Министерство образования и науки РФ
Министерство здравоохранения и социального развития РФ
Комиссия по здравоохранению, экологии, развитию физической культуры и спорта Общественной палаты РФ
Петровская академия наук и искусств
Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга
Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена
Национальный государственный университет физической культуры, здоровья и спорта им. П. Ф. Лесгафта
Санкт-Петербургский государственный политехнический университет
Санкт-Петербургский государственный университет

"ЗДОРОВЬЕ — ОСНОВА ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА: ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ"

Труды
Пятой Всероссийской научно-практической конференции с международным участием

25-27 ноября 2010 г.

Санкт-Петербург
Издательство Политехнического университета
2010

Всероссийский форум «Пироговская хирургичекая неделя» к 200-летию Н.И. Пирогова

Здоровье — основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения: Труды 5-й Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием. СПб.: Изд-во Политехн. ун-та, 2010. – 491 с.

В книге опубликованы тезисы докладов и статьи, отражающие уровень и динамику заболеваемости по основным группам заболеваний, возможности их консервативного и хирургического лечения. Обсуждаются вопросы организации здравоохранения, образования, экологии, истории, социо-экономического статуса России и ее отдельных граждан. Приводятся сведения о демографических процессах в нашей стране и Санкт-Петербурге. Предлагаются пути улучшения здоровья населения в стране и ее отдельных регионах, городах и учреждениях.

Труды конференции подготовили д.м.н. С.А. Варзин, В.В. Локтионова и О.Ю. Тарасовская

ISSN **2076-4618**

© Санкт-Петербургский государственный университет, 2010
© Санкт-Петербургский государственный политехнический университет, 2010

Всероссийский форум «Пироговская хирургичекая неделя» к 200-летию Н.И. Пирогова

Ministry of Education and Science of Russian Federation
Ministry of Health Care and Social Development of Russian Federation
Commission for Health Care, Ecology, Development of Physical Culture and Sport of the Public Chamber of Russian Federation
Peter Academy of Sciences and Arts
Health Care Committee of Saint-Petersburg
Herzen State Pedagogical University of Russia
Lesgaft National State University of Physical Culture, Sport and Health
Saint-Petersburg State Polytechnic University
Saint-Petersburg State University

FIFTH ALL RUSSIAN SCIENTIFIC-PRACTICAL CONFERENCE WITH INTERNATIONAL PARTICIPANTS

“HEALTH - THE BASE OF HUMAN POTENTIAL: PROBLEMS AND WAYS TO THEIR SOLUTION”

MATERIALS OF THE CONFERENCE
25-27 of November, 2010

Saint-Petersburg,
Published by the State Polytechnic University
2010

Программный комитет

Сопредседатели Программного комитета

Ачкасов Е.Е., Председатель Комиссии по здравоохранению, экологии, развитию физической культуры и спорта Общественной палаты РФ, д.м.н., профессор.
Васильев Ю.С., Президент Санкт-Петербургского государственного политехнического университета, д.т.н., профессор, академик РАН.
Яблонский П.К., директор ФГУ «Санкт-Петербургский НИИ фтизиопульмонологии, декан Медицинского факультета СПбГУ, главный торакальный хирург и фтизиатр МЗСР РФ, главный хирург Санкт-Петербурга, д.м.н., профессор.

Программный комитет:

Алексеева Т.М., профессор кафедры невропатологии им. акад.С.Н. Давиденкова Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования**.**
Алехин А.Н., зав. кафедрой клинической психологии Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена, д.м.н., проф.
Епископ **Амвросий,** ректор Санкт-Петербургской духовной академии, д.богосл.н., проф.
Арсеньев Д.Г., проректор по академической и международной деятельности Санкт-Петербургского государственного политехнического университета; директор ИМОП СПбГПУ, д.ф.-м.н., проф.
Бубнова Н.А., профессор кафедры общей хирургии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова, д.м.н., проф.
Воронцов А.В., зав. кафедрой истории и теории социологии**,** директор библиотеки, Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена, Вице-президент Петровской академии наук и искусств, д.и.н., проф.
Глухов В.В., проректор по учебной работе Санкт-Петербургского государственного политехнического университета, д.э.н., проф.
Гончаров С.А., проректор по учебной работе Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена, д.м.н., проф.
Долгополов В.А., декан Института международных образовательных программ Санкт-Петербургского государственного политехнического университета, к.т.н., доцент.
Жулев Н.М., профессор, заведующий кафедрой невропатологии им. акад.С.Н. Давиденкова Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования.
Зинковский А,В. , профессор кафедры биомеханики и валеологии ИМОП Санкт-Петербургского государственного политехнического университета, д.б.н., проф.
Корнева Е.А., руководитель отдела общей патологии и патологической физиологии НИИЭМ РАМН—д.м.н., проф., Заслуженный деятель науки РФ, академик РАМН.
Марков С.И., зам. проректора по науке Санкт-Петербургского государственного политехнического университета, д.ф.-мат.н., проф.
Милоченко Н.П., Президент Петербургского общества защиты русской культуры**,** д.соц.н.
Лобанков В.М., зав.кафедрой госпитальной хирургии Гомельского государственного медицинского университета, д.м.н., проф. (***Республика Беларусь***)**.**
Москаленко В.Ф., Ректор Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, проф. **(*Украина*).**
Одинак М.М., зав. кафедрой нервных болезней им. М.И. Аствацатурова Военно-медицинской академии им. С.Н. Кирова, д.м.н., профессор, член-корр. РАМН.
Пискун О.Е., зав. кафедрой биомеханики и валеологии ИМОП Санкт-Петербургского государственного политехнического университета, к.п.н., доцент.
Помников В.Г., проректор института усовершенствования врачей-экспертов, Президент Ассоциации неврологов Санкт-Петербурга, д.м.н., профессор.
Румянцев Ю.В., начальник Украинской Военно-медицинской академии (***Украина***), проф.

Рудской А.И., проректор по научной и инновационной деятельности Санкт-Петербургского государственного политехнического университета, д.т.н., проф., член-корр. РАН.
Семенов В.Е., директор Научно исследовательского института комплексных социальных исследований СПбГУ, д.соц.н., проф.
Скоромец А.А., главный невролог Санкт-Петербурга, заведующий кафедрой неврологии с клиникой Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.И. Павлова, д.м.н., профессор, академик РАМН.
Смехова И.Е., доцент Санкт-Петербургской государственной химико-фармацевтической академии.
Смирнова И.О., профессор Медицинского факультета СПбГУ, д.м.н., проф.
Филиппов С.С., проректор Национального государственного университета физической культуры, спорта и здоровья им. П.Ф. Лесгафта, д.п.н., проф.
Шишкин А.Н., зав. кафедрой факультетской терапии Медицинского факультета СПбГУ, д.м.н., проф.
Щербук Ю.А., Председатель Комитета здравоохранения Правительства Санкт-Петербурга, д.м.н., проф.
Эрман М.В., зав. кафедрой педиатрии Медицинского факультета СПбГУ, д.м.н., проф.
Яковлев А.А., главный врач городской больницы им. С.П. Боткина, зав. кафедрой инфекционных болезней Медицинского факультета СПбГУ, д.м.н., проф.
van Zwieten K.J., профессор университета г. Хасселт (***Бельгия***).
Schmidt K.P., почетный доктор Санкт-Петербургского государственного политехнического университета, профессор университета г. Хасселт (***Бельгия***).

Председатель оргкомитета - **Арсеньев Д.Г**., проректор по академической и международной деятельности Санкт-Петербургского государственного политехнического университета; директор ИМОП СПбГПУ, д.т.н., проф.

Оргкомитет:
Алехин А.Н., зав. кафедрой клинической психологии РГПУ им. А.И. Герцена, д.м.н., проф.; **Бабкин А.В.** , директор НИК СПбГПУ, д.э.н., проф. **Варзин С.А.,** *секретарь оргкомитета*, профессор кафедры факультетской хирургии Медицинского факультета СПбГУ; **Венгерова Н.Н**., доцент кафедры биомеханики и валеологии ИМОП СПбГПУ, к.п.н., доцент; **Гузева В.И.,** профессор, заведующая кафедрой неврологии СПбГПМА; **Королев В.И**., профессор кафедры биомеханики и валеологии ИМОП СПбГПУ; ведущий научный сотрудник Института эволюционной физиологии и биохимии РАН, к.б.н., доцент; **Лобзин С.В**., профессор кафедры невропатологии им. акад.С.Н. Давиденкова СПбМАПО; **Локтионова В.В.**, Генеральный директор ООО «Академический медицинский центр»; **Малыхина Я.В.,** доцент кафедры клинической психологии РГПУ им. А.И. Герцена**,** к.психол.н., доцент; **Петрова Н.Н**., зав. кафедрой психиатрии и наркологии Медицинского факультета СПбГУ, д.м.н., проф.; **Пискун О.Е.,** зав. кафедрой биомеханики и валеологии ИМОП СПбГПУ, к.п.н., доцент; **Сайкова Л.А.,** профессор кафедры невропатологии им. акад.С.Н. Давиденкова СПбМАПО; **Скрипченко Н.В.,** заместитель директора по науке НИИ детских инфекций ФМБА России, д.м.н., профессор. **Тарасовская О.Ю.,** сотрудник ОНТИ СПбГПУ; **Чухловина М.Л.,** профессор кафедры неврологии СПбГПМА.

Человек, его права и свободы являются высшей ценностью. Признание, соблюдение и защита прав и свобод человека и гражданина - обязанность государства.

Статья 2 Конституции РФ

Носителем суверенитета и единственным источником власти в Российской Федерации является ее **многонациональный народ**.

Статья 3 Конституции РФ

1. ***Достоинство личности охраняется государством. Ничто не может быть основанием для его умаления.***
2. ***Никто не должен подвергаться*** пыткам, насилию, другому жестокому или ***унижающему человеческое достоинство обращению*** или наказанию**.** Никто не может быть без добровольного согласия подвергнут медицинским, научным или иным опытам.

Статья 21 Конституции РФ

Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам ***бесплатно*** за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.

Статья 41.1. Конституции РФ

Предисловие

Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения» является ежегодной и проходит уже пятый раз в Санкт-Петербурге, отмечая свой своеобразный Юбилей.

В 2010 году исполнилось 200 лет со дня рождения гениального русского хирурга и анатома, общественного деятеля и педагога, мыслителя и практика, человека слова и дела, Николая Ивановича ПИРОГОВА. В историческом центре Санкт-Петербурга в связи с этим событием созван уникальный и крупнейший Форум хирургов России, на который приглашены лучшие специалисты практически всех направлений хирургии нашей страны и ряда зарубежных государств. В рамках Форума будет проходить и наша Конференция. Естественно, возникает закономерный вопрос, какое отношение к хирургическим проблемам может иметь конференция, на заседаниях которой обсуждаются многие общие вопросы, на первый взгляд, далекие от проблем хирургии. Дело в том, что, прежде, чем стать больным, человек был здоровым. И он мог не заболеть, если бы с самого детства ему прививали правила здорового образа жизни и создавали для него условия оптимального проживания. Для этого надо лишь иметь развитые промышленность и сельское хозяйство, науку, образование и профилактическую медицину, спокойную психологическую обстановку в стране, возможности для мирного труда, создания и развития семьи. Именно Пирогов утверждал, что в решении крупных проблем на первом месте стоит организация оказания помощи нуждающимся в ней, а не собственно хирургические вмешательства. Зачем создавать дорогостоящие центры оказания хирургической помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях, если проще и намного дешевле их предотвращать (ежегодно около 300 тысяч наших сограждан становятся ранеными и погибшими на дорогах страны)? Что нужно делать, чтобы большинство больных с острой хирургической патологией органов брюшной полости попадало в стационар в первые часы от начала заболевания, а не через сутки? Почему в хирургию не идет молодежь и средний возраст хирурга в России уже достиг 55 лет? Вопросов много и их решение возможно, если объединятся не только хирурги, что назрело давно, но и специалисты многих иных направлений.

Цель замечательная – сохранение и приумножение народов России. Несомненное достоинство объединенных Пироговского Форума и 5-й Конференции – возможность комплексного анализа социально-экономических проблем, с которыми связан рост ряда социально значимых заболеваний.

Человеческий потенциал включает в себя три взаимосвязанных и взаимообусловленных элемента: здоровье человека, его образование и материальные доходы. Здоровье является основой человеческого потенциала, ведь без него все остальное оказывается бессмысленным.

Медицина занимается в основном больными людьми. Качество медицинской помощи и ее объем для большинства малообеспеченных людей всецело

зависят от государственного финансирования. Но здоровье человека напрямую зависит не только от его материального положения, но и от его общей культуры, уровня образования, нравственности, духовных начал. Все перечисленное также обусловлено внутренней и внешней политикой государства. Оно создает условия для обеспечения работой всех своих граждан с достойной оплатой их труда, гарантирует им медицинское обеспечение и образование, посредством СМИ формирует их мировоззрение, культуру, духовность, потребности и запросы. Помимо всего прочего обеспечивает правовую и физическую защиту как отдельных граждан, так и оборону государства от внешних врагов.

Таким образом, понять причины ухудшения здоровья нации невозможно, не погрузившись в проблемы российского здравоохранения и медицины, экономики, образования, СМИ, не познав духовной роли Русской Православной Церкви и других конфессий страны, исторического развития России, геополитики и много другого.

В сборнике представлены свыше 200 тезисов докладов и статей из почти 40 городов Российской Федерации и зарубежья: Архангельск, Астрахань, Барнаул, Великий Новгород, Владикавказ, Воронеж, Иваново, Ижевск, Казань, Кемерово, Киров, Крымск, Курск, Майкоп, Москва, Новосибирск, Оренбург, Петрозаводск, Рыбинск, Самара, Санкт-Петербург, Саранск, Саратов, Смоленск, Старый Оскол, Томск, Уфа, Ханты-Мансийск, Чебоксары; Азербайджан (Баку), Бельгия (Хасселт), Нидерланды (Роттердам), Республика Беларусь (Минск), Суринам (Парамарибо), Таджикистан (Душанбе), Украина (Киев, Шостка), Хорватия (Загреб), Чехия (Брно).

Авторские материалы представляют собой результаты клинических исследований в различных отраслях медицины, изыскания социально-экономической направленности, аналитические работы в области социологии, психологии, педагогики, экономики, истории, философии, физической культуры и спорта и т.д. В материалах конференции представлены мнения не только ученых - узких специалистов в определенных областях знания, но и взгляды представителей общественных организаций, которые выражают насущные интересы различных социальных групп. Не всегда мнение отдельных авторов совпадает с позицией оргкомитета конференции, но, оргкомитет уважает право каждого участника нашего форума на выражение своего отношения к той или иной проблеме. Оргкомитет 5-й Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения» желает всем участникам форума успешной и плодотворной работы.

П.К. Яблонский, декан Медицинского факультета
Санкт-Петербургского государственного университета,
директор СПб НИИ фтизиопульмонологии

Раздел I

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И СМЕРТНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ

Е.Е. Ачкасов

ОЗДОРОВЛЕНИЕ НАЦИИ ЧЕРЕЗ ДУХОВНОЕ ЗДОРОВЬЕ

ГОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет им.И.М. Сеченова, лечебный факультет

Оздоровление нации является важнейшей государственной задачей. Поискам путей решения этой задачи посвящена сегодняшняя конференция.

В настоящее время в России сложилась неблагоприятная демографическая ситуация. Средняя продолжительность жизни мужчин на сегодняшних день составляет менее 60 лет. Сложившаяся демографическая ситуация явление многофакторное.

Как показывает мировой опыт, снизить уровень заболеваемости только за счет лечения уже больных людей невозможно. Болезни молодеют, а количество больных увеличивается. Нерожденный человек в большинстве случаях еще до рождения обречен на болезнь. В последние годы 70% беременных женщин имеют отклонения в состоянии здоровья. Новорожденные рождаются с физическими и неврологическими нарушениями. Из пяти рожденных детей в нашей стране четверо (!) больны. К 2015 году доля здоровых новорожденных может сократиться до 15-20% от общего числа детей. Функциональные отклонения выявляются у 33-50% новорожденных, из них у 70% детей имеются начальные признаки патологии опорно-двигательного аппарата; у 30% детей наблюдается функциональная неполноценность кардиореспираторной системы.

Наблюдается порочный круг: нездоровые дети - нездоровые подростки, которые становятся, затем нездоровыми родителями и рожают нездоровых детей.

Государство теряет огромные средства в связи с инвалидизацией и смертностью населения, но совершенно не заинтересовывает население быть здоровым и поддерживать здоровье. В новом проекте закона «Об основах охраны здоровья» в статье 25 нас «обяжут вести здоровый образ жизни». «Граждане обязаны заботиться о своем здоровье и трудовом долголетии…». Если законопроект станет законом, его нарушителем станут не только алкоголики и наркоманы, но и любители соленых огурцов, страдающие заболеванием почек. Но пока не появились подзаконные нормативные акты, устанавливающие за поедание огурцов административную или уголовную ответственность, можно не только есть огурцы, но и вгонять болезнь почек в более тяжелую форму.

Больных, безусловно, надо лечить. Это основная задача здравоохранения. Минздравсоцразвития-это министерство, оказывающее помощь уже заболевшим. Парадокс нашей реальности заключается в том, что государство заботит-

ся сегодня о больном, выделяя страховку на болезнь. А здоровый должен позаботиться о себе сам. Получается, что быть здоровым «невыгодно», так как здоровье не поощряется государством!

А вот структуры, которая занималась бы профилактикой, комплексным анализом состояния человеческого потенциала, заботой о сохранении здоровья населения в России нет. На наш взгляд, результатом сегодняшней конференции должны быть рекомендации всем государственным структурам, включая правительство Рекомендации - предложения комплекса государственных и общественных мер по сохранению человеческого потенциала.

Об ухудшении физического и психического здоровья сегодня пишут не только медики, но экологи, демографы, философы, политики и культурологи. А те, кто не пишут, тем не менее, тоже страдают от физического и духовного обнищания нации. Научно-технический прогресс обладает диалектическим двуединством, как все процессы в обществе и науке. Двадцатый век не только поднял человека в космическое пространство, дал ему блага цивилизации и инновационные возможности для коммуникаций, но и породил человеческое уродство в виде терроризма, детской проституции и наркомании.

Цивилизация внесла в жизнь человека многочисленные факторы риска, болезненное действие которых описывается на основании учения о стрессе, о генерализованном адаптационном синдроме Ганса Селье(H.Selye,1936). К ним относятся следующие «издержки цивилизации»: физико-химические токсические факторы окружающей среды, психо-эмоциональные нагрузки, нарушение гигиенических навыков жизнедеятельности, самоотравления и вредные привычки, семейная заброшенность детей и неудовлетворенность взрослых, террористическая и инфекционная опасность (я имею в виду эпидемию ВИЧ-инфекции и туберкулеза).

К этим причинам добавляется хронический стресс-неблагоприятные психологические давления, трудности адаптации к быстро меняющимся условиям природной и социальной ситуациям, конфликт человека с обществом, неудовлетворенность желаний и установок, одиночество, непризнанность, утомление, сознание неполноценности от невозможности обеспечить себя и свою семью. Эмоциональный стресс является визитной карточкой нашего времени. Он проявляется выраженным психо-эмоциональным напряжением, которое ограничивает биологические и социальные возможности человека, приводит к развитию артериальной гипертензии, инфаркту миокарда, язвенным поражениям желудка, нарушениям в иммунной системе. Я не ошибусь, если отмечу, что даже банальная вирусная инфекция у человека с эмоциональным стрессом протекает тяжелее, чем у человека, ни чем не обремененного.

Поэтому, относясь к человеку как к составляющей общего человеческого потенциала, нужно помочь ему найти защиту от «побочных эффектов цивилизации», помочь ему укрепить свое психоэмоциональное здоровье, получить иммунитет от неблагоприятного воздействия стрессов, привить уважение к собственному здоровью и научить достигать релаксации не путем алкоголизма, табакокурения, наркомании, азартных игр. Нужно вовлечь его в активный и

здоровый образ жизни. Нужно научить человека получать позитивные эмоции от общения с природой и культурными ценностями. Россияне сегодня разучились отдыхать, став заложниками в механизмах сегодняшнего бизнеса и тревоги за будущее.

Вызывает опасение распространение еще одного безобразного явления. Средства массовой информации используют сегодня древний способ «хлеба и зрелищ»: нам навязывают бездуховное развлечение с политическими, сексуальными, агрессивно-расторможенными сюжетами на всех телеканалах, кроме телеканала «Культура». Нам демонстрируют убийство и насилие, как неотъемлемый атрибут реальности, что подсознательно увеличивает психоэмоциональный стресс и разрушает духовное и физическое здоровье человека. Дети наблюдают за тем, как взрослые решают споры, убивая друг друга. О каком психосоматическом здоровье этих детей мы можем говорить? Дмитрий Сергеевич Лихачев назвал современную индустрию развлечения «антикультурой». Сегодняшний человек, угнетенный стрессами, создал взрыв бездуховности, тем самым усугубив свою и так травмированную физическую и духовную экологию.
Человек сможет быть защищен от напора хамства и насилия, если он будет окружен собственной духовной и высокоморальной оболочкой.
Нравственное совершенствование укрепляет не только душу, но и тело
В нашей жизни окрепнет гуманизм и нравственность, если мы обратим внимание на важнейшую составляющую человеческого потенциала-его духовность, духовность человеческой сферы.
«Это огромная сфера, охватывающая гуманистическую сущность общества всего живого, всего сущего на планете и даже во всей Вселенной. «Человекосфера»... «Гомосфера»,- сказал академик Лихачев.
В его архиве сохранились «Советы идущему по этапу» с таким пунктом: «Верующий — тверди молитву. Неверующий — стихи». Стихи с их красотой и возвышенностью мысли приходили на помощь академику, когда он переживал череду репрессий и несчастий. Произведения литературы укрепляли его «резистентность» — сопротивляемость к стрессам в буквальном смысле. Сопротивляемость помогла ему сохранить верность себе в лагере, где он отказывался помогать охране, просившей его читать атеистические лекции для заключенных. Он помнил, что Соловки — священное для каждого русского человека место. Сопротивляемость помогала жить в блокадном Ленинграде, где он остался вместе со всей семьей. Двум его дочкам было тогда по четыре года.

Мы защитим здоровье человека, если вовлечем его в получение положительных эмоций от культурных достояний, а не от просмотра сериала, наполненного расчленными трупами и искусным владением огнестрельного оружия.

Конечно, если человек, у которого не нашлось времени посетить музей за свою жизнь, навряд ли пристраститься к этому путем нехитрой рекламы или методом принуждения. Духовность – это сложный процесс, включающий в себя не только знание литературы и искусства. Это сфера взаимоотношений личности с близкими, с друзьями, с обществом. Духовный человек не убьет другого человека. «Каждый из нас, в лютые времена или благополучные, каж-

дый день делает маленький или большой выбор… — сказала в одном интервью Наталья Солженицына, — сделать выбор в экстремальной ситуации в каком-то смысле намного проще. Потому что ясно — что белое, а что черное. Это ситуация моря. А в луже не страшно. Никто не боится утонуть в луже — ну, разве что испачкаться… На самом деле топит лужа, которой ты не опасаешься».

Мы в нашей Комиссии уже говорили о необходимости принятия мер, способствующих повышению просвещения населения - как этапа его духовного развития. Мы подчеркиваем, что духовное развитие, морально-этическое здоровье укрепляет физическое здоровье и создает крепкий иммунитет от воздействия любых агрессивных факторов окружающей среды.

Способы решения этих задач уже известны. Непростительно забыты слова Дмитрия Сергеевича Лихачева: « Я вовсе не против так называемого «современного» искусства, но это должно быть именно искусство, облагораживающее и возвышающее человека, а не жалкая, бездарная пародия, рассчитанная на моментальный шок-успех, оглупляющая массы людей, дискредитирующая само высокое звание человека-артиста. Массовой культуре, с завидной энергией вторгающейся в нашу жизнь, следует противопоставить высокую культуру, имеющую народную, национальную основу, — в этом одна из задач эстетического и нравственного воспитания. И решать эту задачу следует гораздо энергичнее и действеннее ».

Решение глобальных проблем возможно при глобальном к ним подходе. Задачами всех заинтересованных государственных и общественных структур, а также специалистов, среди которых должны быть медики, экологи, промышленники и другие, должно стать создание общественной коалиций по организации этических норм общественного и производственного поведения, контроля за чистоплотностью и информативностью средств массовой информации, создание оптимальных уважительных условий жизнедеятельности человека.

Мы отдаем себе отчет, что отдельно проблем духовного развития нации в чистом виде не существуют. Как не существуют отдельно политических, экономических или нравственных вопросов. Они всегда тесно связаны с политикой, экономикой, новыми технологиями, общей культурой человека и общества, с уровнем зрелости государственного и общественного сознания.

Поэтому **ответственность за их решение** должна лежать на всем цивилизованном сообществе. И если у нации в целом и у каждого гражданина в отдельности будет сформировано ответственное отношение к ближнему, к морально-нравственной обстановке не только своего жилища, но и общества, то постепенно из нашей жизни исчезнет безнравственность и неуважение к ближнему.

Оздоровив духовное состояние человека, мы создадим условия для укрепления физического и психического потенциала нации.

Н.П. Бабушкина, Е.В. Волкова

ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ УРАЛЬСКОГО РЕГИОНА

Уральский государственный технический университет, Екатеринбург

Проблема здоровья студентов становится все более актуальной в связи с трудностями социально-экономического характера, переживаемыми в настоящее время Россией. Многочисленные научно-практические исследования последних лет были посвящены разработке системы охраны и укрепления здоровья студентов.

Одной из приоритетных задач вузовского образования является забота о здоровье студентов. Вуз должен выступать организатором и инициатором эффективной и целенаправленной работы по сохранению, реабилитации здоровья студентов.

Наиболее значимые и реализуемые здоровьесберегающие технологии сохранения и укрепления здоровья отвечают принципиальному требованию – возможности интеграции в педагогический процесс. Превентивные технологии предупреждают возникновение функциональных отклонений и заболеваний в связи с образовательным процессом, предохранение учащихся от негативного влияния на здоровье факторов обучения в сочетании с медико-социальными факторами. Все здоровьесберегающие программы направлены на формирование здорового образа жизни студентов через приобретение здоровых установок, полезных привычек и навыков для повышения качества жизни.

Под здоровьесберегающими технологиями понимают модель деятельности всех служб и участников медико-педагогического процесса, в котором используются разнообразные формы, методы и средства обучения, воспитания и врачевания с целью сохранения и укрепления здоровья студентов. В основе любой программы лежит учет состояния здоровья учащихся, его возрастно-половые и индивидуальные психофизиологические особенности.

Длительное пребывание студента в образовательном учреждении, продолжительный период обучения в течение 5-6 лет оказывает влияние на состояние здоровья. К негативным факторам относятся: минимальный двигательный режим, ухудшение качества питания, стрессовые состояния, использование современных технологических средств, персональных компьютеров. Патология зрения различной степени выраженности занимает одно из ведущих мест в структуре болезней. Современным студентам в условиях высоких учебных нагрузок не хватает времени на полноценный сон, прогулкок на свежем воздухе. Длительная статическая нагрузка студента требует усиления физической активности, оптимальный двигательный режим благоприятно влияет на его здоровье. Дефицит двигательной активности вызывает морфофункциональные отклонения в организме студента. К факторам риска для здоровья студентов относят и асоциальные формы поведения: курение, алкоголь, токсические вещества, наркотики и сексуальная распущенность. Среди групп факторов, оказы-

вающих негативное влияние на состояние здоровья современного студента, следует отметить ухудшение экологической обстановки крупных городов и промышленных центров.

Таблица

Выбросы загрязняющих веществ в атмосферу
в Свердловской области

№ п/п	Наименование	Выброс загрязняющих веществ, тыс. т/год	% от суммарной массы выбросов по области
1	Филиал «Рефтинская ГРЭС» ОАО «ОГК-5»	306,2	24,4
2	ОАО «Нижнетагильский горно-обогатительнай комбинат»	90,5	7,2
3	ОАО «Высокогорский горно-обогатительный комбинат»	89,7	7,1
4	ОАО Каменский ГОК «Ванадий»	87,8	7,0
5	ОАО «Святогор»	58,2	4,6
6	ОАО «Металлургический завод им. А.К. Серова»	37,8	3,0
7	Филиал Серовская ГРЭС ОАО «ОГК-2»	35,7	2,8
8	Верхнетагильская ГРЭС – филиал ОАО «ОГК 1»	35,1	2,8
9	Пелымское ЛПУ МГ ООО «Тюментрансгаз» ОАО «Газпром»	34,5	2,7

Уральский экономический регион по количеству вредных выбросов в атмосферу стоит на одном из первых мест среди других регионов России. На Свердловскую область приходится около трети всех выбросов Урала, поэтому в большинстве городов области сложилась чрезвычайная экологическая ситуация. Неблагоприятная экологическая обстановка наблюдается в городах Свердловской области: Асбест, Нижний Тагил, Каменск-Уральский, Серов, Екатеринбург, Краснотурьинск, Первоуральск. В таблице № 1 даны показатели суммарной массы выбросов по Свердловской области. Наибольший вклад в загрязнение атмосферного воздуха вносят следующие предприятия: филиал «Рефтинская ГРЭС» ОАО «ОГК-5», ОАО «Нижнетагильский горно-обогатительнай комбинат», ОАО «Высокогорский горно-обогатительный комбинат».

Повышение внимания специалистов к проблемам здоровья студентов требует дальнейшей разработки теории и методов скрининговых исследований, прогнозирования, определения места и роли подсистемы «студент – окружающая среда» в системе «человек – общество». Связующим звеном подсистемного уровня в иерархии «человеческих факторов», с одной стороны, и природных, социальных характеристик места проживания учащихся, с другой стороны, является состояние здоровья как фактор образа жизни и критерий качества жизни

окружающей среды.

А.В. Воронцов

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И ЕГО РОЛЬ В ВОСПРОИЗВОДСТВЕ НАСЕЛЕНИЯ: СТАТИСТИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСЕКИЙ АНАЛИЗ

Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена, Санкт-Петербург

Здравоохранение - основной и наиболее непосредственный фактор, влияющий на состояние демографии в России в основном на рождаемость и смертность. Влияние это осуществляется путем:

- организации проведения профилактических мероприятий;
- оказания медицинской помощи населению;
- проведения научных исследований в области медицины.

В годы реформ повысилась заболеваемость населения, что оказало существенное влияние на общее состояние здоровья народа, на его генофонд, на продолжительность жизни. За 1990-2008 гг. из 15 видов болезней почти по всем имел место существенный рост. Среди них выделяются (в расчете на 1000 чел): новообразования 5,5 и 10,1, болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм 1,3 и 5,3, болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ 3,6 и 11,5, болезни системы кровообращения 11,2 и 26,6, болезни мочеполовой системы 19,6 и 48,7, врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения 0,7 и 2,1. Рост по этим 5 болезням – в 2-3 раза[1]. Из 11 видов заболеваний только по двум нет роста – нервные и органов дыхания.

По другим источникам за 1990-2001 гг. особенно резко возросло количество заболеваний ВИЧ-инфекцией – в 1,5 раза, больных туберкулезом– в 2,5 раза. В РФ наблюдается резкий (в 370 раз) рост количества смертей от СПИДа. В 2007 году от этой болезни умерли 407 тысяч человек. 1,3 миллиона зараженных - из них 44% женщины в детородном возрасте. Численность больных сифилисом, состоящих на учете увеличилось за тот же период с 47,7 тыс. чел. до 679 тыс. чел., т.е. в 14 раз[2]. По данным Российского статистического ежегодника за 2002 год число наркоманов с 1995 по 2001 г. возросло с 85 тыс. до 212 тыс. чел. – в 2,5 раза.

В более благоприятный период 2001-2008 гг. рост заболеваний продолжался, хотя и в менее значительных размерах, чем за предыдущий период. Так количество новообразований в 2001 и 2008 гг. соответственно, составило 8,5 и 10,1, болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм 3,9 и 5,3, болезни нервной системы 15,0 и 17,0, болезни системы кровообращения 18,0 и 26,6.

Ученые считают, что в 2005 году 150 тысяч жизней могли быть сохране-

[1] Электронный ресурс: http://www.gks.ru/wps/portal/OSI_N/ZDRAV

[2] Советская Россия. – 11 июня. - № 61. – 2008.

ны в случае, если медицинская помощь была бы экономически и географически доступна[3].

Приведенные данные следует дополнить сведениями об инфекционных заболеваниях в 2009г. На территории Российской Федерации в 2009г. по сравнению с 2008г. эпидемиологическая обстановка характеризовалась определенным ростом заболеваемости населения по ряду инфекционных заболеваний, в их числе: острые кишечные инфекции 102,2%, коклюш 113,9%, острые инфекции верхних дыхательных путей 121,3%, грипп в 1,8р., (ВИЧ) 112,3%, бессимптомный (ВИЧ) 101,9%, педикулез 100,5%.

По данным статистического обследования среди заболевших инфекционными болезнями детей в 2009г. в возрасте 0-17 лет прирост составлял: по гепатиту А - 48,6%, паротиту эпидемическому - 56,4%, острым кишечным инфекциям - 66,1%, менингиту инфекционному - 73,1%, краснухе - 76,8%, коклюшу - 97,1%[4].

Самые высокие показатели заболеваемости туберкулезом в 2009г. имели место в Приморском крае, Республике Тыва и Еврейской автономной области (в 2,8-2,3 раза выше, чем в среднем по России), Республике Бурятия, Омской, Кемеровской, Амурской областях, Хабаровском крае, Иркутской области и Алтайском крае (в 2,0-1,6 раза выше).

При относительно благополучной ситуации в целом по стране, в ряде субъектов Российской Федерации в 2009г. оставался значительным уровень заболеваемости сифилисом. Так, в Республике Тыва он был в 6,8 раза выше среднероссийского показателя. Высокие показатели заболеваемости сифилисом наблюдались в Еврейской автономной области, Республике Хакасия, Амурской области и Забайкальском крае (в 3,2-2,7 раза выше), Республике Алтай, Иркутской области, Республике Бурятия, Кемеровской и Сахалинской областях (в 2,4-1,9 раза выше).

В 2009 г. зарегистрировано 13995 человек с болезнью, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), и 34992 человека - с бессимптомным инфекционным статусом, вызванным вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), в том числе детей в возрасте 0-17 лет - соответственно 399 человек и 703 человека. Более половины (60,0%) всех выявленных больных ВИЧ-инфекцией учтено в 10 субъектах Российской Федерации: в Санкт-Петербурге, Челябинской, Нижегородской, Ульяновской областях, Приморском крае, Ростовской, Омской, Свердловской, Иркутской областях и Пермском крае[5].

Особую тревогу у общества должно вызывать состояние заболеваемости детей. Из 11 видов болезней в расчете на 100000 детей в 1990 и 2008 году имели место: новообразования 104,4 и 413,3 – в 4 раза, болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм 411,1 и 1985,1 – в 4,8 раза, болезни эндокринной системы, расстройства питания, на-

[3] Советская Россия. – 11 июня. - № 61. – 2008

[4] Электронный ресурс: http://www.gks.ru/bgd/regl/b10_01/IssWWW.exe/Stg/d01/3-3.htm

[5] Электронный ресурс: http://www.gks.ru/wps/portal/OSI_N/ZDRAV

рушения обмена веществ 540,6 и 1809,2 - в 3,3 раза, болезни системы кровообращения 191,6 и 5775,9 – в 30 раз, болезни органов дыхания 78359,7 и 108458,6 – в 1,4 раза, болезни органов пищеварения 3876,2 и 8698,7 – 2,2 раза, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани 843,7 и 3129,0 – в 3,7 раза, травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин 7034,3 и 10656,5 – в 1,5 раза.

Статистические данные Минздравсоцразвития РФ показывают: естественная убыль за 2008 год составила 363,5 тысячи человек, что на 22,7 процентов меньше, чем год ранее. В ведомстве считают, что немалую роль в этом отношении оказала реализация национального проекта в области здравоохранения.

Согласно предварительным данным, по итогам 2008 года отмечается тенденция к стабилизации показателей смертности от болезней кровообращения, от раковых образований, ряда инфекционных и паразитарных болезней.

Снизился показатель смертей, вызванных травмами, отравлением алкоголем, самоубийствами. Так, в результате ДТП в 2008 году умерли 23868 человек, это на 2022 человека меньше, чем в 2007 году. Пошел на спад и показатель младенческой смертности. Он снизился с 25,4 на 100 тысяч родившихся в 2005 году до 22 к 2008. году[6].

Если сравнивать итоги Общероссийской переписи населения 2002 года, численность населения страны сократилась на 1 декабря 2008 года на 3,3 млн. человек и составила 141,9 млн. человек. При этом средний возраст россиян составляет 38,7 лет. С 2002 года он возрос на 1,6 года. Средний возраст российских мужчин сегодня 36 лет, а женщин - 41 год.

В соответствии с федеральным бюджетом на 2009 г. и на плановый период 2010г. и 2011г. на проект "Здоровье" предполагается направить в 2009г. 111,9 млрд. руб., в 2010г. - 105,9 млрд. руб. и в 2011г. - 109,3 млрд. руб. Однако, несмотря на сохранение финансирования на прежнем уровне, именно нацпроект "Здоровье" считается наиболее проблемным, ведь финансовый кризис серьезно ударил по фармацевтическому рынку, и цены на лекарства начали существенно расти.

Прогнозы экспертов неутешительны: потребление лекарств, доступных на коммерческом рынке, в ближайшее время резко сократится, а дорогостоящих препаратов для льготников может попросту не хватить. Основная причина – практически полная зависимость российского фармацевтического рынка от импорта (и от девальвации рубля относительно бивалютной корзины). Кроме того, несмотря на значительные финансовые вливания, к настоящему моменту так и не удалось модернизировать систему здравоохранения. Качество медуслуг, по словам потребителей, выросло ненамного, равно как и доступность высокотехнологичного лечения и медицинских препаратов.

В значительной мере уровень заболеваемости населения зависит от состояния системы здравоохранения России. В определенной степени ее состояние характеризуется значениями основных показателей статистики, а также **результатами** опроса населения по проблемам здоровья**.**

[6]Электронный ресурс: http://www.gks.ru/wps/portal/OSI_N/ZDRAV

Федеральная служба государственной статистики (Росстат) при участии Минздравсоцразвития России, Росспорта, Института социальных исследований впервые в отечественной практике провела выборочное обследование на тему "Влияние поведенческих факторов на состояние здоровья населения"[7].

Результаты исследования дополняют текущую статистику здравоохранения и уровня жизни, позволяя выявить отношение представителей различных социально-демографических групп к собственному здоровью и способам его поддержания, оценить распространенность поведенческих факторов (привычек и стиля жизни), способствующих укреплению физического, репродуктивного и психического здоровья населения или, напротив, наносящих ему урон.

Материалы опроса подтвердили обоснованность рабочей исследовательской гипотезы о двойственном (противоречивом) отношении основной массы людей к своему здоровью и поведенческим факторам его обеспечения.

Для подавляющего большинства людей в возрасте 15 лет и более хорошее здоровье является одной из наиболее актуальных базовых ценностей. На предложение определить по пятибалльной шкале ценность здоровья в ряду других жизненных ценностей 85,0% опрошенных дали ответы, в которых выражено максимальное ранговое значение ценности крепкого здоровья. В сознании подавляющего большинства людей всех возрастных групп здоровье как ценность вместе с ценностью семьи занимает 1-2 место среди других важнейших социальных ценностей - материального благополучия, работы, образования.

Большинство опрошенных (84,2%) вполне осознают, что состояние их здоровья зависит, прежде всего, от них самих. Лишь в группе пенсионного возраста этот показатель уменьшается до 69,3%, что объясняется как высоким уровнем заболеваемости в этой группе, так и, видимо, влиянием прежних стереотипов сознания об ответственности системы здравоохранения за здоровье населения.

Вместе с тем основная масса обследованных на практике относится к собственному здоровью весьма небрежно. Многие люди не приучены к стилю жизни и поведению, которые обеспечивают предупреждение заболеваний, подвержены влиянию отрицательных социальных норм и традиций. Как свидетельствует совокупность полученных данных о распространенности положительных и отрицательных поведенческих факторов, влияющих на здоровье, доля тех, кто в повседневной жизни действительно бережет свое здоровье, не превышает 25% обследованных.

Признавая на декларативном уровне важность здоровья, полезность занятий физической культурой, пагубность курения, употребления алкоголя и т.д., большинство людей в реальной жизни пренебрегают возможностями сохранения здоровья и рисками его потери.

Отрицательное проявление субъективных (личностных) качеств обследованных в их отношении к собственному здоровью выражается, например, в следующих фактах:

64,1% - отметили, что не соблюдают режим питания;

[7] Электронный ресурс: http://www.gks.ru/wps/portal/OSI_N/ZDRAV

76,4% - не занимаются утренней гимнастикой;

33,7% - регулярно курят, из них 48% - выкуривают от 11 до 20 и более сигарет в день;

84,7% - употребляли алкогольные напитки, в том числе каждый четвертый употребляет водку, коньяк и другие крепкие напитки регулярно.

На вопрос: "В какой мере Вы заботитесь о своем здоровье?" дали ответ, что мало заботятся или совсем не заботятся в возрастной группе 15-19 лет 37,4% опрошенных, в группе 20-24 года - 47,0% и т.д. по нарастающей прогрессии. Лишь респонденты пенсионного возраста, фактически поголовно страдающие разными заболеваниями, начинают осознавать необходимость ответственного отношения к своему здоровью.

При проведении исследования учитывалось, что самооценки здоровья лишь отчасти могут выражать его реальное состояние, ибо они носят субъективный характер, зависят от социального самочувствия людей, от конкретной жизненной ситуации и не всегда основываются на результатах медицинских обследований. Об этом говорит то, что 40,5% от общего количества респондентов и 38% от количества страдающих хроническими заболеваниями, не проходили профилактический осмотр в течение последних двух лет. Большинство опрошенных (59,2%) оценивают состояние собственного здоровья, не опираясь на врачебные заключения, а по настроению, которое, подчеркнем, весьма относительно. Например, 16,5% респондентов, страдающих болезнями сердечно-сосудистой системы и опорно-двигательного аппарата, оценили состояние своего здоровья как очень хорошее или хорошее и, напротив, 14,5% респондентов, не имеющих (по их мнению) заболеваний, оценили его как плохое или очень плохое.

Тем не менее, процентное распределение положительных и отрицательных самооценок здоровья в сочетании с данными о его реальном состоянии и влиянии на него поведенческих факторов является достаточно существенным показателем отношения населения к здоровью. Судя по этому показателю, большинство людей относятся к своему здоровью как к сравнительно легко "возобновляемому ресурсу", не приучено постоянно думать о его состоянии, а тем более, практически заботиться о нем, не привыкло противостоять вредным привычкам.

Заболеваемость населения существенно зависит от уровня доходов. Так остеохондроз имеется у 27,2% населения с высоким уровнем доходов и 45,6% – с низким, гипертоническая болезнь и/или ишемическая болезнь сердца, соответственно 21,5 и 41,2, артрит 7,1 и 21,2, холецистит 7,6 и 12,8, бронхит 6,9 и 20,8, патология щитовидной железы 6,5 и 10,6, язва желудка и/или двенадцатиперстной кишки 5,0 и 8,4, мочекаменная болезнь 4,6 и 7,5, диабет 1,4 и 7,5, астма 1,2 и 7,5, другие заболевания 14,7 и 23,9, нет никаких недомоганий (болезней) 32,9 и 15,9, затруднились ответить 7,2 и 4,9.

В группе респондентов с низким уровнем доходов практически каждый второй опрошенный указал на наличие болезней опорно-двигательного аппарата и системы кровообращения, а в среднем 8-9 респондентов из каждых десяти

опрошенных страдают двумя заболеваниями.

В случаях недомоганий 56,4% опрошенных обращаются за помощью к врачам; 62,7% - предпочитают лечиться самостоятельно, применяя лекарства и "народные" средства; 2,6% - обращаются к людям, лечащим нетрадиционными средствами; 3,6% - ничего не делают. В числе людей, занимающихся самолечением, только 37,3% в случае заболеваний прибегают также к врачебной помощи. В качестве "народного" средства самолечения 24,9% опрошенных указали спиртные напитки, которые они используют при простудных заболеваниях или для снятия других болезненных состояний.

Из числа респондентов, обратившихся в 2007 г. в лечебно-профилактические учреждения, были пациентами муниципальных больниц и поликлиник 87,3%, областных и республиканских - 16,9%, ведомственных - 6,6%, частных - 6,7%. При этом 17,5% опрошенных обращались в учреждения разных форм собственности.

Всесторонняя оценка качества лечебного процесса и его результатов невозможна только на основе данных социологического исследования без привлечения специалистов-медиков. Тем не менее, суждения потребителей медицинских услуг на этот счет заслуживают внимания. Выразили удовлетворение оказанной медицинской помощью в муниципальных лечебно-профилактических учреждениях 56,6% тех, кто обращался за медицинскими услугами, в региональных, ведомственных и частных учреждениях - 72-73%.

Наличие социально-психологических стрессов, которые могут провоцировать дезадаптацию личности, отклоняющееся поведение, угнетающе воздействовать на физическое и психическое состояние людей, выявлялось по показателям состояния тревожности респондентов, их беспокойства по поводу социальных рисков, возникновения чувства одиночества и угнетенности.

В результате исследования установлено, что чувство очень большой или большой тревоги по поводу неопределенности своего будущего испытывают 71,9% респондентов.

Судя по данным многолетних опросов населения, проводимых Социологическим центром РАГС по общенациональной репрезентативной выборке, состояние неуверенности многих людей в завтрашнем дне приобрело хронический характер.

Данные опроса дают веские основания для вывода о том, что главным источником стрессов является социальная неустроенность. Например, в группе респондентов, имеющих низкие доходы, в полтора-два раза чаще, чем в высокодоходной группе, проявляется состояние острой психологической тревоги по поводу неясной перспективы существования, чувство одиночества, беспокойство, вызванное возможностью потери работы. Такое нервное состояние, сохраняющееся в течение многих лет, обусловливает широкое распространение аномии общества. Она выражается в амбивалентности (противоречивости) сознания и поведения многих людей, в том числе в отношении к своему здоровью как ценности и главному фактору, определяющему полноценность жизни.

В исследовании отчетливо проявилась статистически значимая связь

между психологическим состоянием людей и их социально-демографическими признаками. Стрессы относительно чаще испытывают женщины. Ощущение тревоги по поводу неопределенности будущего и возможности потерять работу сравнительно чаще фиксируется также у представителей старших возрастных групп и респондентов, имеющих детей. Чувство одиночества более остро проявляется в младших возрастных группах респондентов и у тех, кто не состоит в браке.

В одном из вопросов респондентам предлагалось выбрать одно из трех суждений, отражающих возможную политику государства в отношении воздействия на рождаемость, с которым они согласны в наибольшей степени. Среди мер демографической политики, которые в наибольшей мере могли бы повлиять на решение иметь большее число детей, жители Тверской области и Республики Марий Эл чаще всего отмечали предоставление семье жилищных субсидий на льготных условиях с частичным их погашением при рождении детей. На втором месте у них оказалось увеличение размеров пособий, компенсирующих единовременные затраты, связанные с рождением детей. У нижегородцев две эти меры поменялись местами.

Наряду с экономическими мерами демографической политики, направленной на повышение рождаемости, должны присутствовать и меры идеологического, пропагандистского характера.

Позитивное влияние на намерение людей иметь большее число детей респонденты чаще всего связывают с информированностью о том, что при массовом распространении малодетности больше родителей останутся в старости одинокими, потеряв единственного ребенка, или он будет жить далеко от них, а также о том, что, не имея родных братьев, сестер, люди будут чувствовать себя одинокими.

В настоящее время сложилась крайне неблагоприятная ситуация в области воспроизводства населения, которая может быть охарактеризована, как затянувшийся демографический кризис, ведущий к необратимым негативным демографическим, а значит экономическим и социальным последствиям.

Отметим, что предпринимаемые Правительством меры, в том числе по созданию «материнского капитала» пока существенных результатов не дали. Академик РАМН, проф. О.П.Щепина, чл.–корр. РАМН, проф. В.А Медика справедливо считают приоритетными направлениями совершенствования системы здравоохранения следующие[8]:

1. Сокращение разрыва в показателях здоровья населения между отдельными регионами отдельными регионами Российской Федерации и экономически развитыми странами.
2. Улучшение здоровья детей, подростков, женщин.
3. Сохранение здоровья лиц пожилого возраста.
4. Снижения уровня социально значимых заболеваний.
5. Сокращение распространенности инфекционных болезней.

[8] Здоровье населения региона и приоритеты здравоохранения / под ред. акад. РАМН, проф. О.П. Щепина, чл.-корр. РАМН, проф. В.А. Медика. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – С. 287.

6. Обеспечение здоровой и безопасной среды обитания.

7. Формирование здорового образа жизни.

8.Совершенствование механизмов государственных гарантий в обеспечении населения бесплатной медицинской помощью.

9.Повышение эффективности системы управления и финансирования здравоохранения.

10. Создание необходимых условий для инновационного развития здравоохранения.

11. Модернизация системы подготовки и переподготовки кадров в здравоохранении.

12. Совершенствование законодательной базы здравоохранения.

Кроме материнского капитала необходимо, на наш взгляд, разработать ряд других мер для стимулирования рождаемости и укрепление института семьи как формы гармоничной жизнедеятельности личности;

создание условий для самореализации молодежи;

в области миграции и расселения: регулирование миграционных потоков в целях создания действенных механизмов замещения естественной убыли населения Российской Федерации;

повышение эффективности использования миграционных потоков путем достижения соответствия их объемов, направлений и состава интересам социально-экономического развития Российской Федерации;

обеспечение интеграции мигрантов в российское общество и формирование толерантного к ним отношения;

в области укрепления здоровья и увеличения продолжительности жизни населения необходимы следующие приоритеты:

укрепление здоровья детей и подростков, прежде всего за счет совершенствования мероприятий, направленных на профилактику травматизма и отравлений, на борьбу с курением, алкоголизмом и наркоманией, а также путем развития физической культуры и спорта и организации досуга;

улучшение репродуктивного здоровья населения путем совершенствования профилактической и лечебно-диагностической помощи;

улучшение здоровья населения трудоспособного возраста в первую очередь за счет профилактики травматизма и отравлений, а также за счет раннего выявления и адекватного лечения болезней системы кровообращения, новообразований и инфекционных болезней;

сохранение здоровья пожилых людей, для которых наиболее актуально предупреждение сердечно-сосудистых, онкологических, эндокринных и инфекционных болезней.

Особое внимание должно быть уделено снижению потребления алкоголя и принятию мер, направленных на ослабление последствий пьянства и алкоголизма, при этом целесообразно сочетание мер фискальной политики, административных ограничений и информационного воздействия[9].

[9] См.: Состояние и перспективы развития демографической ситуации в Российской Федерации. // Комитет Совета Федерации по науке и культуре, образованию, здравоохранению и экологии. – М., 2002.

В области стимулирования рождаемости и укрепления семьи определить следующие приоритеты:

формирование системы общественных и личностных ценностей, ориентированных на семью с двумя детьми и более;

создание социально-экономических условий, благоприятных для рождения, содержания и воспитания нескольких детей, включая условия *для* самореализации молодежи, в том числе получение общего и профессионального образования, работа с достойной заработной платой, а также возможность обеспечить семью соответствующими жилищными условиями;

обеспечение работникам, имеющим детей, условий, благоприятствующих сочетанию трудовой деятельности и выполнению семейных обязанностей;

повышение воспитательного потенциала семьи;

разработка и реализация стратегии развития доступных форм семейного обустройства детей-сирот, в том числе детей-инвалидов.

Обеспечение условий для улучшения материального положения семей предполагает разработку и принятие мер по дальнейшей стабилизации ситуации на рынке труда, повышение уровня заработной платы.

В целях обеспечения благоприятных условий для укрепления семьи необходимо дальнейшее развитие законодательства, регламентирующего трудовые отношения, а также совершенствование системы выплаты пособий гражданам, имеющим детей, в том числе повышение размеров пособий и обеспечение их адресности. При этом размеры пособий, а также налоговые вычеты должны дифференцироваться с учетом материальных условий семьи и ее социального положения.

Поддержка молодых семей в регионах предполагает улучшение их жилищных условий в случае рождения ребенка, выделение безвозмездных субсидий и использование механизма льготного кредитования в зависимости от числа детей в семье[10].

Ю.Л. Гладченко, А.Г. Сердюков, А.Ю. Гладченко

ТОКСИКОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ – СОСТОЯНИЕ И ТЕНДЕНЦИИ

Астраханская государственная медицинская академия

Острые отравления, точнее их уровень и динамика, служат одним из важнейших индикаторов социальной, экономической, политической ситуации и её изменений.

Анализ динамики и структуры острых химических отравлений среди взрослого и детского населения в г. Астрахани за 2000-2009 годы показал увеличение случаев острых отравлений среди населения за счет роста бытовых отравлений (99,6%). Многообразие влияющих факторов, низкая токсикологическая насто-

[10] Там же. – С. 8-9.

роженность медицинских работников, и отсутствие профилактических мер приводит к росту числа острых отравлений. За рассмотренный период было зарегистрировано 23612 случаев острых отравлений химической этиологии у взрослых и 3954 детей и подростков. Заболеваемость при острых отравлениях в период с 2000 по 2009 гг. увеличилась почти в 2 раза.

Интенсивный показатель острых отравлений среди взрослых колебался от 171,1 на 100 тыс. населения до 440,3. Аналогичная динамика наблюдается среди детей и подростков, в 2000 г. 159,3 на 100 тыс. населения, в 2009 г. 161,3 против 193,2 в 2004 г. Рост детских отравлений обусловлен не только увеличением токсических веществ, но и невнимательностью и небрежностью родителей. Большую часть пострадавших от отравлений составляют городские жители (82%) от всех отравлений, и лишь 18% на сельские районы.

В возрастной структуре острых отравлений химической этиологии преобладает взрослое население – 85,8% всех случаев, детское население составляет – 8,6%, подростковое – 5,6%. В структуре отравлений по возрастным группам населения наибольшую долю занимают отравления трудоспособного населения – 68,9%. В последние годы проявляется тенденция к росту госпитализаций когорты пожилых и старых людей.

В возрасте до 18 лет имеется два возрастных периода, когда число случаев отравлений у детей резко увеличивается, это возраст от 1 года до 6 лет – 40,6% и затем от 15 до 18 лет – 36,9%. До 6 лет, дети отличаются наибольшей активностью и желанием к познанию окружающего мира. Преобладали отравления по недосмотру - характерной для детского возраста причине (51%), самолечение с превышением дозы препаратов (29%). Ещё один пик отравлений приходится на период полового созревания. Значительное место занимают преднамеренные отравления с суицидальной целью (10%) у девочек или эмоциональных юношей после конфликта в школе, дома и т.д. Увеличивается количество отравлений с целью наркотического опьянения, одурманивания, алкогольного опьянения (12%).

В структуре отравлений по полу преобладают мужчины — 55%. Превалирование мужского населения выражено в группе отравлений, вызванных токсическим действием алкоголя и наркотиками.

Анализ структуры социальной принадлежности пострадавших от острых химических отравлений у лиц старше 18 лет показал, что среди отравившихся преобладают лица с относительно низким социальным статусом - неработающие лица трудоспособного возраста – 52,9%, пенсионеры составили – 9,7%, рабочие и служащие – 28,5%, учащиеся – 8,9%.

До 18 лет неорганизованные дети, подростки, которые не посещают детские ясли, сады, не учатся и не работают, составляют - 37,5%, посещающие детские сады, - 9,2%, школьники среди поступивших - 29,3%, студенты ВУЗов - 3,1%, средних специальных учебных заведений - 9,9%.

В группе лиц, старше 18 лет среди этиологических факторов острых химических отравлений значительно выделяются лекарственные препараты (42,6%), на втором месте - отравления алкоголем и его суррогатами (14,9%), на третьем -

отравления веществами прижигающего, разъедающего типа действия (в основном уксусной кислотой) (11,7%). Среди пострадавших в возрасте до 18 лет отравления лекарственными средствами 63,6%, алкоголем и его суррогатами — 8,1%, растительными и животными ядами — 12,7%, наркотиками – 2%, нефтепродуктами и бытовой химией – 2,9%, другие и неуточненные – 10,7%.

Структура острых отравлений по г. Астрахани и области имеет различие, среди городского населения в большинстве случаев это отравление лекарственными препаратами, сельского – алкоголем и его суррогатами.

Общая смертность по области при острых отравлениях в этот период колебалась от 46,9 до 56,5 на 100 тыс. населения. Большинство пострадавших от отравлений погибает дома, на улице и т.д., тогда как госпитальная летальность колебалась от 2,3 до 2,9%. В стационарах области умерло 70-79% пациентов в трудоспособном возрасте. Из всех умерших 57,6% мужчины и 42,4% женщины. Среди случаев, закончившихся летальным исходом, наибольшая доля приходится на отравление кислотами (уксусная кислота) (45,4%), лекарственными препаратами – 29,3%, не уточненными веществами (ядами) – 14,1%, алкоголем и его суррогатами – 7,1%. По данным судебно-медицинской экспертизы острые химические отравления были причиной летальных исходов в 23 - 26% всех случаев насильственной смерти. Основными этиологическими факторами, которые приводили к смерти пострадавших, были алкоголь и его суррогаты 62,6%, окись углерода – 25%.

Г.И. Григорьев

СОРАБОТНИЧЕСТВО ЦЕРКВИ И МЕДИЦИНЫ В ИСЦЕЛЕНИИ ОТ ПЬЯНСТВА И НАРКОМАНИИ – РЕАЛЬНЫЙ ВКЛАД В СОХРАНЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАРОДА РОССИИ

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования;
Санкт-Петербургская духовная академия

Алкоголизм и наркомания – одна из острейших проблем нашего времени, эпидемия, несущая в себе разрушение духовной, психической и физической природы человека и ставящая под угрозу его жизнь. По словам святого апостола Павла, пьянство лишает человека и Царства Небесного: «*... Не обманывайтесь: ...ни пьяницы, ни злоречивые, ни хищники – Царства Божия не наследуют»* (1 Кор. 6: 9-10). В 2006 году приснопамятный Святейший Патриарх Московский и всея Руси Алексий II в своем Обращении в день празднования иконы Божией Матери «Неупиваемая Чаша» с болью отметил кризис современной ситуации: «…проблема алкоголизма в России остается одной из самых насущных и тревожных…». «Основная причина бегства многих наших современников в царство алкогольных иллюзий – это духовная опустошенность, потеря смысла жизни, размытость нравственных ориентиров. Не отрицая необходимости медицинской помощи на острых стадиях алкоголизма, Церковь уделяет особое внимание профилактике и реабилитации, наиболее эффективных при созна-

тельном вовлечении страждущих в евхаристическую и общинную жизнь» (Основы социальной концепции Русской Православной Церкви, 2000).

В России для лечения алкоголиков и распространения трезвого образа жизни традиционно при храмах создавались общества и братства трезвости, которые ставили своей целью помочь человеку в лоне Церкви Христовой, в ее Таинствах обрести спасение от этого зла. На современном этапе общественного развития, сближение Церкви и медицины особенно выражено в области наркологии, однако, терапии души еще не уделяется должного внимания. Психиатрия и психотерапия только начинают включаться в эти общественные процессы. Эта серьезная задача, возникшая перед Церковью сегодня, требует от нее активного взаимодействия с медиками-профессионалами, имеющими многолетний опыт работы с зависимыми людьми.

В Международном институте резервных возможностей человека (Санкт-Петербург) такое сотрудничество началось с участием приснопамятного протоиерея Василия Лесняка. На совместную работу отца Василия Лесняка с врачами в деле преодоления пьянства 30 октября 1990 года было получено благословение Митрополита Ленинградского и Ладожского Иоанна (Снычева). Так после долгого периода государственного запрета на участие Церкви в лечении больных были заложены научно-практические основы совместной работы врачей и священников.

К настоящему времени существует база для нормативного регулирования взаимодействия медицины и церкви, основывающееся на законодательстве Российской Федерации (соглашение о сотрудничестве между Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Московской Патриархией Русской Православной Церкви, 2005 год). Свидетельством сближения Церкви и медицины в вопросах отрезвления общества стала Первая региональная конференция по церковному социальному служению Русской Православной Церкви, организованная Синодальным отделом по церковной благотворительности и социальному служению Русской Православной Церкви. В рамках этой конференции проведен круглый стол на тему «Утверждение трезвости – социальное служение церкви».

По данным социологического опроса, посвященного теме «Взаимодействие медицины и религии», сотрудничество государственной системы здравоохранения с Русской Православной Церковью считают полезным явлением 72,5% пациентов, 76% медицинских работников и 98% священнослужителей (http://miryanin.narod.ru).

Конечно, взаимодействие церкви и классической медицины в вопросах борьбы с патологическими зависимостями только начинает осмысляться и прорабатываться, идут серьезные дискуссии, но уже ясно, что эффективно содействовать выздоровлению зависимых людей можно только путем создания сложных совместных медицинско-церковных комплексных программ.

Захаренков В.В., Виблая И.В., Олещенко А.М.

ДИНАМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЧИСЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

Учреждение Российской академии медицинских наук
Научно-исследовательский институт комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний Сибирского отделения РАМН, Новокузнецк

В России регистрируется стойкая тенденция к снижению численности населения трудоспособного возраста. По состоянию на 1 января 2010 г. число лиц трудоспособного возраста в России составляет 88360 тысяч человек, что на 1968 тыс. человек меньше, чем в 2006 г. (90328 тысяч человек) и на 582 тысячи человек меньше, чем по данным переписи населения 2002 г. (88942 тысячи человек). Такой ситуация была не всегда. Официальные данные переписей населения показывали постоянное увеличение численности россиян трудоспособного возраста в течение последних 30 лет. Максимальный прирост численности населения трудоспособного возраста был установлен по результатам переписи, проведенной в 1979 г., когда в России было насчитано 82959 тысяч человек, что на 14,0% больше, чем в 1970 г. (72752 тысячи человек). Далее, в 1989 г. в трудоспособном возрасте было насчитано 83746 тысяч человек, прирост оказался менее выраженным – только на 0,9%. Затем, в 2002 г. было установлено, что численность населения трудоспособного возраста выросла до 88942 тысяч человек – на 6,2%, что, очевидно, было связано с переходом в категорию взрослых детей, появившихся на свет в период достаточно высокой рождаемости в России (до 1986 года). В течение 4-х лет после последней переписи населения также наблюдался прирост численности населения трудоспособного возраста. В результате, к 2006 г. численность населения трудоспособного возраста выросла ещё на 1,6% относительно данных переписи 2002 г. и достигла 90328 тысяч человек. Однако уже в этот период прогностические оценки, полученные сотрудниками НИИ КПГПЗ СО РАМН, предвещали грядущее снижение численности населения трудоспособного возраста с нарастающими темпами – от 1,3% в 2008 г. до 4,2% к 2013 г. и до 6,4% к 2018 г., и при этом подчеркивалось, что этот достаточно длительный период будет неминуемо отражаться на снижении трудового потенциала общества (пока не повысится рождаемость населения и не вырастет новое поколение). Фактически, впервые снижение численности населения трудоспособного возраста по России было зарегистрировано в 2007 г. – на 0,2%. Затем наблюдается постоянное нарастание темпа убыли населения трудоспособного возраста от 0,4% в 2008 г. до 0,5% в 2009 г. и 1,0% в 2010 г. Таким образом, в 2010 г. численность населения трудоспособного возраста стала ниже, чем показывали данные переписи населения 2002 г. В городской местности темпы убыли населения трудоспособного возраста в 2 раза выше, чем в сельской, что определяет приоритет городов, нуждающихся в первостепенном внедрении мероприятий, направленных на сохранение трудового потенциала населения.

Куликов Л.В.

ВЛИЯНИЕ СМИ НА ОБЩЕСТВЕННОЕ НАСТРОЕНИЕ В РОССИИ

Санкт-Петербургский государственный университет

Первостепенное значение для формирования общественного сознания и самосознания, общественного настроения имеет деятельность средств массовой информации. К опасным феноменам общественного сознания и самосознания, возникающим под влиянием СМИ, необходимо отнести следующие.

1. Упрощенное восприятие и оценивание мира и событий в нем. Влияние СМИ, одновременно, и создает почву, и укрепляет упрощенное восприятие и оценивание мира. А именно: слишком большая доля примитива в медиа продукции, намеренная поляризация оценок (например, для привлечения внимания аудитории, добавления «перца» скандальности и т.п.), клиповое сознание, настойчиво формируемое рекламой и др.
2. Отсутствие объединяющего начала в общественном сознании. Поиск объединяющей «национальной идеи» вряд ли когда-либо увенчается результатом. Значительно важнее для общества переживание общности, чем та или иная формулировка целей развития.
3. Опасность представляет суженое, редуцированное общественное самосознание, отсутствие достаточно полной рефлексии по основным (атрибутивным для общественного самосознания) составляющим.
4. Чрезвычайно сильное влияние СМИ на общественное сознание опасно тем, что СМИ монополизированы и коммерционализированы. Духовно-нравственные ценности отодвинуты на задний план, на переднем – и откровенная, и замаскированная страсть к наживе, ложные ценности, ведущие к деградации общества, не только духовной.

Проведенный нами в 2009 году анкетный опрос, с охватом более двух тысяч человек, показал, что явное большинство считает остро необходимым введение нравственного контроля продукции СМИ. Критика оппонентов этого требования построена, либо на логике доведения до абсурда, либо на подмене тезиса: рассуждают об опасности идеологического контроля. Вместе с тем, респонденты достаточно отчетливо отличают нравственный контроль от идеологического.

Идол рейтинга (популярности, продаваемости, спроса) вытесняет все остальное, уводит иные критерии в оценке медийного продукта – продукта особого рода. Бескультурье и бездуховность дают социальные эффекты, съедающие позитивные моменты рынка, которые потенциально, вероятно, могут или должны в нем быть. Рыночный дух в СМИ особенно опасен для общественного сознания и настроения, для духовного и душевного здоровья граждан России и, как следствие, для физического здоровья.

leon-piter@rambler.ru

Молчанова Л.Ф., Попов А.В.

УРОВЕНЬ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Ижевская государственная медицинская академия

Продолжающиеся в России социально-экономические преобразования, сопровождающиеся ухудшением общественного здоровья, требуют разработки мероприятий по совершенствованию профилактики его нарушений и повышения качества жизни населения. В отличие от «уровня жизни», который характеризует условия существования населения, «качество жизни» (КЖ) отражает состояние самого человека. Поэтому именно КЖ должно стать главным показателем эффективности радикальных социально-экономических реформ, проводимых в России, в том числе – и в системе здравоохранения.

Большинство исследователей расценивают КЖ как интегральную характеристику физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека, основанную на его субъективном восприятии, которая зависит от многих условий: уровня доходов, позволяющих поддерживать определенный уровень жизни и здоровья; свободы перемещения, которая зависит от состояния здоровья и экономических возможностей; качества окружающей среды; положения в семье и коллективе; удовлетворенности выполняемой трудовой деятельностью и т.п.

Исходя из вышеперечисленного, явствует, что КЖ населения Удмуртской Республики (УР) находится на недостаточном уровне и должно быть в центре внимания Президента, Правительства и Государственного Совета. Так, анализ медико-демографических показателей за последние десять лет показал, что Удмуртия, как и Россия в целом, является территорией, где отмечено значительное сокращение численности населения**.** Такое снижение является результатом с одной стороны – снижения рождаемости, с другой – ростом смертности населения.

Депопуляция населения УР происходит за счет нарастания сверхсмертности прежде всего трудоспособного населения, особенно мужчин. В структуре потерь, в том числе и в трудоспособном возрасте, основная доля пришлась на два класса: болезни системы кровообращения и несчастные случаи, самоубийства, убийства и травмы. Уровень смертности по этим классам превышал общероссийские показатели соответственно в 1,4-1,2 раза.

Таким образом, негативные тенденции показателей КЖ, отражающие духовное и социально-экономическое положение общества в целом, делают необходимым консолидацию деятельности всех структур и ветвей власти республики в целях улучшения медико-демографической ситуации и повышения качества жизни населения.

igma45@mail.ru

В.Х. Манеров

О СОСТОЯНИИ СОВЕСТИ СОВРЕМЕННЫХ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ В РОССИИ

Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена

Совесть человека рассматривается в православном нравственном богословии как самая универсальная форма нравственного сознания, в ней сосредоточена «вся нравственно осознанная деятельность человеческой личности (архимандрит Платон (Игумнов)). Состояние совести отдельного человека и состояние общественных форм совести позволяет диагностировать нравственное здоровье человека и общества в целом, вплоть до наличия ноогенного невроза. В современной публицистической и художественной литературе широко распространены суждения о весьма низком уровне нравственного сознания и совести в нашей стране, квинтэссенция этих мнений содержится в следующем утверждении, похожем на приговор: «Россия – страна с исчезающей совестью». В феномене (предполагаемом) исчезновения совести, по-видимому, наиболее заметную роль играет молодое поколение. Однако справедливость подобных утверждения, а на самом деле – предположений, гипотез, должны поверяться научными исследованиями, и прежде всего психологическими, опирающимися на эмпирический материал. В то же время совесть как научный концепт не завоевала прочных позиций в исследовательской психологии по целому ряду причин: одна из главных – трудности формализации этого понятия, имеющего очень широкий круг функций, проявлений, свойств и состояний. Многочисленны и теоретические позиции, с которых объясняется явление: речь идет о психоанализе, поведенческой, аналитической, гуманистической психологии и т.д. Не существует и стандартизированных психологических методик для измерений ее основных свойств и состояний, а попытки создания исследовательских методик приводят к крайним редукциям и упрощениям.

В нашем, продолжающемся уже почти 10 лет, исследовании этой проблемы совесть рассматривается, в традиции А.А. Ухтомского, как функциональный орган, обладающий личностными и субъектными атрибутами, многими свойствами и состояниями. Душевная совесть, формирующаяся прижизненно, имеет в основе духовное ядро, которое может при духовном возрастании превратиться в духовную совесть, имеющуюся в полноте своей лишь у праведников. Душевная совесть также может быть в работающем состоянии, но и в немощном, даже сожженном. Наши эмпирические данные, казалось бы показывают благополучную картину – студенты чаще всего высоко оценивают сам факт наличия у них работающей совести. Однако недавние результаты позволяют предположить наличие своеобразного эффекта *симулятора совести*, связанного, возможно, с тем, что за демонстрируемым предпочтением нравственных идеалов не возникает соответствующих нравственных свойств личности и нравственного поведения.

Москаленко В.Ф., Грузева Т.С., Галиенко Л.И., Иншакова А.В.

ПРЕДОТВРАТИМАЯ СМЕРТНОСТЬ КАК ПРИОРИТЕТНАЯ ПРОБЛЕМА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, Киев, Украина

Одним из определяющих критериев здоровья является комплекс демографических показателей, в т.ч. рождаемость, смертность, средняя ожидаемая продолжительность жизни. Анализ показателей смертности позволяет определить сферы наибольшего неблагополучия, требующие приоритетного внимания системы здравоохранения и других причастных секторов общества.

Состояние здоровья населения Украины характеризуется высокой смертностью, составляющей 15,4 на 1000, низкими показателями рождаемости – 11,1 на 1000 и средней ожидаемой продолжительности жизни – 69,3 года. Анализ смертности населения Украины в течение 1990-2009 гг. свидетельствует о ее росте на 27,9%. В 2009 г. показатель смертности снизился с 16,3 до 15,4 на 1000 населения.

В возрастной структуре умерших дети до 14 лет составляют 1,0%, лица трудоспособного возраста – 25,1%, нетрудоспособного – 73,9%. То есть более четверти медицинских потерь человеческого капитала в Украине обусловлено смертностью в трудоспособном возрасте. Структуру смертности населения трудоспособного возраста определяют болезни системы кровообращения (29,4%), несчастные случаи, травмы и отравления (26,1%), злокачественные новообразования (14,3%), болезни органов пищеварения (9,9%), органов дыхания (4,1%). По сравнению с 1990 г. в структуре смертности населения трудоспособного возраста увеличилась доля болезней системы кровообращения. Во всех возрастных группах наблюдается преобладание уровней смертности среди мужчин.

Специальные исследования показывают, что потери, предупреждаемые мерами первичной профилактики, составляют около 32% для мужчин и 44% для женщин.

В Украине почти треть населения (26,9%) умирает до 60 лет, 33,4% – до 65 лет. В структуре потерянных лет потенциальной жизни мужчин в возрасте 25-64 года внешние причины смерти составляют 30,4%, болезни системы кровообращения – 27,5%, инфекционные и паразитарные болезни – 10,1%, новообразования – 9,6%.

Поэтому актуальной проблемой является предотвращение преждевременной смертности населения, в частности от социально значимых болезней, которые вносят наибольший вклад в формирование смертности, особенно лиц трудоспособного возраста: болезней системы кровообращения, злокачественных новообразований, внешних причин смерти, включая дорожно-транспортный травматизм, самоубийства, алкогользависимую смертность и т.д.

В.Ф. Москаленко, Т.С. Грузева

УРБАНИЗАЦИЯ КАК ГЛОБАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, Киев, Украина

Одной из важнейших современных демографических тенденций является быстрый рост городских поселений. В основе урбанизированных процессов лежит развитие различных отраслей экономики, наращивание промышленного потенциала, создание новых производств, усиление интеграционных связей, формирование разветвленной транспортной сети, что обуславливает повышение роли городов в общественной жизни, отток рабочей силы из сельской местности в городскую, увеличение численности городского населения.

По международным стандартам Украина считается урбанизированной страной, где большинство населения проживает в городах. В 2009 г. удельный вес городских жителей достиг 68,1%.

Негативные экологические последствия урбанизационных процессов обуславливают высокие уровни экологически зависимой патологии среди городского населения. Специфический образ жизни городских жителей с присущим ему ритмом, интенсивностью, недостаточной физической активностью, нездоровым питанием, вредными привычками и т.п. способствует развитию многих нарушений здоровья, в т.ч. соматического, психического, психологического плана.

В целом, заболеваемость городского населения Украины на 30,8%, а распространенность болезней – на 24,0% превышает аналогичный показатель у сельского населения. Заболеваемость бронхиальной астмой городских жителей в 1,7 раза превышает аналогичный показатель у сельских жителей. Наблюдается большая частота появления злокачественных новообразований среди городских жителей, чем среди сельских. В 2009 г. заболеваемость онкологической патологией жителей городской местности составила 348,0 на 100 тыс., сельской – 296,3 на 100 тыс. В Украине более трети (37%) мужчин и почти половина (48%) женщин ведут малоподвижный образ жизни. По данным специальных исследований 30% населения Украины в возрасте от 25-30 лет страдает указанной патологией и почти 50% – в возрасте 45-50 лет. Наибольших значений показатель достигает в старших возрастных группах населения.

Глобальной проблемой общественного здоровья является распространенность вредных привычек, в частности курения и злоупотребления алкоголем, особенно отчетливо проявляющаяся среди городского населения.

Развитое транспортное сообщение на относительно небольших территориях и внушительный парк транспортной техники создают риск экологического загрязнения, высокую вероятность дорожно-транспортных происшествий. В Украине уровни дорожно-транспортного травматизма имеют тенденцию к росту. В период 2000-2007 гг. показатель числа дорожно-транспортных происшествий

увеличился с 6,0 до 8,8 на 10 тыс. населения.
Учитывая важность урбанизационного фактора в формировании популяционного здоровья, этой проблеме был посвящен Всемирный день здоровья 2010 г. Мероприятия в рамках этой даты, проводимые в мировом масштабе, в т.ч. в Украине, способствовали привлечению внимания к вопросам зашиты здоровья в городах, формированию научно обоснованной градостроительной стратегии, улучшению качества жизни и здоровья городских жителей.

В.Ф. Москаленко

СОВРЕМЕННЫЕ ВЫЗОВЫ И РИСКИ ДЛЯ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ В XXI СТОЛЕТИИ

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, Киев, Украина

На рубеже III тысячелетия неопровержимым является прогресс в сохранении здоровья, предупреждении и минимизации негативных последствий воздействия факторов риска нездоровья, в современных условиях перед человечеством появились новые вызовы, представляющие угрозу глобальной безопасности, которым должны противостоять системы охраны здоровья.
Наряду с преодолением многих инфекционных болезней, утверждением профилактических принципов, увеличением средней продолжительности жизни, появлением новых технологий, в т.ч. генной медицины, созданием новых поколений лекарств и ростом профессионализма медицинского персонала мировое сообщество и системы здравоохранения столкнулись с такими вызовами, как увеличение доли лиц старших возрастных групп, появление новых угроз и болезней, ТВ частности атипичной пневмонии, птичьего и свинного гриппа, с беспрецедентным распространением туберкулеза и СПИДа, факторов риска многих хронических неинфекционных болезней, ростом стоимости медицинских услуг, проблемами финансирования в условиях ограниченных ресурсов, быстрого распространения болезней в результате роста мобильности, повышением требований со стороны населения к доступности и качеству медицинской помощи.
Образ жизни населения в течение XX века существенно изменился. Ситуация с болезнями сегодня далека от стабильности. Равновесие в мире микробов было нарушено в результате роста численности населения, вторжения людей в ранее незаселенные районы, стремительной урбанизации, интенсивных методов ведения сельского хозяйства, ухудшения состояния окружающей среды и неправильного применения противомикробных препаратов.
В современном высокомобильном, взаимозависимом и взаимосвязанном мире существуют старые и появляются новые угрозы для общественного здоровья, есть множество возможностей для быстрого распространения инфекционных болезней и проявления радиационных и токсичных угроз, климатических изменений и т.д.

Для эффективного противодействия современным угрозам для общественного здоровья необходимо формирование и укрепление национального базового потенциала, способного обеспечивать эффективное выявление болезней, адекватное реагирование на новые вызовы и угрозы, проведение инвестиций в национальную систему здравоохранения, расширение международного сотрудничества в чрезвычайных ситуациях в здравоохранении. Прогнозирование потенциальных рисков и их предупреждение является одним из важнейших компонентов планирования действий системы здравоохранения, а их профилактический вектор является определяющим.

Кризисные явления в мировой экономике во многом усложняют работу национальных систем здравоохранения по сохранению здоровья, предоставлению доступных и качественных медицинских услуг населению согласно современных стандартов, норм и ценностей с их конкретной временной привязкой.

Учитывая общемировые тенденции общественного здоровья, реальные возможности систем здравоохранения по его охране и укрепление, существующие проблемы и вызовы, а также недооценку профилактики главным образом на государственном уровне, мы считаем чрезвычайно актуальным и своевременным создание и реализацию новой стратегии тотальной профилактики в здравоохранении и общественном здоровье и рассмотрение ее, прежде всего, как социальной профилактики с широких государственных межведомственных позиций, а не в узковедомственном понимании медицинской профилактики.

Паскарь Н.А.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А.Алмазова, Санкт-Петербург

Цель исследования: провести анализ общей заболеваемости и смертности взрослого населения Санкт-Петербурга от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).

Материалы и методы: данные официальной статистики медицинского информационно-аналитического Центра и Петростата (2005-2009гг.).

Результаты. В Санкт-Петербурге следует отметить увеличение общей заболеваемости болезней системы кровообращения (БСК) среди взрослого населения с 402,6 в 2005 году до 454,9 в 2008 году, что составляет прирост на 13%. Вместе с тем, за 2009г. отмечена тенденция к снижению - 440,9 на 1000 населения. Характеризуя смертность населения Санкт-Петербурга следует отметить значительное число умерших по причине БСК. В 2007 году смертность от БСК в Санкт-Петербурге среди всех возрастных групп составила 895,3 случаев из расчета на 100 000 человек, в 2008г.- 890,1, в 2009г.- 857,1. Медико-социальный ущерб ССЗ определяется не только высокими показателями смертности, но и значительной частотой временной и стойкой утраты трудоспособности взрос-

лого населения. В 2009г. число дней временной нетрудоспособности от БСК составило у мужчин -1002852, у женщин -986875. В структуре смертности населения Санкт-Петербурга от БСК ведущее место принадлежит инсультам, второе место - острому инфаркту миокарда. В настоящее время проводится работа по реализации «Плана мероприятий по совершенствованию экстренной медицинской помощи больным с острым инфарктом миокарда и острым нарушением мозгового кровообращения на 2008-2010 годы», утвержденного постановлением Правительства Санкт-Петербурга №798 от 10.07.2007 г., выделены стационары, ответственные за обеспечение высокотехнологичных (дорогостоящих) методов лечения. Экстренная высокотехнологичная медицинская помощь жителям Санкт-Петербурга, в том числе пациентам с острым коронарным синдромом, оказывается в 27 стационарах Санкт-Петербурга (21 городской стационар и 6 стационаров федерального и ведомственного подчинения). На конец 2009 года среднее число кардиологических коек для взрослых – 2696 (стационары – Территория СПБ), из них коек для лечения больных с ОИМ – 1006. Увеличено число кардиохирургических коек для взрослых за 2009г. – 358, детей - 72. (показатели деятельности ЛПУ стандартный отчет). Наряду с центрами профилактики с 2009 года в ЛПУ Санкт-Петербурга в соответствии с приказом Минздравсоцразвития РФ №597 н. от 19.08.2009 года открыты и функционируют 22 Центра здоровья.

Выводы. Значительная распространенность сердечно-сосудистых заболеваний среди взрослого населения Санкт-Петербурга и выраженность негативных последствий, наносящих значимый медико-социальный ущерб, позволяет отнести профилактическое направление к числу приоритетных, стоящих перед здравоохранением. Вместе с тем, среди направлений деятельности здравоохранения Санкт-Петербурга по усилению охраны здоровья населения особого внимания заслуживает совершенствование профилактики, диагностики и лечения ССЗ, а также необходимость разработки региональной программы единой стратегии борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

npaskar55@mail.ru

С. Т. Посохова

АДАПТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ЛИЧНОСТИ

Санкт-Петербургский государственный университет

В настоящее время наметилась тенденция к снижению научной важности и актуальности изучения проблем адаптации. Такого рода отношение имеет определенные основания: доминирование накопления экспериментального материала над систематизацией; сведение адаптации к приспособлению; изучение процессов адаптации вне их личностной регуляции и т. п. Сегодня в качестве перспективных направлений можно считать изучение адаптирующейся личности с присущими ей стремлениями к взаимосогласованию и реализацией внутреннего

потенциала. В этом направлении феномен адаптации может быть представлен широким спектром исследований внутриличностных механизмов, реагирующих на изменение жизненных условий: адаптационный потенциал, адаптационный конфликт, адаптационный кризис, адаптационное сознание, аутоадаптация и т.п.

В природе человека генетически заложена большая способность к адаптации. Известно замечание Л. Н. Гумилева [1990] о том, что современный человек распространился по всей суше планеты, затем освоил поверхность гидросферы и произвел такие изменения, что всю нынешнюю ландшафтную оболочку Земли справедливо можно назвать антропогенной, и лишь в области полярных льдов не находят археологических памятников человеческой жизни. Практика, а также научные исследования показывают, что человек обладает значительными способностями адаптации в условиях природной и социальной среды, изменяющихся даже в критических пределах. Более того, человек, адаптированный к одним средовым факторам, например, к высокогорной гипоксии, способен с успехом справиться с другими, в частности с чрезмерными физическим и эмоциогенными, воздействиями. Существует довольно категоричное мнение о том, что реальные и потенциальные способности к адаптации определяют судьбу человека.

Положение о том, что любой человек потенциально способен адаптироваться, могло стать научно-исследовательской аксиомой. Вопрос заключается в содержании и структуре адаптационного потенциала, в детерминантах его проявления и полного раскрытия. Так, Г. Селье [1979] – одни из первых исследователей, кто начал разрабатывать понятие адаптационного потенциала, сводил его к поверхностной и глубинной энергии. Поверхностная энергия расходуется под воздействием среды и дополняется из резервов глубинной, расходование которой необратимо. Заметное ослабление адаптационного потенциала приводит к болезням адаптации, например, к гипертонической или язвенной болезни, к болезням сердечно-сосудистой системы, атеросклерозу, раку и т.д.

Содержание личностного адаптационного потенциала конкретизируется А. Г. Маклаковым [1996, 2001]. С позиции исследователя, личностный адаптационный потенциал включает в себя главным образом взаимосвязанные психофизиологические и социально-психологические характеристики, такие как: нервно-психическая устойчивость, самооценка личности, уровень социальной поддержки (ощущение значимости для окружающих), способность разрешать конфликты, опыт общения, ориентация на общепринятые нормы поведения и требования коллектива. Их выраженностью обусловливается диапазон факторов внешней среды, к которым индивид может приспособиться, а также успешность процесса адаптации. Адаптационному потенциалу автор отводит важную роль в психическом и социальном развитии, поскольку показатели адаптационного потенциала содержат информацию о соответствии или несоответствии психологических характеристик личности общепринятым нормам. В таком толковании свойственная личности потребность к раскрытию имеющихся способностей представлена явно недостаточно. Активность в поисках собственного

пути адаптации, совершенствования себя и преобразования среды подменяется пассивным следованием требованиям окружения.

С нашей точки зрения, адаптационный потенциал целесообразно представлять как интегральное образование, систематизирующее социально-психологические, психические, биологические свойства и качества, актуализируемые личностью для создания и реализации новых программ поведения в измененных условиях жизнедеятельности. Гипотетически личностный адаптационный потенциал включает в себя биопластический, биографический, психический и личностно-регуляторный компоненты.

Биопластический компонент отражает эволюционно закрепленные целесообразные формы жизнедеятельности человеческого организма и врожденные энергетические ресурсы. В него входят программы поведения, в частности инстинктивные, с которыми человек рождается и которые обеспечивают в первую очередь биологическую жизнеспособность как способность сохранять активность и противостоять деструктивному давлению окружающей среды. В нем заключены энергетические ресурсы личности, влияющие на уровень здоровья, физическую работоспособность и толерантность к неблагоприятным факторам внешней среды. Его роль велика в достижении успеха во взаимодействии с окружающей средой. Опыт специальной психологии убедительно показывает, что врожденные физические аномалии могут превращаться в источник трудностей адаптации, в значительной степени усиливать риск срыва адаптационных барьеров [Адлер А., 1995; Ростомашвили И.Е., 2000]. В. И.Гарбузов [1994], относя инстинктивные формы поведения к ведущим в обеспечении адаптивности, находит прямую связь между доминирующим инстинктом и индивидуальным стилем адаптации. Так, доминирование инстинкта самосохранения формирует «эгофильный» тип личности. Однако биопластический компонент вряд ли можно признать единственным в структуре личностного адаптационного потенциала, определяющим сущность адаптации. В практике известны многочисленные случаи, когда нарушение физического резерва не мешало адаптироваться личности, социуму и другим условиям окружающей действительности и к себе [Ростомашвили И. Е., 2000].

Существенная роль в формировании адаптационного потенциала принадлежит индивидуальной истории жизни человека. Она аккумулирует микросоциум и ту микрокультуру, где рождается и куда погружается человек на ранних этапах своего жизненного пути, связь с которыми человек в явной или неявной форме сохраняет на протяжении всей своей жизни. Детско-родительские отношения, семейная атмосфера и традиции со свойственной им тончайшей паутиной взаимоотношений и нюансов, значимое ближайшее окружение закладывают базис определенного репертуара адаптивного поведения личности. Этот компонент адаптационного потенциала можно обозначить как биографический. Биографии человек обязан возможностью использовать полученный биопластический потенциал для овладения уже известными способами взаимодействия с изменяющимся миром, накопленными и освоенными его семьей, родителями. Однако, как это ни парадоксально, именно биографический потенциал может превра-

титься в серьезное ограничение для конструктивной личностной адаптации.
Первичную адаптогенную среду для человека представляет семья. Ей нередко приписывалась детерминирующая роль в последующем приспособлении человека к окружающей действительности. Возникла довольно устойчивая научно-практическая парадигма объяснения поведения взрослого человека особенностями начального периода жизни в семье. Важно, что «впитывание» ребенком адаптационного поведения нередко происходит скрыто, неосознанно. В частности, ребенком не всегда только осознанно усваиваются те формы преодоления стрессовых ситуаций, которые используют родители, те формы отношения к себе и к миру вообще, которые свойственны обоим родителям или одному из них.
Наряду с этим биографический компонент обязательно содержит общественные традиции и социокультурный опыт адаптации. К такому выводу приводят результаты исследования Е. К. Завьяловой [1998], доказавшие значимую роль этнокультурных установок в социально-психологической адаптации женщин. При всей значимости биографического потенциала вряд ли можно считать, что только индивидуальная предыстория и история жизни личности определяет ход и конечный эффект адаптации. Воспринятые ребенком модели и стиль воспитания, семейные отношения, взаимоотношения с миром, вплетенные в историю самой семьи, ограничивают спектр собственных возможных стратегий адаптации. Поскольку изменения адаптогенных ситуаций происходят стремительно и непредсказуемо, то вряд ли биографический потенциал может обеспечивать полноценную адаптированность личности. Родители инициируют программу адаптивного поведения, создают условия для выбора наиболее подходящего варианта из множества возможных. Ребенок сам отбирает то, что ему подходит и что вообще не нужно.
Личностная адаптация – не только следствие биографии. В форме, динамике и векторе адаптации отражаются влияния многих внешних и внутренних, закономерных и случайных сил. Адаптированность – результирующая каждодневного опыта и всей индивидуальной истории, создаваемой самим человеком. Абсолютизация роли биографического компонента может привести к признанию полной социальной предопределенности формирования стратегий и программ адаптации, полной зависимости от внешних обстоятельств. В таком случае личность лишается возможности выбирать и строить взаимодействие с окружающим миром по собственному желанию, по собственной воле. Знание социальных и наследственных детерминант должно быть направлено на их использование, а не на закрепление предопределенности и самопрограммирование.
Психический компонент адаптационного потенциала обеспечивается скрытыми и реальными психическими возможностями человека, позволяющими отражать объективную реальность во всем ее многообразии и регулировать различные взаимоотношения с ней и с самим собой, сохранять собственную целостность, самоосуществляться и самопреобразовываться. Известны данные об адаптационных возможностях интеллекта, памяти, мотивации, эмоций. Сегодня экспе-

риментально обоснована адаптивная сущность креативности, рефлексивной активности, юмора и т.п. Тем не менее, остается неясным внутренний механизм превращения психического компонента в адаптированность личности. Можно предположить, что достижение необходимого уровня адаптированности осуществляется благодаря присущей личности регуляторной способности. Личностная регуляция дополняет рассмотренные выше компоненты адаптационного потенциала.

Способность личности к регуляции собственной активности во взаимодействии с окружающей реальностью появляется лишь на определенной стадии онтогенеза и неразрывно связано с развитием сознания и самосознания. Сложившаяся система личностной регуляции дает человеку возможность не только управлять своим поведением в соответствии с нормативными требованиями общества, но и развиваться и совершенствоваться. Своеобразие личностной регуляторной функции, ее проявления во взаимосвязях человека с окружающей реальностью определяются сущностью личности как особого социально-психологического образования, ее глубинной экзистенциальной основой. Ключевые моменты личностной регуляции – это осознанное постижение и обретение собственных потенциальных возможностей, а также произвольный выбор своего пути самораскрытия, принятие ответственности за сделанный выбор. Вполне вероятно, что структура личностной регуляции объединяет все интегральные психические образования, участвующие в организации и координации разных способов взаимодействия человека с окружающей реальностью. В структуру личностной регуляции обязательно входят духовные, смысложизненные, ценностные образования.

К показателям совершенства личностной регуляции адаптации относятся: интеграция всех составляющих профессиональной деятельности, включая постановку целей, выбор средств и путей ее достижения, контроль выполнения отдельных действий и операций, предсказание результатов, сличение ожиданий и достижений; раскрытие коммуникативных возможностей личности; установление нужного соответствия между временными точками жизни: настоящим, прошлым и будущим; преодоление барьеров на пути к достижению цели путем мобилизации все имеющихся психологических и социальных ресурсов и выбора разные способов распределения ответственности; обеспечение сохранения целостности личности и ее социальной активности в экстремальных условиях жизни и деятельности; обеспечение высвобождения адаптационного потенциала.

Несмотря на давний срок изучения адаптационных феноменов, адаптационная психология как самостоятельная научная область, систематизирующая знания о психологических закономерностях адаптации человека в изменяющейся жизненной среде и раскрывающая сферы их практического применения, в настоящее время только начинает складываться. Видимо, это связано с затянувшимся первичным таксономический этапом анализа имеющихся результатов. В то же время накопленные сведения содержат достаточно большой потенциал теоретических изысканий и эмпирических разработок.

svetpos@mail.ru

Ходырева Н.В.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОГРАММЫ ПО СНИЖЕНИЮ РИСКОГЕННОГО ПОВЕДЕНИЯ У МУЖЧИН

Санкт-Петербургский государственный университет

Сверхсмертность российских мужчин связана не только с тем, что мужчины в сравнении с женщинами имеют более высокий риск развития большинства заболеваний (среди тех, которые влияют на оба пола). Большое влияние оказывает высокая смертность от насильственных причин в возрастной группе 10-29 лет (первое место в Европе). Наибольшее число убийств приходится на малообеспеченные слои населения, где 4 из 5 погибших от насильственных причин – мужчины.

Несмотря на объяснительные модели биологических факторов, все большего изучения требуют социальные факторы: образ «настоящего» мужчины, в культуре его социальные роли и поведение, особенно отсутствие норм самосохранительного поведения. Исследования показали, что восприятие мужчинами своей маскулинности (ей) (Connell, 1985, 1995) оказывает большое влияние на здоровье через когнитивные факторы: гендерные представления о здоровье и здоровом образе жизни (Courtenay, 2000; White & Cash, 2003). Например, недооценку мужчин рискогенности своего поведения связывают с культурным стандартом, критикующим и не принимающим «не-маскулинные» чувства и поведение (бессилие, потребность в заботе, грусть, неполноценность, страх, стыд, неадекватность). «Сокрытие» своей уязвимость в процессе мужской социализации приводит к тому, что мужчины отказываются обращаться за помощью, рассматривая ее проявлением слабости, ассоциирующейся в традиционной культуре с фемининностью.

В докладе будут обсуждены психологические программы для улучшения здоровья и продолжительности жизни мужчин в рамках двух стратегий: 1) гендерного нормирования и 2) стратегических гендерных изменений. В рамках первой будут рассмотрены попытки наполнить концепт маскулинности (ей) новым содержанием и сформировать здоровое поведение с учетом маскулинной идентичности. Вторая стратегия предлагает деконструировать сам концепт маскулинности, так как именно он способствует продвижению гендерных стереотипов, а не ЗОЖ и конструктивного поведения среди мужчин (Ходырева, 2002; Gough, 2006, 2007). Индивидуальную ответственность за свое здоровье и снижение агрессивного поведения использовали в Норвегии (например, программы для младших школьников «Забота о себе» и группы вторичной профилактики для взрослых мужчин «Альтернатива насилию»), что существенно повысило продолжительность жизни мужчин в Европе в рамках комплексного социально-экологическим подхода к данной проблеме.

О.Н.Худякова

ВОЗРОЖДЕНИЕ ДУХОВНОСТИ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ РАЗВИТИЯ ОБЩЕСТВА

Северный государственный медицинский университет, Архангельск

Духовная жизнь - феномен, который отличает бытие человека и человечества от природного и придает ему социальный характер. Через духовность происходит осознание окружающего мира, выработка более глубокого и тонкого отношения к нему. Через духовность идет процесс познания человеком самого себя, своего предназначения и жизненного смысла.

История человечества показала противоречивость человеческого духа, его взлеты и падения, утраты и обретения, трагизм и громадный потенциал.

Духовность сегодня - условие, фактор и тонкий инструмент решения задачи выживания человечества, его надежного жизнеобеспечения, устойчивого развития общества и личности. От того, как человек использует потенциал духовности, зависит его настоящее и будущее.

Духовность обладает исторической устойчивостью. Возрождение духовности современного российского общества необходимо, учитывая историческое прошлое, духовно-этические предпосылки и религиозные традиции.

В этом контексте хочется обратить внимание на необходимость возрождения памятников духовной культуры в северной глубинке.

В глуши Архангельского края, на левом берегу реки Пинеги вот уже четыре столетия высится знаменитый Артемиево-Веркольский монастырь. Когда-то окруженный многолюдными деревнями, кипучей жизнью, в XX веке он узнал запустение и забвение.

Монастырь был основан в начале XVII века на месте обретения мощей св. Артемия. Писатель Н. М. Коняев так рассказывает о святом Артемии: «Его убила стихия – молния, гроза, и односельчане даже не стали его хоронить. Его бросили в лесу, прикрыли берестой. А потом спустя годы Артемия нашел его сверстник, Агафоник, который к тому времени успел состариться. Он проходил мимо и увидел свет на могилке Артемия. И когда он отвернул бересту, то увидел совершенно юного человека, абсолютно неразложившегося. И вот эта встреча постаревшего Агафоника с товарищем своей молодости является символом той чистоты, того света, той внутренней победы, которая была одержана Артемием, хотя при этом никому и не была видна».

В 1649 году царь Алексей Михайлович назначил монастырю жалование. Монастырь был богатым и процветающим вплоть до середины XVIII века.

Святой Праведный Иоанн Кронштадтский, родиной которого является с. Сура (Пинежский район), почитал святого отрока Артемия и часто заезжал в монастырь. При его активном участии воздвигнут Успенский Собор – венец храмов Веркольского монастыря.

К концу XIX века Артемиево-Веркольский монастырь удостаивается титула Первоклассного монастыря. По описаниям современников, обитель тогда про-

цветала. В монастыре действовали рукодельная, живописная, переплетная, сапожная, портная, красильная и кузнечная мастерские.
В конце ноября 1918 года в Веркольский монастырь прибыл отряд красноармейцев. Иконы и книги были сожжены, стены монастыря, башни и колокольня были разобраны на кирпич. При разорении обители в 1920 году братия успела спрятать мощи Святого отрока Артемия. С 30-х годов в монастырских зданиях размещались поселковая коммуна, уездный комитет партии, детский дом, продовольственные склады. Оставленные без ремонта и ухода храмы со временем стали разрушаться. Особенно пострадал Успенский Собор.
Своим возрождением обитель, прежде всего, обязана Людмиле Владимировне Крутиковой, вдове писателя Федора Абрамова, которого всегда волновала проблема духовного возрождения России и восстановления монастырей.
Восстановление обители началось практически из руин. За семь лет были отремонтированы крыши и поставлены новые купола и кресты на Артемиевский храм и Успенский собор, отреставрирован деревянный Ильинский храм, начались восстановительные работы в Казанском храме, отремонтирована трапезная, сделана новая роспись поверх неподдающейся восстановлению старой, в храме Артемия Праведного. В 2006 году на средства благотворителей восстановлена часовня праведного отрока Артемия. На Казанском соборе полностью заменена кровля, набрана решетка алтарной части. В проекте паровое или электрическое отопление храмов.
Однажды Артемиево-Веркольский монастырь вновь засияет в былом величии и откроет свои двери для всех молящихся.
Возрождение монастыря станет центром аккумуляции культуры региона и ее ретрансляции во внешнее культурное пространство.

Р.Р. Шаяхметова

ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН

Бакирский государственный университет, Уфа

Состояние здоровья характеризует социально-демографическое состояние населения республики. Население Республики Башкортостан испытывало те же трудности переходного периода, которые были присущи российскому населению в целом. Вместе с тем, социально-экономические и демографические особенности края не могли не сказаться на состоянии здоровья его населения.
Во-первых, в республике сложилась устойчивая динамика роста показателей заболеваемости населения. Причем, всплеск роста наблюдается за 2006 г. Во-вторых, в Башкортостане, как абсолютные значения, так и относительные показатели заболеваемости выше, чем по России в среднем.
Средние показатели заболеваемости населения скрывают ее различия по демографическим группам. Важным является выявление заболеваемости отдельно

по: детям, подросткам и взрослому населению. Значение такого подхода заключается и в том, что подрастающее поколение и взрослое население, с точки зрения перспектив в воспроизводстве населения, играют неодинаковую роль.

По всем указанным демографическим группам заболеваемость имеет тенденцию к повышению. Обращает на себя внимание то, что уровень заболеваемости детей в возрасте до 15 лет выше, чем у подростков и взрослого населения. При этом темпы роста заболеваемости детей и подростков превышают темпы роста заболеваемости взрослого населения. Сложившаяся современная высокая заболеваемость детей и подростков в будущем может отрицательно сказаться на здоровье взрослого населения, на его репродуктивности и трудовом потенциале. С точки зрения оценки заболеваемости населения в будущем важным является ее анализ у подрастающего поколения. Такой подход основан на закономерности «здоровые дети – здоровое население».

Состояние здоровья населения тесно связано с формами поселений. Сельский образ жизни, условия труда значительно отличаются от городских условий. Различны и возможности получения медицинской помощи у горожан и сельчан. Городские учреждения здравоохранения лучше обеспечены кадрами, современным оборудованием, чем в сельских поселениях. Причем, основная часть учреждений в сельской местности сосредоточена в районных центрах и крупных селах.

Обращает на себя внимание то, что практически по всем приведенным болезням заболеваемость населения растет. Заболеваемость болезнями системы кровообращения в 2006 г. по сравнению с 1990 г. выросла в 2,5 раза, новообразованиями - почти вдвое, сахарным диабетом - в 1,8 раза. Особенно интенсивно растет заболеваемость стенокардией, которая за рассматриваемые годы выросла в пять с лишним раза.

Заболевания системы кровообращения, составляя в структуре общей смертности в разных странах мира 51-58%, приносят огромные экономические потери из-за преждевременной смерти и инвалидизации населения. В 2006 г. в республике на каждую 1000 человек взрослого населения пришлось 42 случая, когда человеку впервые в жизни был поставлен диагноз - наличие болезни системы кровообращения. В 2006 г. более 15 тыс.человек впервые признаны инвалидами по причине болезни системы кровообращения (48,5% от всех впервые признанных инвалидами).

Среди социально значимых заболеваний по сложности диагноза и лечения особое место принадлежит злокачественным новообразованиям. Уровень заболеваемости злокачественными новообразованиями как выявленных впервые в жизни, так и состоящих на учете в Башкортостане заметно ниже, чем в России. Однако, темпы роста указанных показателей в Башкортостане несколько выше, чем в среднем по стране.

Заболеваемость населения Башкортостана туберкулезом, с впервые установленным диагнозом, также как и в России, резко выросла в 1990-х г. В 2006 г. в расчете на 100 000 человек населения России заболеваемость туберкулезом составила около 83 случаев, против 55 в республике. Тем не менее, сложившаяся

в Башкортостане заболеваемость с точки зрения социальной опасности находится на критическом уровне.

Из числа инфекционных заболеваний для Республики Башкортостан наиболее актуальной проблемой по разделу природной очаговости является геморрагическая лихорадка с почечным синдромом. По показателям заболеваемости ГЛПС республика занимает лидирующее положение в России. В 2006 г. заболеваемость составила 71,6 на 100 000 населения (в среднем по России – 5,0). Среди социально-значимых заболеваний большое место занимает заболеваемость населения психическими расстройствами и расстройствами поведения. Они включают в себя целый ряд заболеваний. Рассмотрим только часть из них, связанных с употреблением психоактивных веществ.

Можно сделать некоторые выводы. Во-первых, исходный уровень заболеваемости населения Башкортостана был ниже общероссийского показателя более чем вдвое. Во-вторых, темпы заболеваемости в республике заметно превышали темпы по России. В-третьих, максимальная заболеваемость населения в Башкортостане пришлась на 2000 г., тогда как в России она достигла пика в 1995 г.

Шингаев С.М.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ И МЕНЕДЖЕР

Санкт-Петербургский государственный университет

Отношение менеджеров к здоровью неоднозначное: подавляющее большинство соглашается, что его следует укреплять и одновременно не прилагает заметных усилий в этой области. По данным, полученным нами в 2002-2010 гг. в ходе опроса 344 менеджеров российских компаний, 47% никак не поддерживают здоровый образ жизни на работе. На ухудшение здоровья менеджеров более всего влияют чрезмерная перегрузка на работе; трудность выполняемой деятельности; дефицит времени; взаимоотношения с коллегами. На самооценку здоровья оказывают влияние также системные факторы: жизненные кризисы; проблемы в семье; финансовые проблемы; нарушения биологических ритмов (в т.ч. нарушения сна); интриги. Среди ценных сторон жизни здоровье ставится менеджерами на 1 место, в то время как по уровню доступности оно занимает 6 место Здоровье как жизненная ценность у менеджеров положительно коррелирует с такими ценностями, как интересная работа, счастливая семейная, материально обеспеченная, активная и деятельная жизнь, любовь, а также с доступностью переживаний прекрасного.

sshingaev@mail.ru

Раздел II

ПРОБЛЕМЫ ВОСПРОИЗВОДСТВА НАСЕЛЕНИЯ В СТРАНЕ

Существенное снижение рождаемости в России обусловлено многими причинами. К ним относятся: поздняя первая беременность, высокая частота половых инфекций и связанное с ними вторичное бесплодие, малобелковое питание, употребление алкоголя, курение, малоподвижный образ жизни, средства массовой информации, навязывающие отрицательное отношение к беремнности и многодетности, деформирующие традиционный образ жизни народов России, и многое другое.

2.1. Актуальные вопросы акушерства и гинекологии

А.Г. Дедуль

РОЛЬ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА В РАЗВИТИИ СИМФИЗИОПАТИИ У БЕРЕМЕННЫХ В III ТРИМЕСТРЕ

Санкт-Петербургский государственный университет,
Медицинский факультет

В настоящее время известно, что симфизиопатию принято рассматривать в связи с сочетанием симптомов: боль в области костного таза, диастаз лонного сочленения и изменение показателей состояния минерального обмена. Однако непосредственные причины возникновения данного осложнения беременности требуют уточнения. В то же время, значительную роль придают изменению фосфорно-кальциевого обмена и обмена ионов магния в организме. Известно, что клиренс этих ионов зависит от функции почек.

В связи с этим целью работы явилось изучение состояния мочевыделительной системы у беременных с симфизиопатией в III триместре.

Материалы и методы. В исследование вошло 70 беременных: основную группу составили 55 пациенток с симфизиопатией; контрольную группу-15 условно здоровых беременных женщин сравнимых по социо-гигиеническим и медико-биологическим показателям. Использованы клинико-анамнестические и клинико-лабораторные показатели; специальные методы исследования: посев мочи на флору, суточная экскреция кальция, магния, фосфора с мочой.

Результаты и обсуждение. Инфекции мочевыделительной системы, имевшиеся в анамнезе или проявившиеся при данной беременности, выявлены у 67 пациенток (81%). При этом у 28 пациенток (52%) было отмечено обострение хронического или возникновение гестационного пиелонефрита при данной беременности. Среди возбудителей инфекций мочевыделительной системы у беременных с симфизиопатией ведущее место принадлежит Escherichia coli (70%). Наличие субъективных жалоб и болезненность при пальпации лона при отсутствии УЗИ-признаков диастаза лонного сочленения в основной группе состави-

ло 42%, в группе сравнения - 20%. Диастаз лонных костей 6-10 мм имел место в 43 случаях (78,1%), расхождение 10-20 мм - у 8 (14,5%); у 1 пациентки (2,8%), на фоне рецидивирующего пиелонефрита, ширина диастаза лонных костей составила 23 мм и сопровождалась выраженным болевым синдромом. При исследовании биохимических показателей крови достоверных различий в группах не было установлено. В исследуемой группе отмечалось достоверное увеличение суточной экскреции кальция с мочой до 10,2±0,3 ммоль/сут, магния с мочой до 8,2±0,2 ммоль/сут, фосфора с мочой 24,3±0,2 ммоль/сут, $p<0,05$; в сравнимой группе, соответственно, кальция с мочой – 5,4±0,15ммоль/сут, магния с мочой- 4,8±0,2 ммоль/сут, фосфора-19,6±0,3ммоль/сут, $p<0,05$. Наибольшие потери магния, кальция и фосфора с мочой отмечены у беременных с симфизиопатией на фоне обострения пиелонефрита, что позволяет рассматривать инфекционные заболевания мочевыделительной системы как предрасполагающий фактор к развитию нарушений минерального обмена при беременности.

deag@list.ru

Дзугаева М.Б., Ниаури Д.А., Джемлиханова Л.Х.

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ЛЮТЕИНИЗАЦИИ НЕОВУЛИРОВАВШЕГО ФОЛЛИКУЛА У БОЛЬНЫХ С БЕСПЛОДИЕМ

Санкт-Петербургский государственный университет,
Медицинский факультет.

Лютеинизация неовулировавшего фолликула (ЛНФ-синдром) является причиной бесплодия в 25-40% случаев, невынашивания беременности более чем в 30% случаев и не учитывается в программе планирования беременности [В.Н. Серов, В.Н. Прилепская, 2004; В.И Кулаков, А.С. Гаспаров, 2000; Исакова Э.В., 1993; S.Campbell, A.Monga, 2003]. В связи со стертой клинической картиной и отсутствием специфических симптомов не разработаны алгоритм диагностики и принципы патогенетической терапии синдрома лютеинизации неовулировавшего фолликула. Целью работы было определение возможности верификации диагноза синдром лютеинизации неовулировавшего фолликула на основании комплексного анализа показателей гормональной функции яичников и ультразвуковых параметров яичников.

Произведено обследование 46 женщин (средний возраст больных 30,2±1,4 лет), страдающих бесплодием. Всем женщинам проведено гормональное (ФСГ, ЛГ, Prl, E2 на 2-7 день менструального цикла, Pg - на 21-24 день менструального цикла и в периовуляторный период) исследование. Показатели мониторинга фолликулогенеза сопоставляли с гормональными показателями. Из 46 больных у 28 женщин при ультразвуковой эхографии признаками ЛНФ являлись персистирующая визуализация доминантного фолликула во второй фазе цикла с неравномерным утолщением и повышением эхогенности его стенки, свободной жидкости в позадиматочном пространстве не выявлялось. У этих 28 пациенток

при гормональном исследовании в периовуляторный период уровень прогестерона составил в среднем 15,8±0,2 нмоль/л, в отличии от остальных обследованных женщин, у которых уровень прогестерона в крови составил в среднем 4,7 нмоль/л ($p<0,05$). По содержанию гонадотропных и половых стероидных гормонов достоверных отличий у обследованных женщин не получено. В среднюю лютеиновую фазу уровень прогестерона в среднем составил 67,2±4,3 нмоль/л. ($p<0,05$).

Результаты проведенного исследования показали, что диагностика синдрома лютеинизации неовулировавшего фолликула должна быть основана на определении уровня прогестерона в крови в периовуляторный период в сочетании с эхографическим мониторингом фолликулогенеза.

Зданевич М.С., Доронин Г.Л., Курчишвили В.И.

ВЛИЯНИЕ НЕОАДЪЮВАНТНОЙ ТЕРАПИИ НА РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ ЛЕЙОМИОМОЙ МАТКИ

Московский государственный медико-стоматологический университет, Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова

Цель: определить в сравнительном аспекте влияние мифепристона и бусерелина на результаты оперативного лечения у больных с лейомиомой матки.

Материал и методы: обследовано 90 больных с лейомиомой матки размерами до 10 недель, которые были разделены на 3 равные группы, получавшие соответственно лечение антипрогестином (мифепристон), одним из агонистов ГнРГ (бусерелин) и не получавшие неоадъювантную терапию. После курса неоадъювантной терапии была выполнена консервативная миомэктомия лапароскопическим доступом.

Результаты и их обсуждение: лечению подвергались женщины с лейомиомой матки в возрасте 35-44 лет. При анализе ультрасонограмм, выявлено достоверное уменьшение объемов матки и миоматозных узлов по сравнению с исходным при лечении как мифепристоном (на 43 % и 47 %, соответственно), так и бусерелином (на 40 % и 43 %, соответственно), разница между методами не достоверна.

После проведения неоадъювантной терапии в обоих режимах отмечено достоверное снижение длительности оперативного вмешательства в группах, получавших неоадъювантную терапию (101,9±34,3, 97,0±13,8 и 135,0±26,9 соответственно) и кровопотери в операционном периоде (151,0±160,2, 115,5±35,5 и 200,0±101,5), а также отмечено повышение показателей гемоглобина на 2-е сутки после операции и улучшение общего состояния женщин в раннем послеоперационном периоде.

Общее количество удалённых миоматозных узлов у женщин составило в среднем 2,5±2,1, количество швов на матке составило - 2,6±2,1. Восстановление менструального цикла после прекращения терапии в среднем наступило через

30±4,6 дней во всех группах. Ранний и поздний послеоперационный период протекал без осложнений. Среднее количество дней проведенных в стационаре составило 5,2±1,1, без достоверных различий между группами.
Заключение: как видно из представленных данных, длительность операции и кровопотеря были достоверно больше в контрольной группе у женщин, не получавших неоадъювантную терапию, несмотря на сопоставимые размеры удаленных узлов.

