим и точным будет суждение:

«РАЗУМ И ТРУД СОЗДАЛИ ЧЕЛОВЕКА»

Посмотрим, как РАЗУМ превратил обезьяну в человека:

Одной из главнейших, жизненных функций и животного и человека является принцип самосохранения, принцип защиты «самого себя».

Как защитить себя?

Животное не знает иных способов защиты себя, кроме как прибегнуть к применению собственных индивидуальных средств (инстинктивно применяются собственные зубы, собственные ноги).

Древний человек тоже сначала для защиты себя полагался только на собственные индивидуальные средства.

Однако, находясь в стае, он стал замечать (стали возникать соображения, возникать мысли), что при коллективных действиях защита индивидуума осуществляется более эффективно.

А, заметив это, стал планировать и применять применение коллективной защиты.

МЫСЛИТЬ человек стал в силу естественной потребности изыскивать дополнительные возможности защитить себя,

Всё это (вместе с применением орудий труда, а затем постепенным их усовершенствованием) и послужило началом работы Сознания человека.

Начиная с древности, при применении коллективных действий, Разум Человека стал развиваться и предлагать человеку всё более и более усложняемые способы взаимодействий индивидуальных особей (людей).

Усложняемые взаимодействия особей всё более и более давали преимущества при добыче питания и при обороне от врагов и это, как обратная связь, требовало работы сознания индивидуумов и не только работы сознания, но и совершенствования Сознания; это требовало развитие Творчества в сознании.

Человек (в отличие от животного) приобрёл способность творчески мыслить.

Развитие Сознания, развитие мыслительной деятельности у человека стало происходить при совершенствовании и обогащении Сознания **в плане как качественного, так и количественного его наполнения.**

Остановим внимание на качественной стороне мыслительной работы Сознания.

Мысли человека в зависимости от своего содержания могут характеризоваться;

1) как здоровые, как объективно правильные (соответствующие обеспечению жизни индивидуума и его соплеменников) – эти мысли содержат **добро** и

2) как явно ошибочные, или не явно ошибочные, а лишь по форме (по пиару, по имиджу) привлекательные, но по содержанию ошибочные.

В последнем случае ошибки могут быть искренними, не преднамеренными, но могут быть и намеренными в виде создания афёр с целью получения субъективных выгод в ущерб жизни и интересам соплеменников – такие мысли содержат **явное или скрытое зло**.

У человека могут возникать заболевания его нервной системы и мозга, относящиеся к телу. Такие патологии лечатся медиками с помощью то ли лекарственных средств, то ли психических и даже физических воздействий.

Но вот интересно отметить то, что **МЫСЛИ**, т.е. духовные производные тела (мозга и нервной системы), тоже могут подвергаться особым видам заболеваний, характеризующимся возникающим уродованием Сознания, при котором в самом сознании происходит подмена **добра** (склонность совершать пользу) на **явное или скрытое зло** (склонность совершать вред).

Мысли по варианту 2) могут возникать не обязательно у психически больных людей. Человек с точки зрения медиков может быть психически здоровым, но в силу особых естественных или внушённых причин его сознание может принимать изуродованные патологические наклонности, ущемляющие жизненные интересы других лиц.

Болезни мышления, болезни сознания отличаются от болезней тела (мозга, нервной системы) и поэтому лечить их необходимо несколько по иному.

Лечить Разум человека можно либо опосредовано, т.е. через тело (лекарства и БАДы, что слабо эффективно), либо методами внушения, прибегая к использованию **своёйств и способностей самого Сознания к восприятию и анализу внушений с результатом самоочищения и самоизлечения Сознания**.

Успешно лечит сознание только Добро, проникающее в сознание!

Добро при желании им воспользоваться и при умелом использовании, особенно при применении к Этике последовательной Логике, способно побеждать любые формы зла, в том числе скрытого, завуалированного лицемерием под добро.

Зло знает, что в открытой борьбе с Добром оно всегда погибает и поэтому использует обман, лицемерие, хитрость и любыми способами маскируется и надевает маску добра. Зло пытается создать мнение якобы его полезности для достижения прогресса, полезности при устройстве борьбы-грызни, при применении "непротивления зла".

Варианты якобы особой полезности зла очень опасны для Сознания, т.к. они заражают сознание "вирусом зла", при котором обманным путём искажается добро и это обезоруживает борьбу со злом.

Болезни Сознания надо лечить сразу при появлении признаков зла, не допуская ослабления и извращения сознания.

Вопросы улучшения качества Сознания Человека исключительно важны для развития Человека и человеческого Общества и этим вопросам (добро без зла, содействие благоприятностей и др.) уделено основное внимание в книге [5].

В условиях дикого рынка свирепствуют болезни сознания у значительного количества индивидуумов – это болезнь алчности, возникающая от воздействий наркотика денег [6], и болезнь властности, тирании (тиранство - покорение, подавление сопле-

менников) - болезней, при которых субъекты ценят свободу личную, но уничтожают свободу соплеменников.

Когда Человек материально обеспечен (первобытный человек постоянно был занят обеспечением пищи и крова, при диком рынке человек тоже постоянно и беспросветно занят обеспечением пищи, крова, энергии), то его состояние освобождается от беспросветной нужды и Сознание начинает "работать" над своим совершенствованием и при этом начинают раскрываться творческие и интеллектуальные стороны Сознания. Чем больше людей на земном шаре вовлечено в творчество, тем более ускоренно развивается Прогрес Общества.

Значит, качественная характеристика работы Сознания человека – это Добро, это такая работа сознания, при которой осуществляется добродетельная деятельность, направленная на создание пользы как субъекту, так и всему обществу.

Кроме рассмотрения качественной стороны мыслительной деятельности Сознания необходимо также остановить внимание на "количественной" характеристике работы Сознания, которая иллюстрируется объёмом "материала", располагаемым и обрабатываемым Сознанием.

Для выполнения мыслительной деятельности в Сознание человека в течение всей жизни, начиная с момента рождения, постоянно поступает определённый объём "материала", состоящий из информации, поступающей от органов чувств человека, и информации, поступающей из суммы Знаний, накопленных человечеством.

Информация о накопленных человечеством знаниях исключительно велика и может быть воспринята сознанием того или иного индивидуального человека только частично в количестве, определяемом способностями усвоения самого индивидуального сознания, и поступает в сознание человека последовательными порциями в течение всей жизни в выборочном виде, случайном и/или целенаправленном, в последнем случае – это различные варианты организованной учёбы.

Человек постоянно учится (в системах организованного обучения, либо неорганизованного при контактах с окружающими) и в процессе учёбы повышает качество и объём своих Знаний и с этим повышает уровень своего Сознания.

Определяющим фактором для развития общества, для развития как общественного, так и индивидуального Сознания является степень образованности, которая в основном формируется системами начального, среднего и высшего Образования.

В целом для общества каждая из упомянутых систем имеет важное значение, но в то же время для того или иного этапа развития общества возникают объективные предпосылки необходимости обеспечивать всё население общества то ли начальным образованием, то ли средним образованием, то ли высшим образованием.

Современное состояние и тенденции развития человеческого общества, характеризующиеся судьбоносными научно-техническими достижениями и высоким уровнем Знаний, неукоснительно требуют всестороннего повышения образования как можно большего количества членов человеческого общества.

Особую роль в этом играет Высшее Образование.

Высшее образование (гуманитарное, техническое или иное) - это путь повышения интеллектуального, технического, культурного уровня человека, путь повышения его Сознания, путь повышения его Духовности,

Объективно общество заинтересовано в том, чтобы Высшее Образование было доступно "всем", т.к., чем больше массовость желающих получить ВО и чем большая доступность ВО, тем вероятнее вовлечение большего количества одарённых и предрасположенных к творчеству людей и с этим возрастают темпы прогресса.

Рост носителей высшего образования ведёт к росту творчески-одарённых людей и всё это в наибольшей степени способствует более эффективному, всестороннему развитию человечества.

Высшее образование должно быть доступно всем и не должно быть никаких препятствий для тех лиц, кто желает его получить.

Это является одним из прав на Свободу в обществе, которое называет себя свободным.

В свободном обществе нельзя заставлять человека насильно получить высшее образование, но для того, кто пожелает, должно свободно, беспрепятственно (т.е. без цензов оплаты) обеспечиваться получение высшего образования.

Современный научно-технический прогресс и возможности человечества способны обеспечить общество в такой степени, что общество за свой счёт может предоставить возможность получить высшее образование всем членам общества и не ставить при этом условий об имущественных возможностях кандидатов.

Человек, получив высшее образование, является носителем более высокого уровня Знаний и может применять полученные знания как непосредственно в своей трудовой деятельности, так и в свободном информационном общении с коллегами и с окружающими людьми и этим вносить лепту в создание более высокого "уровня знаний в обществе".

То есть высшее образование каждого отдельного человека - это одновременно и его личное дело, и "кирпичик" более высокого уровня Знаний всего общества.

Как ранее было обязательно начальное образование, а затем стало обязательным среднее образование – так же на более развитом этапе человечества высшее образование должно стать обязательным. Человек должен быть развит до уровня высшего образования, то ли технического, то ли гуманитарного. Получив высшее образование, Человек далее может жить и работать в зависимости от его наклонностей: рабочим, руководителем, служащим, культурным работником или другим иным.

Создание препятствий для получения высшего образования - это ни что иное, как ущемление как интересов общества в целом, так и прав, свобод и интересов конкретных личностей, стремящихся получить ВО.

Вместе с тем, в обществе при создании систем начального, среднего, высшего и иных видов образования должны быть выработаны качественные механизмы, не допускающие извращение и не полноту получения Образование.

Это ни что иное, как поползновения с "чёрного" хода ограничить полноту образования в угоду интересам "не многих" и ущемлением интересов "всех".

Остановимся на некоторых из таких негативов.

1. Образование не должно быть платным.

Платное образование – это образование, ограничивающееся материальными возможностями человека, и этим оно противоречит всеобщему принципу прав и свобод человека.

Ценз платности образования является системой препятствий для получения образования и ему не место в обществе,

НЕ ХОРОШО, когда в обществе, называющем себя "свободным", внедрены, навязаны такие "правила", которые ущемляют возможности для одних за счёт предоставления привилегий другим.

Такое "новшество" является дискриминацией прав человека и вводит предпосылки для раздора в обществе.

2. Образование должно предоставляться в объеме и содержании, соответствующим целям развития "общества в целом".

Не допустимо, когда под якобы благовидным предлогом важнейшие учебные дисциплины переводятся в разряд факультативных. То есть этим "новаторством" важнейшие, объективно обязательные учебные предметы переводятся в не обязательные.

Такой порядок является ни чем иным, как снижением уровня Образования в обществе (как путь в малую грамотность), как попытка направить развитие сознания в обществе в сторону деградации.

Да, в связи с бурным ростом объема Знаний возникает противоречие между возрастающим объемом учебной информации и недопущением перегрузок молодых организмов при обучении.

Выход из этого противоречия естественен, – не допуская снижения уровня Образования, необходимо увеличивать время обучения.

Увеличение времени обучения – это веление времени.

Человек всегда учится, начиная с младенческих лет и кончая глубокой старостью.

Для школьного обучения, осуществляющего среднее образование, вполне логично допустить увеличение срока обучения в сторону 12 и более классов и это должно быть увязано с признанием возможности получения стипендий учащимися школы после достижения ими возраста совершеннолетия.

3. Образование не должно применять завуалированные формы дискриминации, ограничивающие возможность получить любой вид образования.

За последнее десятилетие в России в системах информации и образования стали настойчиво внедрять ускоренное чтение и ускоренное изложение информации.

Само по себе это новшество имеет двоякое значение для человека.

С одной стороны, не плохо, когда выявляются способности у людей овладевать методами ускоренного чтения и восприятия информации, тем более что количество информации год от года растёт.

А между тем люди по своей природе далеко не одинаковы: есть холерики, есть сангвиники, есть флегматики, есть меланхолики и в каждом из этих типажей есть разной степени быстрые и разной степени медлительные люди. А среди пожилых людей, вообще, очень многие плохо воспринимают скороговорки и тараторщину.

Конечно, всем разным типажам людей можно предложить овладение методами скоростного чтения, методами скороговорок и методами скоростного восприятия информации.

Предложить можно, но результаты будут различные.

И это естественно.

Но, когда такие "новшества" внедряются "буром", то это похоже на цель - ломать индивидуальность и плодить посредственность.

К этому вопросу полезно вспомнить некоторые примеры из жизни.

В газетах, в печати в разное время приводились факты о том, что некоторые молодые люди проявляли чудеса скоростного освоения учебных материалов и закачивали школу в 12-14 лет, а затем институт в 17-18 лет и ранее.

Но удивительно то, что такие вундеркинды, продолжая освоение наук, не стали выдающимися учёными и некоторые из них стали просто энциклопедистами.

А вот среди гениальных учёных часто обнаруживаются люди с замедленной реакцией и "тугодумы", так как у них мыслительные процессы не порхают на поверхности, а совершаются в глубоком сознании и в подсознании.

Так что предлагать скороговорку и скорочтение нужно выборочно и осторожно в зависимости от способностей детей и людей, принимая во внимание то, что способности у них различные в разных направлениях и по разному осуществляются.

"Мести" всех под одну гребёнку не годится.

Получается то, что те, кто, будучи одарёнными, но не быстрыми, зачисляются по причине не восприимчивости к тараторщине в разряд второстепенных и даже "недоразвитых".

Ломать психику детей - не допустимо, это приводит к "зажатости", к подавлению личности ребёнка, к срыву нервов.

Тараторщина - это под предлогом "новизны", мобильности, особой якобы научности внедрение в обществе способа дискриминации среди людей. Например, в СМИ, на радио изложение скороговоркой препятствует многим пожилым людям воспринимать информацию.

4. Одним из основных предметов Образования должен стать предмет, раскрывающий человеку суть его отличия от животного.

То есть необходимо **вести в систему образования предмет изучения качества человечности** и при этом представлять учащимся **объективно значимые** (но не субъективно созданные) **нормы "что такое хорошо и что такое плохо"**.

Не кажется ли странным то, что нынешние системы и программы образования построены так, что изучению подвергаются в основном "материальные" дисциплины и обучение идёт в направлении **количественного** пополнения **объёма Знаний**, в то время как относительно **слабо** производится обучение в направлении **качественного формирования Знаний и Сознания**.

Оппоненты могут возразить, что, наоборот, в настоящее время очень много выпускается литературы и много делается для повышения нравственности в обществе. Особенное развитие и применение нашло привитие таких качеств, как этикет, имидж, правила поведения и другие подобные.

Да, это так. Но ведь этикет, имидж, одежда, правила поведения – это внешняя оболочка, призванная создать положительное представление о человеке. Это внешняя сторона качеств человека (внешняя **форма**), за положительной ширмой которой скрывается внутреннее **содержание** (внутренняя **суть**), которое может быть то ли положительным, то ли далеко не положительным.

А вот с совершенствованием внутренней **сути качеств человека** в обществе дела обстоят далеко **не благополучно**.

С ранних детских лет в семье ребёнку настойчиво прививаются высококачественные человеческие нормы морали о Добре и о запрете зла в любых его формах проявления. Это делается родителями для создания доброй, мирной (без раздвая и противоречий) внутри семейной жизни.

Но затем, когда ребёнок вырастает и расширяет круг общения от пределов семьи во внешнее общество, то и семья и системы начального, среднего образования начинают его переучивать. В "закон о превалировании Добра и отрицании зла" вносятся подзаконные добавки о добродетельном зле, о якобы необходимости зла для развития и другие варианты "обеляющие" зло.

Для чего это делается? Это повелось издавна, хотя условия с тех пор изменились.

Дело в том, что с древних времён человек постоянно сталкивался с естественными условиями, когда для него не хватало ни пищи, ни крова. Всё для жизни необходимо было добывать в борьбе, в том числе и в борьбе с соплеменниками.

Но в современное время человек в своем развитии достиг таких высот, что созданный им научно-технический прогресс способен обеспечивать всех жителей планеты с избытком и жильем, и питанием и энергией, и комфортом, и в разумных пределах роскошью. В современном мире исчезают причины естественной необходимости борьбы между людьми и остаются лишь мотивы благожелательного состязательного соревнования. Правда, ещё, к сожалению, встречаются многочисленные факты, когда возникают жестокие желания подавить соплеменников из-за действия алчности или чувства неудовлетворения, когда дела у соседа идут хорошо. Но оба эти признака говорят о болезни Сознания таких людей. Такие болезни надо лечить, а не возвеличивать пиаром.

В современных условиях уже нет необходимости абсолютизировать заканчивающие свой срок философские суждения о "пользе зла для прогресса" и о "борьбе противоположностей".

Необходимо очистить от мусора и задействовать те пути человечества, которые ускоряют темпы его развития. А это развитие под эгидой Добра, очищенного от вариантов зла, и **развитие с привлечением содействия и благоприятных факторов**.

Вот поэтому то и необходимо расширить для Человека то толкование Добра, которое даётся ребёнку в семейной обстановке, до применения его в полной мере в пределах Большой семьи в составе всего Человечества.

А для этого необходимо во всех системах организуемого обучения - начальном, среднем, высшем Образовании (в каждом с соответствующим уровнем изложения) – ввести, как основные, такие предметы обучения, как предметы качественного обучения и формирования Сознания на основе превалирования Добра.

Учить Этике, учить Добру необходимо на всех уровнях Образования, то есть учить Человека надо не только количественному объёму знаний, но и **качественно, увеличивая отрыв Человека от животного**.

Если человечество должно развиваться, то Образование, как паровоз, должно вытаскивать политику, экономику и социальную жизнь людей из звериных объятий инстинктов и направить его к человечности, к этике, к приоритету Духовности, отличающей человека от животного.

Список использованной литературы:

1. Философия. Под редакцией А.Ф. Зотова и др. Москва. Академический проект. 2003
2. В.И. Курбатов. Логика. Феникс. Ростов н/Д. 2001
3. А.В. Разин. Этика. Москва. Академический проект 2003
4. В.В. Машков Добро без зла. Поправки в Этику. Таганрог. "Нюанс". 2009.
5. В.В. Машков Добро без зла. Содействие Добра эффективнее борьбы противоположностей. Таганрог. "Нюанс". 2013
6. В.В. Машков Рынок, деньги, наркозависимость. Санкт-Петербургский институт проектного менеджмента. Инновации в экономике, управлении проектами, юриспруденции, образования, социологии, медицине, философии, психологии, математике и технике: теория и практика. 22-23 августа 2013г. – СПб.: КультИнформПресс, 2013. с. 127-138.
7. В.В. Машков Марксизм оказался преходящим. Субъективное и объективное. Санкт-Петербургский институт проектного менеджмента, Инновационный потенциал, состояние и тенденции развития в экономике, проектном менеджменте, образовании, политологии, юриспруденции, психологии, экологии, медицине, филологии, философии, социологии, технике, физике, математике. 30-31 октября 2013г. – СПб.: КультИнформПресс, - с. 289-299.