Е.В. Левитина, А.Н. Шишкин, Д.А. Ниаури

МИКРОАЛЬБУМИНУРИЯ КАК ПРЕДИКТОР РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Санкт-Петербургский государственный университет,
Медицинский факультет

Целью исследования явилась клиническая оценка выявления микроальбуминурии у беременных с метаболическим синдромом.
Пациенты и методы. В исследование были включены беременные женщины в возрасте от 18 до 42 лет в сроки беременности от 8 до 34 недель с признаками метаболического синдрома, выявленные до беременности. Средний возраст беременных в этой группе 30,2±0,5 года. Группу сравнения составили 31 беременная без признаков метаболического синдрома. Средний возраст беременных в группе сравнения 29,1±0,8 года. Микроальбуминурию у беременных определяли в утренней порции мочи турбодиметрическим методом на анализаторе Bayer Express plus (Biosystem, Германия). Положительными считали результаты показателя микроальбумина мочи превышающие 20 мг/л.
Результаты. Уровень микроальбумина в моче у женщин с метаболическим синдромом варьировал от 3,9 до 65 мг/л и в среднем составил 17,9±1,06 мг/л, что достоверно ($p<0,001$) превышало соответствующий результат у беременных женщин без метаболического синдрома (9,3±0,7 мг/л). В результате оценки осложнений беременности по срокам гестации выявлено, что в I триместре у беременных женщин чаще встречалась угроза прерывания беременности, которая была выявлена у 43,3% обследованных. Во II триместре патологическая прибавка веса осложнила течение беременности у 32,5% беременных. В III триместре у 42,5% женщин с метаболическим синдромом встречались отеки беременных и у 32,5% женщин патологическая прибавка веса. Интересно отметить, что выявлена достоверная прямая корреляция между уровнем микроальбумина и осложнениями течения беременности: угрозой прерывания беременности ($p<0,05$), отеками беременных ($p<0,01$) и патологической прибавкой веса ($p<0,01$).
Заключение. Таким образом, определение уровня микроальбумина мочи может служить ранним методом диагностики эндотелиальной дисфункции у беременных с метаболическим синдромом, а также предиктором развития осложнений беременности.

Lev-0715@yandex.ru

А. В. Малушко

ОСОБЕННОСТИ ОСЛОЖНЕНИЙ РОДОВ У ПАЦИЕНТОК, ИМЕВШИХ МИКОТИЧЕСКИЙ ВАГИНИТ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Санкт-Петербургский государственный университет,
Медицинский факультет

Вследствие иммуносупрессии во время беременности частота микотического вагинита повышается. При беременности заболевание имеет длительное течение с частыми рецидивами. В то же время выбор противогрибковых препаратов и системная антимикотическая терапия имеют обоснованные ограничения.

Целью настоящего исследования являлось изучение влияния микотического вагинита на течение родов.

Проведен анализ 68 историй родов: основная группа 33 роженицы, в контрольной 35 историй. В основной группе были выделены две подгруппы, в первую вошла 21 пациентка, имевшая микотический вагинит во время беременности, излеченный к моменту родов. Во второй 12 пациенток, которые на момент родов имели микотический вагинит (8 не получали лечения, 4 получали лечения – без эффекта).

Результаты исследований:

1. Своевременная амниотомия чаще выполнялась у женщин основной группы (24,2%), чем в контрольной 17,1%, в основном у пациенток первой подгруппы (28,6%). Это можно объяснить тем, что у этих пациенток реже имело место преждевременное и раннее излитие околоплодных вод.
2. В связи с риском травмы промежности частота производства перинеотомии достоверно не различались у пациенток основной и контрольной групп (39,4% и 45,7% $p>0,05$), однако во второй подгруппе проводилась чаще, чем в первой (58,3% и 28,6% соответственно).
3. В основной группе достоверно чаще проводилось ручное обследование полости матки (18,2% по сравнению с 11,4% в контроле), при этом нарушение отделения плаценты и задержка долей плаценты встречались с одинаковой частотой (9,1% и 8,6%).
4. Частота разрывов шейки матки достоверно чаще наблюдалась у родильниц основной группы (27,3%) по сравнению с контрольной. Разрывы слизистой оболочки малых и больших половых губ достоверно чаще встречались у пациенток с микотическим вагинитом на момент родов (16,7% по сравнению с контролем 8,6%).

Заключение: Адекватная санация влагалища при микотическом вагините является резервом снижения акушерского травматизма в родах.

Е.О. Усольцева

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ИСХОД ДЛЯ ПЛОДА У ЖЕНЩИН С ВЫЯВЛЕННЫМ В РОДАХ МЕКОНИАЛЬНЫМ ОКРАШИВАНИЕМ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД

Санкт-Петербургский государственный Университет,
Медицинский факультет

Частота внутриутробного отхождения мекония по данным различных авторов колеблется в пределах 10%. Но до настоящего времени окончательно не установлена роль мекония как признака страдания плода, полностью не выяснены причины и механизм его отхождения, а также влияние времени отхождения мекония на исход родов.

Целью исследования явилось изучение особенностей течения беременности и родов, а также их исход для плода у женщин с мекониальным окрашиванием околоплодных вод.

Материалом для исследования послужили данные диспансерных книжек беременных женщин, историй родов и историй новорожденных: 132 случая с мекониальным окрашиванием околоплодных вод и 102 случая беременности со светлыми околоплодными водами.

Беременность чаще сопровождалась отхождением мекония у женщин с вредными привычками (курение – 15,15%), экстрагенитальной патологией (анемия – 41,67%, сердечнососудистые заболевания – 40,15%, χ^2=4,9, эндокринопатии – 24,24%, патология желудочно-кишечного тракта - 23,48%, мочевыделительной системы – 15,91%, ожирение – 11,36%). Такие беременности чаще осложнялись угрозами прерывания (69,7%, χ^2=8,9), гестозами (57,58%), хронической фетоплацентарной недостаточностью (93,94%, χ^2=4,9), мало- и многоводием (8,33% и 12,88%, χ^2=8,5 соответственно). Родоразрешение женщин с мекониальными водами в 32,58%, производилось путем кесарева сечения, из них в 69,77% случаев – по экстренным показаниям (в контрольной группе эти показатели составили соответственно 20,59%, χ^2=4,3 и 47,62%). В основной группе задержка внутриутробного развития плода была диагностирована в 10,61%, церебральная ишемия у новорожденного выявлена в 10,61%, (χ^2=4,8), внутриутробная инфекция - в 3,79%. Синдром аспирации околоплодных вод имел место у 5 новорожденных из группы с мекониальными водами (3,79%), вследствие чего у 3 из них (2,27%) развилась аспирационная пневмония.

Существует мнение о наличии связи между густотой мекония в околоплодных водах и частотой развития осложнений у новорожденных. При сравнении новорожденных с густыми мекониальными водами с новорожденными, чьи мекониально окрашенные воды были жидкие, подтверждающих этот точку зрения данных найдено не было.

Полученные результаты позволяют сделать следующий вывод. Наличие мекония в околоплодных водах ассоциировано патологическим течением беремен-

ности и повышенным риском развития осложнений для плода.

usolceva.elena@inbox.ru

2.2. Некоторые аспекты детской заболеваемости

М.Ю.Абросимова

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ МОЛОДЕЖИ О РАЗЛИЧНЫХ АСПЕКТАХ СЕКСУАЛЬНЫХ ОТШОШЕНИЙ

Казанский государственный медицинский университет

Наше исследование, проведенное методом анонимного анкетирования школьников, студентов, представителей рабочих профессий и инженерно-технических работников в возрасте от 15 до 30 лет (всего 1335 человек), показало, что сексуальное поведение современной молодежи характеризуется: свободным отношением к добрачным половым связям; более ранним началом половой жизни юношами и большим количеством половых партнеров у них; высокой распространенностью таких его рискованных форм, как отсутствие постоянного партнера у 40,3% молодых мужчин и 22% женщин, пренебрежение средствами предохранения от беременности (12,8%) и средствами профилактики ИППП и ВИЧ-инфекции (23,4%);

Представленный тип поведения значительной части молодежи обусловлен низкой информированностью по вопросам, связанным с интимными отношениями. Участники исследования отмечают недостаточность знаний по вопросам гигиены половой жизни (23,7%), особенностей взаимоотношений с противоположным полом (20,6%), профилактики ИППП (17,8%) и контрацепции (12,5%). Каждый десятый респондент не знает о неблагоприятных последствиях абортов. Знают том, что искусственное прерывание беременности может вызывать бесплодие 60,7%, выкидыши – 51,1%, кровотечения – 40,2%, нарушения менструального цикла – 28,7%. Знания по другим осложнениям после абортов не превышают 27%. Причем, каждый четвертый считает, что искусственное прерывание беременности на ранних сроках не оказывает отрицательного влияния на организм женщины, 48,9% - что оно вредно только для первобеременных и 34,9% - что отрицательные последствия возникают, только если аборт делается во внебольничных условиях. Безусловный вред любого аборта признают только 10,7% молодежи.

Как мужчины, так и женщины чаще получают информацию о сексуальных отношениях от друзей и подруг (43%). Причем, часто, впервые, только от полового партнера (28,8%), т.е. начинают половую жизнь совершенно к ней неподготовленными. Обращает на себя внимание также низкая роль родителей и медицинских работников в просвещении по данному вопросу: только, соответственно, 13,4% и 12,1% респондентов указывают на них, как на источник информации. Вместе с тем именно от родителей хотели бы ее получить 45,2% мужчин и

57,7% женщин, от медицинских работников, соответственно, 47,3% и 55,3%.

marabro@yandex.ru

С. А. Власов

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЛАДШИХ ПОДРОСТКОВ ЗА СВОЁ ЗДОРОВЬЕ

Санкт-Петербургский государственный университет,
Факультета психологии

В современных условиях возрастания ценностной неопределённости молодого поколения россиян и быстрой смены социально-экономических условий жизни обострилась проблема здоровья, его поддержания, сохранения и укрепления. Безусловно, это не только социально-психологическая, но и социально-педагогическая проблема, требующая с учётом реалий новых поисков и решений. В связи с этим, возрастает значимость не только родителей и воспитателей за состояние здоровья детей, но и самого ребёнка.

В рамках предмета социальной педагогики исследователи ищут эффективные средства для укрепления здоровья детей разного возраста (гигиена, физическая культура, спорт и др.) и пути их оздоровления в семейной и образовательной среде, ориентируя на воспитание важнейших качеств личности, среди которых, особое место занимает «ответственность».

В отечественной психологии и педагогике в понимании ответственности существуют разные позиции. Ответственность исследуют как:

- социально желательную характеристику человека (К.А. Абульханова-Славская, К. Муздыбаев, Л.И. Дементий),
- качество личности (Л.И. Борисова, А.В. Волнистова, Т.Ф. Шилова, Б.Г. Тугаринов, Т.В. Машарова);
- одну из форм внутреннего контроля за соблюдением интериоризированных общественных норм и задач, которые проявляются в отношениях между личностью, коллективом и обществом, и осуществляются в процессе деятельности (Т.И. Радикова).

С точки зрения С.Ф. Савченко ответственность базируется на осознании и принятии человеком необходимой зависимости его поведения от общественных целей и ценностей.

Так как оптимальным возрастом воспитания ответственности является подростковый, поскольку это сензитивный период формирования социальных и нравственных качеств личности (Л.В. Дубровина, Т.И. Радикова), то задача нашего исследования состоит в выделении признаков и показателей ответственности младшего подростка за своё здоровье. Признаками такой ответственности выступают: здоровье как ценность, образ здорового и сильного (красивого) сверстника, воля и настойчивость в выполнении программы здорового образа жизни, составленной в соответствии с желаемым образом. В ходе исследования выявлены показатели проявления ответственности у младшего подростка за своё здоровье в условиях конно-спортивного клуба, а именно:

- по первому признаку - проведение большей части свободного времени в конно-спортивном клубе, активное общение с животными и увлечение конным спортом;
- по второму признаку - сформирован желаемый образ сверстника (из среды клуба), понимание своих недостатков, программа развития и саморазвития (интеллектуального, физического, волевого, нравственного);
- по третьему признаку - целеустремлённость в овладении навыками конного спорта, настойчивость в преодолении трудностей как в общении с животными, так и овладении спортивными навыками, собранность и организованность в достижении спортивных целей на соревнованиях.

Следующий этап нашего исследования состоит в определении структурной организации и уровней проявления ответственности у младших подростков в различных конно-спортивных клубах г. Санкт-Петербурга и других регионов России через изучение выделенных показателей.

vlasov-s@bk.ru

М.Г. Дашина, Т.А. Акопян

ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В БЮРО СОМАТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Главное бюро медико-социальной экспертизы по Алтайскому краю, Барнаул

В структуре детской инвалидности по соматической патологии значительное количество детей (около 40 %) составляют дети школьного возраста. Одной из наиболее часто предъявляемых жалоб у этой категории детей является низкая школьная успеваемость. В значительной мере затруднения в обучении обусловлены недостаточной сформированностью или нарушениями психических процессов, что может быть связано с влиянием имеющегося заболевания, со спецификой созревания мозга конкретного ребенка, с неблагоприятной средой, в которой происходит формирование ребенка.

Одной из важнейших задач в работе психолога бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ) является оценка состояния психических процессов освидетельствуемого. Основной целью анализа состояния психических процессов является установление факта их изменения (снижения), уточнение типа этих изменений (по астеническому или органическому, редко – эндогенному), стойкости и степени выраженности расстройств, с последующей трансформацией их совокупности в синдром.

К нарушениям психических процессов может приводить как соматическая патология, так и нервно-психические расстройства. При этом различные процессы (внимание, память, мышление, речь, эмоции, воля) страдают в разной степени, но нарушения их сочетаются между собой.

При исследовании состояния психических процессов мы применяем клинико-психологический метод и экспериментально-психологическое обследование

(ЭПО).
Клинико-психологическим методом исследования выявляются качественные нарушения результативности психической деятельности (в процессе беседы и наблюдения). ЭПО дает количественную оценку выявленных нарушений, объективизирует данные, полученные в процессе беседы.
Вывод о нарушении психических процессов, степени выраженности и стойкости делается на основании данных всего проведенного исследования. Трансформация полученных данных в синдром производится совместно с врачами-экспертами. В дальнейшем действует алгоритм вынесения экспертного заключения с оценкой категорий ограничения жизнедеятельности на основании нормативных документов, используемых в службе МСЭ.

mse22@mail.ru

С.М. Дунаев

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ОСТРЫХ ЛЕЙКОЗОВ У ДЕТЕЙ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Ижевская государственная медицинская академия

Цель исследования: на основе ретроспективных и проспективных эпидемиологических исследований получить сведения о медико-частотных характеристиках острых лейкозов у детей в Удмуртской республике (УР) за период с 1996 по 2009 гг. и представить прогноз до 2012 г.
Всего за период наблюдения в УР выявлено 126 детей с острым лимфобластным лейкозом (ОЛЛ), показатель заболеваемости составлял в среднем 3,3±0,2 на 100 тыс. детей в год. Среднегодовой темп прироста за анализируемый период составил 3,2 %.
Распространенность ОЛЛ среди детей за 14 лет в среднем составила 19,4±2,6 на 100 тыс. детей. Среднегодовой темп прироста за анализируемый период составил 3,4 %. Показатель распространенности имеет тенденцию к росту, за счет роста заболеваемости и снижения смертности, что свидетельствует о повышении качества лечения детей с данной патологией. Прогнозирование распространенности ОЛЛ до 2012 г. показало дальнейший рост.
Всего за период наблюдения было выявлено 32 случая острого миелобластного лейкоза (ОМЛ), показатель заболеваемости составил в среднем 0,6±0,2 на 100 тыс. детей.
Распространенность ОМЛ среди детей за 13 лет в среднем составила 1,4±0,4 на 100 тыс. детей. Среднегодовой темп прироста 0,7 %. Показатель распространенности имеет слабую тенденцию к росту, необходимо повышение качества лечения детей с данной патологией. Прогнозирование распространенности ОМЛ до 2012 г. показало небольшую тенденцию к росту.
Таким образом, выявлена тенденция к росту заболеваемости и распространенности ОЛЛ у детей в УР.

dsm-1979@mail.ru

Д.Ю. Карасев, К.Э. Кетоев

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И ФИЗИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВЛЕННОСТИ ДОШКОЛЬНИКОВ 5-7 ЛЕТ В УСЛОВИЯХ ДОУ

Северо-Осетинский государственный университет, Владикавказ

Адаптация ребенка к школе – довольно длительный процесс, связанный со значительным напряжением всех систем организма (М.М. Безруких, 2000; С.А.Лех, 2006).

Известно, что физическое воспитание детей имеет большое социальное и педагогическое значение (Я.Л. Коломинский, Е.А. Панько и др.). Первое звено государственной системы физического испытания касается детей дошкольного возраста. Развитие ребенка является динамично протекающим процессом, а для гармоничного формировании основных двигательных навыков и соответствующего развития физических качеств необходимо создание оптимальных, благоприятных условий (В.В. Кантан, В.Н. Шебеко, Н.Н. Ермак).

В настоящей работе изучена динамика показателей физического развития и физической подготовленности дошкольников в течение года. Под наблюдением находилось 80 дошкольников в возрасте 5 и 6 лет, посещавших ДОУ г. Владикавказа с сентября 2009 по май 2010 года. Физическое развитие оценивалось по 6 показателям (рост, вес, ВРИ, ОГК, ЖЕЛ, кистевая динамометрия). Для оценки показателей физической подготовленности применялись следующие стандартные тесты: гибкость определялась по показателям наклона вперед из положения стоя на гимнастической скамейке и выкрута рук в плечевых суставах с гимнастической палкой в руках; быстрота - по скорости бега на 30 м и в челночном беге; выносливость - по результату трехминутного бега. Силовые качества определялись по результатам толчка набивного мяча весом 1 кг из-за головы; поднимания ног на 90° в висе на гимнастической стенке; поднимания туловища из исходного положения лежа на спине, руки за головой. Координационные способности и ловкость - в тестах: а) "фламинго"; б) попадание мяча в цель.

Результаты исследования выявили, что за год у девочек 5 лет произошло увеличение длины тела, силы кисти левой руки ($p<0,001$). Из показателей физической подготовленности достоверно возросли результаты в толкании мяча, поднимании ног и туловища, броска мяча в цель, выкрута рук в плечевых суставах ($p<0,001$).

У девочек 6 лет к концу года обнаружено достоверное увеличение показателей динамометрии левой руки ($p<0,001$), толкания мяча, поднимания ног и туловища, броска в цель, выкрута рук ($p<0,01$).

По показателям равновесия, выносливости и быстроты у девочек обеих возрастных групп достоверных изменений не обнаружено. Это может свидетельствовать о недостаточном внимании со стороны педагогов к развитию указанных качеств, что определяет необходимость внесения изменений в содержательную часть занятий.

Изучение данных вопросов осуществлялось в естественных условиях в ходе нестимулированного обучения и воспитания детей (дифференцированно по мальчикам и девочкам).

Полученные данные позволяют заключить, что в каждом отдельном возрасте темпы прироста (Тпр) показателей физической подготовленности имеют тенденцию к увеличению. Исключение составляют результаты гибкости.

Вместе с тем, положительные значения Тпр физической подготовленности по отдельным показателям по мере взросления детей уменьшаются: у мальчиков - быстрота (с 11,3% в 6-летнем возрасте до 1,9% в 8-летнем), ловкость соответственно с 19,1% до 8,8%; у девочек - ловкость (с 20,0% до 5,3%). Некоторые результаты, имея наибольшие значения Тпр в шестилетнем возрасте, снижаются в 7 лет и к 8 годам остаются приблизительно на том же уровне: у мальчиков - быстрота, сила, ловкость; у девочек - быстрота, сила.

При изучении разницы Тпр у детей смежных возрастов выявлено, что по большинству изучаемых показателей наиболее высокие темпы прироста происходят в возрасте 6-7 лет. Исключение составляет интегральный показатель быстроты у мальчиков и выносливость у детей обоих полов, рост Тпр которых увеличивается в 7-8- летнем возрасте.

Установлены элементы полового диморфизма по Тпр с преимуществом мальчиков по интегральным показателям силы (6-8 лет), быстроты, ловкости (7, 8 лет), выносливости (8 лет); с преимуществом девочек - гибкости (6-8 лет), быстроты, ловкости (6 лет), выносливости (6, 7 лет).

В результате проведенного исследования установлено, что расширенный объем двигательной активности детей является основным фактором, определяющим высокие темпы изменений физического развития и физической подготовленности дошкольников в течение года. Занятия детей дошкольного возраста по разным программам с различным объемом и составом средств физического воспитания приводят к существенному повышению их здоровья.

Н.Л.Клячкина

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПОДГОТОВКА ОРГАНИЗАТОРОВ ДЕТСКОГО ДВИЖЕНИЯ

Самарский государственный технический университет

На различных этапах исторического развития в нашей стране накоплен уникальный опыт использования воспитательного потенциала детских общественных объединений в духовно-нравственном и гражданском становлении подрастающего поколения. Формировать личность гражданина, искренне озабоченного судьбой России, человека гуманистической, духовно-нравственной ориентации – задача детского объединения, а значит, и руководителя, его организующего. В этом смысле цели деятельности организатора детского движения совпадают с целями профессиональной деятельности современного педагога, с задачами государственной политики в сфере воспитания.

Решение задач позитивной социализации детей и подростков через участие в деятельности детского общественного объединения позволяет считать организатора детского общественного объединения педагогом (даже если он не имеет профессиональной подготовки), содействующим в организации воспитательной деятельности подрастающего поколения

Особенность современной образовательной ситуации, естественный процесс смены кадров лидеров и организаторов детского движения в России начала XXI века подготовили условия создания новой системы подготовки педагога-организатора детского общественного объединения.

Специфика проблемы подготовки кадров организаторов детского движения в современных условиях заключается в том, что в отличие от предшествующих периодов содержание ее направлено не на деятельность в конкретной общественно-политической организации, а на «восхождение к субъектности», овладение знаниями и умениями, ориентировочными основами деятельности в соответствии с принятыми или самостоятельно выбранными идеалами и установками. Усиливающийся разрыв между запросами общественной практики на новые кадры и отсутствие системы, обеспечивающей данный социальный заказ, актуализируют разработку научно-педагогических основ создания модели такой подготовки.

Первая проблема, которую предстоит решить в теоретическом и практическом плане, заключается в расширении границ образовательного пространства и его структуры, обеспечивающей подготовку организаторов детского движения с различным уровнем профессиональной подготовки, в том числе и не имеющих педагогического образования. При этом возникает необходимость изучения возможностей использования системы непрерывного педагогического образования, включая все разнообразие форм повышения квалификации и его видов: формальное (институциональное), неформальное (квазиинституциональное), информальное (неинституциональное); использования возможностей некоммерческого сектора; использования возможностей системы государственных учреждений сферы молодежной политики. Из этой проблемы вытекает вторая: организаторами детского общественного объединения сегодня становятся специалисты, не имеющие базового педагогического образования. Возникает вопрос о специальной подготовке этой категории. В этой связи появляется необходимость поиска той исходной базы, где возможна работа с этими специалистами. Третья проблема связана с отсутствием разработанных вариативных программ, ориентированных на решение задач подготовки организаторов детского движения с позиций дифференциации и индивидуализации. Имея в виду, что при проектировании содержания подготовки исходной основой являются модель (профессиограмма) специалистов, мы сталкиваемся с четвертой проблемой – отсутствием такой научно обоснованной модели.

По мере изменения социально-экономических условий изменился социальный смысл деятельности организаторов детского движения, их функции, характер деятельности, цели, задачи, содержание, технологии, отношения членов детского объединения. Переосмысливается само понятие «организатор детского об-

щественного объединения». Необходимо создание такой системы подготовки организаторов детского общественного объединения, в которой нашли бы отражение все тенденции времени и достижения науки, связанные с модернизацией и развитием профессионального образования. Система подготовки педагога - организатора детского общественного объединения является подсистемой системы образования, поэтому принципы, на которых она строится – это конкретизация общих принципов, определяющих построение и функционирование системы образования в целом. Отсутствие единого методического Центра в последние годы дало «сбой» в организации процесса подготовки кадров, лишило возможности обеспечивать эту систему образовательными программами, специальной литературой, отслеживать профессиональный рост огромной армии взрослых, причастных к детской организации. Данную функцию могут выполнять учреждения, имеющие различную ведомственную принадлежность. Это – Дома общественных организаций сферы молодежной политики, Дома детского и юношеского творчества, Ресурсные центры (органы образования). Ресурсные центры создаются как новый тип учреждений, задачей которых является нормативно-правовое, психолого-педагогическое и методическое сопровождение деятельности детских общественных объединений, повышение квалификации педагогических работников. Такие учреждения в России стали появляться относительно недавно. Однако практика показывает, что при условии обеспеченности кадровым ресурсом они успешно справляются с поставленной задачей.

Таким образом, совокупность всех этих идей создаёт научно-практическую основу для формирования системы подготовки педагога-организатора детского общественного объединения на региональном уровне, активизирует стремление к достижению общественно важных результатов в сфере воспитания детей и подростков.

Ю.В.Лобзин, Н.В.Скрипченко

УПРАВЛЯЕМЫЕ НЕЙРОИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ: МИФ ИЛИ РЕАЛЬНОСТЬ?

ФГУ «НИИ детских инфекций ФМБА России», Санкт-Петербург

Среди всех заболевших нейроинфекциями дети составляют 75%. У детей инфекционные заболевания нервной системы являются самой тяжелой инфекционной патологией, при которой каждый второй реконвалесцент имеет резидуальные неврологические нарушения. Экономические затраты на лечение одного случая нейроинфекции составляют от 20 000 $ до 350 000 $ (ВОЗ, 2006). В этой связи профилактика развития нейроинфекций представляет актуальную социальную проблему здравоохранения. В настоящее время в мире существуют около 150 вакцин для специфической профилактики различных инфекций. Мировой опыт показал, что вакцинопрофилактика, являясь наиболее эффективным средством предупреждения инфекционных заболеваний, позволяет добиться их

элиминации. Столбняк, бешенство, полиомиелит, клещевой энцефалит, менингококковая инфекция, пневмококковый и гемофильный менингит – нейроинфекции, развивающиеся вследствие первичного поражения нервной системы. Ветряная оспа, эпидемический паротит, краснуха, корь, дифтерия, туберкулез – инфекции, при которых нервная система страдает вторично. Против всех перечисленных выше инфекционных заболеваний есть вакцины, эффективность которых доказана благодаря массовому применению при введении в Национальный календарь прививок. Практически ликвидирован полиомиелит, редко встречается столбняк, дифтерия, паротит, корь, краснуха. Эти инфекции с полным правом относятся к «управляемым». Однако в этиологической структуре нейроинфекций у детей среди бактериальных инфекций до 73% составляют менингококковая, пневмококковая и гемофильная инфекции, а среди вирусных – в 32% случаев имеет место вирус клещевого энцефалита и вирус варицелла зостер. В целом у детей на долю нейроинфекций, вызванных этими возбудителями приходится около 40%. В нашей стране вакцинация против этих инфекций проводится, как правило, лишь по эпидемическим показаниям или по желанию родителей. Это не может существенно влиять на заболеваемость нейроинфекциями. Каковы пути сделать эти актуальные инфекции реально «управляемыми»? В первую очередь, необходима новая стратегия профилактики, направленная на защиту населения от «управляемых» нейроинфекций (менингококковая, пневмококковая, гемофильная инфекции, клещевой энцефалит, ветряная оспа), с реальным управлением эпидемическим процессом, что возможно при условии охвата прививками не менее 85% населения. В этой связи назрела необходимость пересмотра Национального календаря прививок в сторону его расширения. Во-вторых, вакцинные препараты, используемые в практическом здравоохранении, должны быть высоко эффективными и безопасными. В третьих, должно быть осознание Правительством страны моральной обязанности обеспечить свое население возможностью иммунизации. Таким образом, в современных условиях, когда отечественное здравоохранение ориентировано на предупреждение заболеваний, «управляемые» нейроинфекции становятся реальностью, что позволяет с оптимизмом смотреть в будущее.

О. В. Мальцева

ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ РОЛЬ ЕЖЕГОДНОГО МАРАФОНА «ТВОРИ ДОБРО»

Северный государственный медицинский университет,
Факультет менеджмента, Архангельск

Наиболее значимым для современной воспитательной системы вуза является процесс социализации студенческой молодежи, которая является одним из важнейших факторов развития общества, обеспечивающих саморазвитие общественных отношений.

Внеучебная воспитательная деятельность вуза является основным фактором

воспитания и развития студенческой молодежи. И от построенной вузовской системы воспитания будет зависть достигнутый результат. Станет ли студент самостоятельной личностью, способной к самореализации, будет ли он гражданином и патриотом своей страны, строителем нового общества и государства.

На нашем факультете эта задача реализуется с помощью вовлечения студентов в театральные постановки и благотворительность. В рамках ежегодного марафона «Твори добро» студенты придумывают и ставят театральные представления, оказывают посильную благотворительную помощь по сбору одежды, игрушек, канцтоваров и других необходимых вещей. В качестве аудитории были выбраны воспитанники дошкольных учреждений г. Архангельска, а также маленькие пациенты городских больниц.

Такой выбор связан с тем, что театральная деятельность - это огромное поле для самоутверждения, укрепления коллектива, развития личности и удовлетворения потребности в общении. Студенты-артисты после участия в представлении становятся увереннее, более открытыми и общительными. Конечно, это в первую очередь положительно сказывается и на результатах учебы. Всю свою индивидуальность и таланты студенты могут проявить во время представлений. Каждому желающему найдется место на сцене, своя роль, свой герой. А какие творческие способности проявляют ребята во время работы над общей идеей, концепцией представления для ребятишек выбранного учреждения: и сказка в стихах, и игра-путешествие с изучением иностранных слов, и сказка в помощь родителям «Ох, эти трудные слова». Весь необходимый для представления реквизит: костюмы, декорации и прочее, студенты придумывают и мастерят своими руками. Маленькие зрители всегда ждут артистов с нетерпением, даря в ответ свои улыбки и аплодисменты.

Благотворительная помощь в различных её проявлениях (посильный труд, сбор вещей, пожертвование денег) дает возможность личности почувствовать себя нужным, вырабатывает сострадание и сочувствие. Эта часть воспитательной работы среди молодежи позволяет заложить потребность оказания безвозмездной помощи тем, кто в этом нуждается. Такая деятельность способствует улучшению морально-психологического состояния граждан государства. Например, за рубежом, в США, 90% населения занимаются благотворительностью.

Хотелось бы отметить, что кроме этого общение студентов с детьми содействует укреплению престижа и роли семьи в обществе, защите материнства и детства, воспитанию нравственных качеств.

Подводя итого проделанной работы, можно сделать вывод о том, что выбранное направление работы позволяет удовлетворить потребность студентов в самореализации, содержательном общении, в социальном признании. Ведь воспитание молодежи, по-моему, должно быть направлено на становление гуманной личности с выраженной индивидуальностью, характеризующейся осознанием своего гражданского долга, трудолюбием, ответственностью, культурой взаимодействия с окружающими людьми.

pat-lesya@mail.ru

О.В. Моисеева

РАБОТА С ДЕТЬМИ И ПОДРОСТКАМИ ИЗ ГРУПП РИСКА ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ

Ижевская государственная медицинская академия»

Цель исследования – разработать комплекс противотуберкулезных мероприятий для врачей общей лечебной сети, противотуберкулезной службы, Роспотребнадзора и сотрудников социальной службы в выделенных девяти группах риска детей и подростков по туберкулезу.

Для исследования взяты дети и подростки в числе 150 человек, у которых проводились профилактические противотуберкулезные мероприятия, но они заболели туберкулезом. Исследование проводилось за 2005-2009 годы. Для определения комплекса профилактических противотуберкулезных мероприятий все дети и подростки были разделены на следующие подгруппы: 1) дети из очага туберкулезной инфекции, 2) подростки из очага туберкулезной инфекции, 3) дети с виражом или нарастанием чувствительности к туберкулину, 4) подростки с виражом или нарастанием чувствительности к туберкулину, 5) дети с гиперпробой, 6) подростки с гиперпробой, 7) дети с виражом и гиперпробой либо нарастанием чувствительности к туберкулину из очага туберкулезной инфекции, 8) подростки с виражом и гиперпробой либо нарастанием чувствительности к туберкулину из очага туберкулезной инфекции, 9) дети и подростки с туберкулезным инфицированием. Для статистической обработки использован дискриминантный анализ, который проводился с помощью программы SPSS 10. Для выделения степеней риска рассчитаны интегральные показатели, на основании чего были выделены четыре степени риска: высокого, среднего, низкого и очень низкого и в соответствии с этим разработаны комплексы противотуберкулезных мероприятий для различных специалистов. Для удобства определения степени риска разработана компьютерная программа на основе формализованных карт для девяти исследуемых подгрупп. Итогом анализа является установленная степень риска на туберкулез у конкретного ребенка и предложенный комплекс противотуберкулезных мероприятий. Эта программа предназначена для набора базы данных на детей и подростков из IV и VI группы диспансерного учета, проведения автоматизированного (компьютерного) анализа при проведении противотуберкулезных мероприятий в группах риска детей и подростков, осуществляемых лечебно-профилактическими и противотуберкулезными учреждениями. Внедрение в практическое здравоохранение компьютерной программы показало ее высокую медицинскую эффективность, ни один из исследуемых детей и подростков не заболел туберкулезом.

ovm@e-izhevsk.ru

Н.Н. Нежкина, О.В. Кулигин, Ю.В. Чистякова, А.И. Нежкина

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С УЧЕТОМ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ВЕГЕТАТИВНОГО ГОМЕОСТАЗА

Ивановская государственная медицинская академия

Мониторинг здоровья и детского и взрослого населения на одно из первых мест по распространенности выводит различные виды вегетативных расстройств. Их часто называют болезнью современной цивилизации с характерной для нее психической перегрузкой и физической гиподинамией, которая у старших школьников достигает 85 %. Поэтому не случаен столь высокий интерес к физическим методам реабилитации детей с синдромом вегетативной дистонии.

Однако, изучение существующих методик кинезотерапии показывает, что они, в лучшем случае, направлены на ликвидацию гиподинамии, а не на тренировку вегетативной нервной системы и совершенно не учитывают такой важный, системообразующий фактор вегетативного гомеостаза как исходный вегетативный тонус. Между тем, дети с исходной ваготонией и симпатикотонией абсолютно разные. Следовательно, и процесс их физического воспитания или реабилитации необходимо строить по-разному, с учетом их психофизических особенностей.

На протяжении 10 лет нами проведено комплексное обследование более 1000 детей 7 – 17 лет с синдромом вегетативной дистонии. Изучение их психофизических особенностей позволило получить системные портреты в зависимости от исходного вегетативного тонуса.

Так системный портрет ваготоника характеризуется большей эмоциональной устойчивостью и продолжительностью физической работы, при меньшей силе и быстроте как психических, так и физических реакций. Ваготоники более экономично расходуют свои силы, поэтому и нарушения вегетативной регуляции у них носят менее глубокий и выраженный характер. Системный портрет симпатикотоника, напротив, указывает на большую силу и скорость его реакций, при меньшей эмоциональной устойчивости и продолжительности физической работы. Поэтому у симпатикотоников быстрее наступает истощение адаптационных резервов, о чем свидетельствует высокая частота регистрации у них асимпатикотонических вариантов вегетативной реактивности.

Таким образом, доказанная в ходе исследования тесная взаимосвязь физической и психической составляющей системных портретов детей с синдромом вегетативной дистонии определяет необходимость интеграции физических и психических методов коррекции вегетативной дизрегуляции, их объединения в целостную систему психофизического воздействия.

Исходя из этого, нами была разработана универсальная трехэтапная структура практического занятия, названного психофизической тренировкой:

1 этап – динамические упражнения аэробного характера, которые уменьшают дефицит двигательной активности; позволяют утилизировать основные медиа-

торы стресса в ходе активной мышечной работы; мягко тренируют симпатический отдел вегетативной нервной системы.
2 этап – статические упражнения. Они способствуют ликвидации мышечных зажимов; мягко тренируют парасимпатическую нервную систему; развивают координацию и равновесие, которые всегда нарушены при вегетативных дистониях.
3 этап – сеанс психофизической саморегуляции в состоянии мышечной релаксации. На нем ребенок, вслед за учителем мысленно проговаривает ключевые формулы, которые позволяют внушить себе хороший уровень самочувствия и настроения, достичь психологического комфорта.
Особенности системного портрета детей в зависимости от их исходного вегетативного тонуса определяют необходимость дифференциации программ психофизической тренировки. В ее основу нами был заложен принцип создания устойчивой мотивации к занятиям с опорой на хорошо развитые физические и психические качества, а затем тренировки «слабого звена» вегетативного гомеостаза, физической и психической организации.
В ходе анализа эффективности разработанных программ, было установлено, что дифференцированная психофизическая тренировка детей с синдромом вегетативной дистонией стабильно улучшает их общее самочувствие, практически в 20 раз уменьшая эмоциональную лабильность и в 10 раз снижая проявления болевого синдрома. Она способствует формированию сбалансированного текущего вегетативного состояния, о чем, свидетельствует по данным спектрального анализа ритма сердца увеличение общей мощности спектра нейрогуморальной регуляции, отражающее повышение функциональных ресурсов организма.
В процессе занятий ПФТ наблюдается улучшение функционирования сердечно-сосудистой системы при физической работе, что подтверждается достоверным повышением показателей пробы PWC_{170}. Данные изменения происходят на фоне гармонизации эмоциональной сферы за счет снижения тревожности, повышения психической активности и работоспособности у ваготоников и снижения избыточной активности, агрессивности, импульсивности у симпатикотоников.
Таким образом, высокая эффективность дифференцированных программ ПФТ в гармонизации эмоционально-вегетативной сферы детей, позволяет рекомендовать их в качестве основы курса физической реабилитации для пациентов с синдромом вегетативной дистонии.

Е.А. Пантюшина, А.П. Канина, П.В. Чернядьев, А.В. Катаев

ВИТАМИННАЯ ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ РАЦИОНА ПИТАНИЯ И ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Кировская государственная медицинская академия

Рациональное питание детей предусматривает обеспечение детей пищевым рационом, удовлетворяющим их потребности в энергии и необходимых

нутриентах, среди которых важное место принадлежит витаминам. Результаты популяционных исследований, проведенных Институтом питания РАМН, свидетельствуют о крайне недостаточном потреблении и все более нарастающем дефиците витаминов у значительной части дошкольников (Спиричев В.Б., 1990).

Цель исследования: определение содержания витаминов А, B_1, B_2, РР, С в рационах питания организованных детей в возрасте 1-3 лет с круглосуточным пребыванием в детском доме и оценка состояния их здоровья.

Материалы и методы исследования: анализ фактического питания детей по меню – раскладкам суточных рационов за летне-осенний и зимне-весенний периоды и оценка здоровья детей по карточкам развития.

Результаты исследования: При анализе недельного рациона питания было выявлено, дефицит всех исследуемых витаминов определяется дефицит не только в зимне-весенний период, но и в летне-весенний период. Так, содержание витамина А на 24,3% ниже физиологической нормы даже в летне-весенний период.

Известно, что нарушения в питании вызывают задержку физического развития детей, которое является индикатором их здоровья. При анализе состояния здоровья детей по карточкам развития было выявлено, что у 82 % детей в возрасте от 1 до 3 лет регистрируется анемия различной степени тяжести, 18 % детей имеют дефицит массы тела, 32 % - относятся к группе часто болеющих детей. Распространенность инфекционных заболеваний (у 24 % детей) и высокая частота нарушений микробиоценоза кишечника (у 98 %), возможно, связаны со сниженным иммунитетом.

Таким образом, проведенные исследования убедительно показали, что дисбаланс витаминов в рационе питания детей раннего возраста может быть одним из факторов задержки физического развития детей и формирования у них некоторых алиментарных заболеваний, провоцировать нарушения микрофлоры кишечника.

Н.В. Скрипченко, Г.П. Иванова, Т.Н. Трофимова, В.Н. Команцев, М.В. Иванова, М.В. Савина, А.А. Вильниц, Н.Ф. Пульман, Е.Ю. Горелик, И.А. Иващенко

ДИССЕМИНИРОВАННЫЕ ЛЕЙКОЭНЦЕФАЛИТЫ И РАССЕЯННЫЙ СКЛЕРОЗ У ДЕТЕЙ: ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННЫЕ СВЯЗИ

ФГУ «НИИ детских инфекций ФМБА России»,
Институт мозга человека им. Н.П. Бехтеревой, Санкт-Петербург

Наличие распространенных очагов демиелинизации в белом веществе головного мозга определяет схожесть диссеминированного лейкоэнцефлита и рассеянного склероза. Цель: уточнить клинико-лабораторные особенности и причины развития диссеминированного энцефалита, энцефаломиелита (ДЭМ) и рассеянного склероза (РС) у детей. Методы исследования: клинический мониторинг в

течение 5 лет, начиная с острого периода, этиологические методы (ПЦР, ИФА) диагностики вирусных и бактериальных инфекций в крови и ЦСЖ; лучевые методы исследования ЦНС (МРТ диагностика ЦНС), вызванные потенциалы головного мозга разных модальностей (соматосенсорных, акустических, зрительных). Материал исследования: за период 1999 – 2009 гг в клинике нейроинфекций НИИ детских инфекций под наблюдением находился 241 пациент в возрасте от 3 мес до 18 лет с демиелинизирующими заболеваниями ЦНС, из них 209 детей с ДЭМ и 32 ребенка с РС. Результаты: Определена структура демиелинизирующих заболеваний ЦНС у детей: на долю диссеминированных энцефалитов приходилось 42%, ДЭМ – 32%, подострый геморрагический лейкоэнцефалит (болезнь Харста) составил 0,4%, диффузный периаксиальный энцефалит Шильдера – 0,8%, оптиконеврит – 1,6%, оптический нейромиелит – 1,6%, поперечный миелит – 2,5%. Уточнена этиология ДЭ и ДЭМ: в 16% случаев был выявлен в крови и ЦСЖ вирус клещевого энцефалита, в 18% - вирус ветряной оспы, в 11% - вирус простого герпеса, в 6% - вирус Эпштейна-Барр, в 10% - цитомегаловирус, в 8% - энтеровирусы, в 4% - вирус краснухи, в 3% - парвовирус В 19, вирус гриппа – в 7%, в 10% - боррелии, в 2% - токсоплазма, в 3% - хламидии, в 2% - микоплазма. В 60% имело место острое течение, в 23% - подострое, в 17% - хроническое течение. Определены МРТ паттерны при различных демиелинизирующих заболеваниях ЦНС у детей. Установлено диагностическое и прогностическое значение вызванных потенциалов головного мозга. Доказано, что рассеянный склероз, как основной представитель демиелинизирующих заболеваний, в начале своего развития у детей является инфекционным заболеванием и лишь затем персистирующая инфекция запускает процесс хронически текущего аутоиммунного воспаления. С учетом полученных данных сделан вывод о том, что критерии диагностики РС у детей отличаются от общепринятых у взрослых лиц. Вывод: у детей диагноз РС может быть поставлен только в том случае, если исключен диссеминированный энцефалит или энцефаломиелит.

М.Г.Соколова, Л.А.Полякова

КРАНИОВЕРТЕБРАЛЬНЫЕ АНОМАЛИИ У ПОДРОСТКОВ С ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Медицинская академия последипломного образования, Санкт-Петербург

Заболевания нервной системы в большой степени обусловлены гипоксически-ишемическими поражениями мозга в перинатальном периоде. Аномалии краниовертебральной (КВО) области показывают, что имело место действие повреждающих факторов во внутриутробном периоде, и также аномалии КВО могут приводить к родовому травматизму, меняя биомеханизм родового акта. Следствием, этого патологического процесса может быть повреждение позвоночных артерий и вен.

Цель. Оценить состояние церебрального кровотока и механизмов регуляции

мозгового кровообращения у подростков с краниовертебральными аномалиями на фоне перинатальной резидуально-органической патологии ЦНС.
Материалы и методы. Нами обследовано 150 пациентов в возрасте 15-18 лет. Все обследованные были рождены доношенными и имели различную перинатальную патологию легкой степени тяжести. Всем пациентам проводилась рентгенография шейного отдела позвоночника, ультразвуковая допплерография сосудов головного мозга с проведением функциональных проб.
Результаты. Проведенное клинико-неврологическое обследование выявило у подростков симптомы вегетативно-сосудистой дистонии (68%), двигательные расстройства (59%), координаторные расстройства (43%), церебрастенический синдром (37%) и гидроцефально-гипертензионный синдром (13%). При рентгенографическом обследовании у (67%) подростков было выявлено диспластические нарушения в шейном отделе позвоночника: аномалия атланта (3%), гипоплазия зубовидного отростка (7%), незаращение дужек (9%), шейные ребра (11%), патология атлантоокципитального сочленения (16%) и аномалия Киммерле (21%). Исследуя состояние мозговой гемодинамики, были выявлены явления венозной дисциркуляции (61%), снижение кровотока по позвоночным артериям (45%) и асимметрия кровотока по церебральным артериям (18%). **Заключение**. У подростков с краниовертебральными аномалиями выявлены нарушения церебрального кровообращения, преобладающие в вертебробазилярном бассейне и указывающие на дефицит адаптационных механизмов регуляции церебрального кровотока, в сравнении с контрольной группой.
Выводы. Данные клинико-допплерографического обследования показывают, что подростки с перинатальной энцефалопатией и краниовертебральными аномалиями составляют группу риска по развитию цереброваскулярной патологии.

sokolova.m08@mail.ru

Эрман М.В.

ИНФЕКЦИЯ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ. ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ

Санкт–Петербургский государственный университет,
Медицинский факультет

Инфекция мочевой системы (ИМС) – инфицированность мочевых путей без указания уровня поражения мочевой системы [Папаян А.В., Эрман М.В. и др., 2001]. ИМС является одним из наиболее распространенных заболеваний детского возраста и занимает по частоте второе место после инфекции респираторной системы. Показатель заболеваемости ИМС в Санкт-Петербурге в 2009 году составил 6,01 на 1000 детей, а в поликлиниках, где хорошо налажен учет заболеваемости, – выше 14 на 1000 (Д/п № 28, № 77 и др.).
Проблема ИМС стала одной из центральных проблем в педиатрии, нефрологии, урологии, гинекологии и других клинических направлениях. Только за послед-

ние годы опубликованы ряд Российских федеральных, регионарных и зарубежных методических рекомендаций, значительное количество работ в печатных изданиях, обсуждающих различные аспекты ИМС:

– Стандарт Голландского сообщества семейных врачей. 2004. [*www.medlinks.ru*]

– Infectious Diseases Society of America guidelines for the diagnosis and treatment of asymptomatic bacteriuria in adults. 2005.

– Приказ МЗ и СР РФ от 11 февраля 2005 г. № 125 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным острым циститом».

– Guidelines on the Management of Urinary and Male Genital Tract Infections by European Association of Urology (EAU). 2006.

– Письмо МЗ и СР РФ от 26 января 2007 г. N 567–ВС «Об организации медицинской помощи детям с инфекцией мочевыводящих путей».

Уже много лет нет единства практически ни по одному вопросу, относящемуся к ИМС. На мой взгляд, это хорошо иллюстрирует стандарт Голландского сообщества семейных врачей *«Инфекция мочевых путей»*, где записано следующее: «Недавно проведенные исследования выявили значительные различия в тактике врачей при инфекции мочевых путей. Имеются разные, подчас противоречивые мнения относительно диагностических критериев, техники обследования, средств первого выбора и назначения препаратов при возникновении рецидивов, а также длительности лечения».

Получены достаточно убедительные данные об осложнениях ИМС у детей. Deshpande P. V. и Verrier Jones K. (2001) отметили наличие рубцовых изменений в почках в 5–25% случаев течения ИМС. Раннее начало антибактериальной терапии (на первой неделе дебюта заболевания) позволяет уменьшить микробное поражение интерстиция и предотвратить развитие нефросклероза. Goldbraich N. и Barrat T. установили наличие рубцов у 21% больных с рефлюкс–нефропатией, получавших не регулярную антибактериальную терапию, и только у 1% при своевременной и адекватной терапии.

Из не леченных в детстве девочек с ИМС 25% имели в последующем острый пиелонефрит во время беременности. У беременных, которые имели в детстве ИМС, бактериурия встречается в 2 раза чаще, чем не болевших.

«Экспертиза историй болезни качества медицинской помощи при острых инфекциях мочевыводящих путей в АПУ Петербурга – 92% случаев было ненадлежащим. Врачебные ошибки негативно повлияли на состояние пациентов – 33,6%. На 1 случай оказания помощи пациентам с ИМП регистрируются 4,92 врачебных ошибки» [Замятин С.А. Медицина Петербурга №39(289). Февраль. 2009].

Проблема инфекции мочевыводящих путей давно уже переросла узкомедицинские рамки и стала социальной, государственной. Социальная значимость проблемы усиливается тем, что лечение этих больных на всех этапах развития патологического процесса относится к числу дорогостоящих. Установлено, что ежегодные затраты на лечение острого цистита у молодых женщин в США достаточно высоки и достигают 1 миллиарда долларов США. При этом прямые за-

траты на один эпизод острого цистита достигают 40–80 долларов США на пациента [Hooton T. et al., 1996].

Кто же должен лечить пациентов с ИМС? В Практических рекомендациях Европейской ассоциации урологов по лечению инфекций мочевыводящих путей по этому поводу предлагается следующее решение: «Лечение неосложненных инфекций мочевой системы проводится врачом общей практики (терапевт, педиатр, семейный врач). Лишь при рецидиве заболевания, его осложненном течении или выявленных нарушениях уродинамики пациента направляют к урологу» [Guidelines on the Management of Urinary and Male Genital Tract Infections by European Association of Urology (EAU), 2006].

Лечение ИМС у детей имеет четыре основные цели:

1. Устранение симптомов заболевания и эрадикация возбудителя при остром эпизоде.
2. Профилактика рецидивов ИМС.
3. Профилактика склеротических изменений в почках.
4. Коррекция сопутствующих урологических нарушений. [Guidelines on the Management of Urinary and Male Genital Tract Infections by European Association of Urology (EAU), 2006].

Для ликвидации микробно–воспалительного процесса в мочевыводящих путях показана антибактериальная терапия. В настоящее время в России имеются практически все антибактериальные препараты, выпускаемые в мире. Врачи имеют возможность сегодня использовать в практической деятельности 150–200 препаратов более 600 наименований [Зоркин С.Н., 2001]. Но спектр используемых антибактериальных препаратов у детей ограничен из–за невозможности применения фторхинолонов, развития резистентности к ко–тримоксозолу и ряду других препаратов [Эрман М.В., 2006; Колбин А.С., Шабалов Н.П., Карпов О.И., 2005; Страчунский Л.С., Шевелев А.Н., 2001]. Целесообразно переосмыслить подходы к антибактериальной терапии ИМС, отойти от штампов назначения антимикробных препаратов прошлых десятилетий, что необходимо в связи с изменением микробного пейзажа и ростом микробной резистентности к лекарственным средствам.

Для терапии инфекции нижних мочевыводящих путей следует использовать пероральные антибактериальные препараты с ингибиторами бета–лактамаз, причем следует руководствоваться принципом «минимальной достаточности» – не стремиться к назначению препаратов с широким спектром действия (цефалоспорины последних поколений и др.).

Формуляр антибактериальных препаратов для лечения осложненной и неосложненной инфекции мочевой системы у детей:

Препарат выбора:

Комбинированный антибактериальный препарат с ингибиторами бета–лактамаз – амоксициллин + клавулоновая кислота (*Аугментин, Флемоклав солютаб)*

Цефалоспорины II поколения (*Цефаклор, Цефуроксим*)

Нитрофураны (*Фурамаг, Фурадонин, Фурагин*)

«Защищенный» пенициллин (*Аугментин, Флемоклав солютаб*) – является оптимальным препаратом для стартовой эмпирической терапии ИМС у детей и состоит из двух компонентов – амоксициллина и клавуланата калия, причем их комбинация снижает минимальную ингибирующую концентрацию (МИК) к грам+ и грам– микроорганизмам в 50–100 раз по сравнению с МИК к амоксициллину. Резистентность *E. coli* и *K. pneumoniae* к амоксициллин/клавуланату составляет 3,9% и 11,8% соответственно [Коровина Н.А. и соавт., 2004]. В то же время установлено, что ингибитор β–лактамаз клавулоновая кислота, влияя на слизистую кишечника, может привести к развитию диарейного синдрома и стать причиной досрочного прекращения лечения . Нежелательные явления в ряде наблюдений встречались более чем у 20% пациентов [Карпов О.И., 2005; White A.R. et al., 2004]. Появление новой инновационной лекарственной формы амоксициллина/клавуланата для приема внутрь – диспергируемых таблеток *Флемоклав Солютаб*, позволило оптимизировать фармакокинетику активных компонентов препарата и, таким образом, улучшить его переносимость [Sourgens H. et al., 2001]. *Флемоклав Солютаб* содержит действующее вещество в микросферах, защищающих его от разрушающего действия жидкости и ферментов в желудке и двенадцатиперстной кишке. В тонком кишечнике под влиянием бикарбонатов оболочка микросферы разрушается, высвобождаются амоксиклав и клавулоновая кислота, которые всасываются практически полностью, оказывая минимальное влияние на микрофлору кишечника и практически не вызывая побочных эффектов (антибиотик–ассоциированной диареи).

Цефалоспорины 2 поколения (*Цефаклор, Цефуроксим ацетат*)
Цефалоспорины нарушают синтез клеточной стенки бактерий, причем спектр действия цефалоспоринов более широкий, чем пенициллинов. Хотя цефалоспорины имеют в своем составе бета–лактамное кольцо, у них оно более устойчиво к действию β–лактамаз, чем у пенициллинов. Пероральные препараты 2 поколения хорошо всасываются в желудочно–кишечном тракте, особенно цефаклор; выводятся почками практически в неизмененном виде и достигают высокой концентрации в моче.

Нитрофурановые препараты уже несколько десятилетий применяются врачами для лечения инфекции мочевой системы. Профессор А.Я. Духанов в детской городской больнице № 2 имени Н.К. Крупской в Ленинграде успешно лечил ребенка с пузырно–мочеточниковым рефлюксом и пиелонефритом ежедневным назначением фурадонина в течение 7 лет. Нитрофураны (за исключением фуразолидона) хорошо всасываются из пищеварительного тракта. В моче создается высокая концентрация препарата, особенно при кислой реакции. Эти препараты имеют невысокую стоимость, что делает их доступными для низкообеспеченных слоев населения. В последнее время все чаще используется макрокристаллический нитрофурантоин (*Фурамаг*) представляющий калиевую соль фуразидина с магнием карбонатом основным, обладающую более высокой клиниче-

ской и микробиологической активностью с меньшими нежелательными реакциями. *Фурамаг* после приема внутрь быстро и хорошо всасывается в желудочно–кишечном тракте и обеспечивает в 2,5 раза большую биодоступность, чем *фурагин*. В моче концентрации *фурамага*, значительно превышают таковые после приема препарата *фурагин* (в среднем в 3 раза) [Раменская Г.В., 2005].
Исследование ARESC, выполненное в 61 Центре Европы, Америки, в том числе России, показали ведущую роль кишечной палочки в этиологии ИМС и высокий удельный вес чувствительных штаммов *E. coli* к *нитрофурантоину* – в РФ 95,9%. Отмечена высокая чувствительность к *Фурамагу* основных возбудителей бактериальных ИМС, в том числе кишечной палочки и стафилококков [Падейская Е.Н., 2005].

При остром цистите у детей хорошо зарекомендовал себя *Фосфомицина трометалол (Монурал)*, что позволяет использовать его в качестве препарата выбора. *Монурал* нарушает синтез клеточной стенки бактерий и затрудняет их фиксацию к уротелию. *Монурал* быстро растворяется и хорошо всасывается в желудочно–кишечном тракте (34–58%), что обеспечивает его хорошую усвояемость. При приеме одной дозы препарата концентрация в моче монурала свыше 128 мг/л поддерживается 36–48 часов и больше, что существенно превышает минимальную подавляющую концентрацию для большинства уропатогенных бактерий, в том числе и *E. coli*. Этот срок достаточен для стерилизации мочи и эрадикации ее от бактерий. *Монурал* выводится путем клубочковой фильтрации. Рециркуляция препарата в кишечнике и печени делает возможным и более длительный срок поддержания концентрации антибиотика в моче.

Альтернативный препарат
Цефалоспорины III поколения (*Цедекс*)
Пероральные цефалоспорины III поколения являются резервными препаратами, обладающими очень широким спектром действия. Они могут применяться при тяжелых инфекциях. Частое назначение их не желательно, так как могут сформироваться резистентные штаммы. Кроме того, препараты этого поколения – дорогостоящие.

Появившийся совсем недавно в нашем арсенале *Канефрон Н* завоевывает все большую популярность при лечении ИМС. Он может использоваться после курса антибактериальной терапии или самостоятельно. Этот препарат приготовлен из растительных производных – розмарина, золототысячника, любистока. *Канефрон Н* оказывает комплексное воздействие: антибактериальное (эфирные масла разрушают мембрану бактериальной клетки), диуретическое (улучшение почечного кровообращения и клубочковой фильтрации), спазмолитическое (противоболевое), антиоксидантное (противовоспалительное). Препарат удобен для применения, так как выпускается в каплях и капсулах. Длительность приема *Канефрон Н* определяется у каждого пациента индивидуально – 2–4–8 недель.

Выбор длительности курса антибактериальной терапии (короткий или продолжительный) – постоянно дискутируется в литературе. При лечении инфекции мочевыводящих путей бисептолом 7–10 дней рецидив отмечен у 2% детей, а коротким курсом менее 7 дней – у 23% детей [Nolan T. et al., 1989]. При мета–анализе 16 рандомизированных контролируемых опубликованных исследований Кокрановского регистра контролируемых исследований и MEDLINE по сравнению длительного (7–14 дней) и короткого (≤3 дней) курсов антибактериальной терапии при лечении инфекций мочевой системы у детей оказалось, что при длительном курсе антибиотикотерапии реже отмечалась неэффективность терапии без сопутствующего увеличения частоты развития рецидивов инфекции [Keren R., Chan E., 2002].

С позиций доказательной медицины убедительно показано, что до тех пор, пока у детей не будут применяться более точные методы диагностики для отличия поражений верхних отделов мочевыводящих путей от нижних, не требуется дополнительных сравнительных исследований и клиницистам следует продолжать лечение ИМС у детей в течение 7–14 дней.

При частых рецидивах (более 2 в течение 6 месяцев) возможно назначение профилактической терапии на 1–2 месяца. Препараты назначаются один раз в день на ночь. «У пациентов с высоким риском прогрессирования профилактика должна проводиться в течение нескольких лет [Письмо МЗ и СР «Об организации медицинской помощи детям с инфекцией мочевыводящих путей». 2007].

Таблица 1

Препарат	**Доза** (мг/кг/сутки)
Нитрофурантоин	1,0 мг/кг/сутки
Фурагин	1,0 мг/кг/сутки
Фурамаг (капсула 25 мг)	6 – 12 лет в один прием
Фурамаг (капсула 50 мг)	Старше 12 лет в один прием
Ко–тримоксазол (таблетки): От 2 до 5 лет 6 – 12 лет старше 12 лет	 240 мг 480 мг 480–720 мг
Налидиксовая кислота	10,0 мг/кг/сутки
Канефрон Н Школьники Дошкольники Грудной возраст	3 раза в сутки 1 драже или 25 капель 15 капель 10 капель

Для сексуально не активных девочек–подростков старше 15 лет стандартная профилактика рецидивов – низкодозовая длительная профилактика с приемом препарата на ночь.

Для сексуально активных девочек–подростков профилактика рецидивов:

1. Мочеиспускание после полового акта.
2. Посткоитальная профилактика столь же эффективна, как и ежедневная: *Ципрофлоксацин* (250 мг), *Фурамаг* (50 мг), *Монурал* (саше 3.0), *Ко–тримоксазол*

(0.48), *Цефалексин* (250 мг).
При таком режиме профилактики снижаются доза препарата и число нежелательных реакций, риск селекции резистентных штаммов [Albert X. et al. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 3. Art. No.: CD001209.pub2. DOI: 10.1002/14651858.CD001209.pub2].
В рандомизированном, плацебо–контролируемом исследовании результатов продолжительных приемов профилактических доз антибактериальных препаратов малыми дозами при рецидивирующей мочевой инфекции у взрослых (Ко–тримоксазол, Норфлоксацин, Нитрофурантоина макрокристаллы) наименьший показатель (Инфекции /Пациент – Год) отмечен при приеме Нитрофурантоина макрокристаллы (Фурамаг) и Норфлоксацина [Beetz R., 2006].

Следует подчеркнуть, что в комплексе терапевтических мероприятий ИМС у детей двигательный режим не ограничивается. Назначается дополнительный прием жидкости (клюквенный или брусничный морс, отвар из сухих яблок и груш) равномерно в течение дня (до 7 лет – 500…700 мл, 7–10 лет – 700…1000 мл, старше 10 лет – 1,0…1,5 л). Кроме того, необходимо осуществлять частое и полное опорожнение мочевого пузыря, коррекцию запоров, правильную личную гигиену (исключение шампуней, пенистой ванны).

Эрман М.В.

ГОРМОНОРЕЗИСТЕНТНЫЙ НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Санкт–Петербургский государственный университет,
Медицинский факультет

Под нефротическим синдромом (НС) подразумевается клинико–лабораторный симптомокомплекс, характеризующийся:
– *Протеинурией* (более 50 мг/кг в сутки или 1.0 г/(м^2·сутки) или > 40 мг/м^2 в час, или соотношение экскреции альбумина к креатинину с мочой > 200 мг/моль)
– *Гипопротеинемией, гипоальбуминемией* (концентрация сывороточного альбумина менее 25 г/л)
– *Гиперлипидемией* (II а, II б типов; холестерин выше 6.5 ммоль/л)
– *Периферическими и полостными отеками* (вплоть до анасарки)

Заболеваемость – 2–7 случаев в год на 100 000 детского населения; распространенность НС – 15.7 на 100 000 детского населения.

Lieberman E. [2002] выделяет 5 основных причин (НС) у детей:
– Нефропатии с минимальными изменениями
– Нефропатии с минимальными изменениями с отложением Ig M
– Фокально–сегментный гломерулосклероз

– Мембранопролиферативный гломерулонефрит
– Мембранозная нефропатия

За последние 30 лет отмечено уменьшение удельного веса гломерулонефрита с минимальными изменениями в структуре НС: 1970 – 84.5% [ISKDC]; 1990 – 41% [KI, 1990; Texas]; 1999 – 25% [KI, 1999; Texas] и возрастание удельного веса фокально–сегментарного гломерулосклероза (соответственно, 9.5%, 23.0% и 47.0%).

Терминология, используемая при оценке течения НС
(«стероидная терминология»)

Стероидочувствительная форма – быстрый и хороший ответ на кортикостероидную терапию (2–4 недели).

Стероидозависимая форма – снижение суточной дозы преднизолона (ниже 10–15 мг/сутки) или отмена кортикостероидов ведет к рецидиву.

Стероидорезистентная форма:

– *Относительная (частичная).* Протеинурия + другие симптомы могут оставаться в течение 6–8 недель от начала приема кортикостероидов. Затем появляется ответ на терапию.

Отсутствие ремиссии нефротического синдрома при применении преднизолона в стандартной дозе (2.0–2.5 мг/кг/сутки) в течение 8 недель или в течение 6 недель при сочетании стандартной терапии преднизолоном и 3 внутривенных введения метилпреднизолона в пульсовой дозе (30 мг/кг массы) позволяет констатировать стероидорезистентность, что является показанием к биопсии

– *Поздняя.* Может развиться в ходе длительной терапии кортикостероидами, при частых рецидивах. Нередко уменьшается после терапии цитостатиками. У части больных связывают позднюю стероидорезистентность с развитием фокального гломерулосклероза.

Первичное обследование при НС

– Моча: потеря белка, глюкозы, форменных элементов, UNa, UK, относительная плотность, Ualb/Ucreat. Врач должен лично осматривать мочу ребенка. «Врач должен наблюдать, такая же ли моча у больного, как у здорового, и чем меньше сходство, тем более тяжела болезнь» [Гиппократ].
– Кровь: Альбумин, липиды, Na, K, Cl, Ca, P, креатинин, трансаминазы, билирубин, глюкоза, СРБ, фибриноген, тромбоциты, ВСК
– Серология: С3, анти–ДНК, ревматоидный фактор, АСЛО, HBsAg, antiHCv.
– Визуализационные методы: УЗИ почек, брюшной полости, сердца.

Показания к нефробиопсии при НС у детей

– Возраст <1 года или более 12 лет
– Доказанная стероидрезистентность (независимо от возраста)
– Сочетание НС с нефритическими симптомами
– Семейный характер заболевания

– Прогрессирующее снижение почечных функций

Длительность и тяжесть протеинурии является важным показателем прогрессирования большинства заболеваний с вовлечением клубочков почек. Динамика протеинурии на фоне лечения остается основным фактором прогноза заболевания у больных с НС [Cattran D.C. et al., 2007].

Цели терапии:

1. Уменьшение протеинурии, и соответственно, снижение степени нарушения функции почек.
2. Снижение частоты или предупреждение рецидивов НС.
3. Защита почек от дальнейшего поражения, возможно приводящего к терминальной стадии почечной недостаточности

Терапевтические подходы к лечению гормонорезистентного НС:

– Кортикостероиды
– Алкилирующие агенты (*Циклофосфан*)
– Ингибиторы транскрипции ДНК (*Циклоспорин А, Сандиммун Неорал (СН)*)

Кортикостероиды:

преимущества – препарат первого ряда; ремиссия протеинурии (90% детей);

недостатки – высокий уровень обострений (50% частые обострения или зависимость от стероидов; 25–30% редкие обострения; у 20–25% нет обострений после первого эпизода); частота обострений зависит от длительности терапии; более длительная терапия – увеличение риска токсичности.

Алкилирующие агенты показаны при:

– развитии осложнений стероидной терапии (стероидный диабет, язвы желудочно–кишечного тракта, гипертензия, остеопороз костей, стероидная катаракта),
– стероидной резистентности в дебеюте и последующих рецидивах,
– стероидной зависимости,
– частых рецидивах нефротического синдрома.

Циклофосфан. Дозировка 2,0–2,5 мг/кг/сутки. Недельная доза вводится дважды в неделю. Первое введение в половинной дозе для оценки переносимости. Продолжительность 8 – 12 недель.

Побочные действия: угнетение гемопоэза, лейкопения, лимфопения, геморрагический цистит, гонадотоксичность, гепатит.

Сандиммун Неорал. Применяется при часто рецидирующих вариантах нефротического синдрома с стероидной зависимостью, стероидной резистентностью, стероидной токсичностью; при осложнениях в ходе терапии алкилирующими цитостатиками. В дебюте нефротического синдрома может быть назначен при наличии противопоказаний к использованию кортикостероидов или алкилирующих цитостатиков.

Дозировка СН - 3–5–6 мг/кг/сутки или 100–150 мг/м^2/сутки. Продолжительность 6 – 12 месяцев.

Побочные действия: нефротоксичность (артериальная гипертензия, снижение скорости клубочковой фильтрации, азотемия), рецидивирование при снижении

дозы или отмене препарата, формирование зависимости.
СН снижает или устраняет протеинурию:
– иммуносупрессивное действие, направленное против секреции фактора клубочковой проницаемости;
– неиммунное влияние на избирательную проницаемость клубочков [Meyrier A.,1997].

Лечение дебюта гормонорезистентного НС у детей [Ehrich J., 2004].
1. Детям с гормонорезистентным НС проводится *биопсия почки* после восьми недель терапии *преднизолоном* перед решением вопроса о дальнейшей тактике терапии.
Биоптаты должны быть исследованы тремя методами (светооптическая, иммунофлюоресцентная и электронная микроскопия).
2. Гормонорезистентный НС при гломерулонефрите с минимальными изменениями и при фокально–сегментарном гломерулосклерозе следует лечить одинаково.
3. Детей с гормонорезистентным НС при гломерулонефрите с минимальными изменениями и при фокально–сегментарном гломерулосклерозе следует лечить комбинированной иммуносупрессивной терапией.
4. Семейный и синдромный гормонорезистентный НС не следует лечить с применением иммуносупрессивной терапии
Используются не монотерапия, а внутривенный пульс *Метилпреднизолона + Сандиммуна Неорала*.
Дети в ремиссии не должны оставаться без лечения в течение многих лет (!). Следует проводить длительную терапию *СН* для поддержания ремиссии.
Биопсию почки детям следует проводить через 3–5 лет после начала терапии *СН* для исключения нефротоксичности.
При циклоспориновой нефротоксичности у детей с гормонорезистентным НС снижают дозу *СН* или дополняют терапию *Микофенолатом–мофетилом*.

Алгоритм применения *СН* в лечении гломерулонефрита с минимальными изменениями у детей [Cattran D.C. et al. Kidney Int. 2007 S1-19].
У детей с НС при гломерулонефрите с минимальными изменениями при отсутствии ответа на терапию кортикостероидами (5% пациентов), частых рецидивах с формированием стероидозависимости и токсических проявлений, обусловленных действием стероидов предлагается назначение *Сандиммуна Неорала* длительностью не менее 6 месяцев.
Интенсивность начальной терапии при нефропатии с минимальными изменениями определяет частоту последующих рецидивов и вероятности для ребёнка приобрести часто рецидивирующее заболевание [Bargman T., 1999].

Для фокально–сегментарного гломерулосклероза, по сравнению с гломерулонефритом с минимальными изменениями и мезангио–пролиферативным гломе-

рулонефритом, характерна высокая частота резистентности к преднизолону и цитостатическим препаратам.

Большинство детей и взрослых с фокально–сегментарным гломерулосклерозом резистентны к стандартной 8–недельной терапии преднизолоном, однако, по мнению S. Korbet, продление терапии преднизолоном до 6 месяцев и более в дозе 1 мг/кг ежедневно может привести к более высокой (до 60%) частоте ремиссий. Применение на фоне преднизолона цитотоксических препаратов при стероидрезистентности не сопрово-ждалось достаточным эффектом.

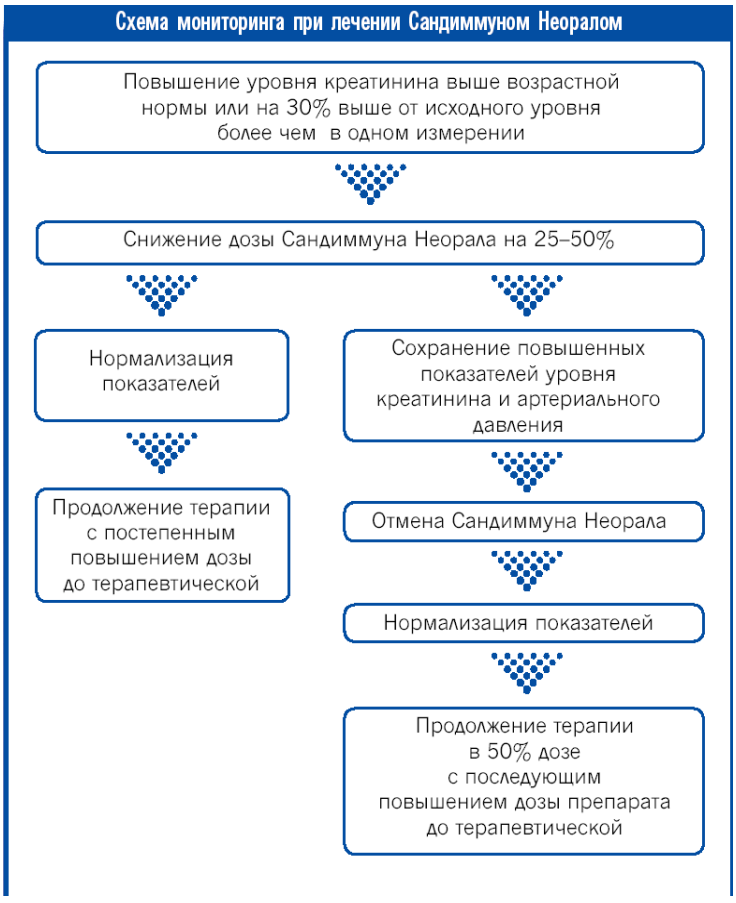
Применение *СН* в дозе 4–7 мг/кг в день у стероидорезистентных или часторецидивирующих детей с фокально–сегментарным гломерулосклерозом в сочетании с 0.5 мг/кг преднизолона в альтернирующем режиме способствовало достижению ремиссии у 25–40% больных.

При использовании представленной ниже схемы ремиссия достигается в 50–60% случаев [Valdo, 1997; Сергеева Т. В., Цыгин А.Н., 2000].

Таблица 2

Неделя	*Метилпреднизолон* 30 мг/кг в/в	*Преднизолон*	*Циклоспорин А*
1–2	3 раза в неделю	–	–
3–8	1 раз в неделю	2 мг/кг через день	6 мг/кг в день
9–29	–	1 мг/кг через день	3 мг/кг в день
30–54	–	0.5 мг/кг через день	3 мг/кг в день

Схема 1



Алгоритм применения СН в лечении фокально–сегментарного гломерулосклероза у детей [Cattran D.C. et al. Kidney Int. 2007 S1–19].
Пробное лечение *СН* + преднизолон в течение минимум 6 месяцев. При положительном ответе продолжить прием *СН* длительно.
Имея длительный опыт работы с *СН* и, назначая его в невысоких дозах (3–4 мг/кг), мы ни разу не встретились с высокими концентрациями препарата (выше 120 нг/мл) и с токсическим эффектом, что позволяет не прибегать к мониторированию концентрации препарата в сыворотке крови, а ориентироваться на такие параметры, как показатели артериального давления и скорости клубочковой фильтрации [Эрман М.В., Богачева Н.Ю., Одинцова В.Н. Опыт лечения нефротического синдрома у детей циклоспорином А // Социальная педиатрия – проблемы, поиски, решения. СПб.: ГПМА, 2000. – с. 229–241].

Дети с гормонорезистентным НС должны получать симптоматическую терапию, включающую лечение инфекции, гиперкоагуляции, отеков, электролитных расстройств, артериальной гипертензии, нарушений фосфорно–кальциевого обмена, осложнений терапии.

2.3. Пути практической работы по снижению частоты абортов вплоть до их прекращения (Опыт международного и российского пролайф-движения)

Д.С. Баранов

МЕЖРЕГИОНАЛЬНАЯ АКЦИЯ «РОССИЯ БЕЗ АБОРТОВ — 2010»: ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЯ

Инициативная группа «Азбука веры — Омега», Санкт-Петербург

С 30 мая по 6 июня 2010 года проходила Межрегиональная акция «Россия без абортов — 2010». Она была приурочена к Международному дню защиты детей, ежегодно отмечаемому 1 июня. Организацией и координацией мероприятий в рамках акции занимается инициативная группа «Азбука веры — Омега» (Санкт-Петербург).
«Русская Православная Церковь всегда имела особое попечение об институте семьи как об одном из краеугольных камней общественной жизни, ибо там, где господствуют семейные ценности, согласные с евангельским идеалом, нет места блуду, абортам и другим греховным явлениям, — говорится в обращении председателя Синодального отдела по взаимоотношениям Церкви и общества протоиерея Всеволода Чаплина к организаторам акции. — Во все времена Церковь Христова рассматривала умерщвление детей в материнской утробе как смертный грех, которому нет оправдания. Поэтому общество, в котором ежегодно совершаются миллионы абортов, вряд ли может рассчитывать на Божию

помощь»[11].

По словам отца Всеволода, «все здоровые силы нашего народа должны консолидироваться в борьбе против этого пагубного явления, наносящего огромный ущерб духовному и физическому состоянию нации»[12].

Специально для проведения мероприятий в рамках «России без абортов — 2010» был издан тираж раздаточных материалов: двух видов листовок - «Безмолвный крик» и «Дневник нерожденного ребёнка»[13], карточки для раздачи и стикеры для расклейки. Всего было напечатано порядка двухсот тысяч единиц раздаточного материала. Также специально для проведения акции был издан дополнительный тираж брошюры «Безмолвный крик. Жизнь или аборт?»[14] - десять тысяч штук.

Для подготовки мероприятий акции был создан Штаб в Санкт-Петербурге. В его работе были выделены несколько направлений:

1) Организационно-делопроизводственное. Подготовка мероприятий требовала ведения документации: писем-приглашений епархиальным архиереям, общественным организациям и др.; уведомлений органов власти о проведении массовых мероприятий и т. д. Координировалась работа по взаимодействию в рамках Акции различных субъектов (к примеру, церковных структур и органов власти).

2) Информационное.

А. Освещение событий Акции на сайте «Азбуки веры — Омеги»[15], в СМИ (подготовка материалов для дружественных СМИ и рассылка пресс-релизов), на форумах и социальных сетях (была создана, к примеру, специальная группа на «Одноклассники.Ру»).

Б. Отдельно стоит выделить создание группы на сайте популярнейшей в Рунете социальной сети - «В контакте» (первоначально группа называлась «Межрегиональная акция «Россия без абортов — 2010»)[16]. Эта работа требовала дополнительных усилий, так как каждый день велось оживленное обсуждение, необходимо было отслеживать весь поток сообщение и распространявшихся в группе видео- и аудиоматериалов, разъяснять позицию организаторов Акции по тем или иным вопросам, связывать желающих присоединиться в регионах с соответствующим отделом в Штабе Акции и т. д.

3) Работа с участниками в регионах. Подготовка акции в каждом городе или др. населенном пункте требовала регулярного общения с организаторами на месте, разъяснения позиции и оказания консультационной помощи. После того, как участники определялись с форматом акции, их координаты передавались в соответствующий отдел Штаба для высылки литературы и раздаточного мате-

11 См.: С 30 мая по 1 июня пройдет Межрегиональная акция «Россия без абортов — 2010» \\ Официальный сайт Московской Патриархии. [Электронный ресурс]: http://www.patriarchia.ru/db/text/287690.html

12 См.: Там же.

13 См.: Листовки \\ Воины Жизни. Сайт о борьбе против абортов. [Электронный ресурс]: http://www.abortamnet.ru/ml_leaflets.html

14 См.: Брошюра \\ Воины Жизни. Сайт о борьбе против абортов. [Электронный ресурс]: http://www.abortamnet.ru/ml_brochure.html

15 См.: http://www.abortamnet.ru

16 См.: http://vkontakte.ru/club15981723

риала.

4) Отправка материалов в регионы. Осуществлялась как посылками на «Почте России», так и при помощи курьерских и экспедиционных компаний. Целесообразность использования того или иного способа доставки материалов определялась сроками доставки. С приближением даты 1 июня ежедневно росло число заявок на участие в Акции, поэтому всё чаще материалы отправлялись более дорогими, но надёжными способами.

Регулярную работу (ежедневную, начиная с марта) в Штабе вели 4 человека, также ряд добровольцев (не менее 10) помогали Штабу.

Для всех участников «России без абортов — 2010» были приняты следующие правила:

1. Участники Акции соглашаются с тем, что проводимые ими мероприятия будут направлены именно на защиту права на жизнь детей до момента рождения (против абортов). Борьба за семейные ценности или за укрепление нравственности, или другая, безусловно, актуальная и необходимая деятельность не должна заслонить главной цели Акции – спасения детей от убийств.
2. Участники Акции соглашаются с тем, что демонстрация документальных фото- и видеоматериалов о процедуре аборта является приемлемой формой работы.
3. Участники используют на своих мероприятиях Символ Акции (логотип).
4. Участники производят обязательную фотосъемку и по возможности видеосъемку мероприятий. Фото- и видеоматериалы, также как и описание проведённых мероприятий, в течение первой недели июня необходимо выслать в Штаб по подготовке Акции (в Санкт-Петербург).
5. Участниками Акции не могут быть люди, неблагожелательно относящиеся к православному христианству.
6. Во время проведения мероприятий Акции не допускаются противозаконные действия.
7. Мероприятия Акции не должны носить чрезмерно политизированного характера.

Участникам было предложены следующие форматы мероприятий:

- Волонтерская акция,
- Беседа или лекция в молодёжной аудитории,
- Конференция,
- Пикет,
- Митинг,
- Шествие,
- Благотворительный сбор средств,
- Собственный формат мероприятия.

В итоге, к Акции «Россия без абортов» присоединились 52 региона России, а также русскоязычные диаспоры Израиля (Русская Духовная Миссия в Иерусалиме), Германии, Латвии, Азербайджана; Украина, Белоруссия, Казахстан, Чехия.

Полным составом — почти каждый приход — участвовали Воронежская и Ке-

меровская епархии. Высокая самоорганизация общественности была проявлена на Екатеринодарщине (Краснодарский край), где группы защитников жизни проявили инициативу во многих населенных пунктах.

В Липецке епархиальный медицинский отдел совместно с областной администрацией издал многотысячный тираж антиабортных листовок, содержащих информацию об Акции и контакты Оргкомитета. Эти листовки были распространены на лекциях по защите жизни в вузах и техникумах города.

В обеих столицах России прошли митинги с участием православного духовенства. В целом, во многих городах акция прошла достаточно интенсивно, попав в центр внимания общественности и СМИ. Данная статья призвана осветить организационные моменты, с подробным отчетом об Акции можно познакомиться в Интернете[17].

По итогам Акции её основными, наиболее активными участниками было принято решение о создании Международного движения против абортов «Воины Жизни». Программные документы и руководящие органы предполагается избрать в ноябре 2010 года. Движение позиционирует себя как независимую гражданскую инициативу, ставящую своей целью прекращение детоубийств в странах, где действуют отделения Движения.

В качестве объективных трудностей при проведении Акции отметим следующие:

– Недостаток материальных ресурсов. Вся работа по организации велась добровольцами во славу Божию (на безвозмездной основе). При возможности привлекать оплачиваемых сотрудников, эффективность Акции несколько повысится. Также ресурсы необходимы и на издание литературы (200 000 единиц раздаточного материала, не хватило), баннеров, оплату пересылки в регионы и т. д. - эти вопросы решались за счет пожертвований.

– Организаторы заключали с участниками устное соглашение, однако, прописав и опубликовав в Интернете правила участия. Это оказалось не очень эффективно в плане выполнения участниками своих обязанностей. Спустя четыре месяца Штаб так и не получил отчетов из ряда регионов. В следующем году договору с участниками хотя и будет уделено большее внимание, Организаторы всё же считают главным то, что работа ведётся, а значит, спасаются детские жизни — это главное!

– Название акции «Россия без абортов» не всеми может быть принято за рубежом (даже в числе русскоязычной диаспоры). Поэтому в следующем году акция пройдёт под другим названием, наиболее вероятное, «Спасай взятых на смерть!» - цитата из Священного Писания.

Таким образом, приняв во внимание успехи и объективные трудности при проведении Акции, Инициативная группа «Азбука веры — Омега» и Международное движение против абортов «Воины Жизни» начинают подготовку к проведению следующей масштабной акции, приуроченной к Дню защиты детей 2011 года.

17 См.: http://azbyka.ru/forum/showthread.php?t=4867

baranov@aborty.org

М.О. Воробьёв

ДОЛЖНО ЛИ УБИЙСТВО ПРЕСЛЕДОВАТЬСЯ ПО ЗАКОНУ?

Международное движение против абортов «Воины Жизни», Санкт-Петербург

Достаточно очевидно, что должно. Почему же эта простейшая логика не действует, когда речь заходит о запрете абортов? Ведь не вызывает никаких сомнений, что аборт – это циничное убийство сильным и виновным – беззащитного и невиновного.

Но сторонники легальности детоубийств (даже из среды самих защитников жизни), в оправдание своей позиции, как правило, выдвигают следующие аргументы:

1. Преследование абортов по закону не гуманно по отношению к производителям и заказчикам этих убийств.
2. Аборты были, есть и будут; но, в случае запрета, они просто уйдут в подполье и будут совершаться кустарными способами, приводя к гибели женщин.
3. Что запрет – это в принципе не метод. Здесь речь идет скорее о некоей этике, чем о практическом подходе к вопросу.

На это мы, принципиальные и последовательные защитники незыблемости права человека на жизнь на всем ее протяжении, отвечаем:

1. Законодательный запрет на детоубийства (аборты) являлся бы очень человечной мерой по отношению к миллионам детей, которые будут спасены от безжалостного убиения. И миллионам их матерей, которые будут спасены от телесных и душевных травм.
2. В случае, если предполагаемое законодательство о защите жизни будет эффективно работать, то нелегальные аборты, безусловно, все равно будут совершаться. Но, если действие такого закона будет реально контролироваться государством, этих нелегальных абортов будет очень мало.

Буквально в миллионы раз меньше, чем сейчас легальных детоубийств. Ведь большинство из абортов ныне совершается просто «по инерции», потому, что к этому постоянно склоняют заинтересованные медики и располагает собственное нежелание усложнять свою жизнь рождением ребенка, а также общественное равнодушие к данному явлению. В ситуации, когда каждый будет знать, что внутриутробное детоубийство – это общественно порицаемое и уголовно наказуемое деяние, такая «инерция» станет практически невозможной.

Разумеется, кто-то в любом случае пойдет на риск потерять здоровье или саму жизнь в условиях нелегального аборта или подвергнуться уголовному преследованию за заказ или производство аборта. И здесь встает вопрос: стоит ли приносить в жертву безопасности подобных людей миллионы и миллионы детских жизней, которые уничтожаются только потому, что закон их не защищает? Ведь речь идет о немногочисленных и нравственно-ущербных личностях, гото-

вых пойти на любой риск ради убийства собственного ребенка. Таким образом, в жертву интересам малочисленных и виновных были бы принесены жизни многочисленных и невинных.

3. Опыт всей человеческой истории безусловно доказывает, что строгий запрет какого-либо злодеяния и преследование нарушителей этого запрета по закону – это очень хороший метод для предотвращения любых преступлений. Он всегда действовал и продолжает действовать.

Итак, мы, защитники жизни, обязаны постоянно просвещать общество в вопросах, связанных с абортами и необходимостью добровольного отказа людей от этой чудовищной практики, являющейся проклятием современного общества.

При этом мы должны помнить и о том, что законодательный запрет абортов является, наряду с просвещением общества, нашей главнейшей целью. Потому, что он спасет миллионы жизней, загонит одиозное явление абортов в криминальное подполье, превратит его из всеобщей и массовой практики в маргинальное и редкое отклонение от нормальной жизни.

Речь в данном случае идет не о философских рассуждениях по поводу того, этичны ли запреты; а о миллионах человеческих, детских жизней. Ради их защиты необходимо мобилизовать все свои силы, использовать все допустимые христианской моралью средства.

И в заключение надо добавить, что все те мнимые негативные последствия, которыми сторонники легальности детоубийств пугают российское общество, на практике не выдерживают никакой критики. Для того, чтобы в этом убедиться, достаточно ознакомиться с тем опытом, который накоплен в условиях действия законодательства о защите жизни внутриутробных детей в другой восточноевропейской, посткоммунистической, славянской стране – Польше[18].

Что же касается методов, которыми нужно добиваться делегализации детоубийств, то это уже другой, отдельный разговор. В этой статье мы ставили своей задачей показать, что борьба за право на жизнь детей до момента рождения неотделима от борьбы за законодательную делегализацию абортов. Любой иной подход является прямым выбором убийства; и те, кто разделяет позицию, отвергающую требования запрета абортов, берут на себя тяжелый нравственный груз, становясь прямыми соучастниками массовых детоубийств. Это очевидно для любого, кто имеет совесть и здравый смысл.

maxchet@list.ru

18 См.: Восицкий П., Зенба А. Как закон защищает жизнь. Польша: путь к правовой защите жизни. \\ Здоровье — основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. СПб., 2009. С. 60-65.

М.О. Воробьёв

ОПЫТ ПОСТРОЕНИЯ ПРАВОСЛАВНОГО ПРОЛАЙФ-ОБЪЕДИНЕНИЯ НА ПРИМЕРЕ ИНИЦИАТИВНОЙ ГРУППЫ «АЗБУКА ВЕРЫ - ОМЕГА»

Инициативная группа «Азбука веры - Омега», Санкт-Петербург

«...ибо, где двое или трое собраны во имя Мое, там Я посреди них» (Матф. 18:20)

Каждый православный христианин, рано или поздно осознавший всю жестокость и чудовищный размах трагедии абортов и решивший бороться против узаконенного детоубийства, задается вопросом: может ли один человек или горстка единомышленников, не располагающих большими деньгами, связями и влиянием, противостать гигантскому отлаженному механизму истребления обществом своих нерожденных детей? Наш опыт говорит: *да, может*. Даже один человек в силах спасти ребенка от мучительной смерти, а его родителей уберечь от страшного греха. И даже одна эта спасенная жизнь – бесценна.

Четыре года назад несколько верующих людей из Санкт-Петербурга, решивших посвятить время и силы борьбе за спасение детей, на свои скромные средства напечатали тираж противоабортных листовок и распространили их среди прохожих на улице. С тех пор ведет свое начало группа «Азбука Веры – Омега» («АВ-Ω»). Теперь мы готовы поделиться накопленным опытом по построению православного пролайф-объединения[19], который может оказаться полезным для защитников жизни в других городах.

Деятельность группы

«Спасай взятых на смерть, и неужели откажешься от обреченных на убиение?» (Притчи 24:11)

«АВ-Ω» ориентирована на то, чтобы вести в массовом порядке просветительскую деятельность в вопросах человекоубийственной сути абортов, вреда этой зловещей «операции» для женского здоровья и пагубных последствий для общества, поощряющего такое злодеяние. В просвещении общества группа использует метод *«жесткого пролайфа»*, который строится на открытии всей неприглядной правды об узаконенном детоубийстве[20]. Как показывает многолетний опыт международного движения в защиту жизни, только этот метод максимально эффективно излечивает заблуждения общества относительно абортов, а активную часть народа подвигает к тому, чтобы стать в ряды Воинов Жизни.

Группа разрабатывает и издает противоабортные материалы, которые нами же распространяются в ходе регулярных акций на улицах города, в петербургских ВУЗах и иных местах, подходящих для такого рода просветительской деятельности, рассылаются единомышленникам в другие города и страны. География наших посылок по России – от Калининграда до Камчатки. Наши материалы

19 Пролайф (Pro-Life, т. е. «за жизнь») по устоявшейся международной терминологии – деятельность в защиту жизни. Это понятие давно вошло в обиход санкт-петербургских противников детоубийств, поэтому здесь мы употребляем его в кириллическом написании.

20 См.: Жесткий пролайф в России [Электронный ресурс]: http://www.abortamnet.ru/mth_hpl.html

распространялись также в Белоруссии, Украине, Латвии, Литве, Азербайджане, Киргизстане, Финляндии, Германии, Израиле. Связи с зарубежными пролайферами с самого начала помогли нам воспользоваться опытом, накопленным за десятилетия борьбы за жизнь на Западе, и применить его к российским реалиям.

Акции по распространению листовок, брошюр и др. материалов проводятся раз в неделю или две. Участники располагаются несколькими группами, каждая из которых, включает в себя как испытанных ветеранов, так и новичков. Материалы раздаются *практически всем,* за исключением детей и беременных женщин, ведь подавляющее большинство наших соотечественников так или иначе соучаствовало в абортах: совершали сами, заставляли совершать жён, дочерей, внучек; подстрекали к этому подруг и знакомых, подпитывали детоубийственное мышление ближних разговорами о том, что "дети должны быть желанными" и "не надо плодить нищету"... В то же время, практически каждый может повлиять на отношение к абортам окружающих, а во многих случаях даже остановить от непоправимого шага. Запрета на бесплатное распространение информационных материалов в российском законодательстве нет, и представители власти обычно не чинят нам препятствий. Акция продолжается час-два, в зависимости от погоды. Затем все желающие участники направляются в кафе выпить чаю и пообщаться друг с другом, или собираются для беседы со священником – духовником нашей группы. Надо сказать, что наши добровольцы очень любят такие встречи.

При своей доступности и простоте организации, акции по раздаче материалов – достаточно эффективная форма работы. За несколько лет, благодаря им, информация, которую мы распространяем, смогла приобрести известность в Петербурге. И это при том, что город — пятимиллионный, а в наших акциях участвуют всего несколько десятков человек!

Помимо регулярных мероприятий в Санкт-Петербурге, мы проводим выездные акции по области и в соседних городах: в Великом Новгороде, Пскове, Тихвине... Иногда распространение литературы совмещается у нас с паломничеством по святым местам.

Конечно, православной пролайф-группе необходимо постоянно вести грамотную работу в Интернете, используя все доступные мощности. Такая деятельность у нас существует с самого начала. Благодаря нашему присутствию в Интернете и социальных сетях, мы устанавливаем контакты с единомышленниками, многие из которых присоединяются к нашей деятельности как в Петербурге, так и в других городах и странах.

Если вы захотите наладить такое важнейшее направление, как встречи-дискуссии в учебных заведениях по тематике защиты права на жизнь, то вам есть смысл связаться с «АВ-Ω» для консультаций. Эта деятельность, которую мы постоянно ведем, специфична и зависит от многих индивидуальных факторов, сложившихся в каждой конкретной ситуации. В том случае, если у вас есть возможность проводить такие встречи-лекции и имеются квалифицированные

кадры для этого, вы можете воспользоваться нашими материалами[21]. Кроме того, мы будем рады поделиться интересными наработками по ведению дискуссии, касающейся проблемы абортов. Это – большое количество различных наблюдений, их не опишешь в краткой статье.

К нам периодически обращаются за помощью те, кому нужна материальная поддержка для сохранения беременности. Поскольку мы не можем оказать такой помощи, не имея на это средств, мы поддерживаем партнерские отношения с различными фондами, которым и передаем нуждающихся «из рук в руки». Кроме того, для деятельности по «индивидуальному спасению» необходимо всегда иметь на связи квалифицированных психологов, гинекологов из числа единомышленников, которые готовы во время оказать необходимую консультативную и прочую помощь тем, кто в ней нуждается.

Бог - наша единственная опора

«...без Меня не можете делать ничего» (Ин. 15:5)

Лишь Бог – наша единственная опора, и об этом всегда должны помнить все пролайферы. За время существования группы «АВ-Ω», мы прошли через значительное количество трудностей, но изо всех сложных ситуаций выводил нас сам Господь. Любые мероприятия и контакты должны быть подвергнуты анализу с позиции верности Христу и Его заповедям, и если окажется, что ради «пользы дела» нам следует ими поступиться – от таких планов необходимо отказываться, не раздумывая. С Богом мы – все, без Него – ничто, любые наши начинания вопреки Ему обратятся во вред и на пользу дьяволу, который ненавидит защитников детей и всегда готов испытать их яростными искушениями.

Очень важно наладить в сообществе молитвенную жизнь, объединяющую всех ее участников, исповедующих Православное Христианство. Конечно, не все пролайферы являются воцерковленными христианами, но все они должны быть, как минимум, лояльны к нашей вере. Даже и один враг Бога способен сделать богопротивным все объединение. Хорошо, когда удается найти священника, который может заняться духовным окормлением группы. Необходимо избрать небесного покровителя, служить ему молебны, обращаться за его помощью и предстательством. Хорошо собираться вместе на Литургию, праздничные богослужения, совершать паломничества.

Добровольцы

«Делая добро, да не унываем, ибо в свое время пожнем, если не ослабеем» (Галат. 6:9)

Участниками объединения становились только те, кто выходил на регулярные «акции» к станциям метро и, превозмогая определенную неловкость, раздавал спешащим прохожим листовки, призывающие прекратить массовую бойню. На информационных стендах появились наши знаменитые стикеры «Аборт – убийство. Остановитесь!» с указанием электронного адреса для связи.

Добровольцы стали попадать к нам через знакомых, друзей, уже принимающих участие в наших мероприятиях, по «электронке» поступали отклики от тех, кого потрясла информация, содержавшаяся в листовках, кто-то вышел на нас че-

21 См.: Встречи-дискуссии [Электронный ресурс]: http://www.abortamnet.ru/ml_lectures.html

рез созданный сайт.

Новой ступенью в развитии группы стало ее присоединение к миссионерскому обществу «Азбука Веры» и совместная работа с отделом по работе с молодежью Санкт-Петербургской епархии. С этого времени состав объединения начал расширяться в первую очередь за счет объявлений, вывешенных в православных храмах нашего города и содержащих призыв к верующим присоединиться к движению.

Разумеется, участники группы действуют в «АВ-Ω» с разной степенью активности, зависящей от их личных обстоятельств и качеств характера, но все – являются на данный момент волонтерами движения, чья деятельность не оплачивается. Приятно отметить, что между добровольцами складываются не только крепкие дружеские связи, но даже семейные пары.

Очень важно прислушиваться к тем людям, что входят в наше движение. *Поощряйте инициативу.* Каждый доброволец должен знать, что он может быть не только исполнителем, но и созидателем новых тактических проектов, за разработку которых он мог бы взяться. Советуем начинающим пролайферам: *прислушивайтесь, присматривайтесь, анализируйте:* внимательно изучайте то, что происходит вокруг вас. Так вы найдёте новые возможности для деятельности.

Кстати, периодически нам приходилось сталкиваться с ситуацией, когда некий новичок, раз-два поучаствовавший в мероприятиях и позиционирующий себя как наш единомышленник, начинает дилетантскую критику самих основ нашей деятельности: «жесткого пролайфа», необходимости просвещения самых широких масс общества и др. Таких людей следует смело «ставить на место» и даже изгонять, если метод убеждения не помогает, поскольку терпимость к подобному вздору может только привести к разномыслию в важнейших вопросах и напрасно растратить силы в бесплодных спорах.

Подстерегающие опасности

«Не надейтесь на князей, на сына человеческого, в котором нет спасения» (Пс 145:3)

В своей деятельности «АВ-Ω» опирается, и это было решено с самого начала, на чистые идеалы и принципы Православного христианства, не замутненные ни маргинальными идеологиями, ни трескучим политиканством. Мы никогда не увлекались псевдонаучными и по сути антихристианскими теориями, типа «телегонии» или лекций Жданова, к сожалению ставшими чрезвычайно популярными в околоправославной среде. Разумеется, и к нам приходили люди, зараженные подобными идеями, на пропаганду которых нам пришлось «нетолерантно» наложить строжайший запрет.

Подобным образом надо относиться ко всему, что противоречит самому христианскому духу нашей борьбы. Было и такое, когда доброволец, считающий себя православным христианином, предложил нам сосредоточить противоабортное просвещение на голубоглазых блондинах – остальные, дескать, в природе не нужны. От «борца за генотип» избавились по единогласному мнению группы, перестав привлекать его к акциям да и просто с ним общаться.

Безусловно, мы являемся патриотами нашей страны и русского народа, это исходит из всей традиции нашей Святой Веры. Работа защитников жизни направлена и на то, чтобы Родина наша не оскудела людьми и не стала бы могилой нашего народа. Но мы не должны забывать о главной цели – о *спасении детей человеческих от безжалостного, циничного убиения; спасении взрослых от жуткой греховной ноши; избавление всего нашего общества, этой нивы, данной нам Богом для возделывания, от проклятия массовых детоубийств.* Воины Жизни ведут свою борьбу, руководствуясь двумя наиглавнейшими заповедями Спасителя – из любви к Нему и из любви к ближним. Это является в то же время и лучшим способом послужить Родине, ибо не человеческие расчеты, но один Бог способен спасти ее от деградации и гибели. Этим объясняется то, что мы дистанцируемся от каких-либо политических объединений, не раз пытавшихся втянуть нас в сотрудничество с собой, тем самым сделав группу частью политического спектра (а заодно и похоронить ее в случае собственного краха).
Следует сказать и о том, что для группы также может быть опасно отвлечение сил на иную деятельность, пусть косвенно и связанную с пролайфом. Всегда найдутся люди, которые спросят: «а как вы помогаете брошенным детям и детям из малоимущих семей?» или предложат бороться с пропагандой разврата и пьянством. Между тем, обычно получается, что, взявшись за все сразу, даже самые целеустремленные и энергично настроенные люди «распыляются» и не могут сделать ничего конкретного. В сфере социального служения Воины Жизни избрали для себя узкий путь, встав на самое острие борьбы со злом.

Заключение

«Просите, и дано будет вам; ищите, и найдете; стучите, и отворят вам» (Матф. 7:7)

Для окружающих нас людей, даже верующих, тема абортов во всех отношениях очень неприятна и некомфортна. Поэтому будьте готовы к тому, что даже среди членов Церкви вы можете встречать непонимание, недоумение, а зачастую – и осуждение. Очень легко разочароваться, «остыть», столкнувшись с этим. Но нужно всегда помнить, что аборты — самая страшная, самая чудовищная и самая кровоточащая рана нашего общества. ***Если против этого не будешь бороться ты – будь готов к тому, что против этого не будет бороться вообще никто.*** И вокруг тебя ежедневно будут продолжать гибнуть тысячи невинных детей. Никакое суждение отдельного человека, кем бы он ни был, не может значить больше того, чему учит Церковь. Отношение же Церкви к проблеме абортов нам хорошо известно (из Писания, канонов, наследия Святых Отцов, Основ Социальной Концепции РПЦ). Церковь не молчит, Церковь не призывает к молчанию.

maxchet@list.ru

Священник Либор Серафим Галик

ХРИСТИАНЕ ЧЕШСКОГО ГОРОДА БРНО — ПРОТИВ ДЕТОУБИЙСТВ

Международное движение против абортов «Воины Жизни», г. Брно, Чехия

В 2002 году после написания диссертации "Враги семьи", я отчетливее стал видеть нынешнее духовное и физическое самоубийство Европы. Катастрофа открылась мне в полном объёме. Боюсь будущей кары Божией за это самоубийство народов Европы (аборты), за публичные содомские грехи и за содомские законодательство Европейского Союза. Я думаю, что этой карой будут войны, потому что в Библии Бог сказал: «Кто прольет кровь человеческую, того кровь прольется рукою человека: ибо человек создан по образу Божию; вы же плодитесь и размножайтесь, и распространяйтесь по земле, и умножайтесь на ней». (Бытие, 9:6-7). Это самый большой мрак в истории христианских народов - убийства детей и содомские грехи, о чем ранее в Европе и подумать было нельзя!

Вспомним и вот о чем. В 2000 году в Европе (от Исландии до Европейской части России) совокупный коэффициент рождаемости был лишь 1,37. Это означает, что в среднем европейка рожает 1,37 детей - только 65% от простого воспроизводства. В том же 2000 году зарегистрировано в 17 европейских странах абсолютное сокращение численности населения, т.е. число умерших превысило число родившихся. В Чешской Республике в 2003 году был коэффициент рождаемости 1,18.

С 2000 года в результате десятилетий низкой рождаемости средний коэффициент рождаемости был 2,1 (2 ребёнка в семье), что недостаточно даже для того, чтобы сохранять численность населения на стабильном уровне. Необходимо в среднем иметь коэффициент рождаемости 4,0. Это вопрос жизни и смерти наций Европы[22].

8 мая 2003 года я молился: "Господи, дай мне сил не бояться людей, предавших Тебя и изменивших Тебе". Через три дня после этого священник Филипп Реилли из Нью-Йорка читал в Праге лекцию, на которой был и я. Он сказал, что люди, которые захотят убить или убьют ребёнка во чреве матери, обречены на вечные адские мучения. Эти слова взывали ко мне, к моей христианской совести. Филипп Реилли также говорил: "Важно молиться перед больницами, где врачи убивают детей, чтобы мы напомнили о том, что там происходит». На вопрос о том, почему с самого начала эту духовную борьбу ведут так мало людей, отец Филип отвечал: "Это происходит потому, что люди боятся. Но Богородица Мария и Иоанн апостол были под Крестом. Также мы должны быть там, где Крест».

После этого я испросил благословения у своего православного епископа Симе-

22 См.: Wolfang Lutz, Brian C. O'Neill, Sergei Sherbov, "Europe's Population at a Turning Point," Science 299 (28 March 2003): 1991-92.

она на начало молитвенных стояний перед абортариями. Владыка благословил. С большим страхом я стоял в городе Брно (Чехия) в первый раз перед больницей. Это было 13 июня 2003 года, в пятницу. Я молился: "Боже, помоги мне привести наш народ покаяться. Во имя Иисуса Христа распятого. Аминь".
16 июня того же года я вновь пришел к зданию этой больницы, но тогда я был вместе с Чарльзом Ш., и я стал читать вслух Псалмы святого царя Давида. Я думал тогда: как уместнее приходить сюда молиться — в священнической рясе или в обычной гражданской одежде? Чтобы обозначить свою позицию — против абортов, достаточно ведь прийти в обычной одежде, и это проще. Но я стал ходить на это место в рясе, и вот почему. Однажды, возвращаясь домой после молитвы у абортария, я встретился по пути с молодым человеком (он был цыган), и он обратился ко мне с просьбой молиться об избавлении его от наркотической зависимости. В тот раз я был в рясе, и понял что без неё никто не будет знать о том, что я верю в Бога и что я священник. Я думаю, что ряса - это знак Божий.
К настоящему времени я молюсь перед больницей-абортарием уже 7 лет. Трижды я был приглашен на телевидение рассказать об этом. Также о борьбе за жизни в Брно был сделан документальный фильм, который победил на фестивале в Иглаве. Миллион телезрителей в Чехии благодаря этому фильму услышали в первый раз, что аборт, спираль и гормональная контрацепция — всё это убивает людей.
Бог говорит людям: "Плодитесь и размножайтесь, и наполняйте землю!" Эта Божья заповедь была дана людям в раю (Бытие, 1:28), и она же была подтверждена после Потопа (Бытие, 9:1). Ни власти, ни богословы не могут ломать заповеди Божьи - они не Бог.

liborhalik@centrum.cz

Г.С. Длужневская

РЕАЛИЗАЦИЯ СОЦИАЛЬНОГО ПРОЕКТА «МАМА, ПОДАРИ МНЕ ЖИЗНЬ!»

Фонд «Вознесение», г.Крымск Краснодарского края

Отделение Межрегионального общественного фонда «Вознесение» по содействию духовно-нравственному просвещению работает в Крымском районе Краснодарского края с 2007 года. За период нашей деятельности с 2007 по 2010 годы отделение получило благословение Патриарха Московского и всея Руси Кирилла на дальнейшее продолжение трудов, а также получило благословение «за усердные труды во славу Святой Церкви» Владыки Исидора, митрополита Кубанской и Екатеринодарской епархии. Отделение фонда реализует несколько проектов, но одним из самых важных является социальный проект «Мама, подари мне жизнь!»
Социальный проект «Мама, подари мне жизнь!» направлен на улучшение демографической ситуации в Крымском районе, на активизацию духовно- про-

светительской деятельности среди различных возрастных категорий населения. Проект был утвержден и принят к исполнению на районном расширенном Координационном Совете по духовно-нравственному просвещению населения.

Реализацию проекта обеспечивает взаимодействие фонда «Вознесение» и Крымского благочиния с управлениями здравоохранения и образованием администрации муниципального образования Крымский район, а также с Православным медико-просветительским центром «Жизнь» на Кубани и Всероссийским центром «Жизнь» (г. Москва).

В проекте два основных направления: духовное просвещение медицинских работников и духовно-нравственное воспитание подростков, молодежи и родителей.

На базе районной женской консультации открыта Школа «Введение в духовную культуру медицинского работника». Кабинеты врачей женской консультации и 8 сельских амбулаторий укомплектованы информационно-методической литературой Всероссийского Центра «Жизнь», направленной на профилактику абортов.

С целью профилактики абортного мышления в городской женской консультации создан духовно-просветительский уголок, стенд «Мама, подари мне жизнь!» и оформлена фотовыставка «Счастье в семье». В холле - осуществляется постоянный видеопоказ документальных короткометражных фильмов - призеров Всероссийского кинофестиваля «Семья России» в номинациях «Радость материнства», «Жизнь- дар Божий», «Многодетная семья».

За истекший год состоялись встречи с подростками и молодежью (девочки 14-18 лет) образовательных учреждений (1232 человека), направленные на воспитание целомудренного образа жизни и профилактику абортного мышления.

В ходе встреч использовался материал учебного пособия «Культура семьи» и короткометражные фильмы – победители Всероссийского кинофестиваля короткометражных фильмов «Семья Россия».

До реализации проекта Крымский район выделялся по количеству абортов среди районов Краснодарского края. Результат системной совместной деятельности (священника, врача-гинеколога, работников Фонда «Вознесение») не замедлил дать положительную динамику. Ниже приведу фрагмент справки-анализа работы акушерско-гинекологической службы управления здравоохранения в Крымском районе: «… в первом квартале 2010 года количество абортов по сравнению с 2009 годом снизилось, а именно:- общее число абортов снизилось в 1,7 раза;- миниабортов - в 2,4 раза;- число абортов у первобеременных - в 3,8 раза;- число абортов у несовершеннолетних - в 2 раза…»

Параллельно профилактика абортного мышления проводилась с родителями старшеклассниц на родительских собраниях, в Школе будущих супругов, действующей на базе ЗАГСА, в Клубе молодой семьи «Домашний очаг», на страницах районной газеты «Призыв» (приложение «Созвучие»), на районной акции « Мы - за жизнь» в рамках Всероссийской акции «Россия без абортов-2010», организованной Инициативной группой «Азбука веры — Омега».

gsd_krymsk@mail.ru

О.А. Евлашева

„ВЫБЕРИ ЖИЗНЬ!“: СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ ВРАЧА-ПСИХОТЕРАПЕВТА МОЛОДЁЖНОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

Молодёжная консультация, Санкт-Петербург

В Молодёжную консультацию (МК) на осмотр к гинекологу отец привёл 15-ти летнюю дочь (в дальнейшем мы будем называть ее Аня) с подозрением на беременность. Беременность подтвердилась, срок - 12 недель. Отец настаивал на аборте. В процессе консультации у психотерапевта МК Аня сказала, что не хочет делать аборт, и сама привела такие доводы: "Меня же мама не убила, а родила в 16 лет" и ещё: "Я рожу ребёнка, и в крайнем случае оставлю в роддоме, как сделала одна моя знакомая девочка". Так как отец был непримирим, девушка не вернулась домой и по её желанию была определена для временного проживания в приют для девочек "Дом Трудолюбия".

Всю беременность она наблюдалась в районной женской консультации и получала необходимую по ситуации помощь и поддержку от специалистов МК (социального педагога, психотерапевта, юриста, гинеколога, акушерки). Помощь оказывали также сотрудники Фондов "Жизнь", "Димитрия Солунского" и Отдела опеки и попечительства. Роды прошли благополучно, родилась здоровая девочка. В связи с ненадлежащими условиями для проживания новорожденная девочка была определена в "Дом ребёнка". Молодая мама навещала её там. Систематическое участие всех сотрудников МК в жизни нашей подопечной продолжалось. Когда ребёнку исполнился 1 год, сотрудники дома ребёнка стали настойчиво предлагать Ане отдать девочку на удочерение (мотивации - негде жить, ты без образования, без помощи отца - в общем, не справишься).

В это время возобновились её отношения с молодым человеком из прежней подростковой компании. Он со своей мамой предложили Ане с ребёнком жить у них. Год прожили благополучно. Мы - сотрудники МК познакомились с мамой молодого человека. Она хорошо отзывалась об Ане и говорила , что помогать ей с ребёнком не в тягость. Когда первенцу было около 2-х лет, наша подопечная забеременела второй раз. Её решение было – сохранить беременность, но на этот раз сопутствующие обстоятельства влияли сильнее. К сожалению, решающей оказалась пассивная нерешительная позиция молодого человека. В последствие, когда аборт уже был сделан, он признался: "Я надеялся, что ты в последний момент откажешься". Они оба горько сожалели о сделанном выборе.

Третья беременность "замерла" на раннем сроке. В настоящее время Аня живет в семье. Сирота, которую отец один воспитывал с 2 лет, с опытом правонарушений, состоявшая на учете за прогулы, имевшая сложные отношения с отцом (физические наказания, угрозы, оскорбления) не только обрела семью и социальных помощников, но и возможность развивать навык

ответственного поведения в материнстве, закончила 8 и 9 классы заочно. Биологический отец стал участвовать в воспитании ребенка, разделяет заботы по уходу и тем самым дает возможность молодой маме работать.

Таким образом: Если в мировоззренческой позиции социального окружения беременной главенствует приоритет сохранения жизни, и он осознанно принимается всеми участниками этой социальной "группы поддержки" , то сохранение беременности становится возможным и успешным. В дальнейшем это способствует созданию отношений любви, доверия и ответственности.

evlasheva1950@mail.ru

Б.С. Заболоцкий

ПРОЛАЙФ-ПЛАКАТЫ КАК ИНСТРУМЕНТ ВОСПИТАНИЯ ЦЕННОСТИ ЧЕЛОВЕЧЕСКОЙ ЖИЗНИ

Москва

На итоговое восприятие впечатления зрителя от плаката пролайф-тематики влияет сумма внутренних и внешних факторов. Когда заинтересованный зритель замечает плакат (иллюстрацию), он проделывает быструю, почти незаметную психологическую работу. Тема воздействия иллюстрации на психику человека, в отличии от фотографии - отдельная большая тема, которую я постараюсь развернуть во время выступления на конференции.

Размышления и ощущения зрителя направляются по определенному пути, состоящему из ряда переходящих друг в друга сценариев. Хотя стартовая точка размышлений одна (плакат), конечные пункты могут быть разные:

1. Непосредственное заражение чувствами.
2. Ролевая идентификация, проекция отношений.
3. Активная оценка плаката зрителем.
4. ”Я понял!”

1. Непосредственное заражение чувствами. Зритель сопереживает тому, что изображено на плакате, его чувства синхронны чувствам персонажей.

2. Ролевая идентификация. (Проекция отношений).

Зритель может соотнести то,что видит со своим образом жизни. (Я был(была) в таком положении). Или вспомнить какие-то жизненные ситуации. При этом варианты поведения людей, или собственные действия сравниваются бессознательно с тем, что зритель видит на плакате.

3. Активная оценка плаката зрителем. Зритель сравнивает то, что он видит на плакате, со своими морально-этическими установками и предыдущим опытом. Он (она) ведет мысленный диалог с автором плаката: "О! Это они хорошо придумали!", "Какая чушь! Да как они посмели нарисовать такое?" При этом зритель может оценивать как художественное, так и идейное, и конструктивное решение плаката: "Аборт-что это? Безопасная медицинская процедура или жестокое умышленное убийство?" Даже если зритель не соглашается с тем, что аборт — убийство, мастерство исполнения плаката вызывает у него уважение к

автору.

4. "Я Понял!" Это-игра. Включение зрителя в активные размышления и ассоциации о сюжете плаката и его содержании. Сравнение частей плаката, например работа "Две мамы".

Действие этого сценария - напряжение мысли, озарение, решение, и собственное отношение к вопросу, затронутому плакатом.

Стратегически - это косвенное вовлечение в "мир проблемы абортов".

В процессе восприятия сценарии могут чередоваться, и очень важно, чтобы они поддерживали друг друга, а не тянули в разные стороны, и уж тем более, в сторону от "послания пролайф-плаката".

А для страховки необходимо придумать все так, чтобы потенциально разные пути вели в одном направлении.

Отчасти можно "управлять" выбором сценария через формальные средства, намекая на нужный путь через сам плакат.

Рассмотрим основные способы анализа зрительных элементов:

1. Смысловые зоны плаката.
2. Прошлое-будущее.
3. Антропоморфность плаката.
4. Симметрия.
5. Цвет и сочетания цветов.
6. Орнаментальность.
7. Антропоморфность персонажа.
8. Изображение человека.

К пункту 7. Например, черный цвет, усиливает другие цвета на плакате и символизирует собой угрозу, вынуждение, глубину, смерть, ночь, конфликт, протест. (см. эскиз плаката "Доктор Т-800").

Таким образом,мы имеем совокупность методик, с помощью которых можно изучать процесс воздействия пролайф-плакатов на сознание зрителей, и как следствие, создание успешных пропагандистских пролайф-плакатов для самых широких целевых групп.

zabolotsky1971@mail.ru

О. Калашникова, протоиерей Роман Модин, И.М. Хисматуллина

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В СФЕРЕ ЗАЩИТЫ ЖИЗНИ, ОСУЩЕСТВЛЯЕМАЯ МЕДИЦИНСКИМ ОТДЕЛОМ КАЗАНСКОЙ ЕПАРХИИ РУССКОЙ ПРАВОСЛАВНОЙ ЦЕРКВИ

Медицинский Отдел Казанской епархии, Казань

Медицинский Отдел Казанской епархии занимается проблемами российской семьи и демографии как в медицинском, так и в социальном аспектах. Работа в сфере борьбы с абортами ведется в Казани на протяжении нескольких лет. Первоначально это были инициативные граждане, которые своими силами распространяли противоабортные материалы по городу. В декабре 2008 года было

принято решение об окормлении Казанской епархией женских консультаций и родильных домов. В составе Городского управления Здравоохранения была создана рабочая группа из четырех человек для координации совместных действий духовенства и медиков. В настоящее время в трех городских женских консультациях выделен специальный пасторский день один раз в неделю, когда в течение нескольких часов прием желающих ведет священник. В женских консультациях и роддомах устроены стенды, отражающие православные взгляды на беременность и родовспоможение.

В начале декабря 2008 г. Медицинский отдел епархии совместно с Отделом защиты материнства и детства Городского Отдела здравоохранения г. Казани провели круглый стол «Актуальные и нравственные проблемы гинекологии и родовспоможения и традиционные религии», куда были приглашены православное и мусульманское духовенство г. Казани, работники Отдела защиты материнства и детства МЗ РТ и Отдела защиты материнства и детства Горздрава г. Казани, представители роддомов и женских консультаций г. Казани, общественные деятели. В ходе круглого стола прошла дискуссия о формах сотрудничества между духовенством и социальными отделами Казанской епархии и Духовным управлением мусульман РТ и учреждениями РТ.

В 2009 и 2010 годах Казань участвовала во всероссийской акция «Россия без абортов», координируемой Инициативной группой «Азбука веры - Омега». Также акция по раздаче листовок проводилась и на фестивале "Сотворение мира", что было весьма актуальным. Ведь в шестой день Сотворения мира Бог сотворил мужчину и женщину и благословил их и сказал им «*плодитесь и размножайтесь, и наполняйте землю…».* Казань участвует в распространении листовок «Безмолвный крик» и «Дневник нерожденного ребёнка», карточек и брошюр «Азбуки веры — Омеги». Распространяется периодика (например, газета «Вифлеемский глас»). На приходах города появляются стенды, содержащие информацию и раздаточные материалы по проблемам аборта.

В октябре 2010 года в Казани на щитах наружной рекламы города появилось 10 баннеров с социальной рекламой против абортов. Половина из них была напечатана на национальном языке татарского народа. С октября 2010 года планируется ежемесячно служить молебен Вифлеемским младенцам. В перспективе открытие центра предабортного консультирования на базе одной из больниц города и размещение информации о вреде абортов в аптечной сети.

olik86.07@mail.ru

Капранов И.Е.

ОБЗОР АНГЛОЯЗЫЧНЫХ ИНТЕРНЕТ РЕСУРСОВ, ПОСВЯЩЕННЫХ ТЕМЕ БОРЬБЫ ЗА ЖИЗНЬ НЕРОДИВШИХСЯ ДЕТЕЙ

Инициативная группа «Азбука веры – Омега», Санкт-Петербург

Для такой территориально обширной страны как Россия интернет является одним из наиболее эффективных средств коммуникации и обмена данными. Для групп единомышленников, осуществляющих свою деятельность в различных регионах, информационное пространство интернета выступает в качестве главной платформы, на основе которой реализуется координация деятельности, обмен опытом и оперативной информацией, распространение аудио-, видео- и текстовых материалов, подготовки масштабных мероприятий. Всемирная сеть также предоставляет широкие возможности для выражения своей позиции по тому или иному вопросу.

В представляемом докладе, на примере ряда интернет сайтов, посвященных противоабортной тематике, рассматривается уровень развития западных сетевых ресурсов, ориентированных на англоговорящую аудиторию. Проводится сопоставление с аналогичными ресурсами, присутствующими в российской части интернета, обсуждается возможность использования западного опыта в сфере создания и поддержания сайтов, форумов, социальных сетей для решения задач обмена информацией и просветительской деятельности. Обращение к западному опыту мотивируется тем, что с одной стороны движение в защиту жизни в США, Великобритании, Канаде и других англоговорящих странах имеет более продолжительную историю, чем аналогичные инициативы в России, с другой стороны на западе имеет место некоторое опережение развития интернет-технологий и практики их использования. Следует также упомянуть фактор финансовой поддержки активистов противоабортного движения, которая существенно выше, благодаря развитой системе притока дотаций и привлечения сильных, в финансовом смысле, сторонников.

В ходе обзора сетевых ресурсов уделялось внимание специфике определяемых авторами сайтов целей и задач, планы их достижения и средства для воплощения. Важным показателем того, насколько тот или иной сайт интересен аудитории служит индикатор посещаемости. Повышение посещаемости является важным элементом работы по развитию сетевого проекта. Для сторонников движения за жизнь количество просмотров страниц их сайтов представляет интерес, прежде всего с позиции донесения важной информации до большего числа людей. По результатам проведенного обзора и ознакомления с соответствующими материалами в докладе рассматриваются методы решения задачи увеличения посещаемости, имеющиеся в арсенале западных коллег. Другим показателем интернет ресурса, который определяет возможность привлечения новой аудитории, является рейтинг сайта в поисковых системах и каталогах. Опыт англоговорящих коллег свидетельствует о значимости и необходимости принятия

мер по продвижению рейтинга своих информационных ресурсов.
Заключительная часть доклада резюмирует проведенное сетевое исследование. Формулируются основные направления деятельности в сфере повышения эффективности использования интернета для просвещения людей и привлечения новых единомышленников в деле борьбы со страшным злом современности – абортами.

mrkap@yandex.ru

П.А. Кугай

КАМПАНИЯ ПО СБОРУ ПОДПИСЕЙ ПОД ОБРАЩЕНИЕМ К ПЕРВЫМ ЛИЦАМ РОССИИ С ПРЕДЛОЖЕНИЕМ ОГРАНИЧЕНИЯ АБОРТОВ С ПОСЛЕДУЮЩИМ ИХ ЗАПРЕТОМ

Москва

Международное законодательство предусматривает защиту жизни ребёнка с момента зачатия, однако наша страна, ратифицировав ряд соглашений, не привела в соответствие с ними собственное законодательство. Основываясь на этом, в 2010 году инициативная группа граждан поставила соответствующие вопросы перед руководителями страны.

Россией ратифицированы международные соглашения, в частности Женевская декларация Всемирной Медицинской Ассоциации (ВМА): принята 2-ой Генеральной Ассамблеей ВМА – Женева, Швейцария, сентябрь 1948; дополнена: 22-ой Всемирной Медицинской Ассамблеей – Сидней, Австралия, август 1968; 35-ой– Венеция, Италия, октябрь 1983 и 46-ой– Стокгольм, Швеция, сентябрь 1994 года. Это соглашение включает обязательство врача: «Я буду проявлять высочайшее уважение к человеческой жизни с момента ее зачатия и никогда, даже под угрозой, не использую свои медицинские знания в ущерб нормам гуманности».

Также стоит в этой связи вспомнить и другие документы. В частности, Конвенция о правах ребенка от 20 ноября 1989 года и вступившая в силу 2 сентября 1990 года, принятая резолюцией 44/25 Генеральной Ассамблеи Организации объединенных наций, содержит формулировку: «Ребенок, ввиду его физической и умственной незрелости, нуждается в специальной охране и заботе, включая надлежащую правовую защиту, как **до**, так и после рождения»).

В связи с обозначенными выше принятыми на себя Россией международными обязательствами, Инициативная группа составили обращение к Президенту, Премьер-министру, Председателю совета Федерации, Председателю Государственной Думы Российской Федерации о срочном введении мер для снижения количества абортов с последующим полным законодательным запрещением их. Обращение содержит 33 предложения, в частности: запретить внутриматочные и гормональные «противозачаточные» средства; через СМИ разъяснять населению недопустимость абортов в моральном плане и для физического и душевного здоровья матери, семьи, общества; исключить аборты женщинам до 18 лет; гарантировать предоставление жилой площади, земельных участков

(для создания приусадебного хозяйства), материальной помощи нуждающимся семьям, другие важные меры, в т.ч. предусматривающие уголовную ответственность.

К настоящему времени собрано более 7,5 тыс. подписей из 81 субъекта Российской Федерации. Инициатива сбора подписей была активно поддержана в Биробиджане, Воронеже, Уфе, Адыгейской республике, Саратове. Широкий сбор подписей ведется и в других регионах. Важно, что при сборе подписей возникает контакт с людьми, заставляющий задуматься о проблеме, касающейся всех без исключения, что крайне важно в условиях информационного вакуума (мы обращались в тысячи СМИ, отозвались пять сайтов).

Собранные подписи направляются руководителям страны, однако, кампания по их сбору продолжается.

arseney@yandex.ru

В.А. Колганов

ПЛАНЫ РАЗВИТИЯ САМАРСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ МЕЖДУНАРОДНОГО ДВИЖЕНИЯ ПРОТИВ АБОРТОВ «ВОИНЫ ЖИЗНИ»

Международное движение против абортов «Воины Жизни», Самара

Аборт – это нарушение Божьей воли, страшный вызов Богу. Это ещё и огромная проблема, о которой можно говорить как о геноциде нации, так и как о противоестественном человеку действии, ставшим вполне обыденным в наши дни. Факт массовых легальных детоубийств сподвиг православных самарцев объединиться и начать работу в рамках Международного движения против абортов «Воины Жизни».

Мы считаем, что говорить об убийстве младенцев нужно еще в школе. Есть православные учителя, которые согласны проводить с детьми уроки (биология и классные часы для этого прекрасно подходят) на данную тему. В помощь учителям планируем подготовить методику работы с видеоматериалом. Из информации, предназначенной для широкого просмотра, мы планируем выбрать только ту, которая допустима для просмотра детей разного возраста.

Кроме того, мы участвовали и продолжим участвовать в православных ярмарках. Они – прекрасная возможность как для распространения материалов, так и для поиска людей, желающих и имеющих возможность присоединиться к нашей борьбе.

В отношении проведения пикетов мы весьма «молоды» (их было только три). Здесь начну с проблемы: нам катастрофически не хватает раздаточного материала. Большую часть из розданного составляет то, что мы сделали сами. В основном это распечатки на листах А4 информации о вреде абортов и развитии ребенка в утробе (конечно, хотелось бы получить иллюстрированный материал). Также мы распространяем диски с различными фильмами (например, документальный фильм «Пусть он увидит солнце»). Видеофильм имеет большее

воздействие, чем простой текст.
Пикеты проводим как у домов убийств, так и на многолюдных площадях.
Основная цель пикетов абортариев — не допустить будущими матерями убийств детей. Также пикеты призваны донести и до абортмахеров весь ужас того, чем они занимаются. Они должны почувствовать атмосферу общественного неприятия их деятельности.
Пикеты и митинги на многолюдных городских площадях необходимы для привлечения общественного внимания к проблеме. Дело в том, что сейчас аборт не является чем-то из ряда вон выходящим (10 000 убийств в год – тому подтверждение). Наша цель – помочь понять людям, что аборт – это убийство. Это уничтожение человека, пусть и совсем маленького. Дело в том, что в представлении многих, аборт есть (как бы это ужасно не звучало) либо извлечение плода, либо КУСОЧКА тела матери, либо некоего бессознательного НЕЧТО. Многие люди готовы убить плод, но убить человека – отнюдь не все…
Должно помнить, что есть люди, которые ни за что не откажутся от мысли о правомерности этих убийств и найдут тысячи доводов в их пользу. Но не стоит отчаиваться. Так же обязательно будут люди, которые именно благодаря нашему делу никогда не совершат этот ужасный поступок.
Нам бы хотелось почаще встречаться «живьем», а не только через интернет. Мы готовы как сами приехать в другие города, так и принять (приютить и накормить) единомышленников для обмена опытом и взаимопомощи.

bobakolganob@gmail.com

О.В. Конькова

ПРАВОСЛАВНЫЕ СВЯЩЕННИКИ – ОРГАНИЗАТОРАМ

Инициативная группа «Азбука веры — Омега», Санкт-Петербург

Участие православных священнослужителей в пролайф-движении становится со временем всё более значительным. В настоящей статье остановимся на участии священнослужителей в пролайф-событии общенационального и даже международного масштаба - Межрегиональной акции «Россия без абортов — 2010».
Акция прошла по благословению председателя Синодального отдела по взаимоотношениям Церкви и общества протоиерея Всеволода Чаплина. В рамках «Россия без абортов» в обеих российских столицах прошли митинги. В Санкт-Петербурге митинг состоялся в самом центре города — на ступеньках Казанского кафедрального собора, и на его проведение было получено благословение Митрополита Санкт-Петербургского и Ладожского Владимира. Во время акции духовенство Казанского собора, возглавляемое священником Андреем Герасимовым, отслужило молебен пред Казанскою иконой Божией Матери. Завершив молитву, отец Андрей обратился к собравшимся со словами поддержки доброго дела – борьбы за жизни нерожденных детей.

В Москве «Движение сопротивления убийству детей» провело митинг у памятника Александру Грибоедову вблизи метро "Чистые пруды". Участники митинга пришли помянуть неродившихся младенцев, помолиться о них. Возглавил молитву известный московский священник, руководитель Центра реабилитации жертв нетрадиционных религий им. А.С. Хомякова, протоиерей Олег Стеняев. Пришедшая на митинг православная молодёжь возложила венки к снимкам детей в материнской утробе. При этом в "живом" исполнении игралась мелодия "Прекрасное далеко", а в небо были выпущены розовые и светло-синие воздушные шары – в знак нерожденных мальчиков и девочек.
В центре Коломна (Московская область) была установлена палатка, где можно было помолиться о душах убиенных младенцев, поставить свечу. Рядом с палаткой с большим баннером в руках «дежурил» священник Игорь Тарасов.

Во Владикавказе акция началась с Божественной литургии в соборе Георгия Победоносца. Затем председатель миссионерского отдела благочиния священник Александр Пикалев совершил молебное пение на начало всякого благого дела и обратился к прихожанам с проповедью. "Числа абортов говорят нам страшную правду о том, что мы живем в стране детоубийц и принадлежим к нации детоубийц", – сказал батюшка. "Только каждый пятый зачатый ребенок имеет шанс родится на свет. А остальные четверо уже до своего рождения приговариваются собственными матерями к смертной казни только за то, что они имели несчастье зачаться не вовремя. На детоубийство толкают женщин врачи – те, кто по долгу своей профессии призван защищать и сохранять человеческую жизнь, но у нас в стране созданы такие условия, когда детоубийство может быть и профессией и бизнесом", – продолжил о. Александр. "Теракт, в котором погибает сто человек, является поводом для траура по всей стране. Каким же поводом для горя может служить узаконенное убийство от пяти до десяти тысяч невинных детей ежедневно? Поэтому обращаюсь ко всем неравнодушным с просьбой поддержать нашу сегодняшнюю акцию", – заключил председатель миссионерского отдела Северо-Осетинского благочиния.

После молебна православная молодежь, среди которой было немало студентов-медиков, раздавала в многолюдных местах города листовки и брошюры — всего было роздано более 700 экземпляров печатной продукции, присланной во Владикавказ Инициативной группой "Азбука веры – Омега" из Санкт-Петербурга.

В удмуртском городе Глазове организатором акции выступило движение "Православная молодёжь Удмуртии". Под руководством священника Преображенского храма отца Николая Середы в ходе акции раздавались просветительские материалы горожанам. В центре города стояли несколько палаток, где также можно было получить информативные брошюры, задать вопрос и побеседовать с активистами акции по теме защиты жизни, помолиться и поставить свечу. Около одной из палаток висел огромный баннер, присланный из Петербурга. На нем – документальное фото убитого абортом ребёнка и призыв: "Россия, хватит убивать детей!" Точно такой же баннер использовался и на митинге у Казанского собора в Санкт-Петербурге.

В городе Междуреченске Кемеровской области проведение акции возглавил благочинный протоиерей Иоанн Петручек. В городском парке отец Иоанн и участники православного движения Междуреченска раздавали прохожим брошюры и листовки против абортов, объясняли людям, что аборт – это всегда убийство, хотя закон и допускает аборты, но их последствия бывают непоправимы. В рамках этой акции также была заказана социальная реклама против абортов на электронном экране возле торгового центра "Метелица".

В Биробиджане акция длилась несколько месяцев. За это время под руководством игумена Иннокентия (Косарихина) прошел ряд встреч с молодёжью, круглые столы со специалистами самых разных отраслей, акция у женской консультации и на улицах города.

По центральным улицам Курска было организовано шествие против абортов под руководством председателя епархиального молодёжного отдела священника Владислава Сохины.

Солидарную с мероприятиями «России без абортов» акцию провел и священник чешского города Брно отец Либор Серафим Галик.

В столице Азербайджана Баку священник Дионисий Свечников выступил организатором антиабортной конференции.

На площади Республики в городе Усть-Каменогорске (Казахстан) в распространении печатных материалов вместе с прихожанами принял участие священник Иоанн Карабидович. А в Павлодаре, ныне также находящемся в составе Республики Казахстан, организатором акции выступил иерей Роман Миронов.

В Самаре, Саранске, Липецке, Уфе и во многих других городах организацию акций против абортов также возглавили православные священники.

ov1975@ya.ru

Д-р мед. ***Антун Лисец***

КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПО ЗАЩИТЕ ЖИЗНИ РЕБЁНКА ОТ ЗАЧАТИЯ ДО РОЖДЕНИЯ: ОПЫТ ХОРВАТИИ

Загреб, Хорватия

Жизнь и здоровье человека возможно спасать и хорошим словом, христианским консультированием, чтобы люди уважали Закон Божий.

Христианская мораль воспитывает народ в уважении жизни и здоровья каждого человека с момента зачатия до природной смерти, святости брака, Божьего дар фертильности (плодности) и целомудрия. Это значит, что нельзя вести сексуальную жизнь до и вне брака, который благословит Господь Бог и который на всю жизнь, до смерти одного из супругов.

Католическая Церковь (а я католик) запрещает убийство нерождённых детей, эвтаназию, контрацепцию, стерилизацию и искусственное оплодотворение. Таким образом, люди избегают многих болезней и проблем, развивается цивилизация жизни и любви, где люди открывают сердце для сотрудничества с Гос-

подом Богом — нашим Творцом. Но бывают и оправданное воздержание от зачатия, достигаемое путем воздержания во время фертильных дней цикла супруги. Это является не контрацепцией, а образом поста.

Сегодня в некоторых странах самым распространенным способом убийства нерождённых детей и даже основной причиной человеческой смертности, стали убийства зачатых людей, которым не разрешили имплантироваться через пользование так называемых "контрацептивных" средств и различные действия, связанные с оплодотворением в пробирке, генетическим инжинирингом и клонированием.

Те, которые пользовались средствами против зачатия и против рождения, навредили своему здоровью, а употреблением некоторых таких средств участвовали и в убийстве своих детей, не зная, что делают.

Дело в том, что большинство так называемых "контрацептивных" средств убивает детей. Зачатие часто происходит при применении всех видов спиралей, так называемых "противозачаточных" таблеток, различных гормональных фластеров и пост-коитальных средств, депо-провера, норпланта и т.д. Между тем, эти средства убивают нерождённых детей в первые дни после зачатия, когда мать чаще всего ещё и не знает, что беременна.

Статистика показывает, что из детей, зачатых в пробирке рождается меньше чем 5 %. Большинство из них погибают после введения в матку из-за неестественных условий. Есть информация и о том, что многих детей убивают другими способами или держат живыми в замороженном виде в холодильниках.

Нас интересуют и эти маленькие, только что зачатые дети. Только что зачатый ребёнок является самым ценным творением космоса в самом маленьком кусочке материи. Нельзя забывать слова Господа Иисуса*: «Истинно говорю вам: так - как вы сделали это одному из сих братьев Моих меньших, то сделали Мне»* (Мф 25, 40). Маленький, только что зачатый ребёнок, и есть наш меньший брат или сестра. Его нельзя убивать ни при каких обстоятельствах!

Конечно, защиту жизни людей в периоде с момента зачатия до рождения и дальше, надо проводить законодательным путем.

Межу тем, в этом докладе жалю сказать что-нибудь о роли Церкви в консультировании беременных женщин, чтобы те не совершали абортов.

В Хорватии началось сотрудничество Католической Церкви и гинекологов во многих городах в 1991-ом году. С согласия министерства здравоохранения, медработники шлют беременных женщин католическим священникам, монахиням и другим католическим центрам консультирования, чтобы отказались от аборта.

В более чем 40 городах Хорватии католические священники и монахини печатают обращение беременным женщинам в виде листовки "Дорогая мама" со своими адресами. Таким образом они охватили всю страну. Здесь русский перевод этой листовки:

„Дорогая мама, под своим сердцем ты имеешь сына или дочь. Красиво быть матерью. Не делай аборт! Может быть, сейчас, во время беременности у те-

бя некоторые проблемы. Мы желаем помочь тебе их решить, уважая жизнь каждого зачатого ребёнка. Помощь беременной женщине, чтобы в каждой, даже самой тяжелой ситуации, она с радостью и любовью приняла жизнь каждого зачатого ребёнка, оказывает (католический священник) (монахиня) по адресу….., телефон ... ,,

Этими листовками и плакатами в достаточном количестве, регулярно снабжаются:

А) все гинекологи и акушерки в так называемых «женских консультациях», больницах, частных клиниках и т.д., для того, чтобы листовки «Дорогая мама» дали каждой беременной женщине.

Б) все фармацевты аптек, чтобы листовки «Дорогая мама» они давали тем, кто хочет покупать тест на беременность.

В) все лаборатории, чтобы листовки «Дорогая мама» они дали всем женщинам, которые хотят делать тест на беременность.

Когда беременная женщина держит в руках листовку «Дорогая мама», ситуация изменяется в положительном смысле, потому что сейчас ей говорят: "Не делай аборт, матерью быть прекрасно".

Мы замечаем что ни каждая беременная женщина, получившая такую листовку действительно посетит католического священника или монахиню. Она прекрасно знает заранее, что они ей скажут. Но когда она читает эту листовку, мы уже проводим с ней консультацию. Она может показать эту листовку супругу, его матери или парню от которого забеременела, и это поможет им тоже быть против убийства ребёнка.

Когда медработники распространяют листовки «Дорогая мама», они начинают больше говорить женщинам против абортов.

Мы делаем то, что мы можем, и то, что должны делать: даём понять женщине, что мы заинтересованы в том, чтобы она не делала аборт, и что мы желаем оказать ей духовную, моральную, и по возможности, материальную помощь, для того, чтобы она отказалась от аборта.

Даже, если невозможно сразу обеспечить её всей материальной помощью, которую она ищет, духовная и моральная поддержка сделает для неё очень много.

Доброе слово, которое не стоит для вас ничего, спасает жизнь нерождённого ребёнка.

Более 90% беременных женщин, которые думают о аборте, не хотят материальной помощи, если эту помощь предлагают для того, что бы они отказались от аборта. Проблема эта духовная и психическая. Католические и православные священники и монахини знают как решать такие проблемы.

Иногда, действительно, встречаются очень бедные женщины, тогда и небольшая материальная помощь для них имеет огромное значение. Но надо быть осторожными, чтобы эту материальную помощь она не использовала для того, что бы заплатить за аборт.

Католические священники в Хорватии, с помощью своих представителей – мирян, на основе христианских принципов, организовали беседы с беременным женщинам и в некоторых клиниках. Получили комнату, в которой лично бесе-

дуют с каждой беременной женщиной, как решить её проблему без греха. Если возможно, беседа проводится и с отцом нерождённого ребёнка.

Таким образом мы помогли спасти жизнь огромного числа детей.

Надо подчеркнуть что консультированием должны заниматься люди, которые против каждого греха, а это значит, что и против грехов контрацепции, стерилизации, искусственного оплодотворения и аборта. Когда они соглашаются с Божьим законом, тогда они легче могут правильно воспитывать и консультировать и своих детей и других, которых встречают в жизни.

Каждой беременной женщине необходимо уделить особое внимание, посвятить достаточно времени и приложить все усилия для того, чтобы убийство не случилось и что бы она с любовью и радостью приняла жизнь и рождение каждого зачатого ребенка.

Представьте себе, сколько времени, кадров и материальных средств уходит на проведение паллиативной операции рака желудка, в результате которой жизнь больного будет продлена на несколько месяцев. Безусловно, это гуманно. Однако задумайтесь, сколько в среднем сейчас затрачивается времени, усилий, кадров и материальных средств в работе с беременными женщинами, чтобы отговорить их от убийства детей?

Отговаривая беременную женщину от аборта, мы спасаем жизнь не только этому ребенку, но и многочисленным потомкам, которые от этого ребенка появятся на свет. Тем самым от вредных последствий аборта защищаются родители, члены семьи, окружающие и общество в целом.

Гинекология является одним из разделов хирургии. Несомненно, что от гинекологических служб в дальнейшем ожидается приложение максимальный усилий в защите жизни нерожденных детей. Но все-таки в этом исключительно важном и гуманном деле работникам гинекологических отделений нужна помощь. Эта помощь состоит в формировании в обществе положительного отношения к нерожденным детям, уважения к жизни, что и является целью создания данных християнских консультаций.

Современная психология дает некоторые конкретные советы для решения этой проблемы.

- Очень важна коммуникативность лица, работающего в християнской консультации.
- Для того чтобы посетитель переменил свое отрицательное мнение на положительное, очень важным является положительное мнение самого консультанта. Например, в борьбе против курения больших успехов добьется консультант, который не курит. Лучших результатов в защите жизни нерожденных детей достигнет тот, кто всегда выступает против аборта, борится за жизнь, никогда не соглашается на аборт и не принимает в нем участие.
- Важно также воздействие на эмоции. Большая часть популяции состоит из так называемого "эмоционального" типа людей, поэтому для беседы с ними очень важен эмоциональный подход.
- Часть популяции составляет так называемый "интеллектуальный" тип людей. Успеха у них можно легче добиться рациональным подходом.

- Важно влияние авторитета.
- Материальная помощь (в некоторых случаях).
- Создание спокойной, располагающей обстановки. Угощать шоколадом.

Эту работу следует проводить, не считаясь с затраченным временем.

С каждой беременной женщиной или супружеской парой разговор должен проводиться индивидуально, поскольку очень важна доверительная атмосфера, располагающая к интимной беседе. В группе беременных женщин которые против жизни нерождённых детей, есть опасность негативной реакции членов группы.

В работе с беременными женщинами и их мужьями могут быть полезны фотографии ребенка в лоне матери, которые помогают полюбить ребенка, который еще не родился.

После такой беседы, в тот же день, продолжаем беседу с беременной женщиной для спасение жизни каждого нерождённого ребёнка, в её доме или квартире.

Как показала практика, такой патронажный визит способствует более доверительному и более искреннему разговору. Когда женщина приходит к гинекологу, она обычно говорит лишь то, к чему сама себя подготавливала в течение нескольких дней. Такой визит беременная женщина принимает как знак уважения и заботы о ней, что само по себе ей помогает решить родить.

В ходе работы и после ее окончания не выдаются никакие справки, подтверждающие что консультация проведена, не подписываются никакие бумаги. Убийство ребенка никогда не разрешается, после консультации оно тоже невозможно!

Рождение детей после консультирования очень помогает медперсоналу и обществу отказаться от убийства и от других грехов.

Мы не фотографируем спасённых детей и их родителей. Не желаем даже что бы эти дети знали что их родители были в искушению их убить.

В католических консультациях кризисной беременности помогаем спасать жизнь всех детей, не смотря на веру их родителей.

В Хорватии мы ещё не собирали результаты и числа детей которые родились после консультирования их матерей во время беременности. Только в моём и соседнем городе, где я лично проводил беседы, через несколько лет спасли жизнь сотням детей. Между тем, могу сказать что в Виненни (Австрия) в католическом центре, который основал мой друг проф. Дитмар Фишер, в течение 12 лет работы спасли жизнь 12 тысяч детей! Каждый год по тысяче.

В Соединённых Штатах Америки случилось и ещё что-то другое. Когда бывший президент Буш хотел начать с воспитательных программам целомудрия во всех государственных школах, без грехов контрацепции, только с поддержкой добрачной воздержанности, появился вопрос: кто будет проводить такие программы? Тогда он спросил представителей христианских центров кризисной беременности, и они начали проводить ещё и эти программы целомудрия в школах.

antun.lisec@globalnet.hr

Лихоткин Г.С.

ПРОТЕСТНЫЕ АКЦИИ У «ФАБРИК СМЕРТИ» - АБОРТАРИЕВ

Международное движение против абортов «Воины Жизни», Санкт-Петербург

В нашем докладе рассмотрим опыт протестных акций в непосредственной близости от медицинских учреждений, совершающих аборты. Пролайферы Санкт-Петербурга уже не один год распространяют печатные материалы вблизи клиники РАПС; абортария «Ювента», где несовершеннолетние девушки убивают детей, не ставя даже в известность родителей; и вблизи других «фабрик смерти». Накопив опыт работы, противники абортов перешли к масштабным акциям у входа в абортарии. Это пикеты и митинги.

Для законного проведения пикетирования или митинга необходимо уведомить местный орган государственной власти, в данном случае - районную администрацию. Если мероприятие проводится без использования звукоусиливающего оборудования, необходимо подать уведомление о пикете. Если будет мегафон или более мощная техника — то это уже митинг. Отметим, что общественный порядок на подобного рода мероприятиях охраняется милицией. Важно помнить, что статья 31 Конституции России гарантирует гражданам страны право на мирные собрания где бы ни было. Поэтому в случаях отказа в согласовании или в случае предложения чиновников переместить пикет или митинг в другое место, что является скрытым отказом, - в этих случаях необходимо смело отстаивать свои права в суде, писать пресс-релизы о нарушении закона (с указанием своих контактов) в СМИ, отправлять жалобы в вышестоящие инстанции. Эти меры способны переменить ситуацию.

На акциях у абортариев пролайферы из Движения «Воины Жизни» обычно разворачивают баннеры с документальными фотографиями убитых абортом детей и живых детей в материнской утробе. На первых есть надписи: «Не убий!» и «Этому малышу в день убийства было … недель» На баннерах второго типа также над изображением написано «Не убий», а под ним - «Этому малышу... недель. Его убийство разрешено законом». Такие баннеры имеют размеры 1 метр в высоту и 1,4 метра в ширину, что позволяет им быть достаточно заметными и в то же время одному человеку удобно держать либо повесить на себя такой баннер (сделав соотв. крепление в виде веревки) в течение нескольких часов акции.

Также используются баннеры больших размеров: 1,5 на 2,5 и 2,5 на 3,5 метра. Их перед каждой акцией необходимо монтировать при помощи специально подобранных металлических креплений. На них также размещены документальные фото, но надписи несколько иные: «Аборт убивает!», «Россия, хватит убивать детей!» (на самом большом баннере), «Нерожденным детям — право на жизнь!»

Важно отметить, что изготовление баннеров стоит достаточно недорого, но их использование является важным. Возможно, люди больше нигде и не увидят

эти фотографии! А ведь их видят и пациенты абортариев, и сотрудники, и пресса, и представители органов власти, присутствующие на мероприятии, а также прохожие. В сочетании с коротким сопроводительным текстом, баннеры производят очень сильное впечатление, о чем можно судить по постоянным отзывам, получаемым организаторами. Визуальная пропаганда на акции — это не менее половины её успеха. Тем более, когда речь идёт о пикете.

На митингах у входа в абортарии произносятся короткие речи, чередующиеся с чтением Священного Писания. На пикетах также читается Библия, но там это так не привлекает внимание, так как читается не в мегафон. В произносимых речах обычно говорится, что: «Родители, врачи, медицинские сестры и те, кто советует сделать аборт — являются убийцами беззащитных детей или их пособниками, а значит, они идут против воли Бога, запретившего убивать! Господу Богу противно творящееся в этом месте изуверское истребление младенцев! Наш Создатель дал заповедь: «Не убий!» Помните, что нарушение Его воли не сулит ничего хорошего!»[23]

Также на таких акциях раздается просветительская литература и миссионерские материалы[24]. Добровольцы, которые распространяют материалы, также обращают внимание прохожих на то, что акция проводится у абортария. Как минимум, говорится, что «здесь убивают детей!»

Все вышеперечисленные действия призваны не только отвратить от детоубийства идущих на аборт в клиники женщин и семейные пары, но и создать ситуацию, когда врачи-абортмахеры будут осознавать всю противоестественность своего ремесла, будут стыдиться его и отказываться от совершения абортов. Протестные акции привлекают внимание СМИ, поэтому это ещё и очень удачная возможность рассказать о борьбе за жизни широкой общественности. Также важно, что и органы власти, согласовывая мероприятия и посылая на них своих представителей, узнают о растущем общественном движении против абортов и делают для себя соответствующие выводы.

В заключение нужно сказать, что протестные акции дополняют другие направления пролайф-деятельности: просветительское и благотворительное. Только совместная работа по всем трем направлениям приведёт нас к победе.

gleb@abortamnet.ru

Лужанина А.М.

ПРОСВЕТИТЕЛЬСКИЕ ВСТРЕЧИ ПО ТЕМЕ ЗАЩИТЫ ЖИЗНИ С КУРСАНТАМИ ВОЕННЫХ ВУЗОВ И ВУЗОВ МВД

Инициативная группа «Азбука веры — Омега», Санкт-Петербург

Среди участников Инициативной группы «Азбука веры — Омега» есть студен-

23 См.: «Ты Бог, не любящий беззакония». «Воины Жизни» провели митинг у очередной «фабрики смерти» в Петербурге. [Электронный ресурс]: http://www.abortamnet.ru/n_medem.html

24 Движение «Воины Жизни» раздает визитные карточки Православной интернет-энциклопедии «Азбука веры». См.: http://azbyka.ru/

ты и выпускники различных ВУЗов Санкт-Петербурга, в том числе медики, педагоги и психологи.

К группе постоянно присоединяются добровольцы, появляются новые направления работы, среди которых одним из важных направлений стало проведение встреч-дискуссий на тему абортов со школьниками и студентами. Эта инициатива получила одобрение и рекомендацию к дальнейшему развитию председателя Совета ректоров вузов Санкт-Петербурга, а медицинская составляющая была подтверждена ректором ведущего медицинского вуза — Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии[25]. Уже проведено порядка 20 встреч в городе Санкт-Петербурге и несколько в городе Кронштадте.

На встречах молодой врач рассказывает о внутриутробном развитии ребенка, о том какими методами на разных сроках беременности производится аборт и к каким тяжким последствиям для физического и духовного здоровья несостоявшейся матери, отца и всего общества он приводит. Речь сопровождается красочной презентацией с фотографиями развивающегося ребенка, начиная от самого момента зачатия. После презентации демонстрируется американский фильм “Тяжелая правда “, демонстрирующий всю неприглядную правду об абортах.

В беседах всегда принимают участие священнослужители, психологи, врачи. Они делятся своими знаниями и жизненным опытом, пытаясь уберечь молодежь от шага, который повлечет за собой много бед и пытаются помочь исправиться и изменить свою жизнь тем, кто, к сожалению, причастен к убийству детей. Священнослужители говорят, что духовное и нравственное возрождение возможно через раскаяние и обретение веры в Бога.

Встречи проводятся с октября 2008 года один-два раза в месяц. Первая встреча прошла в Педиатрической академии, Несколько встреч было организовано в РГПУ им. Герцена, в СПБГУ на медицинском и социологическом факультетах, в университете МВД, в Северо-Западной академии госслужбы, в СПБ ГУСЭ, Санкт-Петербургской государственной лесотехнической академии а также в Педагогическом колледже № 7 в СПб и в 427 школе города Кронштадта и других учебных заведениях.

Встречи-дискуссии проводятся не только среди студентов гражданских вузов, но и среди курсантов.

12 октября 2009 года в Актовом зале медицинского факультета СПбГУ прошел круглый стол "Аборт: безобидная процедура или жестокое убийство?" На встречу пришло более 40 человек, преимущественно, молодёжь. В зале было более половины мужчин, в основном это были курсанты военной академии. Круглый стол был предварен открытием выставки "Молчаливая революция". Это была единственная наша встреча, где среди слушателей преобладали мужчины — курсанты военных вузов.

15 декабря 2009 г., прошла встреча с курсантами Университета МВД. В аудитории было порядка 140 девушек, обучающихся на 1 и 2 курсах следственного

25 См.: http://www.abortamnet.ru/ml_lectures.html

факультета. Вот записи из нашей книги отзывов:
"Спасибо большое. Мы теперь точно никогда не сделаем аборт".
"В семье одна, и сейчас одной плохо, потому что мама сделала аборт. Хочу близнецов. Дам им всю love (так в оригинале — А.Л.) и заботу".
"Спасибо большое от всего II курса следственного факультета".
"Хочу выразить благодарность за проведённое мероприятие от девушек всего взвода. Считаю, что данные мероприятия актуальны в наши дни, и их проведение необходимо и обязательно! 1 курс».
"Спасибо организаторам за возможность врачу-психотерапевту участвовать в ответах на вопросы студентов и просвещать их по актуальной теме сохранения жизни".

17 декабря, прошла вторая встреча в Университете МВД со студентками 3 и 4 курсов следственного факультета. В этот раз присутствовали более взрослые девушки, и среди отзывов встретилась и критика:
"Спасибо большое за лекцию! Очень приятно, что в наше столь нелегкое время ведутся такие программы и есть такие люди, которые готовы бороться с таким злом, как аборты!"
"Мне очень понравилась эта лекция. Проводите больше такие сборы, а главное - приобщайте больше мужчин, они тоже должны осознать! Спасибо большое, очень интересно, а главное - жизненно и полезно!"
"Спасибо большое!!! Ваша лекция произвела огромное впечатление! Спасибо Вам огромное! Информация хорошо подобрана и помогла приобрести внутреннюю уверенность не совершать данное деяние".
"Спасибо за очень интересную лекцию с использованием научных материалов (фото-, видеосъемок). Но у меня есть некоторые замечания: "лекторы" очень навязывают свою точку зрения. И необходимо также лекцию прочитать, показать мужскому полу, так как не только женщина идёт на это, но и мужчины..."
Наш ответ на критику: мы четко обозначаем свою точку зрения, но даем возможность высказаться несогласным, которых, однако, пытаемся переубедить. Не думаем, что уверенность в своей точке зрения можно назвать "навязыванием"... И честно говоря, не понял слова " что для восприятия это не свойственно"
Но в любом случае - спасибо за отзыв!
"Эта лекция, безусловно, нужна и молодым людям, т.к. они даже не представляют, что такое аборт, какие последствия его..."
"На мой взгляд, стоит большее внимание уделять проблемам здоровья, проблемам последствий абортов. Стоит разрушать иллюзии относительно легкости этой операции, но не духовности. Вопросы духовности следует освещать в индивидуальном порядке. Мы живем в стране разных конфессий, в стране и во время свободы мнений и чувств. Науменко Татьяна"
Наш ответ на критику: мы опираемся на ценности православного христианства, и принципиально стоим на этом. Толерантность нам не присуща, признаем это.
"При просмотре слайдов и видео у меня сложилось впечатление, что необходимо "в красках" показать процесс аборта, не зависимо от его вида. Ведь девушки в нашем возрасте переживают за свой организм, а не за последствия для ребён-

ка."
Наш ответ: очень печально, что переживают только за свой организм.
18 января, накануне Праздника Крещения Господня, прошла встреча с курсантами 1-2 курсов факультета №7 Санкт-Петербургского университета МВД. Обучение на этом факультете проходит в городе Петергофе. И здесь также были оставлены отзывы курсантами:
"Данная лекция достаточно интересная, шокирующие факты изменили мировоззрение. Спасибо большое, очень впечатляющие факты и слайды. Ещё раз спасибо большое".
"Данная лекция в широком плане помогает понять всю проблематику ситуации и действий людей. Спасибо за интересные факты, информацию".
"Лекция очень понравилась, есть над чем задуматься. Благодаря ей меняется отношение к аборту. Спасибо вам за очень хорошую информацию. Нам очень понравилось!!!"
"Если бы я узнала всё это раньше, я бы этого никогда не сделала... Спасибо".
Отмечу, что на всех встречах курсанты очень живо реагировали на увиденную и услышанную информацию, не оставались безразличными, говорили лично, что никогда не будут убивать своих детей. Правда об абортах глубоко потрясла души девушек и молодых людей.

lubishina_n@mail.ru

А.М. Лях

БОРЬБА ЗА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ В СЕТИ ИНТЕРНЕТ

Инициативная группа «Азбука веры — Омега», Санкт-Петербург

Каждый день в нашей стране убивают в утробе матери более десяти тысяч младенцев – это страшное число. Мы, православные христиане, не должны мириться с массовыми убийствами нерожденных детей. При этом средства массовой информации эту проблему замалчивают, и получается так, что никто ничего не знает – граждане России в подавляющем большинстве не имеют никакого представления о масштабах трагедии. И поэтому поводу возникает извечный русский вопрос – что делать?
Ответ очевиден – просвещение нашего народа, доведение до сознания людей информации о том, что происходит. Теоретически – самым лучшим инструментом информирования населения являются СМИ. Но как уже было сказано выше, СМИ молчат, не поднимают проблему массового истребления наших нерадившихся граждан.
Но существует еще одна информационная площадка, которая позволяет доставлять информацию для пользователей – это глобальная информационная сеть Интернет. Абортмахеры успешно используют сеть Интернет для продвижения своих мерзких услуг по убийству невинных младенцев. Мы – противники абортов точно также можем действовать на этом информационном поле.

Пользователю, набравшему в строке «Поиск», поисковой системы Яндекс слово «аборт» выдается ссылка на десять сайтов, контент которых наиболее соответствует, с точки зрения Яндекса поисковому запросу «аборт». На момент написания этих строк по региону Санкт-Петербург в первой десятке выдачи только три сайта информируют о том, что аборт – это убийство. Остальные семь – это реклама «услуг» абортмахеров. Три – семь, счет пока не в нашу пользу.

По данным исследовательской компании ComScore каждый месяц в России поиском информации в сети Интернет пользуются более 20 млн. человек. По статистике Яндекса по слову «аборт» трафик за каждый месяц – более 150 тыс. обращений. В год это почти 2 млн. запросов на поиск информации в сети Интернет, только по одному этому слову.

Также не будем забывать про трафик, который генерируется и по другим поисковым запросам, например таким как:

5) первый аборт
6) поздний аборт
7) мини аборт
8) медикаментозный аборт
9) сколько стоит аборт
10) где сделать аборт
11) аборт в домашних условиях
12) и т. д.

Идеальная ситуация – это сеть сайтов движения против абортов, у которых критическая масса контента превышает суммарный объем контента сайтов абортмахеров. Таким образом, можно было бы подвинуть абортмахерские сайты с верхних позиций поисковых систем по таким ключевым словам как аборт и т. д. Теоретически можно изменить счет в нашу пользу, но для этого нужно создавать как можно больше сайтов, размещать посты на различных форумах, а также открывать группы в социальных сетях и т. д.

Одна свеча – это уже свет, который поможет человеку не сбиться с пути. Один сайт или комментарий на форуме может спасти беззащитную жизнь маленького человека. От одной свечи могут зажечься еще несколько свечей, а если их будет тысяча, тогда их свет позволит увидеть всем, какие тяжкие преступления происходит под молчаливым покровом тьмы, увидеть всю эту мерзость, которая спрятана за фасадами абортариев.

Создавая сайты, мы можем заполнить информационный вакуум, показывая шокирующую правду и называя вещи своими именами, о том, что происходит и тем самым изменить существующую ситуацию. Чем больше сайтов, тем больше охват аудитории пользователей и как следствие уменьшение количества абортов.

У абортмахеров больше денег, чем у нас, и значит больше возможностей для продвижения своих мерзких услуг, значит, у Воинов Жизни на первое место должна выйти инициатива.

Эта заметка не о технологиях создания и продвижения сайтов – это информация о той пользе, которую может принести каждый пост на форуме, каждый

сайт или каждый блог. Это обращение ко всем Воинам Жизни – по возможности создавайте свои региональные сайты движения, размещайте информацию на различных Интернет-ресурсах, ставьте ссылки на сайты движения против абортов.
Свидетельствуйте правду, обличайте дела тьмы, моральное преимущество на нашей стороне, потому, что с нами Бог!

avis-piter@bk.ru

Валерий Митев

ТРЕТЬЕ ИЮНЯ - МЕЖДУНАРОДНЫЙ ДЕНЬ ПРОТИВ АБОРТОВ

г. Шостка, Сумская обл., Украина

Как помочь самым невинным и беззащитным детям, которым угрожает аборт? После тщательного ознакомления с опубликованными документами ООН и информацией из интернета обнаружил, что нет Международного дня против абортов. Все акции в этом отношении проводятся в разные дни года, обычно 8 Марта и 1 Июня. Тысячи организаций и миллионы людей со всего мира, которые борятся против абортов, не имеют своего дня, который можно отмечать, который может объединить всех и направить их силы в одну точку. Поэтому 17 марта 2010 в Твиттере http://twitter.com/3_June я учредил 3 Июня – Международный день против абортов.
Твиттер является социальным сайтом с более чем 100 миллионов пользователей со всего мира, которые могут мгновенно обмениваться информацией между собой. Почти все самые влиятельные и известные люди мира – президенты, политики, музыкальные исполнители, многие СМИ и т.д. являются пользователями Твиттера. Среди них Дмитрий Медведев, Барак О`Бама, премьер министр Канады, английская Королевская семья, многие российские и украинские певцы, Парламент Болгарии, Белый Дом и многие-многие другие. Важность Твиттера оценили библиотека Американского Конгресса и Гугл, которые стали записывать все отправленные сообщения. Посредством Твиттера идея „3-го Июня" – Международного дня против аборта уже распространилась почти во всех государствах мира среди миллионов людей. Сейчас к странице 3 Июня в Твиттере присоединилось 3310 человек и организации из разных стран мира.Каждый день я отправляю в Твиттер информацию против абортов и о его вреде на 4-х языках – русском, украинском, болгарском и английском.
Почему выбрал дату 3 Июня? Потому, что 1 Июня весь мир отмечает День защиты детей и настроен на эту тему. После одного дня подготовки, 3 Июня, можно сделать переход к теме против аборта. Чтобы были дети, которых нужно защищать, сначала они должны родиться.Основная идея 3 Июня – Международного дня против абортов – объединение всех организаций и людей всех стран мира, которые в этот день вместе скажут „нет абортам!". Чтобы в этот день во всем мире прокатилась волна протестов.

В Болгарии на здании Парламента большими буквами написано „Соединение делает силу”. Именно соединение всех, кто борется против абортов, может победить это зло. Второй целью 3 Июня – Международного дня против абортов является признание этой даты ООН. Третья цель – пересмотр закона, который разрешает аборты. По данным статистики большинство людей в мире против абортов. Но аборты продолжают делать на фоне демографической катастрофы почти всех развитых государств мира, в том числе России, Украины, США, Болгарии и т.д., убивают своих, а людей все больше и больше не хватает.
Если миллионы вместе скажут „нет абортам!“, то их голос прозвучит на весь мир. Выводы: 1. Организации и люди, которые борются против абортов, будут иметь свой международный день. 2.Твиттер можно использовать для обмена, распространения информации и влияния на общественное мнение на мировом уровне в борьбе против абортов.

valeri_mitev@abv.bg

Л. Пластун

ДЕНЬ ЗНАНИЙ КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ ИНФОРМАЦИОННЫЙ ПОВОД ДЛЯ АНТИАБОРТНЫХ АКЦИЙ

Международное движение против абортов «Воины Жизни», Санкт-Петербург

Успех массового мероприятия напрямую связан с информационным поводом для его проведения. В данной статье рассмотрим проведение антиабортного митинга с удачно определеным, на наш взгляд, информационном поводе. Речь идёт о митинге «Остановим убийства детей в День Знаний!», прошедшем 1-го сентября вблизи Санкт-Петербургского государственного политехнического университета.
Участники акции развернули огромный баннер, на котором была размещена фотография убитого абортом 8-недельного малыша. Полотнище было видно издалека, в том числе и из университетских аудиторий, общественного транспорта и т. д., что сразу же сделало мероприятие заметным.
Во время митинга студенты «Политеха» прогуливались по площади: кто-то возвращался с университетского стадиона, где проходило официальное торжество празднования начала нового учебного года; кто-то просто пришёл «проведать» родной вуз после летней разлуки. Проходя мимо своих сверстников, стоявших с плакатами и раздававших листовки об ужасе абортов, молодёжь, как правило, с интересом брала печатные материалы.
В течение двух с половиной часов участники митинга читали Евангелие, чередуя чтение Слова Божьего с речью – обращением к проходящим людям. Приведем полностью те слова, с которыми православная молодёжь обратилась к проходившим мимо людям:
«Дорогие студенты! Сдав летнюю сессию или пройдя через вступительный

конкурс, вы начинаете учебный год. Однако в жизни почти каждого из нас был еще один конкурс: конкурс за возможность родиться и увидеть свет. Те, кто не прошёл этот конкурс, были жестоко убиты: их отравили или разорвали на части в утробе матери. И таких большинство: ведь из четырёх, пяти, а и иногда и десяти зачатых детей только одному или двоим позволяют удостоиться статуса «желанного» и появиться на свет. В этом жутком адском конкурсе судьбу ребёнка, который не может ни убежать, ни попросить о пощаде, решают взрослые, полные сил и здоровья люди. Убийство родителями невинных детей: что может быть страшнее?!

Наукой однозначно доказано, что жизнь человека начинается с самого момента зачатия! Ребенок очень быстро приобретает все человеческие черты, способность видеть, слышать, чувствовать боль.

Аборт – это чудовищное по жестокости убийство невинного, чувствующего боль ребенка! Это зверское разрывание на части живого человека! И это сейчас разрешено законом!

Божии Заповеди требуют охранять жизнь человека с самого ее зарождения, с самого зачатия. Кровь невинно убиенных абортами вопиет к Небу об отмщении. Мы бредем по колено в ней, но имеем бессовестность спрашивать: «Почему наша жизнь такая трудная и плохая?»

Аборты – страшное проклятие всего нашего общества, это его смертный приговор!

Общество, утопающее в крови, общество, где родителям позволено убивать своих детей – не имеет будущего!

Людей, которые пытаются строить свое благополучие на абортах, то есть на убийствах, на расчленении заживо своих детей, ждет крах всей их жизни, отчаяние, трагедия, если они не покаются в своем злодействе!

Аборт – это не «право», а злодеяние!

Для того, чтобы иметь право называться людьми – остановим детоубийства, остановим аборты!

Для того, чтобы смотреть в глаза своим детям – остановим детоубийства, остановим аборты!

Для того, чтобы спасти наше общества от проклятия, а народ от гибели – остановим детоубийства, остановим аборты!

Аборт – это убийство! Скажем «нет» абортам!»

В акции приняли участие православные священники: клирик находящегося вблизи Покровского храма при Политехническом университете иерей Максим Зенков и священник Николай Савченко, настоятель Успенского храма РПЦЗ в Лондоне. Отец Николай, сам петербуржец и выпускник «Политеха», пришел на акцию с младшим сыном, Василием.

Митинг попал в центр внимания как светских СМИ (был снят репортаж телеканалом «ОТВ), так и церковных — в №11 за 2010 год вышла статья о мероприятии в одном из ведущих православных молодёжных изданий, журнале «Нескучный сад».

Кроме того, во время митинга были собраны десятки подписей под обращением

к руководителям страны об ограничении абортов с последующим запретом (инициатива П.Кугая), а также роздано более тысячи единиц просветительских материалов.

Таким образом, тематика защиты жизни в День Знаний оправдала свою эффективность и будет взята пролайферами на вооружение при организации дальнейших акций.

valeri_mitev@abv.bg

И.В. Салмина

ОПЫТ БОРЬБЫ ЗА ЖИЗНИ МЛАДЕНЦЕВ В АДЫГЕЕ

Православный медико-просветительский центр «Жизнь» в Адыгее, г.Майкоп

Деятельность Православного медико-просветительского центра «Жизнь» в Майкопе (Адыгея) была возобновлена в 2009 г. Майкопский центр «Жизнь» занимается духовно-нравственным воспитанием населения. Работа нацелена на молодежь. Читаем лекции в учебных заведениях города на темы: «О вреде курения», «Внутриутробное развитие», «О вреде внебрачных и добрачных половых связей», «О вреде абортов», и т.д. Также выставляем нашу выставку с материалами по вышеперечисленным темам в учебных заведениях и на различных городских мероприятиях. Прочитали лекцию в районной женской консультации. Помимо лекций распространяем печатные материалы: буклеты и брошюры; раздаем их на улицах, регулярно развозим по Церквям Республики. Нами ежемесячно печатается газета, которая бесплатно распространяется среди жителей города. Возле каждого Храма города установлен стенд с призывом к покаянию в грехе аборта с изображенной на стенде иконой «Иисус оплакивает убиенного младенца».

В 2010 году приняли участие в Межрегиональной акции «Россия без абортов — 2010», но и после акции продолжаем распространять литературу, присланную Инициативной группой «Азбука веры — Омега».

Работа ведется под эгидой Русской Православной церкви и благословляется нашим Епископом. В 2010 г. между русской православной Церковью и Министерством здравоохранения Республики был подписан договор, по условиям которого нам разрешается доступ в лечебные учреждения и распространение там своей литературы. Это дало возможность развешивать плакаты и наклейки в защиту жизни в поликлиниках, больницах и аптеках Республики. Периодически проходим по больничным палатам, раздавая газеты и буклеты людям, проходящим лечение.

Также проводится работа в Интернете: рассылка видео об абортах, общение с девушками, делавшими аборты и стоящими перед таким выбором. Кстати данный вид деятельности очень плодотворен. Во-первых, - это минимум финансовых затрат, во-вторых - способность воздействовать на разные возрастные группы и предостеречь совсем еще юных девушек от страшных ошибок в бу-

дущем. Нам уже удалось через Интернет с Божьей помощью спасти несколько человеческих жизней и привести к покаянию множество не только женщин, но и мужчин.

Нужно отметить, что в последнее время многие хитрецы стали использовать нашу информацию для пропаганды противозачаточных средств. В частности, проводя группу подростков мимо нашего стенда, где рассказывается о страшных последствиях абортов, они говорят им: «Вот видите, к каким ужасным последствиям может привести пренебрежение противозачаточными средствами! Обязательно предохраняйтесь!»… Понятно, что это противоречит нашей деятельности, потому что, прежде всего, мы стараемся объяснить молодежи о вреде внебрачных и добрачных половых связей, о негативном влиянии противозачаточных средств и их бесполезности. В связи с данными обстоятельствами приходится на всех наших стендах указывать: «Информация Православного медико-просветительского центра «Жизнь» не является рекламой противозачаточных средств!»

Хочется также обратить внимание на то, что наша деятельность никем не спонсируется. Единственный человек, который нам помогает – это священник, наш духовный наставник, который в связи со строительством храма не может давать больше тысячи рублей в месяц. Но поверьте, это нисколько не останавливает нас. Мы устроили сбор средств — и в итоге купили два принтера, на которых мы, собственно, и печатаем все буклеты и брошюрки. Газета издается в типографии, но затраты на неё почти полностью покрываются единовременными пожертвованиями читателей. Для чтения лекции в школе вообще не надо никаких затрат, кроме наличия свободного времени. С Божьей помощью все всегда получается! Главное – от всего сердца желать «… принести достойный плод покаяния» (Лк. 3:8)

irina.sport@mail.ru

Священник ***Дионисий Свечников***

ОПЫТ И ПЕРСПЕКТИВЫ АНТИАБОРТНОЙ РАБОТЫ В АЗЕРБАЙДЖАНЕ

Бакинско-Прикаспийская епархия Русской Православной Церкви,
Баку, Азербайджан

Регулярная работа по защите жизни в Бакинско-Прикаспийской епархии Русской Православной Церкви (на территории Республики Азербайджан) началась совсем недавно, в 2010 году. До этого работа заключалась в редких беседах, устраиваемых Отделом религиозного образования и катехизации и раздаче печатных материалов, присланных инициативной группой «Азбука веры – Омега».

В нынешнем же году в Международный день защиты детей нам совместно с Российским информационно-культурным центром в Баку удалось провести

круглый стол «Стоп аборты: защитим нерожденных детей!» На акцию были приглашены члены общественных и молодежных организаций, настоятель католической миссии в Азербайджане, председатель "Общества еврейских женщин Азербайджана", врачи, правозащитники. Был показан фильм о проблеме абортов в России. А после показа развернулась достаточно живая дискуссия, в которой смогли выступить все желающие. После дискуссии были розданы печатные материалы. Участники круглого стола живо отозвались на призыв Русской Православной Церкви и впредь собираться на подобные мероприятия для обсуждения проблемы абортов, а также для выработки плана совместных действий по борьбе с искусственным прерыванием жизни.

Хочется отметить, что именно Русская Православная Церковь впервые так широко заявила о проблеме абортов в Азербайджане. Ранее в республике не проводилось подобных мероприятий и об этой проблеме не говорилось вообще. Подобное положение вещей обуславливается тем, что Азербайджан не испытывает такого демографического упадка, как Россия. Правильно было бы сказать, что его вообще нет, рождаемость в республике довольно высокая и в связи с этим проблема абортов как бы уходит на второй план. Тем не менее, аборты делаются и в абортарии даже выстраиваются очереди. Проблема детоубийств в Азербайджане приобретает даже некоторую национальную специфику, свойственную, впрочем, многим странам востока – мужья заставляют делать жен аборты, когда узнают на УЗИ, что должна родиться девочка, а не мальчик-наследник.

В настоящее время под патронажем православных приходов Баку организовываются регулярные просветительские беседы с молодежью, планируются совместные акции с целым рядом молодежных и общественных организаций. Обязательно проведем в следующем году более широкий комплекс мероприятий, приуроченных к Международному дню защиты детей.

ierey-dionisiy@mail.ru

С. Шорох

УЧАСТИЕ СВЯЩЕННИКА ДАНИИЛА СЫСОЕВА В ПРОЛАЙФ-ДВИЖЕНИИ. К ВОПРОСУ ОБ УРАНОПОЛИТИЧЕСКОМ ВЗГЛЯДЕ НА АБОРТЫ

Международное движение пртив абортов «Воины Жизни», Санкт-Петербург

Известный православный священник Даниил Сысоев (1974-2010) был выдающимся миссионером и проповедником. Сегодня он всё более почитается в православном мире как мученик за веру Христову. В настоящем докладе остановимся на участии отца Даниила в Движении в защиту жизни.

Иерей Даниил Сысоев лично принимал участие в антиабортных акциях. Наиболее значимыми были события, приуроченные к Международному дню защиты детей 2008 и 2009 гг. и проводившиеся в Москве Движением сопротивления

убийству детей. В 2009 году митинг 31 мая и пикет 1 июня прошли в рамках Межрегиональной акции «Россия без абортов — 2009», в Оргкомитет которой входил о.Даниил (акция координировалась Инициативной группой «Азбука веры - Омега»).

На пикете 1 июня 2009 года священник рассказал СМИ: «Мы здесь, чтобы попытаться отстоять права самых беззащитных граждан нашей страны – детей, убиваемых во чреве матери. Мы выступаем за полный и безоговорочный законодательный запрет абортов. Врачи и медицинские учреждения, практикующие детоубийство, должны быть преданы всеобщему общественному порицанию. Человек, делающий аборты, должен быть окружен общественным презрением, как любой убийца. Врач абортария уничтожил человеческих жизней значительно больше, чем любой убийца, и при этом считает себя хорошим человеком. Причина распространения современной детоубийственной практики в том, что в обществе утеряно осознание ценности жизни как божественного дара. В семье, где делали аборты, родившийся ребенок духовно полноценным вырасти не сможет, поскольку растет в атмосфере узаконенного убийства. Как известно, по церковным канонам и отец и мать абортированного ребенка несут равную ответственность. Такие «родители» – хуже Чикатило, поскольку убивают своих собственных детей! Если люди – родители и врачи, участвовавшие в абортах раскаиваются, мы конечно должны проявить к ним любовь и милосердие, а они должны творить дела милосердия»[26].

Приведем здесь также статью о.Даниила «Уранополитический взгляд на аборты»[27].

«Много говорят о том, что без запрета абортов невозможно решить демографическую проблему в России, что из-за абортов русская нация вымирает. И все это правда. Но главный корень беды в другом. Просто наша земля уже устала принимать невинную кровь. Голос крови убитых младенцев вопиет из земли, а потому Бог небесный проклинает новых каинов. Те, кто смеют защищать легальность аборта по каким бы то ни было причинам – находятся под гневом Бога. Для них закрыты ворота Нового Иерусалима. В него не войдет ни один убийца. Преступны родители, убивающие детей, еще более преступны абортмахеры, которых совершенно несправедливо называют палачами. Ведь палач все же исполняет справедливый приговор судьи. – Они маньяки, массовые убийцы, которые истребляют неповинных детей подобно царю Ироду.

Но бесконечно большими преступниками являются те, кто оправдывает злодейства. Они знают, что за свои дела достойны смерти, но не только сами делают, но и делающих одобряют (Рим.1).

Самое страшное, что среди таких преступников есть и те, кто мнят себя быть православными. Они кричат, будто нельзя насильно заставлять человека делать добро. Тут надо полагаться только на совесть, а нельзя привлекать государство. Но это неправда.

---

26 См.: Тропарь против абортов \\ Милосердие.Ru [Электронный ресурс]: http://www.miloserdie.ru/index.php?ss=2&s=41&id=7273

27 См.: http://pr-daniil.livejournal.com/33955.html

Воля Бога небесного такова, что власть, которую Он Сам поставил на земле, обязана следовать не воле народа, а Его воле. А имя Ему "Хранитель младенцев" (Пс.145). Он повелевает властям использовать право меча для защиты маленьких детишек.

Бог праведен и потому для Него вовсе не равноценна кровь убитого и убийцы. Не случайно Он Сам сказал, что кровь невинного смывается только кровью убийцы.

Да, сейчас время Нового Завета, и наказание наше взял на Себя Невинный Господь. Но те, кто, уже зная про благодать Искупления, дерзают сознательно творить беззакония до своего раскаяния – не могут пользоваться плодами Искупления. Я не верю тем женщинам и мужчинам, которые говорили, будто не знали, что убивают. Если не знали, так зачем шли на аборт? Развлечения ради? Нет, это просто мятеж против Бога и Его творения.

Когда нам говорят, что запрет абортов вызовет рост смертности от нелегальных абортов, надо отвечать, что просто совершилось Правосудие Божие и еще один убийца получил Его воздаяние. Преступно и мерзко, когда защищают права убийц и презирают права жертв. Как сказал переполненный любовью Ефрем Сирин "кто жалеет убийцу, ненавидит его жертву".

А потому убежден, что наши правители обязаны перед Богом, который и поставил их управлять Своим творением, запретить аборты, и тогда множество их грехов будет покрыто в Судный День. Пусть они строят себе хоть по замку каждый год, но если они защитят невинно убитых, Бог простит множество их преступлений. В День Суда они смогут показать Христу на множество выживших детей и сказать Ему: "Вот дети, которых я по Твоей заповеди спас от смерти" И Сам Бог тогда спасет их от вечной смерти. Они смогут войти в небо, чтобы получить от Господа господ венец награды. Ведь сказал Бог "спасай обреченного на смерть!"

А тех, кто убивает, и тем более одобряет убийство, ждет следующее. Они станут воскресшими перед Великим Престолом, из-под которого потечет огненная река – а против них станут убитые дети. И как они смогут устоять перед их криком: "Господи, рассуди нас с нашими убийцами"? Где найдут они защиту? И какие аргументы предложат они тогда, когда все маски будут сорваны? Огненная река смоет их в озеро горящее огнем и серой. И дым мучения их будет восходить во веки веков».

Sergey.shoroh@yandex.ru

Раздел III

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ИНФЕКЦИОННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ

Ю.А. Федотова

ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ

Санкт-Петербургский государственный университет,
Медицинский факультет

В задачи исследования входило изучение клинико-феноменологических характеристик аффективных расстройств у ВИЧ-инфицированных больных. Обследовано 32 ВИЧ-инфицированных больных, в том числе 11 мужчин, в возрасте 31,75 года на этапе стационарного лечения в Городской больнице №30 им. С.П.Боткина. У большинства больных установлена IIБ стадия ВИЧ-инфекции. 19 пациентов страдали аддиктивными расстройствами, преимущественно героиновой (16 человек) и алкогольной (3 человека) зависимостью. У 8 больных выявлен психоорганический синдром, в том числе в 6 случаях без наркоманической зависимости. Обследование носило комплексный характер и включало клинико-психопатологический метод и ряд экспериментально-психологических методик (шкала депрессии Монтгомери-Асберг и Клиническая объективная шкала депрессии Гамильтона). Данные обработаны с применением пакета статических программ «Statistica 6.0». У 78,1% ВИЧ-инфицированных больных диагностирован депрессивный эпизод.

Выраженность депрессии по группе в целом составила 23,4 балла по шкале Гамильтона и практически не различалась в подгруппах ВИЧ-инфицированных наркоманов и больных без наркозависимости (23,9 и 22,8 балла соответственно), соответствуя в большинстве наблюдений градации «Большой депрессивный эпизод», что отражает существенную тяжесть психического состояния обследованных. Следует отметить, что высокий показатель по шкале Гамильтона в значительной степени обусловлен сомато-вегетативной составляющей.

Уровень депрессии по шкале Монтгомери-Асберг достиг 21,72 балла, при этом в подгруппе без наркомании он составил 20,75 балла, а в подгруппе наркомании был несколько выше - 22,69 балла. У 11 ВИЧ-инфицированных наркоманов и 9 больных без наркозависимости установлен малый депрессивный эпизод согласно критериям данной шкалы. Умеренная депрессия наблюдалась заметно реже (3 больных наркоманией и 2 ВИЧ-инфицированных без наркомании). Депрессия тяжелой степени диагностирована только в 1 случае в каждой подгруппе. Установлен прямой параллелизм между тяжестью депрессии и стадией ВИЧ. Наличие сопутствующего гепатита достоверно усугубляет психическое состояние больных. Зависимость выраженности депрессии от самочувствия больных подтверждает соматогенный компонент аффективного расстройства. Аддиктивное поведение препятствует восприятию психотравмирующего влия-

ния болезни (r=-0, 47; p<0,05). В структуре депрессии преобладают такие симптомы, как гипотимия, суицидные тенденции, ажитация, суточные колебания настроения. Таким образом, в развитии депрессии у ВИЧ-инфицированных принимают участие как эндогенные, так и соматогенные, и психогенные механизмы, что обусловливает актуальность комплексного подхода к ведению этих больных, особенно с учетом выраженности суицидных тенденций.

А.В. Распопов

АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С

Санкт-Петербургский государственный университет,
Медицинский факультет

В настоящее время проблема лечения вирусного гепатита (HCV-инфекции) является актуальной в связи с тем с ростом частоты заболевания, особенно у лиц молодого возраста. По данным литературы в мире более 300 млн. человек инфицированных HCV. В США зарегистрировано 3 млн. человек, инфицированных HCV, в Европе насчитывается около 4 млн. человек, в России количество инфицированных составляет более 2 млн. Золотым стандартом лечения вирусного гепатита С считается комбинация интерферона альфа и рибавирина. Известно, что у 33-37% больных хроническим гепатитом С, получающих терапию интерфероном альфа и рибавирином, развивается депрессия. Нераспознанная вовремя депрессия может привести к снижению доз или отмены интерферона альфа, снизив эффективность противовирусной терапии, или вызвать угрожающую жизни психиатрическую патологию.

Цель работы: изучить особенности депрессивных расстройств у больных хроническим гепатитом С. В задачи исследования входило: изучить психическое состояние больных гепатитом С в динамике противовирусной терапии, установить факторы риска и клинико-феноменологические особенности депрессий у этих больных. Методы исследования включали клинико-психопалогический, катамнестический и экспериментально-психологический методы.

Обследовано 53 больных хроническим гепатитом С со средней продолжительностью болезни 3,5 года. До начала терапии у 2% больных обнаружена депрессия в рамках нозогении, преимущественно легкой и средней степени тяжести. На фоне терапии интерфероном альфа и рибавирином депрессивный синдром развился у 38% больных. В структуре депрессий преобладали следующие варианты: астеническая депрессия (70% от всех депрессивных расстройств), маскированные депрессии (25,9%), витальная депрессия (4,5%).

Таким образом, у больных хроническим гепатитом С выявляется значительная частота депрессивных расстройств различного характера (психогенного, соматогенного и эндогенного).

С.В. Вяльцин, О.Г. Никитина, Е.Ю. Курзаева

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ И СЛУЧАИ СМЕРТИ НАСЕЛЕНИЯ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ ОТ ВИЧ/ СПИД

ГУЗ «Оренбургский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», Оренбург

Ситуация по ВИЧ-инфекции в Оренбургской области остается напряженной. За 1 полугодие 2010 г. получено на 7,5% больше положительных результатов на ВИЧ в иммуноблоттинге в сравнении с аналогичным периодом прошлого года.
На 01.07.10 г. в целом за весь период развития эпидемии ВИЧ-инфекции в Оренбургской области зарегистрировано 26284 случая получения положительных результатов при обследовании населения на ВИЧ.
Пораженность населения Оренбургской области ВИЧ-инфекцией на 01.07.10 г. составляет 941,1 на 100 тыс. населения. Высокие уровни пораженности населения ВИЧ-инфекцией отмечаются в территориях восточного Оренбуржья; показатели пораженности ВИЧ-инфекцией населения восточной зоны превышают показатели пораженности ВИЧ населения западной и северной зон более чем в 9 раз. При этом величина различия показателей между данными зонами сокращается, что подтверждает неблагоприятные прогнозы в отношении развития эпидемии ВИЧ.
Смена ведущего пути передачи ВИЧ с парентерального на половой объясняет рост показателя заболеваемости ВИЧ-инфекцией за счет вовлечения в эпидпроцесс ВИЧ-инфекции лиц вновь инфицирующихся половым путем. Доля инфицированных ВИЧ половым путем кумулятивно на 01.07.10 г. по Оренбургской области составляет 45,4%, из них 78,2% - женщины. Доля женщин, зараженных ВИЧ половым путем в 1 полугодии 2010 г., составила 93,2% от общего числа вновь выявленных ВИЧ-инфицированных женщин. Из 40 территорий области в 35 муниципальных образованиях превалируют женщины, заразившиеся половым путем.
Актуальность парентерального пути передачи ВИЧ также не утратила своего значения в развитии эпидемии ВИЧ в области: в некоторых территориях ведущим путем инфицирования ВИЧ является парентеральный. Это определяет необходимость сохранения комплексного подхода в организации профилактических мероприятий по ВИЧ-инфекции
Проблема инфицирования ВИЧ захватывает женщин фертильного возраста, что определяет необходимость профилактики перинатальной трансмиссии ВИЧ. На 01.07.10 г. на диспансерный учет с перинатальным контактом по ВИЧ-инфекции были взяты 2415 детей. Сняты с учета при получении отрицательных результатов – 60,9% детей. Кумулятивное число ВИЧ-инфицированных детей от 0 до 15 лет по области на 01.07.10 г. составляет 212, в т.ч. с реализованным вертикальным путем передачи ВИЧ- 178, с парентеральным путем – 15, половым путем – 14, сочетанным – 1, при использовании общих средств гигиены –2.

Учитывая особенности клинического течения ВИЧ-инфекции, несмотря на проводимые лечебно-диагностические мероприятия, следует ожидать в будущем рост смертности ВИЧ-инфицированных от ВИЧ-ассоциированных заболеваний. Кумулятивно на 01.07.10 г. за весь период регистрации ВИЧ-инфекции в Оренбургской области умерло 3433 ВИЧ-инфицированных, из них от СПИДа – 764 человека.

За весь период наблюдения за ВИЧ-инфекцией в Оренбургской области картина смертности ВИЧ-инфицированных была неоднородна; в конце 90-х начале 2000-х годов смертность ВИЧ-инфицированных была единичным явлением, причинами смерти являлись состояния, не связанные с прогрессированием ВИЧ (травмы, суициды, передозировки психоактивных веществ, хронические заболевания, приобретенные до инфицирования ВИЧ). С 2002 г. регистрируются случаи смертей от СПИДа. В дальнейшем за 8 лет наблюдений, количество случаев смерти, регистрируемых ежегодно, увеличилось более чем в 80 раз.

В Оренбургской области осуществляются мероприятия по диспансерному наблюдению ВИЧ-положительных и ВИЧ-неопределенных лиц в рамках сохранения здоровья и жизни населения. При этом проблемным моментами являются активное передвижение ВИЧ-инфицированных, различие адресов проживания и регистрации, отбывание наказаний в системе УИН других регионов, асоциальные поведенческие моменты, употребление психоактивных веществ. В связи с этим ведется постоянное сотрудничество с заинтересованными службами, лечебными учреждениями.

Вопросы первичной профилактики ВИЧ-инфекции, раннего взятия на диспансерный учет ВИЧ-инфицированных и ВИЧ-неопределенных лиц, поддержание высокого уровня и качества диспансерного наблюдения являются самодостаточными предпосылками сдерживания эпидемии ВИЧ на территории Оренбургской области. Задачей всех звеньев лечебно-профилактической цепи области является поддержание высокого качества всех проводимых мероприятий в рамках сдерживания эпидемии ВИЧ. Только качественное, своевременное и полное проведение всех необходимых профилактических, противоэпидемических, лечебно-диагностических мероприятий всеми звеньями лечебно-профилактической сети под руководством отдельных организаций по профилактике и борьбе со СПИД дает надежду и некую гарантию вывода заболевания «ВИЧ-инфекция» из категории неконтролируемых.

В.В. Козлов, А.А. Домашенко, Ю.М. Гомон

ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕПРОФИЛИЗАЦИИ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ В ИНФЕКЦИОННЫЙ СТАЦИОНАР В ПЕРИОД ЭПИДЕМИИ ГРИППА

СПБ ГУЗ «Городская больница Святого Великомученика Георгия»

В период с 17 ноября по 10 декабря 2009 года СПб ГУЗ «Городской больницы Святого Великомученика Георгия» была перепрофилирована в стационар ин-

фекционной направленности и осуществляла прием пациентов с гриппом и ОРВИ.

За двое суток было освобождено 310 коек терапевтического, кардиологического, травматологического и хирургического профиля. Часть пациентов была выписана на амбулаторное лечение, остальным пациентам были предоставлены места в других стационарах города, организован санитарный транспорт, сопровождение, подготовлены и переданы медицинские сведения, выписные документы, соблюдена преемственность между разными медицинскими учреждениями.

Для разделения потоков больных в предельно короткий срок были организованы раздельные въезды для автомобилей скорой помощи, проведена зонация помещений приемного отделения, проведен инструктаж всех его сотрудников. Интенсифицирована работа эпидемиологической службы больницы.

Для оптимизации работы стационара были разработаны и утверждены стандарты оказания медицинской помощи больным гриппом, организована лекция главного врача Городской инфекционной больницы №30 им. С.П. Боткина, посвященная вопросам диагностики и лечения больных гриппом.

В экстренном порядке были закуплены эффективные противовирусные препараты - ингибиторы нейроминидазы, средства симптоматической терапии, антибактериальные препараты.

За указанный период силами врачей-терапевтов, хирургов, травматологов была осуществлена помощь 541 пациенту с ОРВИ, у 61 пациента был диагностирован грипп, вызванный вирусом H1N1. У 149 госпитализированных диагностирована вирусно-бактериальная пневмония, что потребовало практического освоения вопросов антибактериальной терапии пневмоний от врачей различных специальностей. 43 пациента в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии нуждались в респираторной поддержке ввиду развития осложнений гриппа - тяжелых пневмоний и острого респираторного дистресс-синдрома. Особого внимания требовали 38 беременных, попавших под пристальное внимание врачей.

В больнице была проведена вакцинация против сезонного гриппа вакциной «Гриппол». Сотрудникам и пациентам неинфекционного профиля проводилась неспецифическая профилактика заболеваемости гриппом посредством закапывания в глаза сульфацила натрия 3-4 раза в день.

Опыт стационара свидетельствует о том, что в сложившейся, непростой по разным аспектам ситуации перепрофилирования, городская многопрофильная больница способна справляться с вышеописанной задачей на высоком уровне.

О.А. Кравченко, О.В. Моисеева

ВАЛЕОЛОГИЧЕСКАЯ ГРАМОТНОСТЬ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ТУБЕРКУЛЕЗА

ГУЗ «Чуровская туберкулезная больница» МЗ УР,
ГОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия»

Целью исследования явилось изучение уровня валеологической грамотности больных туберкулезом, находящихся на стационарном лечении в ГУЗ «Чуровская туберкулезная больница» МЗ УР. Для достижения поставленной цели нами разработан специальный опросник. Исследование проводилось в 2010 году с соблюдением биоэтических норм и правил. В работе приняло участие 50 больных с различными хроническими формами туберкулеза. Опросник содержал вопросы по медико-социальному составу, показателям здоровья, факторам, ослабляющим здоровье, о валеологии, об участии самого пациента в формировании своего уровня здоровья, о валеологических аспектах в поддержании здоровья пациентов, о знаниях мер по укреплению здоровья, профилактике туберкулеза, вопросов здорового образа жизни. Анализ показал, что в структуре исследуемых преобладали лица мужского пола (68,0%) трудоспособного возраста. Средний возраст опрошенных составил 36,5±0,5 лет. При этом 89,0% ответили, что здоровьем является отсутствие заболеваний, остальные не знали ответа. Главным компонентом здоровья был назван физиологический (92,0%). Не в полном были выделены факторы, влияющие на здоровье (100,0%). Ни один из опрошенных не знал, что такое валеология и гипокинезия. Все респонденты ответили, что не участвуют в формировании здорового образа жизни, но хотели бы это делать. О влиянии режима дня на состояние здоровья никто никогда не задумывался (100,%). По 10-12 часов спят 12,0%, 7-9 часов 25,0%, менее 6 часов 63,0% пациентов. Режим дня не соблюдают 88,0% больных. Не завтракают 90,0%, питаются один раза в день 5,0%, 2 раза в день 38,0%, 3-4 раза в день 32,0%, более 4 раз в день 25,0% опрошенных лиц. Оценивают состояние своего здоровья как плохое 35,0% респондентов, при этом, не зная мер по его укреплению. Употребляли алкогольные напитки и курили 99,0% опрошенных пациентов. Считают полноценный сон главным фактором в профилактике любого заболевания 82,0% респондентов. Отказ от вредных привычек, по мнению пациентов, является основой здорового образа жизни (90,0%). Наконец, на вопрос, кто ответственен за здоровье их детей, 5,0% ответили, что родители, 25,% дети, 45,0% врачи, 25,0% учителя. Следовательно, проведенное исследование выявило отсутствие валеологических знаний больных туберкулезом.

ovm@e-izhevsk.ru

Ю.А. Кукольникова., Ю.В. Радькова

ОСОБЕННОСТИ АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БЕРЕМЕННЫХ

Санкт-Петербургский государственный университет, Медицинский факультет

Анемия является одним из самых частых осложнений беременности. В настоящее время имеет место явная тенденция к осознанному материнству среди ВИЧ-инфицированных женщин. В то же время анемия при беременности у ВИЧ-инфецированных достигает 30 % . (Voleberding P.A.,2004).

Появились сообщения о том, что в связи с развитием анемии, повышается риск вертикальной передачи ВИЧ-инфекции плоду. На развитие анемии у ВИЧ-инфицированных, наряду с общепризнанными этиологическими факторами, влияет, в том числе, и проведение антиретровирусной терапии (АРВТ). Однако, традиционно проводиться эмпирическая терапия препаратами железа.

Цель работы: изучить особенности анемического синдрома у ВИЧ-инфицированных женщин при беременности и после родоразрешения. Задачами исследования явились:

1. Выделить группы риска по развитию анемии среди ВИЧ-инфицированных беременных;
2. Изучить особенности течения беременности, родов и послеродового периода на фоне анемии у ВИЧ-инфицированных женщин.

Материалы и методы: было проведено проспективное исследование 130 ВИЧ-инфицированных беременных с анемией различной степени тяжести во II-III триместрах беременности, находившихся на стационарном лечении в КИБ им. С.П.Боткина.

После проведения клинико-лабораторного обследования, включавшего определение гематологических показателей, сывороточного железа крови, фолатов крови, эритропоэтина , опрелен этиологический фактор: железодефицитная – 24 (18,4%), макроцитарная – 45 (34,6%). Мегалобластная анемия тяжелой степени, не связанная с дефицитом фолиевой кислоты, развивающаяся на фоне приема антиретровирусных препаратов наблюдалась у 29 беременных – 22,3%. Была назначена этиотропная терапия (препараты железа, витамин В12, смена АРВТ, эритропоэтин).Положительный эффект от лечения верифицирован и оценивался по лабораторным показателям.

Таким образом, анемии у ВИЧ- инфицированных беременных может быть обусловлена различными факторами, наиболее тяжелые формы анемического синдрома наблюдаются у ВИЧ-инфицированных беременных, получающих АРВТ. Своевременность дифференцированного подхода к лечению анемии у ВИЧ-инфицированных беременных является профилактикой осложнений течения беременности и родов.

Наркевич Е.М.

ПОЛИТИКА ПРОТИВОДЕЙСТИЯ РАСПРОСТРАНЕНИЮ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Отделение профилактики СПИДа и инфекционных заболеваний ФГУ ННЦ наркологии Росздрава, Москва

По данным государственного статистического наблюдения по состоянию на 31 декабря 2009 года в России зарегистрировано 469 412 ВИЧ-инфицированных, из них 4676 - детей в возрасте до 17 лет. Наша страна выполняет все обязательства, взятые в рамках принятой в 2001 году Генеральной Ассамблеей ООН Декларации «О приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИД». Правительство страны, российские государственные и общественные организации осуществляют реализацию глобальной инициативы об обеспечении универсального доступа к профилактике, лечению и уходу при ВИЧ/СПИДе к 2010 году, поддерживаемую «Группой восьми» и Объединенной программой ООН по ВИЧ/СПИДу.

Вопросы профилактики ВИЧ-инфекции стоят очень остро. Никто не застрахован от заражения ВИЧ. Речь идет о различных уровнях риска. Поэтому потиводействие распространению эпидемии ВИЧ-инфекции является задачей всего общества.

Международная конференция AIDS 2010 - крупнейшее международное мероприятие, проводимое каждые два года. В этом году в Вене в ней приняли участие 19 тысяч 100 человек – представителей основных сторон, вовлеченных в борьбу с ВИЧ-инфекцией. Организатором конференция AIDS 2010 является Международное сообщество по СПИДу (IAS) совместно с правительственными, научными и общественными партнерами в Австрии, а также международными партнерами – представителями общественных организаций и ООН. Международное общество по СПИДу (AIS) – ведущая в мире независимая ассоциация специалистов по ВИЧ/СПИДу со штаб-квартирой в Женеве (Швейцария)).

Фокусом конференции стало обсуждение необходимости расширения политик, основанных на доказательствах и научно-обоснованных подходах; разработке программ для людей, употребляющих инъекционные наркотики; а также ВИЧ профилактики, лечения, ухода и поддержки для людей, живущих с ВИЧ. Одной из важной тем стали рекомендации усиления фундаментальные исследования резервуаров ВИЧ в организме человека. Профилактика распространения ВИЧ у наркозависимых и лечение ВИЧ-инфицированных являются основными пунктами в достижении поставленных целей.

2010 год – это конечная дата, намеченная мировыми лидерами в 2005 году для обеспечения всеобщего доступа к профилактике и лечению ВИЧ-инфекции, к уходу за больными и их поддержке.

Конференция AIDS2010 должна была стать празднованием всеобщего доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ. Страны-доноры

средств должны были увидеть отдачу от своих инвестиций, а страны – получатели должны были выделить около 15% своих национальных бюджетов на нужды здравоохранения и стать, таким образом, настоящими партнерами в расширении программ по ВИЧ/СПИДу. Но сегодня в мире другие реалии - все большее число ВИЧ-инфицированых, получавших расширенное лечение, или тех, кто планировал начать лечение, получают отказ в терапии в связи с финансовыми трудностями. АРВ нельзя прерывать, потому что при этом в течение нескольких дней происходит восстановление виремии. Во-вторых, нет достаточно данных о долгосрочной токсичности терапии. Вирус, полностью заблокированный в плазме, продолжает развиваться в ЦНС, куда препарат проникает не в достаточных количествах. Это приводит к возникновению психических и неврологических расстройств.

Поэтому успехи в лечении будут достигнуты при условии междисциплинарного международного партнерства в сфере ВИЧ\СПИДа и финансовой стабильности в этой области здравоохранения

Участники конференции отметили, что вопросы профилактики являются самыми актуальными в мерах по противодействию ВИЧ-инфекции. Они также подтвердили, что антиретровирусная терапия (АРТ) играет существенную роль в снижении распространения ВИЧ-инфекции. Приверженность и доступность АРВ-терапии являются серьезными рычагами в борьбе с эпидемией.

Однако в ряде стран наблюдается несоблюдение достигнутых ранее договоренностей.

В РФ основным источником распространения ВИЧ являются потребители инъекционных наркотиков. Поэтому необходимы все меры по недопущению вовлечения новых людей в наркооборот, а также обеспечение приверженности к АРТ ВИЧ-инфицированных среди людей, страдающих наркоманией. Эти меры могут быть достигнуты путем тесного сотрудничества всех заинтересованных государственных и общественных структур.

Как и во всем мире, в РФ остро стоит вопрос о соблюдении прав ВИЧ-инфицированных, обеспечения доступности лечения, профилактики и необходимой помощи.

Сотрудники отделения профилактики СПИДа и инфекционных заболеваний присоединились к Венской Декларации, призывающей провести научно-обоснованную реформу наркополитики. Выразили свою поддержку политике, обеспечивающей права человека и устраняющей стигмы в отношении ВИЧ-инфицированных и наркозависимых; а также, ликвидирующей барьеры, препятствующие профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ/СПИДом.

enarkevich@yandex.ru

И.О. Смирнова [1], Е.А. Степанова [1], Т.С.Смирнова [2], В.Ю.Дудко [2], И.В.Литвиненко [2], З.С.Кабирова [2], А.В.Севашевич [2], Н.В.Смирнова [2], Е.А.Яцуба [2]

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СОЧЕТАННОЙ ИНФЕКЦИИ СИФИЛИСА И ВИЧ ПО ДАННЫМ ГУЗ «ГОРОДСКОЙ КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР» САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

[1] Санкт-Петербургский государственный университет, Медицинский факультет; [2] ГУЗ «Городской кожно-венерологический диспансер» Санкт-Петербурга

В период с 2006 по 2009 гг. в стационаре ГУЗ «Городской кожно-венерологический диспансер» Санкт-Петербурга получили лечение по поводу сифилиса 3995 больных, 227 (5,8±0,9%) из них были инфицированы ВИЧ. Проанализировано 213 наблюдений пациентов с сочетанной инфекцией сифилиса и ВИЧ (группа наблюдения) и 236 наблюдений больных сифилисом (контрольная группа), формы годовой статистической отчетности №9 и №34 за 2006-2009 гг. (общая популяция).

Во время госпитализации ВИЧ-инфекция впервые диагностирована у 53% пациентов группы наблюдения. ВИЧ инфекция выявлялась наиболее часто у больных ранними формами сифилиса (84,8%), в том числе ранним нейросифилисом (9,9% пациентов по сравнению с 1,4% в общей популяции, $p<0,01$). Подавляющее большинство больных (77,31% в группе наблюдения и 49,56% в контроле) были репродуктивного возраста, практически половина из них находилась в возрастной группе 20-29 лет (47,83% и 34,5%, соответственно, $p<0,05$; OR=1,6). Почти 30% пациентов группы наблюдения на момент госпитализации имели 3х и более половых партнеров. У большей части пациентов были диагностированы вирусный гепатит (70,9%; OR=1,55) и другие ИППП (55,4%). На сифилис в анамнезе указали 19,35% (по сравнению с 7,6% в контроле, $p<0,05$) пациентов. Половина пациентов группы наблюдения (53,5%, OR=270,61) − употребляли на момент госпитализации или ранее инъекционные наркотические вещества. Обращает на себя внимание, что женщины указывали на употребление наркотиков в 1,47 раз чаще, чем мужчины ($\chi2(1) = 11,498$, $p=0,001$). При дополнительном ранжировании пациентов, употребляющих инъекционные наркотики, по возрасту установлено, что среди них преобладали лица в возрасте 20-29 лет (66,67%). При этом выявленная тенденция к более частому употреблению наркотиков женщинами приобретала более отчетливый характер – женщины 20-29 лет употребляли наркотики в 1,71 раза чаще, чем мужчины такого же возраста.

Таким образом, сочетание сифилиса и ВИЧ-инфекции характерно для лиц молодого возраста, имеющих многочисленные половые контакты, употребляющих инъекционные наркотики. Наиболее часто у пациентов диагностируются ранние, высоко заразные, формы сифилиса, а также другие ИППП.

driosmirnova@yandex.ru

Т.С. Смирнова, В.Ю. Дудко, О.В. Гайворонская, А.В. Севашевич, И.О. Смирнова, Д.В. Заславский

ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО ИНФЕКЦИЯМ, ПЕРЕДАЮЩИМСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

Санкт-Петербургский городской кожно-венерологический диспансер, Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия

Медико-социальная значимость инфекций, передающихся преимущественно половым путем (ИППППП) обусловлена их широким распространением, тяжелыми последствия для больных, негативным влиянием на репродуктивное здоровье, увеличением риска передачи ВИЧ-инфекции. Социально-экономический кризис 90-х годов привел к ряду негативных последствий для здоровья населения страны, в частности к обвальному росту заболеваемости ИППППП, принявшей характер эпидемии. Пораженность населения ИППППП в 1999 году составила 0,8%. При этом заболеваемости сифилисом в 1997 году достигла 277,3 случаев на 100 000 населения, превысив таковую в 1989 году (4,1 случая на 100 000 населения) более чем в 60 раз. Эпидемическая ситуация, связанная с ростом ИППППП, привела к необходимости принятия комплекса мер на федеральном уровне. В 2001 году Правительством РФ была принята Федеральная целевая программа «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера (2002-2006 годы)», а в 2007 − программа «Предупреждение и борьба с социально-значимыми заболеваниями (2007-2011 годы)». В качестве составной части в обе Федеральные программы была включена подпрограмма «Инфекции, передаваемые половым путем».

В настоящее время наметилась тенденция к снижению заболеваемости ИППППП. Так, по данным ФГУ «ГНЦД Росмедтехнологий» (Кубанова А.А. и соавт., 2009), заболеваемость сифилисом в Российской Федерации снизилась к 2008 году по сравнению с 2002 годом с 119,9 до 65,2; гонореей − с 94,4 до 63,7; трихомонозом с 283,8 до 199,5; урогенитальным хламидиозом − с 107,4 до 97,2 случаев на 100 000 населения.

С другой стороны, характерной тенденцией является увеличение частоты скрытого сифилиса и поздних форм сифилиса. Происходит постоянное увеличение числа больных нейросифилисом. (2003 г. — 281 случай, или 0,2 % от всех форм, 2004 г. — 313, или 0,3 % от всех форм, 2005 г.— 397, или 0,4 % от всех форм и 2006 г. — 476, или 0,5 % от всех форм). При этом заболеваемость сифилисом в Санкт-Петербурге практически в полтора раза ниже, чем в Российской Федерации (40 случаев на 100 000 населения в 2007 году). Эти данные свидетельствуют о недостаточной выявляемости инфицированных и предполагают значительное превышение реальной распространенности ИППППП над официально зарегистрированной.

Одной из причин сложившейся неблагополучной обстановки с ИППППП являет-

ся дезорганизация единой государственной системы по борьбе с венерическими болезнями, предусматривающей полный учет и госпитализацию больных с заразными формами сифилиса и основанной на доступной бесплатной диагностической, лечебной и профилактической помощи, наличие сформировавшегося нерегламентированного государством рынка медицинских услуг по лечению ИППППП. Сложившаяся ситуация требует комплексного подхода к решению указанных проблем как на федеральном уровне, так и на уровне субъектов РФ, продолжения исследований, касающихся научного обоснования оптимизации существующей системы лечебно-профилактической помощи больным ИППППП.

Ю.А.Федотова

ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ

Санкт-Петербургский государственный университет,
Медицинский факультет

В задачи исследования входило изучение клинико-феноменологических характеристик аффективных расстройств у ВИЧ-инфицированных больных. Обследовано 32 ВИЧ-инфицированных больных, в том числе 11 мужчин, в возрасте 31,75 года на этапе стационарного лечения в Городской больнице №30 им. С.П.Боткина. У большинства больных установлена IIБ стадия ВИЧ-инфекции. 19 пациентов страдали аддиктивными расстройствами, преимущественно героиновой (16 человек) и алкогольной (3 человека) зависимостью. У 8 больных выявлен психоорганический синдром, в том числе в 6 случаях без наркоманической зависимости. Обследование носило комплексный характер и включало клинико-психопатологический метод и ряд экспериментально-психологических методик (шкала депрессии Монтгомери-Асберг и Клиническая объективная шкала депрессии Гамильтона). Данные обработаны с применением пакета статических программ «Statistica 6.0». У 78,1% ВИЧ-инфицированных больных диагностирован депрессивный эпизод.

Выраженность депрессии по группе в целом составила 23,4 балла по шкале Гамильтона и практически не различалась в подгруппах ВИЧ-инфицированных наркоманов и больных без наркозависимости (23,9 и 22,8 балла соответственно), соответствуя в большинстве наблюдений градации «Большой депрессивный эпизод», что отражает существенную тяжесть психического состояния обследованных. Следует отметить, что высокий показатель по шкале Гамильтона в значительной степени обусловлен сомато-вегетативной составляющей.

Уровень депрессии по шкале Монтгомери-Асберг достиг 21,72 балла, при этом в подгруппе без наркомании он составил 20,75 балла, а в подгруппе наркомании был несколько выше - 22,69 балла. У 11 ВИЧ-инфицированных наркоманов и 9 больных без наркозависимости установлен малый депрессивный эпизод согласно критериям данной шкалы. Умеренная депрессия наблюдалась заметно реже (3 больных наркоманией и 2 ВИЧ-инфицированных без наркомании). Де-

прессия тяжелой степени диагностирована только в 1 случае в каждой подгруппе. Установлен прямой параллелизм между тяжестью депрессии и стадией ВИЧ. Наличие сопутствующего гепатита достоверно усугубляет психическое состояние больных. Зависимость выраженности депрессии от самочувствия больных подтверждает соматогенный компонент аффективного расстройства. Аддиктивное поведение препятствует восприятию психотравмирующего влияния болезни ($r=-0,47$; $p<0,05$). В структуре депрессии преобладают такие симптомы, как гипотимия, суицидные тенденции, ажитация, суточные колебания настроения. Таким образом, в развитии депрессии у ВИЧ-инфицированных принимают участие как эндогенные, так и соматогенные, и психогенные механизмы, что обусловливает актуальность комплексного подхода к ведению этих больных, особенно с учетом выраженности суицидных тенденций.

Раздел IV

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЗДОРОВЬЯ И ЭКОНОМИКИ

Ю.К. Ковальчук

МЕРЫ ПО РЕАЛИЗАЦИИ «ДОКТРИНЫ ПРОДОВОЛЬСТВЕННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ РФ»

Санкт-Петербургский аналитический аграрный центр;
Петровская академия наук и искусств, Санкт-Петербург

Самая острая, требующая незамедлительного решения проблема – это нарастающая демографическая катастрофа.

Постоянная комиссия по здравоохранению и экологии Законодательного Собрания Санкт-Петербурга рассмотрела результаты системного анализа ситуации и научной оценки мер органов власти, выполненные экспертами С-Петербургского аналитического аграрного центра, и пришла к заключению (рекомендации депутатских слушаний 27.05.05, решение №28/7 от 24.10.05), что **причина депопуляции,** роста социальной напряженности: *«…**ориентацией на импорт продуктов и либерализацию продовольственного рынка** по программе США «Стратегия реформ в продовольственном и аграрном секторе экономики бывшего СССР. Программа мероприятий на переходный период» (далее «Стратегия»), в основу которой положены программы США «Приватизация земли и реорганизация сельскохозяйственных предприятий в России: Нижегородская модель» (НМ США), «Переход к рынку», **запущен экономический механизм реализации демографической катастрофы в регионе.** Доля импортного продовольствия из США, ЕС, зачастую некачественного и опасного для здоровья, на продовольственном рынке Санкт-Петербурга достигла 80%, в 5 раз превысив норму продовольственной безопасности, а сельхозпроизводство в области сокращено вдвое.*

Потребление населением продуктов питания упало за 1990-2000гг ниже физиологически допустимого уровня (молока с 451 кг на чел. в год до 216 кг при медицинской норме 405 кг; мяса, соответственно, с 93 до 42 кг, при норме 82 кг; овощей с 77 до 51 кг при норме 130 кг). Устойчивый рост численности населения С-Петербурга в послевоенный период сменился в городе и области нарастающим сокращением, 60 тыс. чел. в год. Людские потери составили 0,5 млн. чел. и уже соизмеримы с блокадными потерями в войну 1941-45гг, что является признаком демографической катастрофы».

Для реализации перечисленных программ экспертов США, ЕС в 1992г РФ вступила в МВФ. Правительство Ельцина-Гайдара подписало с фондом «Письмо о намерениях», взяв обязательства исполнять программы «переходного периода», законы, кодексы, конституцию, разработанные **только экспертами фонда**. А МВФ – разработать и передать Правительству РФ необходимые для «перехода к рынку» программы, законы, кодексы, конституцию, выделить кредиты для их практической реализации.

Пилотный проект реализации «Стратегии» США реформирования аграрного сектора экономики, по программе «Приватизация земли и реорганизация сельхозпредприятий», НМ США, осуществлен экспертами МВФ (АМР США, МФК МБРР, Английского фонда «Ноу Хау») в Нижегородской области. В С-Петербурге, для реформирования ЛенАПК, экспертами МВФ (созданным Леонтьевским центром) разработан «Стратегический план Санкт-Петербурга».

Учитывая нарастание негативных процессов, по заданию Совета Федерации РФ, в 1994 г. комиссия Отделения Россельхозакадемии оценила в Нижегородской области пилотный проект США, признала НМ США планово-разрушительной и рекомендовала прекратить ее практическую реализацию. По заданию президиума Россельхозакадемии, под руководством акад. Н.Г.Дмитриева, разработана в 1995г отечественная «Программа восстановления и развития сельского хозяйства, Ленинградская модель» (ЛМ РФ), как альтернатива НМ США. Она прошла в 1996-97гг установленную апробацию в науке и на производстве. В 1998г Совет директоров объединения «Ленплодоовощ» признал отечественную, ЛМ РФ *«…наиболее жизнеспособной для хозяйств Северо-Западной зоны»*. Взял ее за основу в своей практической деятельности. Т.е., в С-Петербурге и Ленобласти более десятилетия реализуются две модели:

1. Правительствами С-Петербурга по «Стратегическому плану С-Петербурга» и Ленобласти по программе «Развитие АПК Ленобласти на 2001-2005гг», в рамках международного договора с МВФ, завершается реализация «Стратегии» и НМ США, осуществлен «Переход к рынку».

2. Сельхозпроизводителями Ассоциации «Ленплодоовощ» реализован 1-й этап программы, ЛМ РФ: сохранения и развития крупнотоварных коллективных предприятий отрасли промышленного овощеводства.

Подведены итоги практической реализации НМ США и ЛМ РФ:

1. Результаты внедрения НМ США – катастрофические. Сельхозпредприятия произвели в 2001 и 2005гг, соответственно, молока 497,8 и 494,6 тыс.т против 952,0 тыс. т. в 1990г, меньше в 2 раза; говядины 20,2 и 20,7 против 79,7 тыс. т., меньше в 4 раза; свинины 5,8 и 3,0 против 72,2 тыс. т, меньше в 24 раза; картофеля 165,6 и 100,9 против 300 тыс.т, меньше в 3 раза; овощей 157,9 и 140,5 против 239,3 тыс. т., меньше в 1.7 раза;. Поголовье крупного. рогатого скота составило 202,9 и 171,4 против 551,2 тыс. гол, меньше в 2 раза; свиней 93,1 и 33,6 против 585,1 тыс. гол, меньше в 17 раз… Фермеризация (вклад около 1%) далеко не компенсировала спад производства в реформированных по НМ предприятиях.

В результате ставки на «*…либерализацию рынка»,* свободное ценообразование разбалансированность рынка превысила в 2-3 раза показатели Великой Депрессии. Нарастающим диспаритетом цен (опережающим ростом цен на энергоносители) незаконно изъято свыше 2 млрд. долл. доходов. Все высокорентабельные (+30%) в 1990г сельхозпредприятия на две трети стали неплатежеспособными, треть из них полностью прекратила товарное производство, находятся в процедуре банкротства и ликвидации.

Ставкой на демпинговый импорт полностью ликвидированы высококонку-

рентные на мировом рынке отрасли промышленного свиноводства, выращивания и откорма крупного рогатого скота. Наполовину – молочное животноводство и картофелеводство. Численность работников АПК Ленобласти сокращена со 195 до 25 тыс. чел. Почти половина пашни заброшена и зарастает лесом. Село превращено в зону социально-экономического бедствия.

В С-Петербурге, в результате ставки на импортное продовольствие, что «Запад нас накормит», людские потери уже вдвое превысили блокадные потери в войну 1941-45гг. Демографическая катастрофа стремительно нарастает. Т.е., официальная статистика подтверждает: продолжается не развитие, как предусмотрено программой, а разрушение ЛенАПК. его ликвидация, с катастрофическими демографическими последствиями.

2. Наоборот, в результате внедрения ЛМ РФ – получены показатели мирового уровня и лучшие в России, удалось сохранить отрасль промышленного овощеводства. Сегодня в Ассоциации «Ленплодоовощ» входит 37 предприятий и организаций. Они произвели 90% овощей, 35% картофеля, 18% молока от областного объема. Показатели продуктивности скота и угодий, эффективности производства, превысили в 1,5-3 раза показатели 1990-93гг. Урожайность овощей за 2005-2009 года составила, соответственно, 401, 417, 474, 526, 538 ц/га. Продуктивность дойного стада увеличена в 2 раза и достигла 6798 кг на корову. Т.е., десятилетняя практика подтвердила эффективность отечественной программы, ЛМ РФ.

На этой основе разработаны «Предложения по восстановлению производства в неплатежеспособных сельхозпредприятиях», проекты региональных законов по госрегулированию рынка, которые переданы органам власти для восстановления продовольственной безопасности.

Эксперты оценили возможность реализации «Предложений»: «*Восстановить производственный потенциал с.х. можно за 2-3 года; для этого нужно сформировать в регионе правовое поле регулируемого рынка, введя нормы госрегулирования, предусмотренные Федеральными законами; это можно сделать за 1,5-2 месяца, приняв соответствующие Региональные законы*». Все необходимые и неиспользуемые ресурсы имеются в наличии. Разработаны отечественные программы, законы. Отработаны наукоемкие импортозамещающие и экспортные технологии. Органам власти нужно только задействовать это, вместо разрушительных зарубежных программ и законов.

Показатели мирового уровня от ЛМ РФ – с одной стороны. И с другой - огромный экономический ущерб и людские потери от «Стратегии» и НМ США, позволяли Губернаторам С-Петербурга и Ленинградской области сделать однозначный вывод о прекращении исполнения зарубежных программ и реализации отечественных. Но многочисленные, в течение более 10 лет, обращения сельхозпроизводителей, профсоюзов, науки прекратить реализацию зарубежных программ и исполнить Конституцию и ФЗ РФ, не дали результата. Заявления экспертов Научно-производственного Совета обкома профсоюза прокурору С-Петербурга (№ 31/4 от 11.04.07) и Ленобласти (№31/4 от 11.04.07) – обеспечить безусловное исполнение Конституции и ФЗ РФ, прекращение реализации про-

грамм геноцида и возмещение ущерба, тоже.

Более того, Президент РФ 30.01.10 подписал Указ №120 «Об утверждении Доктрины продовольственной безопасности РФ», предусматривающий восстановление производства отечественных продуктов до 80-95%. Но он тоже не исполняется, хотя ущерб нарастает.

Ставка на импорт, что «Запад нас накормит» уже привела к огромному ущербу и людским потерям. А массовый завоз в рамках продовольственной интервенции из США,ЕС генетически модифицированных продуктов будет иметь трагические последствия для населения России. Поэтому безусловному исполнению Указа Президента, выходу на параметры Доктрины восстановления продовольственной безопасности у нас нет разумной альтернативы. Но Губернаторы не планируют исполнять и Доктрину. Почему?

Эксперты США в Конституцию РФ включили положение (ст.15, п.4): *«Если международным договором РФ установлены иные правила, чем предусмотренные законом, то применяются правила международного договора».* Т.е., все органы власти РФ обязаны и будут исполнять только программы США, ЕС, пока не будет расторгнут договор с МВФ.

Сегодня ключевая задача - расторжение договора с МВФ, с целью прекращения реализации истребительных программ США, ЕС. Потери огромны: территориальные – от России-СССР осталась половина, РФ; экономические – половина ВВП: людские – свыше 15 млн. чел. только в РФ. Но прекращение реализации программ США,ЕС без расторжения договора с МВФ **недопустимо!** Так как США, ЕС, конечно, не согласятся с потерей уже полученных выгод (четверть ресурсов планеты). Наиболее вероятно, будут задействованы более жесткие санкции, чем в Югославии, Ираке. Этого допустить нельзя. Для расторжения договора потребуется выполнить следующие процедуры, предусмотренные действующим законодательством:

1. Официально подвести итоги 20-летней деятельности МВФ в России. Подготовить официальные экспертные заключения по фактам ущерба, массовой ликвидации населения по программам США,ЕС.

2. Официально признать факт разработки США. ЕС программам массовой ликвидации населения (геноцида), их внедрения МВФ в РФ на коррупционной основе.

3. Проинформировать о фактах массовой ликвидации населения (геноцида), ущерба ООН, ПАСЕ, международные правозащитные и арбитражные организации, Международный трибунал ведущих юристов и экономистов мира (трибунал Рассела);

4. Инициировать процедуры расторжения договора с МВФ для прекращения реализации в РФ программ США,ЕС массовой ликвидации населения (геноцида), установленные Конвенциями ООН и ФЗ РФ (ст.357 УК РФ).

5. Инициировать процедуры возмещения МВФ нанесенного ущерба, предусмотренные международными нормами.

Только на этой основе можно прекратить реализацию истребительных программ США, ЕС и начать реализацию отечественных программ восстановления

и развития АПК, исполнения Доктрины продовольственной безопасности. В числе первоочередных, для исполнения Доктрины, сельхозпроизводители, профсоюзы, наука выдвинули на пленуме профсоюзов требования:

1. **Правительству С-Петербурга дать заказ (квоты) сельхозпредприятиям Ленобласти на производство продовольствия,** как это предусмотрено ФЗ РФ.

2. Категорически запретить застройку земель сельскохозяйственного назначения, земель аграрной науки промпредприятиями, жильем в С-Петербурге и Ленинградской области. Использовать пашню только для производства продовольствия, как предусмотрено Доктриной.

Это главные условия для исполнения Указа Президента, выхода на параметры производства и потребления населением отечественных продуктов, установленных Доктриной.

Раздел V

ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ЧЕЛОВЕКА С ВНЕШНЕЙ СРЕДОЙ

Н.А. Антипин

УРБАНИЗАЦИЯ И ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ: ЭКОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

Санкт-Петербургская государственная лесотехническая академия

Давно замечено, что городская среда оказывает отрицательное влияние на здоровье человека. Этой теме посвящены многочисленные исследования, позволяющие выявить особенности и основные тенденции этого влияния, их качественные и количественные характеристики. Однако актуальность этой проблемы возрастает в связи с развитием и усилением процесса урбанизации, особенностями его влияния на окружающую среду. Урбанизация – это такой процесс, который связан с ростом и развитием городов, увеличением доли городского населения за счет сельской местности. В процессе урбанизации осуществляется повышение роли городов в развитии человеческого общества. Урбанизация связана с формированием и развитием цивилизации, преодолением некоторых ограничений, характерных для естественной жизни человека, созданием искусственной среды его обитания.

Желая улучшить условия своей жизни, люди стремятся к тому, чтобы сделать их более комфортными, удобными и благоприятными для себя. Однако это ведет к отрыву человека от естественной среды его обитания и к нарушению природных экосистем. Создается своего рода урбанистическая система, состоящая из архитектурно-строительных объектов и значительно нарушенных естественных экосистем.

В любом современно городе имеются промышленные зоны, архитектурно-строительнные сооружения, транспортные системы и рекреационные зоны, предназначенные для отдыха человека, восстановления его здоровья, душевных и физических сил. И все они оказывают определенное влияние на жизнь человека в городе, на состояние его здоровья. *Промышленные зоны* – это территории сосредоточения промышленных объектов. Они являются основными источниками загрязнения окружающей среды. *Селитебные зоны* – это территории сосредоточения жилых домов, административных зданий, объектов культуры, просвещения и т. п. *Лесопарковая зона* – это зеленая зона, расположенная вокруг города и приспособленная для массового отдыха его жителей, спорта и развлечения. Отдельные участки этой зоны имеются и внутри города, обычно это городские парки, скверы, бульвары. *Транспортные системы* располагаются на всей территории города и оказывают влияние на всю среду обитания человека.