© В.В. Машков

ТРУДОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ЧЕЛОВЕКА

Аннотация: В данной статье рассмотрены основные понятия трудовой деятельности, смысла труда и профессионализма. Влияние научно-технического прогресса на трудовую деятельность.

Ключевые слова: трудовая деятельность, квалификация, профессионализм.

Труд рассматривается как планомерная, сознательная деятельность с целью переработки того, что дает природа, в предметы потребления. Деятельность представляет собой активное взаимодействие живого существа с окружающим миром, в ходе которого оно целенаправленно воздействует на объект и за счет этого удовлетворяет свои потребности. Всякая деятельность включает в себя цель, средства ее достижения, действия, направленные на достижение цели, и результат. Трудовая деятельность людей, как процесс материального производства - представляет собой одну из форм человеческой деятельности, направленной на преобразование природного мира и создание материальных благ. Это электроэнергия, лекарств и множества разнообразных предметов, нужных людям, общество необходимое условие жизни общества, так как без пищи, одежды, жилищ, существовать не может [1].

Смысл труда заключается в достижении определенных результатов, в созидании материальных и духовных благ. К материальным благам относятся продукты питания, одежда, жилье, транспорт, техника, услуги и т.п. К духовным благам относятся достижения науки, искусства, идеологии и т.п.

Для достижения цели в трудовой деятельности используются разнообразные средства: различные технические устройства, необходимые для производства; энергетические и транспортные линии; другие материальные объекты, без которых невозможен трудовой процесс. Все они вместе составляют средства труда. Роль труда в развитии человека и общества проявляется в том, что в процессе труда приобретают новые навыки, раскрывают свои способности, пополняют и обогащают знания. Творческий характер труда находит свое выражение в рождении новых идей, появлении прогрессивных технологий, более совершенных и высокопроизводительных орудий труда, новых видов продукции, материалов, энергии, которые, в свою очередь, ведут к развитию потребностей [2]. Развитие и совершенствование производства благотворно сказывается на воспроизводстве населения, повышении его материального и культурного уровня. Развитие человеческого общества направлено сторону прогресса производства, роста материального благосостояния и культурного уровня людей. Разделение труда и его усложнение ведет к закреплению за человеком определенной профессии, требующей специальных знаний и умений, особой квалификации. Характер требований, предъявляемых к участнику трудовой деятельности, зависит от многих факторов, в первую очередь от конкретного содержания труда и места в системе разделения труда.

Мастерство, умелость, грамотность выполнения трудовых функций определенной профессии называют профессионализмом. Профессионализм — это результат обучения и опыта работы. Квалификация работника подтверждается документом о присвоении ему разряда, категории, звания. Тот, кто хочет больше заработать, должен приложить усилия для получения более высокой квалификации. Квалифицированному работнику легче найти хорошую работу.

Научно-технический прогресс вызывает изменение роли человека в процессе производства, воздействует на содержание его трудовой деятельности. Существенно меняет-

ся соотношение между физическим и умственным трудом, физическими и интеллектуальными способностями. Если прежде рабочий реализовывал в процессе труда преимущественно физические способности, то создание машин, выполняющих логические операции, математические расчеты и т.д., выдвигает на первый план такие человеческие способности, как умение анализировать обстановку, сопоставлять данные. Новейшие технологии стимулирует развитие способности человека и в то же время предъявляют высокие требования к личности работника [3]. Таким образом, значительно увеличивается роль человеческого фактора, появляются новые квалификационные требования к современным профессиям, имеющим дело с высокотехнологическим оборудованием: способность к абстрактному мышлению и умение свободно пользоваться языком информатики; умение анализировать статистическую и графическую информацию, логически мыслить, гибко и быстро реагируя ситуации...

Трудовая деятельность — это важнейшее в жизни любого человека поле его самореализации, требует от человека профессионализма, квалификации, общей культуры, дисциплинированности, исполнительности инициативы. Именно здесь он может утвердить себя как личность. Таким образом, труд есть основа и неперенное условие жизнедеятельности людей. Воздействуя на окружающую природную среду, изменяя и приспособлявая ее к своим потребностям, люди не только обеспечивают свое существование, но и создают условия для развития и прогресса общества.

Список используемой литературы

1. Боголюбов, Л.Н. Человек и общество. Обществознание. Учеб. для учащихся 10-11 кл. общеобразоват. учреждений. В 2 ч. / Л.Н. Боголюбов, Л.Ф. Иванова, А.Ю. Лазебникова и др.; Под ред. Л.Н. Боголюбова, А.Ю. Лазебниковой. - М.: Просвещение, 2003. - 270 с.
2. Дикарева А.А. Социология труда / А.А. Дикарева, М.И. Мирская. - М.: Высшая школа, 1989. - 304 с.
3. Клименко А.В. Обществознание: Учебник / А.В. Клименко, В.В. Румынина. - М.: Дрофа, 2004. - 199 с.

© М.Миналгдинов, 2014г.

УДК 159.99

А.В. Мирошниченко

Ст. преподаватель кафедры общей психологии и психологии развития факультета психологии Южного федерального университета
Г. Ростов-на-Дону, Российская Федерация

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИНФОРМАЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ. ТЕРРОРИЗМ КАК УГРОЗА ИНФОРМАЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ СТРАНЫ

В концепции противодействия терроризму, утвержденной президентом Российской Федерации, поставлена задача «сформировать систему противодействия идеологии терроризма». Такого рода система не может быть простой ввиду глубины и серьезности проблемы современного терроризма, и начальная точка формирования такого рода «системы» видна в расстановке акцентов и приоритетов в самой проблематике современного терроризма. И одним из наиболее острых аспектов явления терроризм, представляет информационная безопасность и целостность страны.

В этой связи, возникает вопрос «Что такое безопасность?» Варианты ответов на данный вопрос немало, это:

- состояние защищенности жизненно важных элементов жизнедеятельности, интересов личности, общества и государства от внутренних и внешних угроз. «К основным объектам безопасности относятся: личность – ее права и свободы; общество – его материальные и духовные ценности; государство – его конституционный строй, суверенитет и территориальная целостность» (Закон о безопасности);

- это состояние защищенности информационной среды общества, обеспечивающее ее формирование, использование и развитие в интересах граждан, организаций, государства" (Закон РФ "Об участии в международном информационном обмене");

- «способность страны сохранять себя сегодня и всегда» (проф., д.физ.-мат.н., д.полит.н. С. Сулакшин). Объект безопасности – страна (территория, народонаселение, госуправление), субъект – государство, функция – сохранять высшие ценности страны.

Одним из признаков нынешнего периода является переход от индустриального общества к информационному, в котором информация становится более важным ресурсом, чем материальные или энергетические ресурсы. Ресурсами принято называть элементы экономического потенциала, которыми располагает общество, и которые при необходимости могут быть использованы для достижения конкретных целей хозяйственной деятельности. Давно стали привычными и общеупотребительными такие категории, как материальные, финансовые, трудовые, природные ресурсы, которые вовлекаются в хозяйственный оборот, и их назначение понятно каждому. Появившееся понятие "информационные ресурсы", хотя и узаконено, но осознано пока еще недостаточно. Проблема в масштабности, многогранности, многозадачности самих информационных ресурсов, а также скорости их развития и трансформации. Говоря об информационных ресурсах в обеспечении информационной безопасности страны, мы будем разделять их на непосредственно информационные технологии как инструмент и информационное пространство как среда, имеющая в своей основе ценности, цели, перспективы и т.д.

Среди угроз информационной безопасности страны следует выделить такое понятие, как «Информационная война» как агрессивные действия и намерения противника, наносящие ущерб живой силе, материальным объектам, психологической устойчивости населения государства нападения, нацеленные на ослабление его суверенности. «Информационная обороноспособность» – это способность государства выявить угрозы применения против него информационного оружия, минимизировать и пресекать вероятность его применения. «Информационное оружие» – это силы и средства целенаправленного поражения государства нападения и информации и донесения ее до объекта поражения. Среди объектов поражения информационным оружием можно выделить демографию страны, ценности и идеологию граждан, материальные объекты (экономика, производство, транспорт, ВПК и т.д.)

Инструменты и зоны действия государства в поле информации:

1. Контроль информационных потоков. Наличие органов, функций и систем.
2. Управление потоком информации. Цензура, техническое блокирование, фильтрация (компьютерные сети, телефония, видеоинформация).
3. Создание контр информационных потоков. Пропаганда СМИ, образование и т.д.

Немаловажной среди угроз информационной безопасности страны, является система, созданная, направленная на предмет религиозного экстремизма. Огромные денежные средства выделяются для создания такого вида пропаганды, и это приносит свои плоды, которые сейчас приходится пожинать, разрешать, предупреждать. Для вовлече-

ния молодежи используют следующие аргументы (Северный Кавказ): в лице московских организаций и лидеров формируется образ врага как с одной, так и с другой стороны (позиция выехать в Москву = поехать в Россию, то есть отделение Кавказа от других регионов страны как отдельного государства на уровне понятий и мышления, и так же, говоря о Кавказе, трудно перепутать с любым другим регионом страны). Таким образом, обострение ситуации в этих регионах крайне вероятны. По законам психологии, конфликт как следствие конфликтной ситуации и инцидента, либо наложения конфликтных ситуаций может быть спрогнозирован, но не всегда предупрежден и ликвидирован. Поэтому крайне важно уметь отслеживать, контролировать напряженность конфликтных ситуаций в регионах еще на ранних стадиях. Для этого постарайтесь определить что является «зерном» (некоторой основой), зарождающем конфликтную ситуацию, недовольство, неприязнь, то, что отличает одного человека от другого. Если рассматривать религиозные особенности радикальных группировок Кавказа (далее имеется в виду не религия Ислам в целом, а радикальные «секты», направления, идеологии, которые трансформируют некоторые позиции дополнением, искажением основных позиций), то встречаются следующие аргументы: западное общество и россияне, которые перенимают все худшее от западного общества, пронизаны грехом (беззаконие, коррупция, алкоголизм, насилие, порнография, безнравственность, азартные игры, то есть все, что отвергается мусульманской верой) и абсолютное убеждение в процветании этих негативных явлений и отсутствии какой-либо борьбы с ними со стороны государства. А выход предлагается им только один – нужно вести борьбу всеми доступными средствами за создание исламского мира. И только в этом они видят **спасение**. Для достижения этой цели внушается, что можно совершать любые преступления, и прежде всего, террористические акты. При этом, если погибает ребенок, то по их представлению, он спасен и попадает в рай, как и тот, кто его убил. То есть, несмотря на то что заповедь всех остальных религий «не убей», в данном случае на 180° развернута и убийство иных возводится в религиозную добродетель. Вот в чем опасность такой идеологии, распространяющейся и усиливающейся, в чем-то до крайних взглядов, информационно. Статистика жертв террористических актов показывает достаточно малую долю в смертности населения стран, но парадокс заключается именно в том, что прямые математические подсчеты не раскрывают истинной глубины проблемы. А она заключается в некотором расколе цивилизаций, приверженцев разной веры, а если 1,5 млрд. мусульман будут проповедовать эту новую религию, в которой спасение и путь в рай через убийство «иных», то страшно представить последствия. Таким образом, эта угроза настолько масштабная, что пренебрегать ею нельзя, и видеть масштабность именно в информационном воздействии, что является наиболее быстрым путем достижения результата. Как природа и опасность очевидна в информационном воздействии и распространении, так и профилактика, предупреждение, борьба, ликвидация эпицентров такого вида источников опасности, должны иметь так же информационный компонент воздействия (как самый быстрый, доступный, адаптируемый и эффективный).

Национальный антитеррористический комитет неоднократно поднимал эту тему и предлагаются следующие варианты противодействия. Необходимо начинать борьбу с такого вида террористической опасности с того, чтобы молодые люди, особенно в регионах с высокой долей проживания мусульманского населения, были под контролем государства. На региональном уровне поручить авторитетных для молодежи людей (это представители бизнеса, науки, образования, спорта, представители духовенства) проводить, прежде всего, воспитательную работу и дать возможность молодому чело-

веку посредством информационных технологий или непосредственно, взаимодействовать с такими «наставниками» (обращаться за советом, разъяснением, помощью, защитой). Причем раньше, чем ему поможет тот, кто призывает к террористической деятельности. Выходить к молодым людям следует с целью воспитания определенных ценностей, разъяснения «как формируется мир, где формируются угрозы», какова их личная роль, их семей, их регионов и в стране в целом. Необходимо формировать нравственно и физически здоровое поколение, патриотически настроенное к своему государству.

Список использованной литературы:

1. Концепция противодействия терроризму в РФ. (Утверждена Президентом РФ Д.А. Медведевым 5 октября 2009 г.)
2. Федеральный закон РФ от 06.03.2006 N 35-ФЗ (ред. от 02.11.2013) "О противодействии терроризму"
3. В. Орлов, заместитель руководителя аппарата НАК

©А.В. Мирошниченко, 2014

УДК 159.922.9

В.Ф. Мищенко, О.А. Устинова
студентка 3 курса факультета психологии образования
Кузбасская государственная педагогическая академия
г.Новокузнецк, Российская Федерация

ОРГАНИЗАЦИЯ СОЦИОКУЛЬТУРНОГО ПРОСТРАНСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ГОРОДА

Мир детей сосуществует с миром взрослых в одном и том же физическом пространстве, однако мы бываем удивительно слепы по отношению к жизни и культуре детей.

Для того, чтобы научиться жить и успешно действовать в мире, человеку, входящему в мир, нужно искать «свое» место и открывать «свой» путь. С самых ранних лет это открытие «себя» человек начинает с освоения пространства. Как отмечает известный Петербургский ученый М.В. Осорина, для ребенка «быть существующим – значит занимать определенное место в этом мире» [3, с. 3].

Понятие «пространство» рассматривается в трудах ученых А.В. Петровского и В.А.Петровского. Исследователи выделяют три типа пространства: «пространство психики индивида (интраиндивидуальное пространство), его внутренний мир: его интересы, мнения, убеждения, взгляды, идеалы, вкусы, склонности, увлечения»; интериндивидуальное пространство – область межличностных связей; метоиндивидуальное пространство, как реализация «индивидом своих возможностей как личности находится не только за пределами его внутреннего мира, но и за границей актуальных, сиюминутных (здесь и теперь) связей с другими людьми [4]. В контексте выше представленного понятия, пространство рассматривается с точки зрения взаимодействия личности и социума.

Однако для нас важно рассмотреть развитие ребенка в социокультурном пространстве.

Анализируя состояние исследований в этой области, можно отметить, что нет единого подхода к пониманию социокультурного пространства. В психолого-педагогической литературе рассматриваются различные аспекты обозначенной выше

проблемы: воспитательные системы как социокультурный феномен, воспитательное пространство социума как социально-педагогическое пространство в макро- и микросоциуме (Г.Н.Филонов); школа как совокупность различных пространств: учебного, игрового, правового, трудового, художественно-творческого и другого (А.Н.Тубельский); синергетический подход к образованию (Т.М.Давыденко), Н.М. Таланчук, Т.И.Шамова); социокультурное окружение ученика, его деятельность (А.В.Хуторской); пространство как зона непосредственной активности индивида и его ближайшего развития (Н.Б.Крылова); пространство совместной жизнедеятельности (А.Н.Тубельский, В.И.Слободчиков); пространственные характеристики современного образования (А.Г.Асмолов, И.Д.Фрумин); социокультурное пространство функционирования и развития человека (Д.И.Фельдштейн) и другие.

В рассмотрении данной проблемы для нас значима точка зрения Н.Я. Большуновой. Как считает ученый, «мир человека не только социален, но имеет еще как минимум один слой, уровень, контекст – это уровень собственно культуры (духа), который по своим характеристикам не только совпадает, но во многом противоположен собственно социальным отношениям» [1, с. 20].

Что означает способность «восходить» в социокультурное (духовное) пространство? По мнению Н.Я.Большуновой - это означает возможность соизмерять себя с социокультурными образцами, представляющими собой композицию ценностей как особых мер. Этой мерой выступают социокультурные образцы, представленные в разных типах культур, например в русской культуре - это человек духовный, Благодатный и т.д. [2].

В современный период времени в массовом сознании произошла утрата представлений о существовании неких абсолютных ценностей, с которыми может и должна соизмеряться жизнь человека.

Наиболее актуальным вопросом образования в настоящее время является проблема духовного социокультурного развития ребенка. Именно сейчас дети оказались вне пространства абсолютных, универсальных ценностей. Необходимы специальные усилия для того, чтобы обозначить ребенку горизонт ценностей, поэтому необходимо создавать условия, при которых ребенок смог обнаружить себя в пространстве ценностей (не только социальных, но также и духовных).

В современной технократическом мире, в ситуации социокультурного развития города, недостаточно обращается внимание на организацию пространства жизни детей, а особенно детей с ограниченными возможностями.

Дети «с особыми потребностями» оказываются «выброшенными» из отношений детей, поэтому у них часто развиваются такие разрушающие симптомы, как тревожность, депрессии, а иногда у таких детей возникают суицидальные настроения.

Исходя из жизненной необходимости решения проблем детства, в нашем городе нами был разработан и реализуется в данный момент проект «Корабль детства», основной целью которого является создание интегрированной детской площадки для всех детей. Такая площадка будет учитывать особенности и потребности всех детей, особенно детей с ограниченными возможностями, а также обратит внимание общественность к проблемам детского сообщества, их отношениям, культуре, системе ценностей.

Данная детская площадка выстраивается в пространстве диалогических отношений между детьми (дети с ограниченными возможностями и с обычным развитием), взрослыми (на площадке будут работать аниматоры, специалисты, волонтеры, показывающие эффективные способы взаимодействия взрослых с детьми). На самой площадке

будут представлены образы сказочных героев русской культуры: Иван – царевич, Царевна-лягушка, Незнайка, Чебурашка и т.д.

Проектировать и организовывать коммуникативное пространство детей будут специально обученные люди: психологи, педагоги, дефектологи, волонтеры, аниматоры (студенты, проходящие практику работы с детьми).

Вышеперечисленные специалисты будут проводить психотерапевтическую и коррекционно-развивающую деятельность. Осуществление этих видов деятельности будет происходить с использованием следующих средств: игры, сказки, рисунка, песочной игры и т.д.

Для работы на детской площадке нами разрабатываются игры, дидактические материалы, а также книжные пособия, которые будут успешно использоваться в организации жизни детей на детской площадке. Разработанные пособия учитывают особенности психологического развития детей с нормальным развитием и с ограниченными возможностями.

Для внедрения проекта нами проведена акция «Вместе весело живём» организованная по сбору подписей для создания интегрированной детской площадки для всех. Проведение акции показало, что подобные мероприятия положительно влияют на отношения детей, способствуют принятию их в детское сообщество, становлению позитивной «Я - концепции».