Рассматривая влияние городской среды на человека, мы можем выделить осо-

бенности ее влияния на *физическое* и *психосоматическое* состояние его здоровья. Экологические факторы городской среды оказывают в основном негативное влияние на здоровье человека. Они влияют на процессы акселерации, способствуют нарушению биологических ритмов, возникновению аллергических реакций, онкологических заболеваний, увеличению доли лиц с избыточным весом, преждевременному старению и сокращению продолжительности жизни. Этому способствуют и некоторые особенности образа жизни человека в условиях городской среды.

Процессы акселерации ведут к ускорению развития отдельных органов или частей организма по сравнению с принятой ранее биологической нормой. Под их влиянием происходит увеличение размеров тела и ускорение полового созревания. *Нарушение биоритмов* приводит к различным функциональным нарушениям в работе человеческих органов и систем. Возникновение *аллергических реакций* связано с появлением новых, созданных человеком веществ – *загрязнителей*, влияние которых ранее иммунная система человека не испытывала. *Онкологические заболевания* и *смертность* – одна из наиболее показательных тенденций проявления неблагоприятной экологической обстановки в данной местности. Эти заболевания вызываются определенными веществами, которые являются канцерогенными. *Канцерогены* – это химические соединения, способные вызывать злокачественные и доброкачественные новообразования в организме. Они содержатся в загрязненном промышленными выбросами воздухе, в табачном дыме, каменноугольной смоле и саже. Многие канцерогенные вещества оказывают мутагенное воздействие на организм. Выявлена зависимость между раковыми заболеваниями и экологическими факторами, которые характерны для окружающей среды. Увеличение числа лиц с *избыточным весом* также характерно для городского населения, что во многом связано с употреблением в пищу *генетически модифицированных* продуктов и *малоподвижным* образом жизни. Рождение большого количества *недоношенных детей* является одним из главных показателей крайне неблагоприятной среды обитания человека в данной местности. *Инфекционные болезни* и *эпидемии* также характерны для городского населения.

Психосоматическое здоровье городского населения, как и физическое его здоровье, тоже во многом определяется теми экологическими факторами, которые характерны для городской среды. Их изучением занимается специальная наука – *экопсихология*, или *экологическая психология*.

В настоящее время одним из факторов окружающей среды, существенно влияющих на *психосоматическое состояние* человека, является *шум*. Известно патогенное воздействие *городских шумов* на функциональное состояние человеческого организма. Серьезное влияние на психическое состояние человека оказывают те *цвета*, которые он воспринимает. Считается, что для человека более благоприятны яркие цвета или цвета приглушенных пастельных оттенков. Живя в городе, человек вынужден ежедневно сталкиваться с множеством оттенков серого и темного цвета. А эти цвета наихудшим образом влияют на человека и способствуют возникновению у него различных *психических рас-*

стройств.

Архитектурно-строительная среда оказывает очень сильное влияние на психику проживающих в ней людей. Замечено, что скопление многоэтажных домов с равномерно расположенными рядами окон способствует снижению интеллекта и повышению агрессивности тех людей, которые их ежедневно наблюдают. Аналогичным образом воспринимается и скопление большого числа автомобилей, которые заполняют дворы и улицы. Для людей, живущих в городе, нередки случаи появления *депрессии*. Во многом это связано с их образом жизни, нехваткой времени, загруженностью на работе и дома, различного рода неприятностями, высоким темпом и ускоренным ритмом жизни.

Все это позволяет сделать вывод, что *городская среда оказывает отрицательное влияние на физическое и на психосоматическое здоровье человека.* По мере того как процессы урбанизации нарастают, их отрицательное влияние на здоровье человека становится все сильнее и опаснее.

Каковы же перспективы урбанизации и возможности решения возникающих при этом экологических проблем? Существуют два основных подхода к вопросу о перспективах урбанизации. Одни исследователи полагают, что урбанизация приближается к своему закату, наступает период деконцентрации населения, а с ним и дезурбанизации. Другие исследователи приходят к выводу, что урбанизация будет продолжаться, но ее содержание, формы и пространственные характеристики будут изменяться по мере осуществления этого процесса в странах разного типа. По имеющимся демографическим прогнозам, в первой четверти XXI века ожидается увеличение численности городского населения мира на 73,1 %. Правда, значительная часть этого прироста будет приходиться на развивающиеся страны, но и в развитых странах, по имеющимся прогнозам, увеличение городского населения будет продолжаться и в первой половине XXI века оно увеличится на 15 %.

Существует определенная зависимость между урбанизацией, экологией и состоянием здоровья городского населения. Исследования показывают, что в целом на здоровье городского населения влияют многие факторы. Среди них можно выделить те, которые характерны для *городского образа жизни*. К ним относятся повышенные нервные нагрузки, транспортная усталость и др., но более всего – загрязнение окружающей среды различными вредными веществами. Поэтому необходимы соответствующие мероприятия по оздоровлению городского образа жизни, снижению вредных выбросов в атмосферу промышленными предприятиями и автотранспортом. Необходимо также удаление расположения детских учреждений от основных магистральных путей и промышленных предприятий как основных источников загрязнения воздуха и водоемов вредными веществами.

Наряду с этим на здоровье человека отрицательно влияет и *шумовое загрязнение* городской среды. В основном оно имеет локальный характер и преимущественно вызывается средствами автомобильного, железнодорожного и авиационного транспорта, а также различными видами оборудования, которое широко используется на промышленных предприятиях, в организациях и учре-

ждениях. Повышение уровня шума способствует развитию атеросклероза, гипертонии, нервно-психических заболеваний. Поэтому борьба с шумом является важным направлением работы по профилактике этих заболеваний. Для снижения уровня шума должны использоваться шумозащитные экраны, расширение магистралей и высадка деревьев, снижающих уровень шума на дорогах. Однако осуществление этих мероприятий в ряде случаев невозможно из-за плотности имеющееся застройки городской территории. Поэтому наиболее перспективным направлением борьбы с шумом является снижение его уровня путем модернизации генерирующих его источников.

Одной из важнейших задач работы по улучшению качества городской среды является *охрана почвы*, так как любые вредные соединения, находящиеся в ней, рано или поздно попадают в организм человека. Под влиянием различных факторов происходит постоянное вымывание загрязнений в открытые водоемы и грунтовые воды, которые могут использоваться человеком для питья, приготовления пищи и других нужд. Кроме того, загрязнения из почвенной влаги , грунтовых вод и открытых водоемов попадают в растения, в организмы животных, а затем и в организм человека. Известно также, что многие вредные для человека органические соединения имеют способность аккумулироваться в тканях, и, прежде всего, в костях.

По оценкам некоторых исследователей, в биосферу поступает ежегодно около 20 – 30 млрд. т. твердых отходов, из них 50 – 60 % органических соединений, а в виде кислотных агентов газового или аэрозольного характера – около 1 млрд. т. Вместе с тем усиливается влияние на человеческий организм различного рода электромагнитных излучений и радиации, связанных с хозяйственной деятельностью человека, испытанием различных видов вооружений, аварией на Чернобыльской АЭС.

Большую и не до конца еще изученную опасность для здоровья современного человека несут с собой такие достижения научно-технического прогресса, как телевизоры, компьютеры, мобильные телефоны, некоторые строительные материалы, лекарственные препараты и генетически модифицированные продукты. Ученые еще спорят о том, насколько они опасны для человека, но проведенные исследования показывают, что отрицательные последствия их использования с течением времени нарастают. В особенности это относится к употреблению *генетически модифицированных* продуктов. Масштабы их производства и потребления увеличиваются, а последствия для большинства людей остаются неизвестными. Эксперименты, проведенные над мышами и крысами, показывают, что кормление хомяков *генетически модифицированной соей* сопровождается нарушением их *детородной функции.* Эти эксперименты заставляют ученых задуматься о безопасности современного человечества, употребляющего генетически модифицированные продукты. А между тем для их выращивания в современном мире используется около 100 тыс. млн. гектаров земли. Если эти продукты негативно влияют на способность организмов к размножению, то это сигнал к тому, чтобы задуматься над возможными последствиями их использования и принять необходимые меры для предотвращения исходящей от них уг-

розы.

Все это позволяет сделать вывод, что *современное человечество в опасности и ему предстоит решать нелегкие экологические проблемы*. Экологические пессимисты утверждают, что биосферу невозможно уже спасти, поскольку она неуклонно движется к своей гибели. Существует концепция «пределов роста», согласно которой человечеству необходимо остановить дальнейшее технологическое развитие. Не соглашаясь с ними, сторонники научно-технического оптимизма обосновывают возможность реализации позитивных потенций технологического развития и полагают, что надо дальше совершенствовать науку и технику, пытаясь на этой основе решить экологические проблемы. Постепенно приходит осознание того, что одного влияния науки и техники недостаточно, что надо совершенствовать экономику, политику, право, сознание, духовность и мировоззрение человека. Важную роль при этом должна сыграть и соответствующая экологическая политика государства. При разработке этой политики необходимо учитывать и более широкий социально-экономический контекст, включая стратегию устойчивого развития страны. Однако само устойчивое развитие возможно только в пределах «хозяйственной емкости» биосферы, которая с некоторой степенью вероятности может быть определена научными методами. Главное в преодолении экологического кризиса – это снижение уровня антропогенного воздействия на природу, сохранение и защита оставшихся в естественном состоянии экосистем.

В условиях коренного изменения своей жизни, обусловленного катастрофическим нарастанием негативных последствий непродуманного развития технической, техногенной цивилизации, человечество оказывается перед альтернативой: глобальная экологическая катастрофа или поиск нового мировоззрения и установок деятельности людей. Многообразные кризисные явления в обществе свидетельствуют об исчерпании возможностей тех принципов, на основе которых сформировалась современная цивилизация. Глобальный экологический кризис наших дней уже рассматривается не как результат какой-то единичной ошибки, неправильно выбранной стратегии технического или социального развития, а как отражение глубинного кризиса культуры, охватывающего весь комплекс взаимодействий людей друг с другом, с обществом и природой.

Выход из современного экологического кризиса сегодня следует искать на путях освоения новых ценностно-нормативных отношений между людьми, позволяющих преодолеть отчуждение человека от природы, выработать экологическое мировоззрение, экологические императивы взаимодействия общества и природы. Необходима смена ведущих установок, определяющих характер приоритетов в развитии человеческой деятельности. Это, прежде всего, постепенный переход от установок на неограниченный прогресс, беспредельный экономический рост к установкам о существующих пределах роста, гармонизации экономической экспансии и экологических лимитов, переход от доминирования в современном мире отношений господства, конкуренции и противостояния к идеалам сотрудничества, кооперации, мирного сосуществования государств, имеющих различные экономические и политические интересы.

Все эти новые тенденции и ориентации на изменение ценностно-нормативных установок жизни и деятельности людей должны быть поддержаны и развиты новой системой непрерывного экологического воспитания и образования. Существующее экологическое образование, основанное на аналитических знаниях о Природе, узко прагматически и потребительски ориентированное, не сможет переломить разрушающие природу тенденции и мировоззренческие позиции значительной части населения. Это свидетельствует о необходимости коренного изменения философии и методологии экологического воспитания и образования, основанного на принципиально новом, целостном, синтетическом представлении о Мире и месте в нем Человека. Подобное воспитание и образование должно дать людям ясное и аргументированное знание об основных принципах и закономерностях взаимодействия человека, общества и природы.

В современных школах и вузах много внимания уделяется знаниям о природе и обществе, но слабо еще представлены знания о законах совместимости, взаимодействия общества и природы как целостной системы. Освоение и присвоение всего комплекса научных и философских знаний об эволюции и коэволюции природы и общества должно вести к формированию нового экологически ориентированного мировоззрения. Эту задачу может выполнить введение в школах, средних специальных учебных заведениях и вузах новых учебных курсов, в которых рассматривались бы вопросы социальной экологии, экологической этики и биоэтики. Необходима переориентация под экологическим углом зрения большинства изучаемых предметов, прежде всего, истории, географии, биологии, технических и инженерных дисциплин. При этом слушатели должны получить соответствующие знания об основных этапах развития представлений о взаимоотношении природы и общества в истории человеческой цивилизации, об особенностях современного этапа этого взаимодействия и о перспективах будущего экологического развития человечества.

Здоровая среда обитания человека – это основной экологический индикатор устойчивого развития общества и показатель эффективности экологической политики. Здоровье среды обитания человека рассматривается в современной литературе как экологический аспект обеспечения здоровья самого человека. Поэтому главным приоритетом современной экологической политики России должно стать осознание высокой, все возрастающей ценности природных ресурсов и услуг, включая научно обоснованную оценку тех потерь, которые связаны с нанесением ущерба здоровью среды обитания человека – основе здоровья общества.

Ant_philosophy@mail.ru

Л.Н. Блинов, И.Л. Перфилова, Л.В. Юмашева

ЭКОЛОГИЧЕСКАЯ ОБСТАНОВКА И ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА

Санкт-Петербургский государственный политехнический университет

Научно-технический прогресс, с одной стороны, позволил значительно расширить возможности удовлетворения материальных и культурных потребностей человечества, но, с другой, - усилил техногенное воздействие на окружающую среду. Биосфера, частью которой является человек, до недавнего времени еще выдерживала нагрузки антропогенного воздействия на нее. Но загрязнение биосферы (атмосферы, гидросферы, литосферы) достигло в последние годы глобальных размеров, а компенсационные возможности биосферы уже либо нарушены, либо находятся на пределе. Во многих точках нашей планеты, в том числе и в России, сложилась сложная неблагополучная экологическая обстановка, которая является одной из главных причин нарушения состояния здоровья человека:

- *загрязненная среда обитания человека*: воздух, которым мы дышим; вода, которую мы пьем; электромагнитное, шумовое, радиационное и другие виды загрязнения;
- *низкое качество ряда продуктов питания*, чрезмерное использование пищевых добавок, увеличение количества модифицированных и рафинированных продуктов, нерегулярное питание;
- *ускорение ритма жизни*, особенно в больших городах, неправильный образ жизни, гиподинамия;
- *увеличение числа стрессовых ситуаций* и т.д.

Известно, что по данным ученых, продолжительность жизни человека может составлять 110 – 115 и даже 120 – 140 лет. В действительности, в результате воздействия многих природно-экологических и социально-экологических факторов, она значительно ниже, хотя в целом средний возраст и продолжительность жизни населения планеты повышаются. Средняя продолжительность жизни гражданина России на 14 лет меньше среднеевропейского уровня и на 12 лет меньше, чем продолжительность жизни американца. Самая высокая продолжительность жизни у жителей Японии (82 года), а самая низкая (36 лет) – у жителей африканской страны – Зимбабве.

По формулировке ВОЗ, «*здоровье человека* - не только отсутствие немощи или болезни, но также объективное состояние и субъективное чувство полного физического, психического и социального комфорта». *Экология рассматривает здоровье как состояние биосистемы в его тесной связи с окружающей средой*. Таким образом, здоровый (или больной) организм – это результат интегральных взаимодействий внутренних биосистем организма и внешних факторов окружающей среды. Изучением этих взаимодействий занимается профилактическая медицина.

На здоровье человека оказывают существенное влияние как природно-экологические, так и социально-экологические факторы.

К *природно-экологическим факторам* относят в первую очередь патогенные и вредные воздействия природного характера. Особое место среди них занимают инфекционные болезни, которые отличаются природной очаговостью. Природная очаговость - существование возбудителей заболеваний, их переносчиков и животных-хранителей в определённых природных условиях независимо от проживания человека. Человек может заразиться от диких животных (млекопитающих, грызунов, насекомых, птиц и др.), проживая в данной местности или попав в эту местность случайно. Примерами инфекционных болезней природной очаговости являются: малярия, клещевой энцефалит, боррелиоз, туляремия и многие другие. Для борьбы с этими заболеваниями необходимо учитывать особенности местности. Например, для борьбы с малярией осушают близлежащие болота, являющиеся местообитанием малярийного комара; для борьбы с клещами проводят опрыскивание территории, заражённой клещами, инсектицидами.

К вредным природно-экологическим факторам можно отнести выбросы вулканических газов, образующиеся на их основе кислотные осадки и т.д.

К *социально-экологическим факторам* относят в первую очередь влияние городской среды и ее загрязнений на здоровье жителя технотопа.

Медико-экологические исследования, проводимые в нашей стране и за рубежом показали, что увеличение числа некоторых заболеваний связано как с увеличением концентраций различных антропогенных загрязнителей в окружающей среде, так и с их взаимным синергетическим влиянием друг на друга.

Наиболее полно изучено воздействие химических факторов окружающей среды и влияние около 80 химических элементов и их соединений на организм человека.

Сила токсического действия химического фактора загрязняющего вещества на организм человека определяется большим числом составляющих:

- химическим строением;
- физико-химическими свойствами;
- путями поступления в организм;
- способностью к накапливанию (кумуляции);
- концентрацией (дозой);
- окружением;
- временем воздействия и т.д.

Нарушения в состоянии здоровья могут быть связаны с недостатком или избытком определенных химических элементов на данном участке планеты.

На Земле существует много мест, которые избыточно насыщены токсичными элементами: свинцом Pb, ртутью Hg, кадмием Cd, мышьяком As, таллием Tl, радиоактивными элементами (Ra, U, Th) и др. Это приводит к развитию опасных болезней.

Недостаток или избыток химических элементов и их соединений в природной среде вызывает изменения в биологических циклах и сопровождается наруше-

нием экологического равновесия. Таким образом, важнейшей задачей в комплексе мероприятий по охране и рациональному природопользованию окружающей среды является *комплексный контроль* за различного рода нарушениями, связанными с окружающей человека средой, их профилактикой и недопущением возникновения.

В своей жизни человек редко подвергается действию одного вещества. Обычно на организм действует несколько загрязнителей одновременно. Очень часто эти загрязнители взаимодействуют друг с другом, в результате чего могут возникнуть еще более токсичные вещества. Таким образом, *воздействие суммы загрязнителей может быть значительно больше, чем сумма воздействий от каждого загрязнителя.*

Кроме того, некоторые вещества (так называемые *синергисты*) в присутствии других веществ без всякого взаимодействия усиливают свою токсичность. Типичным синергистом является, например, свинец. Некоторые вещества при увеличении их концентрации могут влиять и на физические факторы, например, на повышение действия радиационного фона при его фактической неизменности.

Большое значение для здоровья и жизни человека и любого живого существа имеют качество воды, воздуха и пищи.

Вода – основная среда, а во многих случаях обязательный компонент многочисленных химических и биохимических реакций и физико-химических процессов, лежащих в основе самой жизни. Без пищи человек может прожить несколько недель, но без воды погибает через несколько суток.

Из всего сказанного понятно, какую роль играет качество воды.

Качество воды – это степень соответствия физико-химических свойств и заселенности воды микроорганизмами потребностям людей, технологическим и экологическим требованиям. Качество воды определяется различными нормативными документами, в том числе ПДК вредных веществ в воде водных объектов хозяйственно-питьевого и культурно-бытового водопользования.

Загрязнение гидросферы приобрело в последние годы глобальный характер. В Мировой океан ежегодно сбрасывается более 30 тыс. различных химических соединений, общая масса которых составляет 1,2 млрд т. Наиболее опасные загрязнители: углеводороды, пестициды, нефть и нефтепродукты, токсичные металлы (ртуть, кадмий, свинец, мышьяк и др.), диоксины и радиоактивные вещества. Опасным для гидросферы является микробиологическое загрязнение. В океан попадает большое количество вредных веществ с пылью, которую переносит с континентов ветер.

Опасно загрязнение даже очень малыми количествами токсичных веществ, так как они могут концентрироваться в живых организмах. Особую опасность представляют соединения тяжелых металлов, таких как свинец, ртуть, кадмий, мышьяк и др., которые оказывают сильное отрицательное воздействие на живые организмы, в том числе на генном уровне.

Особо сильное загрязнение гидросферы наблюдается в регионах с сильно развитой промышленностью. Так, в Балтийское море ежегодно попадает около

11 тыс. т свинца, 28 тыс. т цинка, 950 т мышьяка, 335 т кадмия.
Добыча и перевозка нефти и нефтепродуктов – это один из основных источников загрязнения гидросферы. Например, из 10 млн. т нефти, ежегодно перевозимой по Балтийскому морю, 50 тыс. т попадает в воду. Всего в Мировой океан за год попадает около 10 млн. т нефти.
Значительную долю загрязнений дают *сточные воды*. В водоемы сбрасывается более 500 млрд. $м^3$ промышленных и коммунальных стоков. Промышленные сточные воды не всегда легко очищаются биологическим путем, так как многие содержащиеся в них вещества являются ядами для микроорганизмов. Бытовые сточные воды довольно легко поддаются биологической очистке.
Крупным источником загрязнения гидросферы является сельское хозяйство. Водоемы сильно загрязняются удобрениями, которые применяются в сельском хозяйстве. Большую опасность представляет попадание в водоемы *пестицидов,* применяемых для борьбы с вредителями растений.
После очистки на водопроводной станции качество воды отвечает государственному стандарту (ГОСТ).
Без воздуха человек не может прожить и нескольких минут.

Качество воздуха – степень соответствия физико-химических и биологических характеристик воздуха потребностям человека, технологическим и экологическим требованиям. Качество воздуха как и воды определяется различными нормативными документами, в том числе ПДК примесей в атмосферном воздухе. Таким образом, качество воздуха, которым мы дышим, имеет для каждого из нас очень важное значение. Качество воздуха, которым мы дышим, зависит от степени загрязнения атмосферы в том месте, где мы живем.

Большую опасность для организма представляют *ксенобиотики* (от лат. xenos – чужой) – вещества, которые искусственно получены человеком и обычно не встречаются в природе.

В последние десятилетия в результате сжигания огромного количества ископаемого топлива, работы автотранспорта и различных отраслей промышленности наблюдается глобальное загрязнение атмосферы, в том числе и ксенобиотиками. Среди них есть супертоксиканты, в частности, диоксины. Таким образом, современное человечество получает большое количество ксенобиотиков в процессе дыхания через легкие. За этот небольшой промежуток времени организмы не сумели создать защиту для органов дыхания, следовательно, организм человека очень чувствителен к загрязнению воздуха и других сред.
Наиболее характерный показатель качества жизни человека – это обеспечение его полноценными продуктами питания. Продукты питания человек получает из окружающей среды, кроме того они синтезируются человеком (искусственные продукты питания). Через пищу осуществляется самая прочная связь окружающей среды и внутренней среды организма человека. Любая пища является источником поступления в организм человека не только полезных, но и вредных веществ. С водой и воздухом в организм человека поступает только 10 – 30 % вредных веществ, с продуктами питания – 70 – 90%.
Загрязнители пищи имеют химическую или биологическую природу.

Химические загрязнители, как правило, имеют антропогенное происхождение. Большая часть ксенобиотиков поступает в организм человека с пищей через желудочно-кишечный тракт. Из желудочно-кишечного тракта ксенобиотики попадают в кровь. В процессе эволюции организм человека создал защиту от вредных веществ. Защитную функцию выполняет печень, которая накапливает вредные вещества и не дает им поступать в кровь, но ее возможности не безграничны.

Биологические загрязнители имеют, как правило, природное происхождение. Это различные микроорганизмы (бактерии, плесневые грибы, вирусы), которые всегда присутствуют в окружающей среде и продуктах питания. При благоприятных условиях эти микроорганизмы очень быстро размножаются и выделяют микробные яды, которые могут вызвать тяжелое отравление организма человека.

В 80-е годы XX в. возникло понятие «экологически чистый продукт». В общем виде можно сказать, что «экологически чистый продукт» – это продукт, который практически не содержит вредных веществ. Его получают из натурального сырья по современным технологиям или выращивают на «чистой» территории без использования минеральных удобрений и пестицидов. Практически абсолютно экологически чистых продуктов получить невозможно и употребление этого понятия неправомочно.

С неблагоприятной экологической обстановкой связаны проблемы технотопа (большого города). На здоровье жителя технотопа существенно влияет городская среда. С медико-биологической точки зрения следствием влияния экологических факторов городской среды являются: *акселерация* (общее увеличение роста и массы людей по сравнению с предшествующими поколениями). Считается, что причиной акселерации является достаточное и полноценное питание; нарушение биоритмов (продление светового дня за счёт электроосвещения, многочисленные профессии, связанные с бодрствованием в ночное время, сменный график работы, ведение ночного образа жизни и т.п.); *аллергизация* (нарушение иммунной системы, связанное с появлением новых веществ – загрязнителей, с которыми человек ранее не сталкивался в процессе эволюции); *рост онкологических заболеваний* (радиоактивное заражение, содержание канцерогенов в атмосферном воздухе, воде и пище, действие сильных электромагнитных полей; ожирение (переедание, гиподинамия, неправильное питание и неправильный образ жизни); *абиологические тенденции образа жизни* (употребление наркотиков, токсикомания, алкоголизм, курение, компьютеромания и интернет-зависимость).

По определению Н.Ф. Реймерса, «*урбанистическая система (город*) – это неустойчивая природно-антропогенная система, состоящая из архитектурно-строительных объектов и резко нарушенных естественных экологических систем» (1).

Оценка состояния качества окружающей среды в большом городе связана со степенью загрязнения вредными веществами и влиянием этого процесса на человека и антропогенный ландшафт. *Санитарно-экологический контроль* и

охрана технотопов – это система мер для сохранения и оздоровления среды обитания, труда и отдыха людей.

Таким образом, *для сохранения человека и его здоровья одним из самых важных факторов является сохранение природной среды, обеспечение устойчивого и гармоничного развития системы человек – общество - природа – техника.*

Литература

1. Реймерс Н.Ф. Природопользование: словарь-справочник.. М.:Мысль, 1990.—637 с.

В.К. Доев, А.Н. Доева

ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ В СФЕРЕ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ И СПОРТА

Северо-Осетинский государственный университет, Владикавказ

Современная сложная экологическая ситуация в мире и регионах России требует безотлагательных мер по принятию управленческих решений муниципальными органами власти.

В настоящее время раздел современного менеджмента все больше приобретает характер важнейшей социально-экономической проблемы в отношениях между человеком и окружающей средой и развивается как самостоятельная эколого- и социально-экономическая отрасль знания в системе профессиональной подготовки и повышения квалификации спортивных руководителей разного уровня.

Процесс принятия решений — одна из важнейших функций управления. Принятие решений должно быть оперативным, отвечать целям существования системы, учитывать текущее состояние и прошлый опыт данной и подобных систем. Здесь исключительная роль должна принадлежать накоплению, обработке и использованию информации с помощью современных информационных технологий.

Информационные ресурсы в сфере экологии физической культуры и спорта не только разнообразны, но и весьма объемны. Необходимы научные разработки, которые бы обеспечили организационно-методическую основу формирования управленческих решений по реализации конституционных прав граждан территорий с неблагоприятным фактором внешней среды на занятия физической культурой в зависимости от экологической обстановки и влияния экологических изменений окружающей среды на организм человека, его физическую активность и здоровье.

Современная муниципальная политика в сфере физической культуры и спорта осуществляется в рамках программы «Здоровье нации».

Концепция отражает основные тенденции развития отрасли и способствует формированию единой стратегии развития муниципального образования на период до 2010г. Она определяет основу для взаимодействия органов местного самоуправления, общественных объединений, всех заинтересованных ведомств,

организаций и учреждений в формировании информационных ресурсов и их использовании при реализации приоритетных программ (проектов) развития отрасли.

Экологическая обстановка на территории г.Владикавказа остается достаточно напряженной.

Основными загрязнителями атмосферного воздуха остаются промышленные предприятия и организации коммунального производства. Все более активно влияние на состояние воздушной среды оказывают загрязняющих веществ от передвижных источников главным образом от автомобильного транспорта, отличающегося низким качеством двигателей автомобилей, изготавливаемых на отечественных заводах, ввозом на территорию республики подержанных автомобилей зарубежных производителей низким качеством используемого топлива, недостаточным контролем за токсичностью и дымностью отработавших газов автомобилей на автотранспортных предприятиях, а также личного транспорта на станциях технического обслуживания, низкой экологической культурой водителей и т.д.

Вопросы здоровья человека и состояния окружающей среды тесно связаны между собой. Именно воздействие на здоровье факторов окружающей среды является тем экологическим аспектом, который следует учитывать при принятии управленческих решений в сфере физической культуры и спорта населения, проживающего в неблагоприятных для здоровья условиях внешней среды.

Проведение специальных исследований местного самоуправления, организаций и общественных объединений, основанных на достаточном массиве экологических данных, с применением специальных методов их статистической обработки позволит нам обнаружить доказательства причинно-следственной связи между тем или иным фактором среды обитания и эффективностью планируемых видов деятельности в сфере физической культуры и спорта, будет способствовать формированию и надежному обеспечению здорового образа жизни населения в среднесрочной и долгосрочной перспективе.

Е.В. Даев, А.В. Дукельская

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ВЫЯВЛЕНИЮ ОЧАГОВ ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ НАПРЯЖЕННОСТИ, ОПАСНОЙ ДЛЯ ГЕНОФОНДА ЧЕЛОВЕКА

Санкт-Петербургский государственный университет,
Кафедра генетики и селекции

За последние 50-100 лет резко возросло антропогенное влияние на природу. Следует констатировать, что в основном, оно носит негативный характер. И, являясь частью природы, человек начинает испытывать определенные трудности. В частности, повсеместное загрязнение источников пресной воды является серьезной проблемой для промышленно-развитых регионов.

Особую опасность представляют загрязнения, ведущие к повреждению генетической информации живых организмов, так как могут, не проявляясь сразу, негативно сказаться на состоянии последующих поколений.

На данный момент существует ряд методов оценки мутагенности факторов окружающей среды. Некоторые из таких методов позволяют определять очаги экологической напряженности по отклонениям в работе генетического аппарата клеток живых организмов. Ценность использованного нами ана-телофазного метода состоит не только в его относительной простоте, но и в том, что дестабилизация хромосомного аппарата делящихся клеток часто начинается задолго до того, как возникают токсические или иные эффекты неблагоприятных воздействий, отражающиеся на биоразнообразии экосистем. Использование природных видов-биоиндикаторов делает такой анализ наиболее адекватным при мониторинге состояния окружающей среды.

Ана-телофазный анализ делящихся клеток широко распространенного пресноводного рачка *Asellus aquaticus* был использован нами для тестирования ряда водоёмов Санкт-Петербурга и Ленинградской области, испытывающих различную степень антропогенной нагрузки.

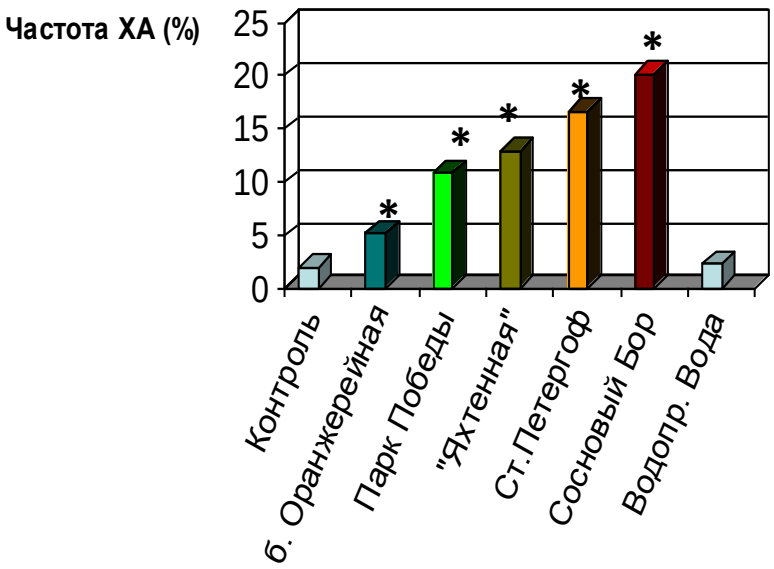
Полученные результаты показывают, что предполагаемая степень антропогенных загрязнений коррелирует с уровнем митотических нарушений в делящихся зародышевых клетках водяного ослика. Если спонтанный уровень анализируемых нарушений в «чистых» местах сбора не превышает 2,2%, то в «грязных» водоемах города он составляет 10-12%, а в отдельных точках - 15-20% (Рис 1).

Аналогичное исследование проведено в отношении загрязненности береговой линии Белого-Баренцева морей на близком виде рачков *Jaera albifrons*. Показано, что в местах активной портовой деятельности, где повышена загрязненность прибрежных вод, уровень митотических нарушений в делящихся клетках зародышевых клетках повышается(Даев и др., 2002; Барабанова и др., 2005; Barabanova et al., 2009). Таким образом, антропогенная нагрузка оказывается мутагенным фактором.

Сходные результаты получены для почвенных загрязнений при анализе зародышевых клеток мокриц *Porcelio sp.* (Барабанова и др., 2006).

Таким образом, используемый подход позволяет оценить интегральное воздействие совокупности загрязнителей (даже ещё не идентифицированных) на геном естественных обитателей изучаемой местности. Анализируемые изменения возникают ещё до того, как проявляются физиологические, токсические и другие организменные и популяционные эффекты, способные повлиять на биоразнообразие экосистемы.

Рис.1. Частота хромосомных аберраций в зародышевых клетках Asellus aquaticus в выборках из популяций Санкт-Петербурга и его окрестностей



Использование подобных методов превентивного выявления напряженности должно быть неотъемлемой частью природоохранной политики любого государства.

В.А.Никифорова, Т.Г.Перцева, Е.А.Прохоренко, Н.В.Шарова

ВЛИЯНИЕ ЭКОСОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА ЗДОРОВЬЕ МОЛОДЕЖИ

Братский государственный университет», Братск

Проблема сохранения, укрепления и восстановления здоровья является актуальной на протяжении многих лет функционирования отечественного здравоохранения и образования.

В настоящее время, учитывая изменения, происходящие в политической и экономической жизни нашей страны, подход к воспитанию и формированию здоровья человека должен носить комплексный характер. Основой формирования здоровья следует считать внедрение профилактических и оздоровительных технологий в работу образовательного учреждения, которые учитывают индивидуальные социально-биологические условия жизни и развития студентов и сотрудников. В условиях технологических шоков, информационных стрессов, экологической напряженности молодежь, с одной стороны, наиболее уязвимая часть нации, с другой, - молодые люди обладают адаптивными способностями, необходимыми для реакций и действий в культурном жизненном цикле человека, что часто недоступно взрослым. На фоне резких технологических, биотех-

нических, социальных, политических и культурных изменений, которые сочетаются так, что ставится под угрозу само существование и выживание нации, цель оздоровления подрастающего поколения – вопрос будущего нации и страны.

За последние годы в России обострилась ситуация с состоянием здоровья населения. Многочисленные экспериментальные данные научно-методических лабораторий страны (гг. Москвы, Санкт-Петербурга, Иркутска, Екатеринбурга, Казани и др.) выявили реально существующие тенденции к ухудшению здоровья и физического состояния детей и учащейся молодежи в процессе воспитания и обучения на этапах от школы до ВУЗа. Так, совокупное количество детей и студентов, отнесенных к специальной медицинской группе и полностью освобожденных от физической культуры по состоянию здоровья, приближается в среднем по России к 12%, юноши 18 лет практически в 50% не соответствуют требованиям, предъявляемым к призывникам. Особенно эти явления выражены в городах северного региона с высокой техногенной нагрузкой, к которым относится г. Братск.

При изучении состояния здоровья и адаптационных возможностей студентов ГОУ ВПО «Братский государственный университет» в 2008-2010 гг. установлено, что распространенность нарушений здоровья составляет 208 случаев на 100 обследованных. У студентов, регулярно занимающихся спортом этот показатель значительно ниже – 76 на 100 человек. При сравнении адаптационных возможностей у студентов в начале и в конце учебного процесса выявили повышение средних показателей артериального давления, частоты сердечных сокращений и дыхательных движений, как у юношей, так и у девушек. При психологическом обследовании выявлено, что 70% студентов характеризуются очень низким уровнем тревожности, что может способствовать недостаточной социальной активности.

После проведения оздоровительных мероприятий состояние здоровья в группе улучшилось, хотя вероятность неблагоприятного эффекта у девушек, попрежнему, достаточно высока – 14%. В группе не прошедшей реабилитацию, к концу учебного года адаптационные возможности снизились: увеличился удельный вес лиц с гипертоническим типом реакции.

Среди профессорско-преподавательского состава и учебно-вспомогательного персонала наиболее распространенными являются заболевания сердечно-сосудистой системы, центральной и периферической нервной системы, пищеварительного тракта, верхних дыхательных путей. Сниженные адаптационные возможности приводят к высокому уровню острых респираторных заболеваний.

Наряду с этим в системе образования практически отсутствует программа оздоровления студентов и сотрудников с низким уровнем здоровья и физического развития, не налажена система постоянного, динамического наблюдения за здоровьем, нет возможности получить своевременную профориентационную медицинскую и психо-социальную консультацию. Существующее положение дел актуализирует создание Центра здоровья как структурного подразделения

«ГОУ ВПО БрГУ».

В настоящее время для сохранения здоровья и поддержания качества жизни студентов и сотрудников ГОУ ВПО «Братский Государственный Университет» в соответствии с приказом МЗ России №114 от 21.03.03 г., решением Ученого Совета ГОУ ВПО «БрГУ» от 30.03.07 г. №3 была разработана Целевая программа на 2008-2010 гг. «Сохранение здоровья студентов и преподавателей Братского государственного университета на 2008-2010 гг.». Основной целью программы является сохранение здоровья и повышение качества жизни студентов и работников ГОУ ВПО «БрГУ».

В указанной программе даны подробная характеристика проблемы состояния здоровья, анализ причин ее возникновения, обоснование связи проблемы с целями развития ГОУ ВПО «БрГУ» и необходимости ее решения программно-целевым методом, проведен анализ различных вариантов решения проблемы, а также дана оценка преимуществ и рисков, возникающих при различных вариантах решения проблемы.

Раздел VI

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОБРАЗОВАНИЯ

Е.В. Броздовская, Н.А Литвинова, Л.И. Суворова

ВЗАИМОСВЯЗЬ ТЕМПОВ СТАРЕНИЯ С ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬЮ ПЕДАГОГОВ

Кемеровский государственный университет, Кемерово

Здоровье населения в целом можно рассматривать с разных позиций, в том числе и по отдельным профессиональным группам. К числу причин, оказывающих непосредственное влияние на состояние здоровья педагогов, относятся специфические особенности сложной и многогранной деятельности педагогов. Высокие требования к психофизиологическим особенностям способствуют возникновению психического и физического напряжения, а при действии дополнительных неблагоприятных факторов приводят к развитию заболеваний.

Цель исследования явилось изучение взаимосвязи темпов старения с заболеваемостью педагогов и оценка влияния психологической разгрузки на биологический возраст. Для реализации поставленной цели было обследовано 277 педагогов Кемеровского государственного университета в возрасте от 24 до 60 лет. Исследование включало: оценку функционального состояния педагогов с определением: биологического возраста по методу множественной линейной регрессии; свойств нервной системы (уравновешенность нервных процессов); уровня тревожности, личностных особенностей по тесту MMPI и заболеваемости педагогов. Для анализа заболеваемости с временной утратой трудоспособности педагогов использовали данные выкопировки из листков временной нетрудоспособности (форма №16-ВН), Также проанализировали 277 санаторно-курортных карт педагогов, находившихся на лечении в санатории-профилактории «Вита» Кемеровского государственного университета (форма № 003/у).

Анализ структуры заболеваемости с ВУТ по числу случаев нетрудоспособности выявил группы болезней, обеспечивающие наибольшие трудопотери, 95 % всех выявленных заболеваний составляют заболевания шести основных физиологических систем – дыхательной, нервной, опорно-двигательной, сердечно-сосудистой, пищеварительной и мочеполовой. Состояние здоровья человека связано с наследственными, производственными и экологическими факторами, но также определяется и образом жизни. Длительное нарушение баланса между работой и отдыхом, хроническое воздействие неблагоприятных экологических и производственных факторов, приводящее к истощению компенсаторно-приспособительных механизмов являются причиной преждевременного старения. Под преждевременным старением следует понимать любое частичное или более общее ускорение темпа старения, приводящее к тому, что индивидуум «опережает» средний биологический возраст группы людей соответствующей

возрастной группы. Характерной чертой ускоренного старения является значительное ограничение приспособительных возможностей организма и сокращение резервных возможностей функционирования организма.

Все педагоги были разделены на три группы в зависимости от величины отклонения биологического возраста от популяционного стандарта. Было выявлено, что 36% педагогов имеют ускоренные темпы старения, их биологический возраст опережает должный биологический возраст в среднем на 8 лет.

Полученные данные указывают на то, что у педагогов с ускоренными темпами старения достоверно выше уровень личностной тревожности. У педагогов с высокими темпами старения достоверно выше следующие шкалы MMPI: уровень ипохондрии, уровень депрессии и уровень психастении.

При использовании метода РДО, который позволяет оценить соотношение (уравновешенность) возбудительного и тормозного процессов в коре головного мозга, был сделан вывод о смещении баланса основных корковых процессов в сторону торможения у педагогов с ускоренными темпами старения.

, подтвепждрБиологический возраст позволяет охарактеризовать физиологическое состояние данного индивида в данной возрастной группе, оценить «износ» физиологических систем организма и позволяет дать количественную оценку здоровья. Для того, чтобы выяснить как связан биологический возраст с заболеваемостью педагогов, были исследованы только две группы педагогов – педагоги с ускоренными и замедленными темпами старения, в возрасте от 30 до 45 лет. У педагогов с ускоренными темпами старения достоверно больше заболеваний сердечно-сосудистой (81,2 % и 26, % - соответственно), пищеварительной (93,7% и 68,3%) и дыхательной систем (41,7 % и 24,7 %).

Был разработан специальный курс для восстановления работоспособности педагогов, представляющей собой комплекс для развития навыков мышечной релаксации. Группа коррекции составила 142 человека, После психологической разгрузки в группе коррекции достоверно уменьшился уровень реактивной и личностной тревожности, уменьшился уровень ипохондрии, депрессии, истерии, психастении (по шкалам MMPI) снизились тормозные процессы в ЦНС. Биологический возраст снизился на 4-5 лет. Через год после проведенной психологической разгрузки у данной группы уровень тревожности достоверно не увеличился, также не повысился и темп старения.

Таким образом, проведение психологической разгрузки привело к нормализации функционального состояния педагогов, к уменьшению степени эмоциональной напряженности и, как следствие, к уменьшению биологического возраста.

П. Г. Волков, Г. Н. Канипова, М.С. Волкова

ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ЛЕЧЕБНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНАЯ РАБОТА В УЧРЕЖДЕНИЯХ ОСНОВНОГО, ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО И ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Старооскольский филиал Белгородского государственного университета, Муниципальное дошкольное образовательное учреждение Центр развития ребёнка – детский сад №69 «Ладушки», г. Старый Оскол

В настоящее время 75% населения Российской находится в так называемом «третьем состоянии» - «практически здоров». В этом состоянии у человека имеются хронические заболевания, но они находятся в стадии стойкой ремиссии. Полная смена атомарно-молекулярного состава тела человека происходит за 1,5 - 2 года. Соответственно для выздоровления от хронического заболевания требуется непрерывная система реабилитации в течение 1,5 - 2 лет, особенно в период ремиссии. Лечебная физическая культура в медицинских учреждениях, а вне их регулярная двигательная активность являются способом лечения любого хронического заболевания, а по шести направлениям одним из основных видов реабилитации – при коронарно-артериальных заболеваниях, артериальной гипертонии, ожирении, сахарном диабете с неинсулиновой зависимостью, остеопорозе, ухудшенном психическом состоянии. Не менее важно, что двигательная активность в период биологического роста является обязательным условием нормального физического и психического развития.

Ни одна страна не может поставить перед своей системой здравоохранения задачу создания непрерывной системы реабилитации для населения, здоровье которого находится в «третьем состоянии» - даже мощная система лечебных и санаторно-курортных учреждений Российской Федерации может охватить не более 3% населения.

Ситуация осложняется тем, что в школе западной медицины лечение заболеваний основано на курсовом принципе лечения, который эффективен для лечения острых заболеваний, но недостаточен для лечения больных с хроническими заболеваниями в стадии ремиссии – повышение уровня здоровья после проведенного курса профилактического лечения часто сохраняется не дольше времени курса лечения, особенно при функциональных заболеваниях.

Материально-техническая база учреждений образования может охватить непрерывной системой реабилитации с помощью различных видов физической активности от 30% до 50% детей и молодёжи. При этом до 80% спортивных объектов и более 80% объектов культуры находится в ведении учреждений образования всех уровней (от дошкольного до высшего).

Нозологический подход к выбору вида спорта основан на специфическом лечебном эффекте, возникающем во время занятий специальной физической подготовкой в спортивной секции или специальной подготовкой в кружке общеобразовательной школы, учреждения культуры или классе музыкальной школы.

В настоящее время из 21 группы заболеваний, имеющихся в международной

классификации болезней по отдельным нозологическим формам 15 групп разработаны рекомендации по выбору вида дополнительного образованя для детей с хроническими заболеваниями в стадии стойкой ремиссии. Созданы новые методики специализированных врачебно-педагогических наблюдений (СВПН) занятий в секциях и кружках, направленных на регистрацию лечебного эффекта. Наличие лечебного эффекта снимает лимитирующий эффект хронического заболевания на уровень физических нагрузок, позволяет прогнозировать и достигать максимальных результатов в спорте, что особенно важно в условиях постоянно ухудшающегося здоровья детей и молодёжи.

Актуальным остаётся отсутствие оздоровительного и тренирующего эффекта от занятий в кружках и секциях общеобразовательных школ и дошкольных образовательных учреждений при соблюдении современного СанПиН. Не менее актуально отсутствие сопровождения врачом-педиатром процесса обучения и дополнительного образования в общеобразовательных школах и дошкольных учреждениях, отсутствие медицинского сопровождения тренировочного процесса в детских спортивных школах. Их функции вынуждены брать на себя педагоги.

Новое направление педагогической деятельности внедрено в спортивных клубах и спортивных школах г. Старый Оскол с 1996 года. Позднее в научно-исследовательскую работу стали включаться учреждения культуры, музыкальные школы. В 2006 году была создана региональная общественная организация «Лечебный спорт и культура», целью деятельности которой является внедрение методов педагогической лечебной работы в спортивных и музыкальных школах без изменения их учебного плана, а с 2008 года в кружках и секциях общеобразовательных учреждений.

В данной публикации показаны результаты педагогической лечебно-оздоровительной работе в дошкольном образовательном учреждении с детьми, страдающими миопией.

С 2003 года по настоящее время на базе МДОУ №69 работает секция пионербола лечебно-оздоровительной направленности для детей с патологией органов зрения. В 2006-2008 годах работала секция плавания для детей с неврозами. С 2009 года по настоящее время работает секция плавания для детей с плоскостопием. В каждой секции ежегодно занималось по 6-8 детей 5-7 летнего возраста. Все дети приступали к занятиям в секции после осмотра врача-педиатра и допуска к тренировкам без ограничения уровня физической нагрузки.

Для достижения лечебно-оздоровительного и тренирующего эффекта занятия проводятся три раза в неделю через день по 25-30 минут.

Все спортсмены получают в течение учебного года поливитамины с ежемесячной сменой препарата. Оксигенотерапия двухнедельным курсом с интервалом в один месяц проводится по общему плану оздоровительных мероприятий детского сада.

В ходе наблюдений было выявлено, что при традиционной методике занятий пионерболом лечебный эффект слабо выражен. Занятия со спортивным снарядом направлены на формирование динамической нагрузки на глазодвигательные и цилиарные мышцы. Недостаточность двигательной динамической на-

грузки связана с отсутствием фиксации взгляда на мяче во время броска. Для повышения лечебного эффекта была разработана частная методика занятий пионерболом для больных миопией.

Для проведения занятия по частной методике на мяч наносится точка диаметром 1,0 - 1,5 см или берётся мяч с мелким рисунком. Ребёнок фиксирует взгляд сначала на точке (рисунке), потом бросает. Нагрузка на органы зрения изменяет стереотип движений и точность броска на первых занятиях снижается. Затем формируется новый стереотип, точность броска улучшается, как при новой, так и при обычной технике броска.

Во время СВПН проводился контроль остроты зрения по специальным таблицам с интервалом в 10 минут. Повышение остроты зрения на 0,1 регистрировалось уже на 10-й минуте, за время занятия острота зрения повышалась на 0,1 – 0,3.

Специализированное врачебно-педагогическое наблюдение врачом по спорту проводилось ежеквартально в первые два года занятий. В эксперименте приняли участие 10 детей с миопией. Анализ результатов исследований показал, что полное восстановление остроты зрения произошло у 7 спортсменов из 8 с остротой зрения 0,8 - 0,9. При остроте зрения 0,6-0,7 (10,0%) зрение улучшилось, но полного восстановления не произошло, а при остроте зрения 0,4 (10,0%) и улучшение зрения не зарегистрировано.

Ухудшение остроты зрения во время занятий зарегистрировано у одной спортсменки шести лет с остротой зрения 0,8. У спортсменки было диагностировано ожирение I степени. Проведение классического врачебно-педагогического наблюдения с контролем артериального давления и пульса выявило у неё неадекватную (гипертоническую) реакцию на физическую нагрузку. Спортсменка была выведена из состава секции и направлена на обследование в детскую поликлинику. Данный случай позволяет выдвинуть предположение, что дети с ожирением относятся к группе риска по прогрессированию миопии.

Полученные результаты совпадают с результатами исследований, проведённых в секции настольного тенниса спортивного клуба, что позволяет говорить о специфическом лечебном эффекте, возникающем во время занятий видами спорта, в которых необходим визуальный контроль за движущимся спортивным снарядом. В видах спорта, где спортсмены тренируются в парах, лечебный эффект наблюдается при обычной методике тренировок и спортсмены с миопией тренируются вместе со здоровыми детьми по общему учебному плану. К таким видам относятся теннис, настольный теннис, бадминтон. Систематичность, адекватность, последовательность, непрерывность и периодичность тренировочного процесса позволяют достичь выздоровления и повышения функциональных возможностей ранее патологически изменённого органа или системы, создавая необходимый резерв здоровья. За счёт увеличения времени и интенсивности занятий восстановление зрения у спортсменов спортивного клуба зарегистрировано при остроте зрения более 0,4.

Результатами внедрения нового вида педагогической деятельности стали:

- формирование новой мотивации у детей, молодёжи и их родителей к заняти-

ям спортом;
- внедрение новых принципов набора детей для занятий в спортивных секциях и кружках учреждений основного и дополнительного образования в объёме их учебной программы;
- формирование новой системы отношений между педагогами, тренерами и медицинским персоналом, обеспечивающими процесс отбора, обучения и тренировок;
- направление в Российское отделение МААНОИ заявки на открытие под названием «Явление синергизма лечебного эффекта специфической лечебной и развивающей общей физической нагрузки в период биологического роста»;
- рост возможностей достижения максимальных результатов в различных областях спорта и культуры у детей с отклонениями в состоянии здоровья при правильном выборе вида занятий;
- снижение отсева из спортивных секций в первый год занятий с 60-80% до 10 – 20%.

Литература.

1. Руководство по профилактической медицине (пер. с английского) Москва. Изд.-во Пресса.1993.- 160с.
2. П. Г. Волков. Профессиональная ориентация диспансерных больных в системе внешкольного дополнительного образования. (спорт, культура, физкультура, оздоровительные системы, военно-техническая подготовка) / Справочник для специалистов учреждений образования, культуры и спорта. Старый Оскол. Изд.-во ТНТ. 2003. -192с.
3. Волков П. Г. Занятия в спортивных секциях с лечебной целью / Проблемы физкультурного образования: содержание, направленность, методика, организация: материалы первого Междунар. науч. конгр. (г. Белгород, 21-24 октября 2009г.) в 2ч./под ред. В. В. Сокарева. – Белгород: Изд-во БелГУ, 2009.- Ч.2. С.6-8.

Габелая И. В.

ОБРАЗОВАТЕЛЬНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В ЗАГОРОДНОМ ЦЕНТРЕ ДЕТСКО-ЮНОШЕСКОГО ТВОРЧЕСТВА "ЗЕРКАЛЬНЫЙ"

Государственное общеобразовательное учреждение Центр образования «Санкт-Петербургский государственный Дворец творчества юных» Загородный Центр детско-юношеского творчества «Зеркальный»

Загородный центр "Зеркальный", как отдел Санкт-Петербургского городского Дворца творчества юных, целью своей деятельности ставит создание условий для детей и взрослых решить те образовательно-оздоровительные задачи, которые невозможно реализовать в условиях города:
-формирование ценностных ориентаций личности детей и подростков в коллективах воспитанников Дворцов и Домов творчества и других образовательных учреждениях города: потребности к самоорганизации здорового образа жизни,

в общении, совместной жизнедеятельности, к саморазвитию и готовности к созидательному труду;
-организация досуга детей в разнообразной личностной и общественно-значимой деятельности, отличающейся от школьной деятельности и основанной на использовании возможностей Загородного центра, для активного общения детей и подростков с природой, друг с другом и взрослыми;
-оздоровление детей и подростков при реализации целого ряда социально-педагогических программ в системе социального развития ребенка и его компетенций, физического и духовного саморазвития, гражданской активности, самовоспитания, трудолюбия и здорового образа жизни.
Согласно определению, принятому Всемирной организацией здравоохранения, здоровье представляет собой не только биологическую, но и социальную категорию, т.е. состояние физического, душевного и социального благополучия.
Задача педагогического процесса в создании наиболее благоприятных условий для использования возможностей ЗЦ "Зеркальный" в социально-психологическом и психофизическом развитии детей и подростков.
Природно-климатическая, оздоровительная, медицинская, психологическая и социальная составляющие, которые взаимодействуют и дополняют друг друга в социально-оздоровительных и досуговых программах при реализации смен в ЗЦ «Зеркальном» являются необходимым условием формирования социальной и личностной компетентности детей и подростков.

inga1@pisem.net

Е.В. Грузева

ОТНОШЕНИЕ СТУДЕНТОВ ВЫСШИХ МЕДИЦИНСКИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ К ПРОБЛЕМЕ КУРЕНИЯ

Национальный медицинский университет имени А.А.Богомольца, Киев, Украина

Эффективность выполнения медицинским персоналом своих функций по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни во многом зависит от отношения работников здравоохранения к курению, их курильного статуса, понимания важности данной проблемы и ответственности за проведение антитабачной работы среди пациентов и населения. Учитывая, что формирование отношения медицинских работников к курению закладывается в период обучения в школе и, особенно, в ВУЗе, изучение понимания данной проблемы студентами-медиками представляет особый интерес.
В Национальном медицинском университете имени А.А.Богомольца было организовано и проведено социологическое исследование по изучению отношения студентов медицинских ВУЗов разных регионов Украины к проблеме курения. Опрос 4,4 тыс. студентов-медиков показал, что подавляющее их большинство осознают пагубность этой вредной привички, поддерживают запреты на курение в общественных местах и имеют высокую потребность в специаль-

ных знаниях по профилактике курения и предоставлению помощи в отказе от курения.

Запрет продажи табачных изделий поддерживают от 79,0% до 96,1% опрошенных, запрет рекламы табачных изделий - 68,0% - 84,1%. Поддерживают запрет курения в ресторанах от 64,8% до 84,1% респондентов. Что касается запрета курения на дискотеках, то здесь студенты менее категоричны и поддерживают его от 49,5% до 60,1% опрошенных. За запрет курения во всех общественных местах высказались 45,5% - 85,3%.

Две трети студентов-медиков высказались за необходимость получения специальних знаний по оказанию поддержки в отказе от курения во время обучения в высшем медицинском учебном заведении. В том, что они должны служить ролевой моделью для своих будущих пациентов, уверены более 60,0% опрошенных. Они считают, что медицинские работники должны в своей повседневной практике советовать своим пациентам бросить курить. От 42,3% до 54,3% студентов разных медицинских ВУЗов уверены, что медицинские работники играют важную роль в предоставлении совета или информации пациентам относительно отказа от курения. При этом 62,8% - 69,7% респондентов уверены, что шансы пациента на отказ от курения существенно возрастают, если медицинский работник посоветует ему бросить курить.

Вместе с тем, исследованием установлено, что во время обучения в медицинском университете студенты получают недостаточно знаний по вопросам вреда от курения, причин приобщения к этой вредной привычке, подходов к отказу от курения, использования никотинзаместительной терапии, использования антидепресантов и др. Все это свидетельствует о целесообразности и необходимости введения специального образовательного курса по контролю над табаком для студентов высших медицинских учебных заведений.

Е.В. Грузева

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ КУРЕНИЯ СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ УКРАИНЫ

Национальный медицинский университет имени А.А.Богомольца, Киев, Украина

Широкая распространенность курения в молодежной среде, в т. ч. в студенческой, высокие уровни курения студентов высших медицинских учебных заведений вызывают особую обеспокоенность в Европе и мире, о чем свидетельствуют многочисленные научные публикации, статистические данные, обсуждение связанных с курением вопросов на различных международных и национальных форумах. Данная проблема является чрезвычайно актуальной для Украины, где в течение многих лет наблюдаются негативные тенденции к увеличению распространенности курения среди молодежи.

Целью нашей работы стало выявление истинных размеров курения среди сту-

дентов высших медицинских учебных заведений Украины, их региональных особенностей для обоснования профилактических мероприятий. Научное исследование выполнялось в рамках международного проекта глобального исследования распространенности курения среди студентов-медиков (GHPSS) в 49 странах мира под эгидой ВОЗ и Центра по профилактике и контролю за заболеваниями США (CDC). Оно является стандартизированным анонимным исследованием среди третьекурсников высших медицинских учебных заведений стран-членов ВОЗ, обучающихся по специальностям «медицина», «стоматология», «фармация», «медсестринство». Исследование, проведенное в 2009-2010 гг. в Украине, включало опрос 4,4 тыс. студентов-медиков III года обучения в разных регионах страны по единой международной методике с помощью специальной анкеты.

Результаты исследования свидетельствуют о том, что значительная численность студентов имеет опыт курения. В большинстве ВУЗов удельный вес студентов, пробовавших курить когда-либо, составлял 62,2 – 77,0 %. От 54,7% до 66,0% студентов, имевших опыт курения, приобщились к этой привычке до поступления в ВУЗ. В течение последнего месяца курили 23% - 50% опрошенных, причем ежедневно – от 3,0 % до 10,0%. На курение на территории ВУЗа указывали от 21,3% до 36,2% респондентов, в помещении – от 2,4% до 11,4%. Выявлены региональные отличия в распространенности курения среди студентов-медиков, коррелирующие с особенностями распространения этой вредной привычки среди населения данных регионов. Полученные данные использованы при разработке профилактических мероприятий и образовательных антитабачных программ.

Н.П. Ерофеев, Л.Б. Захарова, Е.Н. Парийская

САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА СТУДЕНТОВ – НЕОБХОДИМЫЙ ЭЛЕМЕНТ ИННОВАЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ

Санкт-Петербургский государственный университет,
Медицинский факультет, кафедра физиологии

Цель современного профессионального образования – воспитание специалиста, способного ориентироваться в потоке научной и прикладной информации. Однако, современная молодежь, обучающаяся на младших курсах, не умеет самостоятельно конспектировать и обобщать знания, полученные на лекциях, семинарах, практических занятиях, делать выводы, анализировать полученные данные. Большая часть студентов не имеют полного представления о возможностях поиска необходимой учебной и научной информации в библиотеках и электронных ресурсах. Важная роль для реализации этой цели принадлежит самостоятельной аудиторной и внеаудиторной работе. Ориентирование на самостоятельную работу связано и с возможностью совершенствования знаний путем обучения за рубежом и в профильных ВУЗах России. Самостоятельная работа студентов актуальна и в том смысле, что повышает конкурентоспособ-

ность индивидуальных знаний студента и ВУЗа в целом.
На кафедре физиологии медицинского факультета сложилась система обучения направленная на максимальное привитие студентам навыков самостоятельной работы. В ходе образовательного процесса студентам предлагается выполнение следующих учебных заданий: составление сравнительных и обобщающих таблиц, например, сравнения функций скелетной, гладкой мыщц и миокарда, подготовка эссе по темам изучаемых разделов физиологии, используя современные знания по частной проблеме из отечественных и иностранных медицинских журналов, разбор ситуационных задач, которые требуют самостоятельных комплексных решений и обобщений смежных знаний.
Самостоятельность мышления и активация индивидуальных способностей студентов ярко проявляются при выполнении курсовых работ. Для этих целей предлагается выполнение самостоятельных научно-исследовательских работ на современном высокотехнологичном оборудовании. Подведение итогов превращается на ежегодной конференции в триумф индивидуального творчества студентов.
Самостоятельная работа – это знания ради действий в будущей специальности.

Н.П. Ерофеев, Л.Б. Захарова, Е.Н. Парийская

ВНЕДРЕНИЕ СИСТЕМЫ «ОБРАЗОВАНИЕ-НАУКА-ПРАКТИКА» В УЧЕБНЫЙ ПРОЦЕСС НА КАФЕДРЕ ФИЗИОЛОГИИ СОЗДАЕТ ОСНОВУ КЛИНИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ

Санкт-Петербургский государственный университет,
Медицинский факультет

Периодическое переосмысление медицинского образования – естественный вектор на пути совершенствования подготовки отечественных врачей. Инновационный подход – это организация и внедрение системы «образование-наука-практика» в учебный процесс на Медицинском факультете СПбГУ.
Инновационное образование в курсе физиологии подразумевает овладение, прежде всего современными классическими дефинициями базовых знаний о регуляторных процессах в теле человека. Такой подход позволяет уже на втором курсе научить студента физиологическому мышлению, как предтечи клинического осмысления естественных процессов контроля функций в условиях патологии.
Именно поэтому такое образование должно быть связанно с лабораторным практикумом более тесно, чем традиционное. Инновационное образование в курсе физиологии предполагает создание новых знаний с помощью интегрирования классической фундаментальной науки непосредственно в учебный процесс путем использования современной аппаратуры для оценки функциональных систем организма человека. Изучение регуляторных возможностей систем организма на 2 курсе подразумевает конечную цель: научить студентов, в дальнейшем врачей, управлять этими функциями.

Личность лектора - аттрактор инноваций, вот почему лекции читают актуально работающие в научно-исследовательских учреждениях Санкт-Петербурга авторитетные специалисты: в области физиологии почки – академик РАН, Ю.В. Наточин, синаптической передачи чл.-корр. РАН
Л.Г. Магазаник, физиологии кровообращения – проф. В.А. Цырлин и проф. Н.П. Ерофеев (опыт чтения лекций около 40 лет). Иными словами, каждый раздел физиологии излагает в лекционном курсе общепризнанный исследователь, многие годы работающий в избранной области науки. Инновационное построение практикума открывает путь современным научным исследованиям.

Н.А. Литвинова, В.И. Иванов, Т.И. Кучко

РОЛЬ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА СТУДЕНТОВ В ПРОЦЕССЕ АДАПТАЦИИ К УМСТВЕННОЙ И ФИЗИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Кемеровский государственный университет

Особую актуальность в настоящее время приобретает изучение закономерностей адаптации человека к учебной и спортивной деятельности, результаты которого должны быть направлены не только на достижение успешности обучения и высокие спортивные результаты, но и на сохранение здоровья индивида.
Адаптация к комплексу новых факторов, специфичных для умственной и физической деятельности, представляет собой сложный многоуровневый социально-психофизиологический процесс и сопровождается значительным напряжением компенсаторно-приспособительных систем организма студентов.
Вместе с тем, остаются недостаточно изученными вопросы, касающиеся выявления взаимосвязи между успешностью деятельности и индивидуальными психофизиологическими особенностями учащейся молодежи.
Целью настоящей работы явилось изучение индивидуальных особенностей и механизмов адаптации студентов к учебным и спортивным нагрузкам. Изучались психофизиологические особенности у студентов, занимающихся на естественном факультете и студентов, занимающихся игровыми видами спорта и восточными единоборствами. Всего было обследовано 536 студентов на протяжении 5 лет в возрасте от 17 до 20 лет.
В процессе адаптации первокурсников к учебной деятельности выявляются два основных типа приспособительных реакций: информационный, характеризующийся активацией психоэмоциональной сферы, и энергетический, характеризующийся активацией вегетативной сферы.
Полученные нами данные свидетельствуют о том, что для прогностической оценки адаптивных возможностей студентов I курса необходимо учитывать индивидуально-типологические особенности высшей нервной деятельности и профиль асимметрии мозга: у студентов с высоким значением функциональной подвижности нервных процессов, работоспособности головного мозга и выраженными правыми моторными и левыми сенсорными признаками выявляются

признаки удовлетворительной адаптации; у лиц с низкими значениями основных свойств нервной системы и «неопределенной» сенсорной асимметрией выявляются признаки напряжения центральных механизмов регуляции.

К третьему курсу, студенты, обладающие высоким уровнем подвижности и силы нервных процессов, характеризуются успешностью в учебной деятельности, преобладанием тормозного процесса, низкими значениями по шкале психопатии, устойчивостью к стрессу и сбалансированной активностью симпатической и парасимпатической нервной системы. Студенты с низкими показателями подвижности и силы нервных процессов характеризуются повышенной возбудимостью и напряжением механизмов вегетативной регуляции.

Свойства нервной системы определяют индивидуальную изменчивость функциональной активности надпочечников и гонад – чем ниже уровень функциональной подвижности нервных процессов, тем выше активность адренокортикальной системы в покое и при сдаче экзаменов.

У спортсменов выявлены различия в показателях вегетативного реагирования между группами испытуемых, характеризующихся различным уровнем развития свойств основных нервных процессов и профиля функциональной асимметрии мозга при выполнении дозированных умственных и физических нагрузок: при выполнении сложной сенсомоторной деятельности и физической нагрузки малой интенсивности (25 Вт) у лиц с низкими характеристиками уровня функциональной подвижности нервных процессов и работоспособности головного мозга отмечаются более выраженные сдвиги показателей кардиореспираторной системы и энергетической стоимости работы по сравнению с лицами, характеризующимися высокими значениями данных свойств; при выполнении простой сенсомоторной деятельности и физических нагрузок средней и высокой интенсивности (50 и 100 Вт) существенных различий в изменении вегетативных функций у лиц, обладающих различным уровнем развития основных свойств высшей нервной деятельности, не выявлено; в восстановительном периоде после выполнения интенсивной физической нагрузки у лиц с высоким уровнем подвижности нервных процессов и работоспособности головного мозга наблюдается более быстрое восстановление функций дыхания и кровообращения по сравнению с лицами, имеющими низкий уровень свойств нервной системы.

Комплекс показателей, отражающий уровень развития когнитивных, личностных, нейродинамических качеств, сбалансированность вегетативной нервной системы, индивидуальный профиль асимметрии и активность эндокринной системы, может быть использован для системной оценки адаптивных возможностей студентов в динамике учебного процесса и успешности спортивной деятельности.

Методами корреляционного и регрессионного анализа установлена связь между успешностью умственной и спортивной деятельности и состоянием ряда физиологических и психофизиологических функций, личностными и когнитивными особенностями, что дает основание рекомендовать использование их для целей профильного обучения и профотбора.

В.К. Макаров, Е.А. Борисова

ФАКТОРЫ ВЫБОРА ПРОФЕССИИ СТАРШЕКЛАССНИКАМИ[28]

Санкт-Петербургский государственный университет,
Факультет психологии

Установлено, что правильный выбор профессии повышает самоуважение и позитивное представление человека о себе (R. Dore, E. H. Erikson), сокращает частоту физических и психологических проблем, связанных со здоровьем (A. H. Portigl), усиливает удовлетворенность жизнью (Е. М. Павлютенков, А. П. Чернявская, Х. Уарте, N. Schmitt, P. M. Mellon и др.)

В самом общем виде развитие личности человека А.В.Петровский представляет как процесс ее вхождения в новую социальную среду и интеграции в ней. Этот процесс (от младенчества до гражданской зрелости), нельзя представить иначе, как вхождение и общественно-историческое бытие, представленное в жизни человека его участием в деятельности различных групп, в которых он осваивается и которые он активно осваивает.

Достаточно сложный процесс развития личности в относительно стабильной среде еще более усложняется в связи с тем, что социальная среда в действительности не является однородной и индивид на своем жизненном пути оказывается последовательно и параллельно включен в общности, далеко не идентичные по своим социально-психологическим характеристикам. Принятый в одной референтной группе, он оказывается неинтегрированным, отвергнутым в другой, в которую включается после или одновременно с первой. Ему снова и снова приходится утверждаться в своей личностной позиции. Таким образом, завязываются узлы новых противоречий, отягощающих процесс становления личности, в крайних своих проявлениях приводящие к невротическим срывам. Помимо этого, сами референтные для него группы находятся в процессе развития, образуя динамическую систему. Он может быть интегрирован в них только при условии активного участия в воспроизводстве существенно важных для группы изменений. Поэтому наряду с внутренней динамикой развития личности в пределах относительно стабильной социальной общности надо учитывать объективную динамику развития тех групп, в которые включается личность, и их специфические особенности, их нетождественность друг другу.

Специфическая особенность подросткового периода, по сравнению с предыдущими, состоит в том, что вступление в него не означает вхождение в новую группу (если не возникла референтная группа вне школы, что очень часто случается), а представляет собой дальнейшее развитие личности в развивающейся группе. В изменившихся условиях (существенная перестройка организма, бурно протекающее половое созревание) группа становится другой, качественно изменяется. Дифференциация задач в различных видах деятельности порождает

[28] Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ в рамках научно-исследовательского проекта РГНФ («Стили общения школьников с нарушением интеллекта»), проект № 10-06-00058а

заметную дифференциацию школьников, которая ведет в одном случае к формированию просоциальных по своему характеру ассоциаций, а в другом – к возникновению ассоциаций, тормозящих, а иногда и искривляющих развитие личности.

На примере подросткового возраста можно было бы показать, что микроциклы развития личности протекают для одного и того же школьника параллельно в различных референтных группах, конкурирующих для него по своей значимости. Успешная интеграция в одной из них (например, в школьном драматическом кружке или в гетерогенной по признаку пола диаде на стадии первой влюбленности) может сочетаться с дезинтеграцией в уличной компании, в которой он до этого без трудностей прошел фазу адаптации. Индивидуальные качества, ценимые в одной группе, отвергаются в другой, где доминируют иная деятельность и иные ценностные ориентации, и это блокирует возможности успешного интегрирования в ней.

Следует подчеркнуть, что потребность быть личностью в этом возрасте приобретает отчетливую форму самоутверждения, объясняемую относительно затяжным характером индивидуализации, поскольку личностно значимые качества подростка, позволяющие ему вписываться, например, в круг дружеской компании сверстников, зачастую не соответствуют требованиям учителей, родителей и вообще взрослых, которые отодвигают его на стадию первичной адаптации. Множественность, легкая сменяемость и содержательные различия референтных групп, тормозя прохождение фазы интеграции, создают вместе с тем специфические черты психологии подростка, участвуют в формировании психологических новообразований. Устойчивую позитивную интеграцию личности обеспечивает вхождение ее в группу высшего уровня развития.

Предложенная А. В. Петровским (1998) концепция развития личности в онтогенезе и его периодизация опирается на богатый опыт конкретных исследований и не противоречит полученным на их основе выводам. Вместе с тем она выдвигает новые задачи для изучения, к примеру, специфических особенностей критических (но не обязательно кризисных) фаз индивидуализации внутри каждого возрастного периода. Эта концепция позволяет понять действие социально-психологических закономерностей, соответствующих типу и уровню развития группы, доминирующих на разных ступенях онтогенеза. Она открывает возможности эффективного педагогического воздействия на референтных лиц, "значимых других".

Данная концепция открывает пути осмысления и соотношения детерминант развития личности, складывающихся в общностях, в которые оказывается не только последовательно, но и параллельно включен ребенок, задержек и застоя развития личности на фазе адаптации или индивидуализации, принимающих в отдельных случаях патологический характер, и многих других.

К наиболее значимым факторам социального выбора следует отнести влияние таких референтных групп как семья, сверстники и школа. Примечательно, что позиция родителей может противоречить требованиям даже социальной среды. Влияние родителей на профессиональный выбор детей может быть как непо-

средственным (семейные традиции, образовательный уровень родителей, домашние условия), так и опосредованным. При этом родители используют разные способы влияния: обучают своей профессии, поощряют или осуждают интересы и увлечения ребенка, создают особую семейную атмосферу, привлекают внимание к своей профессии личным примером и т.п.. Родители направляют или ограничивают профессиональный выбор своих детей, настаивая на продолжении или прекращении обучения, определяя обучение в определенной школе или вузе, показывая ценность выбранной ими профессии или специализации. Мотивация родителей при этом может быть различна и не всегда отражает индивидуальные потребности и возможности ребенка. Например, это может быть неосознанное желание осуществить свои профессиональные мечты, неверие в возможности ребенка, материальные соображения, желание видеть ребенка на более высоких ступенях социальной лестницы и т. п. По данным исследований А. Е. Голомштока (1979) и И. В. Дубровиной (1995), высокий уровень образования матери и профессиональный статус отца способствуют согласию детей с их мнением по поводу выбора профессии.

Позиция родителей в профессиональном выборе детей варьирует от предоставления полной свободы до не согласия с выбором ребёнка. В первом случае родители требуют самостоятельности, ответственности, инициативы, во втором – предлагают собственный выбор или пересмотр своих планов и выбор другой профессии. Правильному выбору профессии часто мешают установки родителей, которые стремятся, чтобы дети в будущем компенсировали их ожидания в той деятельности, в которой они не смогли себя полностью проявить. Наблюдения показывают, что в большинстве случаев дети соглашаются с выбором родителей, рассчитывая на их помощь при поступлении в какое-либо учебное заведение или опасаясь порицания и даже разрыва отношений.[29]

Отношение между родителями и детьми приводит к формированию у детей определенных установок, потребностей, интересов, одним из проявлений которых становится выбор профессии. Семейное воспитание является источником формирования жизненных ценностей и убеждений, создает модель образа будущей жизни. Так, например, дети (особенно девочки) работающих матерей отличаются более высокой мотивацией достижения и большим стремлением сделать карьеру, чем, дети, чьи матери не работают. Богатый жизненный опыт родителей часто помогает адаптироваться детям в новых социальных условиях. Устремленность родителей на повышение собственной квалификации, образования, культуры создает необходимые предпосылки для развития у детей профессиональных интересов. И наоборот, проявления эгоизма, равнодушия, негативное отношение к труду затормаживают профессиональное формирование детей, разрушающе влияют на их социально-нравственные ориентации. Ошибки профессионального выбора старшеклассников во многом зависят от семейной системы и от условий воспитания, в частности, от уровня ответственности родителей за выбор профессии их детьми, понимания своих родительских функций и обязанностей; от стиля воспитания; информированности о потребностях, инте-

[29] Климов Е.А. Как выбирать профессию. М.: Просвещение, 1991

ресах и возможностях своих детей (С. В. Липпо, Р. В. Манеров, С. Т. Посохова, 2008)

Значительное влияние родительской семьи на профессиональный выбор позволяет В. И. Крюковой (2004) считать данный фактор системообразующим.

Для профессионального выбора важна также информация об избираемой профессии, полученная от профессионала в той же области деятельности, вне зависимости от того, кем этот профессионал приходится субъекту выбора. Его влияние, по мнению В. И. Крюковой, на профессиональный выбор старшеклассника порой «перекрывает» воздействие советов родителей и «семейной» информации о профессии.

В педагогической психологии не исключается влияние сверстников на выбор профессии, поскольку общение с друзьями в подростковом и раннем юношеском возрасте превращается в один из наиболее значимых способов общения, благодаря которому познаются все аспекты взаимодействия с миром. Позиция друзей как референтной группы также может стать определяющей в выборе профессии. В этом контексте можно рассматривать идеи, высказанные И. С. Коном (1989), Л. А. Головей (1999), которые отмечают влияние друзей и сверстников на формирование профессиональных планов.

Школьная профессиональная подготовка, включающая в себя создание условий для формирования профессиональной направленности, самоопределения и, в конечном итоге – профессионального выбора, по мнению А. М. Клемешова и Е. В. Маслова (2007) должна строиться в соответствии с изменением социальных условий развития общества. Надо учитывать, что первоначально социальная среда, главным образом, семья и школа, определяет изменения внутренней жизни ребенка, его потребностей и форм активности, что, в свою очередь, перестраивает его взаимоотношения с окружающим миром и обществом. Социальная среда побуждает включаться в новые формы сотрудничества с людьми и определяет новые формы собственной деятельности. Новые формы активности раскрывают перед учащимися непознанные, чаще всего наиболее привлекательные аспекты профессиональной деятельности взрослых. В результате возникают качественные новообразования в сфере как профессиональной направленности и самоопределения, так и профессионального выбора. Субъективные и объективные достижения в этих сферах способствуют появлению новых потребностей, побуждающих к освоению иных способов их удовлетворения. Таким образом, профессиональный выбор можно рассматривать как процесс формирования и трансформации единства социально-значимых представлений о профессии и потребностно-мотивационной сферы старшеклассников.

Особенности образовательной практики, затрудняющие формирование профессионального самоопределения старших школьников региона в процессе профильного обучения: отсутствие учета потребностей региона в специалистах при формировании профессионального самоопределения старших школьников; преобладание мотивов выбора старшими школьниками профессий, которыми современный рынок труда перенасыщен; неумение выпускников школ свободно ориентироваться в вопросах выбора рода будущих занятий в рамках общест-

венно необходимого разделения труда, так как они практически не информированы о профессиях, востребованных в условиях развития экономики региона; недостаточная готовность педагогов школ к формированию профессионального самоопределения старших школьников в процессе профильного обучения; отсутствие у большинства старших школьников адекватной самооценки своих возможностей и способностей, отсюда – не обоснованный ими выбор профиля обучения и будущей профессии и т. д.

Перед современной отечественной школой встает задача воспитания учащихся в соответствии с теми требованиями, которые к ним, как будущим профессионалам, предъявляет общество. Социальные факторы отражают общее состояние и тенденции развития образовательной системы в нашей стране. В эмпирических исследованиях выявлен ряд *педагогических условий, способствующих развитию профессионального выбора учащихся*, которые побуждают к познанию себя и реализации возможностей, к самоутверждению, стимулируют к включению в сознательную деятельность (О. Г. Грохольская, А. Б. Добрович, И. А. Зимняя, В. А. Кан-Калик, А. С. Макаренко, Н. Д. Никандров, П. И. Пидкасистый, Г. Л. Станкевич, И. С. Якиманская, Богданов И., Лазарев С., Ануфриенко С., Чмыхова Е., Усольцева И., Калинина Н. Психология и педагогика, 2005 и др.):

Проведенное Г. Г. Тупикиной (2006) исследование показало, что учителя школ не готовы к решению проблемы формирования профессионального самоопределения старших школьников в процессе профильного обучения. Опрос учителей показал, что только 49% респондентов «частично удовлетворены» своей подготовкой к реализации поставленных задач, 28% - «не удовлетворены» и 23% затруднились ответить на этот вопрос.

Педагоги школ не готовы к работе по профильному обучению и формированию профессионального самоопределения старших школьников. Это связано с тем, что у них отсутствует практическая подготовка к этой деятельности. Недостаток внимания и времени учителей для ознакомления с особенностями профильного обучения и формированием профессионального самоопределения старших школьников; неполное использование возможностей школы для изучения индивидуальных психологических особенностей учащихся старших классов и организации профконсультаций; недостаточная материально-техническая база школ для осуществления профильного обучения и др. также не способствуют задачам формирования профессионального самоопределения старшеклассников.

Системная детерминация профессионального выбора предполагает взаимодействие социальных факторов и психологических. Соотношение между ними в выборе профессии колеблется от полного совпадения и до полного рассогласования. Проблема роли психологических факторов в профессиональном выборе не является новой. Однако актуальность ее сохраняется, несмотря на длительность изучения.

К исследовательским достижениям можно отнести теоретически и экспериментально обоснованный перечень психологических факторов выбора профессии.

В этот перечень входит ряд интегральных факторов, в частности: интеллект, интересы, способности, направленность личности, субъективный образ выбранной профессии, мотивационно-потребностная сфера, образ себя в профессии, психофизиологические особенности и т.п.

В разных исследованиях иерархия мотивов профессионального выбора несколько меняется, но все они, по мнению Е. М. Борисовой (1995), группируются вокруг трех главных: связанных с содержанием труда, овладением мастерством; с потребностями общения, оценки престижа; с материальными потребностями.

В исследовании Л. А. Головей (1996) была выявлена роль познавательных интересов в адекватном профессиональном выборе подростков.

Рассматривая факторы профессионального выбора, мы должны учитывать, что старшеклассники в этом процессе могут проявить свою субъектность в смысле самостоятельной реализации своих профессиональных предпочтений. Как показали исследования А. А. Азбель (2004), Л. В. Рыкман (2004), Л. В. Макеевой (2002), А. В. Сперанской (2008), выбирая профессию, сам школьник ориентируется на три ряда факторов. *Первый ряд* включает в себя личные интересы, склонности. Нередко это не узко индивидуалистические интересы, а общественно значимые, которые могут доминировать. Сюда же входят: удовлетворение материальных и духовных потребностей; общественная оценка профессии, ее престиж; содержание деятельности; условия, в которых она протекает; возможности квалифицированного роста и продвижения; профессиональная среда со специфическими формами общения и др.

Второй ряд связан с пониманием школьником того, «где я нужен», пониманием места выбираемой профессии в структуре общества, необходимости в кадрах, ощущаемых определенными регионами страны, знаниями о мире профессий. Если первый ряд формируется под влиянием определенных воспитательных воздействий, то второй отражает, главным образом, уровень ознакомления с потребностями общества в рабочих руках и самими профессиями.

Третий ряд факторов связан со знаниями о своих способностях, возможностях, индивидуально-психологических особенностях, что во многом определяется культурой психологических знаний.

Точка зрения исследователей и школьников позволяет считать, что профессиональный выбор, в конечном счете, демонстрирует, насколько успешно взаимодействует сам школьник, семья, школа и общественная среда. Нарушение системной организации профессионального выбора в связи с недостаточной активностью какого-либо ее участника приводит к ошибкам. Среди основных причин ошибочного профессионального выбора исследователи (А. А. Левко, Е. О. Мороз, Е. Е. Чистякова, Н. Н. Ленковец, 2006) называют:

– отношение к выбору профессии как единственному и неизменному варианту;

– отношение к выбору сквозь призму престижности или непрестижности профессиональной деятельности;

– ошибки влияния (родственников, друзей, других людей из значимого окружения);

– перенос отношения к определенному профессионалу-человеку на отношение к самой профессии;
– внимание к внешней или какой-либо частной стороне профессии;
– отождествление школьного предмета с какой-либо профессией;
– слабая осведомленность о собственных психофизиологических возможностях и способностях;
– слабая информированность о выбираемой профессии;
– конфликт между смыслом профессии и перспективой реализации в ней.

Минимизация ошибок может быть достигнута, если внимание будет смещено в плоскость изучения Я-концепции как интегрального личностного образования, играющего в профессиональном выборе мотивирующую роль.

Таким образом, проблема формирования профессионального самоопределения старших школьников не является новой. В решении этой проблемы важное место занимает школа, которая способствует социализации старших школьников, развитию их склонностей, способностей и интересов, формированию профессионального самоопределения. Взаимосвязь профильного обучения и профессионального самоопределения старших школьников имеют большое значение для современной школы. Введение предпрофильной подготовки способствует адекватному выбору профиля обучения в старших классах учащимися общеобразовательной школы, что, в свою очередь, оказывает положительное влияние на ориентацию учащихся в сфере будущей профессиональной деятельности и профессиональное самоопределение старших школьников.

spbvest12@gmail.com

Е.Н. Парийская, Н.П. Ерофеев, Л.Б. Захарова

ПОТЕНЦИАЛ САМООБРАЗОВАНИЯ НА МЕДИЦИНСКОМ ФАКУЛЬТЕТЕ СПБГУ РЕАЛИЗУЕТСЯ ЧЕРЕЗ АДЕКВАТНО ОРГАНИЗОВАННЫЙ УЧЕБНЫЙ ПРОЦЕСС

Санкт-Петербургский государственный университет,
Медицинский факультет

Современное высшее образование ориентировано на воспитание личности, которая обладает творческим отношением к деятельности, критичностью мышления и самостоятельностью. Эти качества закладываются в процессе самостоятельной познавательной деятельности студентов. Основной задачей студента во время обучения является получение новых знаний на основе опорных базовых умений и навыков, полученных в школе из математики, химии, физики, биологии - первой ступени познания. Образование на младших курсах в Санкт-Петербургском государственном университете на Медицинском факультете направлено на формирование опыта самостоятельной деятельности обучающихся. Вектор подготовки современного врача направлен на умение ориентироваться в потоке научной и прикладной информации, находить ее самостоятельно, работать с новыми технологиями, т.е. заниматься самообразованием в течение

всей профессиональной деятельности. Ориентирование на самостоятельную работу на нашем факультете также связано и с возможностью совершенствования знаний путем обучения за рубежом и в профильных ВУЗах России. В настоящее время опыт преподавания показывает, что большинство студентов не умеют правильно организовать самостоятельную работу. Задача преподавателей кафедры физиологии направлена на формирование у студентов потребности узнать, освоить что-то новое, неизвестное, нужное и важное для себя, для применения в будущей профессиональной деятельности. Организация учебного процесса на кафедре физиологии нацелена на формирование у студентов второго курса образа врача-исследователя. Лекции и практические занятия проходят в классе-лаборатории, оснащенном интерактивной доской и современным высокотехнологичным оборудованием. Для изучения нормальной физиологии, а также для выполнения самостоятельной работы на практических занятиях используется компьютерный практикум в форме деловых игр, моделирующий эксперименты, блиц-тестирование по всем разделам курса. На кафедре разработана серия учебно-методических пособий для самостоятельной работы студентов, специфика которых состоит в том, что помимо информационно-справочного материала они выполняют функцию активизатора творческой деятельности студентов при заполнении ими специально разработанных таблиц, схем, блоков. Для успешного освоения дисциплины создан веб-сайт, который снабжен видеотекой, флеш-анимациями по каждому разделу физиологии. На сайте указаны: программа курса, календарно-тематические планы, экзаменационные вопросы, обучающие презентации, литература для обязательного и дополнительного изучения дисциплины, литература для подготовки и выполнения курсовой работы, адреса в глобальной компьютерной сети Интернет, которые можно использовать для самостоятельной работы. Указанный подход в преподавании фундаментальной дисциплины – физиологии повышает активность студентов в перестройке мотивационной сферы обучения, побуждает их к активным действиям ставить самостоятельные и гибкие цели учебной и исследовательской работы под руководством преподавателя. Учебными инструментами этого являются выполнение студентами курсовых работ с использованием широкого спектра современного высокотехнологичного оборудования. Для реализации этих студенческих научно-исследовательских проектов используются: диагностический комплекс «Валента» (для оценки функций кровообращения, дыхания), электроэнцефалограф, пульоксиметр, лазерный доплеровский флоуметр, «НС-ПсихоТест» (физиологические и психологические тесты по изучению особенностей нервной системы, психических процессов и состояний, личностных свойств, активности личности, качества жизни и социальной адаптации). Конечной целью организованного, таким образом, учебного процесса на Медицинском факультете является формирование клинического мышления у студентов второго курса через эксперимент и последующий анализ его результатов. Иными словами, самостоятельная работа студента, рассматриваемая в общем контексте его самообразования, представляет собой высшую форму его учебной деятельности по критерию саморегуляции и целеполагания.

М.А. Пахмутова

САМООРГАНИЗАЦИЯ ЛИЧНОСТИ СТУДЕНТОВ КАК УСЛОВИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Санкт-Петербургский государственный университет

Вопросам здорового образа жизни студентов уделяется сегодня особое внимание, так как каждый специалист должен обладать не только компетентностью, но также и хорошими показателями здоровья (высокой работоспособностью, устойчивостью к стрессам и т.д.). Многие ученые констатируют высокий уровень заболеваемости студенческой молодежи, что связано с небрежным отношением к собственному здоровью и отсутствием ориентации на ведение здорового образа жизни. При этом отмечается высокий интерес студентов к информации об охране здоровья и профилактике заболеваемости. Вероятно, учащимся не хватает навыков организации собственной жизнедеятельности и способности к планированию мероприятий, направленных на укрепление здоровья.

Понятие самоорганизации, зародившееся первоначально в области физики, сейчас активно разрабатывается в психологии, педагогике, менеджменте и других науках. В современной литературе самоорганизацию определяют как деятельность и способность личности, которые связанны с умением организовать себя и проявляются в целеустремленной активности, обоснованной мотивации, планировании своей деятельности, самостоятельности, быстром принятии решения и ответственности за него. Попадая в учебное заведение, студенты имеют определенные навыки самоорганизации, усвоенные в дошкольных и школьных учреждениях, а также через семейное воспитание. В процессе обучения в вузе эти навыки укрепляются и развиваются, так как для успешной учебной деятельности студенты должны рационально распределять свое время и свои нагрузки.

Некоторые учебные заведения, понимая важность навыков самоорганизации, вводят специальные часы, посвященные вопросам самоуправления и рационального планирования деятельности. Возможно, наиболее результативно будет не только введение в обязательную программу часов по основам самоорганизации, но также включение часов, связанных с вопросами планирования здорового образа жизни, участием в профилактических мероприятиях вуза, а также рассмотрением морально-нравственных аспектов здоровья молодежи.

marbry@mail.ru

И.В. Пашина, Н.В. Шеставина

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КУРЕНИЯ СРЕДИ СТУДЕНТОВ ПЕРВОГО КУРСА

Курский государственный медицинский университет Росздрава
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Нами было опрошено 131 студент первого курса лечебного факультета. Возраст опрашиваемых 17-19 лет. Девочек было 96, а мальчиков – 35 человек. На вопрос «курите ли вы?» 8,4% девочек ответили утвердительно, 88,6% - ответили, что не курят и 3% сказали о том, что они бросили курить. Среди мальчиков «да» ответили 42,7%, «нет» - 51,2% и 5,8% заявили, что бросили курить.
Среди курящих ситуация распределилась следующим образом. Стаж курения менее года у 40% мальчиков и у 87,5% девочек. Учитывая, что студенты опрашивались нами на 2-4 месяце обучения в университете, можно предположить, что курить они начали после поступления в университет, переезд на новое место жительства, где снижен родительский контроль. Стаж курения от 2 до 5 лет отметают у себя 14,3% мальчиков и 2,1% девочек. Более 5 лет среди опрашиваемых курят только двое мальчиков со стажем курения 7 и 9 лет. Отвечая на вопрос о количестве выкуриваемых сигарет в день, 90% девочек и 60% мальчиков ответили - 2-5 сигарет. На вопрос «как вы начали курить?» 88,3% мальчиков и 81,9% девочек ответили: «за компанию» и «чтобы показаться взрослым» 11,7% мальчиков и 9,1% девочек. Смена круга общения в университете, где большинство студентов не курят и введены различные мероприятия по профилактике курения, по нашему мнению приведет к отказу от курения и предотвращению начала курения среди некурящих студентов. Подавляющее большинство студентов отмечают резко негативное отношение родителей к их курению, хотя 60% родителей мальчиков знают об их курении и только 25% родителей девочек. Студенты лечебного факультета в будущем предполагают работать врачами различного профиля, и, в связи с этим, нами был задан вопрос об отношении их к курящим врачам. Половина всех студентов (как курящих так и не курящих) заявили о своем резко негативном отношении к курению среди медицинских работников. На вопрос «считаете ли вы, что курение вредно для здоровья?» положительно ответили 97% всех опрошенных студентов. Не знакомы с негативным влиянием курения на организм 3% опрошенных. Практически все (98%) поддерживают желание бросить курить у своих знакомых.
Наш университет в настоящее время является зоной свободной от курения, но все же требуется усилить мероприятия, направленные на профилактику курения среди молодежи.

piv1424@mail.ru

Н.П. Пенкин

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСНОВЫ РЕГИОНАЛЬНОЙ ОТРАСЛЕВОЙ СИСТЕМЫ ОБРАЗОВАНИЯ

Ижевская государственная медицинская академия

Образовательные системы, осуществляющие подготовку медицинских работников, относятся к отраслевым, главные элементы которых – образовательные заведения (ИГМА, средние специальные учебные заведения – медицинские училища и колледж), являются одновременно элементами систем образования и здравоохранения, что определяет некоторые особенности их функционирования. Любая система должна иметь собственную организационную структуру, принципы и механизм функционирования. К основным требованиям при выборе оптимальной организационной структуры управления относятся: оптимальность состава звеньев управления и взаимосвязей между ними в процессе управления; соответствие целям управления; рациональное сочетание централизации, децентрализации и интеграции функций управления; четкое сбалансированное распределение обязанностей, ответственности. Учитывая позитивный характер сложившихся связей между ИГМА и региональными и муниципальными органами управления здравоохранением, а также признавая отраслевую специфику системы медицинского образования, возникает необходимость подписания договора о сотрудничестве между Министерством здравоохранения УР и медицинской академией по аналогии с существующими договорными отношениями между ВУЗом и клиническими базами. Это позволит более конструктивно решать проблемы улучшения здоровья, снижения заболеваемости и смертности, в том числе носящей региональные особенности. В частности для полного использования потенциала ВУЗа назрела необходимость его привлечения к реализации целевых программ в области здравоохранения (из 6 федеральных и 9 региональных медакадемия участвует в реализации 3).

Условия договора могли бы предусматривать участие региона в укреплении материальной базы, оснащении академии современным оборудованием и компьютерной техникой, необходимыми для подготовки, переподготовки и повышения квалификации врачей.

Разработка и реализация такой системы образования позволит не только повысить качество подготовки медицинских работников и улучшить показатели здоровья населения региона, но и более рационально использовать финансовые, материальные и трудовые ресурсы как республиканского, муниципального, так и федерального уровня.

igma45@mail.ru

Н.Н. Петрова

ОСОБЕННОСТИ СОВЛАДАНИЯ СО СТРЕССОМ У СТУДЕНТОВ

Санкт-Петербургский государственный университет,
Медицинский факультет

Состояние здоровья человека во многом определяется адаптивными резервами, характером и направленностью в системе организм-среда. Оптимизация здоровья тесно связана с феноменом адаптации. Обучение в вузе представляет собой ситуацию изменения жизнедеятельности, запускающую процессы адаптации. Особая роль в обеспечении успешности психической адаптации отводится таким психологическим факторам, как стратегии совладания со сложными стрессовыми ситуациями (копинг) и психологические защитные механизмы личности. В исследованиях последних лет процессы копинга и механизмы психологической защиты рассматривают как единый адаптационный процесс, который условно называют «индивидуальный стиль защитно-совладающего поведения».

Копинг (совокупность различных способов преодоления стресса, сформированных и закрепленных в процессе жизни) является целостным защитным механизмом, который, используя личностные копинг-ресурсы (определяемые личным и социальным статусом больного) и средовые копинг-ресурсы (определяемые условиями его внешнего окружения), реализуются в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах. Копинг расценивается с точки зрения выполнения им двух основных функций: регуляция эмоций (копинг, нацеленный на эмоции) и управление проблемами, вызвавшими дистресс (копинг, нацеленный на проблему). Совладающее поведение считается преимущественно осознаваемым, используемым человеком во фрустрирующих ситуациях.

Психологическая защита может рассматриваться как система стабилизации личности, проявляющаяся в устранении или сведении к минимуму отрицательных эмоций, прежде всего тревоги, возникающих при критическом рассогласовании картины мира с новой информацией, но при этом не ведущих к разрешению конфликта. Механизмы психологической защиты делят на успешные и неуспешные. Результатом успешной защиты является прекращение импульсов, провоцирующих тревогу. Все защитные механизмы имеют общие черты: действуют в подсознании, фальсифицируют и искажают действительность.

Целью исследования явилось изучение особенностей совладающего со стрессом копинг-поведения и психологической защиты личности студентов как группы риска в отношении психической дезадаптации. Методом сплошной выборки обследовано 50 человек в возрасте 19,3$\pm$0,15г., из них 22 юноши. На момент проведения обследования все были практически здоровы. Исследование осуществлялось с применением экспериментально-психологических методик Хейма, Лазаруса и «Индекс жизненного стиля» (LSI) — Life style index Плутче-

ка-Келлермана.

Исследование позволило установить ряд характерных особенностей защитно-совладающего поведения студентов в отличие от общей популяции.

Согласно методике Хейма. во всех сферах копинг-поведения достоверно преобладают неконструктивные, отличающиеся пассивностью, механизмы совладания со стрессовыми ситуациями. В когнитивной сфере ведущим является копинг «диссимуляция», связанный с недооценкой существующих проблем (50% случаев). У 34% обследованных отмечено «смирение» (перед лицом трудностей). В остальных наблюдениях имеет место «игнорирование» проблемы. Все эти варианты копинга связаны с отрицанием проблем и обусловливают отказ от их решения. Эмоциональная сфера характеризуется превалированием «подавления эмоций» (62%), что ограничивает возможность получения социальной поддержки и повышает риск психосоматических расстройств. В 36% случаев выявлен «протест», который принято рассматривать как конструктивный механизм совладания, предполагающий активную позицию неприятия существующего трудного положения. Несколько более благоприятно сформирована поведенческая сфера копинга. Относительно доминирующим в группе является адаптивная стратегия «альтруизм» (40% случаев). Однако примерно с такой же частотой встречается «активное избегание» – неконструктивный механизм совладания, ведущий к уходу от решения проблемы. В 22% случаев присутствует относительно конструктивный вариант – «отвлечение», который также сопряжен с отказом от конструктивного разрешения трудной ситуации путем «погружения в любимое дело».

Анализ совладающего поведения студентов по результатам методики Лазаруса показал, что наибольшей выраженности достигают копинг-стратегии «Планирование решения проблемы» (69,3$\pm$18,0 балла по методике Лазаруса) и «Самоконтроль» (67,0$\pm$15,2 балла). Планирование решения проблемы характеризует произвольные проблемно–фокусированные усилия по изменению ситуации, включающие аналитический подход к решению проблемы. «Самоконтроль» характеризует усилия по регулированию своих чувств и действий, контролирование эмоций, что аналогично «подавлению эмоций» в понимании Хейма. Менее всего выражен «конфронтативный копинг», которому свойственны активные, агрессивные усилия по изменению ситуации. Этот вариант копинга предполагает определенную степень готовности к риску; определяет действия, направленные на активное отстаивание своего мнения и желаний в отношениях с окружающими и попытки добиться своего, а также характеризует хаотичную деятельность, не направленную на изменение ситуации (главное — «делать хоть что-нибудь»), и попытки агрессивной разрядки отрицательных эмоций, вызванных ситуацией.

Копинг-стратегии различаются у студентов разных факультетов. Так, например, студентам медицинского факультета в большей степени свойственна «положительная переоценка» (фокусирование на росте собственной личности), а для студентов технического факультета не характерно «избегание» (решения проблемы) (соответственно $r=0,33$ и $r=–0,37$; $p<0,05$).

Выявлена взаимосвязь «принятия ответственности» (на себя за разрешение сложной ситуации) и депрессией с чувством вины.
Таким образом, несмотря на достаточную способность к когнитивной оценке проблем, возможности адекватного поведения в сложных жизненных ситуаций у студентов снижена. Отчетливо преобладают пассивные, неэффективные способы совладания со стрессом. В целом, доминируют механизмы совладания, направленные на редукцию эмоционального напряжения и переоценку проблемы, а не на активное изменение ситуации. Особенности копинг-поведения обусловливают ограничение копинг-ресурсов в виде социальной поддержки ввиду отсутствия поведенческого «сигнала», «запроса» о помощи, а также предрасположенность студентов к психосоматическим расстройствам.
Напряженность, выраженность большинства вариантов психологической защиты по методике ИЖС повышена по сравнению с нормативными показателями, что свидетельствует об актуальности процесса адаптации студентов. Исключение представляет только механизм «интеллектуализация» («рационализация»), не отличающийся по выраженности от популяционного показателя. В структуре психологической защиты личности студентов достоверно доминирует по сравнению с общей популяцией защитный механизм «отрицание» (проблем, игнорировании потенциально тревожной информации). Примерно так же выражена напряженность защиты «замещение», осуществляющей перенос действия, вызванного напряжением, созданным неудовлетворенной потребностью, с недоступного объекта на доступный. К формам замещающей деятельности может относиться аддиктивное поведение. Несколько в меньшей степени выражена «проекция», связанная с бессознательным переносом неприемлемых чувств, желаний, стремлений во вне и нередко сопряженная с агрессией.
Таким образом, «симптомокомплекс дезадаптации» представлен у студентов повышенным уровнем напряженности психологических защит, преобладанием в структуре защиты личности механизмов «замещения» и «проекции», избегания и чрезмерной ответственностью в преодолении жизненных трудностей (фиксированностью на проблеме). Выявленные особенности могут служить в качестве «мишеней» психокоррекционной работы с данным контингентом здоровых лиц как группы риска в плане психической дезадаптации.

О.Е. Пискун, В.Л. Веретенников, В.А. Чистяков

МОНИТОРИНГ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ СТУДЕНТА

Санкт-Петербургский государственный политехнический университет

Если с мониторингом физического развития и физической подготовленности, все более или менее ясно – измеряемые параметры закреплены законодательно, то мониторинг психического состояния требует дополнительного обсуждения.
На сайте [1] высказывается мнение, с которым мы согласны, что «независимо от социального или этнического происхождения, индивид, живущий в техноло-

гическом, урбанизированном обществе, должен обладать совокупностью определенных психологических черт, обеспечивающих социальную адаптацию, т.е. успешное функционирование в этом обществе. Эти черты обычно формируются по мере более или менее упорядоченного продвижения через различные стадии развития. Для каждой из стадий характерен набор задач, с которыми человек должен справиться, и набор черт, которые он должен приобрести, чтобы лучше подготовиться к следующей стадии. Таким образом, суждение о психическом здоровье индивида должно соотноситься со стадией его развития, а также с его генетическим наследием и культурным окружением».

«За последнее десятилетие состояние психического здоровья подростков стало приоритетной медико-социальной проблемой. По данным Всероссийской диспансеризации детей (2002) у подростков от 15 до 18 лет темпы роста заболеваемости за 10 лет в 2 раза выше, чем среди детей 0–14 лет. Заболеваемость подростков от 15 до 18 лет возросла с 786,0 в 1992 г. до 1356,4 в 2002 году (в 1,7 раза), распространенность соответственно с 4778,5 до 5858,8 (в 1,2 раза) на 100000 детей соответствующего возраста. По данным МЗ РФ (2001), в 2000 году в амбулаторно-поликлинических психоневрологических учреждениях наблюдалось 238 тыс. подростков»[2]

«Психический статус — это концентрированное, последовательное и в то же время детальное описание состояния психических процессов больного и его личности с акцентом на психопатологической симптоматике. При этом можно использовать психиатрическую терминологию, но желательно по возможности избегать квалификационных определений без подробного описания их проявлений» [3].

Психический статус носит описательно-информативный характер с достоверностью психологического (психопатологического) «портрета» и с позиции клинической информации (т.е. оценки). Не следует употреблять термины и готовое определение синдрома, так как всё изложенное в «статусе» должно быть объективным выводом при возможной вероятности дальнейшего субъективного толкования полученных данных.

В настоящее время сложилось два направления измерения психологического состояния: аппаратный метод и метод психологического тестирования.

1. Известные профессиональные методики психологической диагностики способны на сегодняшний день обеспечить точность, приемлемую для решения ответственных задач массового тестирования.

2. Основная проблема традиционных методик состоит в низкой полноте точных диагностических решений.

3. Способы увеличения эффективности (точности и полноты) традиционной линейной модели психологической диагностики связаны с повышением общего уровня стандартизации тестовых шкал и разработке частных стандартов по различным половозрастным, социальным и другим группам населения.

Классическая математическая статистика, которой пользуются при построении оценочных шкал, не способна служить методологической основой наук о сложном феномене психического. Она рассматривает человека как реализацию слу-

чайной величины и оперирует фиктивными усредненными по полной выборке характеристиками этой величины. Такое представление бывает уместно в редких случаях. Его использование, с одной стороны, принципиально ограничивает возможности получения точных и полных тестовых оценок, с другой – препятствует извлечению из данных новых знаний.

Известно много достижений, например, психофизиологии, описывающей связи физиологических процессов в организме с проявлениями психического, нейропсихологии о зависимостях между особенностями функционирования нейронных ансамблей и психическими свойствами, генетической психологии о наследовании различных черт характера, темперамента, психических заболеваний и др. Вместе с тем накопленные сведения основаны на различных теоретических базах, экспериментальных технологиях, описаны на разных научных языках и пока не поддаются междисциплинарному обобщению, не говоря уже об интеграции с современными космологическими теориями.

Таким образом, на качественном уровне связи элементов организма человека с его психическими свойствами были известны уже давно. Однако количественное выражение подобных связей стало возможным лишь в наши дни, благодаря соединению ряда обстоятельств.

Аппаратным методам исследования психофизического состояния посвящен целый ряд работ. Так на сайте [4] представлен программно-аппаратный комплекс для оценки состояния и свойств психики по кардиоритмограмме. Информация на сайте предназначена преимущественно для лиц, чья профессиональная деятельность в той или иной степени связана с решением задач психопрофилактики, диагностики и коррекции психического состояния: психиатров, психологов, врачей общей практики, педагогов, социальных работников, специалистов в области медицинского и профессионального отбора, работников кадровых служб и др. Комплекс позволяет осуществлять длительный мониторный контроль за свойствами и состоянием психической деятельности. Уникальная особенность комплекса состоит в том, что свойства психики определяются по результатам непрерывного компьютерного анализа сердечного ритма обследуемого путем сопоставления его данных с данными психически здоровых и разных категорий душевнобольных. Программно-аппаратный комплекс разработан при участии ученых и специалистов ряда учреждений Санкт-Петербурга: Медицинской академии последипломного образования, Военно-медицинской академии, Политехнической академии и Военно-космической академии им. Можайского, Института информатики Российской Академии Наук.

Донозологической диагностике в норме и патологии на основе ЭКГ посвящены работы Р.М. Баевского [5,6]. В работе [7] предложена экспресс-оценка и мониторинг функционального состояния организма и психического статуса человека по сердечному ритму. В этой работе авторы анализируют результаты интервалокардиометрии (ИКМ), которую применяют для оценки состояния организма в целом (его «работоспособности», «степени напряжения», «общей тяжести состояния», «уровня стресса», «функционального состояния», «вегетативного состояния»), для оценки функции различных систем, для определения эффектов

разных влияний (терапии, наркоза) и нагрузок, для оценки эффекта «биологической обратной связи» и других влияний. [5,6]

«Причина широкого применения интервалокардиограммы в диагностике в содержащейся в ней информации о системе управления кардиоритмом. Безусловно, одна из причин широкого применения ИКМ в диагностике состоит в удобстве получения с помощью этой методики, представленной в виде объективной, непрерывной, динамической информации (мониторинг) о состоянии организма и его систем. Но, главное, ИКМ позволяет получить последовательность изменений (вариабельность) величины R-R-интервалов во времени («временной ряд»)» [7]. Авторы статьи предложили «для оценки функционального состояния организма по параметрам качества регуляции (управления) кардиоритма два типа шкал: 1) возрастную шкалу регуляции кардиоритма, 2) шкалы регуляции ритма, характеризующие отклонения в состоянии психики человека. В основе получения шкал заведомо очевидный из практики и теории факт качественного различия состояний организма и процессов их регуляции в молодости и старости, при психической норме и психическом расстройстве.

К аппаратным методам относится и диагностическая система «Амсат» (МПЦ «Коверт», г. Москва), которая позволяет на основании оценки электропроводности биологически активных зон кожи выявить риск возможных отклонений в различных органах и функциональных системах.[8]. АМСАТ представляет собой комплекс из измерительного устройства, компьютера и измерительно-диагностирующей программы.

В 2005 г. в Туле были защищены диссертации [9,10] в которых для оценки функционального состояния студентов с успехом была применена система АМСАТ.

Применение аппаратного метода контроля психофизического состояния студентов и управления им достаточно подробно рассмотрено [11]. В частности авторы пишут «Совокупность факторов воздействия на ЦНС студента, многие из которых можно определить как стрессовые, дает основание классифицировать структуру его деятельности в учебный период как деятельность человека-оператора. С точки зрения психологии профессиональной деятельности человеку-оператору необходимо в условиях постоянного лимита времени воспринимать и обрабатывать большой объем информации, анализировать изменение ситуации, принимать конструктивные решения и предпринимать действия (двигательные, управленческие), направленные на эффективное их исполнение. Совершенно очевидно, что такой род деятельности предъявляет чрезвычайно высокие требования к психофизической функции человека-оператора (в рассматриваемом случае студента). Именно высокий уровень функционального состояния психофизической сферы обеспечивает студенту возможность в конкретный отрезок времени качественно реализовать имеющийся в наличии собственный психомоторный и интеллектуальный потенциал, что в конечном итоге определяет эффективность его учебной, а в дальнейшем и профессиональной деятельности.» И, далее: «признать способность такого воздействия на рефлекторный аппарат студента, которое могло бы запустить цепочку "рефлексия -

интерес - мотив" и вызвать реакцию активного действия. Действия внутреннего, направленного на пересмотр некоторых жизненных установок и привычек студента, и внешних действий, связанных с решением конкретных двигательных задач по реализации идеи, донесенной до его сознания педагогом. Эффективным средством такого воздействия педагога может стать объективная информация о психофизическом состоянии конкретного студента. Получение такой информации возможно на основе измерения электрокожного сопротивления (ЭКС) [12].

В более поздних исследованиях на основе изучения особенностей изменения показателя ЭКС у спортсменов (как модели деятельности человека-оператора) определены как взаимосвязь этой динамики с успешностью спортивной деятельности, так и девять возможных конфигураций этой динамики» [13].

Вопросам психофизического состояния студенчества была посвящена диссертация [14]. В частности он указывает: «До настоящего времени не сформулирована целостная научно обоснованная концепция организации мониторинга психофизического состояния студентов. Существующий механизм распределения студентов по медицинским группам не всегда является объективным из-за отсутствия четких критериев принадлежности к той или иной группе. Кроме того, недостаточное внимание уделяется оценке психофизических характеристик студентов и их индивидуальных психологических реакций на физические упражнения, несмотря на то, что использование подобного подхода способствует оптимизации и объективизации процесса врачебного контроля у студентов, занимающихся физической культурой и спортом». Однако «тестирования с помощью опросника Айзенка как пригодного экспресс-метода определения динамики психофизических характеристик при физических нагрузках у студентов младших курсов» [14] вызывает определенные сомнения, вследствие того, что физическая подготовленность определяется объективными показателями (метры, секунды, количество раз), а тест Айзенка, относится к самооценочным тестам.

Интенсивный умственный труд и суммирование стрессовых воздействий на протяжении сессии вызывало направленные изменения психофизиологического напряжения и функциональные изменения в организме студентов. Изучение активности студентов во время сессии показало наличие у многих из них чрезмерной активности, как следствие снижения работоспособности и нарушений сна и состояния здоровья. Этому вопросу была посвящена диссертация [15]. В исследовании обнаружилось, что физические нагрузки аэробного характера быстрее всего и лучше, чем другие, снимают чрезмерное возбуждение, оптимизирует активность.

Здоровье зависит от множества факторов, однако каждый из них имеет свой психологический подтекст. В изучении здоровья необходим многофакторный подход.

Определяя цели «Психологии здоровья», профессор В.А. Ананьев [16] подчеркивает, что «само здоровье можно рассматривать в качестве оптимальной предпосылки (условий) для выполнения человеком намеченных жизненных целей и

задач, его предназначения, в конечном счете, его самоосуществления на Земле». Следовательно, в понятие здоровья требуется включать и конкретные формы поведения (валеокреационный аспект), которые позволяют улучшать качество жизни человека, делать ее более благополучной, достигать высокой степени самореализации.

Разработанная автором концепция «Цветок потенциалов» служит цели создания «антропологического идеала» здорового человека и способов его достижения. Подразумевается, что с помощью определенных в этой концепции знаний, умений и навыков человек в состоянии поддерживать и развивать свое здоровье, приближаясь к идеалу полноценного самоосуществления. Гармоничное развитие всех семи сфер, формирующих в определенном смысле структуру личности человека (раскрытие всех потенциалов) называется автором «холистическим здоровьем» индивидуума. В свою очередь раскрытие лишь некоторых – обозначается как «фрагментарное здоровье». Так как в основе формирования этих потенциалов находятся процессы социального научения, ученым вводится понятие «компетентность», подразумевая совокупность способностей, знаний, умений и навыков, и в определенной степени соответствующий понятию интеллект.