Также, следует отметить, что данная площадка хорошо воспринята общественностью и администрацией города, специалистами разного уровня (психологами, педагогами, дефектологами, архитекторами и т.д.) и ее появление необходимо в пространстве городской жизни.

Список использованной литературы:

1. Большунова Н.Я. Субъектность как социокультурное явление. – Новосибирск: Изд. НГПУ, 2005. – 324 с.
2. Большунова Н.Я. Организация образования дошкольников в формах игры средствами сказки: учебное пособие. – Новосибирск, 2000. – 405 с.
3. Осорина М.В. Секретный мир детей в пространстве мира взрослых. – СПб, 2004.
4. Петровский А.В. «Я» в «других» и «другие» во «мне». – М.: Просвещение, 110. – 300 с.

© В.Ф.Мищенко, 2014

УДК 159.99

С.Н. Никишов

кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии
Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева
г. Саранск, Российская Федерация

ПАМЯТЬ В ПРЕДСТАВЛЕНИЯХ ФРАНЦУЗСКИХ И АНГЛИЙСКИХ МЫСЛИТЕЛЕЙ XVIII ВЕКА

Важным этапом на пути изучения памяти человека стал XVIII век. Основные достижения связаны с именами французских (Ж. Ламетри, К. Гельвеций) и английских (Д. Гартли, Дж. Пристли) мыслителей.

Ж. Ламетри – первый французский мыслитель XVIII века выступивший в печати по вопросам о психических функциях и процессах человека. В основе его понимания психических процессов (в том числе и памяти) имплицитно присутствует ассоциация. В частности, он отмечал, что человек в большинстве случаев вспоминает по принципу смежности [7].

Ж. Ламетри высказывал также ряд интересных идей, не потерявших своей актуальности и в настоящее время, а именно по вопросам о взаимосвязи памяти и других познавательных процессов. Например, он рассуждал о памяти и мышлении. Как полагал этот французский философ «... человек, потерявший память превратился бы в мыслящий атом, если только вообще возможно мыслить без памяти...» [7, с. 88]. Без памяти – заключал он, – невозможным было бы и нормальное функционирование воображения.

Схожие идеи по этому вопросу высказывал и Э.Б. де Кондильяк: «Память есть начало воображения, обладающего еще небольшой силой; воображение есть память имеющая максимальную степень яркости» [6, с. 206].

Идея о взаимообусловленности познавательных процессов находит свое дальнейшее развитие в трудах К. Гельвеция и Д. Дидро. Например, К. Гельвеций указывал на взаимосвязь внимания и памяти. Он считал, что «только внимание может запечатлеть в памяти предметы» [4, с. 333].

К. Гельвеций и Д. Дидро полагали, что способность мыслить зависит только от памяти. Отсюда мы делаем вывод, что память для них являлась центральным познавательным процессом.

Рассуждая о памяти, К. Гельвеций подробно останавливался на проблеме толкования этого термина. Он дает ей узкое определение (запоминание слов, дат, мест и лиц) и широкое – (запоминание идей, образов, рассуждений) [3].

Принципиальное значение для К. Гельвеция имел тот факт, что память человека способна к развитию, путем тренировок и упражнений. Аналогичной точки зрения придерживался и Э. Кондильяк: «... чем чаще человек станет упражнять память, тем легче она будет действовать» [6, с. 199].

Объединяет многих из рассмотренных нами французских философов еще один момент. В большей или меньшей степени они полагали, что основой памяти является ощущение. Одни – Ж. Ламетри, Д. Дидро – ограничивались лишь констатацией этого факта, другие – К. Гельвеций, Э.Б. де Кондильяк – развивали эту мысль дальше и приходили к выводу, что память является особой, важной, но всего лишь разновидностью ощущений [4; 5; 6; 7; 8]. Так Э.Б. де Кондильяк по этому поводу писал: «... у статуи имеются два способа ощущения, отличающиеся лишь тем, что один из них относится к имеющимся налицо ощущениям, которого больше нет, но впечатление от которого еще продолжается» [6, с. 198].

В Англии в XVIII веке основные успехи, связанные с изучением памяти, были достигнуты в рамках ассоциативного направления. Впервые ассоциация превращается в универсальную категорию, объясняющую всю психическую деятельность, в том числе и память, у английского врача Гартли. С этих позиций он трактовал этот психический процесс следующим образом: «... все явления памяти являются различными видами или случаями ассоциации идей» [2, с. 133]. Развивая эту мысль далее, он писал – идеи «... вспоминаются в том же порядке и отношении, точно или почти точно, как они однажды были представлены в действительности» [1, с. 196].

Но заслуга Гартли и новизна его работ как психолога – исследователя, на наш взгляд, заключается не только в этом. Он одним из первых заявил, что память есть не что иное, как фундаментальное свойство нервной организации, а не один из психических познавательных процессов (каковой оказалась память в большинстве современных классификациях) [9; 10; 11].

Учение Гартли получило свое дальнейшее развитие в трудах Д. Пристли. Как и Гартли, он считал, что все психические процессы, включая и память, функционируют

по законам ассоциации. Основу памяти, Пристли видел в идеях. Философ был уверен – все идеи «разнообразным образом связаны друг с другом...» [2, с. 138]. Но в отличие от Гартли, в понимании Д. Пристли память не являлась ведущим психическим процессом, в большей степени он уделял внимание мышлению, признавая за последним ведущую роль в психике.

На основе анализа работ мыслителей XVIII века, можно сделать вывод, что в эпоху Просвещения возникли два направления в разработке проблем памяти: первое связано с трактовкой памяти как функции высокоорганизованной материи – головного мозга, что способствовало в дальнейшем экспериментальному изучению тех явлений, которые считались порождением бестелесной души; второе – учение, согласно которому память определяется социальными условиями, нравами, обычаями, духовным миром людей, которыми движет собственная энергия культурного творчества.

Список использованной литературы:

1. Английские материалисты XVIII в. Собрание сочинений произведений в трех томах. – М.: Мысль, 1968. – Т. 2. – 408 с.
2. Английские материалисты XVIII в. Собрание сочинений произведений в трех томах. – М.: Мысль, 1968. – Т. 3. – 550 с.
3. Гельвеций К. Об уме. – М.: Мысль, 1930. – 176 с.
4. Гельвеций К. Сочинения. – М.: Мысль, 1973. – Т. 1. – 647 с.
5. Дидро Д. Сочинения в двух томах. – М.: Мысль, 1986. – Т. 1. – 592 с.
6. Кондильяк Э. Сочинения в трех томах. – М.: Мысль, 1982. – Т. 2. – 541 с.
7. Ламетри Ж. Сочинения. Второе издание. – М.: Мысль, 1983. – 509 с.
8. Никишов С.Н. Автобиографическая память финно-угорской молодежи как предмет исследования // Новое слово в науке и практике: гипотезы и апробация результатов исследований. – Новосибирск, 2013. – № 7. – С. 128-132.
9. Никишов С.Н. Значение характеристик памяти в структуре профессиональной деятельности специалистов сферы «человек – человек»: дис. ... канд. психол. наук. – Казань, 2005. – 176 с.
10. Никишов С.Н. Психологические особенности автобиографической памяти людей пожилого возраста // Педагогика и психология: традиции и инновации: сборник научных трудов по материалам Международного форума. – Ставрополь, 2013. – С. 363-365.
11. Романов К.М., Никишов С.Н. Влияние содержания стимульного материала на функционирование ассоциативных процессов памяти // Теоретическая и экспериментальная психология. – М., 2010. – № 1. – С. 84-89.

© С.Н. Никишов, 2014

УДК 159.923.2

О. О. Полякова

доцент кафедры психологии
Мордовский госуниверситет им. Н. П. Огарева
г. Саранск, Республика Мордовия

ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ ДЕТСКОЙ СУБКУЛЬТУРЫ В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ

Детская субкультура это особый социально-психологический и культурный феномен. Это все, что создано детьми и для детей. По определению В. В. Абраменковой, «это смысловое пространство ценностей, установок, способов деятельности и форм

общения, осуществляемых в детских сообществах в той или иной конкретно-исторической социальной ситуации развития». [1, с.109] Носителем детской субкультуры является детское сообщество. На протяжении всей истории детское сообщество создавало «для себя» особый мир – мир, в котором детям интересно и комфортно существовать. Содержанием этого мира – детской субкультуры – являются традиционные народные и современные игры, детский фольклор (считалки, дразнилки, сказки, страшилки, загадки), детский правовой кодекс (представления о нормах, справедливости, правилах существования и игр), детский юмор (потешки, анекдоты, рзыгрыши), детская магия и мифотворчество, детское философствование, детское словотворчество, эстетические представления, прозвища, религиозные представления.

Если рассматривать детскую субкультуру как важный компонент культуры вообще, то можно отметить ряд проблем и в развитии самого детского сообщества. Прежде всего, это: 1) ограничение взрослыми возможностей для развития детской субкультуры, 2) деформация детской субкультуры в результате влияния экрана, 3) негативное влияние на детей некоторых распространенных игрушек.

Взрослые все больше ограничивают пространство детского бытия: на улицах мегаполисов и даже средних городов все меньше места для живого общения и игр детей. Детским группам остается место возле гаражей, магазинов, подъездов. Жизнь ребенка все больше регламентируется: в расписании, состоящем из уроков, секций, кружков и репетиторов не остается места для свободного общения со сверстникам. Именно совместная деятельность со сверстниками является для ребенка школой социальных отношений; в группе равных себе ребенок социализируется, учится соблюдать правила, следовать нормам, решать конфликты, мыслить нестандартно, приобретает первый жизненный опыт. Можно знать в совершенстве английский, прекрасно кататься на коньках или владеть кистью, но так и не суметь стать другом; можно выигрывать олимпиады по биологии, но так и не суметь найти выход в трудной жизненной ситуации.

Детская субкультура представляет ребенку экспериментальную площадку для апробации своих возможностей, способностей, ролей. Культура взрослых задает известный и определенный путь развития ребенка с уже известным, найденным знанием. Как известно, взрослый создает ребенку «зону ближайшего развития». Это знание ребенок должен освоить именно так, как должно, под контролем и наблюдением взрослого. Здесь мало места для творчества, для поиска. Детская субкультура не ограничена логикой, она пластична и эклектична. В ней перемешивается прошлое и будущее, научное знание и мифология, языки и культуры, традиции и выдуманные самими детьми новшества. Благодаря этому, как пишет В.В. Абраменкова, «детская субкультура задает целый веер различных путей развития, определяет зону вариативного развития, погружая ребенка в иные логики, другие языки, готовя его к решению проблемных задач в нестандартных ситуациях». [1, с.132] Если взрослый передает ребенку накопленный культурой опыт, то детское сообщество учит ребенка социальному творчеству. В ситуации «культурного взрыва», кардинальных социальных перемен, когда становятся неэффективными прежние способы существования, именно в детской субкультуре рождаются новые траектории развития культуры.

Еще одна проблема детской субкультуры – это деформация мира детей под воздействием СМИ, телевидения и компьютерных технологий – всего, что можно обозначить одним словом – «экран». Экранный мир стал такой же естественной частью бытия человека, как и мир предметов и мир людей. Отношения ребенка с экранным миром регламентировать крайне сложно.

Что видит ребенок с экрана? Фильмов и программ для детей крайне мало. Те из них, которые можно посмотреть (даже на коммерческих каналах) – это зарубежный продукт, зачастую низкого качества, совершенно чуждый нашей культуре. Язык, герои, мотивы их поступков, разворачивающиеся сюжеты – не имеют аналогов в реальной живой жизни ребенка. Таким образом, сталкиваются две реальности – жизнь, в которой живет ребенок, и жизнь, которую он видит с экрана. Чему он поверит? Какой жизнью будет жить? Кроме того, взрослые фильмы и передачи полны сексуальности, агрессии, меркантильности, эгоцентризма. Демонстрируемые в них ценности – это ценности власти, богатства, удовольствия. Очевидно, что для полноценной социализации экранного мира слишком мало, а ведь именно он становится единственным «другом» ребенка. В рисунке своей семьи нередко ребенок рисует телевизор или компьютер, при этом на нем может не быть даже кого-то из близких, к примеру, отца (ведь он всегда на работе). Получается, что ребенок больше привязан к телевизору, чем к отцу?! Нередко даже в детских играх, рисунках, разговорах можно проследить экранные стереотипы: «Человека-паука», «Джеймса Бонда», роботов, «тачек» и пр.

Игрушка – важнейшая составляющая детской субкультуры. Игрушка не просто передает опыт поколений, она утверждает ценности культуры, приобщает ребенка к цивилизации. С помощью игрушки ребенку передается сама суть человеческих отношений и сложное мироустройство. Духовный смысл игрушки – это образ идеального мира, это архетип представлений о добре. Во что же играют современные дети?

При всём многообразии не все игрушки могут пройти психологическую экспертизу. Роботы-трансформеры, куклы Барби и Винкс, агрессивные непонятного вида машинки, интерактивные игрушки на английском языке, зарубежного производства конструкторы, реалистичные куклы (к примеру «Беби-бон») и пр. – все они не просто запрограммированы, они программируют также и поведение детей, поскольку ребенок не придумывает, как ему играть, а играет, по заданию куклы. Зачастую такие игрушки быстрее ребенка ходят, лучше разговаривают, больше его размерами и т.д. Такие игрушки заглушают творчество ребенка, его идеальное Я, внушают комплекс неполноценности. Эти «анти-игрушки» транслируют ребенку совершенно чуждые нашей культуре ценности. Такие игрушки могут быть очень дорогими, отличного качества и иметь все необходимые сертификаты, но они пропагандируют антиценности, и этим они могут принести они могут принести вред нормальному физическому, психическому и нравственному развитию детей. Исключительно важно поэтому определение духовного смысла игрушки для ребенка: того, какие ценности она транслирует, способствует ли она формированию совести, различению добра и зла, стремлению следовать нравственным нормам. Отсутствие этого критерия превращает игрушку в антиигрушку.

Подводя итог, еще раз скажем о том, что особое место в современном обществе играет детство и особый мир отношений детей – детская субкультура. Необходимо понимать, что для нормального развития ребенка он должен быть включен в детскую субкультуру. В противном случае мы будем пожирать плоды психологических проблем, которые родом из детства: неврозы, переживание одиночества, эмоциональные нарушения, чувство неполноценности, конфликтность или излишняя конформность и пр.

Список использованной литературы

1 Абраменкова В.В. Социальная психология детства: Учебное пособие. – М.: ПЕР СЭ, 2008. – 431.

© О. О. Полякова, 2014

ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ФОРМИРОВАНИЮ УЧЕБНО-ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ МОТИВАЦИИ СТУДЕНТОВ ВУЗОВ

Задача создания системы мониторинга развития учебно-профессиональной мотивации студентов является значимой для каждого вуза. Ведь мотивация - одно из основных средств повышения интереса студентов к учебному процессу и будущей профессиональной деятельности.

В психологии выделяют внутреннюю и внешнюю мотивацию. Н. Ф. Талызина считает: «При внутренней мотивации мотивом служит познавательный интерес, связанный с данным предметом. В этом случае получение знаний выступает не как средство достижения каких-то других целей, а как цель деятельности учащегося.»[1]. Таким образом, если мотив реализует познавательную потребность, связан с усваиваемыми знаниями и выполняемой деятельностью (совпадает с конечной целью учения), то он является внутренним. Внешний мотив реализует непознавательную (социальную по содержанию) потребность, он не связан с получением знаний (не совпадает с целью учения). [2] При низком уровне мотивации процесс обучения осуществляется за счет внешней мотивации. [3]. Для достижения успеха у студентов должен быть высокий уровень и внутренней мотивации и внешней.

Рассмотрим факторы, способствующие развитию учебно-профессиональной мотивации студентов вузов. Их можно условно поделить на 2 группы: объективные и субъективные. Объективные факторы, прежде всего, связаны с особенностью организации образовательного процесса в вузе: материально-техническая база, привлекательные направления подготовки и специальности, наличие бюджетных мест, размер стоимости обучения, оценки вуза в социуме, т.е. престиж самого вуза, воспитательная работа со студентами и др.) Субъективные факторы отражают индивидуально-психологические качества личности преподавателя, его профессиональное мастерство, а также во многом связаны с особенностями когнитивных, эмоционально-волевых процессов студентов и, самое главное, с уровнем его мотивации к обучению в данном вузе.

Одним из эффективных способов формирования позитивного мнения о вузе является сайт, которому образовательные организации в рамках нового Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации» должны уделять большое значение. Сайты позволяют получать всю необходимую информацию о вузе заинтересованным лицам, потребителям образовательных услуг, являются одним из инструментов позиционирования вуза, привлечения абитуриентов, вовлечения студента в образовательный процесс.

Следует отметить, что в обучении студентов самым главным ресурсом повышения мотивации является человеческий фактор. Профессионализм педагога, позитивный стиль преподавания, личное обаяние - все это влияет на развитие мотивации студентов.

Что же такое профессионализм? Под ним подразумевается интегральная характеристика, которая предполагает владение всеми видами профессиональной деятельности, наличие у педагога профессионально-психологических качеств,

обеспечивающих эффективное решение проблем обучения и воспитания студентов. [4]

Личное обаяние преподавателя зачастую становится не только важным фактором в поддержании доброжелательных деловых отношений со студентами, но и выступает в роли мотиватора формирования будущего специалиста. В проведенном нами исследовании мотивации студентов 1 курса им был задан вопрос о любимом учебном предмете и было предложено обосновать: «Почему именно этот предмет является самым любимым?» 36% студентов ответили: «Интересный преподаватель». Именно преподавателем играет огромную роль и в развитии самооценки студента. Поощряя достижения студентов, проявляя чувство заинтересованности в качестве их образования, он способствует становлению адекватной самооценки. Умение подобрать индивидуальный подход к студентам, вовлечь их в учебный процесс, создать открытую и позитивную атмосферу, формировать у обучающихся чувство сопричастности, моделирование ситуации вызова и др. - нацелены на развитие учебно-профессиональной мотивации студентов. Говоря о роли преподавателя в мотивации студентов, нельзя не отметить важность использования практико-ориентированных технологий обучения студентов, стимулирующих познавательную активность обучающихся, обеспечивающих условия самоопределения и самореализации студентов.

Таким образом, формирование учебно-профессиональной мотивации студентов вузов – важная и неоднозначная задача, от успешного решения которой зависит становление и развитие будущего профессионала.

Список использованной литературы:

1. Талызина Н. Ф. Формирование познавательной деятельности учащихся. М.: Знание, 1983.
2. Гальперин П.Я. К исследованию интеллектуального развития ребенка//Вопросы психологии. 1969. № 1. - 75 с.
3. Вербицкий А.А., Бакшаева Н.А. Проблема трансформации мотивов в контекстном обучении // Вопросы психологии. 1997. №3 С.12-20.
4. Акмеология: Учебник/Под общ.ред.А.А.Деркача. - М.:Изд-во РАГС, 2004. 688с.
5. Seliverstova, S.Y. Methods of Forming Educational and Professional Motivation of University Students// World Applied Sciences Journal.– 2013. – V25.– №9.