Таким образом, мониторинг психического состояния студента сводится к правильному подбору системы тестов, позволяющих выделить определенные интегральные характеристики психического здоровья.

В выборе системы тестов наблюдается определенный крен в сторону психиатрии. Так в диссертации Андреева М.К. «Региональная информационно-аналитическая система наблюдения за состоянием психического здоровья» [17] в качестве базовых параметров психического здоровья выбор параметров оценки психического здоровья базируется на тезисе: «Беспрецедентный рост заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами среди населения», т.е. применение тестов, принятых в психиатрии, вряд ли оправдано для оценки психического состояния студентов.

Адаптация студентов к обучению, а это сложилось исторически, разбивается на два четко выраженных этапа:

социальная адаптация к обучению – 1-й и 2-й курсы.

адаптация к выбранной профессии – старшие курсы.

Таким образом, на первом этапе необходимо использовать тесты социальной адаптации, то на втором – тесты профессиональной пригодности к выбранной профессии.

ЛИТЕРАТУРА

1. http://www.krugosvet.ru/enc/medicina/Psihicheskoe_zdorove.html – 01.09.2010.
2. http://www.adolesmed.ru/teenpsyhichealth.html – 01.09.2010
3. http://pedlib.hut.ru/Books/Demjanov/_p5.html. – 01.09.2010
4. http://bsfrolov.narod.ru/ – 10.08.2010
5. Баевский, Р.М. Прогнозирование состояний на грани нормы и патологии / Р.М. Баевский. – М.: Медицина, 1979. - 295 с.

6. Баевский, Р.М. Математический анализ сердечного ритма при стрессе / Р.М. Баевский, О.И. Кириллов, С.З. Клецкин – М.: Наука, 1984. - 221 с.
7. Фролов, Б.С.. Экспресс-оценка и мониторинг функционального состояния организма и психического статуса человека по сердечному ритму / Б. С. Фролов, В.В. Овечкин, И.В. Овечкина // Вестник аритмологии № 16. – 2000. – С.72-77.
8. http://www.ultramed.ru/amsat.htm – 14.08.2010
9. Данилин, Д.А. Системный анализ психофизической и социальной адаптации студентов / автореф. дис… канд. биол. наук. – Тула. – 2005. – 23 с.
10. Чмиленко, В.И. Системный анализ динамики уровня здоровья студентов / автореф. дис… канд. биол. наук. – Тула. – 2005. – 23 с.
11. Жбанков, О.В., Технология контроля психофизического состояния студентов и управления им / О.В. Жбанков, Е.В. Толстой // Теория и практика физической культуры. 1997. - № 8. – С. 40-43.
12. Андерсон, А.А. Механизм электродерматических реакций / А.А. Андерсон. – Рига, 1985. – 200 с.
13. Резанов В.И., Киселев А.И. и др. В кн.: Диагностика и регуляция эмоциональных состояний. – М.: АН СССР, 1990, с. 170.
14. Выходец Игорь Трифанович. Динамическая оценка психофизических характеристик в процессе физического воспитания студентов младших курсов : автореф… дисс. канд. пед. нвук. М. – 2007. – 23 с.
15. Колокатова, Л.Ф. Дидактическая система информационной поддержки психофизической подготовки студентов технических вузов / автор. дисс…докт. пед.наук, М. 2007. – с. 32
16. Ананьев, В.А. Психология здоровья. Книга I. / Изд. Речь СПб. – 2006. – 384 с.
17. Андреев Михаил Константинович. Региональная информационно-аналитическая система наблюдения за состоянием психического здоровья / Автореф. ..дисс. докт. мед. наук. Астрахань. – 2009. – 48 с.

piskun@imop.spbstu.ru

В.И. Попов, И.И. Либина, О.И. Губина

ПРОБЛЕМЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ И ОПТИМИЗАЦИИ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Воронежская Государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко Минздравсоцразвития

Уровень развития современного общества предъявляет высокие требования к образованию в высшей медицинской школе. Эффективная медико-профессиональная подготовка будущего специалиста – врача XXI века требует детального анализа современной системы высшего медицинского образования, выявления и определения ее проблем, а также противоречий в контексте системно-ценностного подхода.

От качества подготовки медицинских кадров, определяющего в итоге и качество медицинской помощи, будут в основном зависеть дальнейший прогресс и рост эффективности здравоохранения.

Обучение студентов в вузе как процесс, представляет собой целенаправленное, организованное с помощью специальных методов и разнообразных форм активное обучающее взаимодействие преподавателей и студентов. Обучение − сложный процесс, в ходе которого студент должен получить знания, умения и навыки по изучаемой дисциплине. Научно-технический процесс ведет к усложнению программы вузов и к ускорению темпов обучения, к увеличению объема знаний, которыми должен овладеть студент за время обучения, к значительной интенсификации мыслительной деятельности студентов, характеризующие особенности обучения в различных вузах.

Высокие образовательные технологии, информационные перегрузки, психо-эмоциональные стрессы, приводят к напряженному функционированию жизненно важных систем и органов молодого организма. На функциональное состояние организма студентов оказывают неблагоприятное влияние чрезмерно длительные и однообразные формы занятий, нерациональное расписание и обучение во второй половине дня.

Многое из перечисленного провоцирует студентов на нарушение принципов организации здорового образа жизни, сокращение или полностью исключение дневного активного отдыха на воздухе, уменьшение продолжительности сна. Во время экзаменационных сессий к интеллектуально-эмоциональной сфере студентов предъявляются порой чрезмерно высокие требования, обуславливающие перевозбуждение функций ЦНС и гиперкомпенсаторный характер приспособительных реакций организма. Постоянное функциональное перенапряжение резко нарушает баланс между адренергическими и холинэргическими системами, приводя к истощению этих систем. Все это предъявляет повышенные требования к организму и диктует необходимость тщательного наблюдения за функциональным состоянием и работоспособностью студентов и их изменением в процессе обучения, изучения соответствия учебной нагрузки возрастным функциональным возможностям организма с целью предупреждения переутомления. Кроме того, необходимы такие пути реализации высокой интенсификации умственного труда, которые позволили бы избежать перегрузки студентов, и интенсификация не стала бы дополнительным фактором повышения их утомления, что составляет одну из актуальных задач гигиены обучения и воспитания.

Санитарно-гигиенические условия учебного процесса и бытовой среды оказывают существенное воздействие на состояние здоровья студентов. Согласно среднестатистическим данным, многие аудитории вузов не удовлетворяют гигиеническим требованиям, предъявляемым к ним. Основные нарушения заключаются в несоответствии площади учебных помещений, приходящихся на одного студента; низкий уровень естественной освещенности; недостаточность искусственной освещенности на рабочем месте студента; неудовлетворительный микроклимат; не соответствие комплектации мебели особенностям студен-

тов и гигиеническим требованиям. Структура учебного расписания характеризуется рядом нарушений: при его составлении не всегда учитывается динамика работоспособности студентов, степень сложности предметов.

Ведущее влияние на успешность деятельности студентов в вузе оказывает профессиональная адаптация, представляющая собой сложный многоуровневый социально-психологический процесс, который сопровождается значительным напряжением компенсаторно-приспособительных систем организма. Учебная деятельность студента в вузе предполагает наличие навыков самостоятельной работы, а также самоконтроль и самостоятельную регуляцию поведения. Причиной, затрудняющей адаптацию первокурсников в вузе, является отсутствие этих навыков. С первых же дней своего пребывания в вузе, студент встречается с новой структурой учебного заведения, с новым коллективом людей, с новой системой обучения, новой непривычной для себя методикой преподавания, инновационными технологиями, нетрадиционными методами и формами обучения, а также новыми требованиями к нему со стороны преподавателей.

Таким образом, модернизация российского образования требует активного поиска новых форм, методов и средств обучения, направленных на совершенствование учебного процесса и его интенсификацию, подготовки подрастающего поколения к жизни и труду в условиях рыночной экономики. В современных условиях учебно-воспитательный процесс студентов должен быть направлен на выполнение нового социального заказа, на формирование самостоятельной, инициативной, творческой и здоровой личности.

А.С. Радченко, О.Н. Бессонова, М.Е. Тараканова

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ И ВОЗМОЖНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НОРМОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИИ ДЛЯ СОХРАНЕНИЯ ИХ ЗДОРОВЬЯ

Санкт-Петербургская государственная химико-фармацевтическая академия

В предыдущей публикации на эту тему мы подчеркивали, что повышенная двигательная активность растущего организма – необходимое условие и обязательное проявление его нормального развития [3]. В физиологии, возрастной психологии и педагогике это положение принимается как аксиома. Не подлежит сомнению, что состояние здоровья человека определяет продолжительность активной творческой, созидательной части его жизни. Поэтому проблема состояния здоровья молодого поколения, получающего образование в развитом обществе, всегда актуальна.

В настоящем исследовании мы увеличили по годам диапазон анализа состояния здоровья студентов Химико-фармацевтической академии. В таблице 1 представлено разделение всех студентов I-IV курсов для занятий по физическому воспитанию на основную, подготовительную, специальную медицинскую группы (СМГ) и относительное количество студентов в каждой из названных

категорий учащихся. Таблицы составлены на основании обязательных и регулярных медицинских осмотров, которые проводились по одним и тем же критериям оценок, одной и той же группой специалистов.

Количество студентов в СМГ из года в год растет. Наблюдается резкое увеличение занимающихся в СМГ в 2007 году. Этот рост продолжается в последующие годы еще большими темпами (табл. 1). Подчеркнем, что в 1998 году количество студентов в СМГ составляло 21,1%, а в 1990 году 14,2%. Обращает на себя внимание факт, что у студентов, которые пришли на I курс в 2006 и 2007 годах, резко возрастает количество хронических заболеваний нервной системы и опорно-двигательного аппарата. Позже, в 2008 и 2009 наблюдается резкое увеличение количества хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта (табл. 2).

Таблица 1

Количество студентов в различных группах с 1999 по 2009 годы в процентах к общему числу студентов на I-IV курсах

Группы	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Основная	55,3	56,6	54,1	50,2	52,3	51,4	48,7	48,8	43,9	42,9	39,3
Подготовительная	19,8	17,4	16,7	18,3	18	16,8	17,8	18	18,8	17,9	19,5
СМГ	21,2	22,3	26,3	29,5	28,8	30	31,3	30,9	**35,9**	**38,2**	**39,9**
Освобожденные от практ.	3,8	3,7	2,9	1,9	0,9	1,8	2,2	2,3	1,4	1	1,4

Таблица 2

Количество диагнозов различных хронических заболеваний по годам в СМГ среди студентов I курса в процентах, от общего числа студентов в СМГ на I курсе

Заболевания	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Сердечно сосудистая система (ССС)	17,5	28,6	33	49	41,5	23,7	**39,8**	30,6	45,2
Дыхательная система	2,6	1,7	3,1	1,9	3,4	2,5	1,6	2,8	2,9
Мочевыделит. система	21	21,8	15,5	19,8	13,5	15,3	8,1	12	16,3
Желудочно-кишечн. тракт (ЖКТ)	24,6	20,2	23,7	16	20,3	18,6	21,1	**29,6**	**27**
Опорно-двигательный аппарат (ОДА)	55,3	50,4	63,9	57,5	56,8	**76,2**	**83,7**	63	63,5
Офтальмологические	31,6	36,1	42,3	38,7	44,9	33,9	32,5	36	42,3
Нервная система	14	7,6	11,3	9,4	8,5	**16,9**	**13,8**	8,3	10,6
Эндокринная система	8,8	9,2	6,2	1,9	6,8	3,4	7,3	9,3	13,5
ЛОР	9,6	6,7	7,2	10,4	9,3	10,2	8,9	11,1	10,6

В таблице 3 представлены данные по тем же заболеваниям у студентов, занимающихся в СМГ на I–IV курсах, т.е. аналогичные данные таблицы 2, но по всем студентам. Здесь наблюдается резкое увеличение общего количества студентов, занимающихся в СМГ в 2007 году. В табл. 3 наблюдаются аналогичные

скачки, однако динамика проявления хронических заболеваний опорно-двигательного аппарата и нервной системы менее выражены.

Таблица 3

Количество диагнозов различных хронических заболеваний по годам в СМГ среди студентов I-IV курсов в % от численности СМГ

Заболевание	2000	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Численность СМГ (чел.)	217	340	356	355	406	425	409
ССС	24,8	32,4	35,4	34,1	34,2	40	38,4
Дыхательная система	3,2	2,6	2,5	2,8	2,5	2,4	2,7
Мочевыделит. система	18,4	20,9	17,4	17,2	12,8	11,3	14,2
ЖКТ	15,2	21,8	21,1	20,8	20,9	21,1	25,7
ОДА	48,8	62,1	60,7	69	70,9	68,5	76,8
Офтальмологические	22,6	41,2	43,3	39,7	37,2	32,7	39,8
Нервная система	7,8	10,9	9,8	12,4	12,6	11,8	13,9
Эндокринная система	6,9	7,1	5,6	4,8	5,9	6,1	9
ЛОР	2,3	8,8	9,3	10,4	9,6	9,4	11,2

Как подчеркивалось в прошлой нашей публикации по этой теме, средний возраст студентов I курса заставляет предполагать, что главные причины ухудшения состояния здоровья студентов, пришедших в 2006-2007 годах учиться в СПХФА, были заложены во времена перестройки в СССР и его разрушения. Годы начала жизни первокурсников совпадают с годами острого периода социальных потрясений, связанных с этими событиями. В то время у родителей часто обнаруживались признаки хронического стресса. В дальнейшем, это выразилось в хронических заболеваниях нервной системы и опорно-двигательного аппарата у детей, которые были лишены нормальной мышечной активности. Заметим, что имеется множество биологических исследований, которые демонстрируют прямую связь между темпом роста нейронов и различных структурных образований центральной нервной системы с двигательной активностью организма животного и человека в пренатальный и постнатальный период развития. Фактически это единое проявление процесса развития. Недостаток физической активности в это время может привести к обнаруженным нарушениям состояния здоровья. Подробные рассуждения на эту тему требуют отдельного изложения.

Волна низкокачественных продуктов питания, в том числе и непроверенного детского питания, которая заполнила перестраивающуюся систему торговли, проявилась через несколько лет в хронических заболеваниях желудочно-кишечного тракта. Однако тактика выживания семей, в которых рождались дети в этот социально тяжелый период, и оценка факторов со временем повлиявших на увеличение количества названных заболеваний, требует отдельного исследования.

Коррекция состояния здоровья студентов в настоящее время может быть поддержана, прежде всего, улучшением социальных условий и стимулированием интереса к ежедневным занятиям физическими упражнениями в школьном возрасте, посредством увеличения общего количества часов для занятий физическими упражнениями и спортом, как это давно принято в школах во всех развитых странах. Необходимо выделить проблему восстановления системы детского и молодежного спорта не только для сохранения статуса России как спортивной державы, но прежде всего ради создания долговременных стабильных условий сохранения здоровья подрастающему поколению россиян. Наиболее убедительное обобщение по этой организационной проблеме на примере спортивного плавания сделано И.О. Шухардиным [5].

Нельзя не напомнить, что адаптация при мышечной работе в организме человека происходит с мобилизацией тех же механизмов, которые экстренно включаются при стрессе, в том числе и стрессе, вызванном различными социальными факторами. Поэтому в физиологии мышечной деятельности считается аксиоматическим положение о том, что предварительная, регулярно повторяющаяся мышечная работа гарантирует повышенную устойчивость организма к любым стрессорам. С другой стороны, гиподинамия наряду с увеличенным артериальным давлением, увеличенным содержанием холестерина в плазме крови, табакокурением, вызывающими заболевания сердечнососудистой системы, признана фактором риска многочисленными физиологическими и биохимическими исследованиями [14]. Применение регулярной мышечной работы аэробного характера обеспечивает стабильность сердечнососудистой системы с признаками многих заболеваний и во многих случаях может быть даже альтернативой фармакологической поддержке ее функции [6,7,15 и др.].

Применение новых оздоровительных технологий в процессе учебы молодого поколения в высших учебных заведениях также будет способствовать улучшению состояния здоровья студентов. Одной из таких технологий может быть предложена нормобарическая гипоксическая тренировка (НГТ), которая применяется, как для подготовки человека к работе в экстремальных условиях измененной газовой среды, так и в клинической практике. Способы ее использования относительно безопасны и надежны [1,2,13].

В качестве дополнительного адаптирующего средства НГТ моделирует физическую тренировку в среднегорье. Она используется не только в подготовке спортсменов циклических видов спорта на выносливость, но и во многих других видах спорта и профессиональной деятельности [8,9,11,16,17]. Периодическая спортивная тренировка в среднегорье заметно повышает соревновательные результаты на уровне моря. Поэтому изучение адаптации организма спортсмена к мышечной работе в условиях среднегорья и гипоксии считается передовым направлением исследований в современной физиологии спорта. В этом ряду особое место занимает изучение воздействия гипоксии на нормального человека, как универсальное средство оздоровления для молодых, физически активных лиц. В связи с этим нами было проведено исследование на большом контингенте испытуемых, которое показало, что воздействие НГТ без физических

упражнений оптимизирует деятельность сердечно-сосудистой системы, улучшает доставку кислорода тканям организма, увеличивает мышечную работоспособность [3,4,12].

Исследования последних пятнадцати лет и самые последние публикации о влиянии гипоксии на гладкомышечную стенку сосудов, мембраны кардиомиоцитов и скелетной мускулатуры, позволяют объяснить противоречивые факты в изучении адаптации миокарда и мышц к гипоксии. Установлено, что экспрессия миоглобина (*Mb*) для усиления его участия в облегчении диффузии O_2 в кардиомиоците и медленном мышечном волокне по мере приближения к максимальной мышечной работе запускается гипоксией обязательно в сочетании с функциональной нагрузкой. В покое это может происходить только в постоянно работающем сердце [10,18]. Таким образом, изменение характеристик деятельности сердца, увеличение физической работоспособности без мышечной тренировки у лиц, подвергшихся длительному гипоксическому воздействию, можно объяснить изменением сосудистой регуляции и увеличением мощности *Mb*-облегчающего диффузию O_2 механизма, что и должно произойти в миокарде и всей сердечно-сосудистой системе в результате серии НГТ.

Итак, имеется большой мировой опыт применения искусственной гипоксии для подготовки здорового человека в различных областях экстремальной деятельности, спорте, а также в клинической практике. Этот опыт показывает и объясняет безопасность применения НГТ для самых разных контингентов лиц. Использование НГТ под контролем врача в рамках программы по физическому воспитанию в высшем учебном заведении может иметь только положительный эффект.

А.Г. Резунков, О.П. Резункова

ЗАЩИТНО-АДАПТАЦИОННЫЙ ПРОГРАММНЫЙ КОМПЛЕКС С ЭЛЕМЕНТАМИ ПСИХОФИЗИЧЕСКОГО ТЕСТИРОВАНИЯ И ЕГО ПРОВЕРКА В УСЛОВИЯХ КОМПЬЮТЕРНОГО КЛАССА

Санкт-Петербургский государственный университет телекоммуникаций им. проф. М.А. Бонч-Бруевича

Вопросы компьютеризации общества сейчас стоят в ряду множества факторов, влияющих на здоровье людей, при этом обсуждению подлежит не только само техногенное излучение, которое, как правило, даже при накопительном факторе остаётся в рамках допустимых санитарных норм, а именно тот объём информации, который приходится перерабатывать человеку за то время, что он находится наедине с персональным компьютером.

На кафедре биомедицинской техники СПбГУТ было решено объединить в единый комплекс защитные функции экрана, компьютеризированную программу с адаптационными свойствами и компьютерную программу с контрольными функциями, позволяющую автоматически отключать компьютер, если пользователь устал.

Был разработан Защитно-адаптационный программный комплекс (ЗАПК), который позволяет:

1. понизить уровень воздействия ЭМИ за счёт использования аутобиорезонансных аппликаторов «Метакрон», изготовленных на основе металлизированной ткани;
2. повысить адаптационный уровень пользователя за счёт использования компьютеризированной программы с адаптационными свойствами (КомПАС «Солнечный круг»), построенной с использованием годовой ритмики;
3. вести контроль за уровнем внимания и работоспособности с помощью специализированной тестирующей компьютеризированной программы (СТКП «Тесты»);
4. приостанавливать работу компьютера и извещать об этом системного администратора, если уровень прохождения теста окажется ниже, чем заложено в контрольной программе СТКП.

ЗАПК прошёл апробацию в условиях учебных занятий в компьютерном классе на 30 учащихся старшего курса технического колледжа в присутствии врача в два этапа.

Первый этап контрольный: в течение 3-х недель, в начале и в конце учебной недели перед началом занятия и после его окончания, учащиеся выполняли тесты СТКП. В это же время у них замерялось артериальное давление и пульс. На втором этапе в течение следующих 3-х недель проводили замеры по той же схеме, только участники эксперимента использовали ЗАПК.

Результаты исследования показали:

- за время апробации показатели давления, пульса и вегетативного индекса оставались в пределах нормы на уровне среднего значения;
- применение ЗАПК способствовало изменению вегетативного индекса после занятия в компьютерном классе в сторону возрастного адаптивного коридора здоровья;
- применение ЗАПК улучшило результаты по тестированию на внимание и работоспособность у 70% учащихся.

Санников М.А.

ДУХОВНОСТЬ КАК ЭЛЕМЕНТ СВЕТСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РОССИИ

Санкт-Петербургская православная духовная академия

Слово «духовность» давно на слуху, основываясь на этом факте, мы давно различаем светское и духовное образование. Духовное учебное заведение полноценно в смысле духовности, и человек, закончивший его, стремится к ней. А как обстоит дело в современном светском образовании. При этом часто говорится о тождественности светского образования с атеистическим.

Мы кратко остановимся на тех философских, культурологических, религиозных положениях, которые являются фундаментом современного образования.

Именно они в целом, по нашему мнению должны, так или иначе, входить в содержание дисциплин гуманитарного блока, именно их знание должно быть прописано в стандартах образования, которые сегодня являются критериями образованности.

Процессы, вызванные недавней историей нашего государства, в частности развал СССР, вхождение молодой России в постиндустриальное сообщество, предопределили смену вектора и содержания воспитания с коллективистского сознания на формирование свободной и духовно-нравственной личности.

Нравственная деградация, утрата смысла жизни и культ потребления, подростковая наркомания и алкоголизм – вот современная картина общества и человека, которые свидетельствуют о духовном кризисе и здоровье личности.[30]

Процесс вытеснения национальной философии не мог не сказаться на национальной культуре. Вместе с философией оказались вытесненными понятия, несущие фундаментальный смысл русскости, мировоззренческое содержание, национальной идентификации народа – «русский дух».[31] В связи с этим задача духовно-нравственного воспитания подрастающего поколения имеет чрезвычайную значимость. Без преувеличения проблему воспитания, необходимо осмыслить сегодня как одну из приоритетных в деле обеспечения национальной безопасности страны.[32]

Нетрадиционная для отечественной образовательной системы идеология, основанная на принципе толерантности ко всему и во всем, подчеркивает приоритет интеллектуального развития над нравственным; изменяет традиционный смысл понятий "духовность", "нравственность", "добродетель"; предполагает возможность существования образования отдельно от воспитания. В преамбуле к федеральному закону «Об образовании»[33] мы наблюдаем вполне четкое определения термина «образование», хотя и выраженного сухим юридическим языком. По мнению законодателей, образование – это целенаправленный процесс воспитания и обучения в интересах человека, общества и государства. Но о каком целенаправленном процессе может идти речь, если место воспитания на основе традиций отечественной культуры и ее многовекового опыта, занимает проведение образовательно-развлекательных кампаний в контексте либерально-демократических ценностей.

В свое время В.Н. Татищев проводил различие между богословием и наукой, а главной наукой считал философию, потому как именно она, по его мнению, способна дать ответ на любой вопрос бытия. Также и М.В. Ломоносов в области философии стоял на позиции двух истин: духовной и научной. Теперь стает

---

[30] Никинина Н.Н. Духовно-нравственное воспитание: сущность и проблемы // Педагогика и культура, № 7 - 2008

[31] Лузина Л.М. Феноменология русской духовности как педагогическая проблема // Педагогика культуры . - 2005. - № 1. - С. 10

[32] Левчук Д.Г., Потаповская О.М. Духовно-нравственное воспитание детей и молодежи России: комплексное решение проблемы М.: Издательство "Планета 2000", - 2002

[33] Закон РФ от 10.07.1992 N 3266-1 (ред. от 28.09.2010) «Об образовании» // «Собрание законодательства РФ», 15.01.1996, N 3, С. 150

понятной основная черта русской философии и характерная черта русской духовности.

О ней в современном мире говорят много и охотно и в разных контекстах. Согласно культурологическому понятию, духовность состоит из множества областей. Кратко – это все то, что не материально. Помимо религии сюда входят все области наук о природе и обществе, литература и поэзия, все виды искусств (живопись, музыкальное искусство, скульптура, кино, сценическое искусство, а также право, мораль, образцы и нормы поведения, традиции, язык, церемонии, символы, обычаи, обряды, этикет и др.).

В марксизме это понятие ассоциировалось с идеологией, а если рассматривать современную социологию и социальную философию, то светский вариант духовности называется социальным капиталом.

Можно и не продолжать раскрывать понятие духовности, все они говорят нам о сложном и многогранном понятии. Постараемся в настоящей работе раскрыть это понятие, обратившись к трудам известного врача и иерарха православной Церкви - святителя Луки (Войно-Ясенецкого).

Дух православия – дух целомудрия, нестяжания, кротости, трезвения, покаяния, любви. Именно эти главные качества давали нашему народу ощущение общности своей истории от самых тяжких времен до наших дней. Современной истории известно многое количество русских ученых и врачей, которые мыслили себя не в отрыве от православия, а в единении с ней. Академик И.П. Павлов, Д.И. Менделеев, академик С.П. Филатов, педагог Н.Д. Ушинский, В.И. Вернадский и многие другие были глубоко религиозными людьми.

Образование, о котором мы говорили выше неотъемлемо от духовного формирования личности – это относится как к христианской педагогике, так и педагогике светской. Духовность не есть отвержение от телесности, речь лишь идет о доминанте одного начала над другим, о жизненном выборе между подчинением потребностям физиологии или потребностям духа.

Но получилось и так, что отринутыми оказалась и религиозная и светская духовность. Взамен этого в современном постиндустриальном обществе гуляют общечеловеческие ценности без намека на их исторически преемственную духовность. Культура – это культ духовных ценностей. Как нам видится задача школы или вуза сейчас – сформировать в процессе обучения такую личность, перед которой не могло бы возникнуть жутких вопросов: не лучше ли предпочесть чужих родителей, чужую Родину, чужую веру?

В общем виде воспитание - это работа по сохранению и воспроизводству человеческого качества. Суть воспитания - идея усовершенствования человека. В центре воспитательного подхода всегда лежит ценностное основание, предусматривающее соответственное поведение, отношения государственные, общественные, религиозные, корпоративные, групповые, индивидуальные. В этом ряду основополагающими и являются духовные и нравственные ценности.

Современному обществу нужна внятная позиция, способная объединить людей которые ценят достоинство человека, помнят о прошлом, не забывают о настоящем и думают о будущем своей нации и всего человечества. Если мы хо-

тим остановить культурную и духовную деградацию, которой не в состоянии сам по себе воспрепятствовать никакой технический прогресс, то прежде всего следует обратиться к созидательным, а не разрушительным началам жизни.
Хотим мы или не хотим, сознаём ли или нет, мы существуем в православной культуре на бытовом уровне: летоисчисление ведём от рождества Христова, говорим «спасибо», или благодарим – желаем блага, слово «господи» употребляется повсеместно, хотя бы в виде междометия; весь двадцатый век, и при советской власти, несмотря на гонения на религию, сохранялись христианские принципы – ведь никто не говорил, что хорошо красть, убивать и т.д., то есть нарушать заповеди.
Давно замечено, что моральный кодекс строителя коммунизма имеет сходство с библейскими заповедями. А советское искусство «проповедовало» героизм, преданность Родине и семье, дружбу. И сейчас мы почти забыли, но обществом осуждалась приверженность к материальным ценностям.
В заключении следует сказать, что все мы получили образование в свое время и вряд ли кто-то считает себя бездуховным. Только ли в образовании дело, если говорить о процессе формирования личности. Становление человека, путь к культуре в России рассматривались как дело всей жизни, а не короткого периода школьного, даже вузовского обучения – это согласовывалось с мнением Платона о том, что пятьдесят лет жизни уходят на то, чтобы вырастить человека.

maxi.udm@gmail.com

Усанова О.Н.

ПРОФИЛАКТИКА ТАБАКОКУРЕНИЯ В СТУДЕНЧЕСКОЙ СРЕДЕ

НОУ ВПО Институт психологии и педагогики, Москва

В настоящее время Россия подписала Рамочную «антиникотиновую» конвенцию Всемирной организации здравоохранения, в которой обязалась вести борьбу против табачной эпидемии во благо сохранения здоровья своего населения.
В России курят свыше 53% населения, половина из которых начинает курить в юношеском возрасте. Это означает, что молодежная, в том числе и студенческая среда, в высшей степени агрессивна по отношению к молодым людям: ею накоплен достаточный опыт вовлечения молодых людей в табачную зависимость.
Особенно остро эта проблема стоит в студенческой среде. В вузах насчитывается от 30% до 50 % курящих студентов, причем, количество их от первого курса (курят 20-30%) к последнему (курят свыше 50% студентов) постепенно увеличивается. Только в отечественных высших учебных заведениям ежегодно в табачную зависимость вовлекается более двух миллионов человек, а это самая прогрессивная часть населения – будущее нашей страны.

В современной студенческой среде резко прогрессирует курение среди девушек, что наносит непоправимый вред будущему, еще не родившемуся поколению страны. Сегодня каждый пятый поступивший в вуз студент уже страдает табачной зависимостью, имея опыт курильщика в среднем от 5-ти до 6-ти лет. Каждый студент- курильщик практически сразу вовлекает еще двух – трех своих ровесников, и к концу второго семестра из каждых десяти обучающихся в вузе курят порядка 4-5 человек. В период обучения круг курильщиков становится все сплоченнее: студенты-курильщики активно поддерживают друг друга, привлекают в свои ряды некурящих. Агрессивность студентов-курильщиков в отношении лиц, не вовлеченных в табачную зависимость, проявляется в постоянном желании проверить на прочность их позиции непринятия табачного дыма. По нашим данным, только 20 процентов студентов позволяют себе уйти, если кто-то из их сверстников курит. Это свидетельствует о том, что среда курильщиков постоянно пополняется за счет пассивных курильщиков.

Есть все основания констатировать, что в студенческой среде пространство, свободное от табака и табачного дыма, постоянно сужается. Эти факторы заметно влияют на уровень здоровья учащейся молодежи, который заметно снижается.

Ситуацию с активным вовлечением в никотиновую среду усугубляет демонстративное (в большинстве случаев) курение представителей профессорско-преподавательского состава и администрации учреждений всей системы профессионального образования – высшего, среднего и начального.

Решение проблемы по профилактике табачной зависимости в студенческой среде вузов становится первоочередным делом в рамках выполнения рамочной «антиникотиновой» конвенции ВОЗ. Первоочередность антиникотиновых мер в вузе определена также и тем, что студенческая среда является зоной высокого психологического и социального напряжения, в которой табачная зависимость становится активным взрывоопасным элементом. Известно, что табачная зависимость в молодежной среде становится сегодня предпосылкой (трамплином) в части приобщения к наркотикам, и в первую очередь – к курению канабиаса (марихуаны). Исходя из понимания того, что табакокурение – это одна из разновидностей химической зависимости, очевидным становится то, что профилактика табакокурения является первичной профилактикой по отношению к превентивным мерам, предупреждающим потребление других видов психоактивных веществ: алкоголя, наркотиков, лекарственных и химических психотропных веществ.

Движение нашей страны по пути снижения табачной зависимости среди населения требует поиска новых подходов в области профилактики табачной зависимости среди различных слоев населения.

Особенностью современной антитабачной работы в отечественных вузах является ее одномоментная направленность. Суть ее часто сводится к отдельным мероприятиям.

Очевидно, что особенности и своеобразие отечественной традиции, проявляю-

щиеся в характере финансирования профилактической работы, также оставляют желать лучшего. Если руководство вуза планирует работу, направленную на решение данной проблемы, то в своей деятельности оно может не найти реальной государственной поддержки в части финансирования профилактических мероприятий. Поэтому оптимальной, по нашему мнению, является такая система профилактики табакокурения, которую можно было бы организовать силами самого вуза, что не исключает возможности использования потенциала связей между вузами, сотрудничества в вопросах развития студенческого сообщества различных учебных заведений.

Всероссийская общественная организация «Лига здоровья нации»(президент Лиги- академик Лео Бокерия) реализует Национальный общественный проект «Россия без табака». Проект направлен на защиту нынешнего и будущих поколений России от разрушительных для людей последствий потребления табака и воздействия табачного дыма. Проект реализуется на территории всей России.

Проект «Профилактика табакокурения в студенческой среде» является частью Национального общественного проекта. Он разработан в Институте психологии и педагогики (г.Москва). Целевые приоритеты проекта – снижение уровня табакокурения в студенческой среде, поддержка и развитие ценностных основ психологической культуры студенческой среды, исключающей табакокурение из различных сфер жизни и деятельности студента.

Мы предлагаем организовывать профилактическую работу в Вузе со студентами силами самих студентов по принципу «сверстник – сверстнику» на основе развития их взаимодействия в социальной профилактической сети.

Суть концепции системы профилактики табакокурения в студенческой среде состоит в скоординированном объединении усилий студенческого сообщества, профессорско-преподавательского состава и администрации вуза для реализации программ, способствующих обеспечению условий успешной личной и профессиональной жизнедеятельности ***вне табачной зависимости***.

Механизм реализации концепции – вовлечение студентов в профилактическую работу на основе самоорганизующейся мотивации и создание реальных и виртуальных профилактических сетей, включающих Профилактические студенческие посты, Профилактические вузовские Ситуационные центры.

Отличительная особенность концепции состоит в том, что по мере реализации программы силами студентов организуется профилактическое молодежное движение, в котором студенты получают навыки и умения противостоять табачной зависимости, повышают устойчивость личности к негативным влияниям, развивают собственные способности по принятию эффективных решений для своего личного и социального будущего.

Предлагаемая нами система профилактической работы в студенческой среде обладает рядом особенностей:

- во-первых, она универсальна и может быть использована каждым вузом и межвузовскими объединениями;
- во-вторых, она экономична, так как в первую очередь опирается на силы вуза

и участников образовательного процесса;
- в-третьих, она эффективно, быстро и точно определяет слабые звенья для необходимого воздействия, что позволяет своевременно, адресно начать проведение мероприятий в отношении каждого участника (партнера) профилактической деятельности;
- в-четвертых, она позволяет вырабатывать системные решения для ее обеспечения и управления.

Предлагаемая система профилактики имеет психологическое содержание и состоит их четырех компонентов, объединенных единым научно-практическим подходом в рамках учения об антинаркотической установке и «устойчивом развитии личности». Компоненты распределены по их значимости в профилактическом процессе.

Первый компонент (**КОМПОНЕНТ#1) – «Механизмы профилактики»**

Второй компонент **(КОМПОНЕНТ#2) – «Профилактическое пространство»**

Третий компонент **(КОМПОНЕНТ#3) – «Профилактические нематериальные ресурсы»**

Четвертый компонент (КО**МПОНЕНТ#4) – «Продукты профилактики»**

Все четыре компонента системы эффективной профилактики табакокурения, составляют одно целое и в такой совокупности должны быть представлены во всей профилактической работе. При реализации проекта в вузе проводится ряд взаимосвязанных мероприятий, позволяющих в геометрической прогрессии расширить круг участников профилактической работы. Среди них:

1.Презентация проекта.
2.Проведение в вузе мониторинга табакокурения и анализ результатов.
3.Подготовка профилактической команды.

- аудиторные занятия
- индивидуальные и групповые консультации (очные и дистантные)
- тренинги
- акции

4. Подготовка публичных мероприятий.

- защита мини-проектов
- конкурс антитабачной социальной рекламы
- акция по мотивации студентов к профилактической работе
- акция по вступлению единомышленников в Лигу здоровья нации.

5.Подготовка документации для профилактических работ в вузе.
1.План профилактической антитабачной работы в вузе.
2.Этапы и содержание профилактической антитабачной работы в вузе.
3.Положение о Профилактическом ситуационном центре вуза.
4.Положение о Студенческих профилактических постах.
5.Этический кодекс студента.
6.Этический кодекс преподавателя и сотрудника вуза.

Пилотная часть проекта рассчитана на работу с инициативной профилактической командой вуза в течение трех месяцев в очном и дистанционном режиме.

В дальнейшем участники команды смогут сами развивать профилактическую работу и расширять количество ее участников.

Результаты реализации программы.

1.Снижение уровня табакокурения в вузе.
2. Снижение вовлекаемости студентов процесс табакокурения.
3. Создание в вузе

- Профилактического ситуационного центра
- Студенческого профилактического поста
- Молодежного профилактического движения.

4.Подготовка реальных и электронных материалов для профилактики табакокурения в вузе.
5. Повышение общественной активности студентов.

За разработку и реализацию программы Институт психологии и педагогики награжден дипломом Лауреата конкурса программы пятого всероссийского форума «Здоровье нации – основа процветания России» в номинации «За вклад в здоровье нации». Институт награжден грамотой фракции «Единая Россия» «За успешную реализацию социально знкачимого проекта «Профилактика табакокурения в студенческой среде».

Лига здоровья нации оказывает вузам помощь в проведении пилотных работ по организации профилактики табакокурения в студенческой среде.

olgausanova@yandex.ru

Раздел VII

ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ, ЗДОРОВЬЯ И СПОРТА

И.И. Александров, И.Н. Михайлова

ЭФФЕКТИВНОСТЬ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА ПО ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЕ СТУДЕНТОВ ТЕХНИЧЕСКОГО ВУЗА

Санкт-Петербургская государственная лесотехническая академия им. С.М. Кирова

Целью исследования явилась оценка эффективности учебного процесса по дисциплине «физической культуре».

Весь контингент испытуемых был обследован по единой унифицированной методике с целью определения параметров, характеризующих уровень двигательной активности и энергетических затрат студентов, физической и функциональной подготовленности организма.

Суточный расход энергии определяли хронометражно – табличным методом. Суточную двигательную активность, исходя из времени, затраченного на динамические и статические виды деятельности. Основными методами оценки физического развития явились антропометрические измерения. Оценка физического развития выполнена с помощью антропометрических стандартов и индексов. Оценку функциональной подготовленности осуществляли с помощью теста Купера. В качестве теста, оценивающего максимальную анаэробную мощность (МАМ), использовали тест, предложенный итальянским биохимиком Р. Маргария.

Полученные данные свидетельствуют о том, что значительных изменений в физическом развитии студентов, занимающихся физической подготовкой в рамках учебной программы или не имеющих организованных занятий вообще, не произошло за время обучения в вузе.

Суммируя итоги исследования максимальной аэробной способности студентов, можно указать на очевидную связь между характером двигательной активности и функциональным состоянием организма испытуемых. У студентов, предпочитавших активные занятия физическими упражнениями, связанными с проявлением качества выносливость, отмечено хорошая или отличная категория функциональной способности.

В настоящей работе предпринята попытка определить влияние различных организационных форм физического воспитания на функциональные способности организма студентов. Получены факты, которые свидетельствуют о том, что при двух разовых в неделю учебных занятиях по физическому воспитанию в течение двух первых курсов учебы в вузе происходит некоторое улучшение функционального состояния и физической работоспособности студентов. Од-

нако, общий уровень физического состояния студентов, особенно девушек, остается недостаточно высоким и его нельзя признать удовлетворительным. Более благоприятная картина функционального состояния наблюдалось при анализе результатов студентов – спортсменов.

MIN_60@mail.ru

А.Н. Алёхин

К МЕТОДОЛОГИЧЕСКОМУ ОБОСНОВАНИЮ НАУК О ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА

Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена, Санкт-Петербург

Актуальность проблемы сохранения и укрепления здоровья нации не нуждается в обоснованиях, она очевидна. Разработка научно обоснованных подходов к и технологий сохранения здоровья, профилактики заболеваний предполагает методологический анализ традиционно эксплуатируемых представлений и терминов. В существующем множестве определений здоровья, по признанию экспертов, нет таких, которые отвечали бы требованиям практики, что само по себе симптоматично. Это - методологическая проблема, требующая своего разрешения для обеспечения возможности научного решения задач, связанных со здоровьем человека. Используется понятие «здоровье», которое представляет собой полярный полюс дискурса «здоровье-болезнь» (наряду с такими, как «жизнь-смерть», «конечное-бесконечное» и т.п.), то есть по сути, знак без значения. Есть же множество фактических состояний человеческого организма, которые не могут быть означены одним этим понятием. В действительности исследователь всегда имеет дело с континуумом состояний, детерминированных возрастом, наследственным предрасположением, текущим состоянием, функциональными резервами организма, условиями окружающей среды и деятельности и т.д.. Таким образом, состояния, соответствующего понятию «здоровье», в отличие от состояний, означиваемых как «болезнь», нет и быть не может. Представление о «здоровье», как состоянии, должно быть замещено представлением о «системе здоровья», как континууме процессов жизни, разворачивающихся в пространстве, ограниченном идеальными полюсами – «здоровье» с одной стороны, с другой – «смерть». И то и другое – знаки без значений, не имеющие под собой фактического содержания, не подлежащие научному исследованию, но задающие координаты для классификации фактических состояний человека. При таком представлении анализ фактического состояния организма человека обретает реальные критерии: из одномерной негативной оценки (по признаку отсутствия - невыявленности заболевания) в многомерный диагноз фактического состояния (по осям возраста, наследственной отягощённости, наличия сопутствующих заболеваний, функциональных резервов и другим). Многомерная оценка состояний человека открывает возможность для его целостного системного описания, анализа, классификации, прогнозирования

динамики, но, главное, для разработки мероприятий системной профилактики заболеваний на строгих научных основаниях.

termez59@mail.ru

О.В. Антонова

ЗАРОЖДЕНИЕ ФИЗКУЛЬТУРНОГО ДВИЖЕНИЯ В ЧУВАШИИ (1917-1937 г.г.)

Чебоксарский институт экономики и менеджмента (филиал) Санкт-Петербургского государственного политехнического университета

Каждый из нас должен быть хоть немного историком,
чтобы стать сознательно и добросовестно действующим гражданином
В.О. Ключевский

Чувашский народ, как и другие народы многонациональной страны, в течение многих веков выработал свои национальные традиции и обычаи, в которых отразились особенности его исторического развития.

Вопросам изучения становления и развития физкультурного движения в Чувашии уделялось и уделяется значительное внимание. В разные годы было выполнено немалое количество научно-исследовательских работ, посвященных этой проблеме, среди них научные публикации Никишева К.Н. (1960, 1997), Улангина А.Г. (1968), Скородумова М.Г. (1994), Волкова Г.Н. (1997), Никишева В.К. (1997), Титова В.А., Петровой Т.Н. (2004) и др.

В Чувашии хронологический период зарождения физкультурного движения охватывает 1917-1937 гг. Это время характеризуется стремлением государственных, партийных, комсомольских и других общественных организаций связать физическое воспитание с практикой социалистического строительства и обороны страны.

Начало организованной физкультурно-спортивной работы в Чувашии относится ко времени иностранной интервенции и гражданской войны. В то время перед нашим народом была поставлена задача первостепенной важности – защита молодого Советского государства от врагов. Исполняя решения VII съезда партии и постановления IV Всероссийского Чрезвычайного съезда Советов, 22 апреля 1918 г. ВЦИК издал декрет о введении обязательного военного обучения трудящихся. Согласно этому декрету органы всеобуча организовывались и на территории Чувашии.

Организации всеобуча с первых дней совместно с комсомолом развернули большую работу по созданию спортивных клубов и руководству их деятельностью. Уже в начале 1918 г. на территории современной Чувашской Республики стали появляться кружки любителей спорта. Осенью 1919 г. в Чебоксарах открылся Коммунистический клуб, где наряду с другими секциями была организована и спортивная. Члены этой секции залили каток, приобрели лыжи и спортивную литературу. Кружки любителей спорта, помимо Чебоксар, появились в

Ядрине, Алатыре, Мариинском Посаде, Цивильске.

Важное значение для развития физической культуры и спорта в Чувашии имел 1920 г., когда был проведен Всероссийский день спорта в связи с празднованием второй годовщины всеобуча. 12 мая в Чебоксарах на Красной площади состоялся парад физкультурников. Спортивные состязания состоялись также в Ядрине и Алатыре.

После образования автономной области (24 июня 1920 г.) работа по физической культуре в Чувашии более активизировалась. Несмотря на трудности, связанные с гражданской войной и надвинувшимся голодом, число физкультурников у нас постоянно увеличивалось.

Важное место в дальнейшем развертывании физкультурного движения в стране занимало постановление ЦК РКП(б) от 13 июля 1925 г. «О задачах партии в области физической культуры», в котором особо подчеркнута важность постановки физкультурной работы среди коренного населения национальных меньшинств.

Выполняя это постановление, повсеместно стали создаваться кружки физической культуры, осоавиахима. Большое внимание уделялось строительству спортивных площадок и стадионов. В 1926 г. в Чебоксарах был построен первый в Чувашии стадион с 400-метровой беговой дорожкой. В последующие годы он благоустраивался. Ныне это стадион «Энергия». В эти же годы началось строительство стадиона в Мариинском Посаде.

В конце 20-х годов зарождаются соревнования на лучшую постановку физкультурной работы между кружками и районами. Инициаторами их выступили физкультурники Мариинского Посада. Соревнования являлись огромной движущей силой и сыграли важную роль в дальнейшем развитии физической культуры.

В марте 1931 года в нашей стране был утвержден физкультурный комплекс «Готов к труду и обороне» I степени. С этого момента основной деятельностью физкультурных организаций становится работа по подготовке значкистов ГТО. В первом же году число физкультурников в Чувашии возросло в 3 с лишним раза.

Вместе с увеличением количества физкультурников повышалось спортивное мастерство представителей Чувашии. В этом большая заслуга наших спортивных обществ. Возникли они в разное время. «Динамо», например, организовано в 1929 г., «Спартак» - в 1935 г., а в 1936 г. появились сразу несколько – «Темп», «Правда», «Мукомол», «Пищевик», «Локомотив», - всего 16.

Переход к коллективному способу ведения сельского хозяйства создал благоприятные условия для широкого развития физической культуры и утвердил «Положение о колхозном кружке физкультуры». Кружки физкультуры в селах организовывались при правлениях колхозов и работали под их руководством. К 1935 г. число коллективов физкультуры в колхозах выросло до 436. Вследствие выделения средств колхозами на развитие физической культуры и спорта, окрепла материальная база.

Огромным толчком для развития спорта в республике послужили спартакиады

Поволжья, проводимые с 1934 г.
В результате проведения национальной политики 1917-1937 гг. постепенно ликвидировалась культурная, экономическая отсталость чуваш, что явилось прочной основой для массового развития физической культуры и спорта среди широких слоев трудящихся.

Д.С. Блинов, А.П. Цыбусов, О.П. Балыкова, К.А. Майорова

ИНДИКАТОРЫ РАЦИОНАЛЬНОГО ПИТАНИЯ И ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ

ГОУ ВПО «Мордовский государственный университет имени Н.П.Огарева», Медицинский институт, Саранск

Общественное здоровье, которое определяется в первую очередь образом жизни, является главным элементом развития и безопасности государства.
Здоровый образ жизни — образ жизни отдельного человека, позволяющий осуществлять профилактику болезней и укреплять здоровье. Для формирования эффективной политики в этой сфере необходимо оценить образ жизни россиян с точки зрения сохранения здоровья, т.е. повседневное здоровьесохраняющее поведение и иметь индикаторы для характеристики и оценки такого поведения.
Составными элементами образа жизни являются питание и физическая активность. Рациональное питание и физиологически достаточная физическая активность выступают основными элементами здоровьесохраняющего поведения, при этом рациональным принято считать питание, качество, состав и количество которого научно обосновано.
По данным многочисленных исследований, именно с нарушениями питания в значительной степени связаны низкие показатели здоровья населения Российской Федерации, высокая распространенность сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, увеличение смертности от них, а также широкое распространение сахарного диабета и ожирения среди взрослых и детей, поэтому проблема рационального питания в нашей стране перешла из разряда медицинских в общегосударственную. В России по данным Института питания РАМН 55% населения страдает избыточным весом и ожирением, средний вес россиянина за последние несколько лет увеличился на 2 кг.
Положительный опыт ряда стран, главным образом европейских, позволяет оценить серьезное оздоровительное влияние коррекции питания и физической активности.
Как показывают данные социологического исследований, проведенных в медицинском институте Мордовского университета, образ жизни россиян не имеет здоровьесохраняющих элементов. Об этом свидетельствуют широкое употребление психоактивных веществ, высокая смертность от сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, несчастных случаев травм и отравлений, распространенность заболеваний, передаваемых половым путем.
Если образ жизни и, в частности, его составные элементы: рациональное пита-

ние и физическая активность; обуславливают индивидуальное и общественное здоровье, следовательно, обществу необходимо иметь индикаторы рационального питания и адекватной физической активности, которые возможно и необходимо использовать для эффективного и экономически обоснованного медицинского обслуживании и формирования у россиян здорового образа жизни.
Такими индикаторами для оценки повседневного питания и адекватности физической активности могут быть:
1. Массо-ростовой показатель, окружность талии и другие антропометрические параметры, несущие информацию о состоянии здоровья.
2. Функциональное состояние сердечно-сосудистой системы.
3. Функциональное состояние органов дыхания.
4. Уровень атерогенных факторов в крови,
5. Уровень сахара в крови.
Если состояние питания и повседневная физическая активность формируют индивидуальное, а, следовательно, и общественное здоровье, для коррекции которого, в случае необходимости, проводится комплекс медицинских и иных оздоровительных мероприятий, требующих финансирования, то каждый россиянин должен нести ответственность за свой образ жизни и сохранение своего здоровья, в этом случае необходимы индикаторы здоровьесохраняющего поведения, в частности индикаторы рационального питания и адекватной физической активности.

П.С. Борисов, Ф.Д. Смык

СПОРТИВНЫЙ ТУРИЗМ КАК ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ТЕХНОЛОГИЯ

Кузбасский государственный технический университет, Кемерово

«Красноречивые» данные результатов медицинских осмотров и сдачи контрольных нормативов последних лет студентов первых курсов вузов свидетельствуют о непростой современной ситуации в области физической культуры и спорта и малой эффективности применяемых образовательных программ и технологий физического воспитания в школах и средне-специальных учебных заведениях. Абитуриенты при поступлении в вуз обладают отклонениями в физическом развитии и состоянии здоровья, заболеваниями в хронических формах, низким уровнем физической подготовленности, а главное уже сформированным отношением к физической культуре, как к второстепенному компоненту жизни. В таких условиях на преподавателя вуза ложится сложная задача физического перевоспитания студентов. Все это побуждает нас к поиску эффективных технологий физического воспитания не только для студентов вузов, но и для подростков – учащихся школ и студентов средне-специальных учебных заведений.
Анализ научно-методической литературы, новейших разработок ученых и практического опыта преподавателей позволяет говорить о том, что недоста-

точно внимания уделяется применению такой общедоступной формы физической активности как спортивный туризм. В связи с этим предлагаем ознакомиться с опытом экспериментальной работы по внедрению спортивного туризма в педагогическую концепцию образовательных учреждений.

Под важнейшей задачей физического воспитания нами понимается формирование физической культуры личности. Это должно достигаться, путем проникновения воспитательных мер во все сферы деятельности учащегося и путем вовлечения в единую систему воспитания всех субъектов воспитательно-образовательного процесса – администрации, учителей предметников, классных руководителей, кураторов, преподавателей учреждений дополнительного образования, то есть создания здоровьеформирующей среды в образовательном учреждении. Такая идея обсуждалась многими авторами – С. И. Петуховым, Н. А. Коваленко, Э. М. Казиным.

Спортивно-туристская и краеведческая деятельность это обширное педагогическое направление, предоставляющее возможность вовлечь в единый воспитательно-образовательный процесс большинство педагогического коллектива образовательного учреждения: директоров школ, классных руководителей, учителей истории, географии, биологии, физической культуры, тренеров спортивных секций, школьных психологов и врачей.

С точки зрения физиологической нагрузки на организм занимающихся, спортивный туризм является оптимальным средством, обладающим необходимым уровнем доступности. В условиях занятий позволяет регулировать педагогические воздействия в широчайших пределах для учащихся с любым уровнем физической подготовленности, а также совершенствовать знания, умения и навыки в соответствии с индивидуальными психофизическими особенностями, что немаловажно для формирования положительного психоэмоционального микроклимата в учебных коллективах и мотивации к обязательным и дополнительным занятиям. Кроме того, применяемая педагогическая технология позволяет создавать систему взаимосвязанных мероприятий, в которых учащиеся на принципах конкурентной борьбы имеют возможность проявлять полученные знания, умения и навыки (рис. 1).

Рис. 1 Комплекс мероприятий педагогической технологии основанной на спортивном туризме.

Данная педагогическая технология внедрена в воспитательно-образовательный процесс на экспериментальных площадках МОУ СОШ № 35 и ПУ № 65 в г. Кемерово, где на основании разработанных учебных программ по физической культуре основанных на спортивном туризме для всех возрастных групп и комплексных планов мероприятий проводится педагогический эксперимент по повышению эффективности физического воспитания в образовательных учреждениях среднего и профессионального образования.

В.К. Валиева, Т.И. Волкова

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И ФИЗИЧЕСКИХ СПОСОБНОСТЕЙ СТУДЕНТОВ ЧИЭМ (ФИЛИАЛ) СПБГПУ, ОТНЕСЕННЫХ ПО СОСТОЯНИЮ ЗДОРОВЬЯ К СПЕЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ГРУППЕ

Чебоксарский институт экономики и менеджмента (филиал)
Санкт-Петербургского государственного политехнического университета,
Чебоксары

Сохраняющиеся негативные тенденции в ухудшении состояния здоровья молодежи, отмеченные даже в некоторых правительственных документах, подтверждаются ежегодным увеличением количества студентов-первокурсников, отнесенных по состоянию здоровья для занятий физической культурой в специальную медицинскую группу (СМГ).

Физическая культура в вузах является единственным предметом, направленным

на сохранение и укрепление здоровья студентов.

Для выявления эффективности результатов занятий физической культурой со студентами в группе СМГ в условиях ЧИЭМ (филиал) СПбГПУ нами (2010/2011 уч. г.) проведено исследование по изучению физического развития, физических способностей и функциональных возможностей сердечно-сосудистой системы.

В исследовании приняли участие 174 студента СМГ ЧИЭМ (филиал) СПбГПУ (юношей – 50, девушек – 124).

Изучение физического развития позволило констатировать, что у девушек: рост соответствовал средним показателям, а масса, окружность грудной клетки, жизненная емкость легких и сила кистей были ниже стандартных величин; у юношей: рост расценивался как высокий, масса, окружность грудной клетки, жизненная емкость легких соответствовали стандартам, показатель же силы был значительно ниже.

Анализ результатов физических способностей студентов свидетельствует о том, что у девушек:

а) показатель гибкости соответствовал среднему уровню, причем у 36% был низким, у 36% был средним, у 14% высоким;

б) скоростные способности соответствовали средним показателям, при этом низкий уровень определялся у 18%, средний – у 18%, высокий – у 64%;

в) скоростно-силовые способности были на низком уровне, при этом средний показатель был у 36% студенток, низкий – у 64%;

г) координационные способности расценивались как высокие, при этом средний уровень был у 9%, высокий – у 91% студенток;

д) силовые способности расценивались как высокие и были средними у 9%, высокими у 91% обследуемых.

У юношей:

а) показатель гибкости соответствовал низкому уровню в 100%;

б) скоростные способности расценивались как низкие у 100% студентов;

в) скоростно-силовые способности определялись как средние, причем у 50% расценивались как средние, у 25% были высокими, у 25% – как низкие;

г) координационные способности расценивались как высокие и у 83% были на высоком, у 17% - на среднем уровнях;

д) силовые способности определялись как низкие у всех испытуемых.

Таким образом, физические способности девушек СМГ оказались низкими только по скоростно-силовым качествам, а у юношей же – по гибкости, скорости и силе, следовательно, в процессе занятий физической культурой преподавателям необходимо уделять должное внимание развитию этих способностей.

Одновременно необходимо отметить, что 69,7% студентов-первокурсников при первичном тестировании не справляются с требованиями нормативов средней школы и преподаватели физического воспитания вынуждены в течение I-II семестров работать над тем, чтобы привести эти показатели в норму.

Исследования выявили, что функциональные показатели сердечно-сосудистой системы студентов в покое находились на уровне возрастной нор-

мы, **в то же время у 58% обследуемых студентов выявлены низкие функциональные возможности сердечно-сосудистой системы в нагрузке.** Это настораживает преподавателей физической культуры при приеме контрольных нормативов у студентов специальной медицинской группы, **поэтому** на практических занятиях с данной категорией студентов **мы вводим больше упражнений аэробного характера,** тренирующих компенсаторные механизмы сердечно-сосудистой системы.

Из вышеизложенного следует, что регулярные и правильно организованные занятия физическими упражнениями, проводимые со студентами, отнесенными по состоянию здоровья к специальной медицинской группе должны быть направлены на повышение и последовательное укрепление уровня здоровья (развитие компенсаторных функций), устранение функциональных отклонений и недостатков в физическом развитии, повышение сопротивляемости организма к неблагоприятным факторам внутренней и внешней среды. Все это вместе взятое является фундаментом повышения физической и умственной работоспособности человека и его здоровья в целом.

Венгерова Н.Н.

ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ОРГАНИЗМА ЖЕНЩИН ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА КАК ФАКТОР, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ ПАРАМЕТРЫ ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ ТРЕНИРОВОЧНЫХ НАГРУЗОК

Национальный государственный университет физической культуры, спорта и здоровья им. П.Ф. Лесгафта (Санкт-Петербург)

На сегодняшний день в системе фитнес- клубов, центров существует значительное количество видов занятий оздоровительной направленности. Многообразие предлагаемых услуг позволяет потенциальному клиента определиться в выборе направления занятий с учётом мотивов и собственных физических возможностей. На фоне естественных возрастных изменений организма женщин вопрос поддержания здоровья и улучшения показателей функционального состояния стоит наиболее остро. В результате исследования путём анкетирования 200 женщин зрелого возраста нами определено, что наиболее актуальным вопросом остается субъективное отношение к своему физическому состоянию. Более половины (53,0%) респондентов высказывают удовлетворение своим физическим состоянием при том, что значительная часть опрашиваемых (78,0%) не удовлетворена показателями общего веса и ведут малоподвижный образ жизни (69,4%).

Учёт индивидуальных возможностей организма женщин зрелого возраста (антропометрические данные [1; 4; 6], показатели типа нервной системы, физического [7; 8] и функционального состояния [2]) позволяет определить содержание двигательных программ для достижения оптимального уровня соматического здоровья. Моделирование и осуществление педагогического процесса возможно при условии конкретизации конечной цели, промежуточного контро-

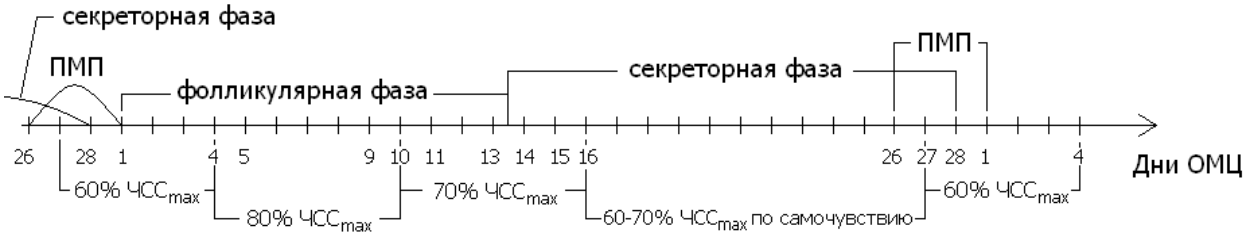
ля и коррекции интенсивности и направленности физической нагрузки в зависимости от успешности педагогического процесса.

Определение уровня физической подготовленности, антропометрических показателей, расчет величин жирового компонента и идеального веса, сопоставление их с реальными величинами, а также выявление побудительных мотивов женщин позволит выбрать наиболее благоприятный режим двигательной активности. С целью определения уровня изменений функционального состояния организма занимающихся нами были выбраны сквозные и доступные в использовании тестовые задания: проба Штанге и Генча, тест Руфье.

Использование программ для коррекции массы тела с использованием только силовых упражнений (с и без отягощений, предметами) (контрольная группа – Гк.), как основного средства, решает ограниченное количество педагогических задач. В процессе часовых занятий два раза в неделю предлагается выполнять двигательные программы, включающие в себя упражнения различной направленности (танцевальной аэробики, стретчинга, базовые элементы хореографии – боди-балет, пластической гимнастики, а также для коррекции и формирования правильной осанки) в виде блоков (экспериментальная группа – Гэ.), но с различной интенсивностью нагрузки в зависимости от показателей: возраст, уровень подготовленности, степени необходимости изменения общего веса, типа нервной системы, фазы овуляторно-менструального цикла (ОМЦ). В соответствии с фазой ОМЦ параметры интенсивности физической нагрузки изменяется в диапазоне 60%, 70%, 80% ЧСС мах.[5]. Реакция организма занимающихся на нагрузку определялась по показателям рабочего пульса.

Система занятий планировалась и осуществлялась с учётом трёхфазности овуляторно-менструального цикла женского организма и естественных возрастных физиологических процессов, влияющих на физическое состояние женщины, определяющееся уровнем проявления их физических качеств и работоспособности.

Рассчитывая объем и интенсивность нагрузки при подборе упражнений мы руководствовались среднестатистической нормой продолжительности ОМЦ (28 дней), и теоретическими данными [3; 10] об изменениях, происходящих в организме женщины, и показателей физической работоспособности (рисунок 1).



П

МП – предменструальный период

Рис. 1. Распределение интенсивности физической нагрузки по показателю пульса в соответствии с фазами ОМЦ для женщин зрелого возраста

Период зрелого возраста весьма значителен (от 22 до 55 лет) [9], и для определения степени влияния физической нагрузки на женский организм наблюдаемые были условно распределены на подгруппы: «до 30», «30-39», «40-50».
По окончанию эксперимента как в экспериментальной, так и в контрольной группах отмечены положительные изменения показателей проявления физической работоспособности. В каждой возрастной подгруппе динамика процесса улучшения деятельности сердечно-сосудистой системы в результате выполнения двигательных программ различна (таблица 1). Полученные данные изменения показателей работоспособности статистически достоверны ($p \leq 0,5$), описываются уравнениями линейной регрессии с коэффициентами, близкими единице.

Таблица 1

Показатели изменения функции сердечно-сосудистой системы

группа / подгрупп.	Контрольная			экспериментальная		
	%	уравнение	коэфф.	%	уравнение	коэфф.
общегр.	11,5	y = 4,9 - 0,6x	0,8	22,6	y = 12,1 - 0,8x	0,6
«до 30»	18,7	y = 8,8 – 1,9x	0,8	21,7	y = 59,2 – 5,7x	0,7
«30-39»	11,5	y =9,0 – 1,8x	0,7	23,0	y =8,3 – 1,2x	0,7
«40-50»	10,2	y =21,5 + 0,8x	0,8	22,0	y =24,0 + 0,3x	0,7

В возрастных подгруппах, определенных по типу нервной системы, показатель ИР в два раза выше в экспериментальной группе, независимо от их типологии (слабой или средней тип нервной системы) занимающихся, чем в контрольной. Наилучшие результаты получены у занимающихся в возрастных подгруппах «30-39» и «до 30» - 26,4% и «40-50» - 21,5% со слабым типом, тогда как со средним типом нервной системы они несколько ниже (22,7%; 16% и 20,3% - соответственно).

Таким образом, оздоровительные занятия по разработанным системам оказывают положительное влияние на организм женщин различных возрастных подгрупп, но в различной степени, определяемой по изменению показателя уровня работоспособности (индекс Руфье). Изменение показателя ИР в экспериментальной группе, как в общегрупповой, так и в условно определенных возрастных подгруппах, отмечено выше, чем в контрольной группе. На наш взгляд, это обусловлено тем, что в комплексах упражнений, используемых на занятиях с женщинами контрольной группы не в достаточной мере включены аэробные упражнения, направленные на развитие общей выносливости.
Изменения аэробных возможностей организма находится во взаимосвязи с показателем уровня ЖЕЛ - и опосредованно с гипоксической устойчивостью, определяемой по задержке дыхания на глубоком вдохе и характеризующей активацию стресс-реализующих систем организма. Общегрупповой прирост показателей задержки дыхания по результатам выполнения пробы Штанге в конце эксперимента практически одинаков (22,2% - Гэ; 21,2% – Гк). В экспериментальной группе данные показатели лучше в возрастных подгруппах «до 30» на 37,9% и «30-39» - 29,4% от исходной продолжительности задержки дыхания, чем в контрольной. Относительная величина прироста в 2,5 раза выше в под-

группе «40-50» контрольной группы,чем в аналогичной возрастной подгруппы экспериментальной группы. Это объясняем тем, что для женщин зрелого возраста комфортно выполнять упражнения хореографических блоков и силовые, совмещенные с дыхательными при включении внимания на методические рекомендации инструкторов, определяющих ритмичность дыхательных движений.

Данные улучшения показателей статистически достоверны (95% уровня значимости) и описываются уравнениями линейной регресии с достаточно высокими коэффициентами корреляции (таблица 2).

В каждой группе в начале эксперимента нами определен существенный разброс показателей пробы Штанге. Используя оценочную шкалу (2) (таблица 2) определено соотношение (%) занимающихся с различными уровнями устойчивости организма к недостатку кислорода.

Таблица 2

Уравнения линейной регрессии, характеризующие
изменения показателей гипоксической устойчивости занимающихся

Группа	Общегруп.	«до 30»	«30-39»	«40-50»
Гк.	y = 85,8-1,6x r = 0,6	y =153,9-3,5x r = 0,7	y=70,2-1,3x r = 0,6	y=130,5-3,0x r = 0,6
Гэ.	y=111,5 -1,9x r = 0,7	y=129,3-2,2x r = 0,7	y=124,1-2,1x r = 0,7	y=63,6-1,1x r = 0,6

Изменение соотношения (%) состава занимающихся, распределенных по уровням гипоксической устойчивости организма в ходе проведения эксперимента свидетельствуют о позитивном влиянии двигательной активности на их стресс-устойчивость, и в большей мере положительная тенденция определяется в экспериментальной группе в целом, и в её возрастных подгруппах, в частности.

Устойчивость организма к недостатку кислорода определяется генетическими и фенотипическими свойствами (наследственными или приобретенными в процессе жизни) индивида. Учеными установлено, что кратковременное гипоксическое воздействие в определенных пределах способствует повышению устойчивости организма к влиянию стресса, активизации деятельности жизненно важных функций организма (повышению физической работоспособности, увеличению продолжительности жизни). Известно, что чрезмерно высокая реактивность человека на влияние внешней среды и низкая гипоксическая устойчивость могут стать причиной серьезных патологических сдвигов в организме. Гипоксическая устойчивость является характеристикой адаптивных возможностей организма.

Полученные результаты позволяют говорить о повышении способности организма занимающихся к неблагоприятным условиям внешней среды и увеличению их приспособительных возможностях к агрессивным её воздействиям.

Повышение гипоксической устойчивости способствует увеличению адаптив-

ных возможностей организма. Продолжительность задержки дыхания после глубокого выдоха определяет уровень гиперкапнии (уровень гипоксической устойчивости к разным видам нагрузки) и определяется тестом «Проба Генчи». Изменение показателей «Пробы Генчи» свидетельствуют об улучшении показателя насыщения крови углекислым газом, который в свою очередь способствует расширению артерий, кровоснабжению мозга и мышц сердца.

Занятия физическими упражнениями способствуют уменьшению глубины дыхания и повышению содержания углекислого газа в крови. Различные нагрузки по разному влияют на изменение данного показателя, что определено в ходе нашего исследования. Более значимые изменения по сравнению с данными контрольной группы определены в экспериментальной группе (таблица 3).

В экспериментальной группе при общей положительной тенденции улучшения данного показателя, только в подгруппе «40-50» относительный прирост показателя уровня гиперкапнии несколько ниже (17,4%), чем в контрольной группе.

Таблица 3

Изменения (%) показателей уровня гиперкапнии у женщин зрелого возраста (Проба Генчи), и уравнения линейной регрессии их описывающие

Гр	Общегрупповой		«до30»		«30-39»		«40-50»	
	%	уравнение	%	уравнение	%	уравнение	%	уравнение
Гк	19,7	y=95,9- - 3,5x; r=0,7	21,7	y=84,1- 2,7x; r=0,7	17,8	y=70,2- - 2,9x; r=0,6	23,3	y=114,8- - 4,7x; r=0,8
Гэ	31,8	y=117,9- - 2,7x; r=0,7	37,8	y=115,1- 2,9x; r=0,6	41,6	y=127,5- - 2,7x; r=0,8	17,4	y=32,3- - 0,5x; r=0,6

В экспериментальной группе при общей положительной тенденции улучшения данного показателя, только в подгруппе «40-50» относительный прирост показателя уровня гиперкапнии несколько ниже (17,4%), чем в контрольной группе.

Таким образом, можно утверждать, что разработанные комплексы упражнений различной интенсивности, используемые на занятиях экспериментальной группы, оказывают положительное влияние на улучшение адаптационных возможностей их организма, повышение стрессо-устойчивости к недостатку кислорода, а также приводит к улучшению уровня гиперкапнии.

Опосредованное определение «биологического возраста» у занимающихся в значительной мере влияет на формирование их устойчивой мотивации к занятиями физическими упражнениями.

Несоответствие паспортного, «биологического возраста» и собственных ощущений каждой конкретной женщины во многом является определяющим фактором для стремления к улучшению своего физического состояния. Ввиду того, что при определении «биологического возраста» помимо субъективной оценки состояния здоровья учитываются показатели физического (тестовое задание) и функционального состояния (показатели артериального давления, частоты сердечных сокращений, продолжительности задержки дыхания и массы тела) респондентов данный критерий можно рассматривать, как опосредованный инте-

гральный показатель состояния их здоровья.

Для определения взаимосвязи изменения одного показателя от другого мы использовали метод мультирегриссионного анализа. В результате мультирегриссионного анализа полученных данных было определено, что улучшение, т.е. приближение к величинам паспортного возраста условных единиц «биологического возраста» зависит от комплексного улучшения таких показателей, как функциональные пробы (пробы Руфье, Штанге, Генча), так и изменения уровня проявления физических качеств наблюдаемых. При достаточно высокой зависимости изменения данных показателей от результатов комплексной оценки физического состояния занимающихся нами отмечено, что в экспериментальной группе он несколько выше (70,1%), чем в контрольной группе (65,2%), т.е. данном количестве наблюдаемых случаях отмечено соответствие показателя «биологического возраста» к паспортному. Это тенденция является социально значимой, т.к. в начале проведения экспериментальной программы у женщин обеих групп отмечено значительное несоответствие показателей «биологического возраста» к паспортному (98,4% - Гк; 97,9% - Гэ).

В возрастных подгруппах нами отмечена прямая зависимость улучшения физической подготовленности и показателей «биологического возраста», т.е. чем выше показатель изменения физической подготовленности, тем больше соответствует показателей «биологического возраста» паспортному: в подгруппе «40-50», как в экспериментальной группе, так и в контрольной группе эта зависимость определена в 100%. Изменения в подгруппе «30-39» экспериментальной группы находится в большей зависимости изменения одного показателя от другого (72,4%), чем в подгруппе «до 30» - 57,8%. Тогда как в контрольной группе несколько иначе (в подгруппе «30-39» - 51,1%, чем в подгруппе «до 30» - 80,9%).

Таким образом, изменение показателей «биологического возраста» в сторону приближения к паспортным данным можно считать результатом организованной физкультурной деятельности женщин зрелого возраста. Общее улучшение физического состояния и биологического аспекта деятельности организма женщин опосредованно иллюстрирует изменения их физического здоровья. Наиболее эффективной программой нами определена система занятий по экспериментальная, как вообще, так и в частности для определенного возрастного периода: от 30 до 39 лет, от 40 до 50 лет. Для лиц до 30 лет более эффективной является занятия с использование упражнений силовой направленностью.

natalyavengerova@yandex.ru

Р.Я. Власенко, Ю.С. Салтыкова, А.П. Иванова, А.М. Григорьева

РАЗЛИЧИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ АКТИВНОЙ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ПРОБЫ У ИСПЫТУЕМЫХ С НЕОДИНАКОВЫМ УРОВНЕМ ТРЕНИРОВАННОСТИ

Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого, Институт медицинского образования, Великий Новгород

С позиций системного подхода изучали особенности вариабельности сердечного ритма (ВСР) у лиц с неодинаковым уровнем тренированности и различной готовностью к риску. Предполагалось, что готовность к риску как дополнительная характеристика доминантного мотивационного состояния субъекта, инициирующего целенаправленную деятельность, может включаться на различных уровнях иерархической организации функций. Обследовали 24 добровольца (12 спортсменов и 12 нетренированных) в возрасте от 18 до 21 года. Готовность к риску определяли путем анкетирования по методике Шуберта. Всех испытуемых разделили на 4 группы (рисковые и осторожные спортсмены, рисковые и осторожные нетренированные). Показатели ВСР регистрировали методом корреляционной ритмографии (по 200 кардиоинтервалов лежа и стоя) при выполнении активной ортостатической пробы (АОП). Использовали программно-аппаратный комплекс функциональной диагностики "Валента".

Анализ результатов ВСР у испытуемых 4 групп показал, что в ответ на ортостаз индекс напряжения (ИН) составил – 307,8 % и 235,6 % от фона у рисковых и осторожных спортсменов соответственно; у рисковых и осторожных нетренированных лиц – 349,5 % и 148,2 %. По сравнению с фоновыми значениями при выполнении АОП мощность спектральной активности в диапазоне VLF составила 93 % у рисковых спортсменов и 233 % у осторожных спортсменов; в диапазоне LF – 153 % и 87 % соответственно; у рисковых и осторожных нетренированных – VLF- 108 % и 148 %, LF- 141 % и 202 %. Мощность спектра высокочастотного компонента ВСР (HF) составила у рисковых и осторожных спортсменов 59 % и 40 % от фоновых значений; у рисковых и осторожных нетренированных – 130 % и 75 % соответственно. У всех рисковых спортсменов наблюдалась парадоксальная реакция на АОП. Нетренированные субъекты показали нормальную реакцию на АОП.

Таким образом, уровень активности симпатического звена регуляции ВСР наиболее выражен у осторожных спортсменов, активность вазомоторного центра ярче выражена у рисковых спортсменов и осторожных нетренированных субъектов. Показано, что особенности вегетативных показателей ВСР зависят не только от уровня тренированности субъектов, но и от их готовности к риску.

romex@mail.ru

В.И. Гаврилов, А.В. Шигабудинов

ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ – ОСНОВНОЕ СРЕДСТВО ФОРМИРОВАНИЯ НЕВЕРБАЛЬНОЙ КУЛЬТУРЫ ОБЩЕНИЯ СПЕЦИАЛИСТА ПО СВЯЗЯМ С ОБЩЕСТВЕННОСТЬЮ

Санкт – Петербургский государственный университет кино и телевидения

Труд специалиста по связям с общественностью – особый вид деятельности, в котором главную роль играет общение. Повышение его эффективности, поэтому, остаётся главным резервом совершенствования всего учебно – воспитательного процесса. Одной из составляющих оптимального общения является совершенное владение невербальными средствами воздействия – одним из самых мощных приёмов убеждающей коммуникации. Важность его использования в последнее время значительно возросла.

Исследования свидетельствуют, что около 80% межличного общения осуществляется через невербальные каналы, т. есть с помощью поз, мимики, жестов, движений и только 20% – через вербальные каналы.

Профессионал в области PR – это тот, кто может «преподнести» себя, «презентовать» себя, если хотите, в качестве профессионала для окружающих, демонстрируя высокий уровень индивидуальной невербальной культуры общения с партнёрами. Невербальная культура общения – это прежде физический облик, социальное оформление внешности (одежда, обувь, причёска и т.п.) и психомоторный компонент (жесты, позы, мимика, осанка, походка).

Психомоторный компонент, являющийся разновидностью движений, составляет основу невербального образа специалиста по PR, и предлагая свою двигательную и телесную атмосферу, которая проявляется в мимике, позе, жестах, осанке, походке является важным невербальным стимулом, которым организует целесообразную связь с деловыми партнёрами, при условии, если образ положительный.

Поэтому целесообразно помнить, что индивидуальная невербальная культура общения – это внешнее выражение внутреннего мира человека, проявляющееся во взаимосвязи движений с психикой. К этому следует добавить, что около 60% тонизирующих мозг сигналов поступает от мышц человека. Этим связь движений с психикой не ограничивается. Психика не только детерминирует движения, но и сама проявляется в двигательных реакциях.

Эффективное управление движениями является позитивными показателями невербальной культуры общения специалиста по PR. Эти показатели раскрываются в психомоторных действиях с целью придании человеком эстетической выразительности, пластики, ритмичности и привлекательности. Одним из средств проявления привлекательности и эмоций является мимика лица.

Специалист по PR в силу своих профессиональных обязанностей должен уметь контролировать выражение своего лица. Действенным средством формирования умения управлять движениями мимических мышц лица являются специальные упражнения на эту группу мышц, которые позволяют задействовать

участки мозга, используя его резервы для управления своим самочувствием и настроением. Что ещё может специалисту создать образ уверенного и успешного человека? Конечно же, это осанка – основа уверенного поведения! Ощущения в области шеи, которые отражают тонус мышц её задней поверхности, запускают автоматические программы телесно – эмоциональной регуляции, связанные со статусным самоощущением и позиционированием человека. Поэтому, выполняя специальные упражнения связанные с произвольной сменой положения головы и шеи, повышая тонус шейных мышц, можно регулировать и своё эмоциональное состояние, в первую очередь связанное с уверенностью в себе и самоконтролем. К этому следует добавить, что формирование хорошей осанки в основном зависит от функционального поведения тонической мускулатуры (мышцы спины, груди, брюшного пресса).

Хорошая осанка и пластика движений – тесно взаимосвязаны. Характерной особенностью пластичности является её зависимость от эмоционального настроя, связанного с проявлением уверенности в себе, хорошего самочувствия. Пластичность находится в неразрывной взаимосвязи с другими двигательными качествами, которые придают невербальному общению более яркую выразительность. Например, амплитудность, которая характеризует точность и красоту движений.

Таким образом, невербальная культура общения специалиста по PR тесно связана с техникой владения телом. Эффективное управление своим телом детерминировано физической подготовленностью человека, и главную роль в формировании умений невербальной выразительности играют средства физического воспитания. Оказывая комплексное воздействие на различные сферы личности, повышая общий уровень физической подготовленности мы формируем невербальную культуру общения, которая так необходима специалисту по PR и современному человеку.

Гарцуев А.В.

ВЛИЯНИЕ ЗАНЯТИЙ ПОДВИЖНЫМИ ИГРАМИ НА ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СТУДЕНТОВ

Санкт-Петербургский государственный инженерно-экономический университет

Одной из наиболее характерных тенденций развития постиндустриального общества является многократное возрастание информационных потоков и существенное повышение значимости самой информации. Современный работник любой сферы производства поставлен пред необходимостью быстро и эффективно перерабатывать различную информацию и принимать на её основе грамотные и взвешенные управленческие решения. Эти решения должны носить преобразующий характер и соответствовать принципу оптимальности.

В свою очередь, внешняя среда из которой работнику поступает информация, может порождать множество заранее непредсказуемых ситуаций, носящих

конфликтный и даже тупиковый характер.

Поэтому, важнейшими задачами подготовки работников и руководителей новой формации являются: целенаправленное развитие и совершенствование психических возможностей и способностей; формирование умения корректировать своё эмоциональное состояние; совершенствование перцептивной и интеллектуальной сфер.

Средством для реализации этих задач является профессионально-прикладная физическая подготовка, вообще, и в частности, подвижные игры с разнообразной тематики и направленности. Они, как свидетельствует многовековой педагогический опыт, по праву занимают центральное место в системе физического воспитания, а с позиций современного научного знания - являются генетически первичной и самостоятельной формой деятельности человека, обеспечивающей удовлетворение его базовой потребности в познании мира. Кроме этого, игра представляет собой деятельность формирующего типа, активирующую проявление всех задатков и способностей человека и помогающую раскрытию потенциала личности.

Игра выступает и как естественное и непревзойдённое дидактическое средство, выполняющее функцию подготовки новых поколений к предстоящей жизни, что даёт основания к полноценному её использованию в подготовке будущих специалистов в системе высшего образования.

Подвижные игры, используемые на занятиях физическими упражнениями со студентами I-го – II-го курсов ВУЗа подбираются с соблюдением преемственности с программой обучения в X-м и XI-м классах средней школы, а также с учётом возрастных особенностей студентов.

Педагогические задачи, решаемые с помощью подвижных игр на занятиях физическими упражнениями студентов следующие:

1. Обеспечение двигательной и психологической релаксации студентов на протяжении учебного дня;
2. Развитие и совершенствование сенситивных для данного возраста физических качеств и двигательных способностей;
3. Воспитание нравственных качеств, необходимых для выхода из различных, часто меняющихся ситуаций;
4. Формирование положительного эмоционального фона, способствующего развитию и поддержанию интереса к разнообразным формам двигательной деятельности.

По своей классификации, подвижные игры, рекомендуемые к использованию на занятиях физическими упражнениями со студентами ВУЗа разделяются на: некомандные, переходные и командные.

Педагогическое значение подвижных игр: развивать навык ориентации в пространстве; совершенствовать координацию движений; развивать скоростно-силовую выносливость; способствовать формированию положительного эмоционального фона занятия, после выполнения физических упражнений связанных с монотонной мышечной работой.

Понимание подвижной игры, как совокупности множественных ситуаций кон-

кретной направленности, требующих адекватных обстоятельствам ответных действий, регламентируемых сюжетом, правилами и функциями участников, позволяет по - новому определять их место в структуре занятий физическими упражнениями.

Подвижные игры можно использовать во всех разделах занятия – вводной, основной и заключительной. В частности, во вводной части занятия, целесообразно использовать некомандные подвижные игры, в которых простые и усложнённые ситуации, определяющие способы передвижения варьируются в зависимости от физического и психо-эмоционального состояния студентов. Эти игры должны быть, прежде всего, направлены на эмоциональную релаксацию занимающихся и улучшение эмоционального фона занятий.

В основной части занятия подвижные игры должны обеспечивать мышечную релаксацию после выполнения упражнений направленных на развитие основных двигательных качеств и способностей; задействовать в движениях, необходимых для достижения цели как можно большее количество мышечных групп, в том числе и группы не участвующие в движениях повседневной жизни; формировать яркую эмоциональную окрашенность выполняемых упражнений. Здесь целесообразно проводить переходные и командные игры большой интенсивности, в которых используются сложные ситуации и ситуации повышенной сложности.

В заключительной части – организуются подвижные игры с использованием простых ситуаций, предполагающих выполнение движений малой интенсивности.

Следует отметить, что подвижные игры являются уникальным и единственным средством физической культуры, которое способно оказывать комплексное воздействие на психо-эмоциональное и физическое состояние занимающихся в течение одного конкретного занятия.

Вариативность сюжетов, правил и функций игроков позволяет избежать монотонности и однообразия при выполнении физических упражнений различной интенсивности, необходимых для достижения игровой цели.

Это же обстоятельство, в свою очередь, давая возможность игрокам свободно выражать свои эмоции, создаёт предпосылки для эмоциональной разрядки, а также свободного общения игроков во время игры. Подвижная игра формирует ярко окрашенный положительный эмоциональный фон занятия, а у каждого играющего возникает ощущение психологического комфорта. Оно формируется из трёх компонентов – эмоциональной разрядки, удовлетворения от выполненных доступных двигательных действий, удовлетворения от общения с другими играющими.

В свою очередь, неограниченная множественность и многоуровневость часто меняющихся разноплановых двигательных ситуаций возникающих во время игры, предполагает возможность воздействия посильной физической нагрузкой на все мышечные группы организма. В результате этого – у играющих, формируется ощущение мышечного комфорта.

Совокупность ощущений психо-эмоционального и мышечного комфорта, дос-

тигаемых на каждом занятии, ведёт к возникновению заинтересованности, а впоследствии и развитию стойкого интереса к занятиям физическими упражнениями.

Таким образом, существенного улучшения качественного уровня психоэмоционального состояния и повышения уровня физических кондиций студентов можно достичь за счёт расширения и углубления количества и содержания подвижных игр на занятиях физической культурой.

В этой связи логично и уместно изменение структуры самих занятий с целью их насыщения разнообразными и разноплановыми ситуативными игровыми заданиями. Эти задания позволят по новому подходить к подбору средств занятий, беря за основу не виды узкоспециализированной спортивной деятельности, а широкий диапазон физических упражнений, варьирующихся в зависимости от ситуаций. Такой подход обоснован необходимостью создания условий для подготовки к освоению и совершенствованию учебного материала предусмотренного программой обучения в ВУЗе в разделе «Спортивные игры».

К.В. Гобузева

ФОРМИРОВАНИЕ ПОЗИТИВНОГО ОТНОШЕНИЯ СТУДЕНТОК К ЗАНЯТИЯМ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ

Санкт-Петербургский государственный политехнический университет,
Институт международных образовательных программ

В последние годы происходит прогрессивное ухудшение здоровья населения России. Особую тревогу вызывает состояние здоровья учащейся молодежи. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), выделила так называемые «факторы риска» причины, способствующие развитию различных заболеваний. Среди них основное значение имеют: высокие темпы современной жизни, нервное перенапряжение и стрессы, избыточное и несбалансированное питание и связанное с ним ожирение; загрязнение воздушной и водной сред, алкоголизм, курение, наркомания, появление новых болезнетворных факторов: радиация, промышленные и транспортные отходы, заражение продуктов питания, и, наконец, выраженное снижение двигательной активности человека. Примерно половина факторов, определяющих состояние здоровья современного человека, относится к образу жизни.

Движение – это биологическая потребность организма, самый естественный регулятор и стимулятор жизнедеятельности (Менхин Ю.В,,Менхин А.В.,2002). В процессе антропогенеза наш организм формировался в постоянном движении, но в современных условиях доля мышечных усилий в режиме жизни человека уменьшилась до 10,0 %, что особенно опасно на фоне нервно-психических напряжений и возросшей умственной нагрузкой. Восполнить этот дефицит могут только регулярные занятия физическими упражнениями.

Социологические исследования (Андрющенко Л.Б., Лосева И.В., Вялкина Т.Г., 2004; Венгерова Н.Н.,2005) показывают, что в целом, студенческая моло-

дежь позитивно относится к занятиям физической культурой, но при этом у большинства девушек не сформирована потребность в каждодневной двигательной деятельности.

Одним из мотивов начала занятий оздоровительными видами гимнастики является формирование красивой фигуры, однако студентам, имеющим лишний вес, необходимо объяснять, что, только изменив свои привычки, образ жизни, став более активным, сильным, можно добиться основной цели. Оздоровительная тренировка не должна быть максимально энергоемкой, это объясняется тем, что большой энергорасход значительно снижает углеводные запасы организма, что приводит к повышенному аппетиту после занятия.

Занятия будут носить оздоровительный характер, если проходит на положительном психоэмоциональном фоне, способствует снятию стрессов и расслабляет психику, вызывая состояние комфорта.

Не все студенты, поступающие на 1 курс могут заниматься физической культурой в общих группах, так как имеют отклонения в состоянии здоровья (подготовительная или специальная группа здоровья), чаще других встречаются заболевания опорно-двигательного аппарата, органов зрения, органов дыхания. Однако данные заболевания не являются поводом для освобождения студентов от всех практических занятий. Ряд физических упражнений возможно и даже необходимо выполнять. Так рационально построенная тренировка будет способствовать профилактике заболеваний позвоночника. Она должна быть, безусловно, травмобезопасной, включать большое количество медленных движений с ограниченной амплитудой во всех отделах позвоночника для улучшения питания межпозвоночных дисков, задействовать связки, сокращать и растягивать глубокие мышцы позвоночного столба для ликвидации их «спазмов», укреплять все мышечные группы спины и брюшного пресса для создания мышечного корсета для позвоночника. Занятия со студентами имеющих отклонения в состоянии здоровья должны включать дыхательные упражнения, польза от которых заключается в том, что интенсивный воздушный поток, проходящий через носоглотку, имеет закаливающий эффект; экскурсия диафрагмы (при глубоком «брюшном» дыхании) является дополнительным массажем органов брюшной полости; ритмичное глубокое дыхание уравновешивает психические процессы. С данной группой студентов необходимо более тщательно подбирать средства, дозировку и последовательность их выполнения, проводить текущий и этапный контроли за состояние здоровья, используя визуальные наблюдения, тестирования, консультации и рекомендации по всем вопросам, связанным с занятиями.

Необходимо повышать мотивацию к занятиям физической культурой, что возможно при более тщательном учете желаний и склонностей студентов при распределении их в учебные группы по видам спортивной специализации, сообщении студентам большего объема специальных знаний и формирование на этой основе осознанной потребности в занятиях физической культурой. Таким образом, для формирования здоровья женского студенческого контингента актуальным представляется использование в учебном процессе по физическому

воспитанию популярных видов двигательной активности.

Григорьев В.И.

ЗНАЧЕНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА РОССИИ

Санкт-Петербургский государственный университет экономики и финансов

В теории физической культуры понятие «человеческий потенциал» рассматривается в разных аспектах, как некая совокупность социально значимых качеств (включая здоровье, природные факторы и образование), детерминирующих производительность труда; главная составляющая национального богатства и основная движущая сила экономического роста, а также как совокупность людей, проживающих на конкретной территории, характеризующаяся численностью, этническим составом, социальной структурой. Необходимо подчеркнуть, что физическая культура не производит непосредственно осязаемых материальных ценностей, но она тесно связана с формированием человеческого потенциала посредством потребления физкультурно-оздоровительных и спортивных услуг. Поэтому на отраслевом уровне она может быть рассмотрена как субкультура и цивилизационный инструмент преобразования природных ресурсов в экзистенциальный потенциал человека и общества, где создаются условия для воспроизводства, преобразования и потребления ценностей здоровья нации. Роль физической культуры в этой модели проявляется в управлении качеством жизни различных возрастных и профессиональных групп населения. многофункциональность физкультурной деятельности оказывает прогрессивное влияние на динамику развития производительных сил общества. Формируемые здесь производительные силы выступают в рыночной экономике в форме человеческого капитала – совокупности социально значимых качеств (запаса здоровья, знаний, навыков, способностей и мотивации), детерминирующих производительность труда и являющихся источником дохода для человека, общества и государства в целом. Уровень развития отрасли обретает в этой связи статус индикатора цивилизованности и социально-экономического благополучия нации. Оценивая различные направления инвестиций в человеческий потенциал с позиции повышения его производственной составляющей представляется, что к наиболее важным из них относятся вложения в развитие системы физической культуры и спорта, сохранение здоровья. Стратегически важными направлениями в развитии отрасли являются: 1) повышение уровня жизни работников отрасли за счет роста эффективности профессиональной деятельности, создания условий для расширения спроса на здоровьесберегающие услуги; 2) завершение формирования соответствующей отраслевой среды, которая может обеспечить экономический рост на основе притока капитала в физкультурно-спортивную индустрию; 3) выполнение государством своих финансовых обязательств и превращение бюджета в активный инструмент государственной экономической политики развития физической культуры и спорта; 4) повышение

эффективности использования спортивной инфраструктуры.

Д.Н. Давиденко

ЗДОРОВЬЕ, АДАПТАЦИЯ И РЕЗЕРВЫ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА

Санкт-Петербургский государственный политехнический университет

1. Фитнес технологии в образовательном процессе высшего учебного заведения должны быть направлены, прежде всего, на формирование, сохранение и укрепление здоровья студентов. Здоровье целесообразно рассматривать как состояние, характеризующееся возможностями адаптации организма к воздействию различных факторов среды обитания человека. Совершенно очевидно, что проблема адаптации – центральная проблема в сфере физической культуры и спорта.
2. Адаптация к мышечной деятельности в физиологическом отношении представляет собой двуединый процесс: с одной стороны, при двигательной активности организм приспосабливается к удержанию жизненно важных констант внутренней среды, а с другой стороны – поскольку предотвратить сдвиги гомеостаза не удается, то организм приспосабливается к выполнению двигательной деятельности в условиях измененной внутренней среды. Процесс адаптации к воздействиям факторов внешней среды вообще и к мышечной деятельности в частности связывается с проявлением и мобилизации морфологических и функциональных резервов организма.
3. В общем виде под адаптационными резервами следует понимать возможность клеток, тканей, органов, систем органов и целостного организма противостоять воздействию различного рода нагрузок и позволяющие адаптироваться к этим нагрузкам, минимизируя их воздействия на организм. При таком подходе целесообразно выделение структурных (морфологических) и функциональных резервов адаптации организма. Очевидно, что первые из них связаны с особенностью строения структурных элементов организма, а вторые – с их функциональной активностью. Структурные (морфологические) резервы – это особенности строения структурных элементов организма (клеток, тканей, органов и систем), проявляющиеся в развитии и прочности мышечной и костной тканей и т.д. Функциональные резервы могут быть представлены как диапазон скрытых возможностей изменения функциональной активности структурных элементов организма, их взаимодействия и взаимосодействия, используемые организмом для достижения результата деятельности человека.
4. В процессе той или иной деятельности, при воздействии на организм факторов внешней среды все виды функциональных резервов вовлекаются в системную адаптивную реакцию организма, специфические черты которой определяются уровнем и характером адаптированности организма, его половыми, возрастными и конституционными особенностями. Системообразующим фактором выступает результат деятельности (адаптации).

dnd1814dnd@mail.ru

О. А. Заплатина, Б. А.Борисов

АНАЛИЗ ОПЫТА И ПЕРСПЕКТИВ РАЗВИТИЯ НАПРАВЛЕНИЙ ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ КУЗБАССКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО ТЕХНИЧЕСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Кузбасский государственный технический университет, Кемерово

Тема здорового образа жизни выбрана нами не случайно. Являясь работниками технического университета, мы увидели решение проблем, связанных с вышеуказанной темой, через призму следующих связей:
– между повышением уровня здоровья, физической активности преподавателей и качеством воспитательно-образовательного процесса;
– между повышением физкультурно-спортивного статуса педагогического коллектива, вуза в целом и приобщением студенческой молодежи к активному образу жизни, что, в конечном итоге, помогает решению одной из важнейших задач воспитательно-образовательного процесса – повышению уровня подготовки студентов технического вуза к будущей профессиональной деятельности, а также проникновению в сеть высших учебных технических заведений идей совершенствования здорового образа жизни.
Для решения вопросов, связанных с проблемой здорового образа жизни сотрудников высшего учебного заведения, мы предлагаем сосредоточить усилия на организации спортивно-оздоровительного движения.
Так, несколько лет назад в Кузбасском государственном техническом университете была возобновлена и регулярно проводится в настоящее время Спартакиада среди представителей профессорско-преподавательского состава, докторантов, аспирантов и других сотрудников КузГТУ (Рис. 1).
С каждым годом Спартакиада вмещала в свои рамки все большее количество участников (как молодых, так и тех, кто уже в возрасте), ранее не участвующие или неактивно участвующие факультеты (такие как инженерно-экономический факультет, факультет гуманитарного образования), таким образом, популяризируя и проявляя себя как широкое массовое явление, направленное на решение вопросов, связанных с приобщением работников и студентов к здоровому образу жизни (Рис. 2).
Ежегодно разрабатываются календари спортивных мероприятий на учебный год, общие положения соревнований по видам спорта. Разработана технология судейства новых видов спортивной деятельности, электронная технология подачи заявок на участие в Спартакиаде, подачи протестов. Вся информация и документация по проведению Спартакиады регулярно выкладывается и обновляется на сайте Кузбасского государственного технического университета (www.kuzstu.ru).
К настоящему времени Спартакиада преподавателей и сотрудников расширила свои границы: к лыжной эстафете, волейболу, футболу, настольному теннису и

подледному лову добавились такие виды как индивидуальная лыжная гонка, плавание, пулевая стрельба, бадминтон и дартс. Возрастной диапазон охватил участников от 20-ти до 80-ти лет. В настоящее время число участвующих женщин возросло в 4 раза.

Проведение ежегодной Спартакиады КузГТУ среди преподавателей и сотрудников университета стало устойчивой и доброй традицией. Сегодня Спартакиада – редкое явление среди вузов региона, а может быть даже и страны – объединяет и сплачивает работников КузГТУ на основе дружелюбия, взаимопонимания, товарищества, потребности в здоровом образе жизни, понимании того, что от состояния здоровья и уровня работоспособности преподавателей зависит качество воспитательно-образовательного процесса, а значит и качество подготовки будущих специалистов. По сути своей это уникальное физкультурно-спортивное движение, фокусирующее в себе огромный творческий потенциал работников вуза, вдохновленных идеей активного образа жизни.

В 2004 году Оргкомитет Спартакиады сделал попытку вовлечь в физкультурно-спортивное движение сотрудников других вузов города Кемерово.

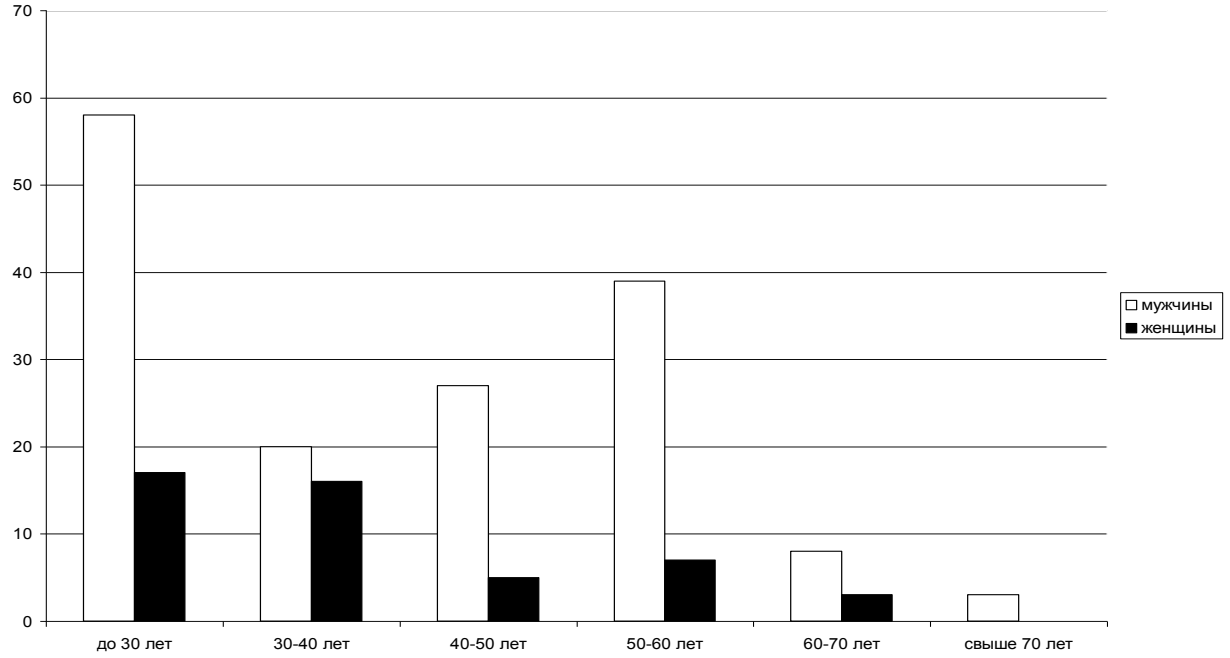


Рис. 1. Количество преподавателей-участников ежегодной Спартакиады профессорско-преподавательского состава и других сотрудников КузГТУ на начало ее организации

Попытка оказалась удачной, и уже в этом же году на волейбольных площадках вузов встречались команды Кузбасского государственного технического университета, Кемеровского государственного университета и Кемеровского технологического института пищевой промышленности, а в 2006 году в г. Новокузнецке была проведена первая областная Спартакиада среди преподавателей, сотрудников, а также докторантов и аспирантов высших учебных заведений, ставшая ежегодной.

Считаем важным отметить, что такое явление как Спартакиада преподавателей

и сотрудников вызывает положительные эмоции: эмоции со стороны самих участников, со стороны болельщиков, а, главное, со стороны студентов, которые, ориентируясь на активную позицию педагогов, стремятся повысить уровень своей физической активности. Опыт показывает, что соревнования, которые проводят и в которых непосредственное участие принимают сами преподаватели, проходят гораздо интереснее, студенты охотнее участвуют в них, что позволяет полноценнее реализовывать задачи физического воспитания с целью повышения уровня здоровья студенческой молодежи.

Снижение уровня здоровья молодого поколения отражено в концепции Федеральной целевой программы охраны здоровья населения Российской Федерации года как социальная проблема. Ухудшение состояния здоровья подростков и молодежи России обусловлено социально-экономическим кризисом, снижением уровня жизни, недостатками здравоохранения и внутренними причинами системы образования. Одной из основных задач современной педагогической деятельности является сохранение и укрепление здоровья человека, создание оптимальных условий для повышения уровня физической подготовленности студенческой молодежи. Эта задача становится все более значимой в настоящее время, ведь акцент на здоровье, здоровый образ жизни, а также внедрение в сферу учебной и профессиональной деятельности здоровьесберегающих технологий приобрел в последние годы особую актуальность. Таким образом, возникает противоречие между повышением интенсивности человеческой деятельности в условиях производства и темпа современной жизни и уровнем подготовки студентов к будущей профессиональной деятельности.

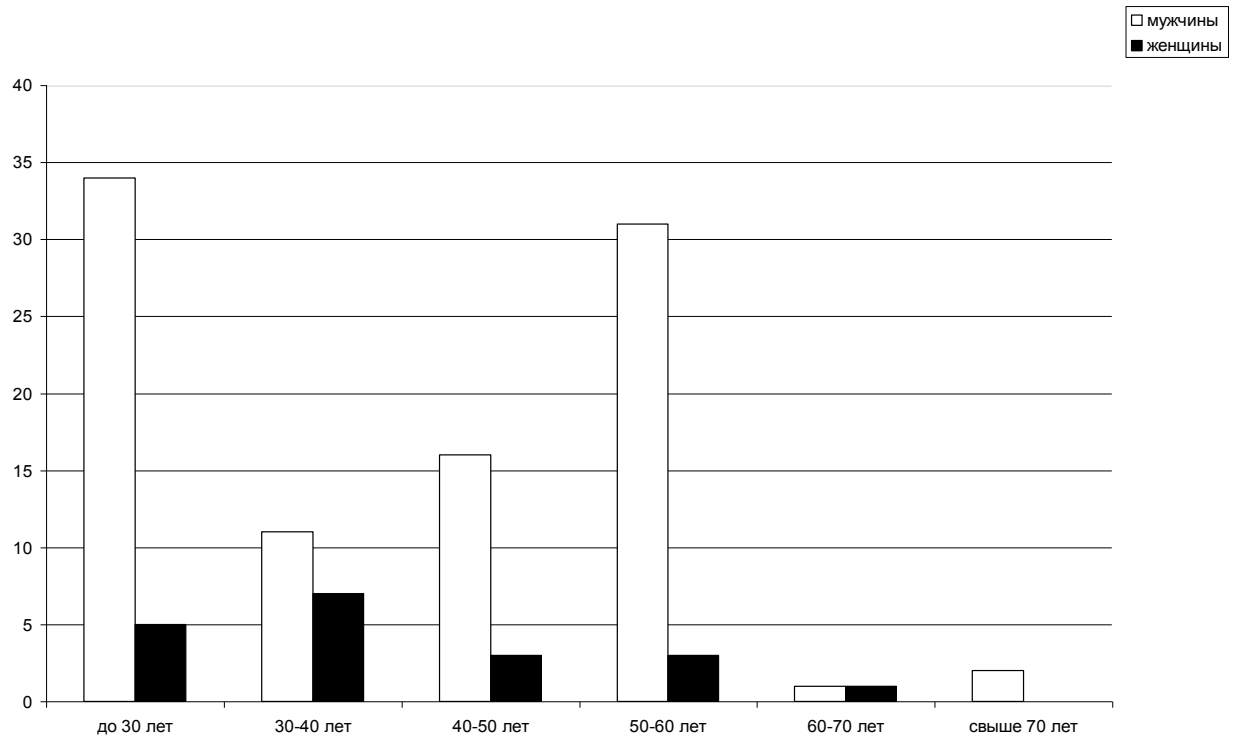


Рис. 2. Количество преподавателей-участников ежегодной Спартакиады профессорско-преподавательского состава и других сотрудников КузГТУ в настоящее время

В современных социально-экономических условиях будущие специалисты для реализации своих профессиональных возможностей должны обладать не только фундаментальными разносторонними знаниями, умениями и навыками в сфере производства, но и совокупностью свойств, которые отвечают новым требованиям работодателей, таким как стрессоустойчивость, конкурентоспособность, уровень здоровья и необходимый диапазон функциональных способностей организма.

Одной из причин пассивного отношения человека к своему здоровью является недостаточный уровень объективной системы знаний о здоровье, о закономерностях его развития, формирования, поддержания на оптимальном уровне, об изменениях здоровья, о методах его коррекции и укрепления физкультурно-оздоровительными средствами.

Современная система физкультурно-оздоровительного движения является приоритетной в формировании физической культуры и спорта как вида общей культуры, здорового образа жизни и спортивного стиля жизнедеятельности. Особую актуальность эта проблема приобрела в условиях российского вуза. Физическое воспитание студентов в техническом вузе на современном этапе развития сталкивается с несоответствием своих требований к личности специалиста и качеством его подготовки к будущей профессиональной деятельности.

Анализ уровня физической подготовленности и показателей здоровья студентов Кузбасского государственного технического университета показывает, что:

- увеличилось количество студентов, которым рекомендованы занятия физическим воспитанием в подготовительной и специальной группах: в 2008 году в данных группах занимались 10,5 % от общей массы студентов 1 и 2 курса, в 2009 году этот процент составил 28 % соответственно, в 2010 году процент студентов с низким физическим развитием повысился до 41 %;
- за последние годы значительно увеличилось число молодых людей, освобожденных от практических занятий физической культурой, в 2008 году в специально-теоретических группах занималось 2,5 % всех студентов первых курсов, в 2009 году – 7 %, в 2010 году – 10 %;
- по результатам сдачи контрольных нормативов, отражающих уровень общей физической подготовленности будущих специалистов, можно выявить тенденцию снижения показателей скоростных и силовых способностей, а также общей выносливости и координации;
- в процессе физического воспитания практически отсутствуют методики формирования профессионально важных качеств будущих специалистов в связи с целевыми заказами производства, требующими адекватности качества образования и его результатов на международном рынке образовательных услуг;
- недостаточным является количество часов, отведенное физическому воспитанию рамками учебного плана, не учитываются индивидуальные особенности и возможности студентов.

Таким образом, большинство проведенных исследований в области организации физического воспитания в вузе констатируют низкую эффективность тра-

диционных занятий и соответствующий уровень физической подготовленности будущих специалистов.

Следовательно, решение задачи формирования здорового стиля жизни молодого поколения требует создания и развития нового вида оздоровительной деятельности, способного воспитать человека с высоким уровнем мотивации к физической подготовленности, с положительными нравственно-этическими идеалами и активной гражданской позицией. Для этого необходим тщательный анализ тенденций развития бизнес-политики в области физической культуры и спорта, а также поиск новых путей совершенствования физкультурно-оздоровительной и спортивной жизни.

Более полное использование педагогического потенциала физического воспитания с целью укрепления здоровья будущих специалистов, совершенствования показателей общей и специальной физической подготовленности, повышения интереса к физкультурно-оздоровительной деятельности, снижения количество пропусков студентами учебных занятий физической культурой и спортом сводится к решению следующих задач:

1) удовлетворение потребностей студентов вуза в развитии необходимых физических качеств и двигательных навыков с помощью инновационных методик физического воспитания на основе учета индивидуальных возможностей и особенностей занимающихся;

2) внедрение в учебно-тренировочный процесс в вузе нетрадиционных средств физической культуры и спорта (различных видов аэробики, тибетских практик, оздоровительной йоги, дыхательной гимнастики);

3) применение дополнительных занятий оздоровительной и спортивной направленности для повышения работоспособности студентов и активного восстановления после значительных учебных нагрузок;

4) проведение спортивно-массовых мероприятий для привлечения студентов к систематическим занятиям физической культурой, для выявления и совершенствования потенциальных возможностей и психофизических резервов организма, воспитания воли, умения взаимодействовать в коллективе, адаптироваться к нестандартным соревновательным условиям, а также умения принимать правильные решения в кратчайшие сроки в экстремальной ситуации.

Наиважнейшими становятся следующие задачи, решаемые в процессе запланированных мероприятий (Табл.1):

1) Удовлетворение потребностей студентов вуза в развитии необходимых физических качеств и двигательных навыков с помощью инновационных методик физического воспитания на основе учета индивидуальных возможностей и особенностей занимающихся.

2) Внедрение в учебно-тренировочный процесс в вузе нетрадиционных средств физической культуры и спорта.

3) Применение дополнительных занятий оздоровительной и спортивной направленности для повышения работоспособности студентов и активного восстановления после значительных учебных нагрузок.

Оценка эффективности реализации направлений программ осуществляется на

основе следующих показателей:
- результативности (R) проведенных мероприятий (проектов), представляющей собой соотношение уровней достижения цели и задач мероприятия (CZ) и исполнения предусмотренного объема его составляющих (Kn) , то есть R= CZ / Kn;
- достижение цели и задач мероприятия (CZ), представляющего собой соотношение фактически проведенных мероприятий (FK) к плановому (Pl), то есть CZ = FK / Pl;
- исполнение предусмотренного объема составляющих спортивно-массовых мероприятий (FK), представляющего собой соотношение фактического объема использованных средств (Sf) (финансы, материальная база, оборудование) на мероприятия (проекты) к запланированным (Sp), то есть FK = Sf / Sp.

Н.А. Зиновьев

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ЗАНЯТИЙ ПО СПОРТИВНОМУ ОРИЕНТИРОВАНИЮ СО СТУДЕНТАМИ

Санкт-Петербургский государственный горный институт им. Г.В. Плеханова

Уникальность спортивного ориентирования заключается в органичном сочетании двух компонентов необходимых для успеха - физической подготовленности и интеллектуального уровня. Как нам кажется, именно в студенческой среде этот вид спорта может рассчитывать на наибольшую популярность. Занятия на отделение спортивного ориентирования позволяют повышать беговую подготовку в теплое время года и совершенствовать лыжную технику в период зимы. Возможность получения новых знаний, разнообразные формы проведения занятий, непосредственное общение с природой, увеличивают привлекательность этого вида спорта.

Обучение спортивному ориентированию предполагает освоение навыков передвижения по незнакомой местности с использованием спортивной карты и компаса. Следовательно, для организации занятий необходимо наличие большого набора различных маршрутов в лесной или парковой зоне. Обеспечение этого условия связано с рядом трудностей. Мы предлагаем следующий вариант решения этой проблемы.

Предлагается в пригороде или парке, недалеко от места, где имеется база для переодевания, оборудовать учебно-тренировочный полигон. Для этого необходимо приобрести спортивные карты территории, расположенной в непосредственной близости с базой. На местности на расстоянии от 100 до 300 метров друг от друга устанавливаются стационарные контрольные пункты, оборудованные средствами для отметки в виде специальных компостеров. Эти пункты в основном будут использованы при ориентировании в заданном направлении и ориентировании по выбору. Для ориентирования на маркированной трассе производится разметка, по меньшей мере, двух дистанций длиной от двух до трех

километров с установкой на каждой 5-6 контрольных пунктов. Для контроля прохождения дистанций изготавливаются специальные карточки, которые применяются для отметки на контрольных пунктах. Также готовятся тиражи карт с различными дистанциями.

Эффективность занятий спортивным ориентированием в значительной мере зависит от успешного усвоения большого объема теоретических и практических знаний, включающих понимание условных знаков, навыки чтения карты, способность передвигаться по местности в нужном направлении, умение находить контрольные пункты.