© С.Ю.Селиверстова, 2014

УДК 159.9.075

В. В. Слугин

доцент кафедры психологии,
начальник психологической службы
ФГБОУ ВПО Мордовский научно – исследовательский
университет имени Н. П. Огарёва
г. Саранск, Российская Федерация

ПРОБЛЕМА ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИКО – ОРИЕНТИРОВАННЫХ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В РЕГИОНАХ РОССИИ (на примере республики Мордовия)

Психологические научные исследования могут быть направлены не только на разработку теоретических или методологических проблем, но и на получение эмпирических фактов [1]. Именно психологическая фактология, с нашей точки зрения, должна составлять приоритет психологических исследований, так как, по нашему мнению, на се-

годняшний день, очевиден явный перекос в сторону теоретизирования, в ущерб изучения психологических аспектов социальной действительности.

Реальная, адекватная картина обыденной и житейской психологии, необходима для осуществления эффективной образовательной деятельности, а также для психологических служб, сопровождающих деятельность организаций, учреждений и предприятий. А в рамках этой деятельности для проведения эффективной психолого - консультативной работы.

Обнаруживаемые факты, по нашему мнению, могут составлять тот феноменологический пласт, на основе которого только могут и должны вводиться новые современные психологические понятия, если это необходимо.

Наука есть там, где реальность, которая может изучаться [2]. И развитие науки необходимо для выявления тех законов и закономерностей, на основе которых можно правильно и эффективно строить взаимодействие с природным и социальными мирами..

В течение 2009 – 2013 годов мы имели ряд возможностей изучать реальные производственные группы, реальные выборки в рамках дипломных исследований, выполнявшихся под нашим руководством. Испытуемыми (респондентами) выступали сотрудники, коллеги, подопечные (заклѳченнѳе, больные, подчиненные) выпускников – дипломников.

Всего, было выполнено около 20 практико - ориентированных психологических исследований, из которых для целей настоящей статьи мы выбрали 8.

Респондентами данных исследований выступили: 1) осужденные, отбывавшие наказание за преступления; 2) сотрудники охраны учреждений УФСИН; 3) сотрудники ГИБДД; 4) средний медицинский персонал клиник и стационаров; 5) персонал детских учреждений (охранники, водители, нянечки, повара, воспитатели, кассир, бухгалтер, заместитель директора); 6) рабочие цехов «вредного производства»; 7) больные, находящиеся на лечении от алкоголизма. Общее количество респондентов – 209 человек.

В качестве диагностического инструментария мы использовали усовершенствованный нами тест «Психические свойства человека», рекомендованный в 2002 году психологам учреждений ФСИН для диагностики психо – эмоционального состояния осужденных, прибывающих в исправительные учреждения для отбытия срока наказания.

Мы были удивлены тем вниманием, которое, пусть даже на уровне официальных требований, оказывается нарушителям закона, и, отсутствием рекомендаций по изучению психо – эмоционального состояния законопослушных граждан.

Кроме того, нам, как руководителю психологической службы университета, стало крайне важно изучать реальное психическое состояние в коллективах, что называется, на местах.

Психологических служб в изучаемых нами организациях, учреждениях и предприятиях не было никогда и, вероятнее всего, не будет. Руководители вопроса об организации психологического сопровождения деятельности своих подчиненных даже не рассматривают, либо считая это совершенно излишним, либо не задумывались об этом никогда, либо жалуются на отсутствие средств. Исключение составляет лишь УФСИН. Однако, и здесь работа ведѳтся лишь на бумаге, и лишь с осужденными.

Отметим, в целом, совершенно неприемлемое, потребительское отношение руководителей к сотрудникам. Люди работают на износ, в условиях постоянного стресса по причине угроз увольнения и наказаний. Психологическое состояние большинства наших респондентов на момент опроса являлось неблагоприятным, требующим срочного дополнительного изучения и даже лечения.

Диагностическая процедура (психологическое тестирование) всегда имеет, по нашему мнению, главный, решающий недостаток – отсутствие объективных критериев оценки. Если у медиков есть объективные данные анализов (анализ крови, уровень артериального давления, снимки органов и т.д.), то все тесты – опросники, по – существу, оценивают ответы испытуемого. То есть, вся процедура построена на субъективных оценках респондентов, на их субъективных ответах на вопросы, на их самооценках и мнениях. Как правило, психолог имеет лишь субъективное мнение респондента по тому или иному вопросу, не знание даже. По нашему мнению, это колоссальная проблема.

Если при отборе кандидатов на вакантное место, такой подход к тестированию, всё – таки, можно принять (выберем из ответов – лучший и продолжим с ним работу), то при изучении реальных производственных коллективов, такой подход, по нашему мнению, неприемлем, по крайней мере, недостаточен.

Объективность таких исследований, как показал наш пятилетний опыт, крайне низок и он не может высоким по целому ряду причин ни у каких других исследователей.

Тест «Психические свойства человека» фактически выявляет самооценку респондентом у себя уровней тревожности, фрустрации, агрессивности, ригидности. Для повышения уровня достоверности получаемых данных, мы в течение всех пяти лет постоянно усовершенствовали шкалу социальной желательности (СЖ) и к 2014 году, как мы полагаем, всё – таки отобрали и сформулировали универсальные 20 вопросов этой шкалы, с достаточно эффективным ключом обработки, предполагающим три варианта ответа: всегда, иногда, никогда.

Проведённые исследования демонстрируют следующие обстоятельства. Данные ответов наших респондентов, независимо от социального статуса, рода занятий и т.д., в целом, имеют крайне низкую достоверность. Испытуемые «закрылись» и честно отвечать на вопросы не стали. По выборке осужденных не достоверны.

Например, из 36 сотрудников и работниц отдела ГИБДД недостоверными оказались данные 11 из 23 респондентов - мужчин и 9 из 13 женщин, то есть, в целом, по выборке недостоверными оказались ответы 55% респондентов.

В выборке работников на вредном производстве недостоверными по шкале СЖ оказались данные 42% респондентов. При этом, у мужчин оказались недостоверными ответы 66% респондентов, у женщин – 50 %.

Чуть выше достоверность ответов на выборках среднего медицинского персонала и сотрудников интернатов – достоверны ответы 60 % респондентов.

Вероятно, уважаемый читатель самостоятельно догадался, что кояине низка достоверность респондентов выборки респондентов, проходивших лечение от алкоголизма. Не являются достоверными ответы более 51 % респондентов и 19 % респондентов – сомнительны.

Если говорить о результатах тестирования, включая, наряду со шкалой социальной желательности (СЖ), ещё и данные по психо – эмоциональному состоянию, то прошедшими тестирование, то есть продемонстрировавшими норму по всем показателям, вообще оказываются единицы.

Так, в выборке осужденных, таковыми оказались 20 % мужчин и 20 % женщин.

В выборке сотрудников ГИБДД норму по всем параметрам продемонстрировали 30 % респондентов – мужчин и ни одна из работниц – женщин. Отметим, что исследование данной выборки проводилось в период с октября 2010 по март 2011. В это время

осуществлялась подготовка к реформе в системе. Многие сотрудники находились в состоянии стресса из-за угрозы потери работы.

У работников вредного производства (2012 г.) норма по всем показателям обнаружена лишь у 33% мужчин и 14% женщин.

В выборке персонала детского интерната (2013 г.) норму по всем показателям диагностировали у себя лишь 27% респондентов.

Очевидно, что выборку больных алкоголизмом мы с этих позиций не рассматривали.

Приведённые факты позволяют нам утверждать о крайней проблематичности проведения достоверных психологических исследований на реальных выборках респондентов. По нашему мнению, на примере республики Мордовия, можно утверждать, что у потенциальных респондентов отсутствует доверие к любого рода опросам. Они, вероятно, исходят из принципа, «как бы чего не вышло». Респонденты высказываются «как надо», а не так, как хотели бы.

Психэмоциональное состояние исследовавшихся респондентов мы оцениваем как неудовлетворительное. Отдельные факты расцениваются нами как «вопиющие». То есть, отдельные респонденты должны были быть немедленно стать предметом психолого-медицинского обследования с последующим лечением или отдыхом. Однако, они продолжали выходить на работу, не будучи в состоянии полноценно их выполнять. Более того, по нашему мнению, они могли нанести вред физическому и психологическому здоровью окружающих. Мы не утверждаем абсолютной достоверности полученных нами данных. Однако, мы полагаем, что абсолютная точность и не нужна. Общая картина достаточно иллюстративна.

Мы полагаем, что достоверную картину могут иметь только постоянно действующие психологи на местах, которые наряду с функциональными обязанностями проявляют ещё и исследовательский интерес.

Достоверность опросов и замеров может обеспечиваться только установленным контактом психолога с респондентом. Никакие внешние опросы, по нашему мнению, достоверную картину мнений и отношений взрослых респондентов в реальных коллективах не дадут. Исключение могут составлять некоторые молодёжные аудитории.

Однако, их недостаток состоит в отсутствии у респондентов жизненного опыта и по этой причине, в высказывании своего субъективного, не основанного на реальной практике мнения. В свете вышеизложенного, у нас возникают довольно серьёзные сомнения по поводу достоверности публикуемых некими учреждениями (центрами) результатов тех или иных социологических опросов. Всегда остаётся вопрос – кто являлся респондентом?

Таким образом, по нашему мнению, в настоящее время существует довольно серьёзная проблема методики практико-ориентированных научных психологических исследований в регионах современной России.

Список использованной литературы

1. Гиппенрейер Ю. Б. Введение в общую психологию, 2002
2. Общая психология: В 7 т. / Под ред. Б. С. Братуся. Том 1. 0-28 Соколова Е. Е. Введение в психологию: Учебник для студ. высш. учеб. заведений. — М.: Издательский центр «Академия», 2005. — 352 с.

© В. В. Слугин, 2014

АКТУАЛИЗАЦИЯ МОТИВАЦИОННО-СМЫСЛОВОЙ СФЕРЫ СТУДЕНТОВ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ИНОСТРАННОГО ЯЗЫКА

Мотивационно-смысловая основа обучения представляет собой сложную и многоуровневую систему. Отношение студентов к изучению иностранного языка складывается из разных аспектов. Учебный предмет может оцениваться студентом с точки зрения важности его для профессиональной подготовки, с точки зрения качества преподавания, вызывающего чувство удовлетворенности или неудовлетворенности учебным предметом, и, наконец, с точки зрения собственных возможностей и способностей, определяющих меру трудностей усвоения той или иной дисциплины. Мотивация студента зависит от системы его личностных ценностей.

Современные методы обучения иностранным языкам предлагают акцентировать внимание на субъектном компоненте, в качестве которых выступают: личностный смысл, смысловая установка, смыслообразующая мотивация. Студент должен решить для себя, **что** является для него актуальным, приоритетным, важным в процессе учения. От того, какие именно смысловые категории, инициации активизируют познавательную сферу студента при изучении того или иного предмета, зависит степень усвоения данного предмета. Возникает проблема введения в реальный учебный процесс высшей школы таких дидактических моделей (на уровне содержания технологий, формы реализации), которые непосредственно будут ориентированы на раскрытие студентом смысла, «кристаллизованного» в постигаемом материале.

Большое влияние на осмысление проблемы выведения учебного процесса на мотивационно-смысловой уровень оказали западные гуманистические теории. Работы крупнейших представителей западной гуманистической и экзистенциальной психологии А. Маслоу, К. Роджерса, В. Франкла повлияли на становление отечественной теории мотивации и смысловой регуляции в контексте педагогической психологии.

Выведение процесса учения на смыслообразующий уровень происходит, когда студент «включает» внутреннюю мотивацию и начинает учиться не только из-за оценки, а потому, что познание становится составной частью его собственного жизненного мира, того, что интересно, что развивает и увлекает. Это становится возможным при осмыслении познания в обучении как процесса развития смысловых категорий личности, поскольку именно через механизмы смыслообразования происходит личностное развитие на уровне жизненных ценностей. Только так смыслонасыщенные знания могут стать компонентом смысложизненной концепции личности, определяя ее смысложизненные ориентации и саморегуляцию.

Личностный смысл по-новому освещает проблему мотивационного обеспечения обучения иностранному языку, показывая, что мотивация зависит не только от воздействующих внешних факторов, но и от системы личностных ценностей изучающих английский язык.

В современных условиях стремительного развития науки, быстрого обновления информации невозможно научить человека на всю жизнь, важно развить в нём интерес к накоплению знаний, инициировать понимание ценности изучения иностранного языка как способа расширения жизненного и профессионального пространства. Возникает необходимость сформировать личность студента, способного к саморегуляции именно в сфере непрерывного образования, с помощью максимального сближения иностранно-

го языка с профильными дисциплинами и пониманием обучающимися прикладного назначения иностранного языка.

Как в таких условиях учесть возможности и потребности всех студентов? Это возможно сделать на основе мотивационно-смысловой индивидуализации обучения. Однако на практическом уровне, особенно в высшей школе, смысловые компоненты учебного процесса зачастую представлены слабо, фрагментарно.

Переход на мотивационно-смысловую парадигму образования создает реальные условия для осуществления смыслообразующего контекста. В связи с этим актуальным становится создание **системы смыслообразующего контекста** (Абакумова И.В., Вербицкий А.А., Ермаков П.Н. Стаканова Е.В), призванной формировать смысловые конструкты в профессиональном успехе. Данная система должна создавать условия для работы по формированию смысловой саморегуляции и развитию у студентов умения самостоятельно овладевать иностранным языком и оценивать свой уровень обученности. **Учебный смыслообразующий контекст нами понимается как система смысло-технологий, которая инициирует смыслообразование студентов, и, таким образом, развивает мотивационно-смысловую сферу студентов (стимулируя личностное развитие в целом) и выводит знание иностранного языка на уровень жизненных и профессиональных ценностей.**

Мотивационно-смысловая парадигма представляет собой исходный концептуальный подход к образованию, нацеленный на развитие личности студента, на его самоопределение, самореализацию и социальную адаптацию. Поэтому целью обучения иностранному языку студентов является не только практическое овладение этим языком, т.е. приобретение тех навыков и умений, которые необходимы для чтения литературы по специальности и общения в устной и письменной формах, но и обучение языку как средству совершенствования личности, повышения общей, эмоциональной культуры. Показателем эффективности подготовки студентов являются сдвиги и преобразования, происходящие в личности. Большая роль в этом отводится самому человеку, его активной работе над собой, его возможностям самовоспитания, саморазвития и саморегуляции.

Важной характеристикой, детерминирующей саморегуляцию студентов в овладении иностранным языком, является адаптивность к реальным возможностям конкретной личности, к его смысложизненным ориентациям. Большую роль играют методы, формирующие у студентов потребности и умения самостоятельно познавать язык, совершенствовать свои знания, осознавать ответственность за собственные результаты овладения иностранным языком. Обучение иностранному языку должно быть направлено на формирование глубинных индивидуальных смыслов, позволяющих осознать значимость иностранного языка в будущей профессиональной деятельности студентов как составную часть их профессионального успеха.

В контексте отечественной психологии развивается **мотивационно-деятельностный подход** к обучению (Леонтьев А.Н., Тихомиров О.К., Абульханова-Славская К.А). Согласно теории деятельности, студенты учатся тогда, когда они активно думают о том, что учат. Для этого учащиеся должны захотеть это делать, т.е. иметь устойчивую мотивацию. Так, студент может обладать достаточно высокой мотивацией, но когда ему предложат скучное задание, едва ли он её проявит. Мотивация – это внутренний, сложный процесс, который перманентно направляет и регулирует деятельность личности студента. На увеличение или удержание мотивации, по нашему мнению, влияют 3 фактора:

- 1) факторы, имеющие отношение к тому, как организовано и ведётся обучение;
- 2) индивидуальные факторы, т.е. факторы, связанные со студентом;
- 3) социокультурные факторы.

Мотивация изучения иностранного языка может быть двух видов:

- 1) **инструментальной**

2) интеграционной.

Инструментальная мотивация – это мотивация изучения языка как средства достижения инструментальных целей, например: читать литературу на языке по специальности, хорошо сдать экзамен по языку или на языке, сделать отличную карьеру, занять престижное положение в обществе и т.д.

Интеграционная мотивация проявляется тогда, когда у изучающего язык появляется желание интегрироваться в культуру его носителей, идентифицировать себя с ними и стать частью их сообщества.

В зависимости от источника мотивации – исходит ли она от самого студента или от других людей – различают её **внутреннюю и внешнюю** разновидности. Это разделение приносит новое измерение в дихотомию «инструментальная-интеграционная мотивация». Все виды мотивации не исключают друг друга.

Мотивационно-смысловой компонент формируется в условиях самостоятельности, постановки цели и планирования стратегических шагов, преодоления препятствий и достижения поставленной цели через взаимодействие с партнерами. В учебных условиях более всего соответствуют решению данной задачи задания проектного характера, включая индивидуальные, групповые проекты. Проектные задания содержат все компоненты продуктивной деятельности, включая исходную проблему, постановку цели, планирование достижения результата, получение конечного продукта и оценку достигнутого. Отличительная черта проектных мероприятий – коммуникативная свобода студентов и возможность самостоятельной реализации их творческого потенциала. В процессе выполнения таких мероприятий студенты реализуют себя как лингвистически интересные личности.

Иностранный язык – это только средство, с помощью которого можно приобретать и демонстрировать свой общекультурный уровень, свою способность мыслить, творить. Поэтому из числа способов овладения иностранным языком предпочтение отдается тем, которые обладают развивающим потенциалом: оттачивают средства выражения мысли, обогащают образные представления, совершенствуют общую культуру общения и социального поведения в целом. Об актуализации мотивационно-смысловой сферы можно судить по тому, насколько студенты со своей подготовкой по иностранному языку оказываются готовыми в будущем выдержать конкуренцию на свободном рынке труда и занять достойное место не только в своей стране, но и в международном сообществе.

© Е. В. Стаканова, 2014

УДК 316.6

Т.А. Терехова

профессор кафедры социальной и
экономической психологии

Байкальского государственного
университета экономики и права
г. Иркутск, Российская Федерация

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭКОНОМИЧЕСКОГО СОЗНАНИЯ И ПОВЕДЕНИЯ ЛИЧНОСТИ

Изучение региональных различий в области экономического сознания и поведения в рамках регионов Российской Федерации зачастую носит точечный характер, обычно сравнивают представления жителей Москвы и Центрального региона с остальными ре-

гионами в целом, в последнее время также сравниваются с представлениями жителей Сибирского региона.

Кроссрегиональный подход к изучению экономических представлений практически не применяется, возможно, это объясняется убеждениями, что для российской ментальности свойственно единство (но не тождество) общероссийского и регионального умонастроений. В рамках социальной и экономической психологии экономическое сознание рассматривается как частная форма индивидуального или группового сознания, заключающаяся в разных формах знания субъекта о различных экономических объектах и его отношении к этому знанию [1; с. 169-170].

А.Л. Журавлев и В.П. Позняков изучали социально-психологические особенности российских предпринимателей. Предприниматели из городов Центральной России оценивают экономические условия для развития предпринимательской деятельности как менее благоприятные, чем москвичи. У них сильнее выражена зависимость от государственных и местных органов власти. Московские предприниматели более высоко оценивают значимость партнерских отношений в бизнесе, более позитивно относятся к конкуренции в предпринимательской деятельности, они более высоко оценивают свою конкурентоспособность и собственные возможности в повышении успешности бизнеса, а также надежность своих нынешних партнеров [3; с. 38-39].

Лебедева Н.М. и Татарко А.Н. установили, что в сознании российского населения экономическое развитие и его плоды напрямую связаны с принадлежностью к власти, при этом люди не верят в возможность самореализации в экономической сфере, т.е. индивидуальная энергия, усилия самореализации практически «не работают» на экономическое развитие, не востребованы в современной российской экономике. Исследование показало, что культурные особенности России больше способствуют коллективной (общенациональной) модели экономического развития. Однако невостребованность личной энергии и самореализации существенно тормозит экономическое развитие и означает мощный барьер на пути инновационного развития экономики России.

Отсюда следуют рекомендации о необходимости так развивать социально-экономические институты в России, чтобы люди могли преодолеть культурные и психологические барьеры и взять на себя риск и ответственность за собственное экономическое благополучие, которое служит залогом успешного экономического развития всей страны [2; с. 315-316].

Мы рассмотрели экономическое сознание и поведение личности во взаимосвязи с показателями культурных ценностей и социального капитала на примере жителей Прибайкальского и Забайкальского регионов и попытаемся выявить различия в социально-экономических установках по возрастному признаку.

В исследовании приняли участие 359 человек в возрасте от 17 до 60 лет, средний возраст — 32,8 лет ($\pm 13,6$). 143 респондента мужского пола (40%), 216 респондентов женского пола (60%).

В целях исследования испытуемые были разделены на 2 группы по возрастному и социальному признакам. Первую категорию составили 177 студентов в возрасте от 17 до 25 лет, средний возраст — 20 лет ($\pm 1,3$). Вторую категорию составили 182 респондента — работающее население, представители различных профессий в возрасте от 35 до 60 лет, средний возраст — 45,4 лет ($\pm 6,6$). Данная группа представляет взрослое население, относящееся к зрелому этапу развития.

В качестве диагностического инструментария была использована анкета исследования влияния культуры на экономическое поведение, разработанная и составленная Н.М. Лебедевой и А.Н. Татарко. (НИУ ВШЭ).

Мы провели анализ выраженности установок в экономическом поведении в целом по трем компонентам: аффективному (эмоциональное предпочтение), поведенческому (готовность действовать, как действует один из персонажей ситуационного сценария) и когнитивному (типичность описанного поведения для окружения респондента).

Когнитивный компонент установок в экономическом поведении наиболее выражен ($M=4,2$), нежели поведенческий компонент ($M=3,9$) или аффективный компонент ($M=3,8$). Поведенческий и аффективный компоненты выражены фактически на одном среднем уровне. Можно сделать вывод, что наиболее ярко среди жителей Прибайкальского и Забайкальского регионов проявляются установки в экономическом поведении по отношению к окружающим людям; личное эмоциональное отношение или готовность действовать самостоятельно определенным образом в ситуациях принятия экономических решений имеют меньшую степень устойчивости.

Жители Прибайкальского и Забайкальского регионов считают наиболее типичным для окружающих людей, чем для себя, следующие установки в экономическом поведении: приоритет прибыли над законом ($M=5,03$), приоритет размера вознаграждения над творчеством в работе ($M=4,7$), экономическая индифферентность ($M=4,5$), экономическая пассивность ($M=4,2$).

При этом готовность самостоятельно демонстрировать определенное экономическое поведение проявляется более ярко в следующих установках в экономическом поведении: распределение финансового вознаграждения по справедливости ($M=5,2$) и экономия времени ($M=4,01$).

Среди преобладающих тенденций в экономическом поведении можно выделить установки на экономическую самостоятельность, на долгосрочную перспективу, на экономическую активность и экономность в потребительском поведении, а также приемлемость использования кредитов в повседневной жизни. Главенствует приоритет прибыли над законом, распределение финансового вознаграждения по справедливости и приоритет размера вознаграждения над творчеством в работе. Выделить четкие установки по поводу подверженности импульсивным покупкам и экономии денег в ущерб времени у современных граждан не представляется возможным.

Аффективный и поведенческий компоненты различных установок в экономическом поведении в большинстве случаев оценивались респондентами в среднем одинаково. Что свидетельствует о согласованности эмоционального отношения респондентов к проблеме и поведенческого выражения своего отношения, т.е. эмоциональная и нравственная оценка личностью экономических реалий в целом не идет вразрез с конкретными действиями в различных экономических ситуациях.

Список использованной литературы:

1. Журавлев А.Л., Купрейченко А.Б. Экономическое самоопределение; Теория и эмпирические исследования / А.Л. Журавлев, А.Б. Купрейченко. — М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2007. — 480 с.
2. Лебедева Н.М. Культура как фактор общественного прогресса / Н.М. Лебедева, А.Н. Татарко. — М.: ЗАО «Юстицинформ», 2009. — 408 с.
3. Поздняков В.П. Российские предприниматели в изменяющемся обществе: региональные и гендерные особенности / В.П. Поздняков // Экономическая психология: актуальные теоретические и практические проблемы. Материалы девятой научно-практической конференции. — Иркутск: Изд-во БГУЭП, 2008. — С. 38-40.

© Т.А. Терехова, 2014

ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД К СИСТЕМЕ МОРАЛЬНЫХ СТИМУЛОВ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ УЧРЕЖДЕНИИ

Успешность любой педагогической деятельности зависит от уровня знаний и мастерства педагога, но не менее важно желание учителя и воспитателя работать продуктивно и эффективно. Неизбежно возникает вопрос-проблема: что же побуждает учителя к работе в полную силу и определяет в целом эффективность его деятельности.

Американский профессор Мишель Ле Беф открыл фундаментальный принцип менеджмента, который прост и очевиден: «Делается то, что вознаграждается». Но что понимать под вознаграждением, - у каждого человека своя система ценностей, определяющая его значимость.

Выявление системы предпочитаемых вознаграждений людьми может внести большой вклад в процесс совершенствования работы образовательных учреждений и повышение качества образования в целом благодаря более рациональному использованию кадрового потенциала педагогических работников, в том числе с помощью мотивации трудового поведения персонала.

Многие исследователи [1, 2, 4, 5] уделяли внимание оценке и значению мотивационных, смысловых, ценностных и других особенностях личности, исследуя которые, можно выработать механизмы эффективного взаимодействия руководителя и организации.

Для исследования нами были выбраны три средние школы города Санкт-Петербурга. Количество испытуемых 95 человек. Все испытуемые женщины, имеющие стаж работы по специальности более пяти лет.

Для проверки положенного в основу нашего исследования предположения о том, что моральные стимулы, оцениваемые администрацией образовательного учреждения, не всегда совпадают с ценными для педагогических работников, мы провели сравнительный анализ данных категорий с помощью углового преобразование Фишера (к Фишера).

На Рис. 1. мы изображаем только значимые различия в представлениях учителей и администрации о ценности стимулов.



Условные обозначения: * - $p \leq 0,01$; ** - $p \leq 0,05$;

Рис. 1. Сравнительный анализ представлений учителей и администрации о ценности стимулов

После проделанной работы, на стадии реализации системы вознаграждений необходимо также учесть, что люди очень чувствительны к несправедливым и необъективным оценкам, а также не заслуженным вознаграждениям. Поэтому для достижения наибольшей объективности оценка результата должна зависеть только от педагогической деятельности учителя, а не от других его свойств или условий, также достигнутые учителями результаты и соответствующие за них вознаграждения желательно сделать известными для всех, чтобы учителя не сомневались в справедливости распределения вознаграждений.

Наше исследование показало, что проблемные зоны, на которые следует, в первую очередь, это:

система вознаграждений не известна каждому учителю, ценность вознаграждений для учителя невысока; учителя сомневаются в справедливости распределения вознаграждений; достижение результатов требует чрезмерного напряжения и учителя сомневаются, что существуют необходимые для достижения результатов материальные условия.

Самая сильная сторона мотивационной среды это, то, что результаты деятельности, ожидаемые руководством, достаточно четко определены, но в тоже время они не всегда известны каждому учителю.

Мы выделили три моральных стимула (вознаграждения), которые желали бы получить за эффективную работу более 25% опрошенных педагогических работников (то есть больше четверти): представление к почетному званию, благодарность в приказе, установление наиболее удобного графика работы (удобное расписание).

В тоже время у большинства педагогических работников преобладает внутренняя мотивация, то есть удовлетворение им приносит сама деятельность, её процесс и результат, а ведущие мотивы являются: мотив содержания работы, мотив достижения личного успеха и мотив сотрудничества в коллективе. Исходя из этих мотивов, педагогических работников следует обеспечить интересной и содержательной работой, создать благоприятный морально-психологический климат в коллективе, а также создавать ситуации для успеха учителей и отмечать достижение успеха.

В целом наше исследование выявило среднегрупповые тенденции по потребностям, мотивам, удовлетворенности, а также по выбору вознаграждений и оценке мотивационных условий. Но качественный анализ данных показал, что потребности, мотивы деятельности и предпочтения в вознаграждениях у каждого учителя свои, поэтому всё - таки стимулы желательно подбирать индивидуально для каждого конкретного педагогического работника. Для дальнейшего, более развернутого изучения личностных потребностей педагогов можно использовать социально-психологические тренинги [3].

Мы разработали такие инновационные мотивационные предпочтения, которые можно удовлетворить в большей части моральными стимулами. Представим эти инновации в виде таблицы:

Таблица 1

Способы удовлетворения потребностей педагогов с различными мотивационными предпочтениями

Мотивы деятельности	Способы удовлетворения потребностей
Хороший уровень социально-бытовых условий, возможность отдыха, работа без стрессов и напряжений	Наличие четких должностных инструкций и четко определенной системы стимулирования, наличие профсоюзной организации и коллективного договора; удобной составленной расписание, предоставление отгулов и т.д.
Возможность общения с коллегами, благоприятный социально-психологический климат в коллективе	Поддержка существующих традиций; совместное проведение досуга; поздравления со знаменательными датами, коллективные формы деятельности и принятия решений

Ощущение и признание успеха, признание, одобрение, возможность самостоятельной деятельности, наличие перспектив карьерного роста	Предоставление возможности повышения квалификации и аттестации на более высокую квалификационную категорию; привлечение к управленческой деятельности; включение в резерв управленческих кадров
Рост профессионального мастерства, работа, позволяющая проявлять свои возможности и реализовывать идеи	Делегирование полномочий; поручение более ответственных и сложных заданий; привлечение к инновационной деятельности; поощрение инициатив и др.

Обобщая выше сказанное, подведём итоги. Для создания системы моральных стимулов внутри образовательного учреждения, мы рекомендуем, вначале определить за какие результаты будут даваться вознаграждения, и организовать соответствующие условия для достижения результатов. Сам подбор вознаграждений желательно осуществить индивидуально через опрос педагогических работников. Если опираться на ведущие предпочтения большинства, то самыми желаемыми моральными стимулами являются: представление к почетному званию, благодарность в приказе, установление наиболее удобного графика работы (удобное расписание).

Список использованной литературы:

5. Гликман И. Как стимулировать педагогический труд. / Народное образование. - 2004. - №4. - С.109-114
6. Горохов А. Ю. Ценностно-смысловые основания политического участия активных сторонников политических партий. / Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. №23 (54): Аспирантские тетради: Научный журнал. - СПб., 2008. - С.348-350
7. Макаров Ю. В. Социально-психологический тренинг как социогуманитарная коммуникативная технология / Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. - 2012. - № 145. - С. 81-89.
8. Мамоненко И. А. Проблемы морального стимулирования деятельности педагогических работников в образовательном учреждении / Применение результатов дипломного проектирования студентов вузов Санкт-Петербурга в интересах социально-экономического развития города: Сборник материалов. – СПб.: Изд-во СПбГУЭФ, 2010. – С.32-34.
9. Трофимов Н.С. Современное управление персоналом организации. - СПб.: Канди, 2005. – 298 с.

© И.А. Тихомирова, 2014

УДК 159.9

И.Р. Хох

доцент кафедры общей психологии, к.пс.н.,
факультета психологии
Башкирский государственный университет
г. Уфа, Российская Федерация

САМООТНОШЕНИЕ ДЕВИАНТНОГО ПОДРОСТКА В АСПЕКТЕ ЭКСПЕКТАЦИЙ РЕФЕРЕНТНОЙ ГРУППЫ

Среди многочисленных факторов девиантного поведения детей и взрослых важное место занимает социально-психологическая ситуация развития, и в первую очередь от-

ношения в семье. Своё ключевое влияние оказывают как текущие семейные отношения, так и основы семейных связей, заложенные в прошлом, семейные мифы, семейные истории, традиции и т.п. Семья выступает в качестве посредника между человеком и внешним социальным миром, являясь институтом социализации личности.

В качестве испытуемых выступили девиантные подростки и юноши, находящиеся на учете в социально-реабилитационном центре, они составили экспериментальную группу и учащиеся педагогического колледжа, что составили контрольную группу. Возраст испытуемых варьировался от 15-19 лет.

Для исследования семейных взаимоотношений и ролевого родительского восприятия мы применяли метод цветовых отношений А.М. Эткинда, основанный на модифицированном цветовом тесте М. Люшера [2, с. 12]. Нами рассматривались такие показатели, как цветовая ассоциация с матерью, отцом и самим собой, а также ранги отца, матери и своего «Я» в системе межличностных отношений человека. Приступая к анализу полученных цветовых и ранговых раскладок, мы разделили цвета на две группы:

1) Группа «благоприятных цветов» – в которую входят основные цвета по М. Люшеру, такие как: тёмно-синий – выявляющий чувствительность, ранимость, свидетельствующий о доверии; сине-зелёный – выявляющий упорство, целеустремлённость, сопротивляемость изменениям, постоянство воззрений; оранжево-красный – выражение жизненной силы, активности, стремлению к успеху; светло-жёлтый – выражает недерживаемую экспансивность, раскованность, релаксацию, полную радостных надежд; изменчивость при отсутствии последовательности и плановости. Предпочтение светло-жёлтого говорит о надежде или ожидании большого счастья, направленности на будущее, о стремлении к новым, неясным перспективам.

2) Группа «стрессовых цветов», в которую входят дополнительные цвета по М. Люшеру: коричневый – символизирующий чувство утраты корней, потеря домашнего очага, чувственную основу ощущений; чёрный – символизирует отказ, полное отречение или неприятие; серый – разделяющий, отгораживающий, освобождающий от обязательств, укрывающий от внешних причин воздействия, выявляет тенденцию к отходу от контактов, пассивность и потребность в успокоении, отдыхе. Следует отметить цвет маджента (фиолетовый), занимающего особое место в цветовом ряду М. Люшера, не входящий ни в благоприятную, ни в стрессовую группы, содержит в себе свойства синего и красного цветов, объединяет «победность красного и капитуляцию синего, символизируя торжество» [1, с. 5].

По результатам предпочитаемых выборов цветов в экспериментальной и контрольных группах отметили, что «мать» в ответах испытуемых из группы девиантных лиц чаще всего ассоциируется с жёлтым цветом, достаточно часто встречается также выбор фиолетового цвета, что говорит об эмоциональном принятии матери, о чувственном компоненте, об инфантильности, что характерно для эмоционально незрелых людей. В контрольной группе слово «мать» чаще всего связывается с красным цветом, что подчёркивает принятие матери как человека действия, активного, созидательного, самостоятельного, это подчёркнуто полоролевым контекстом отношений. Важно сказать, что разнообразие цветовых ассоциаций с образом матери в контрольной группе выражено в большей степени, чем в экспериментальной.

Цветовые ассоциации с фигурой отца в экспериментальной группе были весьма разнообразны, преобладает выбор чёрного цвета. Контрольная группа связывает отца чаще всего с зелёным цветом, часто в ответах встречается красный цвет. Есть ряд испытуемых в экспериментальной группе, которые не смогли оценить фигуру отца никаким образом, так как не имели с ним контактов – они воспитывались в неполных семьях.

Цветовые выборы испытуемых, связанные с образом «Я», распределились в экспериментальной группе таким образом, что чаще всего «Я сам(а)» ассоциировалось с красным, чёрным или зелёным цветами, то есть юноша оценивает себя как активного, переполняющегося энергией, а в тоже время, направленность данной энергии оппозиционная, ригидная, опыт негативных поступков подростком не усваивается.

В контрольной группе преобладающее большинство выборов было отдано жёлтому цвет, вдвое реже встречался зелёный цвет, ещё реже – другие цвета.

Обращает на себя внимание разное соотношение «цветовых ассоциаций», относящихся к «благоприятной» и «стрессовой» группам цветов из восьмицветного набора методики М. Люшера. Преобладание в цветовых ассоциациях цветов из экспериментальной группы говорит о положительном принятии того человека, которому присваивается соответствующая цветовая ассоциация. Выбор «стрессовых цветов» свидетельствует об обратном – данный человек не принимается и не одобряется личностью, существуют определённые конфликты в его восприятии.

На основании процентного соотношения цветовых выборов, относящихся к группе «благоприятных» и «стрессовых» цветов, необходимо отметить, что в экспериментальной и в контрольной группах преобладает выбор цветов из первой группы для всех трёх категорий. В то же время в экспериментальной группе чаще, по сравнению с контрольной группой, используются «стрессовые» цвета, и реже – «благополучные».

Данные результаты были подтверждены статистической обработкой. Для сравнения двух групп по частоте встречаемости благоприятных и неблагоприятных цветов в описании категории нами применялся χ^2 -критерий различий Фишера (угловое преобразование Фишера). Было установлено, что в контрольной группе достоверно чаще используются «благоприятные» и реже – «неблагоприятные» цветовые ассоциации с фигурой отца, чем в группе девиантных субъектов [Таблица 1].

Таблица 1

Сравнение частоты встречаемости «благоприятных» и «стрессовых» цветовых выборов применяемых к понятию «мой отец»

Оценочная категория	Экспериментальная группа	Контрольная группа
Выборы «благоприятного» цвета	18	20
Процентное отношение к общей сумме	60%	66%
Выборы «неблагоприятного» цвета	12	10
Процентное отношение к общей сумме	40%	14%
Вероятность ошибки вывода о существовании отличий (p-level по критерию Фишера)	0,0253 ($\leq 0,05$)	

При сравнении показателей между группами мы видим, что в группе юношей и девушек с выраженной девиацией неприятие отца наиболее выражено, чем в контрольной группе.