Мы предлагаем использовать следующую схему обучения. На первом курсе 3-4 первых занятий следует отвести для ознакомления студентов с условными знаками спортивных карт и выработки умения ориентировать карту и сопоставлять ее с местностью. С целью повышения наглядности материала рекомендуем изготовить стенд с набором информации, помогающей студентам усвоить предлагаемые знания. Первые занятия следует проводить под непосредственным руководством преподавателя. Они включают в себя теоретическую часть, практическую работу всей группой и работу в группах по 2-3 человека. Групповые занятия целесообразно проводить только на первом этапе обучение спортивному ориентированию. Следующие 3-4 занятия работа на местности с картой проводится каждым студентом самостоятельно, но преподаватель следит за действиями студентов и может оказывать им помощь. В дальнейшем вся работа в лесу должна быть полностью самостоятельной, но после прохождения трассы преподаватель может проводить разбор действий студента и давать ему рекомендации. В процессе обучения студентам предлагаются различные формы занятий. Это могут быть варианты технических заданий, преодоление разнообразных дистанций на время и на точность, постановка контрольных пунктов, решение тестовых заданий, прохождение маркированных трасс. В начале года и в конце каждого семестра рекомендуется проводить контрольные дистанции в виде соревнований на время. Результаты прохождения этих дистанций позволяют оценить уровни усвоения теоретических знаний и физической подготовки и относятся к одному из зачетных требований.

Предлагаемая схема организации занятий по спортивному ориентированию дает возможность оптимально решать задачи физического воспитания студентов и контроля результатов обучения.

Н.А. Зиновьев

НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОБУЧЕНИЯ В ВУЗЕ СПОРТСМЕНОВ ВЫСОКОГО КЛАССА

Санкт-Петербургский государственный горный институт им. Г.В. Плеханова

Как правило, из числа абитуриентов поступивших в вуз, некоторые уже имеют высокую спортивную классификацию, являются кандидатами в мастера спорта, мастерами спорта и являются ведущими спортсменами входящие в составы различных сборных команд, в том числе и национальных.

Для таких студентов-спортсменов процесс обучения по учебным планам, рассчитанных на большинство студентов становится непреодолимой преградой. Особенно трудно сочетать обучение с тренировочным процессом для студентов, обучающихся на I курсе. Задача не из лёгких. С одной стороны необходимо выполнить учебный план, сдать зачёты и экзамены и продолжать тренироваться, повышать свой спортивный уровень, выполнять поставленные тренером задачи.

Практика работы с такими студентами в Санкт-Петербургском Горном Институте имеет глубокие корни. Многие студенты-спортсмены успешно закончили вуз и достигли высоких спортивных результатов на чемпионатах России, Европы, Мира. Часть из этих студентов-спортсменов защитила диссертации, и продолжают работать в вузе педагогами, заведующими кафедрами, деканами, проректорами. Часть стала руководителями предприятий, лидерами в своих коллективах.

Большинство студентов-спортсменов тренируются у своих тренеров, которые не являются работниками вуза. Одной из главных задач, которую необходимо решить на первом этапе это налаживание взаимоотношений между кафедрой физического воспитания и тренером спортсмена, от этого зависит успешное сочетание учёбы в вузе и занятия спортом.

Современный спорт требует от спортсмена ежедневных многоразовых тренировок и выступления на соревнованиях на пределе своих возможностей, корме этого процесс обучения требует немалых усилий, чтобы выполнить учебный план.

Предоставление таким студентам индивидуальных графиков обучения единственный путь позволяющий сочетать эти два вида деятельности.

К сожалению, за последние годы в документах по высшей школе о студентах-спортсменах высокой классификации почти ничего нет. Отсутствуют директивные документы, которые бы позволяли этой категории студентов продлевать сроки обучения, назначать на стипендию при выполнении учебных планов, выделять средства на питание. Усугубляется это ещё и тем, что в учебных программах по физическому воспитанию в вузах России, спорту высших достижений уделено недостаточно внимания, фактически отсутствует правовая база.

Работу по развитию спорта высших достижений могли бы взять на себя спор-

тивные клубы вузов, однако за годы перестройки из-за отсутствия финансирования почти во всех вузах спортивные клубы прекратили своё существование.
Несмотря на большие трудности и существующие проблемы, необходимо признать, что спорт высших достижений существует и развивается в вузах страны, об этом свидетельствуют факты проведения городских и Российских студенческих чемпионатов, чемпионатов Мира, Всемирных летних и зимних универсиад, где российские студенты уверенно и достойно защищают честь страны.

Е.А. Изотов

Т-ТЕХНОЛОГИИ В ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЕ И СПОРТЕ

Санкт-Петербургский государственный горный институт им. Г.В. Плеханова

Компьютерные технологии как часть IT-технологий формируют принципиально отличный стиль работы, который оказывается психологически более приемлемым, комфортным, мобилизующим творческие возможности и интеллектуальный потенциал человека.
Создание новой компьютерной техники - не самоцель, прежде всего оно направлено на использование компьютерных технологий в научных исследованиях, производстве, быту, спорте, для реализации образовательных и других социально значимых задач. Обеспечение образовательного процесса компьютерными программами всегда сопутствовало развитию теоретической и практической мысли по эффективному их использованию в педагогической деятельности. В этой связи представляют научный интерес вопросы развития теории и практики использования компьютерных технологий в образовательном процессе.
Выбор преподавателем характера управляющих воздействий зависит как от целей обучения, так и от имеющихся ограничений. Необходимо рационально распределить средства между различными видами процесса обучения и на этой основе обеспечить оптимальное поведение студентов в "пространстве знаний", несмотря на их возможные негативные реакции.
Компьютерные технологии, как технические средства обучения, развиваются в рамках существующего учебного процесса, поэтому должны, в большей или меньшей степени, быть совместимыми с этим процессом с точки зрения управляющих воздействий, но, в то же время, создаваемые или созданные КТ могут активно влиять на изменения не только методики преподавания, но и целиком на всю технологию учебного процесса.
Необходимость в КТ возникает в том случае, когда используемые методы, способы, приемы не обеспечивают достижения поставленной педагогической цели за минимально возможное время.
Возможность применения КТ появляется в том случае, когда выполняемые

преподавателем и студентом задачи могут быть в достаточной степени формализованы и адекватно воспроизведены с помощью технических средств при условии выполнения требований по качеству достигаемого результата.
Целесообразность компьютеризации определяется мерой достижения педагогической, методической и экономической эффективности по сравнению с традиционными формами учебной работы.
Принципиальное отличие КТ от любой другой системы обучения состоит в том, что студент, получая информацию из обучающей программы, вводит новую информацию в виде ответов, вопросов и просьб о помощи.
Технология компьютерного обучения, опираясь на предоставляемые концепцией сведения, рассматривает обучение с учетом конечных результатов деятельности студентов.
IT-средства в физической культуре включают в себя компьютерные, аудио- и видеопрограммы, печатные материалы. IT-средства, порядок и особенности их использования, наличие обратной связи, позволяющей корректировать учебную программу, объединяются общим термином информационные технологии.
Применяя IT-технологии, необходимо обращать внимание на возможность их комплексного использования, т.е. на составление, нахождение или создание тематических комплексов.
Компьютерные программы, компьютерные технологии как технические средства обучения развиваются в рамках существующего процесса обучения. В то же время эти программы могут активно влиять и влияют на изменения не только отдельных методик преподавания, но и целиком на весь учебный процесс.

Костромин О.В.

ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА, КАК ВИД СОЦИАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНТА

Санкт-Петербургский государственный горный институт им. Г.В. Плеханова

Физическая культура – это специфический вид социальной деятельности, в процессе которой происходит удовлетворение физических и духовных потребностей человека посредством целенаправленных занятий физическими упражнениями, усвоением и применениям соответствующих знаний и навыков, а также участия в спортивных мероприятиях и соревнованиях.
Многофункциональный характер физической культуры ставит ее в число областей общественно полезной деятельности, в которых формируются и проявляются социальная активность и творчество учащейся молодежи. Данные исследований позволяют утверждать, что навыки общественной и профессиональной деятельности, приобретенные благодаря занятиям физической культурой, успешно переносятся на другие виды деятельности. Физическая культура позволяет представить в специфических формах и направлениях некоторые аспекты сущности человека (проявление характера, воли, решительности), созда-

ет условия общественной деятельности.

На основании вышеизложенного правомерно в структуру понятия «физическая культура» как части культуры включать такие социальные явления, как: физическое образование, спорт, физическая рекреация и двигательная реабилитация. Каждое из этих явлений обозначает социальный институт, имеющий сложную структуру с системами политических, экономических, юридических, этнических и других органов и нормативов. При таком подходе к структуре понятия “физическая культура” возможна социокультурная ориентация физической культуры относительно главных социальных сфер жизни общества: образования, труда, досуга**.** Названные компоненты физической культуры взаимосвязаны, способны переходить друг в друга, подвижны и проявляются в единстве и многообразии.

Физическое воспитание рассматривается сегодня в широком смысле, оно включает в себя обучение, воспитание, развитие, формирование мировоззрения и культуры личности. Обучение направлено на накопление знаний и навыков, а воспитание связано с формированием мотивационной сферы индивида. В отличие от обучения, апеллирующего почти исключительно к сознанию субъекта, воспитание направлено главным образом на подсознание субъекта.

Процесс физического воспитания можно представить в виде следующей схемы: от физического обучения и воспитания к саморазвитию и далее к самосовершенствованию через вооруженность, свободу выбора средств удовлетворения и самопознания. Подобные подходы обуславливают необходимость использования активных методов обучения и воспитания с учетом личностных особенностей каждого занимающегося. В свете сказанного этот компонент понимается как единство двух составляющих частей: ориентирующих обучаемых в сфере физической культуры и творчески деятельной. Первая составляющая часть призвана создать у индивида целостное представление о физической культуре, об элементах культуры здоровья и о каком-либо виде спорта. Вторая составляющая часть направляет процесс физического воспитания на творческое усвоение способов функционально-оздоровительной и спортивной деятельности, а также умения применять их при решении оздоровительных задач. Для эффективной реализации неспециального физического воспитания и образования необходимо создать педагогическую систему формирования у граждан потребностей в физической культуре с мощной системой оздоровительных технологий, обеспечивающей осознанный здоровый образ и спортивный стиль жизнедеятельности каждого человека.

Образовательная деятельность физической культуры должна включать компоненты, которые относятся к духовной сфере студентов, — это содержание мыслей и чувств, ценностных ориентации, степень развития интересов и потребностей, убеждений, что в конечном итоге определяет их социальную деятельность и содействует подготовке гармонично развитых личностей и высококвалифицированных специалистов.

Т.е. физическое воспитание в вузе решает следующие задачи:

1. Вооружает студентов знаниями о влиянии физических упражнений на орга-

низм человека, развивает физические качества (способности), двигательные навыки, обеспечивает физическую подготовку молодежи к жизни, к профессиональной и общественно-политической деятельности.
2. Учит студентов пользоваться приобретенными знаниями. Воспитывает у студентов убежденность в необходимости выполнения недельного двигательного режима. Опасность превращения знаний в «пустой багаж» зарождается в молодые годы. В этом возрасте умственная деятельность связана с приобретением все новых и новых умений и навыков. И если эти умения и навыки только усваиваются и не применяются на практике, знания постепенно выходят за сферу духовной жизни молодых людей, отделяясь от их интересов и увлечений.
3. Развивает у молодежи потребность в здоровье (физическом, психическом, социальном) как жизненно важной ценности, сознательного стремления к ведению здорового образа жизни, к созиданию вокруг себя здоровой среды обитания, в формировании жизненно важных двигательных умений и навыков – т.е. в формировании физической культуры личности как части ее общей культуры.
4. Воспитывает у студентов сознательность, высокие моральные, волевые и физические качества, готовит их к высокопроизводительному труду с учетом особенностей будущей трудовой деятельности
5. Способствует более эффективному решению функций образования, а также его видов — умственного, профессионального, политического и т. д.
Таким образом, физическое воспитание как вид образования есть специально организованный и сознательно управляемый педагогический процесс, направленный на всестороннее духовное и физическое развитие студенческой молодежи, их специальную подготовку к выполнению социальных и культурных обязанностей в обществе.

А.Л. Красс

ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ

Санкт-Петербургский государственный горный институт им. Г.В. Плеханова

Физическая культура и спорт являются неотъемлемой частью общей культуры современного общества, представляют собой многогранное социальное явление, оказывающее мощное воздействие на развитие и воспитание всех слоев населения.
Занятия физической культурой и спортом — это не только физическое здоровье и физическое совершенствование человека, но и весь комплекс воспитательного, оздоровительного, профилактического воздействий, способствующих индивидуально-личностной ориентации жизнедеятельности человека. Отношение человека к собственному здоровью является показателем его культуры. Оно формируется в процессе обучения и воспитания человека, начиная с детских лет, а также в ходе его самообразования и самовоспитания.

Рассматривая значимость физической культуры в современном обществе, следует выделить наиболее важный из аспектов — оздоровительный. Регулярные физические тренировки резко снижают заболеваемость населения, благотворно влияют на психику человека — на его внимание, память, мышление, способствуют эффективному воспитанию ценных личностных качеств — настойчивости, воли, трудолюбия, целенаправленности, коммуникабельности, вырабатывают активную жизненную позицию. Кроме того, занятия физкультурой помогают людям всех возрастов более эффективно использовать своё свободное время, а также способствуют отвыканию от таких социально и биологически вредных привычек, как употребление спиртных напитков и курение.

Одной из основных причин заболеваемости населения в настоящее время является низкая двигательная активность — гипокинезия. Возникновение её связано с растущей компьютеризацией производства и быта, увеличением числа людей, занятых умственным трудом, развитием общественного и личного транспорта. Из-за гипокинезии ухудшается деятельность всех систем организма, регуляция его функций, питание тканей, наступает преждевременное старение. Снижение двигательной активности в первую очередь сказывается на проявлении нарушений со стороны нервной, сердечнососудистой систем, систем пищеварения и органов дыхания. Регулярные физические упражнения помогают повысить двигательную активность и компенсировать вредное воздействие гипокинезии.

Приобщаться к физической культуре можно несколькими путями: тренируясь в спортивной секции по любому виду спорта, участвуя в занятиях групп здоровья, а также занимаясь самостоятельно. В настоящее время самостоятельные занятия физкультурой — самые массовые и популярные. Однако для того, чтобы добиться наибольшего успеха, следует овладеть основными теоретическими знаниями в этой области. Особенно нужен такой “ликбез” для студенческой молодежи, т.е. той среды, которая, в основном и питает интеллектуальный потенциал нации.

Физическая культура в Вузе выступает как неотъемлемая часть образа жизни студентов, является сферой удовлетворения необходимых потребностей в двигательной деятельности, позволяет наиболее полно реализовать свои физические возможности, играет одну из важнейших ролей в решении проблемы рационального использования свободного времени. Физическая культура в Вузе, может сформировать у будущих специалистов навык сохранения высокой физической и творческой активности на долгие годы.

andrey_coach@mail.ru

Л.Т. Кудашова, М.М. Пилюгина

ВОПРОСЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОРИЕНТАЦИИ И ОТБОРА РЕЖИССЕРОВ СПОРТИВНО-ХУДОЖЕСТВЕННЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ И ПРАЗДНИКОВ

Национальный государственный университет физической культуры, спорта и здоровья им. П.Ф. Лесгафта, Санкт-Петербург

Начиная с определенного возраста, большинство людей оказываются включенными в ту или иную деятельность, а значительная часть юности уходит на подготовку к ней. Для этого важно выбрать профессию, в наибольшей степени соответствующую индивидуальным особенностям, а также с учетом запроса рынка труда. Это становится важнейшим условием успешного освоения профессии, гармоничного вхождения в трудовую деятельность.

По мнению Колонтаевской Е. А. (2010), более половины выпускников высших и средних специальных учебных заведений в последние годы оказываются невостребованными предприятиями и организациями, вынуждены работать не по специальности. В данной ситуации возрастает роль профессиональной ориентации, которая направлена на оптимизацию профессионального самоопределения человека в соответствии с его желаниями, склонностями, способностями и индивидуально-личностными особенностями, скорректированными с учетом общественных потребностей, выявленных на рынке труда.

Рынок труда в условиях изменяющейся структуры экономики, многочисленных преобразований, происходящих в обществе, диктует требования к изменению состава и содержания профессий во всех сферах деятельности, в том числе и физической культуре. Появляются новые направления, связанные с подготовкой профессионалов для смежных с физической культурой и спортом областей: спортивный комментатор, спортивный журналист, спортивный менеджер, режиссер спортивно-художественных праздников и т.п. (Зволинская Н.В. и др., 1998).

Практическая реализация вопросов профориентации для выбора творческих профессий, в частности режиссера театрализованных представлений и праздников, включает в себя деятельность государственных и общественных организаций, учреждений, школы, семьи с целью становления профессионального и социального самоопределения будущих специалистов для данной деятельности.

Кузьмин М.А.

УНИВЕРСИТЕТСКИЙ СПОРТ

Санкт-Петербургский государственный горный институт им. Г.В. Плеханова

Особую роль в современном Университетском образовании приобретают спортивные клубы, получающие самостоятельный статус.

На данном этапе кафедры физического воспитания все более сосредотачиваются на решении образовательных задач связанных с непосредственным обучением студентов в рамках с государственной программы.

В компетенцию спортивных клубов переходят вопросы повышения массовости занимающихся физической культурой, привлечения к занятиям спортом студентов в вечернее время, организация досуга студенческой молодежи, формирования здорового образа жизни, повышения спортивного мастерства, организация целенаправленных мероприятий по развитию студенческого спорта, организация межвузовских, всероссийских и международных студенческих соревнований, организация учебно-методических семинаров по проблемам физической культуры, организация профориентационной деятельности по привлечению в вуз абитуриентов.

На спортивный клуб ложится серьезная задача, связанная с популяризацией спорта и вовлечение в спорт как можно большего числа студентов из всего контингента обучающихся в Вузе.

Необходимы новые механизмы по привлечению к занятиям физической культурой и спортом студенческой молодежи.

Современное положение студенческого спорта и в частности секционной спортивной работы в вузах вызывает определенное опасение. Общая картина выглядит таким образом, что спортом в Вузе занимается ограниченная часть обучающихся, у большинства же студентов потребность в дополнительных, секционных занятиях физической культурой спортом фактически отсутствует.

Причины сложившейся ситуации, необходимо искать в среднеобразовательных школах, где налицо просматривается слабо организованная агитационно-пропагандисткая работа по популяризации физической культуры и спорта.

Тренеры и преподаватели Вузов вынуждены заниматься деятельностью, которую необходимо осуществлять в школьном возрасте, когда задачи по формированию и коррекции отношения к физической культуре и спортом решаются эффективнее.

Необходимы новые механизмы воздействия на личность современного студента.

Изменение отношения к физической культуре и спорту можно найти в формировании особого имиджа спорта. Престижность занятий спортом способна привлечь в спортивные залы большую часть студентов особенно склонных к конформизму.

Особое значение имеет привлечение студентов к занятиям в спортивные залы именно собственного Вуза, тем самым сопряжено будет решаться несколько задач: патриотическое воспитание и развитие общественно значимых качеств т.к. занятия проходят под руководством тренеров спортклуба и преподавателей кафедры физического воспитания, формирование научного мировоззрения, организация качественного, текущего контроля физической подготовленности студентов, создание объективных предпосылок для гармонизации физического и духовного воспитания студенческой молодежи.

А.В. Лобачева

ПОДДЕРЖАНИЕ ВЫСОКОГО УРОВНЯ ФИЗИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ – ЗАДАЧА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ВАЖНОСТИ

Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского

В Российской Федерации, несмотря на социально-экономические преобразования, имеет место снижение жизненного уровня широких слоев населения и ухудшения состояния здоровья студентов (Давыдов М.И., 2005). По данным Росстата отмечается повышение заболеваемости сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, нервной и эндокринной системы, опорно-двигательного аппарата с одновременным увеличением удельного веса студентов, имеющих хронические заболевания. Отмечается высокий уровень традиционных факторов риска: артериальная гипертония, гиперхолестеринемия, гиподинамия, избыточная масса тела, курение, сахарный диабет и др. (Бахтинов О.В., 2001; Бадалов О.Ю., 1998). А ведь состояние здоровья этой части населения – основной фактор экономического благополучия государства.

Цель исследования. Провести мониторинг физического здоровья студентов с оценкой распространенности факторов и степени риска сердечно-сосудистых заболеваний, морфо-функциональных показателей и состояния здоровья среди лиц молодого возраста, обучающихся в высших учебных заведениях г. Саратова.

Материалы и методы. Обследовано 350 студентов одного из высших учебных учреждений Саратова в возрасте 20 – 27 лет (140 мужчин и 210 женщин). Нами разработан протокол обследования, включающий оптимальные тесты для выявления факторов риска и оценки индивидуального риска сердечно-сосудистых заболеваний, для определения морфо-функциональных показателей и характера питания.

Результаты. Жалобы на состояние здоровья предъявляли 92,6% студентов. Наиболее частыми жалобами были: головные боли – 45,9%, боли в эпигастрии – 17,2%, повышение артериального давления – 7,4%, синдром хронической усталости – 51,6%, боли в спине – 13,1%, снижение зрения – 9%. Повышение артериального давления выше 130/90 мм рт. ст. выявлено в 22,1%. Курение выявлено у 71,22% студентов. Стрессовые ситуации в течение месяца имеют 97,5% студентов, при этом 98.4% - испытывают депрессию, в 94,3% случаев – эмоциональную лабильность. Среди регулярно (не реже раза в неделю) употреблявших алкогольные напитки, пиво употребляли– 66,4%, водку – 46,9%, вино – 69,7% студентов (часть студентов употребляло более 1 напитка). Нерегулярное питание выявлено у 63,9% студентов. Только 46,7% студентов занимаются оздоровительной физкультурой и посещают спортивные секции, из них регулярно занимаются оздоровительной физкультурой 2-5 раз в неделю – 17,6%. Спортивного анамнеза не имеют – 49,6%

Индекс массы тела и индекс Кетле изученного контингента женщин

(21,47±0,6), соответствует границе состояний «Дефицит массы тела» (18–20 кг/м²) и «Нормы массы тела» (20–25 кг/м²); у мужчин индекс массы тела равен 23,5±0,5, что соответствует границе «Нормы массы тела» (20–25 кг/м²).

«Удовлетворительно» оценивают свое здоровье – 55,7% студентов, а «Хорошо» - 41,2%, при этом ежемесячно 82,1% студентов пропускает занятия по болезни 5-6 дней.

Выводы. Для поддержания высокого уровня физического здоровья студентов необходимо проводить мониторинг физического здоровья, который позволяет не только своевременно выявлять факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний и изучать морфо-функциональные показатели у студентов, но и рекомендовать физкультурно-оздоровительные мероприятия, соблюдение принципов рационального питания и режима приема пищи, что способствует формированию знаний и навыков по основным аспектам здорового образа жизни, активному внедрению их в учебно-образовательный процесс.

Лунева Е.В., Кудрявцева М.В.

РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОГРАММ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ

Курганский государственный университет

Образ жизни людей существенно влияет на многие социальные процессы и характеристики общества. Особенно важной является взаимосвязь образа жизни и здоровья населения. Как отмечают российские и зарубежные исследователи (Амосов Н.М., Щедрина А.Г., Афанасьев В.Г., Лисицин Ю.П. Дюбо Р., Чарлтон Э. и др.) здоровье более чем на 50% определяется образом жизни человека.

Оптимальным выражением взаимосвязи и положительного взаимовлияния образа жизни и здоровья населения является понятие «здоровый образ жизни».

В настоящее время на высшем уровне государственной власти уделяется огромное внимание вопросам формирования и сохранения здоровья граждан Российской Федерации. Согласно Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года Правительство РФ на сегодняшний день одной из приоритетных целей своей политики выделяет демографическую политику и политику народосбережения. Одним из направлений данной политики является сохранение и укрепление здоровья населения, увеличение роли профилактики заболеваний и формирование здорового образа жизни.

Здоровый образ жизни на современном этапе развития общества становится необходимым условием существования индивида, гарантией огромных социально – экономических преобразований, осуществляемых в стране. Здоровый образ жизни в значительной степени содействует формированию всесторонне развитой личности, способствует не только физическому, но и духовному совершенствованию человека. Именно от молодежи как основы современного общества,

требуется мобилизация всех сил и умений, что не возможно без высокого уровня здоровья и здорового образа жизни.

К сожалению, роль молодых людей в поддержании и укреплении собственного здоровья сегодня минимальна. Среди молодежи распространено ложное представление о том, что болезни приходят в старости, когда активная жизнь уже позади. Они уверенны в том, что здоровье гарантировано само по себе молодым возрастом, что любые запредельные нагрузки и грубые нарушения правил здорового образа жизни «по плечу» молодому организму. Однако это далеко не так, и сегодня у молодежи все чаще отмечаются заболевания, которые раньше были уделом лиц старшего возраста.

К формированию здорового образа жизни необходим дифференцированный подход в различных возрастных и социальных группах. От того, насколько успешно удастся сформировать и закрепить в сознании навыки здорового образа жизни в молодом возрасте, зависит в последующем реальный образ жизни, препятствующий или способствующий раскрытию потенциала личности. Молодежь наиболее восприимчива к различным формирующим и обучающим воздействиям. С другой стороны, в этом возрасте уже существует основа для проявления сознательной индивидуальной активности в обеспечении здорового образа жизни.

Целью нашего исследования являлся анализ реализации программ по формированию здорового образа жизни в молодежной среде на региональном уровне.

В ходе анализа нами было выявлено, что в настоящее время основой пропаганды и формирования здорового образа жизни является информирование молодежи о вреде низкой физической активности, нерационального и несбалансированного питания, потребления алкоголя, табака, наркотических и токсических веществ.

Менее развитыми направлениями являются: обучение навыкам по соблюдению правил гигиены и режима труда, учебы, режима и структуры питания. Существует необходимость создания условий для развития туризма, занятий физической культурой и спортом различных групп населения.

В настоящее время в г. Кургане и Курганской области реализуется множество мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни молодых граждан, включающих как просветительские и пропагандистские, так и деятельностные. Нами установлено, что в нашей области обеспечивается многоуровневость формирования здорового образа жизни, включая как индивидуальный подход к личности, так и проведение широкомасштабных работ, охватывающих большое количество молодых людей.

На территории Курганской области действует целевая программа «Дети Зауралья», разработанная на период 2008-2010 годы с целью формирования установки здорового образа жизни у детей и подростков, проживающих в Зауралье. Мероприятия, реализуемые в рамках данной программы, осуществляется ГУ «Курганский областной Центр медицинской профилактики». Технологиями, используемыми при работе в данном направлении, являются:

- лекции по различным направлениям жизнедеятельности молодого человека;

- уроки здоровья, направленные на формирование навыков здорового образа жизни;
- родительские собрания по проблемам формирования здорового образа жизни в семье;

Другим учреждением, организующим работу в рамках Целевой программы «Дети Зауралья», является Центр планирования семьи и репродукции ГОУ «Курганская областная клиническая больница». Сотрудниками данного центра проводятся приемы детского гинеколога, уролога-андролога и дерматовенеролога, с целью оказания консультативной медицинской помощи детям и подросткам по вопросам нарушения репродуктивного здоровья, профилактике и лечению инфекций, передающихся половым путем.

Активное участие в формировании здорового образа жизни молодого поколения играют муниципальные образовательные учреждения среднего общего образования. Основными формами работы являются:

- проведение ежегодного школьного мероприятия «День здоровья»;
- информационно-просветительские беседы с медицинскими работниками, сотрудниками правоохранительных органов;
- классные часы на темы формирования здорового образа жизни и профилактики вредных привычек и другие.

Федерация профсоюзов Курганской области в 2009 году реализовала молодежный проект, направленный на развитие волонтерского движения в области. Основная деятельность волонтеров направлена на профилактическую работу и деятельность по мотивации здорового образа жизни среди молодежи. С этой целью силами волонтерского движения сделано следующее:

- выпуск и распространение на территории нашей области бюллетеней, информирующих об уровне заражения ВИЧ/СПИДом молодежи региона, профилактике заражения и пропагандыздорового образа жизни;
- проведение «Инфо - палаток» по вопросам данной проблемы;
- постановка антинаркотической театрализованной программы «Жизнь прекрасна. Я выбираю жизнь!»;
- создание видео-ролика для осуществления профилактической работы антинаркотической направленности.

Серьезная работа в данном направлении ведется общественными организациями области, сотрудниками органов внутренних дел, участниками молодежных объединений.

Начиная с 2008 года автономная некоммерческая организация «Региональный центр карьеры и коммуникации» ежегодно реализует проект «Мой выбор» по пропаганде и обучению молодых людей основам здорового образа жизни. Отличием этого проекта является активное вовлечение подростков и молодежи в разные формы информирования о здоровом образе жизни. Каждому участнику выдается каталог, содержащий информационные материалы по различным аспектам формирования и сохранения индивидуального здоровья, а также творческие задания (индивидуальные, коллективные), выполнение которых позволяет не только воспринимать информацию, но и осознавать ее, делать ее лично-

стно значимой.
Таким образом, мы можем констатировать, что в регионе ведется разнообразная работа по формированию здорового образа жизни среди молодежи, Такая деятельность становится ведущей как для государственных, так неправительственных организаций, что позволяет сделать ее более дифференцированной и доступной для каждого жителя страны.

Н.Г. Лутченко, И.В. Соколова

ФОРМИРОВАНИЕ ПОТРЕБНОСТЕЙ У СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ В ЗДОРОВОМ ОБРАЗЕ ЖИЗНИ

Санкт-Петербургский гуманитарный университет профсоюзов

Здоровый образ жизни, как форма жизнедеятельности, характеризуется направленностью в деятельности личности на укрепление личного и общественного здоровья и является главной ценностью и необходимой потребностью человека. Социальная значимость проблемы здорового образа жизни (ЗОЖ) и укрепления физического здоровья населения актуализирует ряд важнейших аспектов в данной сфере, это прежде всего, уровень общей культуры, образованности и социальной активности, осознанный индивидуальный подход к физкультурно-спортивной деятельности, устойчивая потребностно-мотивационная сфера личности, а также социализация и ценностная ориентация молодежи на активнее участие в мероприятиях физкультурно-оздоровительного характера.
Различный уровень воспитания, культуры и сознания личности при одинаковом уровне потребностей в обществе обусловливает свой индивидуальный способ их удовлетворения. Индивидуальный подход ориентирует человека на здоровый образ жизни, в котором находит яркое отражение индивидуально-психологические особенности конкретной личности. Взаимосвязь общей культуры личности и осознанной потребности в самосовершенствовании является решающим фактором культурного физического развития человека. Успешная ориентация молодежи на здоровый образ жизни во многом обусловлена созданием благоприятных условий для саморазвития личности.
К этим условиям можно отнести: разработку методики привития и освоения обучаемыми принципов здоровьесберегающего поведения, воспитание положительной мотивации на ЗОЖ, усиление воспитательного воздействия на обучаемых администрации и преподавательского состава вуза в соблюдении ЗОЖ, расширение диапазона средств и форм физической культуры и спорта в образовательном процессе, активное использование различных средств информации о пользе здоровьесберегающего поведения.
Состояние потребностно-мотивационной сферы позволяет определять и контролировать направленность личности на соблюдение ЗОЖ, систему индивидуальных целей и, таким образом, составлять прогноз здоровьесберегающего поведения человека в процессе его жизнедеятельности.

Е.Г. Майш

ЧЕРЕЗ NORDIC WALKING К ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ, ЗДОРОВЬЮ И БЛАГОПОЛУЧИЮ

Санкт-Петербургский государственный инженерно-экономический университет

Быстро распространяясь по всему миру NORDIC WALKING (северная или скандинавская ходьба, NW) стала в последнее время одним из самых ярких явлений укрепления и совершенствования здоровья человека, ведения здорового образа жизни. NW является средством для борьбы с гиподинамией и сопутствующими ей проблемами. Развитие ходьбы NW в своей актуальной форме началось с 1997г., что отразил в своей дипломной работе выпускник Финского Спортивного института Марко Кантанелла – изобретатель специальных палочек. В отличие от лыжных, высота их составляет примерно 68% от роста человека, они снабжены специальными темляками, обхватывающими запястье, а также съемными резиновыми наконечниками, которые одеваются при ходьбе на асфальте или в помещении. Исследования американских и западноевропейских ученых доказали, что при занятиях NW активизируются физиологические и психологические возможности всех функциональных систем организма человека. Феномен NW заключается в том, что техника удобна и проста, занятия выполняются на открытом воздухе, NW не имеет возрастных ограничений. В отличие от обычной (или спортивной ходьбы), расходуется на 46% больше калорий; на 10-30% меньше нагрузка на суставы, отмечается выраженный реабилитационный эффект; расширяется диапазон функциональных возможностей организма: улучшается работа легких, совершенствуется функция сердечно-сосудистой системы, кровообращения. Занятия NW (2-3 раза в неделю по 45 мин.) можно использовать для достижения антисклеротического эффекта, профилактики ишемии, снижения риска инфаркта. Суставы, сухожилия становятся более гибкими, укрепляется мускулатура и улучшается осанка (задействованы более 90% мышц организма), иммунитет, связки и костная система. Уменьшается содержание жира в организме, корректируется вес. За счет выработки гормонов «хорошего настроения – эндорфинов - улучшается эмоциональное состояние. Повышается устойчивость к стрессам и работоспособность, активизируется умственная деятельность, проходит хроническая усталость, возрастает «жизненный тонус». Самое большое преимущество заключается в том, что NW соответствует естественному характеру движений человека, заложенному самой природой, является идеальной формой тренировок для тех, кто по-настоящему хочет улучшить свое здоровье.

lena_maisch@mail.ru

Мальчевская Н.Н.

ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ СТУДЕНТОВ ВУЗОВ

Санкт-Петербургский государственный инженерно-экономический университет

Занятия физической культурой в ВУЗе направлены на укрепление здоровья студентов и всестороннее развитие функциональных возможностей органов и основных систем организма. Интенсивная учебная работа студентов связана с сокращением двигательной активности. К концу учебного дня примерно 80,0% студентов ощущают снижение работоспособности, утомление, иногда сопровождающееся головными болями, болями в мышцах спины и шеи, мышцах рук.

Для улучшения самочувствия и повышения физической работоспособности используется рациональный режим. Считается, что режим средних нагрузок (ЧСС 110-130 уд/мин.), объем 4-6 ч. в неделю, наиболее благоприятен для успешной учебной деятельности.

Минимальную "порцию" физической нагрузки студенты получают 2 раза в неделю по 2 часа на занятиях физической культурой. Преподаватели широко используют легкоатлетические и гимнастические упражнения, плавание, спортивные игры.

На учебных занятиях формируется представление о здоровом образе жизни вообще и, в частности, потребность ежедневной утренней зарядки(10-15 мин.). Это лучший способ перехода организма к активному состоянию.

При малоподвижном образе жизни студентов целесообразно применять физические упражнения в учебное время - физкультурные паузы, микропаузы активного отдыха и вводная гимнастика. Комплекс физкультурно-оздоровительных мероприятий направлен на борьбу с психо-эмоциальным утомлением.

Широкие возможности в выборе форм и средств физической культуры открываются во внеурочное время. После окончания учебы, в целях ускорения восстановительных процессов, рекомендованы активные двигательные действия, спортивные игры, массовые физкультурные занятия.

Ю.Л. Масленникова

АНАЛИЗ ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ УРОВНЕМ РАБОТОСПОСОБНОСТИ И БАЗОВЫМИ ПАРАМЕТРАМИ ВЕДУЩИХ СИСТЕМ ОРГАНИЗМА ПРИ РАЗНЫХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЯХ

Рыбинская государственная авиационная технологическая академия имени П.А. Соловьёва, Рыбинск

Целью проведённого исследования было оценить тесноту и характер взаимосвязи между величиной физической работоспособности и базовыми параметра-

ми состава тела, функции внешнего дыхания, работы сердечно-сосудистой системы, состояния периферического кровообращения, состава крови и состояния иммунного статуса молодых людей 18-22 лет внутри группы с низким и высоким уровнем работоспособности.

Материалы и методы исследования. Было проведено тестирование работоспособности 150 молодых людей, по результатам теста были сформированы две группы: в первую вошли молодые люди с величинами PWC_{170} не превышающие 950 кг м/мин; во второю – с величиной PWC_{170} более 1450 кг м/мин. У них определяли состав тела (по Мартиросову), основные параметры работы ССС в покое и при нагрузке, состав крови (на счётчике DANAM HC – 5710 ,Dallas). Количество лимфоцитов методом фиколвирографическим, иммунофенотипирование лимфоцитов визуальным иммуноцитохимическим методом, количественное определение иммуноглобуллинов методом радиальной иммунодиффузии в геле, пропускную способность артериального русла нижних конечностей осуществляли при помощи доплеровской ультразвуковой диагностической системы «DOPLEX -2500» фирмы ASTEL. Снимали показатели с подколенных (ПА), переднебольшеберцовых (ПББА) и заднебольшеберцовых (ЗББА) артерий обеих ног. Пикфлоуметрия проводилась с помощью универсального пикфлоуметра, спирометрия - на ультразвуковом приборе «FLOWSCREEN» версия 20. производства «Эрих Егер» (Германия). Провели корреляционный анализ величины PWC_{170} с каждым из параметров внутри группы с вычислением парного линейного коэффициента корреляции Бравэ-Пирсона. Значимой считали взаимосвязь со значением коэффициента более 0,65.

Результаты. Анализ взаимосвязи между параметрами внутри групп показал, что **в группе с невысокой работоспособностью** величина PWC_{170} высоко коррелировала с такими показателями работы ССС как ЧСС нагрузка (r=-0,96), ЧСС покой (r=-0,7), ДП нагрузка (r=-0,68). Из параметров состава тела в первой группе взаимосвязь обнаружена лишь с количеством жировой ткани в кг. (r=-0,65). Интересно, что в этой группе не обнаружено взаимосвязи с показателями работы дыхательной системы и параметрами общего анализа крови. Обнаружена взаимосвязь между некоторыми составляющим иммунитета: Ig G, CD8, CD4/CD8. Тесная отрицательная взаимосвязь обнаружена со средней скоростью кровотока величиной индексов RI и PWI для ПББА и ЗББА.

В группе 2 с высокими показателями работоспособности (PWC> 1450) не обнаружено взаимозависимости этого параметра между основными составляющим состава тела и параметрами работы ССС. Интересно, что в группе 2 обнаружена тесная отрицательная взаимосвязь с величиной ЖЕЛ, резервным объёмом выдоха и пиковой объёмной скоростью. Не обнаружено зависимости с гематологическими показателями, ближе к высокой оказалась взаимосвязь с концентрацией HGB и MCHC. Не высокая взаимосвязь оказалась и с параметрами иммунного статуса. В группе с высоким аэробным потенциалом обнаружены следующие взаимозависимые с PWC_{170} параметры состояния сосудистого русла по результатам допплерографии: скорость кровотока для ПА и ЗББА обеих ног; индексы PI , RI, PWI и IA, длительность сердечного цикла для всех ар-

терий.

Заключение. Таким образом, в группах с разным функциональным состоянием обнаружена разная взаимосвязь с величиной PWC_{170}. В группе 1 работоспособность не связана с работой дыхательной системы и содержанием основных форменных элементов крови, несколько меньше работоспособность у лиц этой группы взаимосвязана с массой тела и содержанием жира. В наибольшей степени работоспособность определяется работой сердечно-сосудистой системы и иммунитета.

В группе 2 не обнаружено взаимозависимости PWC_{170} от состава тела, возможностей ССС, гематологических параметров и составляющих иммунитета. Вместе с тем обнаружена взаимосвязь с некоторыми параметрами функции внешнего дыхания и состояния сосудистого русла. Интересно, что в обеих группах обнаружена взаимосвязь с индексом сопротивления Пурсело (RI), характеризующим резистентность сосудов и показателем подъёма пульсовой волны по всем рассматриваемым сосудам, что позволяет говорить о зависимости между резервами организма и способностью сосудистой стенки реагировать на ударный кровоток и подъём пульсовой волны, в большей степени, чем от других параметров сосудистого русла - эластичности, например, расширения спектра, индекса Стюарта. По параметрам S/D, IA, SB тесной взаимосвязи не обнаружено.

Носова Е.А., Гладких Т.Н., Бовинова Н.Н.

МАССОВЫЕ СТАРТЫ В ФОРМИРОВАНИИ И УКРЕПЛЕНИИ ФИЗИЧЕСКОГО И НРАВСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ МОЛОДЕЖИ

Санкт-Петербургский университет технологии и дизайна

Физическое состояние человека можно совершенствовать как в процессе занятий спортом, так и с помощью средств оздоровительной физической культуры. И в том, и в другом случае произойдут определенные изменения в организме занимающихся. Задача преподавателя по физической культуре состоит в том, чтобы эти изменения были позитивными, направленными на положительные сдвиги в организме молодых людей, обучающихся в вузе. В современных условиях значительно увеличился объем деятельности, осуществляемой в вероятностных и неожиданно возникающих ситуациях, которая требует проявления находчивости, быстроты реакции, способности к концентрации и переключению внимания, пространственной, временной, динамической точности движений и их биомеханической рациональности. Все эти качества или способности в теории физического воспитания связывают с понятием ловкость - способностью человека быстро целесообразно, т.е. наиболее рационально, осваивать новые двигательные действия, успешно решать двигательные задачи в изменяющихся условиях. В связи с тем, что ловкость проявляется во многих действиях, в практических целях их можно известным образом сгруппировать:

Ловкость, проявляемая: 1. с предметами (метания и ловля, манипуляции с предметами - «ручная умелость»), 2. в изменении позы (встать, лечь, сесть), 3. в различных видах передвижений (ходьба, бег, лазание, ползание, преодоление препятствий).

Массовые городские старты дают студентам вузов возможность проявить свои физические качества, реализовать возможности, побуждают молодых людей адекватно относится к состоянию своего здоровья. К старту в составе сборной университета допускаются только студенты, прошедшие медицинский осмотр и принимающие активное участие в спортивной жизни университета, т.е. занимающие активную социальную позицию. Участие в кроссе сопровождается информационной поддержкой и фотоотчетом в газете «Текстиль», в которой сами студенты выступают в качестве журналистов и фотокорреспондентов. Участие в ежегодных массовых стартах «Женская десятка», «Кросс наций», «Звездная эстафета», Туристском слете СПГУТД формирует у студентов осознание жизненной важности и социальной значимости физической культуры, сущность которой состоит в обеспечении не только процесса физического совершенствования, но и развития эмоционально-чувственных, нравственных, интеллектуальных и эстетических способностей человека.

nosova-elena1@yandex.ru

И.А. Панченко

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА В СПОРТИВНОЙ ТРЕНИРОВКЕ

Санкт-Петербургский государственный горный институт им. Г.В. Плеханова

Одной из проблем в современной психической подготовке спортсменов является сохранение их желания к постоянному совершенствованию на протяжении длительного времени. С особой остротой эта проблема проявляется в последние годы в связи с резко возросшими тренировочными и соревновательными нагрузками, физическими и психическими напряжениями, затратами времени.

На этапе начальной подготовки тренировочный процесс не связан с большими нагрузками, он содержит в себе много нового и интересного и спортсмен прогрессирует от занятия к занятию. Все это позволяет поддерживать у юных спортсменов естественный интерес к занятиям. В дальнейшем, по мере увеличения нагрузок, определенной стабилизации, а иногда и длительного застоя в результатах, многие спортсмены не в состоянии сохранить устойчивый интерес к занятиям. По этой причине некоторые из них прекращают тренировку или находят интерес в занятиях другими видами спорта, который, как правило, также оказывается неустойчивым.

Прежде всего, тренер должен стремиться обеспечить такую организацию и содержание тренировочного процесса, которые постоянно ставили бы перед

спортсменом задачи ощутимого совершенствования. Так, на первом этапе многолетней подготовки должна быть обеспечена направленность на обучение и совершенствование основных двигательных навыков и умений, изучение основ вида спорта. В дальнейшем нужно постоянно ориентировать спортсмена на необходимость активной работы над совершенствованием все более тонких компонентов подготовленности, преодоление постоянно возрастающих трудностей освоения все более высоких нагрузок.

Принципиально важным моментом в поддержании устойчивого интереса спортсмена к занятиям является постоянная совместная работа с тренером, привлечение его к творческому процессу планирования и реализации тренировочных планов. Это приводит не только к поддержанию у спортсменов интереса к занятиям, но и способствует более быстрому технико-тактическому совершенствованию, росту спортивных результатов.

Формирование у спортсменов целенаправленной мотивации спортивного совершенствования, активного творческого отношения к тренировочному процессу, осознания целей достижения высокого спортивного результата формирует чувство ответственности, облегчает перенесение высоких нагрузок и болевых ощущений, способствует изменению порогов чувствительности соответствующих анализаторов, эффективной мобилизации ресурсов организма.

Волевая подготовка осуществляется успешно, если процесс воспитания воли органически увязывается с совершенствованием технико-тактического мастерства, развитием физических качеств, интегральной подготовкой спортсмена.

При воспитании волевых качеств у спортсменов решающим фактором является ориентация деятельности спортсмена на преодоление возрастающих трудностей. Направленность к высшим достижениям, постоянное повышение тренировочных требований создают предпосылки для систематического преодоления всевозрастающих трудностей как в тренировке, так и в соревнованиях, что содействует воспитанию волевых качеств. Практической основой методики волевой подготовки служат следующие факторы:

1. Регулярная обязательная реализация тренировочной программы и соревновательных установок. Решающим здесь является воспитание спортивного трудолюбия и делового стиля организации занятий.

Требование обязательного выполнения тренировочной программы и соревновательных установок связано с воспитанием у спортсмена привычки к систематическим усилиям и настойчивости в преодолении трудностей, умения доводить начатое дело до конца, твердо держать данное слово. Успех в этом деле возможен лишь в том случае, если спортсмен четко осознает задачи в спорте, понимает, что достижение спортивных вершин невозможно без преодоления больших трудностей, верит в тренера и в правильность избранной методики подготовки. Очень важно, чтобы сложные задачи, которые ставятся перед спортсменом на различных этапах его спортивного совершенствования, были реальны при соответствующей мобилизации духовных и физических сил.

2. Системное введение дополнительных трудностей. При этом применяются различные приемы: введение дополнительного задания,, проведение трениро-

вочных занятий в усложненных условиях, увеличение степени риска, введение сбивающих сенсорно-эмоциональных факторов, усложнение соревновательных воздействий.

3.Использование соревнований и соревновательного метода.

Повышению эффективности использования соревновательного метода способствуют методические приемы, широко применяющиеся на практике: а) соревнования с установкой на количественную сторону выполнения задания; б) соревнования с установкой на качественную сторону выполнения задания; в) соревнования в усложненных или непривычных условиях.

Очень важно регулярное участие в различных соревнованиях, обязательное участие в календарных соревнованиях и систематическое использование соревновательного метода при организации, тренировочных занятий.

4. Последовательное усиление функции самовоспитания на основе самопознания, осмысления спортсменом сути своей спортивной деятельности. Сюда входят следующие компоненты: а) неотступное соблюдение общего режима жизни; б) самоубеждение, самопобуждение и самопринуждение к выполнению тренировочной программы и соревновательного результата; в) саморегуляция эмоций, психического и общего состояния посредством аутогенных и других методов и приемов;) постоянный самоконтроль.

Одним из важнейших разделов психической подготовки является совершенствование кинестетических и, зрительных восприятий параметров двигательных действий и внешней среды, сопровождающих процесс тренировки и соревнований. Спортсмены высокой квалификации обладают исключительными способностями к точной оценке кинематических и динамических характеристик движений, их ритмической структуры. Эти способности во многом определяют не только эффективность участия в соревнованиях, но и самым непосредственным образом влияют на длительность и качество технико-тактического и функционального совершенствования.

Совершенствованию специализированных восприятий способствует применение идеомоторной тренировки, которая позволяет спортсмену путем мысленного- воспроизведения зрительных и мышечно-двигательных представлений лучше усвоить рациональные технико-тактические варианты выполнения движений, оптимальный режим работы мышечного аппарата.

Практическая реализация идеомоторной тренировки требует соблюдения методических приемов, которые постоянно должны находиться в поле зрения тренера и спортсмена. Во-первых, мысленное воспроизведение движений должно проводиться в точном соответствии с характеристиками техники действий. Во-вторых, необходимо концентрировать внимание на выполнении конкретных элементов действий. При этом спортсмены невысокой квалификации при создании образов движений в процессе идеомоторной тренировки должны чаще обращать внимание на более общие параметры — основные положения и траектории, темп движений и др. С ростом квалификации и увеличением точности зрительных и мышечно-двигательных восприятий идеомоторная тренировка в большей мере должна направляться на совершенствование восприятий более

тонких компонентов технико-тактических действий, ритма движений, координации деятельности различных мышечных групп.
Таким образом, можно отметить, что психическое состояние накладывает свой, определенный след на ведение процесса подготовки к соревнованиям, протекание самого соревнования. Складывается крайняя необходимость в необходимости постоянного контроля за психическим состоянием спортсмена, со стороны тренера, на всем протяжении подготовки к соревнованиям, а также, особенно важно - во время них.

Панченко И.А.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА В СПОРТИВНОЙ ТРЕНИРОВКЕ

Санкт-Петербургский государственный горный институт им. Г.В. Плеханова

Одной из проблем в современной психической подготовке спортсменов является сохранение их желания к постоянному совершенствованию на протяжении длительного времени. С особой остротой эта проблема проявляется в последние годы в связи с резко возросшими тренировочными и соревновательными нагрузками, физическими и психическими напряжениями, затратами времени.
На этапе начальной подготовки тренировочный процесс не связан с большими нагрузками, он содержит в себе много нового и интересного и спортсмен прогрессирует от занятия к занятию. Все это позволяет поддерживать у юных спортсменов естественный интерес к занятиямФормирование у спортсменов целенаправленной мотивации спортивного совершенствования, активного творческого отношения к тренировочному процессу, осознания целей достижения высокого спортивного результата формирует чувство ответственности, облегчает перенесение высоких нагрузок и болевых ощущений, способствует изменению порогов чувствительности соответствующих анализаторов, эффективной мобилизации ресурсов организма.
При воспитании волевых качеств у спортсменов решающим фактором является ориентация деятельности спортсмена на преодоление возрастающих трудностей. Направленность к высшим достижениям, постоянное повышение тренировочных требований создают предпосылки для систематического преодоления всевозрастающих трудностей как в тренировке, так и в соревнованиях, что содействует воспитанию волевых качеств. Практической основой методики волевой подготовки служат следующие факторы:
1. Регулярная обязательная реализация тренировочной программы и соревновательных установок. Решающим здесь является воспитание спортивного трудолюбия и делового стиля организации занятий.
2. Системное введение дополнительных трудностей. При этом применяются различные приемы: введение дополнительного задания,, проведение трениро-

вочных занятий в усложненных условиях, увеличение степени риска, введение сбивающих сенсорно-эмоциональных факторов, усложнение соревновательных воздействий.

3.Использование соревнований и соревновательного метода.

Повышению эффективности использования соревновательного метода способствуют методические приемы, широко применяющиеся на практике: а) соревнования с установкой на количественную сторону выполнения задания; б) соревнования с установкой на качественную сторону выполнения задания; в) соревнования в усложненных или непривычных условиях.

4. Последовательное усиление функции самовоспитания на основе самопознания, осмысления спортсменом сути своей спортивной деятельности. Сюда входят следующие компоненты: а) неотступное соблюдение общего режима жизни; б) самоубеждение, самопобуждение и самопринуждение к выполнению тренировочной программы и соревновательного результата; в) саморегуляция эмоций, психического и общего состояния посредством аутогенных и других методов и приемов;) постоянный самоконтроль.

Одним из важнейших разделов психической подготовки является совершенствование кинестетических и, зрительных восприятий параметров двигательных действий и внешней среды, сопровождающих процесс тренировки и соревнований. Спортсмены высокой квалификации обладают исключительными способностями к точной оценке кинематических и динамических характеристик движений, их ритмической структуры. Эти способности во многом определяют не только эффективность участия в соревнованиях, но и самым непосредственным образом влияют на длительность и качество технико-тактического и функционального совершенствования.

Таким образом, можно отметить, что психическое состояние накладывает свой, определенный след на ведение процесса подготовки к соревнованиям, протекание самого соревнования. Складывается крайняя необходимость в необходимости постоянного контроля за психическим состоянием спортсмена, со стороны тренера, на всем протяжении подготовки к соревнованиям, а также, особенно важно - во время них.

Пискун О.Е., Веретенников В.Л, Чистяков В.А.

МОНИТОРИНГ ФИЗИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ СТУДЕНТА

Санкт-Петербургский государственный политехнический университет

Мониторинг, как непрерывное наблюдение за рядом параметров исследуемой системы, призван решать задачи изучения характеристик самой системы и прогнозирования ее поведения во времени.

Мониторинг психического и функционального состояний обучающейся молодежи проводится достаточно регулярно в различных регионах России. Исследователи постоянно отмечают ухудшение физического здоровья студентов и

проблемы с психикой, но в то же время основной вопрос русской интеллигенции – «Что делать?» остается открытым.

Мы считаем, что это связано не с совсем правильной постановкой проблемы.

Еще в начале 2001 г. Президент России сформулировал генеральную задачу 21-го века – восстановление и поддержание здоровья нации.

У студенческой молодежи в рамках существующего учебного плана есть только одна возможность как-то поддерживать свое физическое и психическое здоровье – это 408 часов, отводимое на физическую культуру в вузе. Следовательно, от того, как будут проводиться занятия по физическому воспитанию, зависит, будет ли это механическое выполнение тех или иных физических упражнений, или это будут специально разработанные комплексы упражнений, направленные на решение задач поддержания здоровья, формирование здорового образа жизни и т.д.

В высших учебных заведениях «Физическая культура» представлена как учебная дисциплина и важнейший компонент целостного развития личности. Являясь частью общей культуры, психофизического становления и профессиональной подготовки студента в течение всего периода обучения, «Физическая культура» входит в число обязательных дисциплин цикла «Общие гуманитарные и социально-экономические дисциплины» [1].

Свои образовательные и развивающие функции «Физическая культура» наиболее полно осуществляет в целенаправленном педагогическом процессе физкультурного воспитания, который опирается на основные общедидакти-ческие принципы: сознательности, наглядности, доступности, систематичности и динамичности. Именно этими принципами пронизано все содержание примерной учебной программы для вузов по учебной дисциплине «Физическая культура».

Социогуманитарная направленность физической культуры вообще и, особенно, в образовательных учреждениях всех уровней является основным принципиальным положением Федерального закона «О физической культуре и спорте в Российской Федерации». Это положение принято за основу и конкретизировано в специальных приказах Министерства образования РФ. [2].

Поворотным моментом оздоровления нации может стать реализация решений Государственного Совета Российской Федерации, на заседании которого под председательством Президента страны В.В. Путина впервые в истории России 30 января 2002 г. рассмотрен вопрос «О повышении роли физической культуры и спорта в формировании здорового образа жизни россиян» и определена стратегия его формирования. Результатом реализации ре-шений Госсовета РФ можно рассматривать Приказ Минобразования РФ №2715/227/166/19 от 16.07.2002 г. «О совершенствовании процесса физического воспитания в образовательных учреждениях Российской Федерации», который был издан во исполнение решения коллегий Минобразования России, Минздрава России, Госкомспорта России и Президиума РАО от 23.05.2002 г. № 11/9/6/5 «О совершенствовании процесса физического воспитания в образовательных учреждениях Российской Федерации». В Приказе указываются приоритетные направления совершенствования процесса физического воспитания в дошкольных образовательных уч-

реждениях, общеобразовательных учреждениях, образовательных учреждениях начального, среднего и высшего профессионального образования. В частности, одним из приоритетных направлений в этом Приказе является «формирование физической культуры личности обучающихся с учётом их индивидуальных способностей, состояния здоровья и их мотивации».

Общероссийский мониторинг состояния физического здоровья населения, физического развития детей, подростков и молодежи (далее — мониторинг) представляет собой систему мероприятий по наблюдению, анализу, оценке и прогнозу состояния физического здоровья населения, физического развития детей, подростков и молодежи.

Цель: получение информации, необходимой для принятия обоснованных управленческих решений по укреплению здоровья населения.

Задачи:

а) выявление причинно-следственных связей между состоянием физического здоровья населения, физического развития детей, подростков и молодежи и воздействием факторов среды обитания человека;

б) прогнозирование состояния физического здоровья населения, физического развития детей, подростков и молодежи;

в) установление факторов, оказывающих негативное воздействие на состояние физического здоровья населения;

г) формирование федерального информационного фонда (в части информации о состоянии физического здоровья населения, физического развития детей, подростков и молодежи);

д) определение неотложных и долгосрочных мероприятий по предупреждению и устранению негативных воздействий на физическое здоровье населения;

е) подготовка решений о реализации мер, направленных на укрепление физического здоровья населения;

ж) информирование государственных органов, органов местного самоуправления, заинтересованных организаций, а также граждан о результатах, полученных в ходе мониторинга. (Постановление №916 от 29.12.2001 г.).

Немного ранее, в 2000 году было утверждено Положение о социально-гигиеническом мониторинге (Постановление Правительства РФ № 426 от 01.06.2000.) В этом Положении были определены параметры физического развития и физической подготовленности.

В отличие от текущего педагогического контроля, система мониторинга имеет четко заданный для всех типов и видов образовательных учреждений набор тестовых упражнений, анкет и форм сдаваемой отчетной документации. При правильно организованной работе эти данные преподаватель может представить из системы текущего педагогического контроля, включив тесты системы мониторинга в план-график прохождения учебного материала.

Использование в общероссийской системе мониторинга тестов, единых для ДОУ, школ, средних специальных учебных заведений (ссуз) и вузов и входящих практически во все программы педагогического контроля, позволяет избежать дублирования этих мероприятий.

«Тесты системы мониторинга хорошо согласуются с современной системой тестов «Еврофит», разработанной Комитетом по развитию спорта при Совете Европы. Это позволяет сравнивать полученные данные с данными других стран, интегрированных в эту систему.

Данные, получаемые в результате мониторинга, ложатся в основу аналитического доклада, формируют стратегию принятия управленческих решений и разработки социальных программ на различных уровнях» [3].

Следует отметить, что закон о мониторинге, принятый еще в 2001 г., в контексте сбора и обработки информации безнадежно устарел. Подготовка входной информации на бумажных носителях, передача протоколов в районные, а затем в региональные центры, требовали значительных финансовых затрат и людских ресурсов. Лавинообразное развитие Интернет, успешное применение его при проведении ЕГЭ показало, что огромные объемы информации могут и должны собираться и обрабатываться с применением современных информационных технологий. Следовательно, назрела настоятельная необходимость разработки и внедрения Интернет сайта, осуществляющего мониторинг физического развития населения.

Системное исследование мониторинга физического развития и физической подготовленности было проведено в докторском исследовании С.И Изаак [4], однако вопросы коррекции физической подготовленности населения остались за скобками исследования, хотя термин «коррекция» был использован в заглавии диссертации.

Для оценки двигательной подготовленности учащихся с конца 80-х годов применялся целый ряд методик, которые включали в себя сочетание общеизвестных контрольных упражнений в различных вариантах. В качестве примера можно остановиться на Тестах Президентского совета США, Тестах двигательной активности Совета Европы «Еврофит», Тестах мэра Москвы.

Возможность прогнозирования физического состояния студента предполагает наличие определенных интегральных параметров, объединяющих отдельные данные, полученные в результате мониторинга.

Хотя в законе о мониторинге явно не указывается, какую интегральную оценку показателя здоровья необходимо использовать, в настоящее время наиболее употребляемыми являются: оценка здоровья по Н.М. Амосову и оценка соматического здоровья по Г.Л. Апанасенко.

Понятие «количество здоровья», определяющее резервные возможности организма, ввел Н.М. Амосов [5]. По его мнению, здоровье – это максимальная производительность органов при сохранении качественных пределов их функций. Количество здоровья определяется подсчетом средней арифметической величины от ряда (не менее пяти) функциональных проб, показатели которых сопоставляются с нормой (100% от должных величин для данного возраста).

Концепция первичной профилактики заболеваний, основанная на количественной характеристике уровня соматического (физического) здоровья индивида, предложена Г.Л. Апанасенко [6]. В основе этой концепции лежит биологическая закономерность, заключающаяся в том, что существует некий обусловлен-

ный эволюцией порог энергопотенциала биосистемы (резерва организма), выше которого у людей практически не регистрируются ни эндогенные факторы риска, ни хронические соматические заболевания. Ниже этого порога (когда исчерпаны резервные возможности) вначале действуют эндогенные факторы риска, а затем развиваются и хронические соматические заболевания. Этот порог количественно охарактеризован по показателям максимальной аэробной способности, что позволяет при соответствующих мероприятиях исключить сам риск возникновения заболеваний.

Уровень физического здоровья может быть определен по энергопотенциалу индивида с использованием метода Г.Л. Апанасенко. Для этого им предложены «Шкалы соматического здоровья» с учетом следующих первичных данных: рост, масса тела, жизненная емкость легких, частота сердечных сокращений в покое, сила кисти, уровень систолического давления и время восстановления частоты сердечных сокращений после функциональной пробы (20 приседаний за 30 сек.).

Уровень здоровья человека оценивается в баллах независимо от того, в каком промежутке альтернативы «здоров – болен» он находится.

Своевременная диагностика и оценка уровня здоровья позволяет:

– выявить слабые звенья в организме для целенаправленного воздействия;

– составить индивидуальную программу оздоровительных занятий и оценить эффективность;

– спрогнозировать риск возникновения угрожающих жизни заболеваний;

– определить биологический возраст человека.

Концепция здоровья, разработанная в космической и профилактиче-ской медицине, рассматривает переход от здоровья к болезни, от нормы к патологии как процесс постепенного снижения адаптационных возможностей организма, в результате которого возникают и различные пограничные состояния, получившие название донозологических [7].

Норма – зона функциональных состояний, свидетельствующих сохранность морфофункционального статуса организма с поддержанием в данных конкретных условиях на высоком уровне компенсаторных ре-активно-приспособительных возможностей, работоспособности и способности к рекреации.

Донозологические состояния – это состояния, при которых оптимальные адаптационные возможности организма обеспечиваются более высоким, чем в норме, напряжением регуляторных систем, что ведет к повышенному расходованию функциональных резервов организма. Характерной особенностью донозологических состояний является наличие повышенного функционального напряжения механизмов адаптации.

Преморбидные состояния – это состояния, которые характеризуются снижением функциональных возможностей организма. Состояние срыва адаптации характеризуется резким снижением функциональных возможно-стей организма в связи с нарушением механизмов компенсации. Адаптация – это совокупность приспособительных реакций живого организма к изме-няющимся условиям

существования, выработанных в процессе длительного эволюционного развития (филогенеза) и способных преобразовываться, совершенствоваться на протяжении индивидуального развития (онтогенеза).

Необходимо отметить, что снижение адаптационных возможностей организма связано с изменением физиологических функций. Это характеризуется ростом артериального давления, снижением сердечной деятельности. Однако при донозологических состояниях наблюдаемые изменения физиологических показателей, как правило, не выходят за пределы так называемой клинической нормы и поэтому обычно остаются вне поля зрения врачей при проведении диспансерных и профилактических осмотров населения. В результате этого только срыв адаптации с развитием конкретных нозологических форм заболеваний становится основанием для проведения лечебных мероприятий. В лучшем случае, при более раннем выявлении начальных признаков заболевания, могут быть применены специальные меры вторичной профилактики.

Таким образом, можно сделать определенные выводы: при проведении мониторинга физического состояния студентов необходимо четко определить какие цели он преследует. Второе, выбрать интегральный показатель, характеризующий физическое состояние – например, соматическое здоровье по Г.Л.Апанасенко. Третье, процедура сбора информации, описанная в [3] безнадежно устарела. Следовательно, необходимо использовать интернет и разрабатывать систему, аналогичную при использовании в ЕГЭ.

Л.Г. Рубис

РОЛЬ ГОСУДАРСТВА В РАЗВИТИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ СРЕДСТВАМИ СПОРТИВНОГО ТУРИЗМА

Государственный университет технологии и дизайна, Санкт-Петербург

Известно, насколько благотворно влияет туризм на человека. Это проявляется не только в оздоровлении организма и ведении здорового образа жизни, но и в развитии таких качеств, как умении общаться, чувства коллективизма, терпимости, мужества. Спортивный туризм всегда учитывался при сдаче норм ГТО в школах и вузах. В настоящее время делаются определенные, пока еще робкие, шаги по возрождению одного из самых популярных и доступных видов спорта – спортивного туризма, который может решить главную задачу – приобщение молодежи к здоровому образу жизни.

На протяжении нескольких лет Туристско-спортивный союз России при активной поддержке региональных федераций спортивного туризма не может добиться восстановления звания «мастер спорта» по дисциплине «маршруты». Необходимо заметить, что именно эта дисциплина является основополагающей частью спортивного туризма.

В распоряжении № 110-р от 07 августа 2009 года Председатель Правительства Российской Федерации утвердил Стратегию развития физической культуры и спорта в РФ на период до 2020 года, где, в частности, говорится: «Осуществ-

ление всех направлений Стратегии позволит привлечь к систематическим занятиям физической культурой и спортом и приобщить к здоровому образу жизни большинство населения страны, что, в конечном счете, положительно скажется на улучшении качества жизни граждан».

Многие помнят то недалекое время, когда вся страна участвовала в туристско-оздоровительных мероприятиях. Например, туризм в Санкт-Петербурге был настолько популярен, что в выходные дни трудно было попасть в электричку, так как шел бесконечный поток людей с рюкзаками, байдарками, велосипедами, лыжами.

Федерация Туристско-спортивного союза России с 2006 года не подписывает «Представления» по чемпионатам России среди студентов по дисциплине «дистанции» даже при условии выполнения нормативов и соблюдения Правил.

В вузах страны по-прежнему осуществляются объемные спортивные планы как внутри, так и между вузами и клубами. Но при сложившейся ситуации профессорско-преподавательский состав, курирующий в вузах спортивный туризм, испытывает определенные трудности в области перспектив и массовости. Эти ограничения затрудняют работу со студентами в сфере развития и восстановления той активности, которая была.

Мы, педагоги, должны сделать все возможное, чтобы не угасали прекрасные, проверенные временем, массовые виды спорта, такие как спортивный туризм.

rubisspb@mail.ru

М.А. Семёнов, С.П. Мишин

ОРГАНИЗАЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ СПОРТИВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНТОВ В ВЫСШЕЙ ШКОЛЕ

Санкт-Петербургский государственный инженерно-экономический университет

На сегодняшний день физкультурно - массовая деятельность для студентов не является насущной потребностью. Развитие студенческого спорта сопряжено с уровнем популярности отдельных видов спорта среди школьников, что определяет тесную взаимосвязь детского и юношеского спорта. При хорошей организации работы вуза с будущими абитуриентами («День открытых дверей», профессиональная ориентация школьников и т.д.) возможно формирование успешных, перспективных команд по видам спорта для участия в Спартакиадах и Универсиадах России.

Одной из основных проблем студенческого спорта является возникающее противоречие между стремлением студентов в успешном продолжении спортивной карьеры и приобретение профессиональных знаний в рамках высшей школы. Наиболее перспективные студенты-спортсмены вынуждены переводится на индивидуальный план обучения и сдачи экзаменационной сессии.

Перед тренерами студенческих команд стоит одна из главных задач - рацио-

нальное планирование тренировочных занятий, объёма и интенсивности физических нагрузок при сопоставлении календаря соревнований с периодами наибольшего психологического напряжения (сессия). Занятия спорт, как известно, помогают молодым людям максимально концентрироваться в экстремальных ситуациях (соревнованиях), что является эмпирическим «багажом» и способствует успешности учебной деятельности.

В условиях спортивного зала наибольшей популярностью среди юношей пользуются занятия по спортивным играм (баскетбол, мини футбол). Подбор средств для достижения максимальной спортивной формы – залог успеха команды. При работе со сборной командой университета (ИНЖЭКОна) по мини футболу спортсменами выполняются объёмы нагрузки, присущие работе профессионалов: общая физическая и специальная техническая подготовка, тактическая и т.д. Включение в тренировочный процесс неспецифических средств (плавание) позволяет повышать уровень аэробных возможностей организма на фоне рекреационного эффекта при снижении психологического утомления и переутомления. Уровень тревожности у спортсменов понижается.

Таким образом, планирование и разработку методики учебно-тренировочного процесса студентов-спортсменов необходимо осуществлять с учётом календаря соревнований, учебного процесса, уровня их физического и функциональной подготовленности. Использование комплексного подхода при включении неспецифических видов упражнений позволяет команде добиваться высоких спортивных результатов при сохранении физического и психологического здоровья.

С.Б. Тихвинский

ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА – ГЛАВНАЯ ПРОБЛЕМА ОБЩЕСТВА

Санкт-Петербургский государственный политехнический университет

«Здоровье не всё, но всё без здоровья – ничто!»
Сократ – 469-399 г.г. до н.э.

Как много мы знаем о здоровье и как мало мы о нём знаем. Очевидно, что здоровье человека закладывается до зачатия, оно имеет выраженную наследственную природу. Но родившийся человек не должен находиться в «тепличных» условиях, быть изолированным от многочисленных стрессерогенных ситуаций в окружающем мире. Современная адаптология объясняет повышение соматического (физического) здоровья в условиях управляемых благоприятных эустрессов (голодание, закаливание, гипоксия, прививочной деятельности медиков, эмоции, физические нагрузки и т.п.), когда наблюдается отчетливое повышение иммунно-биологической резистентности новых клеточных популяций при общем защитном адаптационном синдроме (гипоталамо-гипофизирный, надпочечный гормональный сдвиг).

«Неустойчивое равновесие» - стратегия человеческой жизни. (Э.С.Бауэр, 1935). Но эустрессы могут привести к предпатологической и патологической дистрес-

совой ситуации, когда резко возникает иммунодефицитное состояние и срыв адаптационного процесса, поэтому требуется постоянное медицинское профилактическое обеспечение оздоровительных мероприятий с использованием эустрессов.

К сожалению, в современном человеческом обществе ещё недостаточна культура в проблемах здоровья здорового человека, не создана методология здоровья, не готовятся медицинские кадры для профилактической работы со здоровым населением всех возрастных категорий, не существуют единые требования к «паспортизации здоровья», выдачи обоснованных «рецептов здоровья». Много деклараций и недостаточное внимание государственных органов к главной проблеме – проблеме физического здоровья населения. Министерство здравоохранения и социального развития РФ основную свою деятельность направляет на помощь больному и травмированному населению и по существу не отвечает своему названию – охране и увеличению количества здоровья у здоровых людей. Хорошо известно обобщающее выражение выдающегося врача прошлого – Гиппократа (460-356 гг. до н.э.): «Задача медицины не в лечении болезней, а в их предупреждении. Будущее за медициной профилактической». В последнее время во всём мире миллионы людей приобщаются к здоровому образу жизни, используют различные эустрессы, но при этом профилактическая медицина развивается явно недостаточно и это создает опасную ситуацию для человечества «идущего по тонкому льду» без необходимой профилактики. Необходима современная стратегия общества в сохранении и преумножении здоровья здорового человека – это главная проблема государственной власти.

О.В. Тюрина

СРЕДСТВА СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН – ЛЕГКОАТЛЕТОК ВЫСОКОЙ КВАЛИФИКАЦИИ

Санкт-Петербургский государственный инженерно-экономический университет

В настоящее время у женщин – легкоатлеток высокой квалификации в результате интенсивных тренировок могут возникать проблемы со здоровьем, связанные со следующими причинами:

- с нарушением психо-эмоционального состояния;
- травмами опорно-двигательного аппарата;
- нарушением овуляторно-менструального цикла.

Во избежания этих проблем, необходимо тренировочный процесс выстраивать на основе индивидуального подхода. Тренировочные и соревновательные нагрузки в многолетнем процессе подготовки должны нарастать постепенно, прогрессивно, быть доступными, систематическими, регулярными, круглогодичными, всесторонне развивающими и обеспечивать хорошую суперкомпенсацию.

Тренировка должна состоять из трех частей: подготовительной, основной

и заключительной, при этом уделяя внимание совершенствованию техники легкоатлетических упражнений. Спортивная обувь и одежда должны быть подобраны. Место проведения тренировок и соревнований является спорптивным сооружением с высокими требованиями к уровню технического состояния.

В условиях высокой интенсивности тренировочных нагрузок легкоатлеткам необходимо предоставлять достаточно времени для адаптации к нагрузкам и восстановлению. Восстановительные мероприятия для спортсменок высокой квалификации включают в себя:

- медико-биологические (медикаментозная поддержка, физиотерапия, сон, сбалансированное питание);
- гигиенические (баня, массаж, плавание);
- психологические (помощь и подготовка);
- педагогические.

Тренировочные и соревновательные нагрузки для женщин-лёгкоатлеток следует планировать с учётом фазности овуляторно-менструального цикла.

Соблюдение всех вышеперечисленных положений тренировочного процесса спортсменками высокой квалификации создаёт возможность достижения ими высоких соревновательных результатов при сохранении их физического здоровья.

tyrik80@yandex.ru

А.А. Цакоев

АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ СООТНОШЕНИЯ ДВИГАТЕЛЬНОГО И ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО КОМПОНЕНТОВ СОДЕРЖАНИЯ ОБЩЕГО ОБРАЗОВАНИЯ В ОБЛАСТИ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

Северо-Осетинский Государственный Университет, Владикавказ

Проведенный нами анализ был направлен на содействие решению важной научной проблемы, имеющей большое теоретическое и прикладное значение, суть которой заключается в ответе на вопрос о причинно-следственных взаимосвязях между уровнем образованности в сфере физической культуры и результативностью практической физкультурно-спортивной деятельности. Формулирование правильного ответа на этот вопрос особенно актуально в сфере школьной физической культуры на фоне все чаще звучащих в последнее время сомнений:

- необходим ли урок физической культуры в учебном расписании современной школы;
- о его ведущей роли в системе форм физического воспитания школьников;
- в необходимости приоритетного внимания в процессе учебной работы относительно формирования необходимого уровня образованности в области физической культуры.

По мнению одного из самых известных и уважаемых в стране учёных в области физической культуры профессора Л.П. Матвеева, стремление расширить теоретико-образовательное содержание учебного предмета "физическая

культура" не вызывает возражения, но "…лишь при абстрактном подходе. Из его высказываний следует, что бороться за обогащение интеллектуального содержания школьной физической культуры надо, но не путем разработки и обоснования соответствующей образовательной концепции, а путем борьбы с чиновничьим аппаратом, не желающим отступать "…от крайне заниженного лимита времени, выделяемого на освоение в школе ценностей физической культуры". Именно ради повышения эффективности всех других форм урок физической культуры должен нести в себе, прежде всего образовательную функцию, обеспечивая необходимый уровень образованности населения в сфере физической культуры. Кроме него такую функцию не может взять на себя и выполнить ни одна другая форма физического воспитания. В природе не существует более приспособленной формы для решения образовательных задач, чем урок. Не решая в должной мере эти задачи на уроках физической культуры, мы фактически не решаем их вовсе и тем самым не просто обедняем весь процесс физического воспитания, но и лишаем его самой главной из основ.

К сожалению, полученные в наших исследованиях материалы свидетельствуют о том, что именно такой подход к пониманию образовательной направленности учебных занятий по физической культуре в школе характерен для большинства практических работников. По этой причине упускается уникальная, в дальнейшем практически невосполнимая возможность качественного решения задач общего образования в области физической культуры. В этом, на наш взгляд, и заключается одна из главных бед школьной физической культуры, главная причина крайне низкого уровня эффективности всей системы физического воспитания в обществе.

Несовершенство урочной формы - главное обстоятельство, обусловливающее низкую эффективность физического воспитания школьников в целом.

С. А. Чернова

РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ И СПОРТА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ: ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ И РОЛЬ ДЛЯ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА

Санкт-Петербургский государственный морской технический университет

Физическая культура и спорт органически связаны с фундаментальными основами общественного устройства и развития общества. Одной из основных задач государственной политики является создание благоприятных условий для роста благосостояния населения РФ, национального самосознания и обеспечения долгосрочной социальной стабильности. Развитие физической культуры и спорта в значительной мере может способствовать достижению обозначенной цели.

В настоящее время в политике государства одной из острых проблем является демографическая ситуация, для решения которой необходимо, в том числе снизить уровень смертности населения. Необходимо улучшать состояние здо-

ровья российской нации, приобщать молодежь к здоровому образу жизни и спорту. Опыт многих развитых стран показал, что такая задача может быть реализована с помощью комплекса хорошо продуманных государственных мероприятий, воплощенных в системной программе.

Физическая культура и спорт – это развитие ряда положительных качеств человеческой личности, организация общественно-полезной деятельности, досуга населения, профилактика заболеваний и воспитание подрастающего поколения. Она способствует долголетию человека, сплочению семьи, формированию здорового морального и психологического климата, снижению травматизма. На взгляд автора, можно всячески совершенствовать, развивать и модернизировать систему здравоохранения, но здоровье – это, прежде всего, физическое развитие с раннего детства.

Проектирование и реализация успешных реформ в области развития физической культуры и спорта является сложной и труднодостижимой задачей, которая требует тщательного планирования, хорошо разработанной стратегии, добросовестного исполнения поставленных задач, внимания к ресурсам, обеспечения переподготовки кадров и разработки соответствующей процедуры оценки эффективности реализованных инноваций. Реформы в области физической культуры и спорта в России затрудняет и тот факт, что они проводятся в обществе, где специалисты по спорту, преподаватели и инфраструктура не обеспечены соответствующими ресурсами, в этом смысле Европейская система имеет ряд преимуществ.

Необходимо осознание, что физическая культура и спорт это не просто один из важнейших факторов, влияющих на организм и здоровье человека – это сложная и многоплановая социальная сфера деятельности.

svetachernova87@bk.ru

Шеставина Н.В., Пашина И.В.

МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЮНЫХ СПОРТСМЕНОВ

Курский государственный медицинский университет Росздрава

Целью работы является изучение информативности медико-организационных факторов риска заболеваний у детей 10-17 лет, занимающихся спортом, и разработка прогностических коэффициентов.

Методы исследования. Для расчета интегрированного влияния медико-организационных факторов риска на частоту заболеваемости юных спортсменов применялась неоднородная последовательная процедура, основанная на вероятностном методе Байеса. Информативность факторов риска определялась с помощью информационной меры Кульбака. Прогностические коэффициенты (ПК) рассчитывались по формуле, предложенной Е.В. Гублером (1978).

Результаты исследования. Наибольшую информативность имели следующие факторы риска: при назначении физических нагрузок детям не учитывалась

кратность перенесенных заболеваний за год (I=1,897); не проводился предварительный медицинский контроль (I=1,824); не учитывалась длительность занятий спортом в течение недели (I=1,803); нарушались сроки наблюдения, лечения и освобождения от тренировочных нагрузок детей с признаками перетренированности (I=1,634); не санировались очаги хронической инфекции (I=1,63).

В зависимости от величины информативности ПК располагаются следующим образом: при благоприятном сочетании градаций (отсутствии) риск факторов сумма ПК = (-24,8), при неблагоприятном сочетании – (+38,6).

Разность сумм отрицательных и положительных ПК составляет диапазон возможного риска заболеваний у спортсменов:

а) группа благоприятного прогноза – сумма ПК от -24,8 до -9,2;

б) группа «внимания» - сумма ПК от -9,3 до +11,58;

в) группа неблагоприятного прогноза – сумма ПК от +11 до +27,1;

г) группа высокого риска – сумма ПК от +27,1 до +34,8.

Оценка здоровья юных спортсменов на прогностической основе позволяет проводить своевременную профилактику заболеваний.

piv1424@mail.ru

Раздел VIII

РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

В данной глави объединены материалы исследований в хирургических и терапевтических клиниках, неврологических и психиатрических стационарах, химико-фармацевтических учреждениях.

8.1. Внутренние и хирургические болезни

В.М. Андреев, Л.Ю. Зюбина, Н.И. Кутузова, Л.А. Шпагина, М.А. Зуева

НЕРЕШЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

Новосибирский государственный медицинский университет

Актуальность. К настоящему времени создан оптимальный алгоритм диагностики и лечения язвенной болезни желудка и 12перстной кишки (ЯБЖ и 12пк), имеющей в большинстве своем Нр-происхождение.

Цель исследования. Определить реальные возможности выполнения алгоритма современной диагностики и лечения рецидивов и осложнении ЯБЖ и 12пк в стационарных условиях ЛПУ.

Материал и методы. Анализирована полнота выполнения ЭФГДС с проведением диагностической гастробиопсии и инфицированности Нр, динамического исследования и «золотого стандарта» лечения у 88 пациентов, находящихся на стационарном лечении в терапевтическом отделении по поводу обострения ЯБЖ и 12пк, в том числе и после остановленного в хирургическом отделении кровотечения. Средний возраст пациентов 50,6±5,9 лет с преобладанием мужчин (63,6%) и ЯБЖ (54,5% больных).

Результаты. ЭФГДС с целью диагностики ЯБ, её стадии и осложнений осуществлена в 100,0% случаев, биопсия слизистой оболочки желудка (СОЖ) – 85,0% больным терапевтического отделения. Из них диагностика Нр проведена у 45,5% больных, среди которых положительный результат оказался в 83,0% случаев при морфологическом исследовании. Более чем у половины пациентов, несмотря на осложненную язву кровотечением, исследование на Нр не осуществлено вовсе. Контрольной ЭФГДС в стационаре подвергнуто 50% больных с кровотечением, отмечена положительная динамика. Остальным пациентам рекомендовано ее повторное проведение в амбулаторных условиях. Ph-метрия желудочного сока в стационаре не используется. В лечении ЯБ 100% больным применяются современные кислотоснижающие дженерики, чаще - омепразол в сочетании: с блокаторами Н2 рецепторов в 20% случаев, со спазмолитиками в 23% и с антацидами в 27%. Эрадикация Нр проводится всем инфицированным

больным, преимущественно цефотаксимом, ципрофлоксацином, метронидазолом, а «золотым стандартом» - 1/3 пациентам.

Выводы. Современная диагностика ЯБЖ и 12ПК и особенно эрадикация НР, даже при ее осложнениях, в стационарных условиях не осуществляется в полном объёме и своевременно, что обусловлено соответствующим лекарственным обеспечением ЛПУ.

Бессонова Т.И.

К ВОПРОСУ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ

Ижевская государственная медицинская академия

Интерес удовлетворенности медицинской помощью связан с определением ее качества. Концепция ВОЗ предполагает три аспекта качества: качество структуры (оснащенность, обеспеченность), качество процесса (соблюдение технологий), качество результатов. Наибольшую трудность в оценке качества медицинской помощи составляет именно удовлетворенность ею пациентов. Это субъективный критерий, на который влияет множество факторов.

В ходе исследования было изучено мнение 255 пациентов стоматологических поликлиник об уровне оказания им терапевтической помощи. В исследовании приняли участие 134 мужчин и 121 женщина всех возрастных групп. Респонденты получали стоматологические услуги как в государственных, так и в частных стоматологических кабинетах.

Качество медицинского обслуживания оценивалось по четырем критериям: отношение медицинского персонала, качество лечения, удовлетворенность отдаленными результатами лечения и своевременное использование анестетика в процессе лечения.

Из числа опрошенных удовлетворены терапевтическим приемом остались 94,9 из 100 пациентов государственных и 96,3 пациентов частных стоматологических поликлиник. Чаще неудовлетворенны качеством терапевтического приема были пациенты в возрасте от 46 до 60лет (5,6 из 100 респондентов) и старше 61года (4,4). Что связано с ростом у них заболеваний слизистых оболочек полости рта и пародонта, увеличением случаев осложненного кариеса. Использование эффективной анестезии в процессе лечения отметили 78,4 из 100 опрошенных.

Отношение к себе медицинского персонала и качество лечения оценили как хорошее - 87,8 из 100 пациентов; удовлетворительное - 9,5; плохое - 2,7 опрошенных. Отдаленные результаты лечения оценили как хорошие 86,5 их 100 респондентов.

Важным моментом на пути повышения удовлетворенности пациентов стоматологической помощью они отметили четкое информирование медицинским персоналом об объеме, виде и условиях оказания услуги.

Т.о. выявление и устранение причин неудовлетворенности пациентов качест-

вом медицинской помощи позволяет повысить эффективность лечения и качество оказываемых стоматологических услуг населению

tashaw87@mail.ru

А.А. Жлоба

НАЛИЧИЕ ЦЕНТРОВ С ИНОВАЦИОННЫМИ ТЕХНОЛОГИЯМИ МЕТАБОЛОМНОГО И ПРОТЕОМНОГО ПРОФИЛИРОВАНИЯ – ЧЕРТА НАУЧНО-ТЕХНОЛОГИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ МЕГАПОЛИСА

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П.Павлова

Современные технологии метаболомного и протеомного скрининга не только значительно повышают эффективность диагностики заболеваний, но и резко увеличивают пропускную способность лабораторно-диагностических центров при массовых обследованиях. К настоящему времени на рынке лабораторных аналитических технологий имеются предложения в области перинатального обследования, неонатального скрининга. Большой диагностической эффективностью обладает метаболичиеское профилирование в группах риска, включая группы с повышенным риском неблагоприятного прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний, а также скрининговые обследования у лиц старшей возрастной группы.

Рутинные анализы практически используют не более 1% метаболома для диагностических целей. Всего метаболом человека включает около 3000 метаболитов, немного больше пищевых компонентов, а также около полутора тысяч лекарственных субстанций. Для дирижирования данным метаболомом используется примерно 20 тысяч единиц генома и 6-7 миллионов протеома. Клиническая биохимия достаточно консервативна в отношении расширения набора тестов, не только по принципу достаточной информативности ограниченного числа тестов. Важно было, до настоящего времени, учитывать увеличение затрат с внедрением каждого нового теста. Развивающиеся технологии, не приводят к увеличению стоимости анализа с расширением интерпретируемого спектра метаболитов. Это техники ядерно-магниторезонансной спектроскопии (ЯМРС) с пределом количественной оценки в биоматериале около 0,1мкМ и тандемной масс-спектрометрии (МС), обладающей большой пропускной способностью в отношении числа метаболитов и высокой чувствительностью вплоть до 1пМ. Эти методы могут выполняться очень быстро и могут считаться скрининговыми способами обследования населения. В отношении хроматографии, совмещенной с МС, в настоящее время стоит задача выбора набора метаболомных маркеров из разных химических классов органических соединений, опираясь на которые, можно не только зарегистрировать устойчивые сдвиги метаболизма, но что и является конечной целью, определить тип, глубину, стадию патологического процесса, его обратимость. Имеется возможность по начинающимся едва-различимым сдвигам предсказывать зарождение и ожидаемый темп развития патологического процесса в различных условиях.

Широкий набор маркеров (тотальный метаболом) при скрининге больших когорт мешает обработке данных. В настоящее время развивают подходы к селекции маркеров. Для некоторого облегчения выбора маркеров можно пользоваться современными программами, в которых представлены сведения от генома, через протеом к метаболому человека. Очень перспективны для построения диагностических алгоритмов эмпирические данные относительно связи метаболомных изменений и патогенеза сердечно-сосудистых заболеваний. Для выбора групп метаболомных маркеров при скрининге сердечно-сосудистых заболеваний, приводящих к исходам в виде тромбозов, инфаркта и инсульта, следует опираться на уже изученные патохимические процессы. К ним относятся - гипометилирование, митохондриальная и эндотелиальная дисфункция, нарушение анаплеротических путей цикла трикарбоновых кислот и путей биосинтеза и транспорта липидов. Следует также принимать во внимание хорошо изученные эндокринные маркеры, которые в совокупности, входят в 48 известных профилей метаболомных групп. Выбор процедуры пробоподготовки и субстанций для калибровки анализа зависит от конечного списка маркеров из указанных групп. В нашем городе в настоящее время технологии метаболомного и протеомного профилирования начинают развиваться в некоторых крупных медицинских центрах, однако темпы этого развития следует поддержать регионарным инвестиционным проектом.

В.В. Ивлев, С.А. Варзин, А.Н. Шишкин

ОСНОВНЫЕ ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

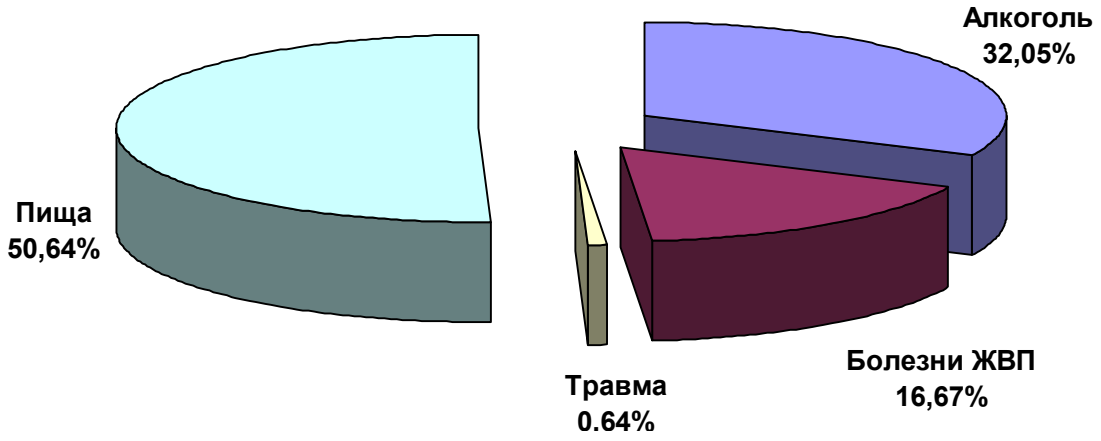
Санкт-Петербургский государственный университет,
Медицинский факультет

Начиная с 2002 года по данным Комитета Здравоохранения по Северо-Западному региону острый панкреатит (ОП) вышел на 1 место среди острых хирургических заболеваний живота и стабильно сохраняет данную позицию. Примерно такая же эпидемиологическая картина наблюдается практически во всех центральных городах страны. По разным данным, ОП в 15-25% случаев протекает с деструктивным процессом.

Основными этиопатогенетическими факторами развития ОП принято считать заболевания жёлчных путей (желчнокаменная болезнь, холедохолитиаз, стеноз фатерова сосочка, стриктура вирсунгова протока, вирсунголитиаз), алкогольный эксцесс и травмы поджелудочной железы. Рядом авторов с недавних пор стал выделяться дополнительно алиментарный фактор патогенеза ОП. Хотя следует отметить, что в настоящее время пока ещё не существует полноценных рандомизированных исследований по оценке качества питания населения, несмотря на засилье рыночного пространства индустрией быстрого питания (“fast food”, “McDonald`s”, “Подорожник”, “Быстроежка” и другие), качество приготовленной пищи которых вызывает определённую настороженность.

Нами был произведён опрос больных, находившихся на стационарном лечении по поводу острого деструктивного панкреатита (ОДП) в городской больнице №4 Св.Георгия (Санкт-Петербург) и клиническом госпитале МСЧ ГУВД по г.СПб и ЛО в период 2000-2008гг. Общее число опрошенных по разработанной нами анкете больных составило 130 человек, из них мужчин 92 (70,7%) человека, женщин – 38 (29,3%). Результаты анкетирования представлены на диаг. 1.

Диаграмма 1



Было выявлено, что алкогольный эксцесс наблюдался у 50 больных, заболевания желчевыделительных путей – у 26, ОДП в результате травмы - у одного пациента, а развитие ОДП с приёмом острой жирной пищи (как правило, в заведениях индустрии быстрого питания) связало 79 больных. Изолировано на долю алиментарного фактора в развитии ОДП пришлось 53 (40,7%) случая заболевания.

Таким образом, по результатам нашего опроса можно говорить о том, что фактор питания необходимо расценивать в настоящее время наравне с другими этиологическими факторами развития панкреатита. Своевременная коррекция общественного питания населения и ужесточение контроля со стороны государства в отношении заведений индустрии быстрого питания позволит снизить заболеваемость ОП.

Г.С. Чепчерук, Я.Х. Джалашев, А.С. Попов, В.В. Ивлев

СИНДРОМ ДЬЕЛАФУА (случай из практики)

Клинический госпиталь медико-санитарной части ГУВД по Санкт-Петербургу и Ленинградской области

Первые описания кровотечения из аррозированных сосудов подслизистого слоя желудка без явных признаков язвенного дефекта в слизистой появились в 1884 году. Автором этих аутопсийных после летального исхода описаний является T.Gallard. Причиной смерти

он назвал артериальное профузное кровотечение из «желудочной аневризмы». Позднее, в 1898 году G.Dieulafoy обнародовал сведения ещё о 10 случаях кровотечений с летальным исходом из поверхностных эрозий слизистой оболочки, на дне которых находилась аррозированная артерия. После 1898 года синдром (болезнь) Дьелафуа был описан в разных отделах желудочно-кишечного тракта, в частности, в дистальных отделах пищевода, двенадцатиперстной и толстой кишке. Правда, основное отличие от синдрома Дьелафуа при последних заключается в том, что в основе заболевания имеется порок развития артерио-венозного анастомоза. В основе же синдрома Дьелафуа, по мнению многих авторов, лежит аневризма мелких артерий подслизистого слоя желудка. Как правило, болезнь Дьелафуа относится к разряду кровотечений неясного генеза, частота таковых, по данным центров экстренной хирургической помощи, составляет в среднем 1-2% [1].

При гистологическом исследовании в стенке аррозированного сосуда обнаруживается пролиферация и склероз интимы, дегенерация среднего слоя, исчезновение эластических волокон. При этом слизистая оболочка вокруг эрозии мало изменена, на дне последней обнаруживается фибриноидный некроз, умеренная лимфо- грануло- и плазмоцитарная инфильтрация стенки желудка. Правда, многими авторами, говорящих о болезни Дьелафуа, описывается обычная хроническая язва желудка и двенадцатиперстной кишки, осложнившихся кровотечением [2].

Диагностический поиск источника кровотечения при данном заболевании является наиболее сложной проблемой. Возможности диагностики сводятся к гастроскопии и интраоперационному поиску источника. Если при выполнении эндоскопического исследования удаётся обнаружить «острую язву» Дьелафуа, то её помечают красителем, вводя раствор метиленового синего под слизистую оболочку желудка. Таким образом, удаётся визуализировать место острого кровотечения для дальнейшего проведения контрольной диагностической/лечебной гастроскопии [3] или оперативного вмешательства в случае невозможности остановки или рецидива кровотечения. Если же не удалось выявить источник эндоскопически, и встал вопрос об экстренном оперативном вмешательстве, то интраоперационно используют следующий приём: после эвакуации содержимого желудка производится пережатие аорты, ниже чревного ствола. В результате чего в последнем происходит резкий подъём давления и возникает рецидив кровотечения [1], что и определяет место операции, которая включает в себя лапаротомию с гастротомией, иссечение «острой язвы» и прошивание аррозированного аневризматически изменённого сосуда, либо резекцию желудка.

В настоящее время диагностирование болезни Дьелафуа стало возможно путём проведения эндоскопической допплеровской ультрасонографии [4] и селективной артериографии желудка [5]. Правда, последний метод нельзя применить по экстренным показаниям.

Вашему вниманию предлагается случай из практики с характерным для болезни Дьелафуа клиническим течением: кровотечением, источник которого диагностирован на дооперационном этапе после неоднократно проводимой контрольной фиброгастродуоденоскопии..

Больной Ф., 35 лет, поступил в клинический госпиталь медико-санитарной части ГУВД по г.Санкт-Петербургу и Ленинградской области 24 декабря 2003 года с жалобами на общую слабость, головокружение, холодный липкий пот, тошноту, однократную рвоту тёмной кровью, жидкий дёгтеобразный стул при поступлении. Из анамнеза известно, что в феврале 2003 года имело место аналогичное желудочное кровотечение, которое было расценено при гастроскопии как геморрагический гастрит.

Настоящий эпизод развился остро, за два часа до поступления в стационар. При поступлении в госпиталь состояние больного оценено как средней тяжести. Температура тела 37,3^{o}С. Кожа и видимая слизистая бледные. Синусовая тахикардия 100 уд. в минуту, АД 120/80 мм рт. ст. Со стороны дыхательной системы без особенностей. Язык влажный, обложен серым налётом, живот мягкий, не вздут, умеренно болезненный при глубокой пальпации в эпигастрии, перитонеальные симптомы отрицательные. В связи с наличием данных за желудочно-кишечное кровотечение больной помещён в палату интенсивной терапии. Больной был обследован.

По лабораторным данным:

Клинический анализ крови				
Сутки	При поступлении	1 сутки	2 сутки	ед. изм.
HGB	133	99	82	г/л
RBC	4,0	2,9	2,74	$10^{12}/_{л}$
WBC	22,7	16,2	11,3	$10^{9}/_{л}$
Пал/яд	11	7	2	%
Ht	0,4	0,29	0,24	
ЦП	1,0	1,02	-	

Уровень белка крови при поступлении 57,0 г/л с последующим падением в течение четырёх дней до 37,6 г/л. На четвёртые сутки (28.12.03г.) содержание гемоглобина крови снизилось до 59 г/л. Выполнялась фиброгастродуоденоскопия (при поступлении и контроле на следующие сутки): источника кровотечения не найдено, в связи с очередным появлением чёрного жидкого стула и наличием вышеуказанных показателей крови, состояние больного было расценено, как рецидив желудочно-кишечного кровотечения, кровопотеря III степени тяжести (тяжёлая). Больному показано экстренное оперативное вмешательство. Интраоперационно больному выполнялась эндоскопия, при которой по передней стенке верхней трети тела желудка определяется участок слизистой с подслизистым кровоизлиянием по типу геморрагии размером до 0,5 см со следами свежей крови; при отмывании описанного участка имеются следы новых порций свежей крови. Заподозрен синдром Дьелафуа. Выполнена операция в объёме: лапаротомия, гастротомия, ушивание зон кровотечения передней стенки тела желудка. В послеоперационном периоде проводилось восполнение кровопотери.

На вторые сутки (30.12.03г.) после операции больной отметил ухудшение самочувствия, появилась обильная рвота свёртками крови вишнёвого цвета. Объективная картина аналогична поступлению. У больного диагностировано рецидивное профузное желудочно-кишечное кровотечение, геморрагический шок, - что явилось показанием к экстренной гастроскопии и операции. Под наркозом в операционной больному выполнялась эндоскопия, при которой в области кардио-эзофагального перехода по левой боковой стенке ближе к кардиальному отделу желудка имелся фиксированный красный тромб, из-под которого постоянно поступала свежая кровь. Попытка эндоскопической остановки кровотечения безрезультатна. Выполнена операция в объёме: релапаротомия, гастротомия, устранение гемотампонады желудка, продольная эзофагогастротомия, ушивание зоны кровотечения левой боковой стенки пищевода, назогастроинтестинальная интубация, санация и дренирование брюшной полости.

Спустя пять суток (04.01.04г.) больной отметил очередное появление обильного дёгтеобразного стула, - заподозрен рецидив кровотечения. Пациенту выполнена контрольная гастроскопия, при которой в теле желудка по передней стенке рядом с гастротомическим рубцом определяется участок слизистой 0,5 см с точечными образованиями малинового цвета, признаков кровотечения нет. При контроле (05.01.04г.) в теле желудка по большой кривизне, ближе к передней стенке, определяется язвенный дефект до 0,4 см, по краю которого имеется подслизистая геморрагия без признаков кровотечения; дефект обработан раствором капрофера.

В дальнейшем, отмечалась положительная динамика в состояние больного. Он был переведён из палаты интенсивной терапии в общесоматическую. В плановом порядке (15.01.04г.) в лаборатории свёртывания крови Российского научно-исследовательского института патологии и трансфузиологии Минздрава России больному была выполнена оценка агрегации

тромбоцитов и внутрисосудистой активации тромбоцитов: данных за тромбоцитопатию, ответственную за кровоточивость не выявлено.
Накануне выписки (26.01.04г.) больному выполнена контрольная гастроскопия, при которой отмечено сохранение участка дефекта слизистой до 0,3 см под фибрином в теле желудка по большой кривизне, ближе к передней стенке.
После проведённого оперативного лечения и интенсивной терапии у больного наступило улучшение самочувствия, заживление послеоперационных ран и по прошествии 34 дней с момента поступления, в удовлетворительном состоянии он выписан под наблюдение хирурга и гастроэнтеролога поликлиники, с рекомендацией проведения контрольной фиброэзофагогастродуоденоскопии каждые 3-4 месяца.
Окончательный диагноз: Синдром Дьелафуа. Рецидивирующие профузные гастроэзофагеальные кровотечения. Постгеморрагическая гипохромная анемия тяжёлой степени.
Таким образом, данное наблюдение относится к типичному варианту течения болезни Дьелафуа, имеющей сложность диагностики и лечения.

В.О. Миронов[1,2], М.В. Елизарова[1,2]

ОЦЕНКА СТАБИЛЬНОСТИ МОНИТОРНЫХ ЕДИНИЦ ФОТОННОГО ПУЧКА С ЭНЕРГИЯМИ 6 И 18 МЭВ МЕДИЦИНСКОГО ЛИНЕЙНОГО УСКОРИТЕЛЯ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ

[1]Городской клинический онкологический диспансер, Санкт-Петербург
[2]Санкт-Петербургский государственный политехнический университет

Контроль стабильности мониторных единиц медицинских линейных ускорителей является неотъемлемой каждодневной процедурой, предназначенной для обеспечения постоянства выходной дозы терапевтического фотонного пучка в клинических условиях. Перед началом клинического использования медицинского линейного ускорителя производится калибровка пучков с использованием водного фантома по поглощенной дозе в воде, т.е. калибровка ионизационных камер в радиационной головке ускорителя, отслеживающих отпускаемую дозу. Настройка производится таким образом, чтобы 1 мониторная единица соответствовала поглощенной дозе в 1 сГр в воде на глубине 10 см при расстоянии источник-поверхность (РИП) 100 см.
Каждодневный контроль стабильности радиационного выхода при помощи измерений в водном фантоме требует значительных временных затрат на установку оборудования и проведение измерений. В этой связи разработана процедура измерений в пластинчатом твердотельном фантоме. Сразу после измерения поглощенной дозы в воде в референсных условиях измеряется значение поглощенной дозы в водоэквивалентном фантоме на двух глубинах. Значения в твердом фантоме выбираются в качестве контрольных и используются в дальнейшем для каждодневных проверок, так чтобы отклонения в значениях поглощенной дозы не превышало 3% от контрольного значения.
Целью данной работы являлась проверка стабильности мониторных единиц в течении одного месяца клинического использования медицинского линейного ускорителя электронов Oncor Avant-Garde с использованием полистеренового пластинчатого твердотельного фантома RW3 («Белая вода») с примесью 2%

TiO_2. При этом применялось следующее дозиметрическое оборудование: цилиндрическая графитовая водонепроницаемая ионизационная камера фармеровского типа FC65-G, универсальный клинический дозиметр DOSE-1, клинические барометр и термометр для измерения температуры и давления с целью расчета поправки на температуру и давление, и последующего расчета поправочного коэффициента на качество пучка. Для измерений в твердотельном фантоме использовались пластины с номинальной толщиной 1, 5 и 10 мм и размером 25×25 $см^2$. Для установки камеры применялась адаптерная пластина для ионизационной камеры FC65-G с номинальной толщиной 20 мм и размером 25×25 $см^2$.

При каждодневном контроле дозы пластины твердотельного фантома с номинальной толщиной 10 мм размещаются на терапевтическом столе ускорителя в количестве 9 штук. На них устанавливается адаптерная пластина, а на неё – еще 9 пластин толщиной 10 мм. После этого при помощи оптического дистанцметра, установленного на поворотной платформе ускорителя, выставляется значение РИП=100 см, а затем верхняя пластина заменяется на две другие со значением толщины 1 и 5 мм, т.е. устанавливается глубина поглотителя 9,6 $г/см^2$, что соответствует глубине 10 см в воде. Таким образом, условия измерений максимально приближаются к референсным условиям в водном фантоме, при которых камера устанавливается в воде на глубине 10 см при расстоянии источник–поверхность РИП=100 см. Аналогичные измерения проводятся для глубины 6 $г/см^2$.

Измерения проводились при размере поля 10х10 $см^2$ на РИП=100 см для фотонных пучков с энергией 6 и 18 МэВ. Камеры, помещенные в фантом, до начала измерений облучались дозой в 2 Гр с целью прогрева и учета поправки на фон. Далее производилось по три измерения для каждой из указанных энергий с вычислением среднего значения поглощенной дозы. Позиционирование водного и твердотельного фантома осуществляется при помощи лазерной системы позиционирования Gamex с точностью ±0,5 мм. Необходимо отметить, что при отклонении позиционирования ионизационной камеры на несколько миллиметров возникает погрешность измерений в несколько процентов.

Полученные результаты подтверждают адекватность применения твердотельных полистереновых фантомов RW3 в клинических условиях в качестве инструмента для каждодневного контроля стабильности мониторных единиц медицинского линейного ускорителя. В то же время они не рекомендуются для процедур абсолютной дозиметрии с целью калибровки ускорителей в связи с погрешностями, связанными с возможной неоднородностью материала пластин, наличием пустот между пластинами, неточностью позиционирования камеры и полученным отклонением в значениях поглощенной дозы относительно воды в 0,5%.

Данные показали, что описанная процедура дозиметрического контроля позволяет выявить отклонения в мониторных единицах и необходимость повторной калибровки ускорителя. Калибровка ионизационных камер линейного ускорителя в воде может проводиться 1 раз в месяц и всякий раз, когда замечено от-

клонение поглощенной дозы более чем на 3% от контрольного уровня, что позволяет обеспечить более точное подведение дозы при лучевой терапии онкологических заболеваний.

Ю.В. Пилевина, А.Н. Шишкин

АНАЛИЗ КОМПЛАЕНТНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С НАЧАЛЬНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Санкт-Петербургский государственный университет, Медицинский факультет

Новое понимание хронической сердечной недостаточности (ХСН), рассмотрение ее как крупнейшей неинфекционной пандемии позволило обратить особое внимание на это патологическое состояние. Проблемой медикаментозного лечения больных ХСН является недостаточная приверженность пациентов избранной терапии и готовность их последовательно изменять образ жизни. В связи с чем целью настоящей работы явилось изучение приверженности к лечению, влияние различных факторов на комплаентность, качество жизни у пациентов с начальными проявлениями ХСН (1-3 функционального класса по NYHA) вследствие ишемической болезни сердца. **Материалы и методы исследования:** 90 больных хронической сердечной недостаточностью 2-3 функционального класса по NYHA, получающие стандартную терапию основного заболевания и посещающие «Школу для больных ХСН», а также группа сравнения (пациенты хронической сердечной недостаточностью, не посещающие «Школу для больных ХСН»). Всем пациентам проводилось эхокардиографическое исследование, мониторирование артериального давления, 6-минутный тест-ходьба, оценка качества жизни с использованием Миннесотского опросника качества жизни, а также исследование комплаентности с помощью самостоятельно разработанного опросника. **Результаты:** в ходе обследования было установлено, что после проведения «Школы для пациентов с ХСН» отмечается повышение степени приверженности проводимой терапии на 20 % по сравнению с группой сравнения, однако показатели не медикаментозных методов лечения, таких как отказ от курения, алкоголя, существенно не изменялись. У пациентов, перенесших инвазивные методы лечения по реваскуляризации миокарда, уровень комплаентности отмечается намного выше, чем у больных без хирургического лечения. Вероятно, в связи с тем, что пациент чувствует себя значительно лучше и активно старается сохранить данное состояние. При активном опросе было установлено, что у пациентов с явлениями ХСН 2-3 функционального класса и неудовлетворительным качеством жизни показатели комплаентности были намного лучше, чем при ХСН 1 функционального класса. **Заключение:** таким образом, у больных с ХСН необходимо оценивать комплаентность и выполнять все необходимые мероприятия для повышения степени приверженности проводимой терапии при начальных признаках ХСН (прово-

дить беседы, создавать «Школы для пациентов с ХСН»), что должно являться неотъемлемой составляющей лечения больных ХСН.

Писаренко Л.В, Балугян Р.Ш., Журкина Т.В., С.А. Ярмак, Д.С. Николаенко

ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ С ПОМОЩЬЮ МЕТОДИКИ АВТОМАТИЗИРОВАННОГО ПОДСЧЕТА ЛИМФОЦИТОГРАММЫ ПО МАЗКАМ КРОВИ

Городская клиническая больница №23 имени «Медсантруд», Москва

Для исследования возможности диагностики наличия опухолевых заболеваний была автоматизирована трудоемкая ручная методика Скобельциной Е.С. и соавт (Междун. заявка на изобретение. Публикация WO 2007/021211 A1 от 22.02.2007) , выполняемая с использованием лимфоцитограмм, полученных на мазках крови из вены и из пальца. Измеряются диаметр и ядерноцитоплазматическое соотношение лимфоцитов. (выборка от 400 лимфоцитов). Аппаратно-программный комплекс автоматизированной микроскопии МЕКОС-Ц1, позволил автоматизировать указанную методику. Построение уравнений регрессии по лимфоцитограммам и подсчет АКП (коэффициент антиканцерогенной прочности) в соответствии с методикой Скобельциной Е.С. также осуществляется автоматически.

С помощью разработанной методики автоматизированного подсчета лимфоцитограммы по мазкам крови была обследована группа онкологических больных с различными морфологическими формами злокачественных новообразований и с локализацией опухолевого процесса в области желудочно-кишечного тракта (25 человек). Контрольную группу составили практически здоровые (10 человек) и пациенты с различными диагнозами (10 человек). Проведенные исследования показали наличие злокачественного новообразования в опытной группе в 70% случаев (положительный коэффициент АКП) и отсутствие опухолевого заболевания в контрольной группе в 88% случаев (отрицательный коэффициент АКП). В опытной группе также отмечалось смещение графика процентного соотношения ЯКО (ядерно-клеточного отношения) лимфоцитов вправо относительно нормы, а графика процентного соотношения размера лимфоцитов - влево (в сторону малых лимфоцитов).

Полученные результаты свидетельствуют о необходимости проведения дальнейших исследований с формированием нескольких опытных групп по различным критериям (локализация опухолевого процесса, морфологическая форма, стадия заболевания и др.).

gkb23dzm@ mail.ru

В.Б. Попова, Г.Л. Плоткин, А.Н. Петров, В.И. Попова,
В.Г. Покровский, И.П. Николаева, А.Ю. Рой

РОЛЬ ЛЕГКИХ В ОБМЕНЕ ЛАКТАТА ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ

СПб ГУЗ «Городская больница Святого Великомученика Георгия»;
Федеральный Центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова

Цель исследования: выявить факторы, влияющие на развитие гиперлактатемии у больных, перенесших эндопротезирование тазобедренного сустава в до и послеоперационном периоде.

Материалы и методы. Приведены результаты исследований 25 больных с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями, перенесших эндопротезирование тазобедренного сустава. Оценивали состояние системной гемодинамики и объемного легочного кровообращения, кислородтранспортной функции крови (КТФК) до и после операции на 3-и и 7-е сутки. Для изучения факторов, влияющих на развитие лактемии, были сформированы 2 группы. Первую группу составили больные, у которых уровень лактата превышал значения 2,3ммоль/л. Во второй группе больных уровень лактата был в пределах нормальных значений.

Всем пациентам проводили исследование гемодинамики, контроль КОС и кислородтранспортной функции крови, параметров метаболизма – уровень лактата и глюкозы в артериальной крови.

Для оценки состояния центральной гемодинамики и объемного кровотока в легких использовали мониторно-компьютерный комплекс “Диамант-М” (Санкт-Петербург). Анализировали следующие показатели гемодинамики – ударный и сердечный индексы (УИ, СИ), объемную скорость выброса (ОСВ) в легочных сосудах.

Для исследования газового состава и кислотно-основного состояния, метаболитов крови использовали газоанализатор “ABL-700”, ”фирмы “Радиометр” (Дания).

Определяли следующие показатели: pH, парциальное напряжение кислорода и углекислого газа в артериальной крови (а) (pO2, pCO2), актуальный избыток оснований (ABE) содержание кислорода и углекислоты в артериальной крови (CtO_2а и $CtCO_2$а)

Метод определения молочной кислоты. Многие анализаторы лишены точности измерения лактата ввиду влияния эндогенных и экзогенных субстанций. Измерения, выполняемые лактат-электродом фирмы “RADIOMETER” свободны от влияния общеизвестных окислительных субстанций.

Статистическую и графическую обработку результатов исследования проводили на основе базы данных с помощью электронных таблиц пакета прикладных программ “Statistica 6.0”, фирмы “StatSoft Inc” (США). Использовали классические методы вариационной статистики, корреляционный анализ параметров гомеостаза.