Мы провели сравнение частоты встречаемости «благоприятных» и «стрессовых» цветовых выборов, применяемых к понятию «моя мать» [Таблица 2]. По обработанным

данным, как и при предыдущих результатах, было установлено, что в контрольной группе достоверно чаще используются «благоприятные» и реже – «неблагоприятные» цветовые ассоциации с фигурой матери, чем в группе девиантов.

Таблица 2

Сравнение частоты встречаемости «благоприятных» и «стрессовых» цветовых выборов применяемых к понятию «моя мать»

Оценочная категория	Экспериментальная группа	Контрольная группа
Выборы «благоприятного» цвета	20	22
Процентное отношение к общей сумме	67%	73%
Выборы «неблагоприятного» цвета	10	8
Процентное отношение к общей сумме	33%	27%
Вероятность ошибки вывода о существовании отличий (p-level по критерию Фишера)	0,0243 ($\leq 0,05$)	

При сравнении частоты встречаемости «благоприятных» и «стрессовых» цветовых выборов применяемых к понятию «Я» в двух группах, мы заметили, следующую разницу между контрольной группой, где достоверно чаще используются «благоприятные» и реже – «неблагоприятные» цветовые ассоциации с самим собой, и экспериментальной группой, где соотношение частоты встречаемости цветов обратное. На наш взгляд, это объясняется тем, что, в связи неприятием девиантным юношей «рамок» общества, он часто видит в глазах окружающих людей неприятие и осуждение его поступков, что искажает самопринятие [Таблица 3]. Неудовлетворённость собой, сниженный эмоциональный фон настроения включаются в цикл девиантного поведения, становясь причиной употребления психоактивных веществ (ПАВ), сексуальных и пищевых девиаций и прочее.

Таблица 3

Сравнение частоты встречаемости «благоприятных» и «стрессовых» цветовых выборов применяемых к понятию «Я»

Оценочная категория	Экспериментальная группа	Контрольная группа
Выборы «благоприятного» цвета	17	27
Процентное отношение к общей сумме	56%	88%
Выборы «неблагоприятного» цвета	13	3
Процентное отношение к общей сумме	44%	%
Вероятность ошибки вывода о существовании отличий (p-level по критерию Фишера)	0,0258 ($\leq 0,05$)	

При обращении к соотношению в исследуемых группах молодёжи ранговых оценок «Я», матери и отца в системе значимых взаимоотношений личности, мы обрабатывали

результаты, когда наибольшая значимость персоны для личности оценивалась наименьшим рангом. Средние значения места субъекта в референтной совокупности лиц контрольной группы испытуемыми обозначены выше, чем в экспериментальной. Ближе всего сходятся ранги в девиантной и недевиантной групп испытуемых в оценке для себя места матери: в обеих группах мода и медиана равны единице – то есть первому месту. Как наименее значимая из трёх оценивалась категория «мой отец», в контрольной группе, в среднем, отец получал от первого до второго места (ранг 1,5), при этом чаще встречалось второе место. В группе девиантных субъектов, в результате подсчёта среднего показателя, рангу отцу отводится четвёртое место, а наиболее часто встречающимся значением оказалась вообще седьмое – предпоследнее место.

Было установлено, что статистически значимые различия между группами имеются в оценке фигуры отца и в оценке собственной значимости ($p \leq 0,01$) [Таблица 4]. Таким образом, в группе девиантных испытуемых отец оценивается как менее значимое лицо, а чаще как отвергаемое, чем для контрольной группы; выявлена тенденция к менее значимой оценке собственной личности, что можно определить как отрицательное самопринятие в девиантной группе. Для экспериментальной группы характерно не только отвержение отца, но и протестно-активное, отрицательное отношение к нему, это может быть связано с тем, что экспериментальная группа состояла в основном из юношей, то выявлено конфликтное оппозиционное противостояние девианта фигуре отца. Таким образом, одной из причин асоциальной формы поведения является искажённая или незавершённая идентификация подростка и юноши.

Таблица 4

Результаты сравнения экспериментальной и контрольной групп по оценке значимости категорий «мой отец», «моя мать», «я сам»

Оцениваемая шкала	Место отца в системе межличностных отношений	Место матери в системе межличностных отношений	Оценка собственной значимости
Ранговая сумма в контрольной группе	603	779	736
Ранговая сумма в экспериментальной группе	937	932	1094
Значение критерия U (Манна-Уитни)	138	314	271
Z эмпирическое	-4,006	-1,649	-2,646
Вероятность ошибки вывода о существовании отличий	0,00006	0,09907	0,00814
Z теоретическое	-4,161	-2,203	-2,842

В тоже время как в контрольной группе за отцом закреплён (красный) цвет, что указывает на конкурентные отношения, «мягкую» оппозицию, но, безусловно, принятие активной и выраженной полоролевой функции отца. Это указывает на то, что перспектива завершения полоролевой индентификации позитивная. В данном аспекте «Я-Образ» сформирован, нужно чтобы «Я-концепция» достигла определённой завершённости. В экспериментальной группе перспектива завершения полоролевой индентификации слабо выражено, то есть, по сути, даже «Я-Образ» в данном аспекте ещё является диффузным и размытым, не говоря о «Я-концепции».

Объективные причины такого явления могут быть различными – воспитание ребёнка в неполной семье, когда общение с отцом происходило с определённого момента только эпизодически, внутрисемейный конфликт, связанный с неприятием отца и его выключением из системы значимых отношений, протест ребёнка против девиантного поведения самого отца. Напомним, что несколько участников экспериментальной группы вообще не включили отца в список из восьми значимых лиц в их жизни.

Девиантное поведение, как неадекватное и дезадаптивное, может быть связано и с неприятием, и нарушением идентификации матери. В таком случае у личности могут быть нарушены представления о жизненной безопасности и осторожности в деятельности, так как эти знания и умения связаны с материнским воспитанием ребёнка.

Другой специфической чертой группы лиц, проявляющих девиантное поведение, оказалось сниженная, по сравнению с контрольной группой, оценка собственной личностной значимости в системе взаимоотношений с окружающими людьми. Такая личностная особенность может быть как предпосылкой, так и последствием развития девиантного поведения личности.

В группе лиц, проявляющих девиантное поведение, находится ещё одно подтверждение рассматриваемой идее развития неприятия общественных норм из-за недостаточного принятия фигуры отца. По результатам статистического сравнения экспериментальной и контрольной групп был определён больший уровень ожиданий мужских качеств в «Я-идеальном» у лиц, проявляющих девиантное поведение. Данная закономерность может быть проявлением компенсаторного реагирования личности на недостаток «идеального отца», и выражена, что существенно, независимо от пола [Таблица 5].

Таблица 5

Результаты корреляционного анализа ожиданий

Сравниваемые шкалы	Число случаев	Значение коэффициента корреляции Спирмена (R)	Значение критерия Стьюдента (t(N-2))	Вероятность ошибки вывода о существовании зависимости (p-level)
Взаимосвязи внутри контрольной группы				
«Я-реальное» - мужские качества & «Я-реальное» - женские качества	30	0,56	3,565269	0,001
«Я-идеальное» - мужские качества & «Я-идеальное» - женские качества	30	0,64	4,38659	0,0001
Взаимосвязи внутри экспериментальной группы				
«Я-реальное» - женские качества & «Я-реальное» - мужские качества	30	0,63	4,332345	0,0001
«Я-идеальное» - мужские качества & «Я-идеальное» - женские качества	30	0,37	2,123925	0,042

Оценивая в общем восприятие семейных ролей лицами, демонстрирующими девиантное поведение, необходимо сделать вывод о том, что это восприятие у них оказывается амбивалентным по отношению к фигуре отца.

В группе девиантных юношей и девушек, как мы уже указывали, снижено самопринятие. Можно предположить, что повышенный уровень автономности у таких лиц возникает как защитное поведение в ситуации потерянных ориентиров в мире общественных норм и правил (из-за нарушенной или незавершенной идентификации). Выявленные корреляционные связи демонстрируют взаимосвязь между шкалами внутри экспектаций [Таблица 5].

В группе лиц с девиантным поведением в анамнезе наибольшую тесноту имеет корреляционная взаимосвязь между мужскими и женским качествами в «Я-реальном» ($r=0,63$). Взаимосвязь между этими показателями имеется и в контрольной группе, но в меньшей выраженности ($r=0,51$), что, по-видимому, подтверждает наше предположение о половой недифференцированности в экспериментальной группе.

Аналогичная взаимосвязь демонстрируется и в соотношении выраженности мужских и женских черт в «идеальном Я», однако в данном случае большая близость связи проявилась у контрольной группы ($r=0,64$). В экспериментальной группе соотношение мужских и женских черт в идеальном образе «Я» также до определённого уровня сбалансированы, однако мы уже знаем об имеющейся тенденции к повышению выраженности мужских качеств в «Я-идеальном» девиантных подростков. Данная тенденция могла оказать своё влияние на величину корреляционной связи ($r=0,37$).

Подводя итоги данного исследования, необходимо сделать вывод о том, что, несмотря на отсутствие прямой корреляционной связи между показателями автономности и отрицания роли отца, у лиц с девиантным поведением прослеживается взаимосвязь между нарушением семейных экспектаций и развитием девиантного поведения.

Список используемой литературы:

1. Бажин Е.Ф., Эткинд А.М. Цветовой тест отношений. Л.: Питер, 1985. 19 с.
2. Собчик Л.Н. Цветовой тест Люшера. М.: ЭКСМО-Пресс, 2002. 168 с.

© И.Р. Хох, 2014

УДК 37.013.75

А.Д. Цедринский

доцент кафедры общей и профессиональной педагогики
«Кубанский государственный университет»
Филиал ФГБОУ ВПО «КубГУ»
в г.Славянске-на-Кубани, Российская Федерация

В.Ш. Габазова

Начальник отдела молодежной политики
ЧОУ ВПО Северо-Кавказский институт бизнеса,
инженерных и информационных технологий,
Г.Армавир, Российская Федерация

ПРОБЛЕМА СОЦИАЛЬНОГО ВОСПИТАНИЯ В СИСТЕМЕ «ШКОЛА-СПО»

Стратегии государственной молодежной политики России имеют значительные пробелы, что связано с фрагментарностью знания о взаимодействии молодежи и государства. Молодежная политика на разных уровнях сводится к тематическим акциям и мероприятиям. Для России, реформирующей все сферы общественной жизни, значи-

мость проблемы социальной защиты детей и молодежи особенно очевидна. Создавая условия для развития подрастающего поколения в целом, общество особым образом влияет на процесс развития личности каждого ребенка. Вместе с тем нищета и социальная незащищенность, моральный инфантилизм и страх перед будущим знакомы многим российским гражданам, особенно молодежи.

Положение детей и молодежи осложняется незнанием родителями, социальными работниками, педагогами и другими специалистами основ регулирования социальной защиты детства. Решение этой проблемы невозможно вне связи с обществом, государством [1].

В этой связи весьма актуальными является задачи, поставленные В. Путиным перед образованием «Надо признать, уважаемые друзья, влияние школы на формирование детей и подростков в последние годы ослабло. У нее появились сильные конкуренты: интернет, электронные СМИ. Сами родители и ученики теперь гораздо требовательнее, и школа должна успевать и за своими учениками, и за развитием общества, и за информационными потоками, а по-хорошему должна быть впереди, опережать все это.

Нужно вернуть школе безусловную ценность. Это значит обновить содержание образования (курсив наш), сохранив при этом, разумеется, наши традиции и преимущества, такие, скажем, как фундаментальное математическое образование, не забывать об огромном значении качества преподавания русского языка, истории, литературы, основ светской этики и традиционных религий. У этих предметов особая роль: они формируют личность (курсив наш). От того, встретит ли ученик талантливого, увлеченного своим делом учителя, во многом зависит формирование личности, судьба молодого человека» [2].

Действительно надо признать, что школа в широком смысле на протяжении длительного исторического времени являлась ведущим фактором социализации личности. Однако в современных условиях она потеряла монополию в сфере образовательных воздействий и перестала влиять на формирование личности. Эффективной социализации в рамках школы мешают и такие особенности ее деятельности, как преимущество функции инструктирования над функцией образования, а также противоречие между функциями селекции, конкуренции и ранжирования по школьным успехам, которые осуществляет школа, и ценностями равенства, солидарности и сотрудничества, которые она должна воспитывать. Кроме этого, авторитарные отношения, все еще преобладают в учебном процессе, все это делает ее бюрократическим институтом.

Формальной стороной деятельности сегодняшней школы является учебный процесс, который предполагает формирование определенной системы ЗУН о том «что делать, как быть, как жить и как стать». Опыт европейских стран позволяет говорить о широком многообразии подходов к социализации детей, целью которых является формирование демократической гражданственности именно через содержание учебного процесса. Выбор той или иной формы определяется концепцией построения учебного плана. В целом их можно объединить в три группы: преподавание системы знаний, имеющих приоритетное значение для воспитания гражданственности в рамках специально организованных учебных предметов, их названия могут в значительной степени варьироваться: «Гражданское образование», «Социальное обучение», «Политическое образование», «Гражданские права», «Права человека», «Общество», «Человек и общество», «Человековедение», «Мир человека», «Демократия, государство и общество», «Экология человека» и т.д. Такие предметы изучаются, как правило, в средней школе и на их изучение назначается 1-4 часа на неделю. Преподают их учителя социальных или гуманитарных дисциплин. Такая система является традиционной, например, для Франции, где гражданское образование осуществляется в обязательном порядке как в

начальной, так и в средней школе, воспитание гражданственности на межпредметной основе. При такой схеме социализация является общей ответственностью всех учителей, но наибольшим является вклад учителей истории, социальных и политических наук, экономики. Важной задачей является достижение оптимальных межпредметных связей, предусматривающий активное сотрудничество разработчиков учебных программ и учителей-практиков. Приоритетное значение формирования гражданственности отводится внеурочной деятельности. Осуществление «социальных проектов» считается более эффективной формой социализации, чем получение знаний из любой дисциплины, поскольку она предусматривает приобретение социального опыта за пределами классной аудитории.

Довольно часто встречаются смешанные, интегрированные модели, где присутствуют различные формы организации социализирующей влияния. Например, в Словении, где проблемы воспитания гражданственности является основным содержанием начального предмета «Этика и общество» (7-8 классы), существует еще и практика выполнения индивидуальных проектов (9-12 классы), целью которых является соотнесение конституционных прав и обязанностей гражданина со специфичной политической ситуацией в стране.

В руководящих российских документах по образованию: «Закон об образовании Российской Федерации», Программа развития образования на 2013-2020 год» и др. правительство, государство декларирует равенство возможностей получения образования всем слоям населения, тем самым, являясь приверженцем защиты их прав и формирования общечеловеческих ценностей цивилизованного общества. На деле же осуществляется селективный отбор субъектов образования через дифференциацию процесса обучения (учебных планов) в школах, ПТУ, СПО, а также создания элитных учебных заведений, в которые могут попасть дети из более обеспеченных, в материальном отношении слоев общества.

В тоже время в «Законе об образовании в Российской Федерации» подчеркивается, что «Инклюзивное» образование - это признание ценности различий всех детей и их способности к обучению, которое ведётся тем способом, который наиболее подходит этому ребёнку. Эта гибкая система, которая учитывает потребности всех детей, не только с проблемами развития, но и разных этнических групп, пола, возраста, принадлежности к той или иной социальной группе. Система обучения подстраивается под ребёнка, а не ребёнок под систему. Преимущества получают все дети, а не какие-то особые группы, часто используются новые подходы к обучению, дети с особенностями могут находиться в группе полное время или частично, обучаясь с поддержкой и по индивидуальному учебному плану.

Но нельзя искусственно создавать социально-образовательную эксклюзию субъектов образования, исключая из учебных планов средних образовательных учреждений (в том числе начального и среднего профессионального образования) дисциплины социализирующего характера, так как это будущие члены нашего общества. В этой связи, как заметил В.М. Демин, «...эффективность НПО и СПО следует рассматривать не только с прагматической точки зрения (подготовка квалифицированных рабочих и специалистов среднего звена – наше замечание), но и в первую очередь как важнейший фактор социального развития общества, как это делается в большинстве развитых стран мира» [3].

Исследования, обозначенной выше проблемы показывают, что в условиях кризисного состояния образования, когда многие основополагающие документы принимаются в спешном порядке, без надлежащей апробации и анализа их результатов, без учета ре-

альной практики и недостаточной научной разработанности, учебные заведения начального и среднего профессионального образования реализует новую для себя роль «социального зонтика», спасая молодежь от угрозы безработицы, давая отсрочки от непопулярной службы в армии и возможность приобретения профессиональной квалификации, тем самым, создавая барьеры на пути к возможной маргинализации определенной части молодежи, находящейся в сложных жизненных условиях.

Список использованной литературы:

1. Поддубная Т.Н. Социальная защита детства в России и за рубежом: учеб. пособие для студ.высш.учеб.заведений. - М.: Издательский центр «Академия», 2008. -320с.
- 2.<http://nextrus.ru/interes/916-ejegodnoe-poslanie-prezidenta-2013.html>. Ежегодное послание Президента РФ В.В.Путина Федеральному Собранию 2013
- 3.Материалы IV съезда Союза Директоров учреждений НПО и СПО России //Выступление В.М.Демина на IV съезде Союза директоров учреждений НПО и СПО России (20 марта 2006 г.-Москва).

© А.Д. Цедринский, В.Ш. Габазова 2014

УДК 159.923

Е.С.Черкасова

канд.псих.наук

доцент кафедры криминалистики ФГКОУ ДПО

Новосибирский филиал Института повышения квалификации
сотрудников Следственного комитета Российской Федерации,

г.Новосибирск, Российская Федерация

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СЛУЖЕБНО-ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТРЕССА СОТРУДНИКОВ СЛЕДСТВЕННОГО КОМИТЕТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Термин "стресс", получивший в наши дни столь широкое распространение, впервые был введен в научное употребление применительно к техническим объектам. В XVII веке английский ученый Роберт Гук применил этот термин для характеристики объектов (например, мостов), испытывающих нагрузку и сопротивляющихся ей. Эта историческая аналогия интересна тем, что понятие "стресс" в современной физиологии, психологии, медицине (базирующейся на клинических исследованиях Г. Селье) включает в себя представления о связях стресса с нагрузкой на сложные системы (биологические, психологические, социально-психологические) и с сопротивлением этой нагрузке. В соответствии с этими представлениями стресс рассматривается как физиологический синдром, слагающийся из совокупности не специфически вызванных изменений, как неспецифическая реакция организма на предъявляемые к нему требования.

Представления об эмоциональном (психическом) стрессе сформировались благодаря тому, что в междисциплинарных исследованиях была установлена роль психических факторов в развитии состояния стресса. Многолетние исследования психического стресса подтвердили общность физиологических изменений, возникающих при физиологическом и психическом стрессе, и, в то же время, позволили говорить о некоторых важных различиях в механизмах их формирования. Если физиологический стресс воз-

никает в связи с непосредственным физическим воздействием, то при эмоциональном стрессе влияние психических стрессоров (или комплексной стрессогенной ситуации) опосредуется через сложные психические процессы. Эти процессы обеспечивают оценку стимула и сопоставление его с предыдущим опытом. Стимул приобретает характер стрессора, если в результате такой психологической переработки стимула возникает ощущение угрозы. Обычно это имеет место в том случае, если психологическая оценка обнаруживает очевидное несоответствие между требованиями среды и потребностями субъекта, его психическими и физическими ресурсами, которые необходимы для удовлетворения этих потребностей. Субъективное отношение к стимулу, зависящее от неповторимого индивидуального опыта (в значительной мере восходящего к периоду раннего детства), личностных особенностей, характера когнитивных процессов и психического состояния, представляет собой важный психологический механизм и определяет индивидуальную значимость стрессора.

Говоря о понятии стресса в целом, важно отметить, что повседневные жизненные события (такие как, изменения семейных взаимоотношений, состояния собственного здоровья или здоровья близких, характера деятельности или материального положения) в силу их индивидуальной значимости могут оказаться существенными для развития эмоционального стресса, приводящего к расстройствам здоровья [9, с. 313-337]. Среди таких жизненных событий выделяются ситуации, непосредственно воспринимаемые как угрожающие (болезни, конфликты, угроза социальному статусу); ситуации потери (смерть близких, разрыв значимых отношений), которые представляют собой угрозу системе социальной поддержки; ситуации напряжения, "испытания", требующие новых усилий или использования новых ресурсов [6, с. 1-21]. В последнем случае события могут даже выступать как желательные (новая ответственная работа, вступление в брак, поступление в ВУЗ), а угроза будет связана с разрушением сложившихся стереотипов и возможной несостоятельностью в новых условиях.

Вероятность возникновения связанных со стрессом психических (особенно невротических) расстройств зависит от соотношения стрессоров, которые воздействовали на человека в детстве и зрелом возрасте [8, с. 10-20].

Итак, возьмем за определение стресса следующее, «удобное» для оперирования им определение: «Стресс представляет собой не совокупность средовых воздействий, а внутреннее состояние организма, при котором осложняется осуществление его интегративных функций» [2, с. 38-43]. Необходимо уточнить, что в качестве первичного звена в развитии психического стресса выступает фрустрация - психическое состояние, которое возникает при блокаде удовлетворения значимых потребностей и проявляется ощущением неудовлетворенности и психического напряжения, возникающего из-за невозможности реализовать те или иные цели.

Термин служебно-профессиональный стресс (далее, СПС) имеет определенные значимые различия от психического стресса, описанного выше. Во-первых его проявления являются следствием выполнения определенной профессиональной деятельности, облаченной в жесткие служебные рамки. Во-вторых, в отличие от психического стресса его проявления не могут демонстрироваться субъектами, подвергающимися ПСП из-за жестких рамок служебной и профессиональной деятельности. Предлагаем авторский вариант определения: служебно-профессиональный стресс (СПС) – это совокупность физиологических, психофизиологических, психологических и клинических реакций субъекта определенной профессиональной деятельности в условиях выполнения служебных обязанностей. Исходя из темы данного исследования – субъектами професси-

ональной деятельности являются сотрудники Следственного комитета Российской Федерации (далее, СК РФ).

Комплексная, в том числе и клиническая оценка такого состояния сопряжена со значительными трудностями, что связано с рядом обстоятельств. Во-первых, диапазон потребностей, блокада которых вызывает состояние фрустрации сотрудников СК РФ, весьма широк и никогда не осознается ими во всей своей полноте. Это может быть обусловлено недостаточной интроспекцией или сопротивлением осознанию потребностей, которые противоречат представлению сотрудника о себе. Во-вторых, блокада удовлетворения потребностей чаще определяется не видимым внешним препятствием, а существованием конкурирующих и разнонаправленных потребностей. Такие состояния представляют собой интрапсихический конфликт, который также нередко не осознается. Простым примером интрапсихического конфликта сотрудника СК РФ, может быть желание продолжать службу и профессиональную деятельность, которые не удовлетворяют человека в силу того, что они вызывают чрезмерное психо-эмоциональное и физиологическое напряжение, но осуществляются, поскольку удовлетворяют симбиотическую тенденцию или потребность в сохранении определенного социального статуса и материального состояния. В реальной служебной ситуации мы обычно имеем дело с взаимодействием комплекса потребностей и совокупности фрустрирующих ситуаций в деятельности сотрудника СК РФ. При этом очень сложно выявить значение конкретной потребности в ходе выполнения служебных и профессиональных обязанностей, а развитие стресса происходит на фоне нарастания суммарной фрустрационной напряженности, с одновременным или последовательным возникновением ряда фрустраций.

Вероятность развития служебно-профессионального стресса при повышении фрустрационной напряженности зависит от ряда факторов, таких как: физиологические и психофизиологические адаптационные механизмы, особенности личности, обуславливающие степень устойчивости к растущему напряжению. Если вышеназванные факторы позволяют не развиваться стрессу, то в научной литературе их называли "чувством когерентности", повышающим ресурсы противостояния стрессогенным ситуациям [4, с.34-36] и "личностной выносливостью", как потенциальной способности активно преодолевать трудности [7, с.89-90].

В силу выполнения профессиональной деятельности в совокупности со служебными обязанностями, так называемых «людей в погонах». Со всеми вытекающими из этих двух понятий специфическими особенностями деятельности, такими как: субординационные механизмы взаимодействия внутри профессионального сообщества; приказы, которые не обсуждаются; жесткий нормативный порядок с точки зрения уголовного-процессуального производства и ведения уголовных дел; временные ограничения, заложенные в рамках раскрытия и расследования преступлений и т.д.

Личностные ресурсы в значительной степени определяются способностью к построению интегрированного поведения [1, с.56-67], что позволяет даже в условиях фрустрационной напряженности сохранить устойчивость избранной линии поведения, соразмерно учитывать собственные потребности и требования окружения, соотносить немедленные результаты и отставленные последствия тех или иных поступков. При хорошей интегрированности поведения энергия распределяется по различным направлениям поведения в соответствии с важностью реализуемых потребностей. Чем выше способность к интеграции поведения, тем более успешно преодоление стрессогенных ситуаций в деятельности сотрудников СК РФ. При обсуждении этого момента возникает вопрос: как заранее (до поступления на службу) узнать об индивидуальных спо-

собностях к интегрированному поведению и собственных особенностей «держать удар» при столкновении со стрессовыми факторами профессионально-служебной деятельности. Ответ очевиден: только грамотно проведенный профессиональный психологический отбор, во всей совокупности диагностики резервов организма (адаптационных, психологических и психофизиологических), а также психологическое сопровождение служебной деятельности с диагностикой служебно-профессионального стресса и вариантами психологической коррекции, самопомощи.

Клинические явления, обусловленные служебно-профессиональным стрессом сотрудников СК РФ, можно классифицировать по следующим основаниям:

1) острые служебно-стрессовые реакции, которые возникают после сильного травматического переживания исключительно угрожающего характера и завершаются в течение дней, а иногда и часов;

2) посттравматические служебно-стрессовые расстройства, которые представляют собой затяжную, непосредственную или отставленную реакцию на подобного рода переживание;

3) реакции неопределенной адаптации¹², при которых прослеживается четкая связь (в том числе и временная) со стрессовым событием, влекущим за собой более или менее выраженное жизненное изменение, кажущиеся для индивида нормальным состоянием;

4) невротические служебно-профессиональные состояния и личностные декомпенсации, при которых обычно обнаруживается зависимость от повторного или хронического воздействия служебно-профессиональных стрессоров, трудно разрешимых эмоциональных проблем, связанных с выполнением профессиональной деятельности, интрапсихических конфликтов, длительного нарастания фрустрации и психического напряжения.

При невротических состояниях и личностных декомпенсациях роль предшествовавшего профессионального опыта и особенностей личности, которые определяют индивидуальную уязвимость, наиболее выражены. Значение служебно-профессионального стресса при этих состояниях очевидно, поскольку он не связан только с одной конкретной и явной служебной и профессиональной ситуацией, а реализуется в более широком жизненном контексте, влияя на всю совокупность проявлений: социальное, физиолого-психофизиологическое, психологическое самоощущение и самочувствие сотрудников СК РФ.

Список использованной литературы:

1. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. Л., "Наука", 1988, с.56-67.

2. Березин Ф.Б., Барлас Т.В. Социально-психологическая адаптация при невротических и психосоматических расстройствах, // Журн. Невропат. и психиатрии им.С. С. Корсакова, 1994, т.94, N 6, с.38-43.

3. (Selye H.) Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме. Медгиз, М., 1960.

4. Antonovsky A. Unraveling the Mystery of health: How people manage stress and stay well. San Francisco, Jossey Bass, 1987, p. 34-36.

5. Cofer Ch.N., Appley M.H., Motiwacja: Teoria badania. Warszawa, 1972.

6. Lazarus R. S. From psychological stress to the emotions: A history of changing outlook. // Ann.Rev. Psychol., 1993, v.44, p.1-21.

¹² Авторский вариант понятия – как явление кажущегося благополучия, в основе которого лежат механизмы психической защиты (отрицание, забывание, рационализация и т.д.)

7. Maddi S.R., Kobasa S.C. The hardy executive: Health under stress. Pacific Grove, CA: Brooks cole, 1984, p.89-90.

8. Reister G., TressW., Schepank H., Manz R. The epidemiology of psychogenic disorders and consequences for prevention // Psychother. Psychosom., 1989, v.52 (1-3), p.10-20.

9. Tennen H., Swis J., Affeck G. Personality and daily experience: The promise and the challenge. // J. Pers., 1991, v.59, p.313-337.

© Е.С.Черкасова, 2014

УДК 159.9.072.432

И. Е. Шпилева

Магистрант 1 года обучения факультета педагогики и психологии
Кубанский государственный университет филиал в г. Славянск-на-Кубани
Г. Славянск-на-Кубани, Российская Федерация

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ КАК ОДИН ИЗ ОСНОВНЫХ АСПЕКТОВ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ СРЕДЫ ВУЗА

В настоящее время, как никогда остро, встал вопрос о сохранении психологического здоровья подрастающего поколения. Достаточно важным является обращение интереса исследователей к психологическому здоровью учащихся высших образовательных учреждений.

Образовательная среда вуза выступает необходимым компонентом целостного механизма профессиональной социализации, источником жизненно-профессиональных ситуаций, обеспечивающих вхождение студентов в образ жизни, мышления и профессионального поведения специалиста.

Термин «**психологическое здоровье**» был введен 1979г. Всемирной организацией здравоохранения. Психологическое здоровье рассматривается как состояние душевного благополучия, отсутствие болезненных психических явлений. Но здоровье – это не просто отсутствие болезни, это полное физическое и духовное благополучие.

По мнению Г.С. Никифорова, психологически здоровым человеком можно назвать человека творческого, оптимистично смотрящего на жизнь, открытого для нового, что в терминах гештальт-подхода звучит как умеющего творчески приспосабливаться к быстро меняющейся действительности [3]. Это человек, готовый к самопознанию и изучению мира, как разумом, так и чувствами, интуицией.

Понятие психологического здоровье подразумевает такое важнейшее свойство человека как стрессоустойчивость – т.е. способность к преодолению стрессовых ситуаций, жизненных трудностей без ущерба для общего здоровья [2].

Таким образом, психологическое здоровье можно рассматривать как динамическую совокупность психических свойств человека, обеспечивающих гармонию между потребностями индивида и общества.

Основной причиной психологического нездоровья человека является нарушения в психоэмоциональной сфере. Преобладание психоэмоциональных перегрузок над физической активностью лежит в основе хронического стресса, что является причиной функциональных нарушений биологического благополучия (психосоматические состояния), а затем и необратимых заболеваний органов и систем организма. Например,

нарушение сна, раздражительность, отсутствие настроения, пессимистичный взгляд на мир и пр.

Жизненная активность, энергия, эмоциональный подъем выступают компонентами психоэмоциональной удовлетворенности или напряженности. Если один из этих компонентов нарушен, человек испытывает напряжение на эмоциональном уровне, что является следствием нарушения психического здоровья личности.

В разных зарубежных психологических школах, в различных психологических концепциях также существуют свои представления о здоровье и болезни. Детальный анализ этих представлений показывает, что во многом они являются сходными, отмечая одни и те же важные для эффективного функционирования психологические черты.

Представитель классического психоанализа, З. Фрейд полагал, что функционирующие психически здоровой личности характеризуется, прежде всего, способностью продуктивно работать и поддерживать удовлетворительные межличностные отношения. Он убежден в том, что человеческое поведение регулируется стремлением уменьшать возбуждение, вызываемое неприятными напряжениями на уровне организма [3].

Согласно представлениям гештальт-терапии, психически здоровый человек находится в равновесии с самим собой и окружающим миром. Для сохранения гармонии нужно лишь доверяться «мудрости тела», прислушиваться к потребностям организма и не мешать их реализации, т. е. быть самим собой и осуществлять свое «Я» [1].

Проанализировав ряд психологических концепций, в нашем исследовании мы учитываем следующие причины нарушения психологического здоровья человека:

- эмоциональное напряжение, истощенность
- раздражительность
- пониженный тон настроения
- низкая стрессоустойчивость
- нарушения сна
- низкий уровень социальной адаптации, одиночество

Под термином психоэмоциональное напряжение понимаются разнообразные, неблагоприятные эмоциональные состояния, связанные с неудовлетворенностью основных жизненных потребностей [1]. Эмоциональное истощение проявляется в ощущениях эмоционального перенапряжения и в чувстве опустошенности, исчерпанности собственных эмоциональных ресурсов. Возникает ощущение «приглушенности», «приглушенности» эмоций, в особо тяжелых проявлениях возможны эмоциональные срывы [3]. Раздражительность – это состояние излишнего возбуждения как реакции на проблему, нетерпимость либо гнев, наблюдаемое при утомлении, хронической боли или же являющееся показателем перемены характера. Чаще всего раздражительность проявляется в виде агрессии и гнева. Настроение - более или менее устойчивое, продолжительное, без определенной интенции эмоциональное состояние человека, окрашивающее в течение некоторого времени все его переживания. Частым следствием длительных периодов пониженного, угнетенного настроения являются стрессовые состояния. Эти состояния обычно развиваются у людей в результате длительного воздействия сложных, трудных для жизни условий, чрезмерных психических напряжений и эмоциональных перегрузок [3].

Общезвестно, что здоровый сон лечит, здоровый сон залог общего здоровья. Переживая бессонницу, человек становится апатичным, вялым, уставшим. Нарушение сна и бессонница часто приводят к истощению ЦНС. Причины нарушения сна чаще всего являются следствием возникновения каких-либо неврологических проблем, но бывает и так, что психологические проблемы приводят к бессоннице. Психологическими при-

чинами бессонницы чаще служат беспричинный страх, беспокойство, тревога, одиночество, эмоциональные переживания и стрессовые ситуации.

Причиной одиночества могут стать различные факторы психоэмоционального характера. Тяжелая форма одиночества может означать беспорядок и пустоту и вызывать индивидуальное чувство неприютности, ощущение того, что человек везде не на своем месте.

Объектом работы является здоровьесберегающая среда вуза.

Предметом данного исследования выступает психологическое здоровье как один из основных аспектов здоровьесберегающей среды вуза.

Нами было проведено исследование, в котором приняли участие студенты 1 – 5 курсов ФГБОУ «КубГУ» в г. Славянске-на-Кубани в количестве 80 человек. По 16 студентам было опрошено на каждом из факультетов: филологии; педагогики и психологии; физкультуры и биологии, экономики, истории и права; математики и информатики.

На основе анализа ряда диагностических методик известных психологов (Л. В. Куликов, С. Степанов, Т. И. Балашова, В. В. Бойко, Д. М. Менделевич, К. К. Яхин) нами была подготовлена анкета, состоящая из шести индикаторов и позволяющая выявить уровень психоэмоционального напряжения студентов.

Результаты исследования были интерпретированы по каждому индикатору в зависимости от факультета.

Результаты опроса по первому индикатору: я не чувствую себя энергичным и не ощущаю эмоционального подъёма, показывают, что группа студентов факультета филологии наиболее подвержена психоэмоциональному напряжению – 69% респондентов, в то время как группа студентов факультета экономики, истории и права в меньшей степени склонна к данному состоянию – 19% испытуемых.

Из результатов опроса по второму индикатору: почти каждый день у меня пониженный тон настроения, видно, что плохому настроению наиболее подвержены студенты факультетов филологии и математики, в то время как плохого настроения практически не испытывают студенты факультетов экономики, истории и права (13%), а также педагогики и психологии (19%).

Результаты опроса по третьему индикатору: я часто раздражаюсь без причины, говорю о том, что наиболее раздражительными являются студенты факультета математики и информатики, а наименее раздражительными студенты факультета педагогики и психологии. Кроме того, необходимо отметить, что именно по данной индикаторной переменной были получены самые высокие результаты по всем факультетам.

Результаты опроса по четвертому индикатору: у меня плохой или недостаточный сон, показывают, что самый тревожный сон испытывают большинство студентов факультетов филологии (81%) и психологии (75%), а половина студентов факультета экономики, истории и права (50%) считают, что достаточно высыпаются. Но, тем не менее, показатели по данному индикатору являются довольно высокими, т.к. 65% от общего количества респондентов считают, что они испытывают беспокойный сон.

Как видно из результатов опроса по пятому индикатору: Мне часто хочется побыть в одиночестве, самый высокий показатель отмечается у студентов факультета филологии (69%), а самый низкий – у студентов факультета экономики, истории и права (38%).

Результаты опроса по шестому индикатору: К концу дня я чувствую себя эмоционально истощенным, показали, что студенты факультетов филологии (81%) и психологии (69%) чувствуют себя наиболее эмоционально истощенными, нежели студенты других факультетов, меньше всех эмоциональное истощение испытывают студенты факультетов физической культуры (69%) и математики и информатики (69%).

Исходя из результатов исследования, мы можем сказать, что наиболее подвержены нарушениям психологического здоровья являются студенты факультета филологии: имеют самые высокие результаты по всем приведенным показателям; студенты, которым нарушения психологического здоровья грозят в последнюю очередь, обучаются на факультете экономики, истории и права, однако они отмечают очень высокий уровень раздражительности без причины.