Результаты и обсуждение. Анализ параметров, характеризующих гемодинамику, газовый состав крови, КОС и метаболиты в дооперационном периоде не выявили значительных нарушений. Однако у ряда больных уровень лактата был выше нормы. Особенностью в группе с высоким уровнем лактата оказались более низкие значения ударного индекса сердца. Минутная производительность сердца практически не отличалась от таковой в первой группе. Содержание кислорода и углекислоты в артериальной крови были в пределах нормальных значений и не отличались в группах в зависимости от уровня лактата в крови. Нормальная производительность сердца и содержание кислорода свидетельствовали о нормальной доставке кислорода тканям. Наиболее значимые изменения касались концентрации глюкозы. В группе с высоким уровнем лактата концентрация глюкозы статистически значимо была выше.

Проведенный корреляционный анализ параметров гомеостаза у больных в дооперационном периоде выявил достоверную положительную зависимость между содержанием лактата и глюкозы в крови ($r = 0.60$; $p < 0,01$). Накопление лактата и глюкозы является долговременным процессом и может служить критерием неудовлетворительной функции инсулярного аппарата.

Таким образом, повышенный уровень лактата связан в дооперационном периоде с нарушением углеводного обмена у больных с диабетом и отражает уменьшение поглощения лактата тканями в результате нарушения метаболических процессов.

На втором этапе исследования (7 сутки после операции) высокий лактат определяли в основном у больных, имеющих высокую концентрацию его в дооперационном периоде. Также получена высокая корреляционная зависимость между концентрацией глюкозы и лактата в крови ($r = 0.65$; $p < 0,01$).

В послеоперационном периоде у больных выявлено снижение содержания кислорода в артериальной крови в результате кровопотери во время операции. Относительная гиповолемия и гиподинамический режим кровообращения приводят к централизации кровообращения и снижению перфузируемых областей. Практически у половины больных на 7 сутки после операции выявляли увеличение парциального напряжения кислорода. Корреляционный анализ между параметрами гомеостаза выявил также достоверную положительную зависимость между pO_2a и концентрацией лактата (($r = 0.44$; $p < 0,04$). Увеличение парциального напряжения кислорода на фоне улучшения объемного легочного кровотока (повышение ОСВ) приводит к увеличению объема перфузируемых областей легких и вымыванию лактата из зон со сниженной перфузией.

Заключение. У обследованной категории больных на уровень лактемии в послеоперационном периоде влияло как содержание глюкозы в крови, так и улучшение кровотока и перфузии тканей в легких.

veronika965@list.ru

О.М. Ратушная, В.Б. Попова

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕРЫВИСТОЙ ПНЕВМОКОМПРЕССИИ И ЭЛЕКТРОМИОСТИМУЛЯЦИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ОЖИРЕНИЕМ

СПб ГУЗ «Городская больница Святого Великомученика Георгия»

По данным экспертов ВОЗ к 2025 году предполагается увеличение лиц с избыточной массой тела до масштабов «эпидемии». В настоящее время поиск новых немедекаментозных методов лечения и профилактики ожирения становится особенно актуальным

Целью настоящей работы является изучение эффективности комбинированного использования методов прерывистой пневмокомпрессии (ППК) и электромиостимуляции.

Материалы и методы. Исследование проводится в отделении физиотерапии СПб ГУЗ «Городская больница Святого Великомученика Георгия», в нем принимают участие пациенты обоего пола, страдающие ожирением I-III степеней.

Пневмопрессомассаж верхних конечностей, живота и нижних конечностей проводится при помощи компьютеризированного прессомассажного аппарата «Pressoprogram phisiopress. Active line» фирмы Cerri (Италия) с использованием четырехсекционных бандажей для верхних конечностей и восьмисекционных бандажей для живота и нижних конечностей. Применяются двухсекторальная последовательная и нагнетательная схемы нисходящего и восходящего пневмопрессомассажа с длительностью цикла работы 8-14 секунд для верхних конечностей и 9-15 сек для живота и нижних конечностей, давлением 40-60 мм. рт. ст. для верхних конечностей и 60-80 мм. рт. ст. для живота и нижних конечностей. Процедуры продолжительностью 30-45 мин проводятся ежедневно, через день или 2 раза в неделю курсом 10-12-15.

В один день с ППК без временного интервала проводится процедура электромиостимуляции при помощи аппарата «Futura Pro» фирмы «Ultratone Professional» (Великобритания), при которой обрабатываются до шести частей тела одновременно (живот и талия, бедра, ягодицы и бедра, голени, спина, грудные мышцы и руки) путем накладывания 10 пар электродов. Используется запатентованная программа «Липолиз» с непрерывно варьирующими параметрами последовательных биостимулирующих фаз (такие как время стимуляции, время паузы, количество импульсов в сек, длительность импульса, время линейного нарастания и форма волны). Длительность процедуры электролиполиза 45-60 мин, периодичность 5-3-2 раза в неделю, курс 10-12-15 процедур.

У всех пациентов до начала курса, после седьмой процедуры и по окончании курса измеряются антропометрические показатели (масса тела, окружности: талии, живота, ягодиц, правого и левого бедра верхней и нижней трети, голеней в максимальном поперечнике и над лодыжками, правого и левого плеча на границе верхней и средней трети), толщина кожно-жировой складки в околопупочной области и над трицепсом руки.

Из объективных методов контроля эффективности перед и по окончании курса

процедур проводится неинвазивная биоимпедансометрия с использованием прибора «Анализатор состава тела КМ-АР-01 Диамант» для определения: безжировой массы тела, активной клеточной массы, общего содержания воды и жировой массы.

Результаты и выводы. Полученные промежуточные результаты антропометрических измерений и биоимпедансометрии (максимальное уменьшение объема в одной области на 5 см, снижение массы тела на 5 кг; уменьшение жировой массы на 11 кг) позволяют сделать оптимистичный прогноз на непосредственные и отдаленные результаты лечения (при коррекции пищевого поведения и проведении поддерживающих процедур) и вдохновляют на дальнейшее использование данной комбинированной методики у широкого круга пациентов, страдающих ожирением.

veronika965@list.ru

Резункова О.П., Резунков А.Г.

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДБОР СХЕМЫ КВЧ-ТЕРАПИИ

Санкт-Петербургский государственный университет телекоммуникаций им. проф. М.А. Бонч-Бруевича

Электромагнитное излучение низкой (нетепловой) интенсивности с частотами 30-300 ГГц, которое называют крайневысокочастотным (КВЧ) или миллиметровым, уже 40 лет с успехом используется как терапевтическое. Для КВЧ-терапии были выбраны резонансные частоты, признанные Минздравом как терапевтические: 42,3 ГГц (7,1 мм), 50,3 ГГц (6 мм), 51,8 ГГц (5,8 мм), 53,8 ГГц (5,6 мм), 61,2 ГГц (4,9 мм) и 65 ГГц (4,6 мм). В результате огромного практического опыта оказалось, что не все частоты действуют на любого человека одинаково эффективно.

Сегодня механизм влияния КВЧ-излучения на биологический объект сводится к управлению восстановительными и адаптационными процессами, имеющими место в живом организме, а эффективность острорезонансного воздействия КВЧ-излучения объясняется тем, что под действием внешнего излучения в организме возникают внутренние колебания, имитирующие собственные управляющие сигналы. Наличие для каждого биологического объекта собственных «характеристических частот» сопровождается резонансным откликом организма с последующей коррекцией функциональных нарушений, т. е. восстановлением гомеостаза организма.

На кафедре биомедицинской техники СПбГУТ им. Проф. М.А. Бонч-Бруевича были проведены исследовательские работы по подбору индивидуальных частот КВЧ-воздействия с использованием неинвазивных методов тестирования. Первоначально производился контрольный замер с помощью одного из методов тестирования, после чего в течение 10 мин производили КВЧ-воздействие аппаратом «Явь-1» с генерируемой длиной волны 5,6 мм, работающим в режиме

немодулированных колебаний с плотностью мощности 10 мВт/см^2. Рупорный волновод устанавливался к грудине на уровне четвёртого межреберья. После чего производился повторный замер. Через 2 часа (или через день) эксперимент повторялся с другой частотой воздействия.

Была проведена серия экспериментов на практически здоровых волонтёрах в возрасте 19-22 года. В качестве неинвазивных методов тестирования использовались: измерение вариабельности сердечного ритма (ВСР) на кардиоритмографе «Эксперт-01», электропунктурная диагностика на компьютеризованном комплексе «ЗОДИАК», преобразование энергоинформационного потока на аппаратно-программном комплексе «Эниотрон-3», метод газоразрядной визуализации, компьютеризованный психологический опросник самооценки «САН». Наиболее эффективным был признан метод ВСР.

С.И. Рябов, Ракитянская И.А., Т.С. Рябова

РОЛЬ ИНФЕКЦИОННЫХ ПАТОГЕНОВ В РАЗВИТИИ IgA-НЕФРОПАТИИ

СПб ГУЗ «Больница Святого Великомученика Георгия»

Введение. По данным литературы в Европе и США на долю IgA-нефропатии приходится 39,4 - 60,0% больных от всех морфологических форм. По нашим данным в С.-Петербурге при использовании иммунофлюоресцентного метода исследования биоптата почечной ткани болезнь Берже выявляется у 66,7% от всех больных МезПГН (или у 52% от всех форм заболевания). В последние десятилетия активно исследовалась роль вирусной инфекции в развитии IgA-нефропатии.

Материал и методы. В исследование были включены 117 больных IgA-нефропатией от 19 до 74 лет, средний возраст - 36,37±1,56 лет. Женщин и мужчин было 29% и 71% соответственно. Диагноз был верифицирован морфологически при анализе биоптатов ткани почек, полученных путем прижизненной пункционной биопсии. У всех больных было проведено иммунофлюоресцентное исследование почечного биоптата с использованием моноклональных антител к аденовирусу (NCL-ADENO), к вирусу гепатита С (NCL-HCL-NS3), вирусу гепатита В (NCL-HBcAg), к цитомегаловирусу (NCL-CMV-EA) фирмы «Novocastra» (Великобритания) с Fitc меткой и моноклональных антител к Chlamydia spicata для выявления Chlamydia trachomatis фирмы «Dako» (Германия). В ходе исследования больные были разделены на две группы: 1 группу составили 98 пациентов в возрасте до 59 лет включительно (средний возраст 36,92±1,96 года); 2 группу - 19 пациентов старше 60 лет (средний возраст 68,80±1,44 лет).

Результаты. На основании анализа этиологического фактора развития IgA-нефропатии у 69% больных была выявлена связь дебюта болезни с наличием простудного заболевания. Значимых различий в разных возрастных группах выявлено не было (70% в 1 группе и 65% в 2 группе). Далее было проведено исследование на наличие инфекционных антигенов в биопсийной ткани почки

больных с учетом их возраста. Оказалось, что все больные (т.е.100%) имели тот или иной инфекционный антиген в почечной ткани не зависимо от возраста. Чаще всего выявлялись Chlam.tr. (до 88%) и CMV (до 63%). Так же были выявлены сочетания различных антигенов: Chlam. tr.+ CMV (до 60%) ; Chlam. tr.+AdenoV+CMV (до 37%); Chlam. tr.+CMV+HCV (до 18%); Chlam. tr.+HBVs (до 7%).

Выводы. Наличие инфекционного антигена в почечной ткани у больных IgA-нефропатией является этиологическим фактором развития заболевания

Т.С. Рябова, И.А. Ракитянская

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ У БОЛЬНЫХ С IgA-НЕФРОПАТИЕЙ

СПб ГУЗ «Больница Святого Великомученика Георгия»

Введение. IgA-нефропатия на сегодняшний день является самой часто встречающейся в мире из всех форм хронического гломерулонефрита. 50% первичных гломерулонефритов и 40% из всех заболеваний приводящих к терминальной почечной недостаточности – это IgA-нефропатия. Поэтому по-прежнему является актуальным изучение морфологических особенностей данной формы гломерулонефрита.

Материал и методы. В исследование были включены 87 больных (53 мужчин и 34 женщин) IgA-нефропатией в возрасте от 19 до 65 лет. Диагноз был подтвержден путем прижизненной пункционной биопсии почек. В ходе исследования больные были разделены на три возрастные группы: 1 группа - 19 пациентов в возрасте от 19 до 30 лет (22,61±2,87 года); 2 группа - 44 пациента от 31 до 45 лет (38,10±4,45 лет); 3 группа – 24 пациента от 46 до 65 лет (52,46±4,08 года).

Результаты. Морфологические показатели в разных возрастных группах не имели достоверных различий. Методом корреляционного анализа выявлено: 1). обратная корреляционная зависимость между возрастом и размером клубочка в 1-ой группе (τ =-0,507; p=0,029), в то время как в 3-ей группе эта зависимость прямая (τ=0,529; p=0,011). Т. е., чем младше пациент, тем размер клубочка больше, а чем старше – тем он меньше;

2). зависимость глобального склероза от возраста выявлена только во 2-ой группе (τ =0,363; p=0,024); 3). Получена зависимость между возрастом больных и выраженностью гипертрофии мышечного слоя артерий и артериол в биопсийной ткани больного (τ=0,205; p=0,039); 4). изменения мезангиального матрикса (расширение и клеточность) зависят от возраста больного во 2-ой и 3-ей группах (τ =0,565; p=0,007 и τ =0,566; p=0,010, соответственно); 5). гипертрофия мышечного слоя артерий и артериол почечной ткани и фиброз интерстиция зависят от возраста у более молодых пациентов (τ=0,684; p=0,003 и τ=0,634; p=0,027, соответственно); 6). выраженность глобального склероза и сегментарного склероза клубочков зависит от гипертрофии мышечного слоя артерий и

артериол почечной ткани (τ=0,257, p=0,009; τ=0,269, p=0,007) и от изменений в интерстиции - лимфогистиоцитарной инфильтрации (τ=0,480; p=0,007; τ=0,471, p=0,010) и фиброза (τ=0,235, p=0,040; τ=0,240; p=0,038).

Вывод. Таким образом, наиболее значимые изменения по данным световой микроскопии выявлены у пациентов IgA-нефропатией в возрасте от 31 до 45 лет (2-ая возрастная группа).

А.И. Сидоров, Я.Х. Джалашев, В.В. Ивлев

ХРОНИЧЕСКИЙ АБСЦЕСС ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

Клинический госпиталь медико-санитарной части ГУВД по Санкт-Петербургу и Ленинградской области

В последнее время всё чаще и чаще в хирургической практике приходится сталкиваться с хроническим панкреатитом. По некоторым оценкам до 67 % больных перенесших острый деструктивный панкреатит возвращаются в хирургический стационар в связи с развитием ряда поздних осложнений [1]. К таковым относятся сформировавшиеся истинные и ложные кисты, как самой железы, так и парапанкреатической клетчатки, стриктура Вирсунгова протока, стойкие панкреатические свищи, панкреатические конкременты, что служит причиной его рецидивирующего течения. Основой для этого служит некроз железы и окружающей её клетчатки, которые запускают механизм развития фиброза органа [2, 3].

Клинические проявления хронического панкреатита разнообразны и неспецифичны. Основным симптомом в 95 % случаев [4] является периодически возникающая или постоянная абдоминальная боль, которая может сопровождаться тошнотой, рвотой, расстройствами стула, метеоризмом, реже желтухой. Установлено, что возникающие клинические проявления данного заболевания обусловлены панкреатической мальдигестией, которая лишь временно компенсируется секрецией ферментов слюнной железы и желудочной секрецией [5].

Терапевтическим аспектам данного заболевания посвящено много научных исследований и литературных обзоров. Количество же исследований хирургической коррекции и лечения форм хронического панкреатита остаётся немногочисленным. Случая аналогичного тому, которому посвящена статья, в изученных нами литературных источниках найдено не было.

Вашему вниманию предлагается случай из практики с нетипичным течением хронического панкреатита, который осложнился в позднем периоде длительно существующим, с бессимптомным течением, не диагностированным на дооперационном этапе хроническим абсцессом тела поджелудочной железы.

Больной М. 47 лет, дважды находился на обследовании и лечении в гастроэнтерологическом отделении. Впервые поступил в клинический госпиталь медико-санитарной части (КГ МСЧ) ГУВД по г. Санкт-Петербургу и Ленинградской области 5 ноября 2007 года. Доставлен бригадой скорой помощи с жалобами на умеренную боль ноющего характера в эпигастрии и в левом подреберье, отрыжку воздухом и изжогу; физиологические отправления в норме. Данные жалобы появились 2 суток назад после погрешности в диете (злоупотребление алкоголем, приём острой и жирной пищи). Из анамнеза известно, что больной страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с 1991 года, по поводу чего неоднократно лечился амбулаторно; последнее обострение имело место в 2004 году. При поступлении состояние больного оценено как удовлетворительное. Температура тела 37,0^{o}C. Синусовая тахикардия 102 уд. в минуту, АД 120/70 мм рт. ст. Со стороны дыхательной системы без особенностей. Язык влажный, обложен серым налётом, живот мягкий, не вздут, умеренно болезненный при глубокой пальпации в эпигастрии и левом подреберье, перитонеальные сим-

птомы отрицательные. Данное состояние было расценено как: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, обострение. Болевая форма хронического панкреатита. Больной был обследован.

По лабораторным данным:

Клинический анализ крови					Биохимический анализ крови			
Сутки	1 сутки	2 сутки	3 сутки	ед. изм.	Сутки	2 сутки	3 сутки	норма
HGB	151	156	158	г/л	Амилаза	50		28-100 $^{Ед}/_{л}$
RBC	4,87	4,66	5,38	$10^{12}/_{л}$	АЛТ	118		7-45 $^{Ед}/_{л}$
WBC	16,5	13,1	10,9	$10^{9}/_{л}$	Глюкоза	7,6	6,4	4,2-6,4 $^{ммоль}/_{л}$
Пал/яд	10	18	1	%	Билирубин	15,5		2-21 $^{ммоль}/_{л}$
Лимф.	6	10	34	%				
Тромб.	295	302	348	$10^{9}/_{л}$				

Результаты инструментальных исследований:

Фиброгастродуоденоскопия: Рефлюкс-эзофагит. Поверхностный пангастрит. Рубцовая деформация двенадцатиперстной кишки.

УЗИ органов брюшной полости: изоэхогенное образование в проекции верхнего полюса селезёнки 1,3 см (добавочная долька? лимфоузел?).

Спиральная компьютерная томография: поджелудочная железа обычной формы, нормальных размеров. Контуры поджелудочной железы в области хвоста нечёткие, прослеживается инфильтрация парапанкреатической жировой клетчатки в области хвоста железы. Вирсунгов проток не расширен.

На фоне проводимой антибактериальной, спазмолитической, обезболивающей, противоязвенной и ферментозаместительной терапии у больного отмечено улучшение самочувствия. И в удовлетворительном состоянии больной выписан 7 декабря 2007 года под наблюдение гастроэнтеролога поликлиники. Окончательный диагноз: Острый панкреатит, отёчная форма. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки вне обострения. Рубцовая деформация луковицы двенадцатиперстной кишки. Рефлюкс-эзофагит.

Повторно больной поступил 6 сентября 2008 года по скорой помощи с жалобами на боли в эпигастрии с иррадиацией в левое подреберье. Болен третьи сутки. После злоупотребления алкоголем отмечались тошнота и однократная рвота слизью и желчью. Физиологические отправления в норме. При поступлении состояние больного оценено как удовлетворительное. Температура тела нормальная. Синусовая брадикардия 64 уд. в минуту, АД 130/70 мм рт. ст. Со стороны дыхательной системы без особенностей. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, не вздут, умеренно болезненный при глубокой пальпации в эпигастрии и левом подреберье. Перитонеальные симптомы отрицательные. Данное состояние было расценено как: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, обострение. Болевая форма хронического панкреатита.

Выполнены лабораторные и инструментальные исследования. По лабораторным данным показатели клинического и биохимического анализов крови находились в норме, за исключением содержания лейкоцитов. При поступлении в госпиталь имел место лейкоцитоз 10,3 х $10^{9}/_{л}$, на вторые сутки – 14,2 х $10^{9}/_{л}$, а на четвёртые сутки уровень лейкоцитов составил 9,6 х $10^{9}/_{л}$ и в дальнейшем оставался на уровне нормы.

По данным проведённых инструментальных исследований наблюдалось следующее:

Фиброгастродуоденоскопия: Рефлюкс-эзофагит. Поверхностный рефлюкс-гастрит. Рубцовая деформация двенадцатиперстной кишки.

УЗИ органов брюшной полости: диффузные изменения печени и поджелудочной железы. Киста 1,3 см в средней трети левой почки.

Спиральная компьютерная томография: на границе тела и хвоста поджелудочной железы прослеживается патологическое образование размерами 45х41 мм с нечёткими контурами, неоднородной структуры с участками пониженной (25-27Н) плотности, при введении контрастного вещества плотность данного образования не меняется. Вирсунгов проток не расширен. Парапанкреатическая клетчатка в области тела и хвоста железы уплотнена.

Больной был представлен на консилиум. Заключение: у больного имеется очаговое новообразование (опухоль) тела и хвоста поджелудочной железы на фоне хронического панкреатита; реактивный гепатит. Рекомендовано определить уровень СА-19-9 и СЭА в крови. Показано плановое оперативное вмешательство.

На фоне проводимой антибактериальной, спазмолитической, обезболивающей, противоязвенной и ферментозаместительной терапии у больного отмечено улучшение самочувствия. И в удовлетворительном состоянии больной выписан 19 сентября 2008 года под наблюдение гастроэнтеролога и хирурга поликлиники, с рекомендацией после непродолжительной реабилитации явиться для проведения оперативного вмешательства. Окончательный диагноз: опухоль тела и хвоста поджелудочной железы. Хронический панкреатит, стихающее обострение. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, обострение. Рубцовая деформация луковицы двенадцатиперстной кишки. Рефлюкс-эзофагит.

1 октября 2008 года больной в плановом порядке поступил на хирургическое отделение КГ МСЧ ГУВД по г. СПб и ЛО с диагнозом: опухоль тела и хвоста поджелудочной железы. При поступлении жалоб не предъявляет, состояние удовлетворительное, температура тела нормальная. Соматически стабилен. Живот мягкий, безболезненный, патологических образований в нём не определяется.

Результаты лабораторных исследований находились в норме. Лейкоциты крови - 7,4 х $10^9/_л$.

Анализ крови на онкомаркеры: РЭА – 3,25 ng/ml (норма 0-5), СА 19-9 - 26 U/ml (норма 0-30).

Фиброгастродуоденоскопия: рефлюкс-эзофагит. Поверхностный гастрит. Рубцовая деформация двенадцатиперстной кишки. Недостаточность кардиального жома.

УЗИ органов брюшной полости: диффузные изменения печени и поджелудочной железы. Киста 1,2 см в средней трети левой почки.

Учитывая предположение об опухолевом поражении тела и хвоста поджелудочной железы, планировалось оперативное вмешательство в объёме резекции на границе головки и тела железы. После верхне-срединной лапаротомии и осуществления доступа к поджелудочной железе стало ясно, что у больного рецидивирующий панкреатит, осложнённый панкреонекрозом в области тела с перифокальным холодным гнойником преимущественно по задней поверхности поджелудочной железы. Выполнена некрсеквестрэктомия, дренирование и тампонирование полости гнойников.

УЗИ контроль после операции: поджелудочная железа - на границе тела и хвоста участок пониженной эхоплотности размерами 4,2х2,5 см.

Лабораторные исследования после операции: все показатели в пределах нормы.

Результат посева из очага деструкции: Enterococcus.

Послеоперационный период протекал гладко, больной не лихорадил, болевой синдром уже отсутствовал на второй день с момента операции, отделяемое по дренажам в незначительном количестве.

После проведённого оперативного лечения и интенсивной терапии у больного наступило улучшение самочувствия, заживление послеоперационных ран и по прошествии трёх недель с момента операции в удовлетворительном состоянии он выписан под наблюдение гастроэнтеролога поликлиники.

Таким образом, данное наблюдение относится к очень редкому осложнению течения острого, а затем и хронического панкреатита. Длительное время у больного имелся бессимптомно текущий абсцесс тела поджелудочной железы. Только повторно проведённая компьютерная томография позволила определить этот абсцесс, как опухоль поджелудочной железы. А затем уже во время операции по поводу опухоли был обнаружен, вскрыт, дренирован,

а в последующем успешно вылечен бессимптомный абсцесс поджелудочной железы, грозивший больному в дальнейшем различными осложнениями.

М.А. Тимошина, В.Л. Воронель, В.Я. Плоткин

ВЛИЯНИЕ ДИСТАНТНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ПРЕКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ НА ЭНДОТЕЛИАЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НА ФОНЕ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

СПб ГУЗ «Больница Святого Великомученика Георгия»;
Санкт-Петербургский государственный университет

Энтеровирусная (ЭВ) инфекция играет существенную роль в развитии острого коронарного синдрома. Однако мало известно о влиянии дистантного ишемического прекондиционирования (ДИПК) на эндотелиальную функцию у пациентов пожилого возраста с нестабильной стенокардией (НС) на фоне ЭВ инфекции.

Целью работы являлось изучить особенности влияния ДИПК на функцию эндотелия у лиц пожилого возраста с НС на фоне ЭВ инфекции. Функция эндотелия изучалась до и через 1 минуту и 12 часов после ДИПК по анализу кривой амплитуды пульсовой волны (АПВ) в пробе с реактивной гиперемией после окклюзии плечевой артерии у 37 больных НС в возрасте от 61 до 87 лет в зависимости от наличия или отсутствия ЭВ инфекции.

Исходно в группе пациентов НС при отсутствии ЭВ инфекции прирост АПВ и функция сохранения релаксации (ФСР) не выходили за пределы нормальных значений. В то же время резерв капиллярного кровотока (РКК) и показатель функции эндотелия (ПФЭ) были снижены. При этом ПФЭ снижался до отрицательных величин, что свидетельствовало о наличии вазоконстрикции. Через 1 минуту и 12 часов после ДИПК ПФЭ оставался существенно сниженным. В то же время прирост АПВ и РКК через 12 часов после ДИПК повышались, а РКК достигал нормы. ФСР снижалась через 1минуту после ДИПК, а через 12 ч увеличивалась выше исходного значения. Однако все различия были статистически незначимыми.

В группе пациентов НС на фоне ЭВ инфекции исходно отмечались нормальные показатели прироста АПВ и ФСР, при этом РКК и ПФЭ были ниже нормы. Через 1 минуту и 12 часов после ДИПК прирост АПВ, РКК и ПФЭ не изменялись и оставались примерно на исходном уровне. ФСР достоверно снижалась ниже нормы через 1 минуту и приходила к нормальным значениям через 12 ч после ДИПК. При сравнительном исследовании прироста АПВ, РКК, ПФЭ и ФСР у пациентов НС без ЭВ инфекции и с ЭВ инфекцией разница значений оказалась незначимой как до ДИПК, так и через 1 минуту и 12 часов после ДИПК. Таким образом, у лиц пожилого возраста с НС через 1 минуту и через 12 часов после ДИПК не наблюдалось положительного влияния на эндотелиальную функцию как на фоне, так при отсутствии ЭВ инфекции.

М.А. Тимошина, В.Я. Плоткин

ВЛИЯНИЕ ДИСТАНТНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ПРЕКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ НА ЭНДОТЕЛИАЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ И ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ФОНЕ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

СПб ГУЗ «Больница Святого Великомученика Георгия»;
Санкт-Петербургский государственный университет

Энтеровирусная (ЭВ) инфекция играет существенную роль в развитии острого коронарного синдрома. Однако мало известно о влиянии дистантного ишемического прекондиционирования (ДИПК) на эндотелиальную функцию в остром периоде ишемической болезни сердца (ИБС) на фоне ЭВ инфекции у лиц пожилого возраста.

Целью настоящей работы являлось изучить особенности влияния ДИПК на функцию эндотелия в остром периоде инфаркта миокарда (ИМ) и нестабильной стенокардии (НС) у лиц пожилого возраста на фоне ЭВ инфекции. Функция эндотелия изучалась до и через 1 минуту и 12 часов после ДИПК по анализу кривой амплитуды пульсовой волны (АПВ) в пробе с реактивной гиперемией после окклюзии плечевой артерии у 36 больных ИМ и 37 пациентов НС в возрасте от 61 до 90 лет. Все пациенты в зависимости от наличия или отсутствия ЭВ инфекции были разделены на 4 группы: 1 группа – пациенты ИМ с ЭВ инфекцией; 2 группа - пациенты ИМ без ЭВ инфекции; 3 группа – пациенты НС с ЭВ инфекцией; 4 группа - пациенты НС без ЭВ инфекции.

Исходно прирост АПВ и функция сохранения релаксации (ФСР) были достаточными во всех 4 группах. Резерв капиллярного кровотока (РКК) имел нормальное значение только у пациентов ИМ без ЭВ инфекции, в то время как в остальных группах РКК не достигал нормальных величин. У всех пациентов показатель функции эндотелия (ПФЭ) также был снижен. Наряду с этим не было выявлено статистически значимых различий между группами пациентов НС и ИМ с наличием и отсутствием ЭВ инфекцией. Исключение составляли показатели прироста АПВ и РКК при отсутствии ЭВ инфекции: прирост АПВ и РКК были значимо выше у пациентов ИМ, чем аналогичные показатели у пациентов НС.

Через 1 минуту и через 12 ч после ДИПК во всех 4 группах пациентов значения прироста АПВ и ФСР сохранялись в пределах нормальных колебаний, а РКК и ПФЭ оставались ниже нормы. В тоже время показатели прироста АПВ, РКК, ПФЭ и ФСР как через 1 минуту, так и 12 часов после ДИПК у пациентов ИМ и НС не различались между собой как при наличии, так и при отсутствии ЭВ инфекции.

Таким образом, у лиц пожилого возраста в остром периоде ИБС не наблюдалось положительного влияния ДИПК на эндотелиальную функцию как у пациентов ИМ, так и пациентов НС независимо от наличия или отсутствия энтеровирусной инфекции.

Г.И. Тихомирова, С.В. Зубкова

ОБЕСПЕЧЕНИЕ СИСТЕМЫ МЕР ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Ижевская государственная медицинская академия

Формированию ответственного отношения россиян к своему здоровью, его активному сохранению, обеспечению доступности знаний каждого гражданина о состоянии своего здоровья, мерах по его укреплению и предотвращению заболеваний способствует развитие инфраструктур, необходимых для здорового образа жизни.

Целью нашего исследования явилось изучение опыта работы кабинета «Здоровья» с больными язвенной болезнью (ЯБ) с рецидивирующим и осложненным течением заболевания.

Материал и методы. Моделировалась работа врачей разных специальностей на базе дневного стационара, где с 2004 г. работает кабинет «Здоровья» и куда обращаются за медицинской и реабилитационной помощью больные с ЯБ. При первичной выборке из 347 пациентов в кабинете «Здоровья» осмотрено 186(53,6%) больных, среди которых 114(61,3%) составили мужчины, 72(38,7%) – женщины в возрасте 18-65 лет. Выявлено 73(39,2%) пациента с рецидивирующим течением язвенной болезни и 113 (60,8%) – оперированных по поводу ее осложнений. Всем больным проводилось клиническое обследование, включающее фиброгастроскопию, забор крови на биохимические исследования. Для изучения психологического статуса использовались психодиагностические опросники с участием врача-психотерапевта. Немаловажное значение придавалось методам семейного воспитания и семейной профилактике с помощью структурированной программы и сестринских технологий в обучении пациентов здоровому образу жизни. Программа включала в себя вопросы характеристики ЯБ, факторов риска, тактики при осложнениях, лечебного питания, медикаментозного и немедикаментозного методов лечения.

Результаты. Обучение больных с ЯБ позволило получить более качественные показатели в повышении уровня медицинской активности и гигиенической грамотности по сравнению с традиционной методикой санитарного просвещения. Об этом свидетельствуют данные: 82,4$\pm$4,8% больных выполнили рекомендации врача, 67,6$\pm$5,8% пытаются изменить свой образ жизни. При изучении отдаленных результатов с помощью прогнозирования по методу Байеса выявлено снижение уровня кровотечений на 6,1%, а перфораций – на 4,1%, что обеспечивает не только медицинскую, но и социально-экономическую эффективность ($p<0,05$).

Выводы. Использование работы кабинета «Здоровья» в практике обучения больных ЯБ позволяет воздействовать на физические, психологические и социальные аспекты их здоровья, что обеспечивает большую эффективность в коррекции образа жизни населения.

oeoxy10@mail.ru

Д.Т. Тихонова, М.В. Елизарова

ДОЗИМЕТРИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ АКТИВНОСТИ ИСТОЧНИКА IR-192 ДЛЯ КОНТАКТНОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Санкт-Петербургский государственный политехнический университет

Проблема рака – одна из наиболее существенных проблем здравоохранения. В настоящее время, несмотря на интенсивное развитие медицинских технологий и все более широкое внедрение в клиническую практику комбинированных методов лечения, онкологические заболевания по-прежнему занимают второе место в мире по уровню смертности после сердечно-сосудистых заболеваний.

Лучевая терапия представляет собой метод лечения онкологических заболеваний при помощи воздействия ионизирующего излучения на область биологической мишени – опухоли. При дистанционном облучении в качестве источников ионизирующего излучения используются рентгенотерапевтические аппараты, медицинские линейные ускорители электронов, а также установки для дистанционной гамма–терапии с источником Co-60. Кроме того, разработано направление лучевой терапии, в рамках которого источник ионизирующего излучения на основе радиоактивного изотопа вводится внутрь тела пациента. Данное направление получило название брахитерапии, или контактной лучевой терапии.

Преимущество метода контактной лучевой терапии заключается в возможности подведения более высоких терапевтических доз непосредственно на опухолевый очаг при минимизации воздействия излучения на критические органы и смежные ткани. Основной особенностью дозного поля при всех контактных методах лучевой терапии является быстрое падение мощности дозы по мере отдаления от источника, что позволяет подводить к мишени более высокие дозы облучения, чем в рамках метода конвенциальной дистанционной лучевой терапии.

Контактная лучевая терапия делится на следующие виды: поверхностная, внутриполостная и внутритканевая. Для внутриполостной брахитерапии в настоящее время наиболее широко используется метод так называемого последовательного введения (afterloading), в рамках которого на предварительном этапе в естественные полости тела пациента вводятся аппликаторы, содержащие направляющие каналы для источника ионизирующего излучения. Далее на основе рентгенографического исследования или рентгеновской компьютерной томографии производится расчет плана облучения – выбор положений источников и задание времени облучения. Введение радиоактивных источников в размещенный в теле пациента аппликатор производится аппаратным способом в специальном помещении, имеющем необходимую радиационную защиту.

Аппарат GammaMed plus предназначен для реализации внутриполостной и внутритканевой брахитерапии с последовательным введением источников. Аппарат управляется дистанционно и позволяет проводить сеансы лучевой терапии с высокой мощностью дозы (HDR – high dose rate irradiation). В защитном хранилище аппарата размещен радиоактивный источник на основе изотопа Ir-

192. Источник прикреплен к тросику, на котором он и выводится пневматически в канал аппликатора, предварительно размещенного в теле пациента. Поставляемые с аппаратом GammaMed plus аппликаторы обеспечивают подведение дозы облучения к опухолям различной локализации.

Высокая активность Ir-192 обеспечивает высокую мощность дозы, достаточную для проведения HDR терапии, в сочетании с малым размером источника. Энергия излучения лежит в пределах между 0.136 МеВ и 0.66 МеВ, т.е. большая часть излучаемой энергии (порядка 90%) поглощается в пределах первых трех сантиметров окружающих тканей.

Расчет планов облучения производится индивидуально для каждого пациента на основе анатомо-топометрических данных, получаемых с компьютерного томографа или рентгеновского симулятора в системе планирования контактной лучевой терапии BrachyVision. Система планирования позволяет проводить расчет и визуализацию дозных распределений на основе импортируемой в систему анатомо-топометрической информации, после чего рассчитанные положения источника в каналах аппликатора и времена облучения в выбранных позициях пересылаются в систему управления аппарата GammaMed plus.

Перед началом клинического использования аппарата необходимо проводить дозиметрический контроль, подтверждающий адекватность данных по активности источника, предоставляемых заводом–изготовителем и предустанавливаемых в компьютер управления аппарата при загрузке в него источника.

В данной работе был произведен дозиметрический контроль активности источника Ir-192, загруженного в аппарат GammaMed plus, находящийся на этапе подготовки к вводу в эксплуатацию. В качестве дозиметрического оборудования использовался клинический дозиметр UNIDOS с колодезной ионизационной камерой типа 33004. Для проведения измерений использовался металлический внутренний канал одного из терапевтических аппликаторов. Канал аппликатора размещался в рабочей полости ионизационной камеры и подсоединялся к аппарату при помощи стандартного соединительного канала.

Перед началом абсолютных дозиметрических измерений проводился поиск оптимальной рабочей точки внутри камеры, т.е. точки максимального отклика. С этой целью источник последовательно размещался в положениях на расстоянии от 3 до 5см от дна камеры с шагом 1мм. В каждом из положений источник находился 5 секунд. Измерения проводились в единицах тока, что позволяло стабильно зафиксировать отклик камеры для каждого из положений. Максимальное значение тока 14.79нА было зафиксировано в пространственном диапазоне 46-48мм от дна колодезной ионизационной камеры.

На втором этапе, с целью проведения абсолютного измерения, источник выводился в положение, соответствующее определенной нами точке максимального отклика, т.е. на расстояние 47мм от дна колодезной камеры. Измерение проводилось трижды в течение шестидесяти секунд в зарядовых единицах. Чтобы оценить активность источника на сегодняшний день, по полученным данным был проведен расчет мощности воздушной кермы как произведения величины тока, измеряемой клиническим дозиметром, на поправочные коэффициенты на

температуру и давление, на эффект поляризации, а также на калибровочный коэффициент ионизационной камеры для спектра изотопа Ir-192, определенный в единицах воздушной кермы.

По результатам нашего эксперимента расхождение определенной нами мощности воздушной кермы для источника Ir-192 с данными, предоставленными фирмой-изготовителем (с учетом распада), составило 0.8%. Таким образом, проведенный дозиметрический контроль подтвердил адекватность дозиметрических данных, инсталлированных в компьютер управления аппарата GammaMed plus, и используемых для расчета времени облучения. Аналогичные измерения должны проводиться после каждой перезагрузки источника в аппарат для брахитерапии в рамках программы контроля качества лечения, реализуемой на радиотерапевтическом отделении.

Филатенкова Т.А., Дмитриенко Е.В.

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ КЛЕТОЧНЫХ И МОЛЕКУЛЯРНЫХ МЕХАНИЗМОВ РАЗВИТИИЯ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ У КРЫС

Научно-исследовательский Институт экспериментальной медицины Северо-Западного отделения Российской академии медицинских наук, Санкт-Петербург

Синдром хронической усталости (СХУ) – это полиэтиологичное заболевание, характеризующееся немотивированной, выраженной общей слабостью, возникающей после незначительных нагрузок, длящейся не менее 6 месяцев, не проходящей после сна и отдыха, лишающей больного активного участия в повседневной жизни и сопровождаемой дисфункциями нейроэндокринной и иммунной систем. Наиболее физиологически адекватной моделью изучения СХУ в эксперименте является иммунологически индуцированная хроническая усталость, ассоциированная с вирусной инфекцией.

Целью работы было исследование изменения цитотоксической и пролиферативной активности спленоцитов, уровня костикостерона (Кс) в сыворотке крови, а также экспрессии про- и противовоспалительных цитокинов IL-1 и IL-10 в клетках гипоталамуса крыс в динамике формирования у них экспериментальной хронической усталости.

Материалы и методы. Экспериментальная усталость вызывалась однократным внутрибрюшинным введением крысам Wistar синтетической двуцепочечной РНК (полирибоинозитиловой : полирибоцитидиловой кислоты – Poly I:C) в дозе 3 мг/кг массы тела. Цитотоксическую и пролиферативную активность определяли радиологическим методом с использованием бета-счётчика фирмы «Beckman», экспрессию цитокинов – методом ПЦР в реальном времени наборами фирмы «Синтол», уровень Кс – методом иммуноферментного анализа с использованием наборов фирмы DRG Diagnostic.

Результаты. Установлено, что внутрибрюшинное введение Poly I:C крысам

вызывает усиление цитотоксической активности натуральных киллерных клеток селезёнки и пролиферативной активности спленоцитов на 3-й день после инъекции препарата. Однако на 7-е и 10-е сутки цитотоксическая и пролиферативная активности клеток значительно снижались, а затем на 14-й день эти показатели восстанавливались до базального уровня. Выявлено увеличение относительного уровня экспрессии генов цитокинов IL-1 и IL-10 в гипоталамусе крыс на 3-и и 7-е сутки после индукции экспериментальной хронической усталости. Отмечены 2 пика увеличения концентрации Кс в сыворотке крови крыс: первый непосредственно после введения Poly I:C, сохраняющийся до 24 часов, и второй на 5-7 день.

Результаты исследования позволяют заключить, что клеточно-молекулярные механизмы развития экспериментального СХУ реализуются на уровнях изменения глюкокортикоидной функции ГГАКС, активности иммунокомпетентных клеток, а также активности клеток ЦНС, экспрессирующих цитокины IL-1 и IL-10.

В.И. Хрупкин, Л.В. Писаренко, Р.Ш. Балугян, И.П. Лукашевич, С.Ю. Перемячкина, С.А. Потекаева

СИНДРОМНЫЙ ПОДХОД ПРИ ИНТЕРПРЕТАЦИИ ДАННЫХ ОБЩЕГО КЛИНИЧЕСКОГО АНАЛИЗА КРОВИ

Городская клиническая больница № 23 им. «Медсантруд», Институт проблем передачи информации им. А.А. Харкевича РАН, Москва

Общий анализ крови является самым распространенным видом исследования, при этом интерпретация данных анализа может вызывать затруднение. Неоднозначность интерпретации связана с тем, что в диагностике нескольких тысяч заболеваний участвуют всего около 40 параметров, которые принято измерять в гематологии. Поэтому разработка методов, позволяющих выбрать наиболее вероятные варианты заболеваний и предложить рекомендации по их проверке с помощью других видов исследования, является актуальной.

Для решения этой задачи был использован разработанный нами метод структурной

организации знаний, который показал свою эффективность в других областях медицинских знаний, в частности, при исследовании функционального состояния мозга и в офтальмологии.

Был сформулирован принцип представления медицинских знаний, который заключается в выделении основных систем и объектов в рассматриваемой области знаний, описании функций, выполняемых этими системами, и симптомов, которые выявляются при нарушении описанных функций. Этот метод можно назвать также синдромным, поскольку наиболее сложной его составляющей является построение синдромов, характеризующих нарушение функций, свойственных определенным группам заболеваний, а также разумный выбор этих групп.

В своей работе мы ориентировались на коллективные, общепринятые знания в области гематологии. Конечной целью работы является создание компьютерной экспертно-справочной системы, которая наряду с данными общего анализа крови формирует заключение о характере возможных патологических процессов и способах их верификации.

Основные компоненты крови и их функции хорошо известны. Поскольку система разрабатывается с учетом требований большинства медицинских учреждений - поликлиник и больниц общего профиля, было сформулировано несколько задач, которые можно решать последовательно.

1. Построение синдромов для выявления больных с гематологическими заболеваниями и направления их в специализированные медицинские учреждения.
2. Выбор основных, наиболее часто встречающихся групп заболеваний, характеризующихся одной или близкими по природе причинами отклонения показателей общего клинического анализа крови от нормы. К таким группам можно отнести реакцию на нагрузку любой модальности, бактериальные, вирусные, онкологические, аутоиммунные заболевания, эндогенные и экзогенные интоксикации, и другие.
3. Построение синдромов, характеризующих эти группы, а также, там, где это возможно, степень тяжести и характер протекания заболевания.
4. Составление заключений и рекомендаций.
5. Создание компьютерной экспертно- справочной системы.

В настоящее время в целом решены 1, 2, 3 задачи и частично 4 и 5. Проводится уточнение синдромов, заключений, рекомендаций, проверка синдромов на фактическом материале. Первые результаты показали, что дифференциальная диагностика групп заболеваний возможна. Все построенные синдромы различаются, за исключением небольшого количества случаев, где из-за объективного недостатка информации, один синдром может быть частью другого. При частичном пересечении или включении синдромов выдаются несколько заключений.

Параллельно, по мере решения содержательных задач, создается экспертно-справочная программа. Сформированные программой заключения по диагностике анемий и лейкозов, свидетельствует об адекватности предложенного алгоритма.

mail:gkb23dzm@ mail.ru

М.И.Чернобровкина, Ю.С.Соснина

ПРИМЕНЕНИЕ КЛЕТОЧНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В СТОМАТОЛОГИИ

Санкт-Петербургский государственный университет, Факультет стоматологии и медицинских технологий; Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования

Актуальность исследований в области клеточных технологий применительно к

практической стоматологии обусловлена значительными достижениями данного подхода за последнее десятилетие. Постоянно растущий опыт их использования в различных сферах медицины, в том числе, при лечении кардиологических, онкологических, офтальмологических заболеваний, позволяет говорить о необходимости изучения этого вопроса в стоматологии. Разработки на основе стволовых клеток начались в 2000 году, когда были получены предварительные результаты альтернативных методов лечения, значительно снижающих риск травматичных и, к сожалению, не всегда эффективных оперативных вмешательств. В последнее время ведущая роль в лечении тяжелых заболеваний пародонта принадлежит хирургическим методам, однако они не могут радикально решить проблему купирования патологического процесса, восстановление утраченной костной ткани и ее связи с пародонтом зуба (Черныш В.Ф., Шутов Ю.Н., Ковалевский А.М., 1997, Грудянов А.И., Ерохин А.И, Бякова С.Ф., 2001). Проведенные нами исследования показывают, что пациенты в возрасте от 18-35 лет нуждаются в пародонтологическом лечении в 89,1% случаев. В 4,2% клинических наблюдений больные нуждаются в проведении хирургических мероприятий в области отдельных зубов. При этом, по данным лазерной допплеровской флоуметрии, развившиеся хронические процессы в тканях пародонта сопровождаются ухудшением микроциркуляции на 10-14% по сравнению с интактным пародонтом ($p<0,01$). Между тем, дополнительные шунтирующие сосуды не открываются. Выглядит многообещающим в восстановление тканей использование клеточных культур фибробластов или продуцируемых ими биологически активных веществ. S. Lorimier, W. Hornebeck (1988) показали, что фибробласты, внесенные в рану, продуцируют основной фактор роста фибробластов, способствующий ускорению ангиогенеза. Необходимо также отметить, что при использовании клеточных культур регенерационный остеогенез проходит с участием растущих новообразованных кровеносных сосудов (Зорин В.Л., Грудянов А.И., Зорина А.И., Степанова И.И., 2009).

Биотерапия имеет большой потенциал клинического и коммерческого применения для многих отраслей, и помимо серьезного государственного финансирования, исследования в этом направлении ведутся многими крупными корпорациями. Инвестиции в этой области быстро растут, а некоторые простые методы молекулярного производства уже достаточно широко применяются в мире.

tchernobrovik@mail.ru

К.З.Шаинидзе

МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ОРЕКСИН-СОДЕРЖАЩИХ НЕЙРОНОВ ГИПОТАЛАМУСА КРЫС ПРИ ОГРАНИЧЕНИИ ПОДВИЖНОСТИ И ОХЛАЖДЕНИИ

Учреждение РАМН Научно-исследовательский институт Экспериментальной медицины СЗО РАМН, отдел Общей патологии и патофизиологии, Санкт-Петербург

Известно, что орексин-содержащие нейроны гипоталамуса вовлечены в реализацию реакций мозга на стрессорные воздействия. Исследование участия нейронов такого типа и орексинов в реализации реакций мозга на стрессорные воздействия разного рода является важным шагом в формировании представлений о роли системы орексин-содержащих нейронов гипоталамуса в регуляции реакций мозга на стресс.

Целью исследования явилось изучение реакции орексин-содержащих нейронов гипоталамуса в механизмах реализации реакций мозга на ограничение подвижности и экспериментальное охлаждение животного.

Материал и методика. Изучение реакции орексин-содержащих нейронов гипоталамуса проводили на крысах-самцах породы Вистар (3 мес). Экспериментальные модели: 1. ограничение подвижности (1 час); 2. охлаждение (20 мин. при -20Cº) на фоне ограничения подвижности (1 час). Выявление орексин-содержащих нейронов проводили иммуногистохимическим методом. Для оценки уровня экспрессии м-РНК препроорексина использовали метод ПЦР в режиме реального времени.

Результаты. Установлено, что через 1 час после примененных стрессорных воздействий изменение степени иммунореактивности орексин-содержащих нейронов гипоталамуса мозга крыс происходит преимущественно в структурах дорзальной части перифорникальной области гипоталамуса. Увеличение уровня экспрессии м-РНК препроорексина в 5.5 раз в сравнении с ее уровнем у интактных животных констатировано через час после ограничения подвижности. При комбинированном воздействии наблюдалось нивелирование этих изменений. Анализ полученных данных позволяет полагать, что наблюдаемые изменения могут быть обусловлены нарушением баланса процессов синтеза и утилизации орексина А в орексин-содержащих нейронах. Дискретность изменений, происходящих в орексин-содержащих нейронах, как при ограничении подвижности, так и при комбинированном воздействии, может свидетельствовать о существовании функционально разнородных популяций орексин-содержащих клеток, дающих проекции в разные области мозга. Изменение иммунореактивности орексин-содержащих нейронов, расположенных в областях гипоталамуса, вовлеченных в систему регуляции теплопродукции, подтверждают возможность участия орексин-содержащих нейронов в процессах терморегуляции.

Шемеровский А.К., Манихас Г.М., Манихас А.Г.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ГЛУТОКСИМА ПРИ РАДИКАЛЬНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Городской клинический онкологический диспансер, Санкт-Петербург

Лечение больных раком молочной железы (РМЖ) до настоящего времени остается одной из актуальных проблем современной онкологии. В России еже-

годно выявляется около 50 000 новых случаев этого заболевания, что составляет почти 20% всех опухолей у женщин, а число умерших ежегодно составляет около 20 000. В Санкт-Петербурге в последние годы отмечен неуклонный рост заболеваемости РМЖ (Мерабишвили В.М.).

Некоторые успехи в лечении начальных стадий рака молочной железы обусловлены в настоящее время не только ранней диагностикой, но и применением комплексных подходов к лечению, включающих хирургический метод, химиотерапевтический, лучевой, а также гормональную терапию и иммунотерапию.

Хирургический этап лечения онкомаммологических больных в виду необходимости выполнения расширенной региональной лимфодиссекции часто сопровождается длительным послеоперационным течением. В настоящее время имеются убедительные данные о том, что одним из средств, способствующих ускоренному и благотворному течению послеоперационного периода, является глутоксим.

Оперативное лечение больных РМЖ производили методом модифицированной радикальной мастэктомии по Madden либо радикальной секторальной резекции с подмышечной лимфаденэктомией. В комплексную послеоперационную терапию включали Глутоксим по следующей схеме: 60 мг (3% - 2,0мл) препарата подкожно один раз в сутки в течение 5 дней, затем 60 мг подкожно через день (ещё 3 инъекции). Проведен сравнительный анализ с аналогичной группой больных лечившихся по традиционной схеме. В исследование было включено 160 больных раком молочной железы (средний возраст 55±6 лет).

Применение Глутоксима уменьшало частоту послеоперационных осложнений у больных, прооперированных по поводу РМЖ, в среднем на 9%.

Добавление Глутоксима к базисной послеоперационной терапии снижало необходимость применения антибиотиков почти на 10%.

Введение Глутоксима способствовало существенному укорочению длительности послеоперационной лимфореи – в среднем на 15 дней.

Следовательно, Глутоксим способствовал уменьшению частоты послеоперационных осложнений, приводил к уменьшению частоты применения антибактериальных средств 1-й линии, устранял необходимость применения антибиотиков 2-й линии и существенно уменьшал продолжительность послеоперационной лимфореи. Уменьшение частоты послеоперационных осложнений и существенное уменьшение длительности послеоперационной лимфореи свидетельствуют о позитивном иммуномодулирующем эффекте Глутоксима.

Существенное укорочение продолжительности послеоперационной лимфореи у больных, получавших глутоксим, свидетельствует о более быстром заживлении послеоперационной раны у этих больных по сравнению с пациентами, которые получали традиционную терапию без Глутоксима.

Таким образом, включение Глутоксима в послеоперационном периоде в комплексную терапию больных РМЖ после радикального хирургического лечения является одним из перспективных методов послеоперационного ведения этих пациентов, поскольку это способствует более благоприятному и более бы-

строму выздоровлению радикально прооперированных онкомаммологических больных.

constshem@yandex.ru

Шемеровский К.А., Овсянников В.И.

ХРОНОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ ПРОФИЛАКТИКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ И ОРГАНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

НИИ экспериментальной медицины СЗО РАМН, Санкт-Петербург

«Будущее принадлежит медицине профилактической»
Н.И.Пирогов

Колоректальная патология является одной из актуальных проблем современной медицины. В Санкт-Петербурге ежегодная заболеваемость колоректальным раком (около 2600 случаев в год) в настоящее время является лидером в онкопатологии, опережая рак молочной железы (около 2500 случаев в год). Наряду с этим функциональная патология толстой кишки в виде констипации выявлена у 44% населения России (Шемеровский К.А., 2004).

Анатомический аспект широкой распространенности патологии толстой кишки обусловлен тремя основными моментами. Во-первых, наличием двух основных локализаций, способствующих застою кишечного содержимого: слепая кишка и сигмовидная кишка. Во-вторых, наличием непроизвольного и произвольного сфинктеров прямой кишки. В-третьих, постоянным и длительным контактом токсичного кишечного содержимого со слизистой оболочкой толстой кишки.

Физиологический аспект колоректальной патологии обусловлен четырьмя функциональными моментами. Во-первых, функционирование кишечника в норме реализуется в виде циркадианного (околосуточного) ритма. Регулярность этого ритма, с одной стороны, обеспечивает облигатность ежедневного опорожнения кишечника для элиминации токсичных и канцерогенных веществ из организма, а, с другой стороны, эта регулярность подвержена в наибольшей степени самому раннему реагированию организма на стрессорные стимулы в виде десинхроноза. Во-вторых, нарушение циркадианного ритма функционирования толстой кишки обусловлено легко возникающим рефлекторным торможением функции ее произвольного сфинктера при чрезвычайных воздействиях. В-третьих, склонность к нарушению околосуточного ритма дефекации существенно зависит от сдвига акрофазы этого ритма из периода оптимального функционирования (утренние часы) в пессимальный период (дневные и вечерние часы). Доказано, что риск патологии толстой кишки при ее опорожнении преимущественно в вечерние часы почти в 4 раза выше, чем при регулярной дефекации в утренние часы. В-четвертых, доказано, что констипация (запор) является основным фактором риска возникновения колоректального рака.

Хирургический аспект колоректальной патологии обусловлен тремя главными моментами. Во-первых, в хирургической колопроктологии доминируют операции, направленные преимущественно на дистальные отделы толстой кишки (при дивертикулезе, полипозе, колоректальном раке) Во-вторых, в последние годы хирурги-колопроктологи все чаще стали применять гемиколэктомию и даже тотальную колэктомию при функциональном запоре (Ачкасов С.И.,2000, Ривкин и др., 2004). В-третьих, хирургия прямой кишки все чаще нацелена на выполнение органосохраняющих операций и на наложение толстокишечной стомы.

Принимая во внимание выдающееся положение, предложенное Н.И.Пироговым, о том, что «Будущее принадлежит медицине профилактической» можно предложить (в соответствии с мыслью Николая Ивановича) три основных принципа профилактики колоректальной патологии:

I - Чем раньше происходит дефекация, тем реже возникает констипация.

II –Чем регулярнее циркадианный ритм кишечника, тем меньше риск функциональной и органической колоректальной патологии.

III - Чем больше внимания в к функциональной патологии толстой кишки, тем меньше риск возникновения органической колоректальной патологией.

constshem@yandex.ru

А.Н. Шишкин

ОЖИРЕНИЕ КАК МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

Санкт-Петербургский государственный университет,
Медицинский факультет

Многочисленные исследования подтвердили наличие тесных взаимосвязей между ожирением, артериальной гипертензией, гиперлипидемией, нарушениями толерантности к глюкозе и ИБС. Сегодня ожирение рассматривается, как фактор риска всех вышеперечисленных заболеваний. Развитию метаболических нарушений способствуют как немодифицируемые (генетические, демографические – пол, возраст), так и модифицируемые (употребление большого количества жирной пищи, гиперкалорийное, обогащенное жирами и легкоусвояемыми углеводами питание, дефицит пищевых антиоксидантов, гиподинамия-гипокинезия, стрессы, алкоголь, курение) факторы риска. Тесно связаны с формированием метаболического синдрома (МС) количество и эндокринная активность висцерального жира. Ориентировочным скрининговым показателем висцерального ожирения служит окружность талии. В последние годы понятие «МС» все время расширяется. В него теперь включают не только нарушения углеводного и липидного обменов, но и гиперурикемию, микроальбуминурию, гипертрофию миокарда, повышение содержания фибриногена в крови, увеличение адгезивной и агрегационной способности тромбоцитов, повышение концентрации некоторых реагентов острофазного ответа, активности ингибиторов

активатора плазминогена, гиперандрогенизм и аномалии продукции некоторых регуляторных пептидов адипоцитарного происхождения (липокинов), а также дисфункцию эндотелия со снижением продукции окиси азота (NO). Гиперурикемия довольно часто ассоциирована с нарушениями толерантности к глюкозе, дислипидемией и гипертензией у больных абдоминальным ожирением и в последние годы рассматривается в качестве составляющей синдрома инсулинорезистентности. Пиком развития МС является ускоренное развитие атеросклероза и его клинических проявлений. Наверное, нет ни одного из известных механизмов развития атеросклероза, который небыл бы выявлен у больных абдоминальным ожирением и гиперинсулинемией. Вызывая существенные количественные и качественные изменения липопротеиновых молекул, гиперинсулинемия индуцирует атерогенные изменения липидного спектра крови. Она способствует повышению чувствительности, а возможно, и количества рецепторов для ЛПНП на клеточных мембранах стенки артерии, приводя тем самым к ускоренному транспорту избытка холестерина в сосудистую стенку.

Установлено, что индукторы неиммунных путей прогрессирования поражения почек — ангиотензин II (АТII), липопротеиды низкой (ЛПНП) и очень низкой (ЛПОНП) плотности [16], эндотелин 1 (ЭТ1), реактогенные субстанции кислорода и перекиси, а также мочевая кислота и конечные продукты гликирования — одновременно способствуют развитию генерализованной эндотелиальной дисфункции и таким образом приводят к стойкой вазоконстрикции и активации тромбогенеза, последствием которых являются острый инфаркт миокарда и нарушения мозгового кровообращения. Увеличение продукции многих из названных медиаторов характерно для ожирения. Эндотелиальная дисфункция и метаболический синдром являются тесно ассоциированными состояниями и формируют порочный круг, приводящий к метаболическим и кардиоваскулярным состояниям.

Новые данные свидетельствуют о том, что воздействие на подвергающийся стрессу эндотелий или стимуляция ангиогенеза могут способствовать сохранению функции органов-мишеней и замедлить прогрессирование патологии. Профилактика при ожирении заключается в снижении повышенной массы тела с помощью немедикаментозных (низкокалорийная диета) и медикаментозных мер; с патогенетических позиций представляется оправданным применение ингибиторов АПФ и блокаторов рецепторов АТII, а также антагонистов ЭТ1.

А.Ф. Шульга, Н.Н. Свистунов, Ю.А. Хащевский, С.С. Рачковский

БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЖЕЛЧИ У БОЛЬНЫХ ХОЛЕЛИТИАЗОМ НА РАЗНЫХ СТАДИЯХ РАЗВИТИЯ

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова

Для оценки коллоидного состояния с целью ранней диагностики холелитиаза нами проведено исследование ряда биохимических показателей компонентов

пузырной и печёночной желчи. (холестерин, общий билирубин, кальций, фосфор, общий белок). Исследование проводились на биохимическом автоанализаторе «Spectrum» фирмы АВВОТ (США) в УКДЛ.

В табл. 1 представлены результаты исследования биохимических показателей у обследуемых больных (м ± ж).

Таблица 1

Группы больных	Концентрация (моль/л)				
	Холестерин	Общий билирубин	Кальций	Фосфор	Общий белок
контроль n=8	1,24±0,26	416,5±75,2	1,43±0,14	2,23±0,33	2,41±0,34
Группа риска ЖКБ	2,32±0,24	575,4±77,2	2,12±0,23*	1,51±0,17*	3,83±0,52*
Холелитиаз	2,53±0,29*	608,3±69,2	2,43±0,31*	1,44±0,22*	4,61±0,71*

*- статистически достоверно по сравнению с контолем. (P<0,05)

Из данных таблицы видно, что при исследовании концентрации холестерина в желчи порции «В» у больных группы риска по холелитиазу отмечено некоторое увеличение её по сравнению с контролем (P>0,05). У больных с холелитиазом выявлено статистически достоверное повышение этого показателя (P<0,05). Такие же данные получены прии измерении билирубина. Анализируя полученные данные по изучению концентраций кальция и фосфора в пузырной желчи у обследуемых групп больных, установлено, что у больных, отнесённых в группу риска по ЖКБ и у пациентов с холелитиазом наблюдалось достоверное повышение концентрации кальция и снижение фосфора по сравнению с контролем (P<0,05). При изучении концентраций общего белка установлено, что в пузырной желчи у больных группы риска по холелитиазу и ЖКБ этот показатель выше, чем в контрольной группе. (P<0,05).

Таким образом, анализируя полученные данные, необходимо отметить, что не все из исследованных биохимических показателей желчи могут быть использованы для оценки коллоидного состояния желчи с целью ранней диагностики холелитиаза. Наиболее информативным из них являются концентрация кальция, фосфора, общего белка. Так, повышение уровня кальция, общего белка и снижение концентрации фосфора в пузырной желчи указывает на дестабилизацию его коллоидного состояния, обусловленную воспалительным процессом в желчном пузыре. Полученные данные ещё раз подтверждают мнение ряда исследователей о том, что определение только концентрации холестерина не может быть использовано для оценки литогенности желчи.

В ходе проведённого исследования установлено статистически достоверное повышение кальция у больных группы риска по холелитиазу и пациентов с калькулёзным холециститом, по сравнению с контролем. Как известно из курса физколлоидной химии, двухвалентные ионы имеют способность вызывать дес-

табилизацию коллоидной системы. В наших наблюдениях концентрация кальция в пузыпной желчи у больных с группой риска по ЖКБ может указывать на дестабилизацию коллоидного состояния желчи и возможность образования камней в желчном пузыре. У больных калькулёзным холециститом повышение уровня кальция может свидетельствовать о прогрессировании холелитиаза. При исследовании концентрации фосфора в пузырной желчи отмечалось статистически достоверное его снижение у больных группы риска по ЖКБ и у больных калькулёзным холециститом. Учитывая тот факт, что фосфор входит в состав фосфолипидов, то снижение его концентрации в желчи, очевидно может косвенно свидетельствовать о снижении концентрации фосфолоипидов, которые наряду с желчными кислотами являются стабилизаторами. Это может указывать на дестабилизацию коллоидного состояния желчи.

А.Ф. Шульга, Р.В. Чеминава, А.С. Соловейчик,
Е.С. Губочкин, С.Н. Покалюхин, Н.Н. Свистунов

МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова; СПб ГУЗ «Городская больница Святого Великомученника Георгия»

В работе используются результаты лечения 2-х групп больных острым холециститом.

В I группу вошли 200 больных с острым холециститом, поступивших в клинику общей хирургии СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова и были оперированы с использованием малоинвазивных технологий.

Во II группу вошли 200 пациентов с острым холециститом, поступивших в городскую больницу №4 «Святого Георгия», которые оперировались «открытым» способом.

Пациенты обеих групп поступили в стационары в экстренном порядке. Алгоритм обследования больных при остром холецистите, прежде всего, зависел от наличия или отсутствия клинической картины перитонита. Обязательным считали выполнение клинических и биохимических анализов крови, а из инструментальных методов УЗИ и ФГДС, которые не удлиняли сроки подготовки к операции. У 34 (24,3%) больных (I группа) с высоким риском оперативного вмешательства, с сопутствующими заболеваниями, выполнялись чрезкожные чрезпеченочные санационно-декомпресионные пункции желчного пузыря с применением местной анестезии под контролем УЗИ. При выборе метода оперативного лечения острого холецистита в клинике предпочтение отдается ЛХЭ, как радикальному и малотравматичному методу лечения.

Больным I группы были выполнена экстренная ЛХЭ в 14,5% случаев и срочная ЛХЭ в 65,5% случаев. В 20% случаев больным выполнялась отсроченная ЛХЭ.

Больным II группы экстренная «открытая» холецистэктомия (ОХЭ) проведена в

17,3% случаев, срочная холецистэктомия выполнена в 36,4%. В остальных 46,3% выполнялась отсроченная холецистэктомия.

Одновременно с проведенным сравнением клинических показателей у больных, оперированных по поводу острого холецистита эндовидиохирургическим способом и открытым методом, важным аспектом является оценка экономических показателей у этих больных. Так, прямые затраты при лечении больных острым холециститом в клинике общей хирургии составили 8366,71±210 (руб.), тогда как в городской больнице составили 10704,32±244,66 (руб.). Косвенные затраты в клинике составили 766,34±22,35 (руб.), а в городской больнице 799,00±24,55 (руб.)

При анализе минимализации затрат, общие затраты на лечение больных с острым холециститом I группы, оперированных эндовидиохирургическим способом, составили 8334,35±231,00 (руб.), а общие затраты на лечение больных II группы, оперированных «открытым» способом в городской больнице, составили 10402,35±274,34 (руб.), что на 2068 рублей больше, чем в I группе. Эта разница была статистически достоверна ($P<0,05$) и обусловлена, прежде всего, сокращением количества койко-дней в два раза у пациентов I группы. Средний срок пребывания больных, оперированных лапароскопическим способом в клинике составил 6±1,5 койко-дней, тогда как средний срок лечения больных «открытым» способом (II группа), составил 12±1,5 койко-дней ($P<0,05$). Увеличение числа койко-дней у пациентов II группы повлекло за собой повышение расходов на исследование лабораторных и инструментальных показателей, а также повышение затрат на пребывание больного в стационаре в 1,7 раза.

На разности экономических затрат в сравниваемых группах отразились и такие факторы, как сокращение сроков нахождения в реанимационной палате пациентов I группы, снижение потребности их в инфузионной терапии, уменьшение используемых анальгетиков и антибиотиков.

Таким образом, экономическая эффективность от использования современных медицинских технологий при лечении холецистита более значимо при сочетании современных диагностических методов (УЗИ, ФГДС, ЭРХПГ, КТ) с малоинвазивными способами хирургического вмешательства.

А.Ф. Шульга, С.С. Бессмельцев, Р.В. Тоне, Н.Н.Свистунов

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЖЕЛЧИ У БОЛЬНЫХ ХОЛЕЛИТИАЗОМ НА РАЗНЫХ СТАДИЯХ РАЗВИТИЯ

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова

Для оценки местного гуморального иммунитета у обследованных групп больных определяли концентрацию иммуноглобулинов Ig A, Ig M, Ig G в желчи проводилось методом радиальной иммунодиффузии в геле по Манчини. Метод основан на измерении диаметра кольца преципитации, образующегося при внесении исследуемой желчи в лунки, вырезанные в слое агара, в котором предва-

рительно диспергированна моноспецифическая антисыворотка. Исследование проводилось в начале в лаборатории иммунологии СПбГМУ, а затем в лаборатории НИИ гематологии и переливания крови.

В таблице представлены результаты изучения концентраций иммуноглобулинов A,M,G, в пузырной желчи у больных группы риска по ЖКБ и калькулёзным холециститом.

Концентрации иммуноглобулинов A,M,G, в пузырной желчи порции «В»

Группы больных	концентрации иммуноглобулинов, г/л.		
	Ig A	**Ig M**	**Ig G**
Контроль (n=8)	0,025±0,002	0,061±0,012	0,064±0,008
Группа риска по ЖКБ (n=36)	0,036±0,003*	0,081±0,009	0,073±0,009
Хронический калькулёзный холецистит (n=12)	0,039±0,004*	0,124±0,02**	0,095±0,012

Примечания:

*-Статистически достоверно по сравнению с контролем (P<0,05)

** - Статистически достоверно по сравнению с контролем (P<0,001)

Из данных таблицы видно, что в норме концентрация Ig A составляла 0,025±0,002 г/л. У больных групп риска по холелитиазу и больных хроническим калькулёзным холециститом установлено статистически достоверное (P<0,05) повышение показателей по сравнению с контролем. Концентрация Ig M в пузырной желчи в норме0,061±0,012 г/л. У больных, отнесённых к группе риска по ЖКБ отмечалось повышение среднего значения показателя до 0,081±0,009 г/л. Но различия были статистически не достоверными. У пациентов страдающих хроническим калькулёзным холециститом концентрация Ig M составила 0,124±0,02 и достоверно отличалась от контроля (p<0,001). При исследовании концентрации Ig G в пузырной желчи установлено, что у практически здоровых (контрольная группа) среднее значение показателя составило 0,064±0,008 г/л. У больных группы риска по ЖКБ и у больных с хроническим калькулёзным холециститом отмечалась тенденция к повышению концентрации Ig G. В ряде случаев наиболее информативным при изучении показателей гуморального иммунитета является оценка соотношения классов иммуноглобулинов A, M, G. В наших наблюдениях в пузырной желчи в контрольной группе соотношение Ig A, Ig M, Ig G составило 1:2,3:2,4

У больных группы риска по ЖКБ - 1 : 2,3 : 1,98, а у пациентов с хроническим калькулёзным холециститом это соотношение составило 1 : 3,2 : 2,1. Это свидетельствовало об ответной реакции иммунной системы на воспаление, что проявлялось в повышении продукции Ig M при хроническом калькулёзном холецистите.

Анализируя полученные данные необходимо отметить, что повышение концентрации Ig A, Ig M, Ig G в пузырной желчи больных указывает на воспаление

желчного пузыря, как фактора дестабилизации коллоидного состояния желчи.

K.J. van Zwieten [a], P. Helder [b], P.L. Lippens [a], K.P. Schmidt [a], I.A. Zoubova [c], O.E. Piskùn [c], S.A. Varzin [c], A.V. Zinkovsky [c]

INTEROSSEOUS MEMBRANE (IOM) EXTREME TAUTNESS IN FOREARM NEUTRAL POSITION, EVIDENT FROM IN VITRO ANATOMICAL OBSERVATIONS, STRONGLY SUGGESTS UNWISHED EFFECTS ON FINGERS AND THUMB LONG MUSCLES, DURING REPETITIVE TASKS IN VIVO

[a]Functional Morphology, Anatomy, Universiteit Hasselt, BioMed, Diepenbeek, Belgium; [b]HandShoe Mouse, Hippus NV, Rotterdam, The Netherlands; [c]Department of Health Sciences and Biomechanics, St. Petersburg State Polytechnic University, IMOP, St. Petersburg, Russia

Introduction, identifying the problem Shifting the conventional, horizontal computer mouse over e.g. a mouse-mat includes crossed positions of the radius over the ulna in the forearm, which is also known as pronation. In modern man using the PC-mouse, prolonged pronation easily leads to undue tension in muscles and joints (1), thus eliciting certain forms of the much-dreaded repetitive strain injuries (RSI) (2). Traditional mice force the base of the palm to be horizontal to the work surface, which increases wrist and forearm pronation and elevates intracarpal tunnel pressure and the risk for injury (3).

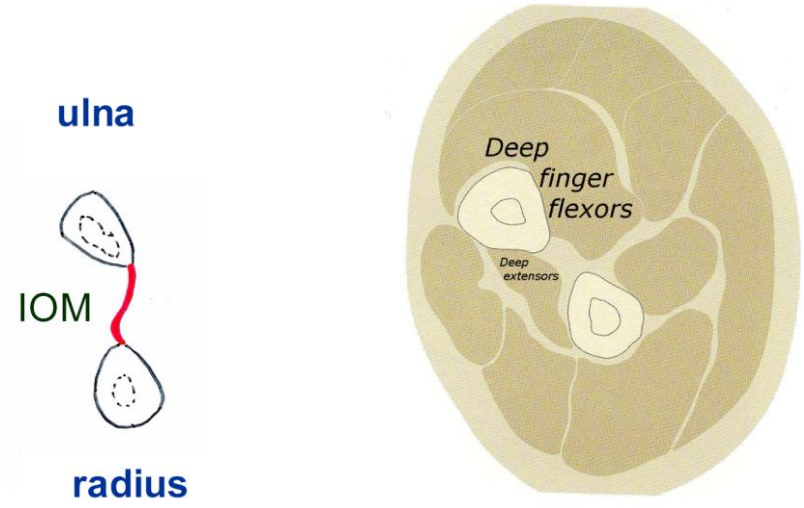
With regard to the design of PC-mouse positions, various adjustments have been proposed to prevent injuries by using vertical or joystick-mice (4). Thanks to the necessary "handshake" or neutral position of the forearm, vertical mice in particular are assumed to leave thumb and fingers relatively free (5, 6) so as to prevent strain in forearm muscles and joints. Such solutions seem the more beneficial since they are considered as a possibility to use more frequently the long muscles of fingers (especially index) and thumb, whose origins are all situated in the forearm, thus preventing unwished overuse-effects of the smaller muscular units, that are well-documented (7, 8). Anatomical *in vitro* studies however suggest negative effects of "neutral" forearm positions (9, 10).

The convincing anatomical observations used to support this hypothesis are shortly repeated below.

Full supination of the forearm Forearm interosseous membrane, bridging the distances between the interosseous borders of ulna and radius, is undulated and rather lax. Most thumb and fingers long muscles originate here (Fig. 1)

Forearm transverse Ø: diagrams of the interosseous membrane (IOM) (after Csillag 1999, adapted)

Neutral position of the forearm The ulna remaining unchanged in the frontal plane, the radius now lies in a sagittal plane, i.e. orthogonally perpendicular to the frontal plane. The radius' interosseous border forms a convex arch with respect to the ulna's interosseous border that still lies in frontal plane. As a consequence of the increased distances between them, the interosseous membrane appears to be taut (Figure 2).



Figures 1a and 1b

Anterior view of a left forearm anatomical wet specimen in neutral position *in vitro*. Elbow and wrist joints were preserved, as well as lower half of the bony humerus (right). With respect to the ulna (top), the radius (bottom) shows curvature of its bony interosseous border to be arched, causing the strong interosseous membrane (IOM) to be extremely taut in this forearm position here.

Pronation of the forearm Anatomical evidence shows forearm interosseous membrane to become lax and undulated again, as the radius' and ulna's interosseous borders have re-approached each other, in this position (9, 10).

In pronation *in vivo*, the tilt of a lightly slanted PC mouse positions the wrist and the forearm at a natural angle causing minimal forearm muscular activities needed to handle such types of mice (12)

Discussion In view of the molecular properties of skeletal muscle tissue, we like to stress the importance of the data presented above, based upon the observed maximal IOM tautness. As a skeletal muscle derives most of its force from bone periosteum, as well as from fascial sheaths and collagen membranes, forearm interosseous membrane and periosteum will be heavily relied upon by fingers and thumb deep long muscles arising here (13), in long and repetitive contractions at forearm neutral positions.

Proprioception- and pain-registering organs located here too (13) may then lead to pain complaints.

A taut non-compliant interosseous membrane will require more of the elasticity of a normal muscle cell, causing subtle unwished molecular changes to occur during muscular contractions (14, 15, 16)

Further, whereas a lax interosseous membrane will offer compliance in supination and pronation, regarding pumping up effects by contracting muscles within their compartments, a taut interosseous membrane at forearm neutral position might on the contrary evoke "compartment syndromes" (17).

As was demonstrated, intramuscular biochemistry too is disturbed by compartment syndromes (18).

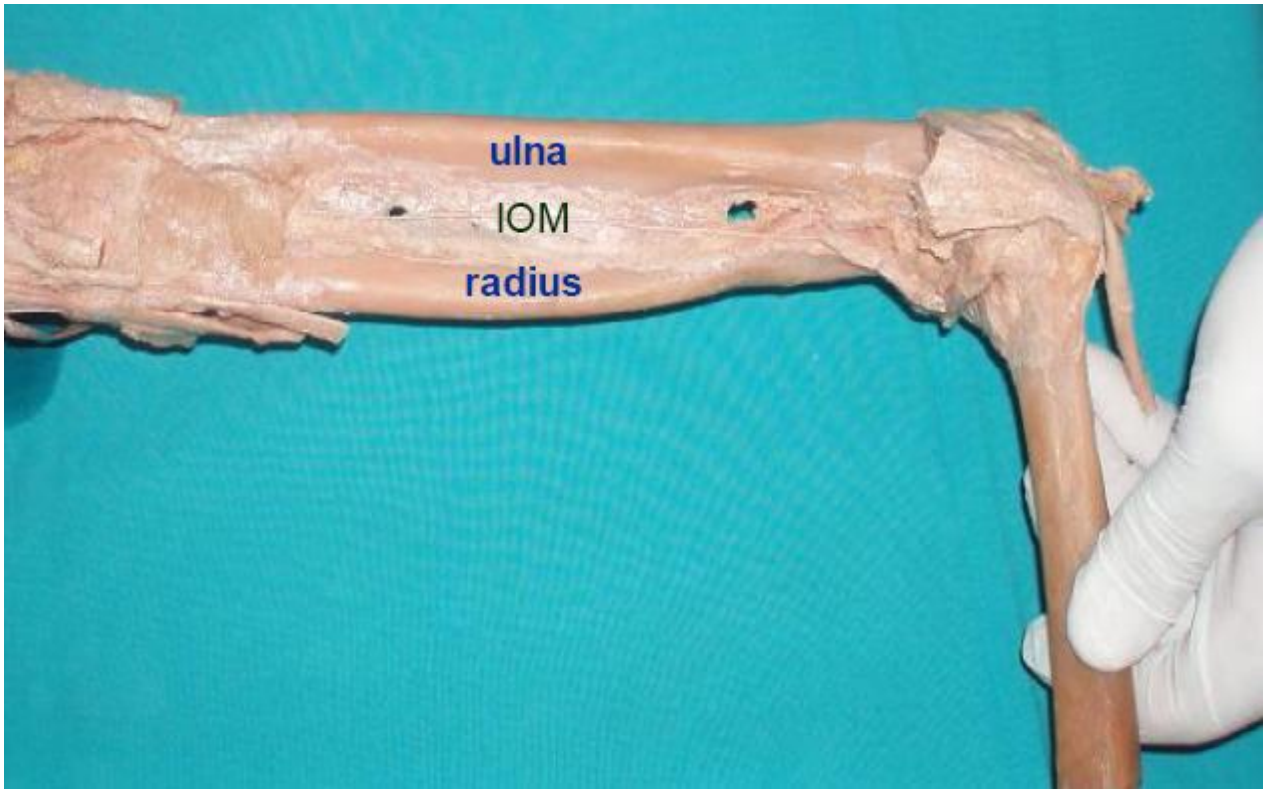


Figure 2

Conclusions This short survey is concluded by stating that of all positions of the forearm, its so-called “neutral” position contains the greatest potential source of muscular and other damage during longstanding and repetitive movements of thumb and fingers. Most of this present conclusion is based on evident observations in preserved anatomical specimens of the forearm, supple enough to be compared to the situation in the living. Studies performed by means of modern imaging techniques moreover, applied to the forearms in otherwise normal subjects do clearly support these observations (19, 20).

To avoid the abovementioned effects, as a consequence of PC mice in “handshake” of “joystick” positions, we strongly recommend pronated positions of the forearm, explicitly the somewhat tilted variances e.g. in using lightly slanted computer mice, by proof requiring least muscle activities (12)

Figures 3a and 3b
Lightly slanted mice like the ones shown here require less muscular activity (Chen & Leung 2007)

Acknowledgments The authors wish to thank Prof. Dr. S. Hendrix MD (Chair), Prof. Dr. M. Vandersteen MD, Prof. Dr. L. Vanormelingen MD, Dr. K. Palmers MD, Mr. D. Mathijsen MSc and Mr. D. Janssen BSc of the Department of Anatomy, University of Hasselt, for their interest, and for their kind cooperation.

References

1. Van Zwieten K.J., Narain F.H.M., Lippens P.L., Lambrichts D., Hauglustaine S., Schmidt K.P., Zoubova I.A., Piskùn O.E., Lamur K.S. (2010) Lower arm muscle activities in handling a slanted computer mouse in order to prevent repetitive strain injuries - the role of the pronator teres muscle. In *Biomedica Life Science Summit Proceedings, March 17-18, 2010.* Aachen, Germany: TEMA Technologie, 217-218.
2. Sorgatz H. (2002) Repetitive strain injuries. *Der Orthopäde*, 31, 10, 1006-1014.
3. Humanscale Corporation (2008-2009) SwitchMouse Instructions, User Manual, 11.
4. Slutski L., Gurevich I., Edan Y. (2000) Analysis and Enhancement of Human-Machine Interfaces Using a Joystick Controller. *Human Factors and Ergonomics in Manufacturing*, 10, 2, 161-175.
5. Chan J. (2007) Hands up for comfort. *HWM Magazine*, 52.
6. Cail F. (2008) Point de repère. Le point sur le travail automatisé. *INRS - Hygiène et sécurité du travail - Cahiers de notes documentaires*, 213, 65-69.
7. Visser B., Van Dieën J. H. (2006) Pathophysiology of upper extremity muscle disorders. *Journal of Electromyography and Kinesiology,* 16, 1-16.
8. Voerman G. E., Sandsjö L., Vollenbroek-Hutten M. M. R., Larsman P., Kadefors R., Hermens H. J. (2007) Effects of Ambulant Myofeedback Training and Ergonomic Counselling in Female Computer Workers with Work-Related Neck-Shoulder Complaints: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 17, 1, 137-152.

9. Narain F. H. M., Van Zwieten K. J., Lamur K. S., Helder P., Hotterbeekx A., Lippens P. L., Schmidt K. P., Zoubova I. A., Piskùn O. E., Varzin S. A., Zinkovsky, A. V. (2010) Bony Characteristics Determine the Behaviour of the Interosseous Membrane (IOM) During Supination, Neutral Position, and Pronation of the Forearm. In *Proceedings of the International Conference of the Czech Society of Biomechanics, Human Biomechanics 2010, Sychrov, Czech Republic, October 4 - 6, 2010*. Department of Applied Mechanics, Technical University of Liberec, 1st edition, Editor © Lukáš Čapek, 2010, 200-205.
10. Narain F. H. M., Van Zwieten K. J., Lamur K. S., Helder P., Hotterbeekx A., Lippens P. L., Schmidt K. P., Zoubova I. A., Piskùn O. E., Varzin S. A., Zinkovsky, A. V. (2010) Devices to prevent repetitive strain injuries should take into account bony characteristics determining the behaviour of the interosseous membrane (IOM) in supination, neutral position, and pronation of forearm and hand. In *14th Euron Ph D Student Days, University of Hasselt, Belgium, October 7 - 8, 2010.* European Graduate School of Neuroscience (Euron). Eds. J.-M. Rigo, H. Steinbusch et al., 62-63
11. Csillag A. (1999) *Anatomy of the Living Human. Atlas of Medical Imaging.* Cologne: Könemann Verlag.
12. Chen H.-M., Leung C.-T. (2007) The effect on forearm and shoulder muscle activity in using different slanted computer mice. *Clinical Biomechanics*, 22, 5, 518-523.
13. Frick H., Leonhard H., Starck D. (1991) *Human Anatomy.* Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.
14. Lindstedt S. L., Reich T. E., Keim P., Lastayo P. C. (2002) Do muscles function as adaptable locomotor springs ? *Journal of Experimental Biology*, 205, 15, 2211-2216.
15. Herrmann H., Bär H., Kreplak L., Strelkov S. V., Aebi U. (2007) Intermediate filaments: from cell architecture to nanomechanics. *Nature Reviews Molecular Cell Biology AOP,* published online 6 June 2007, p.1-12.
16. Kollar V., Szatmari D., Grama L., Kellermayer M. S. Z. (2010) Dynamic Strength of Titin's Z-Disk End. *Journal of Biomedicine and Biotechnology*, vol. 2010, article ID 838530, 8p.
17. Pritchard M. H., Williams R. L., Heath J. P. (2005) Chronic compartment syndrome, an important cause of work related upper limb disorder. *Rheumatology*, 44, 11, 1442 -1446.
18. Moreno-Torres A., Rosset-Llobet J., Pujo J., Fàbregas S., Gonzales-de-Suso J.-M. (2010) Work-Related Pain in Extrinsic Finger Extensor Musculature of Instrumentalists Is Associated with Intracellular pH Compartmentation during Exercise. *PLoS ONE, www.plosone.org,* Feb. 2010, Vol. 5, Issue 2, e9091, p. 1-6.
19. Nakamura T., Yabe Y., Horiuchi Y., Yamazaki N. (1999) Three-dimensional magnetic resonance imaging of the interosseous membrane of forearm: a new method using fuzzy reasoning. *Magnetic Resonance Imaging*, 17, 3, 463-470.
20. Nojiri K., Matsunaga N., Kawaji S. (2008) Modeling of Pro-supination for Forearm Skeleton Based on MRI. In *Proceedings of the 17th World Congress The In-*

ternational Federation of Automatic Control, July 6-11, 2008. Seoul, Korea: IFAC ’08, 14767-14772.

F. H. M. Narain [1], K. J. van Zwieten [2], K. S. Lamur [1], P. L. Lippens [2], K. P. Schmidt [2], O. E. Piskùn [3], S. A. Varzin [3], I. A. Zoubova [3], A. V. Zinkovsky [3]

EVERSION OF THE FOOT AT TOUCHDOWN

[1.]Department of Anatomy, Anton de Kom University of Suriname, Paramaribo, Suriname; [2.]Department of Anatomy, BioMed, University of Hasselt, transnational University Limburg, Diepenbeek, Belgium; [3]Department of Biomechanics and Valeology, Saint-Petersburg State Polytechnic University, Saint-Petersburg

Normal bipedal human walking over a flat surface, divided in a stance phase and a swing phase for each leg, is characterized by (among others) heel strike at the beginning of stance (1). To prepare for each following heel contact, the foot is extended at the ankle joint, at the end of the swing phase. The strong ankle extensor muscle *m. tibialis anterior* however, responsible for this movement, simultaneously causes foot inversion too (2). Foot inversion is defined as turning the sole of the foot inward, while eversion is turning the sole of the foot outward. Normally, heel contact is immediately followed by an eversion of the foot, to prevent a walking person so to say to land on the lateral side of his foot which easily leads to a so-called “inversion traumatism” (3)

Because inversion traumatisms constitute e.g. the most frequent sport traumatisms (3), while at the same time foot eversion is considered as being typical for human plantigrade walking (4), it may be interesting to analyse walking strategies in non-cursorial mammals, such as primates and predecessors like the marsupial opossum *(Didelphis)* whose terrestrial locomotion is plantigrade-quadrupedal (5). Various higher primates lack initial heel contact in stance (6), as do lower primates and opossum (2). Regarding extinct marsupials moreover, it is clear that “Thylacynidae (had) feet small with spreading toes” and “In gait, the Santa Cruz thylacynes were probably plantigrade” (7). Thylacine footage reveals spreading of toes indeed, during its swing phase (8). This had been observed already, it was explicitly described in *Didelphis* (9, 10). Here abduction and extension of toes does include foot eversion. The latter is the more relevant, in view of the extreme inversion of the opossum foot at end-stance (11, 12). In general, *mm. fibulares* are held responsible for repositioning the foot from inversion to eversion. *M. fibularis tertius*, acting simultaneously with toe extensor muscles, deserves particular attention, especially in man (13). In the swing phase *m. fibularis tertius* “levels the foot and helps the toes to clear the ground” (4).

As a practical application of some of the above observations and analyses we cite a recent report concerning strength-training, applied to *mm. fibulares* in particular, in youthful gymnasts (14).

This training, performed as a warming-up, produced longer periods of continuous

mm. fibulares activity (compared to non-trained gymnasts), to prepare for efficient foot eversion at touchdown.

REFERENCES

[1)] Inman V. T. (1966) Human Locomotion. Canadian Medical Association Journal, 94, 1047-1054

[2)] Van Zwieten K. J., Biesmans S., Reyskens A., Robeyns I., Vandersteen M., Schmidt K. P., Lippens P. L., Narain F. H. M., Mahabier R. V., Lamur K. S. (2009) Non-sagittal plane foot movement during late swing. 171ste Wetenschappelijke Vergadering Nederlandse Anatomen Vereniging, 9-10 januari 2009, 23

[3)] Van Zwieten K. J., Robeyns I., Vandersteen M., Lippens P. L., Mahabier R. V., Lamur K. S. (2007) Foot muscles preventing inversion traumatisms. Medicine and Science in Tennis, 12, 2, 34-35

[4)] Joshi S. D., Joshi S. S., Athavale S. A. (2006) Morphology of Peroneus Tertius Muscle. Clinical Anatomy, 19, 611-614

[5)] Wilemon B. L. (2008) Mammals of Mississippi 1:1-8 Virginia Opossum (*Didelphis virginiana*).
Published by the Department of Wildlife and Fisheries, Mississippi State University

[6)] Berillon G., Daver G., D'Août K., Nicolas G., de la Villetanet B., Multon F., Digrandi G., Dubreuil G. (2010) Bipedal versus Quadrupedal Hind Limb and Foot Kinematics in a Captive Sample of Papio anubis: Setup and Preliminary Results. International Journal of Primatology, 31, 159-180

[7)] Sinclair W. J. (1905) The Marsupial Fauna of the Santa Cruz Beds. Proceedings of the American Philosophical Society, Philadelphia, 49, 73-81

[8)] Campbell C. (2006) Natural Worlds, The Thylacine Museum, 4th section. www.naturalworlds.org

[9)] Van Zwieten K. J., Lippens P. L., Honinckx M. (1991) Gripping mechanism in *Didelphis* includes prehensive patterns. Belgian Journal of Zoology, 121, 1, 49-50

[10)] Van Zwieten K. J., Lippens P. L. (1993) Aspects of prehensive patterns in opossums. European Journal of Morphology, 31, 3, 222-223

[11)] Narain F. H. M., Van Zwieten K. J., Lippens P. L., Lamur, K. S. (2003) Aspects of arthrology in the lower leg of the opossum. European Journal of Morphology, 41, 1, 68

[12)] Lemelin P., Schmitt D., Cartmill M. (2003) Footfall patterns and interlimb coordination in opossums (Family Didelphidae): evidence for the evolution of diagonal-sequence walking gaits in primates. Journal of Zoology, London, 260, 423-429

[13)] Raheja S., Choudhry R., Singh P., Tuli A., Kumar H. (2005) Morphological description of combined variation of distal attachments of fibulares in a foot. Surgical and Radiologic Anatomy, 27, 158-160

[14)] Brauns A., Lemmens K. (2010) Spieren die het inversietrauma van de enkel (zouden) kunnen voorkomen (Muscles that (might) prevent the inversion traumatism of the ankle). BMSc Degree Research Paper, Faculty of Medicine, University of Hasselt, Belgium

8.2. Неврология. Психиатрия.

Л.В. Крашенинникова

ОСОБЕННОСТИ АСИММЕТРИИ ПОЛУШАРИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Санкт- Петербургский государственный университет,
Медицинский факультет

Оценка патогенетических особенностей взаимодействия полушарий головного мозга при шизофрении представляет интерес как одно из иерархически наиболее высоких звеньев в патологической нейрофизиологии при шизофрении. В последнее время стала популярной точка зрения, что шизофрения с продуктивной симптоматикой связана с дисфункцией левого полушария, в то время как шизофрения преимущественно с негативной симптоматикой - с дисфункцией правого полушария.

Целью данного исследования явилось изучение взаимосвязи функциональных особенностей полушарий головного мозга и клинико-феноменологической характеристики шизофрении. В задачи работы входило исследование доминирования правого или левого полушария при осуществлении речевой и мыслительной деятельности больных шизофренией и изучение взаимосвязи между преобладанием одного из полушарий и клинико-феноменологическими особенностями заболевания.

Обследовано 39 больных шизофренией, преимущественно параноидной формой. Средний возраст пациентов составил 42 года, давность заболевания - 15 лет. Контрольную группу составили практически здоровые испытуемые. В исследовании использованы катамнестический, клинический и экспериментально – психологический методы.

По результатам нейропсихологического обследования и в контрольной, и в основной группе преобладают «левополушарные» ответы, однако доля «правополушарных» ответов в группе больных шизофренией достоверно больше. Имеется отчетливая тенденция к сдвигу межполушарного баланса вправо. Анализ данных указывает на наличие взаимосвязи между тяжестью состояния больных и преобладающим модусом: в группе больных с относительно тяжелым (по шкале BPRS) общим состоянием преобладает правополушарный модус, а в группе с относительно легким – левополушарный. Преобладание правополушарного модуса ассоциируется с большей выраженностью нарушения когнитивного функционирования в виде снижения способности к концентрации внимания (отвлекаемости) у больных шизофренией. В ходе исследования не получено достоверных различий в группах больных с различной давностью, возрастом начала, формой и типом течения болезни.

С.Л. Кузнецова, А.Ю. Склярова

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ЭНДОГЕННЫМ ПСИХИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ

Санкт-Петербургский государственный университет, Медицинский факультет

Целью исследования явилось повышение эффективности реабилитации больных эндогенными психозами. В задачи работы входила оценка эффективности различных вариантов психотерапии у больных эндогенными психозами. Было обследовано 40 больных с зндогенными психическими расстройствами, в т.ч. параноидной шизофренией, шизоаффективным расстройством и биполярным аффективным расстройством. Средний возраст больных составил 31,3±8,52 лет. На момент обследования больные находились на этапе полустационарного лечения. Для оценки эффективности психотерапевтического воздействия были использованы методика «Индекс жизненного стиля» (ИЖС) для изучения системы психологической защиты личности, тест Лазаруса для анализа механизмов совладания со сложными жизненными ситуациями (копинг-поведения), методика ТОБОЛ для оценки отношения к болезни. Исследование проводилось в динамике групповой поведенческой и психодинамической психотерапии. Получены следующие достоверные ($p<0,05$) данные: в результате проведения поведенческой терапии выявлено существенное снижение напряженности ряда защитных механизмов (компенсации с 66 до 50 баллов, проекции с 44 до 31 балла и замещения с 49 до 38 баллов); изменение в сторону большей конструктивности (адаптивности) копинг-стратегий: увеличение показателей конфронтации с 37,04 до 46,03 балла; самоконтроля 62,96 до 71,86 балла; поиска социальной поддержки 61,11 до 69,04 балла; планирования решения проблемы 56,17 до 68,25 балла; положительной самооценки 38,69 до 42,92 балла и уменьшение показателей дистанцирования 56,79 до 47,76 балла; бегства-избегания с 50,93 до 42,26 балла. Отмечена гармонизация внутренней картины болезни с уменьшением частоты неврастенического типа отношения к болезни. При проведении психодинамической терапии наблюдалось: активизация более зрелых защитных механизмов (реактивного образования с 67 до 84 баллов и интеллектуализации с 61 до 72 баллов) и снижение напряженности незрелых защитных механизмов (вытеснения от 59 до 41 балла и компенсации от 62 до 53 баллов); изменение копинг-поведения в виде повышения конфронтации (с 41 до 46 баллов), снижения показателей дистанцирования (с 54 до 47 баллов), бегства-избегания (с 60 до 55 баллов). Значительно возрос показатель эргопатического типа отношения к болезни и снизились показатели неврастенического и парануяльного типов отношения к болезни. Таким образом, проведение психотерапии больным эндогенными психозами может способствовать их реадаптации и повышению эффективности реабилитационного процесса за счет гармонизации отношения к болезни, повышения адекватности копинга на фоне уменьшения признаков

психической дезадаптации. Мишени психотерапевтического воздействия у больных с эндогенными психозами должны различаться: поведенческая психотерапия в большей степени способствует оптимизации совладания с жизненными ситуациями, в то время как психодинамическая психотерапия способствует улучшению психической адаптации больных, разрешая внутриличностные конфликты. Полученные данные могут быть использованы для разработки психокоррекционных программ с целью улучшения интрапсихической и социальной адаптации.

Н.Ю. Александров

ХРОНИЧЕСКИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩИЕ ПОЛИНЕВРОПАТИИ. КЛИНИКО-ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования

Хроническая воспалительная демиелинизирующая полиневропатия (ХВДП) относительно редкое приобретенное заболевание периферической нервной системы, в основе которого лежит демиелинизация нервных стволов и корешков. Впервые это заболевание было описано Austin в 1958 году, а в 1975 году Dyck PJ с соавторами выделили отдельную нозологическую форму - хроническая воспалительная полирадикулоневропатия. Типичным проявлением ХВДП является прогрессирующее или ремитирующее течение заболевания, вовлечение в патологический процесс нервов в дистальных и в проксимальных участках, иногда вовлечение черепно-мозговых нервов. Диагностика ХВДП основана, прежде всего, на характерных клинических признаках и результатах электрофизиологического исследования. Ключевым является выявление приобретенной демиелинизации периферических нервов с помощью электронейромиографии. Основные, наиболее достоверные признаки демиелинизации это снижение скорости проведения более чем на 30% от нижней границы нормы, увеличение латентностей F-волн более чем на 20%, дистальных латентностей м-ответов более чем на 50%. В отличие от наследственных форм демиелинизирующих полиневропатий при ХВДП демиелинизация нередко не диффузная, а фокальная или мультифокальная. Основными показателями мультифокальной демиелинизации, определяемыми при электронейромиографии является увеличение временной (темпоральной) дисперсии и блоков проведения м-ответов.

На основе клинических и электрофизиологических данных выделяют следующие основные варианты ХВДП: 1)Классическая ХВДП. 2)Мультифокальная сенсоро-моторная невропатия (мультифокальная ХВДП, синдром Льюиса-Сомнера). 3)Дистальная преимущественно сенсорная ХВДП. 4) ХВДП с вовлечением ЦНС. 5) Локальные формы (плексопатии). По результатам собственных наблюдений и опубликованных литературных данных, классическая ХВДП наблюдается не более чем у 40-50% больных, а у остальных пациентов встречаются различные варианты ХВДП нередко сложные для распознавания невроло-

гами, что затрудняет своевременную диагностику этого потенциально курабельного заболевания.

Алексеева Татьяна Михайловна, Шабашова Надежда Венедиктовна.

Аутоиммунные нервно-мышечные заболевания. Состояние проблемы.

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования (ГОУ ДПО СПбМАПО), Санкт-Петербург, Россия
atmspb@mail.ru

Аутоиммунные заболевания (АИЗ) включают более 80 нозологических форм, относятся к числу наиболее распространенных и тяжелых болезней человека. Аутоиммунный процесс составляет основу ряда нервно-мышечных заболеваний, таких, как миастения гравис и идиопатические воспалительные миопатии – полимиозит и дерматомиозит.

Патогенез этих заболеваний рассматривается как сочетание генетически детерминированных и индуцированных факторами внешней среды дефектов активации приобретенного и врожденного иммунитета. Основу патогенеза ИВМ составляет дисбаланс иммунорегуляторных механизмов, главным образом, Т-клеточной иммунорегуляции, приводящий к неконтролируемой гиперпродукции провоспалительных медиаторов.

Перспективными в терапии аутоиммунных нервно-мышечных заболеваний (АИНМЗ) могут быть следующие новые лечебные стратегии: использование новых иммуносорбентов, разработанных с использованием инновационных технологий, для проведения эфферентной терапии; 2. проведение ПФ с использованием моноклональных АТ; 3. выполнение трансплантации стволовых клеток в сочетании с одновременным назначением моноклональных АТ и интерферонов; 4. использование природных и рекомбинантных АТ в качестве молекулярных инструментов;

Усовершенствование диагностики и лечения АИНМЗ возможно при условии проведения ряда организационных мероприятий: создания специализированных центров нервно-мышечной патологии, организации центров терапии генно-инженерными биологическими препаратами (в рамках оказания высокотехнологичных видов медицинской помощи), создания Российского регистра пациентов, страдающих АИНМЗ

В течение следующего десятилетия основные усилия должны быть направлены на разработку новых лабораторных и инструментальных методов, позволяющих проводить диагностику АИНМЗ на ранних стадиях. Лечение АИНМЗ должно быть максимально индивидуализированным, а выбор того или иного препарата должен основываться на расшифровке преобладающих патогенетических механизмов развития болезней. Раннее назначение препаратов позволит достигнуть длительной ремиссии, а в ряде случаев, возможно, и полного излечения пациентов.

К.Т. Алиев, С.А. Волкова, Д.Г. Смолко, Д.С. Капитонов, Е.Л. Пугачева

НЕЙРОПРОТЕКЦИЯ ПРИ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ И СПИНАЛЬНОМ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П.Павлова

Выяснение каскада биохимических изменений в зоне ишемии с гибелью нейронов привело к новым перспективам лечения сосудистых заболеваний нервной системы путем применения нейропротективных препаратов. Экспериментальные исследования возможностей нейропротекторов активно проводятся в последние четверть века. В нашей работе, в качестве материала исследования, были выбраны больные с кардиогенным церебральным ишемическим инсультом в бассейне передней мозговой артерии (ПМА), стволовым инсультом при поражении позвоночной артерии (диссекции) и спондилогенные спинальные инсульты люмбосакральной локализации. **Цель исследования: о**пределить и сопоставить эффективность нейропротективной терапии у больных с выше упомянутой патологией при введении кортексина, глиатилина и цитофлавина. **Материал и методы исследования: д**изайн работы: открытое сравнительное рандомизированное исследование. Всего нами обследовано 90 пациентов с ишемическим инсультом указанной выше локализации (по 30 человек в каждой группе). Для оценки эффективности нейропротективной терапии использовали шкалы NIHSS, индекс Barthel, шкалу MMSE, госпитальную шкалу тревоги и депрессии. Для спинальных инсультов люмбо-сакральной локализации использовали шкалу ASIA со шкалой оценки степени тяжести. Эффективность лечения оценивали по отношению показателей шкал до обследования и через 4 недели от начала лечения в сравнении между подгруппами. Все исследуемые препараты вводились до 24 часов от появления первых симптомов в соответствии с инструкцией. **Результаты исследования:** эффективность комплексной нейропротективной терапии оказалась выше у больных со стволовым и спинальным инсультами, улучшая исходы и повышая эффективность реабилитации (p<0,05). У всех наших пациентов улучшались показатели когнитивных функций, депрессии/тревоги и качество жизни (p<0,05). Нежелательных явлений, в ходе лечения наших пациентов не наблюдали. Использованные оценочные шкалы достоверно подтверждают наличие эффективности нейропротективной терапии у исследованных препаратов (кортексин, глиатилин, цитофлавин).

neurolog.aliev.k@mail.ru

Л.Ю. Бадзарадзе, В.И. Усачёв, С.В. Лобзин,
В.А. Фокин, Т.В. Лалаян, Ю.Д. Бадзарадзе

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ РАВНОВЕСИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ЦЕРВИКАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования

В связи с совершенствованием лучевой диагностики цервикальные стенозы выявляются у неврологических больных в последнее время довольно часто. У таких пациентов могут наблюдаться как изолированные спинальные синдромы, так и церебро-спинальные синдромы.

Мы не обнаружили в литературе данных о нарушении функции равновесия тела у данной категории больных. В связи с этим, нами была предпринята попытка выяснения особенностей нарушения функции равновесия тела пациентов с цервикальным стенозом. Обследование проводилось с помощью компьютерного стабилоанализатора «Стабилан–01–2», выпускаемого ОКБ «Ритм», Таганрог. Пациенты были разделены на две группы: с изолированными спинальными синдромами – 25 человек (1 группа) и с сочетанными церебро-спинальными синдромами – 31 человек (2 группа). Стабилометрию проводили с закрытыми глазами в течение одной минуты. Изучались следующие стабилометрические параметры: отклонение тела, площадь статокинезиграммы, показатель качества функции равновесия (КФР), средняя линейная скорость перемещения центра давления стоп (ЦД).

Отклонение тела оценивалось по координатам центра давления стоп. У пациентов обеих групп отклонение тела носило однотипный характер и характеризовалось умеренным отклонением во фронтальной плоскости на 6,47±0,89 мм у лиц первой группы и на 6,59±0,89 мм у лиц второй группы и значительным отклонением в сагиттальной плоскости вперёд – на 16,48±2,60 мм и на 18,14±2,50 мм соответственно.

Площадь статокинезиграммы оценивалась по её 95% доверительному эллипсу. У пациентов первой группы площадь статокинезиграммы не превышала норму и составила 185,44±34,27 мм^2 (норма 235,4±41,37 мм^2), тогда как у пациентов второй группы она была больше нормы – 253,48±51,27 мм^2.

Качество функции равновесия у пациентов первой группы было лучше, чем качество функции равновесия пациентов второй группы. Так, у пациентов первой группы КФР составил 72,15±2,49%, а у пациентов второй группы – 53,76±3,47%.

Таким образом, при цервикальных стенозах у пациентов с церебро-спинальными синдромами функция равновесия нарушена в большей степени, чем у пациентов со спинальными синдромами.

amantis@rambler.ru

Беляева О.А., Крауз В.А.

ВЛИЯНИЕ МЕЛИЛОТИНА НА ТРЕВОЖНОСТЬ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ НЕВРОТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ

Санкт-Петербургская Государственная химико-фармацевтическая академия

Мелилотин – водорастворимый экстракт донника лекарственного Melilotus officinalis (L.) Pall., сем. Бобовые, Fabaceae Lindl. с антигипоксической активностью.

Цель настоящего исследования: изучить влияние мелилотина на тревожность животных высоко- и низкоустойчивых в стрессовой ситуации при экспериментальном невротическом состоянии.

Методы исследования: эксперименты выполнены на 80 белых крысах самцах массой тела 180-220 г. Анксиолитическую активность мелилотина исследовали в тесте «приподнятый крестообразный лабиринт». Исследуемый препарат вводили в дозе 60 мг/кг внутрибрюшинно. Контрольная группа животных получала равные объемы воды для инъекций. Перед началом эксперимента оценивали исходные поведенческие реакции животных в тестах «открытое поле» и «норковый рефлекс». По результатам тестирования были сформированы 2 группы, отличающиеся по уровню устойчивости в стрессовой ситуации: высокоустойчивые (ВУ) и низкоустойчивые (НУ). Хроническую невротизацию крыс проводили на модели «конфликт афферентных возбуждений» в течение 28 дней.

Результаты, полученные в тесте «приподнятый крестообразный лабиринт» показали, что на фоне действия мелилотина в группе ВУ невротизированных животных уменьшалось число заходов в открытые рукава с одновременным увеличением числа свешиваний и выглядываний, а у НУ уменьшалось время нахождения в закрытых рукавах с одновременным увеличением его в открытых рукавах, числа свешиваний и стоек по сравнению с показателями контрольной группы.

Таким образом, в условиях хронической невротизации в группе НУ животных антигипоксант растительного происхождения мелилотин при профилактической схеме введения проявляют выраженный анксиолитический эффект, тогда как в группе ВУ невротизированных крыс мелилотин оказывает слабовыраженное противотревожное действие.

belolesya@yandex.ru

Е.Н.Винарская [1], Р.А. Кууз[2], Г.И. Фирсов[3]

ИССЛЕДОВАНИЕ ДИСКРИМИНАНТНО-ПРОГНОСТИЧЕСКОЙ СПОСОБНОСТИ КОЛИЧЕСТВЕННЫХ ХАРАКТЕРИСТИК НЕЛИНЕЙНОЙ ДИНАМИКИ ПРОЦЕССОВ РЕГУЛЯЦИИ ПОЗЫ В ЗАДАЧАХ КЛИНИЧЕСКОЙ НЕВРОЛОГИИ

[1]Московский городской педагогический университет; [2]Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова; [3]Институт машиноведения им. А.А.Благонравова РАН

Исследование колебаний центра тяжести тела человека при поддержании заданной позы представляет интерес как для изучения физиологии регуляторных функций организма и общих принципов управления системами с большим числом степеней свободы, так и с клинической точки зрения, поскольку хорошо известно [1,2], что эти колебания несут большой объем информации о состоянии ЦНС. В связи с этим, представляется целесообразным анализ динамических моделей, описывающих возникновение и основные свойства колебаний биомеханической системы, наблюдающихся при сохранении позы. В известных моделях система регуляции позы рассматривалась как система стабилизации некоторых заранее заданных координат, как правило, суставных углов. При этом предполагалось, что возникновение и случайный характер изучаемых процессов может быть объяснен воздействием на вход этой системы недоступного для измерения "белого" шума, природа которого не уточнялась. Таким образом, эти процессы рассматривались как вынужденные случайные колебания. В то же время можно предположить, что изучаемые колебания имеют динамическую природу, т.е. представляют собой стохастические автоколебания в системе регуляции позы, а не вызваны внешним по отношению к этой системе шумом. В этом случае, свойства этих колебаний определяются полностью нервно-мышечной системой, а не системой и шумом неизвестной природы (как имеет место при вынужденных колебаниях).

Задача состоит в том, чтобы экспериментально определить, является ли исследуемая система динамической, т.е. совершает автоколебания, на которые наложен шум, или же она совершает вынужденные случайные колебания. В первом случае, статистические свойства процесса на выходе системы в основном определяются свойствами самой системы, и, следовательно, являются характеристиками ее состояния и могут быть использованы для целей диагностики, а во втором случае они отражают как свойства системы (как некоторого фильтра), так и характеристики случайного внешнего возмущения.

Эту задачу можно решить, анализируя движения системы в ее фазовом пространстве. Известно, что если система является динамической, то в ее фазовом пространстве существует предельное множество точек (аттрактор), к которому притягиваются фазовые траектории из некоторой области начальных условий. Аттрактор, в частности, характеризуется фрактальной размерностью d и размерностью вложения m, связанной с ней соотношением $d < m < 2d+1$ (теорема

Мане), и определяющей число независимых переменных, необходимых для однозначного описания поведения системы. Для периодических колебаний, образом которых в фазовом пространстве является предельный цикл, $d = 1$, для двухчастотных квазипериодических - $d = 2$, а в случае стохастических колебаний, образом которых является странный аттрактор, $d > 2$. Случайный процесс, порожденный динамической системой, характеризуется небольшими значениями размерностей, в то время как шум, т.е. процесс, порожденный большим количеством источников (системой с очень большим числом степеней свободы), имеет много большие значения размерностей.

Нами, совместно с М.Г. Розенблюмом [3], была проведена оценка размерностей m и одной из оценок d – так называемой корреляционной размерности n по стабилограммам, полученным в эксперименте со здоровыми испытуемыми и с больными с различными видами неврологической патологии. Эксперимент проводился с помощью тензометрической стабилографической платформы фирмы Ela производства Франции. Испытуемыми были пациенты Клиники нервных болезней и студенты Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова.

Для расчетов размерности вложения аттрактора m использовались 15 стабилограмм по 4096 отсчетов, дискретизованных с частотой 30 Гц. Данные обрабатывались по алгоритмам, описанным в [4,5]. Использовался метод Брумхэда и Кинга с предварительной фильтрацией. Размерность конструируемого фазового пространства выбиралась равной $n = 20$. При фильтрации учитывалась проекция только на первую ось базиса в фазовом пространстве), число итераций – до 5. Вычисленное значение размерности вложения m составило $m < 5$. Для определения корреляционной размерности n использовалось восемь экспериментальных реализаций по 9000 отсчетов (90 с).

Некоторые полученные результаты представлены в таблице. Полученные в случаях 6 и 7 значения $n < 2$ могут быть объяснены отсутствием развитого хаоса и близостью процесса к периодическому. Результаты наших экспериментов могут служить подтверждением известной гипотезы [6], что динамика здоровой физиологической системы должна продуцировать высоко нерегулярные и комплексные типы вариативности, в то время как заболевание и старение связаны с потерей комплексности и большей регулярностью.

В работе [7] с помощью иного алгоритма оценки размерности для практически здоровых людей получено значение корреляционной размерности в пределах 1,1 – 1,5, разница может быть объяснена как сравнительно малой длиной временного ряда, обусловленного требованиями по максимально возможному времени эксперимента и частотой дискретизации [8], так и особенностями используемых подходов к реконструкции аттракторов. Таким образом, применение методов теории стохастических автоколебаний позволило оценить из эксперимента эффективное число степеней свободы тела человека в задаче регуляции его вертикальной позы, определяемое минимальным числом независимых динамических переменных, необходимым для описания поведения системы и равным размерности вложения аттрактора m. Величина m лежит в пределах от 3

до 5. Это означает, что исследуемый объект может рассматриваться как динамическая система с малым числом степеней свободы.