Таким образом, согласно результатам проведенного исследования, мы можем сделать вывод о том, что актуальность нашего исследования подтверждена экспериментально-опытным путем. Здоровьесберегающая среда КубГУ (филиала в г. Славянск-на-Кубани) требует повышенного внимания именно в аспекте психологического здоровья. Необходимо также отметить, что затронутые в данном исследовании проблемы, делают весьма актуальной работу психологов не только с клиентами, находящимися в так называемых пограничных состояниях психики, но и с практически здоровыми людьми, в характере которых имеется склонность к пониженному настроению, депрессии и невротическим состояниям.

Список используемой литературы:

1. Ахмедов Т. Введение в общую психотерапию [Текст] – М., 2005.
2. Битянова Н.Р. «Психология личностного роста» М. Международная педагогическая академия, 2005.
3. Практикум по психологии здоровья [Текст] - Под ред. Г. С. Никифорова. – М., 2005.

© И. Е.Шпилевая, 2014

СОДЕРЖАНИЕ

МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ

С.Н. Алексеенко, А.А. Зубахин РЕАКЦИЯ СИСТЕМЫ КРОВИ У КРЫС W1STAR С ПЕРЕВИВАЕМОЙ КАРЦИНОСАРКОМОЙ WALKER 256 НА РАЗНЫЕ СРОКИ ПОСЛЕ ПРЕВИВКИ.....	3
Е.Г. Блинова, О.С. Богунова, В.А. Чесноков СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОТРЕБЛЕНИЯ ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ НАСЕЛЕНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ ОБЛАСТЕЙ РОССИИ.....	6
М.А. Vyaznikov, A.V. Egorova, M.A. Chernykh, O.V. Peshikov USE OF CONDOMS IN SEXUAL LIFE AMONG STUDENTS OF HIGHER EDUCATIONAL INSTITUTIONS OF THE CITY OF CHELYABINSK.....	9
В.С. Домбровский, М.С. Микерова ОТНОШЕНИЕ ОБУЧАЮЩИХСЯ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА К ИЗУЧЕНИЮ И ПРИМЕНЕНИЮ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ ЕДИЦИНЫ.....	11
М.Б. Доронин АЛГОРИТМ ВЫБОРА ВАРИАНТА МАЛОИНВАЗИВНОЙ ТЕХНОЛОГИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФОРМЫ КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА.....	18
Е.В. Елохина, Ж.В. Гудинова, С.В. Скальский ПРИМЕР ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ИННОВАЦИИ: ВКЛЮЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА CYP2C19 В РЕГИОНАЛЬНЫЕ АЛГОРИТМЫ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ, АССОЦИИРОВАННОЙ С HELICOBACTER PYLORI.....	20
А.О. Eremin, V.P. Novikov, V.V. Samylov, A.A. Filatov, M.A. Chernykh, I.V. Vozhdaeva, O.V. Peshikov THE NEED FOR ADDITIONAL PRACTICAL AND THEORETICAL CREDIT HOURS IN CARDIOPULMONARY RESUSCITATION CLASSES AS VIEWED BY STUDENTS WITH VARIOUS EDUCATIONAL STANDARDS IN SOUTH-URAL STATE MEDICAL UNIVERSITY.....	28
Е.Е. Казанцева – Маслова, Е.А. Ставила КОМБИНИРОВАННАЯ СИНУСТРАБЕКУЛЭКТОМИЯ С ЗАДНЕЙ СКЛЕРЭКТОМИЕЙ В ЛЕЧЕНИИ ГЛАУКОМЫ.....	31
Ф.Р. Камалова, Т.М. Муллаев, Ф.А. Хамитова, М.Х. Суюнова ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ В АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ.....	33

З.Ш. Керефова, О.Б. Бориева ПРИМЕНЕНИЕ РЕАМБЕРИНА У БОЛЬНЫХ С ЦП ВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ.....	34
З.Ш. Керефова, А.М. Сижажева ПОКАЗАТЕЛИ ОБЩЕГО БИЛИРУБИНА У СТАЦИОНАРНЫХ БОЛЬНЫХ С ЦП ВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ.....	36
О.С. Коган СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ СПОРТСМЕНОВ, ПЕРЕШЕДШИХ НА ТРЕНЕРСКУЮ РАБОТУ ПОСЛЕ ЗАВЕРШЕНИЯ КАРЬЕРЫ В СПОРТЕ ВЫСШИХ ДОСТИЖЕНИЙ.....	39
О.А. Косивцов ПРОФИЛАКТИКА ПОВРЕЖДЕНИЙ ВОЗВРАТНОГО НЕРВА ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ЗОБА.....	41
Т.Н. Костюхина ОСНОВНЫЕ СТРАТЕГИИ РАЗВИТИЯ ТВОРЧЕСКОЙ ОДАРЕННОСТИ.....	43
М.А.Котов К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ.....	46
Л.В. Крамарь, Н.В. Родионова ОСОБЕННОСТИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ПОЛУГОДИЯ ЖИЗНИ.....	50
Д.С.Малюкова, Л.А.Титова ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОЧЕТАНИЯ ЛАЗЕРО- И КВЧ-ТЕРАПИИ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ.....	55
Л.И. Марданова, О.С.Коган ПСИХО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.....	57
Нафеев А.А., Салина Г.В. Никишин В.А., Нафеев Н.А. БИОЛОГИЧЕСКАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ СУБЪЕКТА. МЕЖДУНАРОДНЫЕ РИСКИ.....	60
А.В. Николенко, И.Н.Прелоус СКРИНИНГ НУТРИТИВНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ЛПУ ПЕРМСКОГО КРАЯ.....	62
М.В.Новоселова, Ю.Г.Самойлова ВЛИЯНИЕ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА.....	65

З.М. Орзиев, Д.Х. Юлдашева, У.К. Абдуллаева СПОСОБ РАННЕГО ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХОЛЕЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ, ОСНОВАННОГО НА ДИНАМИЧЕСКОМ КОНТРОЛЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ PH ЖЕЛЧИ БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ.....	76
З.М. Орзиев, Д.Х. Юлдашева, Н.Ш. Исамитдинова ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ НПВС ИНДУЦИРОВАННЫХ ГАСТРОДУОДЕНОПАТИЙ.....	79
А.С. Панчишкин ХИРУРГИСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬШИХ И ГИГАНТСКИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ В СОЧЕТАНИИ СО СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНЬЮ БРЮШНО ПОЛОСТИ.....	82
Л.В. Полякова, С.А. Калашникова РОЛЬ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫХ РАССТРОЙСТВ В РЕПАРАТИВНЫХ ПРОЦЕССАХ ТИРЕОИДНОЙ ПАРЕНХИМЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ.....	84
И.Н. Прелоус., А.В. Николенко ИНТЕНСИВНАЯ ИНСУЛИНОТЕРАПИЯ СТРЕССОВОЙ ГИПЕРГЛИКЕМИИ. НОВЫЙ СПОСОБ КОРРЕКЦИИ.....	87
А.М. Садриева ИЗУЧЕНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА РАЗВИТИЕ ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА В Г. НАБЕРЕЖНЫЕ ЧЕЛНЫ.....	91
А.Р.Салихова ВЛИЯНИЕ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ НОВОРОЖДЕННЫХ НА СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ.....	93
Э.А. Сафронова, А.И. Захарова ВЛИЯНИЕ НИТРОГЛИЦЕРИНА НА СОДЕРЖАНИЕ АКТИВНЫХ ФОРМ КИСЛОРОДА У ПАЦИЕНТОВ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ.....	97
С.И. Семенов, Р.Г. Саввин, С.Г. Никитина, С.С. Максимова ГЕНОТИПЫ ВИРУСОВ ГЕПАТИТА В, С, D В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ).....	99
К.Н. Смирнова, Х.М. Галимзянов, О.В. Рубальский, А.Л. Зильберборд, АКТИВИЗАЦИЯ ИННОВАЦИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕРЕЗ ПОВЫШЕНИЕ ЗНАНИЙ В ОБЛАСТИ ОСНОВ КОММЕРЦИАЛИЗАЦИИ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ.....	102
Сорокина М.В., Кудрявцева О.К., Корогодина Т.В., Бушуева О.Ю. ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ ПЛУТАТИОН S-ТРАНСФЕРАЗ У БОЛЬНЫХ МИОМОЙ МАТКИ.....	104

Т.А. Стецкая, О.Ю. Бушуева, Е.И. Литвякова ИССЛЕДОВАНИЕ АССОЦИИ ПОЛИМОРФИЗМА A1166 С ГЕНА AGTR1 С РИСКОМ РАЗВИТИЯ МОЗГОВОГО ИНСУЛЬТА НА ФОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ.....	107
В.С. Строева ДИАГНОСТИКА РАННИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ХРОНИЧЕСКОЙ КАРДИО-ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ.....	109
Л.А. Титова, Е.А. Добрынина ПРОБЛЕМЫ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ PR- КОМПАНИИ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ.....	112
С.В.Третьяков УСТОЙЧИВОСТЬ РЕГУЛЯЦИИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ЛИЦ, ПОДВЕРГАЮЩИХСЯ ВОЗДЕЙСТВИЮ ОРГАНИЧЕСКИХ РАСТВОРИТЕЛЕЙ АРОМАТИЧЕСКОГО РЯДА.....	115
Е.Б. Тюхтенева, Е.И. Науменко ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МИОКАРДА У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА.....	118

ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЕ НАУКИ

Е.С. Егорова, Т.И. Оконенко МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ.....	123
И.З. Кетиашвили, М.Ю. Шевченко, Д.И. Кетиашвили СОВРЕМЕННЫЕ КОМПОНЕНТЫ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ В ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГИНЕКОЛОГИИ.....	125
А. С. Сухих, Т. В. Котова ОПТИМИЗАЦИЯ СПЕЦИФИЧНОСТИ ПОДВИЖНОЙ ФАЗЫ ДЛЯ РАЗДЕЛЕНИЯ ЛИГНАНОВ ИЗ ПРЕПАРАТОВ ЛИМОННИКА КИТАЙСКОГО В УСЛОВИЯХ ОБРАЩЕНО ФАЗОВОЙ ВЭЖХ.....	129
Ю.А. Тихонова ГОСУДАРСТВЕННОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ ПРОЦЕССОВ В ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ СЕКТОРЕ ЭКОНОМИКИ КАК НЕОБХОДИМОЕ УСЛОВИЕ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ИННОВАЦИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.....	131

ПОЛИТИЧЕСКИЕ НАУКИ

В. А. Иноземцева РЕАЛИЗАЦИЯ КОНЦЕПЦИИ «ЭЛЕКТРОННОГО МУНИЦИПАЛИТЕТА» НА ПРИМЕРЕ ПЕТРОЗАВОДСКОГО ГОРОДСКОГО ОКРУГА.....	134
Я.Л. Кацун СОВРЕМЕННАЯ АМЕРИКАНСКАЯ ДИПЛОМАТИЯ: ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСОБЕННОСТИ И НАПРАВЛЕНИЯ ЭВОЛЮЦИИ.....	139

А.А. Киселев РОЛЬ И МЕСТО МЕНЕДЖМЕНТА В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ НАУКЕ УПРАВЛЕНИЯ.....	142
Е.Ю. Кияшко «МУНИЦИПАЛЬНЫЙ ФИЛЬТР»: ПОНЯТИЕ И ЗНАЧЕНИЕ.....	143
Д.Г. Мюллер О РЕАЛИЗАЦИИ ИННОВАЦИЙ В СФЕРЕ ПОЛИТИКИ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ ОБОРОНОСПОСОБНОСТИ РФ.....	149
С. А. Семенов ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТОРАТА НА ПОЛИТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ В ПРИМОРСКОМ КРАЕ.....	152
В.В. Фостийчук ГЕОПОЛИТИЧЕСКОЕ ПОВЕДЕНИЕ КАК КАТЕГОРИЯ ГЕОПОЛИТИКИ.....	155
Г.С. Хасаева, Е.А. Омурзаков «СЕРЫЕ» И «ЧЕРНЫЕ» ТЕХНОЛОГИИ В ХОДЕ ПРОВЕДЕНИЯ ИЗБИРАТЕЛЬНЫХ КАМПАНИЙ.....	157
Э.В. Хусниева, Р.Р. Ураев ПОДГОТОВКА КАДРОВ ДЛЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ И МУНИЦИПАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ.....	160
Е.И. Черненко ОБЩЕСТВЕННАЯ ЭКСПЕРТИЗА КАК МЕХАНИЗМ ГРАЖДАНСКОГО УЧАСТИЯ И ОБЩЕСТВЕННОГО КОНТРОЛЯ.....	162
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ	
Д.Г. Анпилогов СУЩНОСТЬ ПОНЯТИЯ ПЕРЦЕПЦИИ КАК ОДНОЙ ИЗ СТОРОН ОБЩЕНИЯ.....	166
Н.В.Бурцева, Е.С.Лукьяненко, Ю.Г.Вервекина, ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ПО ВЫЯВЛЕНИЮ ПОДРОСТКОВ С НАЛИЧИЕМ КРИЗИСНЫХ СИТУАЦИЙ И ОТКРЫТЫХ СУИЦИДАЛЬНЫХ НАМЕРЕНИЙ.....	168
Ж.Г.Гаранина РОЛЬ САМОРЕГУЛЯЦИИ В ПРОЦЕССЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО САМОРАЗВИТИЯ БУДУЩИХ СПЕЦИАЛИСТОВ.....	171
А.Ю. Горохов ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД В ФОРМИРОВАНИИ БЛАГОПРИЯТНОГО КЛИМАТА В ПРОИЗВОДСТВЕННОМ КОЛЛЕКТИВЕ.....	173

А. А. Биркин, Ю.Г. Гушин ЭЙФОРΙΑ КАК ОДНО ИЗ ПРОЯВЛЕНИЙ СИГНАЛЬНОГО ГРАДИЕНТА СОЗНАНИЯ (к проблеме формирования новых областей науки).....	176
С.В. Давыдова ОСОБЕННОСТИ ЦЕННОСТНО-СМЫСЛОВОЙ СФЕРЫ ЛИЧНОСТИ СТУДЕНТОВ.....	181
Е.В. Данковцева ЧТО ЕСТЬ ИМПЛИЦИТНОЕ ПРОЩАНИЕ (НА ПРИМЕРЕ РОМАНА Б. КЕЛЛЕРМАНА «ТРИ ТОВАРИЩА»).....	184
А.С. Жукова РАЗВИТИЕ СОЦИАЛЬНЫХ ПЕРЕЖИВАНИЙ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.....	185
Т.А. Заглодина КОПИНГ-СТРАТЕГИИ КАК МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У МОЛОДЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ.....	188
Т.Т. Закирова, ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОННЫХ РЕСУРСОВ НА ПОЗНАВАТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ.....	191
Э.Ф. Закирьянова ПРОФИЛАКТИКА КОМПЬЮТЕРНОЙ АДДИКЦИИ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ.....	195
Д.В. Кагальников ОПЫТ ПОДГОТОВКИ СТАРШИХ ШКОЛЬНИКОВ К ТВОРЧЕСКОМУ КОНКУРСУ.....	197
А.Ж. Мамаева, А.К. Уразбаева ФОРМИРОВАНИЕ ЭТНИЧЕСКОГО САМОСОЗНАНИЯ СТУДЕНТОВ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ В ВУЗЕ.....	199
В.В. Машков СОЗНАНИЕ ЧЕЛОВЕКА ФОРМИРУЕТСЯ УСЛОВИЯМИ ЖИЗНИ И ОБРАЗОВАНИЕМ.....	201
М. Миналтдинов ТРУДОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ЧЕЛОВЕКА.....	209
А.В. Мирошниченко ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИНФОРМАЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ. ТЕРРОРИЗМ КАК УГРОЗА ИНФОРМАЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ СТРАНЫ.....	210
В.Ф. Мищенко, О.А. Устинова ОРГАНИЗАЦИЯ СОЦИОКУЛЬТУРНОГО ПРОСТРАНСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ГОРОДА.....	213

С.Н. Никишов ПАМЯТЬ В ПРЕДСТАВЛЕНИЯХ ФРАНЦУЗСКИХ И АНГЛИЙСКИХ МЫСЛИТЕЛЕЙ XVIII ВЕКА.....	215
О. О. Полякова ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ ДЕТСКОЙ СУБКУЛЬТУРЫ В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ.....	217
С.Ю.Селиверстова ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ФОРМИРОВАНИЮ УЧЕБНО-ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ МОТИВАЦИИ СТУДЕНТОВ ВУЗОВ.....	220
В. В. Слугин ПРОБЛЕМА ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИКО – ОРИЕНТИРОВАННЫХ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В РЕГИОНАХ РОССИИ (на примере республики Мордовия).....	221
Е. В. Стаканова АКТУАЛИЗАЦИЯ МОТИВАЦИОННО-СМЫСЛОВОЙ СФЕРЫ СТУДЕНТОВ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ИНОСТРАННОГО ЯЗЫКА.....	225
Т.А. Терехова РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭКОНОМИЧЕСКОГО СОЗНАНИЯ И ПОВЕДЕНИЯ ЛИЧНОСТИ.....	227
И.А. Тихомирова ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД К СИСТЕМЕ МОРАЛЬНЫХ СТИМУЛОВ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ УЧРЕЖДЕНИИ.....	230
И.Р. Хох САМООТНОШЕНИЕ ДЕВИАНТНОГО ПОДРОСТКА В АСПЕКТЕ ЭКСПЕКТАЦИЙ РЕФЕРЕНТНОЙ ГРУППЫ.....	232
А.Д. Цедринский, В.Ш. Габазова ПРОБЛЕМА СОЦИАЛЬНОГО ВОСПИТАНИЯ В СИСТЕМЕ «ШКОЛА-СПО».....	238
Е.С.Черкасова ОПРЕДЕЛЕНИЕ СЛУЖЕБНО-ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТРЕССА СОТРУДНИКОВ СЛЕДСТВЕННОГО КОМИТЕТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.....	241
И. Е. Шпилевая ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ КАК ОДИН ИЗ ОСНОВНЫХ АСПЕКТОВ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ СРЕДЫ ВУЗА.....	245

Научное издание

ИННОВАЦИОННОЕ РАЗВИТИЕ СОВРЕМЕННОЙ НАУКИ

Сборник статей
Международной научно-практической конференции

31 января 2014 г.

Часть

В авторской редакции

*Лицензия на издательскую деятельность
ЛР № 021319 от 05.01.99*

Подписано в печать 18.12.2013 г. Формат 60x84/16.
Усл. печ. л. 19,30. Уч. изд. л. 20,34.
Тираж 100. Заказ 163. Изд. № 256.

*Редакционно-издательский центр
Башкирского государственного университета
450074, РБ, г. Уфа, ул. Заки Валиди, 32.*

*Отпечатано в редакционно-издательском отделе
Института права
Башкирского государственного университета
450005, РБ, г. Уфа, ул. Достоевского, 131-105*