Таблица 1

№	испытуемый, состояние	диагноз	*n*
1	К. глаза открыты	норма	2,22
2	М. глаза открыты	гипокинез	2,3
3	С. глаза открыты	Норма	2,12
4	Б., глаза открыты	невроз, прием психотропных	3,5
5	Б., глаза закрыты	препаратов	2,05
6	Д., глаза открыты	ранняя стадия невроза	1,76
7	Д., глаза закрыты		1,89
8	Л. глаза открыты	рассеянный склероз	2.94

Полученный результат отвечает известной концепции Н.А.Бернштейна, согласно которой основная задача координации движений сложной биомеханической системы состоит в преодолении избыточных степеней свободы за счет наложения дополнительных связей, называемых синергиями, что в значительной степени облегчает управление многомерной системой.

Таким образом, строгий подход с использованием различных количественных характеристик хаотических движений в задачах ранней диагностики функциональных нарушений в организме человека может оказаться перспективней используемых в настоящее время статистических и спектральных методов анализа различных биосигналов. Почему же колебания тела человека вокруг заданного положения равновесия носят случайный характер? Система управления может так «выбрать» параметры, чтобы автоколебания были периодическими или отсутствовали, однако в норме этого не наблюдается: проявления периодичности, как правило, свидетельствуют о некоторой патологии. Аналогичный результат известен также для колебательных процессов, связанных с сердечной деятельностью [9,10].

Литература

1. Кууз Р.А., Фирсов Г.И. Применение методов компьютерной стабилометрии для решения задач функциональной диагностики в неврологии // Биомедицинская радиоэлектроника.- 2001. – № 5-6. – С. 24-33.

2. Винарская Е.Н., Кууз Р.А., Фирсов Г.И. Методы компьютерной стабилометрии для решения задач функциональной диагностики в неврологии // Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. Труды Четвертой Всероссийской научно-практической конференции с международным участием (Санкт-Петербург, 24-26 ноября 2009 г.). – СПб.: Вести, 2009. – С.325-334.

3. Rosenblum M.G., Firsov G.I., Kuuz R.A., Pompe B. Human Postural Control - ForcePlate Experiments and Modelling // Nonlinear Analysis of Physiological Data. / Ed. by H. Kantz, J. Kurths and G. Mayer-Kress. - Berlin: Springer, 1998, P.283-306.

4. Ланда П.С., Розенблюм М.Г. Об одном методе определения размерности

вложения аттрактора по результатам эксперимента // ЖТФ. - 1989. - Т.59. - № 1. - С.13-20.
5. Ланда П.С., Розенблюм М.Г. Сравнение методов конструирования фазового пространства и определения размерности аттрактора по экспериментальным данным // ЖТФ. –1989. - Т.59. - № 11. - С.1-6.
6. Ehlers C.L. Chaos and complexity: can it help us to understand mood and behavior // Archives of General Psychiatry. - 1995. - Vol. 52. - P.960-964.
7. Колесников А.А., Слива С.С., Кононов А.Ф. Аналитическое конструирование агрегированных регуляторов: синергетическое управление биомеханическими системами // Управление и информационные технологии. - СПб.: СПбГПУ, 2003. - С.42-46.
8. Кууз Р.А., Фирсов Г.И. Проблемы стандартизации в постурологии // Клиническая постурология, поза и прикус / Материалы Международного симпозиума. - СПб.: ООО "ИД СПбМАПО", 2004. - С.41-46.
9. Бернштейн Н.А. О построении движений. – М.: Соцэкгиз, 1947. – 255 с.
10. Распознавание образов и медицинская диагностика. Под ред. Ю.И. Неймарка. - М.: Наука, 1972. –328 с.
11. Nonlinear Dynamics in Sudden Cardiac Death Syndrome – Heart Rate Oscillations and Bifurcations / Goldberger A.L., Rigney D.R., Meetus J. at al. // Experientia. – 1988. – V.44. – No.11. –P.983 – 987.

В.О. Генералов, Т.Р. Садыков, Ю.В.Казакова

ВЛИЯНИЕ СТРУКТУРЫ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО ОЧАГА НА СЕМИОЛОГИЮ МЕЗИАЛЬНОЙ ВИСОЧНОЙ ЭПИЛЕПСИИ

Российский государственный медицинский университет, Москва

Височная эпилепсия является наиболее частым вариантом симптоматической эпилепсии у взрослых. Эпилептогенные повреждения мезиальных отделов височной доли могут иметь как врожденный характер (мезиальный височный склероз), так и быть приобретенными вследствие действия постнатальных неспецифических факторов (токсических и ишемических) [Luders H. 1994]. При этом кинематика эпилептических приступов, наряду с нейрофизиологическими и нейрорадиологическими методами исследования головного мозга, является одним из факторов, позволяющим определить локализацию источника эпилептической активности.

Цель исследования: сравнить кинематику и семиологию эпилептических приступов при мезиальной височной эпилепсии различной этиологии.

Методы исследования: клинический осмотр, пролонгированный ВЭЭГ-мониторинг длительностью не менее 12 часов с включением ночного сна, МРТ головного мозга.

Результаты: было обследовано 202 пациента с мезиальной височной эпилепсией. При обработке результатов ВЭЭГ-мониторинга программой многошаговой дипольной локализации BrainLoc 6.0 у всех пациентов источник эпилептиче-

ской активности определялся в проекции гиппокампальных отделов мозга.
В зависимости от структурных изменений, выявленных при МРТ головного мозга пациенты были разделены на группы. В группу с наличием структурных изменений гиппокампальных отделов (лезиональная эпилепсия) были включены пациенты с установленным диагнозом мезиального височного склероза, всего 38 пациентов, из них 20 женщин, 18 мужчин, средний возраст пациентов на момент обследования составил 26,2±5,4 лет, средний возраст дебюта эпилептических приступов - 11,3±4,2 лет.
В группе нелезиональной мезиальной височной эпилепсии были проанализированы 164 пациента, из них 131 мужчина, 33 женщины, средний возраст составил 48,2±9,4 лет, дебют эпилептических приступов произошел в 45,3±8,5 лет. Этиологическими факторами развития эпилепсии в этой группе являлось злоупотребление алкоголем (алкогольная эпилепсия) у 100 человек, у 64 пациентов эпилепсия развилась вследствие хронической ишемии мозга. При проведении МРТ клинически значимых изменений церебральной структуры, в том числе гиппокампальных регионов, в этой группе не выявлено, у 134 (81,7%) пациентов определялись признаки диффузной корковой и подкорковой субатрофии вещества головного мозга.
В клинической картине лезиональной мезиальной височной эпилепсии (МТС) определялись вторично-генерализованные судорожные приступы с медленной клинической генерализацией (73,7%). При этом начало приступа с абдоминальной, вкусовой или обонятельной ауры отмечалось у 24 пациентов из 38 (63,2%). С момента появления приступной ауры до отключения сознания проходило от 3 до 30 сек.
Среди простых парциальных приступов наиболее часто отмечались эпигастральные сенсорные приступы (17 пациентов - 44,7%), вкусовые приступы (12 пациентов – 31,6%).
Сложные парциальные приступы определялись у 20 (52,6%) пациентов.
В клинической картине нелезиональной мезиальной височной эпилепсии доминировали вторично-генерализованные судорожные приступы с быстрой клинической генерализацией (89,0%). Приступ начинался неожиданно, пациенты не чувствовали начала приступа. Сложные парциальные приступы зарегистрированы у 19,5% пациентов. Простые парциальные приступы проявлялись в виде появления неприятного вкуса и дурноты и встречались крайне редко (2 из 164 пациентов 1,2%).
При сравнении групп выявлены достоверные различия в кинематике и семиологии эпилептических приступов. Для группы с МТС была характерна медленная генерализация эпилептических приступов, большее количество парциальных приступов. В группе с нелезиональной мезиальной эпилепсией преобладала быстрая генерализация эпилептических приступов.
Таким образом, в результате исследования было показано, что семиология и кинематика приступов при эпилепсии зависит не только от локализации источника эпилептической активности, но и от его структурной основы.

В.И.Головкин, С.Н.Жулёв, М.В.Фоминцева

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ ТЕМПЕРАТУРНОЙ И ВИБРАЦИОННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ РС

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования

Введение: Нарушения чувствительности в клинической картине РС выявляются у 80-90% пациентов (Т. Е. Шмидт, Н. Н. Яхно, 2003). Методу количественного сенсорного тестирования (QST), позволяющему дифференцированно оценить функцию чувствительных проводников у больных РС, посвящены единичные зарубежные исследования (Brown L.N., 2005; Gruenwald I. et al., 2007; Svendsen K.B., 2005).

Цель исследования: С помощью QST изучить нарушения температурной и вибрационной чувствительности у больных РС, проанализировать взаимосвязь чувствительных расстройств с особенностями течения заболевания, его клиническими проявлениями, данными МРТ и записи сомато-сенсорных вызванных потенциалов (ССВП).

Материал и методы: Обследовано 172 больных РС согласно критериям W.McDonald (2001). Сенсорная функция была исследована при помощи QST методом границ и записи ССВП.

Результаты: Чаще отмечались отклонения в сегменте С7 (холодовая чувствительность - от 90,70% до 93,8%, тепловая - от 47,29% до 52,71%, вибрационная — от 30,81% до 39,5%). Выявлена достоверная связь между значениями температурной и вибрационной чувствительности с полом, возрастом, баллом EDSS, длительностью и скоростью прогрессирования заболевания, наличием чувствительных расстройств в клинической картине и МРТ очагов демиелинизации в подкорковых ядрах ($p<0,05$). Чувствительные расстройства в дебюте заболевания были достоверно связаны с холодовой чувствительностью в сегменте С7 и тепловой чувствительностью в сегменте L4 ($p<0,05$). Нарушения чувствительности в фазе обострения заболевания коррелировали с показателями холодовой и тепловой чувствительности на обоих уровнях. Получена корреляция показателей вибрационной чувствительности с латентностью Р37 при оценке ССВП ($p<0,05$).

Заключение: Изменения температурной и вибрационной чувствительности у больных РС коррелируют с данными МРТ, тяжестью клинических проявлений заболевания, его продолжительностью и скоростью прогрессирования ($p<0,05$). Чувствительные расстройства в дебюте заболевания имеют определенные нейрофизиологические паттерны ($p<0,05$). Расстройства чувствительности в фазе обострения сопровождаются более распространенными нейрофизиологическими изменениями ($p<0,05$).

Вывод: Количественная оценка нарушений чувствительности при РС существенно дополняет клиническую картину заболевания.

Н.И. Горбунова[1] Н.Г. Федюнина[2], П.Б. Татаринцев[3], Л.М. Тибекина

ВЛИЯНИЕ КРИОТЕРАПИИ НА СОСТОЯНИЕ МОЗГОВОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ

[1] Алтайский государственный медицинский университет; [2] КГУЗ «Диагностический центр Алтайского края», Барнаул; [3] Югорский государственный университет, Ханты-Мансийск; Санкт-Петербургский государственный университет

В последнее время криотерапия находит широкое применение в практической медицине в связи с её противоболевым, спазмолитическим, противовоспалительным действием. Эффекты воздействия сверхнизких температур при шейном остеохондрозе для купирования боли у лиц с синдромом позвоночной артерии, сопровождающимся ангиодистонией сосудов ВББ, изучены недостаточно. В связи с этим **целью** данного исследования явилось изучение состояния мозговой гемодинамики у больных с ДДЗП шейного уровня с синдромом позвоночной артерии при применении в комплексном лечении криотерапии.

Исследования проведено у 19 пациентов с остеохондрозом шейного отдела позвоночника и синдромом позвоночной артерии в возрасте от 30 до 50 лет. Средний возраст составил 40±1,2 года. Всем пациентам проводилось дуплексное сканирование брахиоцефальных сосудов и транскраниальная допплерография на аппарате Spectra Masters (Diasonics, США) до лечения и после криотерапии, проводимой с использованием криоаппликаторов из никелида титана.

Полученные данные показали, что у большей части пациентов с синдромом позвоночной артерии имеются ДГ-признаки ангиодистонии церебральных сосудов, преимущественно ВББ по гипертоническому типу в 58,6% случаев, по гипотоническому –в 6,5% случаев. Прослеживалась асимметрия кровотока по интракраниальному сегменту позвоночных артерий, составляющая в среднем 31,5%. У половины больных отмечались ДГ-признаки экстравертебрального влияния на уровне костного канала.

После курса криотерапии констатировалось уменьшение ангиодистонических сосудистых проявлений в ВББ по гипертоническому типу до 48,9%, по гипотоническому типу –до 3,8%. Отмечалась нормализация скоростных показателей кровотока в ВББ, а также значительное уменьшение коэффициента асимметрии кровотока по интракраниальному сегменту ПА до 16,7%.

Установлена корреляционная связь между показателями функционального резерва мозгового кровообращения и снижения скоростных показателей кровотока по позвоночным артериям и индексом резистентности.

Таким образом, криотерапия воротниковой области у больных с синдромом позвоночной артерии способствует нормализации сосудистого тонуса ВББ, скоростных показателей вертебрально-базилярного бассейна и уменьшению коэффициента асимметрии кровотока по интракраниальному сегменту в два раза, делая его гемодинамически незначимым.

lmtibekina@mail.ru

М.Г. Дашина, Н.Н. Тимошникова, Ю.Ю. Новикова

НАРУШЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИЕЙ СЕРОУГЛЕРОДОМ

Федеральное государственное учреждение «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Алтайскому краю», Барнаул

В производственных условиях нередко применяют вещества, обладающие токсическими свойствами. К токсическим веществам относятся различные химические элементы, неорганические и органические соединения, которые, попадая в организм в небольших количествах, принимают участие в биохимических реакциях, происходящих в клетках и тканях, нарушают центральную нервную систему, вызывая тем самым нарушения психических функций, эмоционально - волевой и личностной сферы. В клинике профессиональных болезней особого внимания заслуживают хронические интоксикации.

Одним из токсических веществ, применяемых в производственных условиях, является сероуглерод. Сероуглерод применяется в производстве вискозных волокон, целлофана, в химической промышленности – как растворитель фосфора, жиров, резины. Поступая в организм через дыхательные пути и кожу, сероуглерод преимущественно поражает высшие отделы центральной нервной системы человека.

Данная категория больных при наличии у них признаков инвалидности направляется лечащим врачом на освидетельствование в бюро медико-социальной экспертизы. Характерными для этой группы больных являются жалобы на состояние психического здоровья: снижение памяти, рассеянность внимания, заторможенность, утомляемость, плаксивость, повышенную обидчивость, раздражительность. Поэтому при прохождении освидетельствования в бюро МСЭ они направляются на дополнительное обследование к психологу-эксперту и, при необходимости, к психиатру-эксперту. Состояние психического здоровья этих освидетельствуемых является фактором, отягощающим общее состояние организма, и обязательно требует оценки степени выраженности, стойкости психических нарушений, определения патопсихологического симптомокомплекса, к которому выявленные нарушения относятся. При выявлении стойких, умеренно выраженных или выраженных нарушений психической деятельности больные признаются инвалидами по психической патологии, либо выявленные нарушения «усиливают» группу инвалидности по основной патологии.

mse22@mail.ru

Ермакова Н.Г.

ПСИХИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ИНСУЛЬТА В УСЛОВИЯХ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена

Актуальной медико-социальной проблемой является реабилитация больных с последствиями инсульта, направленная на восстановление нарушенных функций, социальных контактов и возвращение больного в общество и к посильному труду. Наряду с биологическими и физическими методами воздействия на больного в реабилитации большое значение имеют психосоциальные методы, направленные на формирование адекватной психологической позиции больного в процессе лечения, на мобилизацию ресурсов личности больного и оптимизацию реабилитационного процесса(Кадыков А.С. и др.2008).

В исследование принимали участие 294 больных с последствиями инсульта; из них 231 мужчин,63 женщины; с локализацией очага поражения в левом полушарии- 169,в правом- 125; с двигательными нарушения в виде гемипареза легкой степени-150 больных; средней тяжести 144 больных; легкие когнитивные расстройства наблюдались у 194,умеренные у 38 больных.. У 95 % больных наблюдался ишемический инсульт.

Все больные получали комплексное восстановительное лечение в стационарном центре реабилитации городской больницы №40 Санкт-Петербурга в 1999-2006 г. В процессе восстановительного лечения больные получали лекарственную терапию, лечебную физкультуру, физиотерапию, психологическую помощь, занятия в комнате бытовой реабилитации, при необходимости логопедическую помощь.

Со всеми больными в процессе оказания психологической помощи проводилось клиническое интервью, и затем индивидуальное консультирование(1-2)встречи, которые способствовали пониманию внутриличностных изменений и проблем больных. Применялись клинико-психологические и экспериментально-психологические методы исследования.. При работе с больными использовались также шкала отношения к болезни и к лечению(Демиденко Т.Д., Ермакова Н.Г.,2004),оценка качества жизни (Логунов К.В.,1999); шкала Бартела(Белова А.Н.,2002). Психологическая помощь оказывалась индивидуально и в группе На основание проведенного исследования, контент-анализа высказываний больных были выявлены этапы и стадии психической адаптации ,которые наблюдались у всех больных в разной степени выраженности и длительности.

1 этап психической адаптации ,1 стадия.(от0 до 1-2-х месяцев)

С момента начала заболевания после возвращения сознания(если инсульт сопровождался потерей сознания), все больные отмечали утрату целостности восприятия себя ,нарушения чувствительности в разной мере выраженности.

На первой стадии больные отмечали утрату единства ощущений и целостности восприятия тела, изменения разных видов чувствительности. Больные отмечали нарушения зрения («все какое-то не яркое ,блеклое»);кинестетических

ощущений, акта движений-(«тело, как не мое»); слуха («не узнаю слова, звуки музыки»); температурной чувствительности («температура не различается отдельными частями тела»); вкуса(« все безвкусное2);); речи –(«голос не похож на мой»).Эти переживания приводили к утрате восприятия целостности организма, целостности «Я» Переживание утраты восприятия целостности «Я» приводили, нередко к ипохондрическим, депрессивным реакциям больных . Проявление дереализации (десенсибилизации) имело органическое происхождение, в результате локального поражения головного мозга во время инсульта. Этому способствовали проявления амузии, слуховой агнозии, зрительной агнозии; нарушения тактильной, проприоцептивной, вкусовой, температурной чувствительности; они и приводили к расстройству целостности «Я». С другой стороны в исследованиях по посттравматическому стрессу (Тарабрина Н.В.,2001), отмечались проявления дереализации, десенсибилизации у лиц, переживших угрозу смерти. Можно предположить, что в случае больных с последствиями инсульта, нарушения целостности восприятия имеют смешанное происхождение; с одной стороны органические причины, как остаточные проявления поражений головного мозга; с другой стороны, как психогенная реакция на острый стресс(угроза смерти) после перенесенного заболевания (острого нарушения мозгового кровообращения), которое может иметь и летальный исход. Эту ***1 стадию 1 этапа мы назвали – восстановление восприятия целостности организма и целостности «Я».***

По мере получения больными патогенетической терапии, комплексного восстановительного лечения (лекарственная терапия, физиотерапия, лечебная физкультура) происходило постепенное восстановление чувствительности, восстановление нарушенных функций (двигательных, когнитивных и др.); схемы тела.

Восстановлению восприятия целостности организма и «Я» способствовали биологические(физические) методы реабилитации: лекарственная терапия (улучшение метаболизма головного мозга), физиотерапия (массаж, электропроцедуры, ванны), лечебная физкультура(занятия с методистом индивидуально и в группе, лечебная ходьба) Они способствовали восстановления суставно-мышечного чувства, проприоцептивной, тактильной ,температурной, чувствительности, а также и других видов чувствительности . Наряду с биологическими методами реабилитации применялись психосоциальные методы: занятия с логопедом, психологическая помощь.. Следует отметить, что к моменту поступления в реабилитационный стационар в значительной мере процесс восстановления целостности восприятии организма и целостности «Я» у больных завершился.

2 стадию1 этапа психической адаптации мы назвали ***- стадия самопринятия нарушенных функций организма***.(от 2-х до 6 месяцев от начала заболевания)

Несмотря на восстановление целостности восприятия организма и целостности «Я» у всех больных сохранялись остаточные нарушения физических и когнитивных функций. Восстановление разных видов чувствительности происходило

разновременно. Возникала необходимость принятия организма (тела и психики), таким, какой он есть, со всеми повреждениями. Телесное и психическое самопринятие, по высказываниям больных, происходило именно в процессе курса реабилитации. На 2 стадии 1 этапа нами наблюдалось 112 больных.

У части больных изменения чувствительности сохранялись и больным приходилось привыкать к своим новым ощущениям («теперь это мои новые ощущения тела»).

С больными проводились биологические методы воздействия (лекарственная терапия, физиотерапии, лечебная физкультура); они способствовали восстановлению чувствительных и двигательных функций. Наряду с биологическими методами применялись психосоциальные методы реабилитации, направленные на восстановление самообслуживания, общения, улучшение адаптации в социуме (трудотерапия, терапия занятостью, бытовая реабилитация, занятия с логопедом, психологическая помощь).

Именно во время курса реабилитации больные впервые стали получать развернутую, психотерапевтически –ориентированную информацию о болезни, о возможностях восстановления нарушенных функциях, о прогнозе возвращения к труду и др. Информация предоставлялась прежде всего лечащими врачами, а также другими специалистами, взаимодействующими с больными (врач лечебной физкультуры; методист лечебной физкультуры; врач –физиотерапевт, медсестры физиотерапевтических кабинетов; массажисты, инструкторы в комнате бытовой реабилитации, логопеды, и другие специалисты).

Позитивный прогноз возможностей восстановления нарушенных функций полученный от лечащих врачей, способствовал снижению тревоги и депрессии; способствовал формированию позитивного представлению больного об излечение, позитивной лечебной перспективе.

Наиболее целенаправленная психологическая помощь больным осуществлялась медицинским психологом и была направлена на осознание и решение проблем; на принятие своих нарушенных функций. Психологическая помощь оказывалась индивидуально и в группе; использовались приемы и методы гуманистической психотерапии. Наибольшей проблемой в самопринятии были жалобы на когнитивные проблемы (памяти, внимания, мышления).

У части больных (59) (с легкими когнитивными нарушениями и легким гемипарезом) жалобы носили субъективный характер. При патопсихологическом исследовании больные справлялись с пробами, но медленнее средних нормативов. Они выполняли задания с ошибками, которые сами замечали и исправляли. Сам факт снижения когнитивных способностей был неприятен больным, которые зачастую работали по профессиям связанным с интеллектуальной нагрузкой (конструкторы, диспетчеры, инженеры). В этом случае, у них была достаточная, положительная мотивация к занятиям, направленным на восстановление нарушенных когнитивных функций.

У другой части больных (15- с легкими когнитивными нарушениями и со средним гемипарезом) наблюдались проблемы самопринятия своих психических и физических нарушений. Наряду со снижением когнитивных функций

(внимания, памяти) больные испытывали трудности двигательных функций.

У части больных (38- с умеренными когнитивными нарушениями, со средним гемипарезом) нарушения когнитивных функций дополнялись двигательной неловкостью и снижением самообслуживания. У больных возникали проблемы адаптации к сложностям самообслуживания (одевания, умывания, приема и приготовления пищи) и самостоятельной ходьбы и др.; что приводило к зависимости от других людей, хоть и частичной.

Они переживали снижение когнитивных функций и их последствия: («пережгла все чайники, свет (воду) за собой забываю выключать, дочка ворчит»; «мне не доверяют, все время контролируют» и т. д.). Больные отмечали изменения в своем статусе в семье; надсмешки, иронию; в ряде случаев отвержение; что приводило к невротическим и депрессивным реакциям больных.. Когнитивное снижение приводило, как правило, к утрате больными авторитета в семье, повышенному контролю со стороны родственников; их недоверием к самостоятельности больных; приводило к снижению самооценки больных; к трудностям формирования позитивной установки на восстановление.

На второй стадии 1 этапа психической адаптации происходило осознание нарушенных функций, вербализация и формирование отношения к этим нарушениям. Вначале происходило *когнитивное принятие* своего организма, таким, какое есть («что же делать, это же моя рука (нога), голова»; «надо как-то жить дальше»; «за меня же это никто делать не будет»).

Когнитивное принятие сопровождалось и эмоциональными реакциями (досадой, огорчением, а также обидой, депрессией, апатией). В ряде случаев наблюдалась агрессия (преимущественно вербальная) по отношению к проблемной части тела: («я бы её отрезала (руку); только мешает»); проявление отчаянья, гнева по отношению к не слушающейся части тела. По мере улучшения восстановления негативные эмоциональные реакций сменялись надеждой, верой и терпением,- *эмоциональным принятием*.

Вслед за когнитивным и эмоциональным принятием, происходило *поведенческое принятие*, проявляющееся в заботе по отношению к больной части организма (тела и психики) и поведенческое принятие («буду заниматься с рукой (ногой) и восстановлю»); «Я свою руку стараюсь в карман положить, чтобы не мешала», «резиночку натягиваю на тапок, чтобы не сваливался»; «ногу поднимаю повыше ,чтобы не загребать и не упасть» и т.д.). Таким образом, локальные нарушения физических и психических функций уже стали «своими» и были включены больными в схему тела, которая после заболевания стала иной, но уже своей.

Психологическая помощь осуществлялась индивидуально и в группе. Формирование группы и её правил проводилось с применением приемов и методов гуманистически-ориентированной психотерапии. В процессе занятий происходило принятие больного группой, а также принятие его когнитивных и двигательных нарушений. Затем происходило принятие больным самого себя, вслед за принятием группой; осознание не единичности своих проблем, формирование оптимистической лечебной перспективы. Больные получали информацию

от более продвинутых больных о своих достижениях по восстановлению нарушенных функций, о сложностях восстановительного периода и их преодолении; что имело большое психотерапевтическое значение. В процессе занятий осуществлялось осознание больными своих нарушений и возможности их коррекции; принятие ответственности на себя за исход заболевания, осознание возможности собственного контроля за восстановлением нарушенных функций, понимание того, что выздоровление зависит от собственного усердия Часть занятий были направлены на коррекцию высших психических функций и проводились по специально разработанной программе (Демиденко Т.Д., Ермакова Н.Г.,2004).

Применялись приемы и методы арттерапии, которая была направлена на эмоциональное отреагирование; самопринятие и стабилизацию эмоционального состояния больных.

Таким образом, на 1 этапе психической адаптации вначале происходил процесс восстановления восприятия целостности организма и целостности «Я»; (1 стадия)

Затем происходил процесс принятия организма (тела и психики) таким,. какой он есть, со всеми нарушениями функций (2 стадия) 1 этапа – стадия самопринятия .

2 этап психической адаптации мы назвали **этап перестройки межличностных отношений; принятия нового социального статуса** (от 6 месяцев до года от начала заболевания).

На 2 этапе нами наблюдалось 120 больных. После завершения этапа восстановления целостности и самопринятия больные стали осознавать изменение межличностных отношений и проблемы в отношениях с окружающими, которые возникли в результате болезни. Первые пробы общения с ближайшим окружением способствовали выявлению проблем во взаимодействие , в связи с изменившимся статусом больных.. Больные находились на этапе переосмысления межличностных отношений.

Проблемы, возникающие на этом этапе разделились следующим образом:

1.Изменения в отношениях с друзьями; разочарование в друзьях (45%);

2.Изменения статуса на работе (50%); разочарование в сослуживцах. Утрата авторитета.

3.Изменение статуса в семье (70%)

4.Неожиданные приобретения (поддержки тех, от кого не ждал) . .(30%).

У больных возникали проблемы перестройки взаимоотношений с окружающими, с близкими, с сотрудниками. Больные нуждались в помощи осознания возникших проблем, коррекции межличностных отношений. С этой группой больных (120) проводились групповая психотерапия, направленная на осознание и коррекцию межличностных отношений, на коррекцию отношения к самому себе, принятие новых отношений с окружением.

У части больных (61- с легким гемипарезом и легкими когнитивными нарушениями) в значительной мере регрессировали нарушения двигательных, чувствительных и когнитивных функций; восстановился достаточный уровень само-

обслуживания и возникал вопрос о завершении восстановительного лечения и выхода на посильную работу (через-4-6 месяцев после завершения курса лечения).

У другой группы больных (59- с легкими когнитивными нарушениями и средним гемипарезом) возникали проблемы с принятием нового социального статуса- временно нетрудоспособного человека, инвалида. Утрата финансовой независимости от родственников, утрата статуса «кормильца», также приводила к возникновению проблем в отношениях с родственниками. Возникала необходимость их осознания и перестройки.

Процесс осознания межличностных контактов приводил к переоценке отношений и формированию новой системы межличностных отношений.

Вначале происходило *когнитивное принятие*, оценка этих отношений, оценка поведения своих родных, близких, знакомых и друзей («остались только те, кто действительно настоящие друзья, остальные только так назывались»; «Значит произошла проверка, а так бы думал, что это друзья»).

.Затем происходило и эмоциональное отреагирование (досада, обида, удивление, депрессия, апатия), а затем и *эмоциональное принятие* новых отношений («мне безразличен этот человек»; «я никого не виню, но он мне больше не друг и общаться с ним не желаю»)

После когнитивного и эмоционального принятия происходило *поведенческое принятие* (я отказался с ним встречаться, на звонки не отвечаю, решил дистанцироваться»); («пусть теперь жена (муж) командует»; «пусть дети возьмут на себя ответственность и т.д. за свою семью») и формирование новой роли, новых отношений.

Нами применялись групповые методы психологической помощи с использованием гуманистически-ориентированных приемов и методов.

Следующий, ***3 этап психической адаптации*** назван нами ***этапом стабилизации отношений и создания новой концепции жизни*** (от 6 мес до 1,5 лет).

На 3 этапе наблюдалось (62) больных. У одних больных (30- с легким гемипарезом и без когнитивных нарушений) в начале заболевания также имели место проявление утраты целостности восприятия тела, но эта стадия завершилась в течение месяца. По мере восстановительного лечения у них в значительной мере регрессировала симптоматика (двигательные нарушения, восстановилась речь (у кого она была нарушена) в значительной мере. Таким образом, принять нарушенные функции тела, их остаточные нарушения, было нетрудно, больные понимали, что болезнь, уходит и опасались лишь повторения эпизода.

У другой части больных (32 - со средним гемипарезом, без когнитивных нарушений) процесс адаптации осложнялся двигательными затруднениями и проблемами в самообслуживание, которые больные стремились разрешить.

Больные отмечали завершение стадии утраты целостности «Я» в остром периоде(0-1 мес), процесс принятия нарушенных функций завершился по мере их восстановления .Больными принимали свои сохраняющие остаточные нарушения (онемение, двигательную неловкость, утомляемость, снижение работоспособности и др.), как вынужденную меру и проявляли самопринятие и са-

мопомощь при восстановление нарушенных функций. Они занимались самостоятельно упражнениями лечебной физкультуры, старались больше ходить; тренировать память(пересказывать текст, учить стихи), логическое мышление(разгадывать кроссворды) и др. Больные придумывали приемы и приспособления для улучшения самообслуживания(как вдеть нитку в иголку одной рукой, как почистить картошку, вставить стержень в ручку и т. д.).Они были мотивированными .активными участниками восстановительного процесса.2этап психологического восстановления у них завершился самопринятием и самопомощью.

На втором этапе (утрата контактов и перестройка межличностных отношений) больные отмечали позитивно развивающиеся отношения в ближайшем окружении - поддержку друзей и родственников, сослуживцев и планировали возвращение к посильному труду.

Родственники принимали изменения в деятельности больных; оказывали эмоциональную поддержку и помощь. Больные отмечали изменения в себе и в отношениях. Изменения в отношениях были незначительны и предсказуемы и особых разочарований не принесли. Изменения в самом себе больные продолжали осознавать и философски принимать свою новую реальность. Они осознавали изменения в характере («стал раздражительным, ранимым, сентиментальным»), в привычках («теперь все записываю»), в организме («быстро утомляемляюсь»). Больные формировали свое отношение к вынужденным изменениям в привычной диете или стиле жизни. В ряде случаев –шутливое отношения («мы же теперь тихоходы », «я теперь, как барин дома, мне все помогают, все любят»; «начальник меня теперь жалеет, говорит, что в ночь ставить не будем; только выходи.»);Эти необходимые изменения принимались, как условия нового бытия; нового жизненного стиля, который они старались переосмыслить и принять. Больные стремились найти позитивное в изменившейся ситуации.

На 3 этапе психической адаптации происходила стабилизация отношений, формирование нового стиля жизни, новой стратегии здорового образа жизни, духовный рост личности.

В начале происходила *когнитивное принятие* необходимости формирования новой стратегии жизни («надо пожить и для себя»; «надо больше себя любить»).

Затем происходило *эмоциональное принятие* планируемых изменений в жизненном стиле («я свое отпил»; «надо пожить и для себя»). Принятие новых жизненных стилей сопровождалось надеждой, уверенностью, верой в сою правоту, спокойствием и поиском новых радостей жизни

После когнитивного и эмоционального принятия происходило *поведенческое принятие*, как программа будущих действий и стратегий жизни («больше не буду курить», «пить надо меньше», «надо меньше есть жирного»; «хватит работать, надо и отдыхать»; «надо больше думать о себе»).

Это также признание необходимых изменений в диете («стараюсь есть больше вегетарианской пищи»); контроль за вредными привычками (« кофе пью

редко», «стараюсь меньше курить» и др.); контроль за регулярным приемом лекарств и др; активные занятия лечебной физкультурой; контроль за режимом двигательной и нервно-психической нагрузки.

На третьем этапе психологического восстановления (стабилизации отношений и формирования нового жизненного стиля) психологическая помощь была направлена на повышение стрессоустойчивости больных. У больных отмечалась положительная мотивация к занятиям. Проводились занятия, направленные на освоение приемов совладания со стрессом; на адаптацию к новым условиям взаимодействия в коллективе и окружении. Применялись поведенческие технологии, занятия в группах тренинга умений: освоение метода аутогенной тренировки в группе, медитации, арттерапии.

Выводы. На основании проведенного исследования, с применением контент – анализа высказываний больных были выявлены 3 этапа психической адаптации больных с последствиями инсульта. Этап восстановления восприятия целостности организма и целостности «Я»; этап перестройки межличностных отношений и принятия новой социальной роли; этап духовного роста и создания новой жизненной позиции. Выделение этапов психической адаптации способствовало созданию наиболее адекватных программ психологической помощи в процессе реабилитации больных с последствиями инсульта

Литература.

1Кадыков А.С., Черникова Л.А., Шахпаранова Н.В. Реабилитация неврологических больных. М., Мед-пресс- информ, 2008, 560с.

2Демиденко Т.Д., Ермакова Н.Г.Основы реабилитации неврологических больных. СПб., Фолиант, 2004, 304с.

3. Тарабрина Н.В.Практикум по психологии посттравматического стресса. Спб., Питер, 2001, 272с.

4.Белова А.Н. Нейрореабилитация. Руководство для врачей. 2–е изд. М.: Антидор, 2002. 736с.

5.Логунов К.В. Оценка эффективности лечебных и диагностических методов. СПб., Изд. дом. СПбМАПО,1999. 26 с.

В.И. Захаров, Л.М. Тибекина, Т.В. Сергеева, Ю.А. Шевченко

О РАБОТЕ КЛИНИКИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ В СПБГУ

Санкт-Петербургский государственный университет

В СПбГУ в составе лечебно-профилактического учебно-научного центра с 01.01.2009г. функционирует клиника восстановительной медицины, предназначенная для осуществления восстановительного лечения и медицинской реабилитации сотрудников университета, ветеранов (бывших сотрудников университета) и универсантов. Клиника включает в себя: отделение восстановительного лечения на 100 коек, отделение физических методов лечения, клинико-диагностическое отделение, приемное отделение. Она работает в системе ОМС.

Госпитализация осуществляется переводом больных неврологического и ортопедо-травматологического профиля из стационаров Санкт-Петербурга, а также по направлению из поликлиник. В клинике работают 3 профессора, 3 кандидата медицинских наук, неврологи, терапевты, травматолог, логопед, психотерапевт, диетолог, уролог, дерматовенеролог, иглорефлексотерапевты, врач ЛФК, эрготерапевт, врачи по оказанию экстренной медицинской помощи.
В клинике еженедельно осуществляются обходы, клинические разборы больных профессором-неврологом, а при необходимости больные консультируются профессорами других специальностей и высококвалифицированными специалистами медицинского факультета СПбГУ. Клиника является учебной базой по обучению клинических ординаторов кафедры нейрохирургии и неврологии СПбГУ.

При поступлении каждого пациента осматривает врачебная комиссия, обеспечивая мультидисциплинарный подход к ведению больного. Учитывая основное и сопутствующие заболевания, комиссия составляет индивидуальный план восстановительного лечения согласно МЭС. В комплексном лечении используется широкий спектр лекарственных средств; немедикаментозная терапия проводится в отделении физических методов лечения, которое оснащено современным физиотерапевтическим оборудованием, имеет массажные кабинеты, кабинет мелкой моторики кисти и эрготерапии, зал ЛФК, тренажерный зал, кабинеты для бальнеолечения. Это позволяет обеспечить государственную гарантию по восстановительному лечению и медицинской реабилитации.
В 2009г. в клинике было пролечено 488 пациентов, из них 9,8% - пациенты в раннем восстановительном периоде ОНМК, 16,1 % - с последствиями ОНМК, 69,6%-с дорсопатиями, корешковыми и нейро-рефлекторными синдромами, 4,2%-с последствиями травм нервной системы, 0,2% -пациенты, перенесшие оперативные вмешательства по поводу доброкачественных новообразований нервной системы. Качество медицинской помощи является основным критерием работы клиники восстановительной медицины. Для её оценки больным до и после лечения проводится тестирование (шкалы MMSE, индекс мобильности Rivermead, моторный индекс Rivermead, индекс активности повседневной жизни Бартел, ВАШ боли, Мак-Гиловский болевой опросник, MFI-20, госпитальная шкала тревоги и депрессии, шкала Цунга), ежемесячное анонимное анкетирование пациентов. Результат проведенного в июне-июле 2010г. мониторирования объемов оказания медицинской помощи в рамках выполнения МЭС показал, что клиника на 92% обеспечивает выполнение МЭС по профилю неврология, что является лучшим показателем среди других ЛПУ.

Клиника восстановительной медицины является важным звеном в организации этапной медицинской помощи больным, перенесшим ОНМК, страдающим ДДЗП, заболеваниями периферической нервной системы, оперированным по поводу нейроонкологических заболеваний и другим категориям больных. Создание клиники является первым шагом в становлении клинической базы университета.

М.М. Короткевич, Н.Ю. Александров, А.Ю. Орлов

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ, ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ТУННЕЛЬНЫМИ НЕВРОПАТИЯМИ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

ФГУ Российский нейрохирургический институт им. проф. А.Л. Поленова

Несмотря на то, что туннельные невропатии описаны в медицинской литературе более 100 лет назад, проблема их своевременной адекватной диагностики и лечения далека от решения. За редким исключением нет общепринятых критериев к определению тактики лечения, и часто операции проводятся без достаточных обоснований. С другой стороны немалая часть пациентов долго и безуспешно лечатся консервативно, несмотря на имеющиеся у них хорошие перспективы хирургического лечения.

Результаты длительного наблюдения, комплексного обследования и лечения 250 пациентов с туннельными невропатиями позволили придти к следующим заключениям. Диагностика туннельных невропатий основана на следующих составляющих: анамнез с обращением внимания на характерные жалобы, сроки и динамику развития симптомов, выявление факторов, провоцирующих возникновение симптомов, (включая тесты Фаллена, Тиннеля, Жилета). Наиболее важное инструментальное исследование для определения уровня и степени поражения нерва - электронейромиография, результаты которой должны интерпретироваться строго в контексте клинических проявлений и срока возникновения симптомов. Инструментальные исследования, такие как реовазография, классическая электродиагностика, определение кривой интенсивность–длительность, тепловидение, кожно-гальваническая реакция не дают дополнительной информации и их проведение неоправданно. Показания к хирургическому лечению определяются строго индивидуально с учетом степени невропатии по клинико-электрофизиологическим данным, сроков наличия симптомов, отсутствия эффекта от консервативной терапии, возраста и общего состояния больного. Хирургическое лечение заключается в декомпрессии нервного ствола, сдавленного в анатомическом туннеле. Прогресс, достигнутый в последние годы в плане хирургического лечения состоит, прежде всего в виде снижения его травматичности за счёт использования интраоперационного микроскопа и микрохирургической техники. Очень важную роль в восстановлении функции также играет постоперационная реабилитации с курсами физиотерапии.

На основе своего опыта мы считаем, что дальнейшее изучение туннельных невропатий должно быть направлено в том числе и на дальнейшее накопление клинического материала с целью более точного определения показаний к хирургическому лечению туннельных синдромов различной локализации с позиций доказательной медицины.

m_korotkevich672@mail.ru

В.Д. Косачев, Н.М. Жулев, В.В. Незговорова

КОРРИГИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ МИАСТЕНИИ У БОЛЬНЫХ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования

В клинике нервных болезней СПбМАПО за последние 15 лет находилось на обследовании и лечении 846 больных миастенией. Из них в возрасте 50 лет и старше было 276 (32,6%) пациентов. У 239 (86,6%) больных выявлены многочисленные клинические, функциональные и морфологические изменения сердечно-сосудистой системы, что указывает на разнообразие патогенетических механизмов, лежащих в их основе. Среди патогенетических механизмов существенными являются нарушение соотношения между медиаторами адренергических и холинергических систем, образование и накопление аутоантител к мышечным элементам сердечной мышцы и измененное соотношение электролитов K, Na и Ca. Гиперкапния у больных миастений также является одним из факторов, нарушающих метаболизм сердечной мышцы. Следовательно, комплекс корригирующей терапии при миастении в старшей возрастной группе больных определяется сочетанной соматической патологией. Наличие коронарной недостаточности, артериальной гипертензии и гипертонических кризов у больных миастенией приводит к нарастанию миастенических симптомов и часто развивается миастеническая слабость миокарда, что требует увеличения дозы антихолинэстеразных препаратов (АХП). В то же время увеличение дозы АХП усиливает ишемию и гипоксию миокарда. Поэтому, при наличии у больных миастенией ишемической болезни сердца и гипертонической болезни, мы считали целесообразным назначение соответствующих противогипертонических и вазоактивных средств, коронаролитиков, сердечных гликозидов, антиагрегантов без увеличения дозы АХП. На фоне базисной терапии АХП для коррекции денервации мышечных волокон проводилась терапия витамином B1, обладающим слабым антихолинэстеразным действием, а также препаратами калия, улучшающими синаптическую передачу. Для коррекции биоэнергетических нарушений и тканевого дыхания в мышцах использовали АТФ, рибоксин, оротат калия, ретаболил, витамин С и бемитил. Назначение этих препаратов улучшало функциональное состояние миокарда, выявляемого при ЭКГ-исследовании и ЭХО - кардиографии. Положительная динамика этих показателей свидетельствует об эффективности и целесообразности назначения данных препаратов в комплексном лечении миастении при сочетанной патологии у больных старшей возрастной группы.

vdkosachev@mail.ru

В.Д. Косачев, Л.А. Полякова, В.В. Незговорова

ПРОГНОЗ ТЕЧЕНИЯ МИАСТЕНИИ

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования

Целью исследования явилось определение прогностических критериев течения клинических форм миастении в результате анализа динамики функционального состояния потенциалов действия двигательных единиц (ПДДЕ). Обследовано 238 больных миастенией с различными формами заболевания в возрасте от 18 до 56 лет и длительностью заболевания от трех месяцев до трех лет. Женщин было 145 (60,9%), мужчин 93 (39,1%). Методом локальной электромиографии с помощью игольчатых электродов исследовали следующие мышцы: дельтовидную, общий разгибатель пальцев рук и переднюю большеберцовую. Проводили количественный анализ амплитуды и длительности ПДДЕ в исследуемых мышцах. Определяли среднюю длительность ПДДЕ и сравнивали с нормой по F. Buchthal (1957). Для оценки характера денервационно-реиннервационного процесса в мышцах больных проводился анализ формы гистограммы распределения отдельных ПДДЕ, в соответствии с гистограммой здорового человека.

Анализ изменения длительности ПДДЕ позволил выделить у больных миастенией две стадии денервационно-реиннервационного процесса по классификации Б.М. Гехта и соавт. (1982) - первую, которая отражает начальные признаки денервации и вторую стадию, указывающую на выраженную денервацию мышечного волокна. Вторая стадия денервации по данным параметрам ПДДЕ отмечалась у больных тяжелой генерализованной формой миастении и скелетно-мышечной с миопатическим синдромом. Полученные результаты показали, что изменение денервационно-реиннервационного процесса в мышцах больных миастенией зависит от длительности заболевания. Через три года после развития генерализованной формы миастении увеличилось количество больных второй стадии денервации на 18,3%. У этой группы больных нарастала генерализация миастенического процесса и тяжесть заболевания. У 5 (9,4%) больных с глазной формой миастении с первой стадией денервации через три года развилась вторая стадия, что является прогностическим показателем генерализации заболевания.

Таким образом, прогностически неблагоприятным критерием течения заболевания является вторая стадия денервации мышечного волокна. У больных с локальными формами миастении вторая стадия денервации в клинически «здоровых» мышцах свидетельствует о скрытой генерализации миастенического процесса.

vdkosachev@mail.ru

Л.В. Крашенинникова

ОСОБЕННОСТИ АСИММЕТРИИ ПОЛУШАРИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Санкт-Петербургский государственный университет,
Медицинский факультет

Оценка патогенетических особенностей взаимодействия полушарий головного мозга при шизофрении представляет интерес как одно из иерархически наиболее высоких звеньев в патологической нейрофизиологии при шизофрении. В последнее время стала популярной точка зрения, что шизофрения с продуктивной симптоматикой связана с дисфункцией левого полушария, в то время как шизофрения преимущественно с негативной симптоматикой - с дисфункцией правого полушария.

Целью данного исследования явилось изучение взаимосвязи функциональных особенностей полушарий головного мозга и клинико-феноменологической характеристики шизофрении. В задачи работы входило исследование доминирования правого или левого полушария при осуществлении речевой и мыслительной деятельности больных шизофренией и изучение взаимосвязи между преобладанием одного из полушарий и клинико-феноменологическими особенностями заболевания.

Обследовано 39 больных шизофренией, преимущественно параноидной формой. Средний возраст пациентов составил 42 года, давность заболевания - 15 лет. Контрольную группу составили практически здоровые испытуемые. В исследовании использованы катамнестический, клинический и экспериментально – психологический методы.

По результатам нейропсихологического обследования и в контрольной, и в основной группе преобладают «левополушарные» ответы, однако доля «правополушарных» ответов в группе больных шизофренией достоверно больше. Имеется отчетливая тенденция к сдвигу межполушарного баланса вправо. Анализ данных указывает на наличие взаимосвязи между тяжестью состояния больных и преобладающим модусом: в группе больных с относительно тяжелым (по шкале BPRS) общим состоянием преобладает правополушарный модус, а в группе с относительно легким – левополушарный. Преобладание правополушарного модуса ассоциируется с большей выраженностью нарушения когнитивного функционирования в виде снижения способности к концентрации внимания (отвлекаемости) у больных шизофренией. В ходе исследования не получено достоверных различий в группах больных с различной давностью, возрастом начала, формой и типом течения болезни.

С.Л. Кузнецова, А.Ю. Склярова

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ЭНДОГЕННЫМ ПСИХИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ

Санкт-Петербургский государственный университет, Медицинский факультет

Целью исследования явилось повышение эффективности реабилитации больных эндогенными психозами. В задачи работы входила оценка эффективности различных вариантов психотерапии у больных эндогенными психозами. Было обследовано 40 больных с зндогенными психическими расстройствами, в т.ч. параноидной шизофренией, шизоаффективным расстройством и биполярным аффективным расстройством. Средний возраст больных составил 31,3±8,52 лет. На момент обследования больные находились на этапе полустационарного лечения. Для оценки эффективности психотерапевтического воздействия были использованы методика «Индекс жизненного стиля» (ИЖС) для изучения системы психологической защиты личности, тест Лазаруса для анализа механизмов совладания со сложными жизненными ситуациями (копинг-поведения), методика ТОБОЛ для оценки отношения к болезни. Исследование проводилось в динамике групповой поведенческой и психодинамической психотерапии. Получены следующие достоверные ($p<0,05$) данные: в результате проведения поведенческой терапии выявлено существенное снижение напряженности ряда защитных механизмов (компенсации с 66 до 50 баллов, проекции с 44 до 31 балла и замещения с 49 до 38 баллов); изменение в сторону большей конструктивности (адаптивности) копинг-стратегий: увеличение показателей конфронтации с 37,04 до 46,03 балла; самоконтроля 62,96 до 71,86 балла; поиска социальной поддержки 61,11 до 69,04 балла; планирования решения проблемы 56,17 до 68,25 балла; положительной самооценки 38,69 до 42,92 балла и уменьшение показателей дистанцирования 56,79 до 47,76 балла; бегства-избегания с 50,93 до 42,26 балла. Отмечена гармонизация внутренней картины болезни с уменьшением частоты неврастенического типа отношения к болезни. При проведении психодинамической терапии наблюдалось: активизация более зрелых защитных механизмов (реактивного образования с 67 до 84 баллов и интеллектуализации с 61 до 72 баллов) и снижение напряженности незрелых защитных механизмов (вытеснения от 59 до 41 балла и компенсации от 62 до 53 баллов); изменение копинг-поведения в виде повышения конфронтации (с 41 до 46 баллов), снижения показателей дистанцирования (с 54 до 47 баллов), бегства-избегания (с 60 до 55 баллов). Значительно возрос показатель эргопатического типа отношения к болезни и снизились показатели неврастенического и парананоялного типов отношения к болезни. Таким образом, проведение психотерапии больным эндогенными психозами может способствовать их реадаптации и повышению эффективности реабилитационного процесса за счет гармонизации отношения к болезни, повышения адекватности копинга на фоне уменьшения признаков

психической дезадаптации. Мишени психотерапевтического воздействия у больных с эндогенными психозами должны различаться: поведенческая психотерапия в большей степени способствует оптимизации совладания с жизненными ситуациями, в то время как психодинамическая психотерапия способствует улучшению психической адаптации больных, разрешая внутриличностные конфликты. Полученные данные могут быть использованы для разработки психокоррекционных программ с целью улучшения интрапсихической и социальной адаптации.

С.В. Лобзин, А.В. Василенко

КРИТЕРИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЛОКАЛЬНО ОБУСЛОВЛЕННОЙ ЭПИЛЕПСИИ

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования

В последние годы для комплексной диагностики различных заболеваний нервной системы всё больше внимания уделяется участию клеток периферической крови (ПК) в реакциях иммунитета. В плане изучения участия клеток ПК в иммунных реакциях при локально обусловленной эпилепсии (ЛОЭ) особый интерес представляет исследование морфологических и цитохимических изменений в нейтрофильных гранулоцитах (НГ).

Цель. Изучение морфоцитохимических особенностей НГ и определение их диагностического значения в обеспечении иммунного статуса при ЛОЭ.

Материалы и методы. Морфологические и цитохимические исследования ПК выполнены у 301 человека. В исследуемую группу включено 102 больных с ЛОЭ, 35 – с однократным эпилептическим припадком при инсульте в первые сутки заболевания и 43 – с однократным неспровоцированным генерализованным судорожным эпилептическим припадком (ЭП). Группа сравнения включала 61 больного с другими заболеваниями нервной системы без ЭП в анамнезе. Контрольную группу составили 35 практически здоровых лиц. Морфологическое исследование НГ у всех обследованных пациентов включало оценку состояния ядер и цитоплазмы. В качестве цитохимических критериев клеточного иммунитета оценивались активность миелопероксидазы (МП), нейтральных полисахаридов (НП) и неферментных катионных белков (КБ).

Результаты и обсуждение. Морфологическое исследование ПК в исследуемой группе показало у всех пациентов наличие выраженных изменений ядер и цитоплазмы НГ в кратчайшие сроки после ЭП в виде гиперсегментации ядер (до 7-8 сегментов), набухания кариоплазмы, высокого ядерно-цитоплазматического соотношения, повышенного содержания хроматина в целом и увеличения толщины отдельных хроматиновых нитей.

Цитохимическое исследование ПК больных основной группы показало в 98,6 % случаев наличие цитохимических нарушений в показателях клеточного иммунитета, о чем свидетельствует увеличение содержания НП и активности МП, снижение КБ сразу после ЭП и последующий рост в течение суток, как при

ЛОЭ, так и при однократном ЭП.

Выводы. Таким образом, выявление морфологических и цитохимических изменений в НГ больных с ЛОЭ указывает на их особую значимость и может выступать в качестве дифференциально-диагностического критерия эпилепсии и пароксизмальных расстройств сознания неэпилептической природы.

vasilenko_anna@list.ru

С.В. Лобзин, И.И. Кула

КЛИНИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ВИРУСИНДУЦИРОВАННОГО ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩЕГО ЭНЦЕФАЛОМИЕЛИТА

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования

Широкое клиническое применение высокопольной магнитно-резонансной томографии существенно улучшило распознавание демиелинизирующих заболеваний. Вместе с тем оказалось, что верификация очагов демиелинизации в веществе головного мозга далеко не во всех случаях соответствует диагнозу рассеянного склероза. В настоящее время ошибки диагностики, а, следовательно, и лечения этого заболевания встречаются в 6–34 % (до 37%) наблюдений, что подтверждается при аутопсии. Причины столь частых диагностических ошибок во многом определяются полиэтиологичностью заболевания и разнообразием его клинических проявлений.

Так, условно существуют несколько групп заболеваний, требующих дифференциации с рассеянным склерозом:

1. Заболевания, сходные с рассеянным склерозом по клиническим критериям, но имеющие четкие отличия на МРТ.
2. Заболевания, сходные с рассеянным склерозом по МРТ – критериям при несоответствии результатов клинического, ликворологического, иммунологического исследований.
3. Заболевания, сходные с рассеянным склерозом по клиническим и МРТ - признакам, но не имеющие с ним полного критериального соответствия.

Нами исследовано 15 пациентов, состояние которых соответствовало клиническим и МРТ - критериям диагностики рассеянного склероза, хотя начало заболевания и течение не соответствовало классическому варианту развития данного заболевания. Исследование цереброспинальной жидкости показало наличие белково-клеточной диссоциации или варианта нормы, а олигоклональные IgG в ликворе не были обнаружены, каппа - и лямбда - цепи иммуноглобулинов в сыворотке крови и ликворе - в норме. Все это ставило под сомнение диагноз “рассеянный склероз”. Однако с помощью метода ИФА в сыворотке крови были обнаружены антитела IgG к цитомегаловирусу и/или антигену вируса Эпштейн-Барр, показатели которых значительно превосходили верхнюю границу нормы.

Таким образом, возникло предположение о наличии у обследованных пациентов атипичного варианта течения рассеянного склероза, либо же самостоятель-

ной нозологической формы – вирусиндуцированного демиелинизирующего энцефаломиелита, требующего детального изучения и разработки критериев диагностики и патогенетической терапии.

С.В. Лобзин, Т.В. Лалаян

Н.И. ПИРОГОВ И ПРОБЛЕМА БОЛИ В НЕВРОЛОГИИ

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования

Гениальный русский хирург Н.И. Пирогов был одним из пионеров отечественной и мировой анестезиологии. В 1855 г. им описан феномен формирования интенсивных жгучих болей, гиперестезии, вегетативных и трофических нарушений в конечностях у раненых после нетяжёлых повреждений. Эти расстройства он назвал «посттравматической гиперестезией». Спустя 10 лет американские хирурги (Mitchell S., Morehouse G., Keen W.) описали аналогичную клиническую картину жгучих болей, гиперпатии, трофических расстройств в пораженной конечности у солдат, пострадавших в гражданской войне в США. Эти состояния Mitchell вначале обозначил «эритромелалгией», а затем, в 1867 г., предложил термин «каузалгия». В 1900 г. Sudeck описал подобные проявления в сочетании с остеопорозом и назвал это «дистрофией». В 1947 г. O. Steinbrocker описал синдром «плечо — кисть». Таким образом, работы Н.И. Пирогова предопределили целое направление современной медицины, посвященное борьбе с болью. Идея создания противоболевых учреждений - центров лечения болевых синдромов популярна в экономически развитых странах около 40 лет. Один из первых центров боли был основан в 1960 году при Вашингтонском университете. В настоящее время только в США насчитывается около 2000 клиник или центров лечения боли. Целью работы таких медицинских подразделений является оказание медицинской помощи пациентам с различными болевыми синдромами. К таким синдромам относятся мышечно-скелетные боли в спине, суставные, головные и лицевые боли, вертеброгенные радикулопатии, туннельные невропатии, стеноз позвоночного канала, тригеминальная невралгия, постгерпетическая невралгия, комплексный регионарный болевой синдром, “хлыстовая” травма, спортивная травма и др. Для лечения больных с различными болевыми синдромами наиболее эффективен мультидисциплинарный подход. Он основан на возможности выработки лечебной тактики врачами, имеющими подготовку по различным специальностям. Внедрение этого принципа при организации центров боли было названо революцией в области здравоохранения. Противоболевые центры имеют следующие категории: А. Большие всесторонние; Б. Всесторонние; В. Синдромально - ориентированные; Д. Модальностно-ориентированные. Создание центра боли той или иной направленности обычно определяется потребностью различных слоев населения в данном виде медицинской помощи и типом медицинского учреждения (поликлиника, стационар). Большинство из этих центров являются клиниками для

лечения пациентов с хронической болью в спине. Многие исследователи показывают большую эффективность лечения болевых синдромов в этих центрах и клиниках по сравнению с общей практикой.

М.А. Новожилова, Т.М. Алексеева

МЕТОДЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАННИХ ИСХОДОВ ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТОВ

ГУЗ «Городская Покровская больница», Санкт-Петербург;
Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования

Заболевание геморрагический инсульт — часто встречающаяся церебральная патология, в большинстве случаев тяжело протекающая и требующая от медицинского персонала своевременно и в полном объёме проведения всех лечебно-диагностических мероприятий. Важную роль играет прогнозирование ранних исходов геморрагических инсультов для планирования всего комплекса мероприятий для каждого отдельного пациента.

Для составления прогноза ранних исходов геморрагических инсультов мы использовали методы математической статистики (метод логистической регрессии, дискриминантный анализ, метод анализа нейронных сетей). Была сформирована база данных, содержащая данные обследований 288 больных, проходивших лечение в нейрососудистых отделениях Покровской больницы Санкт-Петербурга с верифицированным диагнозом геморрагического инсульта. Все данные о больных заносились в базу с помощью специально разработанной карты кодирования. Карта кодирования включала 255 признаков, которые подробно описывали состояние больного при поступлении, данные различных исследований, изменения состояния больного в динамике и на момент окончания лечения.

С помощью корреляционного анализа были выделены как отдельные признаки, так и их совокупности, оказывающие значимое влияние на исход заболевания. Выделенные признаки и совокупности были использованы в качестве исходных данных для построения моделей прогноза ранних исходов заболевания. С помощью метода логистической регрессии была построена модель, позволяющая определить вероятность летального исхода у больного геморрагическим инсультом. Модель, основанная на дискриминантном анализе способствовала решению задачи классификации для отнесения больного в одну из групп: выживших или умерших. Данная модель также позволила оценить степень инвалидизации больного при выписке из стационара. Инновационная модель прогноза, построенная при помощи метода анализа нейронных сетей, также позволяет решать задачи классификации и вероятностного прогнозирования.

Прогнозирование ранних исходов геморрагических инсультов осуществлялось не только при поступлении больного в стационар, но также на разных сроках госпитализации с учётом динамики состояния: на первые сутки, на вторые сутки, на пятые сутки и на седьмые сутки.

Информационная способность моделей была достаточно высокой. Точность прогноза варьировалась от 80% при поступлении до 92% на седьмые сутки лечения.

novozhilova-ma@yandex.ru

Н.А. Овсянникова, Н.М. Жулев, А.Л. Арьев

ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И КОМОРБИДНЫЕ СОСТОЯНИЯ – НОВОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования

Цереброваскулярные заболевания являются одной из самых социально значимых проблем современности. Ежегодно в мире около 15 млн. человек переносят нефатальный инсульт, из них около 5 млн. умирает. ВОЗ прогнозирует в ближайшее время дальнейший рост числа цереброваскулярных заболеваний, что связано с накоплением в популяции факторов риска, а также с демографическими процессами, происходящими в мире. В последние десятилетия отмечается отчетливая тенденция к увеличению численности населения пожилого и старческого возраста. С другой стороны, эпидемиологические исследования указывают также на омоложение цереброваскулярной патологии.

Важной и достаточно сложной задачей врача любой специальности является адекватное ведение пациентов с коморбидной патологией. Большинство пациентов, особенно пожилого и старческого возраста имеют сочетанную патологию: поражение головного мозга, сердечно-сосудистой системы и почек, а также полный и неполный метаболический синдром. В среднем, при обследовании пациентов пожилого и старческого возраста выявляется от 4 до 8 ведущих заболеваний. При анализе ведущих коморбидных состояний можно увидеть интересную закономерность - факторы риска цереброваскулярных заболеваний одновременно являются и факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний и хронической болезни почек. Церебральная, кардиальная и ренальная системы в организме имеют тесные физиологические связи, и изменения в одной системе запускают каскад патофизиологических сдвигов в других системах организма. Реализация процессов прогрессирования цереброваскулярных, сердечно-сосудистых заболеваний и хронической болезни почек осуществляется по единому механизму активации нейроиммуноэндокринной системы.

Таким образом, единые факторы риска и патогенетические механизмы развития и прогрессирования цереброваскулярной болезни, хронической болезни почек и заболеваний сердечно-сосудистой системы свидетельствуют о существовании тесных цереброкардиоренальных взаимодействий и позволяют выделить новое наднозологическое понятие - цереброкардиоренальный синдром. Выявление механизмов формирования цереброкардиоренальных взаимодействий у больных с нарушениями мозгового кровообращения позволить адекватно оценивать и корректировать системный гомеостаз пациента с цереброваскулярными заболеваниями и коморбидной патологией.

О.П. Резункова, А.Г. Резунков, Г.Н. Дульнев

СОПОСТАВЛЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ОЦЕНКИ ЭНЕРГОЗАТРАТ ЛЕВОГО И ПРАВОГО ПОЛУШАРИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ЧЕЛОВЕКА

Санкт-Петербургский государственный университет телекоммуникаций им. проф. М.А. Бонч-Бруевича; Санкт-Петербургский государственный университет информационных технологий, механики и оптики

Правое и левое полушарие человеческого мозга имеют специфические функции обработки информации. Левое полушарие участвует в основном в аналитических процессах; это полушарие — база для логического мышления. Правое полушарие обеспечивает конкретно-образное мышление. Целью экспериментов было получить и сравнить отклики от решения задач, направленных на активизацию правого или левого полушария коры головного мозга методами прямой и непрямой калориметрии.

Эксперименты проводились в камере «Табай» (ВМА им.С.М. Кирова) с применением лабораторно-измерительного комплекса «Эниотрон–3». Измерялась усредненная по ансамблю метаболическая теплопродукция испытуемых (непрямая колориметрия методом газоанализа) в ходе выполнения задания при экспозиции различных климатических условий. Одновременно выполнялось измерение локального энергоинформационного потока и температуры на поверхности исследуемой зоны тела каждого из пяти волонтеров. Волонтеры – студентки технического вуза в возрасте 20–22 года. Датчик энергоинформационного потока крепился на лбу (в зоне точки ИНЬ-ТАН). В камере дополнительно присутствовал сотрудник, проводивший психологические тесты, и оператор, проводивший съем сигнала на «Эниотрон–3». Каждый эксперимент состоял из двух этапов: сначала давались тесты для одного полушария, а после перерыва на отдых – тесты для другого полушария. В ходе одного этапа сначала измерялась фоновая теплопродукция, затем давались тесты, и снова шёл фон. Было проведено три серии опытов, в результате которых различными методами были получены сопоставимые результаты. Однако данные, полученные при помощи «Эниотрон-3» более подробные, т.к. позволяют дифференцировать межполушарную асимметрию по каждому испытуемому отдельно, дают значения изменяемого параметра в каждый момент времени и позволяют видеть индивидуальное распределение энергозатрат мозга при решении определённых типов задач. Эксперимент показал, что на решение левополушарных задач затрачено больше энергии (в среднем на 20%), чем на правополушарные (все испытуемые правши).

Т.В. Сергеева

ЦИТОСТАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В НЕВРОЛОГИИ

Санкт-Петербургский государственный университет,
Медицинский факультет

Одним из средств патогенетической терапии иммуноопосредованных нервно-мышечных заболеваний и заболеваний ЦНС являются иммунодепрессанты с цитотоксической активностью. Их используют при терапии миастении, хронического полимиозита, хронической воспалительной демиелинирующей полиневропатии, рассеянного склероза, лимфомы ЦНС. Как правило, их назначают когда побочные эффекты от использования глюкокортикоидных препаратов не позволяют достигнуть клинического эффекта.

В неврологической практике используют цитостатики следующих групп: антиметаболиты - антагонисты пурина (азатиоприн или имуран), антагонисты фолиевой кислоты (метотрексат); алкилирующие соединения - производные иприта (циклофосфамид); антибиотики с противоопухолевой активностью (митоксантрон, циклоспорин); моноклональные антитела (натализумаб или тисабри); другие цитостатики (микофенолат мофетил или селлсепт). Основным механизмом действия препаратов считается подавление размножения Т и В-лимфоцитов, подавление синтеза антител и нарушение процессов антигенпредставления. Терапия цитостатиками назначается с учетом формы заболевания, рассчитывается на кг массы тела или $м^2$. Возможна комбинация с глюкокортикоидами.

Нежелательные явления делятся в зависимости от времени возникновения. Немедленные развиваются через несколько минут или в течение суток (тошнота, рвота, анафилаксия, идиосинкразия). Ближайшие нежелательные явления обусловлены достижением определенной суммарной дозы: миелодепрессия, иммунодепрессия, диарея, поражение слизистых оболочек; гиперплазия десен, тремор, нефротоксичность, циститы, миокардиопатии, алопеция, фотосенсибилизация, гиперурикемия. Отсроченные - проявляются через 1-6 недель после курса лечения – это гепатотоксичность и миелодепрессии, прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия (тисабри). Отдаленные - возможное канцерогенное действие. При назначении цитостатиков важно учитывать лекарственное взаимодействие с другими препаратами.

Пути уменьшения побочных эффектов: назначение вспомогательной терапии, лабораторный и инструментальный контроль, метод математического моделирования с целью вычисления прогноза развития гипоплазии кроветворения (Патент на изобретение «Способ прогнозирования развития гипоплазии кроветворения при цитостатической терапии больных иммуноопосредованными заболеваниями нервной и мышечной систем» №2330284 от 27.07.2008.), фармакогенетический, позволяющий заблаговременно узнать возможность применения того или иного цитостатика и его возможные дозировки с минимальным рис-

ком развития нежелательных явлений.

Т.М. Соколова

СООТНОШЕНИЕ ПОНЯТИЙ ГАРМОНИЧНОГО И ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ И ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ С ПОНЯТИЕМ САМОАКТУАЛИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ

Филиал ГОУ ВПО «Московский энергетический институт», Смоленск

На сегодняшний день существенно повысился интерес государства к проблеме популяризации здорового образа жизни среди населения. Особенно актуальной стал данный вопрос в связи с наступлением демографического спада: по имеющимся данным ВОЗ с каждым годом существенно сокращается число трудоспособного населения России. Таким образом, все проблемы здорового образа жизни населения становятся на сегодняшний день злободневными и актуальными.

При этом возникает большое количество вопросов, связанных как с теоретической, так и с практической частью данной проблемы.

В этой связи необходим глубокий и подробный анализ имеющихся на сегодняшний день понятий, близких к понятию здорового образа жизни. Поскольку на данном этапе в теории наблюдаются некоторые расхождения и разночтения, касающиеся не только частных понятий, включаемых в обзор проблемы здорового образа жизни, но и в самом понимании самого определения» Здоровый образ жизни».

Так, под *образом жизни личности* О.И. Мотков понимает систему стихийно или целенаправленно сложившихся интересов личности и видов деятельности, линий жизни, выражающих функциональные тенденции организма к определенному стилю функционирования (стилю жизнедеятельности).

Таким образом, согласно О.И. Моткова, понятие *«образ жизни»* отражает структуру жизнедеятельности индивида.

Далее он вводит понятие «линия жизни», которое отражает отдельную функциональную тенденцию, выражающуюся в достаточно устойчивом активном интересе к определенному общему виду жизнедеятельности и в соответствующих ему регулярно совершаемых занятиях.

В то же время с этим понятием активно согласуется понятие самоактуализации, введенное А. Маслоу. Согласно его теории самоактуализации - процесс выявления и реализации своих способностей и возможностей.

Собственно говоря, в данном случае эти два вышеупомянутых понятия можно считать идентичными, поскольку и в одном и в другом случае авторы говорят о процессе реализации личностью всего потенциала через конкретную деятельность.

Под *гармоничным образом жизни* понимается осознанно строящаяся самим человеком или совместно с наставником система адаптивно необходимых здоровых интересов и видов деятельности, позволяющих поддерживать и развивать физическое, психическое, социальное и духовное здоровье и успешнее осуще-

ствлять свое жизненное предназначение. Это оптимально организованный самим человеком процесс жизнедеятельности, способствующий сохранению здоровья, личностному росту и творческому функционированию. Гармония - это динамичное состояние личности. Оно требует от него ежедневных усилий для своего достижения и эффективного поддержания (О.И. Мотков).

Здесь особо важным нам представляется указание на избрание индивидом здоровых интересов и видов деятельности. Здесь, по-видимому, автор имеет ввиду осознанный выбор индивидом из всех имеющихся ресурсов личностных характеристик только тех, которые позволяют реализовывать свои

В то же время, под здоровым образом жизни А.П. Лаптев понимает способ жизнедеятельности и комплекс оздоровительных мероприятий, направленных на сохранение и улучшение здоровья. Он обеспечивает гармоническое развитие, сохранение и укрепление здоровья, высокую работоспособность и продление творческого долголетия. Вместе с этим здоровый образ жизни позволяет так же в значительной мере раскрыть наиболее ценные социально-профессиональные качества личности, которые необходимы в условиях развития нашего общества.

Таким образом, можно констатировать, что здоровый образ жизни является важной частью образа жизни человека, которая, с одной стороны, является основой для самоактуализации личности, а с другой стороны создает условия для её гармонизации.

Очень важным представляется тот факт, что правильное понимание вышеперечисленных понятий позволяет сформулировать основные направления педагогической деятельности в образовании вообще и в высшем образовании в частности. На данном этапе мы можем говорить о том, что согласно анализу наиболее часто используемых понятий, грамотно построенный педагогический процесс должен быть направлен на развитие самоактуализирующейся личности, а воспитательный процесс – на гармонизацию образа жизни самоактуализирующейся личности.

Л.М.Тибекина, О.А.Кочетова, Э.Р.Билалова

К ВОПРОСУ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

ГУ НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе;
Санкт-Петербургский государственный университет

Изучена клинико-лабораторная и нейровизуализационная картина у 109 больных (мужчин - 53 человека, 48,6%, женщин – 56 человек, 51,4%) с геморрагическим инсультом (ГИ). Средний возраст составил 61,2 года. Наличие патологического очага и характер ОНМК подтверждалось данными КТ (СКТ) и/или исследованием ЦСЖ. У 30 больных (27,5%) с помощью нейровизуализации был выявлен прорыв крови в желудочковую систему с преобладанием очага в левой гемисфере. Стволовая локализация ГИ с проникновением крови в цис-

терны мозга или четвертый желудочек выявлялась в 15,1% случаев. При этом кома 2 - 3 ст. констатирована у 21,6% больных без прорыва крови в желудочки мозга и у 12,2% больных с прорывом ; менингеальные знаки выявлялись в первом случае в 28,7%случаев, во втором – в 35,4%. Очаговая симптомтика в виде контрлатеральной гемиплегии или пареза на противоположной очагу стороне с патологическими знаками, гемигипестезии, асимметрии лица встречалась в большем числе случаев у больных с ГИ, осложненном прорывом крови в желудочки мозга.

При исследовании ЦСЖ (19 человек) выявлен цитоз менее100/3 клеток у 8 больных, от 100/3 до 1000/3 – у 6 человек, более 1000/3 клеток - 5 человек . В подавляющем большинстве случаев имел место нейтрофильный цитоз с высоким белком и колебаниями его от 0,33 г/л до 5,8 г/л. В 3-х случаях определялся лимфоцитарный плеоцитоз. Менингеальные симптомы были выявлены у половины больных.

У всех пациентов в крови был лейкоцитоз (от 6,1тыс.до 17 тыс.) со сдвигом влево, лимфопенией, ускоренным СОЭ. Обращала на себя внимание сопутствующая соматическая патология воспалительного характера у большей части больных (хронический пиелонефрит, пневмония или бронхит).

По данным КТ у больных с ГИ с прорывом крови определялся периферический отёк в 45,8% случаев, сдавление желудочков – в 37,5% случаев; при отсутствии прорыва – эти показатели составили 70% и 100%, соответственно. Тем не менее, процент летальных исходов и положительной динамики был практически одинаков в обеих группах. Летальные исходы коррелировали с объемом геморрагического очага, тяжелой соматической патологией, более длительными и стойкими ликворологическими нарушениями и изменениями формулы крови.

Полученные данные свидетельствуют о менее выраженном общемозговом синдроме при четкой очаговой симптоматике у пациентов с ГИ, сопровождающимся прорывом крови в желудочки головного мозга без явлений тампонады IV желудочка. Наличие сопутствующей соматической патологии воспалительного характера может «маскировать» и усугублять менингеальные изменения со стороны крови при ГИ, что требует проведения повторных клинических исследований и тщательного контроля за состоянием ЦСЖ, особенно при отсутствии или ограниченных возможностях использования нейровизуализации в динамике.

Цзи Юйбо, А.Т.Качан, Л.А. Полякова, Н.М. Жулёв

ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ ВЕГЕТАТИВНО-СОСУДИСТЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗЕ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования

Остеохондроз шейного отдела позвоночника одна из частых причин временной нетрудоспособности, уступая лишь остеохондрозу поясничной локализации. Наибольшая выраженность и частота клинических проявлений отмеча-

ется у лиц самого работоспособного возраста - 30-50 лет, поэтому привлекает большое внимание отечественных и зарубежных врачей различных специальностей.

Целью нашей работы было определить влияние рефлексотерапии на церебральный кровоток у больных остеохондрозом шейного отдела позвоночника. Были обследованы 45 пациентов (31 мужчин и 14 женщин) в возрасте от 40 до 62 лет. У 18 пациентов был установлен диагноз: дорсопатия шейного отдела позвоночника. Синдром вертебрально-базиллярной недостаточности. У 15 пациентов - дорсопатия шейного отдела позвоночника. Синдром цервикобрахиалгии. У 12 пациентов - диагноз: дорсопатия шейного отдела позвоночника. Синдром цервикоцефалгии. На фоне общепринятого лечения проводилась иглорефлексотерапия. В целях диагностики использовалась ультразвуковая допплерография сосудов головы и шеи (до и после лечения) с целью оценки эффективности проведенной иглорефлексотерапии; рентгенография шейного отдела позвоночника; магнито-резонансная томография (МРТ) головы и шеи; магнито-резонансная ангиография (МРА) головы и шеи. Жалобы при поступлении на головокружение (28 человек); головные боли в затылочной области (20 человек); боли в шейном отделе позвоночника (19 человек); "мушки" перед глазами (15 человек); шум в голове (2 человека); онемение в пальцах рук (26 человек); повышение АД (9 человек); шаткость при ходьбе (12 человек); тянущие боли между лопаточкой области (10 человек); тянущие боли в области плеча (15 человек). Пациентам был проведен курс лечения иглоукалыванием (10 сеансов).

После лечения иглорефлексотерапией результаты ультразвуковой допплерографии сосудов головы и шеи, ультразвукового дуплексного сканирования сосудов шеи, свидетельствовали, о том , что кровоток по позвоночным артериям достаточный, констатируется улучшение состояния гемодинамики сосудов головного мозга и уровня цереброваскулярной реактивности, уменьшение венозной дисциркуляции в системе периорбитальных вен и в системе базальных вен вертебрально-базиллярном бассейне (ВББ).

М.Л.Чухловина

СОСУДИСТЫЕ КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия

В настоящее время в нашей стране сохраняется широкая распространенность цереброваскулярных заболеваний, среди исходов которых особое внимание уделяется сосудистым когнитивным расстройствам.Сосудистая деменция (СД) отличается гетерогенностью: причинами ее могут быть последствия единичного инсульта в «стратегической» зоне, функционально значимой для когнитивных функций, мультиинфарктная деменция, хроническая церебральная ишемия, болезнь Бинсвангера. Центральный холинергический дефицит являет-

ся ведущим звеном патогенеза при СД; по данным позитронно-эмиссионной томографии, его выраженность коррелирует с тяжестью деменции. В связи с этим, новая стратегии ведения пациентов с СД включает использование ингибиторов ацетилхолинэстеразы (АХЭ), которые замедляют разрушение ацетилхолина. Центральными ингибиторами АХЭ являются такрин, обладающий гепатотоксичностью, ривастигмин, ингибирующий также бутирилхолинэстеразу и галантамин (реминил), ещё активирующий Н-холинорецепторы. В наших исследованиях реминил был использован у 34 пациентов (23 женщин и 11 мужчин) с СД, легкой и умеренной по степени выраженности (средний балл по краткой шкале оценки психического статуса, КШОПС, колебался от 14 до 23 б) в возрасте от 52 до 69 лет в течение 4 месяцев в дозе 16 мг в сутки с постепенным ее титрованием. Переносимость лекарственного препарата была хорошей: только у 4 пациентов отмечалась легкая тошнота. Спустя 4 месяца обследованные пациенты отметили улучшение памяти, внимания, пространственной ориентировки. По данным КШОПС, у больных, получавших реминил, суммарный балл улучшился по сравнению с исходным показателем на 2,1 балла, что свидетельствует об эффективности лекарственного препарата. Развитию СД способствует не только центральный холинергический дефект, но и повышенная активация глутаматных N-метил-D-аспартат – рецепторов (NMDA), в связи с этим в комплексной терапии деменций наряду с ингибиторами АХЭ применяют антагонисты NMDA- рецепторов (акатинол мемантин) в дозах 10 – 30 мг в сутки, курс 3 – 6 месяцев. Снижения числа случаев СД можно добиться только путем устранения факторов риска цереброваскулярных заболеваний, внедрением в клиническую практику мультидисциплинарного подхода при оказании помощи пациентам с инсультами. Ведение таких больных, наряду с углубленным неврологическим обследованием, применением современных способов нейровизуализации, требует использования широкого спектра методик психометрического тестирования для раннего выявления и коррекции когнитивных нарушений.

8.3. Проблемы фармакологии

Д.А. Василькин, Л.А. Поцелуева, Л.Т. Мусина

АНТИМИКРОБНАЯ АКТИВНОСТЬ РОКСИТРОМИЦИНА ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С ЕГО ПОЛИМОРФИЗМОМ

Казанский государственный медицинский университет

Полиморфизм относится к фармацевтическим факторам, влияющим на терапевтическую эффективность лекарственных веществ. Изменение условий кристаллизации субстанций часто приводит к получению разных модификаций, сольватов, либо их смесей.

Биофармацевтическое изучение лекарственных форм антибиотиков основано на оценке их антибактериальной активности в опытах in vitro в соответст-

вии с высвобождением субстанции из лекарственной формы в питательную среду, содержащую микроорганизмы.

Целью исследования было сравнение антимикробной активности мазей, изготовленных с использованием различных полиморфных форм антибиотика рокситромицина.

Были изготовлены мази с использованием промышленного образца субстанции рокситромицина (кристаллической формы), а также полученных в лабораторных условиях аморфной и кристаллической модификаций названного антибиотика. В качестве мазевой основы было использовано сочетание вазелина и ланолина безводного 6 + 4.

Для исследования высвобождения рокситромицина из мазей был использован метод колодцев. С этой целью взвесь суточной культуры стандартного штамма S. aureus засевали в чашки Петри на мясо-пептонный агар (МПА). После впитывания взвеси в агаре с помощью гильзы делали лунки диаметром 6 мм, в которые вносили до краев мазь рокситромицина. Отрицательным контролем служила мазевая основа для образцов мазей антибиотика per se. Чашки с образцами термостатировали при 37ºС. Высвобождение рокситромицина оценивали через 24 часа по диаметру зон задержки роста микробной культуры. Результаты показали наличие выраженных зон задержки роста бактерий вокруг лунок с образцами мази. При этом мазевая основа per se антимикробной активностью не обладала.

Полученная на основе аморфной формы рокситромицина мазь обладает более выраженной антимикробной активностью, по сравнению с активностью образцов мази, изготовленных с использованием кристаллических модификаций антибиотика, полученных в лабораторных, и в промышленных условиях.

Д.А. Василькин, Л.А. Поцелуева,
Е.В. Файзуллина, Г.М. Зинатуллина

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ В ДЕРМАТОЛОГИИ РАЗЛИЧНЫХ ПОЛИМОРФНЫХ ФОРМ АНТИБИОТИКОВ РОКСИТРОМИЦИНА И ЛИНКОМИЦИНА

Казанский государственный медицинский университет

Трофические язвы, которые имеются у лиц пожилого возраста, чаще всего возникают на фоне варикозного симптомакомплекса нижних конечностей, при этом сопровождаются массивным бактериальным стрепто-стафилококковым обсеменением и развитием микробной экземы. В этиологии заболевания ведущую роль играют стрептококки и стафилококки. Вне зависимости от интенсивности кожного процесса эти возбудители высеваются со всех участков очага. В терапии трофических язв используются мази антибиотиков, в том числе и макролидов.

В фармакопейной статье на антибиотик-макролид рокситромицин имеется указание на его способность к полиморфизму, но не содержится информации о

свойствах полиморфных форм названного антибиотика, способах их получения и идентификации.

В промышленных условиях рокситромицин и линкомицин выпускаются в виде кристаллических модификаций. Нами были получены аморфные модификации названных антибиотиков и изготовлены экстемпоральыне мази рокситромицина 1% и линкомицина 2% с использованием кристаллических и аморфных форм. В качестве мазевой основы для изготовления мази рокситромицина использовалась смесь вазелина и безводного ланолина 6 + 4, мазевая основа для изготовления мази линкомицина была изготовлена в соответствии с официнальной прописью лекарственной формы (парафин - 0,5 г, цинка оксид - 15 г, крахмал - 5 г, вазелина до 100 г).

Образцы полученных мазей накладывали на поверхность раневых дефектов у 3-х пациентов с диагнозом “Микробная экзема на фоне варикозного симптомакомплекса, осложнённая трофическими язвами” дважды в день с аппликацией окклюзивной повязки в течение двух недель.

Как показали результаты, мази рокситромицина и линкомицина, изготовленные с использованием их аморфных модификаций проявляют более выраженную фармакотерапевтическую эффективность по сравнению с их аналогами на основе кристаллических модификаций названных антибиотиков.

Д.А. Василькин, Л.А. Поцелуева

ИЗУЧЕНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА АНТИБИОТИКОВ РОКСИТРОМИЦИНА И ЛИНКОМИЦИНА

Казанский государственный медицинский университет

Полиморфизм относится к фармацевтическим факторам, влияющим на терапевтическую эффективность лекарственных веществ. Изменение условий кристаллизации субстанций часто приводит к получению разных модификаций, либо их смесей.

В фармакопейной статье на рокситромицин имеется указание на его способность к полиморфизму, но не содержится информации о свойствах полиморфных форм названного антибиотика, способах их получения и идентификации.

Материалы и методы исследования. Переосаждение субстанции рокситромицина производили из диметилформамида (ДМФА) сушкой при комнатной температуре (20°С) и при 65°С на полиэтиленовой плёнке, а также из диэтилового эфира (эфир) при комнатной температуре в чашке Петри. Линкомицин переосаждали из ДМФА путём испарения растворителей из растворов вещества при 65°С, а также из воды, этанола, ДМФА при температуре 20°С.

Выделившееся образцы вещества отделяли от исходного раствора или снимали с подложки и затем подвергали порошковому рентгеноструктурному анализу (РСА) на автоматическом рентгеновском дифрактометре Bruker D8 Advance.

Полученные результаты. Анализ экспериментальных данных для образцов рокситромицина и линкомицина свидетельствует о наличии у них полиморфизма. При этом при сушке эфирного раствора рокситромицина выделяется кристаллическая форма антибиотика, спектр которой отличается от исходной. При быстрой сушке раствора названного антибиотика в ДМФА при 65°С образуется аморфная форма антибиотика.

При кристаллизации линкомицина в этаноле при 20°С выделяется его кристаллическая форма, отличная от исходной, а при сушке раствора линкомицина в ДМФА при 65°С выделяется аморфная форма вещества. При этом аморфная форма вещества линкомицина при хранении на воздухе переходит в кристаллическую модификацию, оставаясь стабильной в условиях низкой влажности (хранение в эксикаторе).

Выводы

1. Линкомицин и рокситромицин существуют как минимум в виде 3-х модификаций – 2-х кристаллических и 1-й аморфной, различающихся между собой значениями истинных плотностей.
2. Аморфная форма линкомицина стабильна при хранении в условиях низкой влажности.

О.Н. Громова, Л.И. Слепян

БИОМАССА ШТАММА ЖЕНЬШЕНЯ, КАК ПЕРСПЕКТИВНОЕ ЛЕКАРСТВЕННОЕ СЫРЬЕ В ТЕХНОЛОГИИ ИММУНОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

ГОУ ВПО Санкт-Петербургская химико-фармацевтическая академия

Стремительное развитие иммунологии в последние десятилетия стимулировало целенаправленное и активное изучение и создание лекарственных средств, влияющих на иммунную систему. Арсенал иммунотерапевтических лекарственных средств, присутствующих сегодня на фармацевтическом рынке России достаточно велик.

В настоящее время население и предприятия-изготовители проявляют все большее внимание к лекарственным средствам из растительного сырья. Истинный потенциал отечественных лекарственных растений, несмотря на длительный срок их применения в народной и официальной медицине, далеко не полностью раскрыт. Большой интерес представляют препараты растительного происхождения, обладающие иммуномодулирующим действием. Такие препараты оказывают умеренное влияние как на гуморальный и клеточный иммунные ответы, так и на факторы неспецифической резистентности организма. Данным свойством обладают растения-адаптогены.

Природные запасы дикорастущих лекарственных растений сокращаются вследствие часто неправильной и нерегламентированной их заготовки. Решение проблемы бесперебойного обеспечения фармацевтической промышленности растительным сырьём возможно благодаря применению метода культуры орга-

нов, тканей и клеток высших растений, т.е. выращивания изолированных органов, тканей и клеток растений в стерильных условиях на питательных средах, при этом они сохраняют, как правило, способность к синтезу БАВ, свойственных виду растений, из которого выделены.

Метод культивирования растительных клеток и тканей достиг к настоящему времени высокого технического уровня, пригодность его для решения ряда биологических, ботанических и медицинских проблем не вызывает сомнения, практическое использование его также перспективно.

Преимущества применения биомассы растительных тканей по сравнению с использованием дикорастущего или выращиваемого сырья следующие: возможность получения растительного сырья вне зависимости от климатических и географических условий произрастания; резкое сокращение времени выращивания биомассы клеток по сравнению с соответствующим растением (для культур клеток период выращивания составляет 25—75 суток, для растений - не менее сезона, а для некоторых из них, например женьшеня, - не менее 5 лет); возможность получения стандартного по содержанию БАВ сырья; возможность регулирования скорости роста и биосинтеза БАВ; перспективы полной автоматизации и компьютеризации процессов.

olesya_gromova@rambler.ru

А.И. Демина

ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ПРОИЗВОДСТВА

Алтайский государственный университет, Барнаул

За последние пять лет в регионе производство фармацевтической продукции развивалось значительно медленнее, чем потребительский спрос на нее. Индекс производства составил 103,6%, а индекс розничной торговли продукции медицинского назначения -174,6%. Следовательно, в этом виде деятельности существуют проблемы, связанные не только с общей экономической ситуацией в регионе. В апреле 2009г крайстатуправление провело анкетирование крупных производителей фармацевтической продукции в регионе. Выявлены две основные проблемы, заключающиеся в неспособности российских производителей обеспечивать население современными лекарственными препаратами, весь цикл производства которых находился бы на территории России, и наличие усложненной системы регистрации лекарственных средств. Падение производства создает реальную угрозу лекарственной безопасности государства вследствие зависимости России от поставок из-за рубежа ингредиентов, необходимых для лечения заболеваний с высоким уровнем смертности и инвалидности. Предприятия, выпускающие лекарственные препараты, в основном импортируют сырье для своего производства. Так, лекарственные травы на Алтай завозились из Узбекистана, Туркмении, Киргизии, Китая. Наряду с экзотическими растениями, не произрастающими на территории России, ввозились и обычные

для наших мест растения (мята, полевой хвощ, плоды шиповника, цветы ромашки, листья крапивы). Причем, если в период с 2005 по 2007 гг происходило снижение объёма ввоза лекарственных растений для использования в фарминдустрии на территории края, затем импорт планомерно увеличился. Причиной увеличения импортозависимости является отсутствие профессионального сбора и переработки растительного сырья в регионе, а также малые объемы промышленного выращивания лекарственных трав на культурных плантациях. Следовательно, в крае необходимо создать единый центр по заготовке и переработке дикорастущего растительного сырья и обеспечить пункты заготовки соответствующим оборудованием. Результаты анкетирования предприятий, выпускающих лекарственные средства, показали, что одной из основных проблем, замедляющих развитие фарминдустрии в России, является влияние административных барьеров. Существующая система лицензирования лекарственных средств направлена на защиту потребителей от некачественного товара. Однако неравные условия при регистрации готовых лекарственных форм Российских и зарубежных производителей фармацевтической продукции (регистрация для отечественных производителей является более сложной и длительной) отрицательно сказываются на развитии отечественной фарминдустрии. Административные барьеры вынуждают предприятия увеличивать выпуск парафармацевтической продукции (БАДы, сиропы, фитосборы, бальзамы и т.п.), разработка и регистрация которых требует меньше затрат. Одной из проблем фарминдустрии является отсутствие механизмов финансирования разработок новых лекарственных средств с применением сложных технологий. Фармацевтические предприятия Алтайского края выпускают в основном достаточно примитивную группу препаратов, не способных излечить многие распространенные заболевания, хотя в регионе сегодня остается высокий уровень заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований, возросли заболевания щитовидной железы, органов дыхания, а ресурсный потенциал позволяет производить готовую продукцию из местного растительного и минерального сырья.

Э.М. Закирова, Е.М. Цибарева, Н.М. Насыбуллина

ИЗУЧЕНИЕ ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ПОТЕНЦИАЛЬНОГО АНТИМИКОТИЧЕСКОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА

Казанский государственный медицинский университет

Важным этапом создания лекарственных форм (ЛФ) является исследование физико-химических свойств самого действующего вещества (растворимость, температура плавления или кипения и т.д.). При разработке ЛФ для наружного применения антимикотического действия в качестве объекта исследования нами было отобрано соединение, источником получения которого являются хвойные растения. Это производное монотерпеноидов ментанового ряда под условным названием В-27.

На первом этапе исследований изучали растворимость данного вещества, как в чистых растворителях, так и в бинарных и тройных смесях. Все исследования по изучению растворимости действующего вещества проводили в соответствии с требованиями Государственной Фармакопеи XII - го издания. В процессе изучения растворимости вещества В-27 выявлено, что соединение не растворимо в воде очищенной, в неводных растворителях (в ДМСО, полиэтиленгликоле (ПЭГ)), но легко растворимо в маслах (в подсолнечном и оливковом масле). Дополнительно проводили исследования по растворимости данного соединения в бинарных и тройных смесях растворителей в разных соотношениях. На 2-м этапе осуществляли подбор основы и вспомогательных веществ с целью создания ЛФ – геля антимикотического действия. При выборе основы руководствовались принципами, что основа должна легко высвобождать лекарственное вещество, легко впитываться в кожу и не пачкать одежду. Поэтому в качестве основы нами была выбрана основа карбопол, которая удовлетворяла всем этим требованиям.

Наряду с изучением физико-химических свойств ЛФ для наружного применения с веществом В-27 осуществляли биофармацевтические, фармакологические, реологические и микробиологические исследования, которые показали эффективность антимикотического действия разработанной нами лекарственной формы, ее биодоступность, стабильность и микробную чистоту.

Таким образом, на основании проведенных комплексных исследований по изучению физико-химических свойств потенциального антимикотического лекарственного средства В-27 получены результаты по оптимизации состава и технологии изготовления ЛФ для наружного применения, рекомендуемой в лечении микозов различной этиологии.

Д.Ю. Ивкин, В.А. Крауз, А.З. Абышев, Э.М. Агаев

ИССЛЕДОВАНИЕ АНТИКОАГУЛЯЦИОННЫХ ЭФФЕКТОВ НОВЫХ ПРОИЗВОДНЫХ 2-Н-1-БЕНЗОПИРАНА

Санкт-Петербургская государственная химико-фармацевтическая академия

Цель исследования. Изучение гемокоагулометрических эффектов новых комбинированных гетероциклических соединений кумариновой природы.

Задачи исследования. Поиск новых эффективных антикоагулянтов непрямого действия.

Материалы и методы исследования. Для оценки гемокоагулометрических эффектов субстанции АВД-14 и диуманкала использовали тест-системы определения протромбинового времени, тромбинового времени, активированного тромбопластинового времени и концентрации фибриногена в плазме крови крыс, оценивали общее состояние, ЭКГ и гистологические срезы внутренних органов животных. Препаратом сравнения был выбран варфарин в пересчитанной на крыс начальной терапевтической дозе. Животные получали соответст-

вующие вещества в течение 7 дней, после чего проводились запись ЭКГ во 2ом стандартном отведении и забор крови из губы с определением тромбоцитов и дальнейшим двукратным центрифугированием (1000 и 3000 об/мин) с целью получения плазмы и отделения форменных элементов. Крыс забивали и проводили гистологию внутренних органов.

Результаты и обсуждение. Протромбиновое время (время образования фибрина в плазме крови в присутствии ионов кальция и тканевого тромбопластина) у субстанции АВД-14 было несколько меньше, чем у варфарина, а у диуманкала - превышало таковое у препарата сравнения. Активированное парциальное тромбопластиновое время при применении исследуемых веществ в порядке убывания расположилось следующим образом: диуманкал, варфарин, АВД-14. АВД-14 снижал концентрацию фибриногена эффективнее диуманкала и варфарина, а тромбиновое время при его применении было несколько ниже, чем у последних.

Сравнивая ЭКГ животных в начале и конце эксперимента, было отмечено, что у крыс, получавших варфарин, существенно снижалось значение зубца R, что говорит о малом наполнении сердца, тогда как у крыс других групп такого не наблюдалось. Кроме того, в группе животных, получавших варфарин в течение недели погибло 40% животных, у остальных отмечалась повышенная кровоточивость дёсен, кровь шла из носа, прямой кишки, тогда как в других группах ни летальности, ни кровотечений не наблюдалось. Гистологическое исследование показало массовые кровоизлияния в лёгких, печени, почках, сердце и желудке «варфариновых» крыс и отсутствие их в других группах.

Выводы. Субстанция АВД-14 в эффективной дозировке проявляет антикоагуляционное действие, сравнимое с варфарином, тогда как диуманкал превосходит его.

Ю.В. Карбовская, Е.В. Флисюк

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ СОСТАВА ПЛЕНОЧНОГО ПОКРЫТИЯ НА БИОДОСТУПНОСТЬ ТАБЛЕТОК

Санкт-Петербургская государственная химико-фармацевтическая академия

Направления развития фармацевтической технологии определяются требованиями современной фармакотерапии, которые предполагают создание максимально эффективных с лечебной точки зрения лекарственных препаратов при достаточно низком риске возникновения побочных эффектов. В основе этого лежат принципы биофармации, базирующиеся на оптимальном подборе состава и вида лекарственной формы и использовании оптимального технологического процесса. Как правило, все технологии направлены на повышение биодоступности лекарственного средства и контролируемое высвобождение действующих веществ из лекарственной формы. Для пероральных таблетированных препаратов, в частности, применяются такие технологические приемы, как грану-

лирование, микрокапсулирование, покрытие оболочками. С помощью пленочных покрытий можно изменять время распада таблетки, скорость растворения или выделения лекарственного вещества, место выделения и длительность нахождения в определенной зоне желудочно–кишечного тракта. А это, в свою очередь, определяет скорость и полноту всасывания, динамику концентрации лекарственного вещества в крови, то есть биодоступность препарата. Таким образом, целью исследования явилось изучение влияния свойств покрываемых таблеток, состава пленочного покрытия, а также технологических параметров нанесения пленочной оболочки на кинетику высвобождения действующих веществ из таблеток in vitro по тестам «Растворение».

В результате проведенного исследования были изучены свойства (гигроскопичность, смачиваемость, прочность на истирание) таблеток-ядер на основе сухих экстрактов, содержащих различные группы БАВ растительного происхождения (таблетки с сухим экстрактом липы, шиповника); и содержащих ЛВ синтетического происхождения (таблетки циклоферона, 0,15 г, таблетки ранитидина, 0,15 г). Были изучены физико-химичесие свойства растворов для кишечнорастворимых покрытий (Eudragit L30 D фирмы Colorcon, Spectrablend кишечнорастворимый, фирмы Warner Jenkinson Europe, Kollicoat MAE 30 DP фирмы BASF) и для защитных покрытий (Spectrablend защитный фирмы Warner Jenkinson Europe, Hypromellose фирмы Shin-Etsu). Было проведено исследование по изучению взаимодействий, протекающих между растворами пленкообразователей и ядрами таблеток (смачиваемость), что позволило выбрать оптимальные концентрации пленкообразующих растворов и пластификаторов для покрытия. Анализ результатов исследования процесса покрытия таблеток-ядер выбранными составами пленкообразующих композиций позволил определить зависимость равномерности покрытия на высвобождение действующих веществ из таблеток, покрытых оболочками in vitro по тестам «Растворение». Таким образом, экспериментально доказано, что различная масса оболочки таблеток, полученных в пределах одной серии, оказывает существенное влияние на биодоступность лекарственного препарата.

julchick01@yandex.ru

К.И. Кашапова, С.С. Камаева, Г.Ю. Меркурьева

РАЗРАБОТКА СУППОЗИТОРИЕВ С ДРОТАВЕРИНА ГИДРОХЛОРИДОМ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ В АКУШЕРСКО ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Казанский государственный медицинский университет

Для снижения возбудимости матки при угрожающем выкидыше в современной акушерско-гинекологической практике используются суппозитории с папаверина гидрохлоридом. Однако, папаверин оказывает сильное гипотензивное действие, что является нежелательным у беременных женщин, снижает возбудимость сердечной мышцы и понижает внутрисердечную проводимость, влияет на ЦНС, вызывая седативный эффект. Данных недостатков лишён дро-

таверина гидрохлорид, использующийся в настоящее время в двух лекарственных формах – в виде таблеток и раствора для инъекций. Актуальной является разработка суппозиториев с дротаверина гидрохлоридом, так как ректальный путь введения может представлять альтернативу пероральному и инъекционному пути введения по скорости наступления эффекта.

Целью работы является научное обоснование и экспериментальная разработка состава и технологии суппозиториев с дротаверина гидрохлоридом, предназначенных для расширения номенклатуры ректальных суппозиториев отечественных производителей, применяемых в акушерско-гинекологической практике при невынашивании беременности и для облегчения родового процесса.

Были изготовлены суппозитории с дротаверина гидрохлоридом на липофильных (смеси масла какао, парафина и жира кондитерского в различных соотношениях), гидрофильных основах (желатино-глицериновой и смеси ПЭО-1500 и ПЭО-400 в различных соотношениях) и дифильных основах (смеси ПЭО-1500, кондитерского жира, Т-2, аэросила , а также смеси ПЭО-1500, ПЭО-400, кондитерского жира, твина-80 и аэросила). Каждый суппозиторий содержал по 0,04 г субстанции. Температура плавления используемых основ изучалась по методике ГФ-XI и соответствовала требованиям.

Изготавливаемые на отобранных основах суппозитории имели удовлетворительные органолептические характеристики.

Таким образом, после изучения фармацевтической доступности дротаверина гидрохлорида из суппозиториев с установлением более предпочтительной основы возможно расширение ассортимента лекарственных форм, используемых в акушерско-гинекологической практике с целью предупреждения возможного невынашивания беременности.

Коноплева Е.В.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ РАСТИТЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ В СОЧЕТАНИИ С МЕТОДОМ ГИДРОКОЛОНОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С СОМАТОФОРМНОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ И СКРЫТОЙ ДЕПРЕССИЕЙ

Санкт-Петербургская государственная химико-фармацевтическая академия

В настоящее отмечается значительный рост в общей популяции числа расстройств аффективного спектра, среди которых депрессивные, тревожные и соматоформные расстройства являются наиболее эпидемиологически значимыми. По различным данным ими страдают до 30% обращающихся в поликлиники.

Целью исследования явилось обоснование использования сочетания мониторного очищения кишечника (гидроколонотерапия, МОК) и ректального введения сборов лекарственных растений при соматоформной вегетативной

дисфункции и скрытой депрессии.

Материалы и методы исследования**.** Исследования проведены под руководством врача-терапевта высшей категории И.А. Войтенко на базе санатория «Северная Ривьера». Было обследовано 209 пациентов с проявлениями соматоформной вегетативной дисфункции и скрытой депрессии.

В соответствии с изучаемыми методами лечения все пациенты были разделены на три группы – пациенты, получавшие курс МОК сбором №1, сбором №2 и сбором №3. Контрольная группа получала тот же оббьем лекарственной терапии, но не получали курсы МОК сборами. Изучалась динамика клинических, лабораторных и функциональных показателей при использовании МОК сборами перед началом лечения, после 3, 5, и 7 процедур МОК.

Результаты и их обсуждение. МОК в сочетании с ректальным введением сбора №1 у пациентов в возрасте до 60 лет достоверно улучшает показатели липидного обмена, гликемии, реологических свойств крови, приводит к нормализации показателей церебральной гемодинамики, особенно в каротидном бассейне. МОК в сочетании с ректальным введением сбора №2 улучшает церебральную гемодинамику в вертебро-базилярном бассейне. МОК в сочетании с ректальным введением сбора №3 приводит к уменьшению выраженности астенического синдрома.

Выводы. МОК в сочетании с ректальным введением растительных сборов повышает эффективность стандартных схем лечения пациентов с соматовегетативной дисфункцией и скрытой депрессией, приводя к регрессу клинических симптомов.

Ю.А. Кузьмина, Л.И. Громова

НОВЫЙ ЭЛЕКТРОЛИТНЫЙ ИНФУЗИОННЫЙ РАСТВОР «ИЗОСОЛЬ»

Санкт-Петербургская государственная химико-фармацевтическая академия

Электролитные инфузионные растворы применяются для регуляции минеральных и органических веществ в организме, для регулирования кислотно-щелочного, электролитного, водного равновесия и т.д. В настоящее время российский рынок инфузионных растворов характеризуется высокой конкуренцией, при этом число производителей значительно превышает количество брендов. Наглядным примером является тот факт, что такие традиционные инфузионные препараты как раствор натрия хлорида 0,9% и раствор глюкозы 5% преобладают на рынке на протяжении многих десятилетий. Очевидно, что рынок электролитных инфузионных растворов нуждается в новых препаратах.

Электролитные растворы содержат основные жизненно важные ионы, входящие в состав плазмы крови, такие как натрий, калий, кальций, магний, хлор, гидрокарбонат, ацетат, лактат. Известно, что кроме основных электролитов в состав плазмы крови входят также микроэлементы, которые участвуют в регулировании кроветворного процесса, влияют на процессы иммуногенеза,

участвуют в тканевом дыхании и т.д. Микроэлементы поступают человеку с пищей и не накапливаются в организме. В критических ситуациях, когда питание обычным пероральным образом невозможно, парентеральное введение микроэлементов жизненно необходимо.

В настоящий момент ни одно предприятие Российской Федерации не выпускает электролитные инфузионные растворы, содержащие микроэлементы, поэтому создание полиионного электролитного раствора, приближенного по составу к плазме крови и содержащего микроэлементы, весьма актуально.

В результате исследований предложен раствор под условным названием «Изосоль». Проведены испытания на аномальную токсичность и пирогенность. Выявлено, что инфузионный раствор Изосоль не обладает аномальной токсичностью и пирогенностью.

Специфическую активность раствора оценивали по динамике восстановления животных после экспериментальной кровопотери по параметрам: масса тела, показатели периферической крови, количество ионов в плазме крови и результаты электрокардиограммы. Результаты свидетельствуют о положительном влиянии микроэлементов, входящих в состав раствора «Изосоль» на кроветворный процесс.

niilit83@mail.ru, ptlp@spcpa.ru

А.Б. Легостева, Н.А. Анисимова, Е.Н. Загребельная

ЛИСТЬЯ ВИШНИ И ПЕРСПЕКТИВНОСТЬ ИХ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В ФИТОТЕРАПИИ

Санкт-Петербургская государственная химико-фармацевтическая академия

В настоящее время во всем мире наблюдается повышенный интерес практической медицины к лекарственным препаратам, получаемым из растительного сырья. В связи с чем, одним из основных направлений развития современной фармацевтической науки является расширение ассортимента, поиск новых более эффективных и безопасных фитохимических препаратов, а также расширение сырьевой базы для них.

Объектом исследования служат листья вишни обыкновенной (сем. розоцветные), собранные в 2008 году в Ленинградской области. Предварительный фитохимическое изучение показывает наличие в них флавоноидов, органических кислот, хлорофилла, витамина К, каротиноидов, дубильных веществ. Сырье проанализировано по таким числовым показателям как влажность; зольность; части, утратившие естественную окраску; органические примеси; минеральные примеси; количественное содержание хлорофилла в соответствии с методиками, представленными в Государственных Фармакопеях 11 и 12 изданий.

При разработке технологии галенового препарата – масляного экстракта листьев вишни, применен метод циркуляционной экстракции на аппарате «Со-

кслет». Этот способ позволяет за счет высокого градиента концентрации сократить длительность процесса экстрагирования и достичь высокого выхода действующих веществ при использовании небольших количеств извлекателя. Полученный фитопрепарат представляет собой вязкую маслянистую жидкость, темно-зеленого цвета со своеобразным запахом, содержание хлорофилла (в пересчете на феофитин) составляет 85,53±0,78 мг%.

В процессе изучения фармакологического действия масляного экстракта листьев вишни, проведена оценка его противовоспалительной активности. Антиэкссудативные свойства масляного экстракта листьев вишни оценивали на модели формалинового отека лапы крысы в опытах на 15 половозрелых крысах – самцах массой тела 160-170 г. В качестве препарата сравнения использовали диклофенак. Анализ результатов эксперимента показал, что масляный экстракт вишни обладает выраженной антиэкссудативной активностью и уменьшает отек лапы крысы на 40%, не уступая препарату сравнения диклофенак, который уменьшает отек лапы – на 39,3%.

Таким образом, результаты проведенных исследований фиксируют целесообразность применения листьев вишни обыкновенной для получения лекарственных средств с целью дальнейшего применения в фитотерапии.

legosteva_a@mail.ru

М.И. Лефтерова, Г.Ю. Меркурьева, С.С. Камаева

ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОЙ ОСНОВЫ ДЛЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПЛЕНОК

Казанский государственный медицинский университет

Анализ литературы, посвященной стоматологическим заболеваниям, показывает, что терапия различных форм стоматитов, гингивитов, болезней пародонта является актуальной проблемой и требует комплексного лечения. Несмотря на достаточно широкий ассортимент лекарственных средств, местное лечение данных заболеваний осуществляется путем использования аппликационных лекарственных форм: тампонов пропитанных растворами лекарственных веществ и мазей. Недостаточная эффективность перечисленных лекарственных форм обусловлена неравномерностью контакта тампона или мази со слизистой и быстрым снижением концентрации лекарственного вещества в месте введения. Устранить данный недостаток позволяет применение пленок, которые обеспечивают длительный контакт и постоянство концентрации лекарственного вещества в месте введения.

Для изготовления пленочных основ мы использовали в качестве пленкообразователей желатин, натрий-карбоксиметилцеллюлозу, полимер биорастворимый. Для придания пленкам упруго пластичных свойств вводили пластификаторы: глицерин, ПЭО – 400, ПЭО–1500.

С целью отбора пленочных основ были изготовлены составы, представляющие собой различные соотношения пленкообразователей и пластификато-

ров. Критериями отбора служили органолептические характеристики получаемых после сушки пластин: внешний вид, упругость, отсутствие включений, толщина. В ходе исследований было выявлено, что пленочная основа с желатином обладает не достаточно хорошими органолептическими свойствами: пластины получаются неоднородными, липкими, плохо отходят от подложки, а при длительном хранении высыхают и становятся чрезмерно ломкими.

Таким образом, наиболее оптимальными органолептическими свойствами (эластичность, цвет, характер поверхности) обладают основы, приготовленные с использованием натрий - карбоксиметилцеллюлозы, глицерина (состав № 1), полимера биорастворимого и полиэтиленгликоля - 400 (состав № 2), полимера биорастворимого, полиэтиленгликоля – 1500 и глицерина (состав № 3).

В.М. Логинова, Ф.В.Тузиков, Н.А.Тузикова,
Е.Е. Филюшина, Т.А. Короленко

ВЛИЯНИЕ АТОРВАСТАТИНА НА ФРАКЦИОННЫЙ И СУБФРАКЦИОННЫЙ СОСТАВ ЛИПОПРОТЕИНОВ СЫВОРОТКИ КРОВИ МЫШЕЙ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ЛИПЕМИИ, ВЫЗВАННОЙ ТРИТОНОМ WR 1339

НИИ физиологии СО РАМН, Новосибирск

Частота сердечно–сосудистых заболеваний стремительно увеличивается во всех промышленно развитых странах. Атеросклероз различной локализации, ишемическая болезнь сердца и артериальная гипертензия остаются основными причинами инвалидизации и смертности населения. Развитие и прогрессирование атеросклероза и его осложнений значительно зависят от уровня холестерина (ХС) триглицеридов (ТГ) сыворотки крови, что обусловило целенаправленный поиск и разработку лекарственных препаратов, влияющих на содержание и метаболизм липидов. Липемия является одним из важнейших факторов риска развития атеросклероза и ряда сердечно-сосудистых и цереброваскулярных заболеваний. Модель липемии, воспроизводимая у экспериментальных животных при введении тритона WR 1339, используется для изучения механизма развития атеросклероза. Остаются неясными соотношения различных фракций и субфракций липопротеинов (ЛП), особенно ЛПНП (ответственных за отрицательный проатерогенный эффект) и ЛПВП (с защитным антиатерогенным эффектом) при экспериментальной гиперлипемии. Среди разных групп медикаментозных средств, обладающих гиполипидемическим действием, статины - ингибиторы 3–гидрокси–3–метилглутарил–коэнзим А–редуктазы (ГМК–КоА–редуктазы), оказались самыми эффективными препаратами, стабильно снижающими преимущественно уровень ХС-ЛП, а также ТГ-ЛП крови. Механизм защитного влияния аторвастатина при модели гиперлипемии представляет определенный интерес в связи с тестированием новых гиполипидемических препаратов (статинов, фибратов).

Цель работы – оценить влияние аторвастатина на фракционный и субфракционный состав ЛП сыворотки крови у мышей при развитии липемии, вызвае-

мой с помощью однократного введения животным тритона WR 1339.

Методы исследования. Использовали мышей ICR (виварий Института цитологии и генетики СО РАМН). Аторвастатин (Аторис, КРКА, Словения) вводили мышам в желудок с помощью зонда в дозе 75 мг/кг двукратно за 24 ч до введения тритона. Тритон WR 1339 (Ruger Chemical Co., USA) вводили мышам однократно, внутрибрюшинно в дозе 500 мг/кг. Забой мышей проводили спустя 24 ч после введения детергента. Перед забоем мыши голодали в течение 15 ч, потребление воды не ограничивали. Сыворотку крови получали после центрифугирования образцов при 3000 g в течении 15 мин. при 4º С с использованием центрифуги Eppendorf 5415 R, Германия. Фракционный состав ЛП сыворотки крови определяли методом малоуглового рентгеновского рассеяния с использованием дифрактометра фирмы Siemens, (Германия). Исследование проведено на базе Института катализа СО РАН и Новосибирского государственного университета. Полученные результаты обрабатывали статистически с использованием t- критерия Стьюдента. Различия принимали за достоверные при $p< 0,05$.

Результаты. Показано, что гиперлипидемия, вызываемая тритоном WR 1339, у мышей характеризовалась значительным подъемом ХС-ЛП, так и их фракций, преимущественно, фракции ЛПОНП, которая увеличена наиболее резко, это увеличение обусловлено повышением обеих субфракций - ЛПОНП $_{3-5}$, ЛПОНП $_{1-2}$. , а также атерогенной фракции ЛПНП за счет субфракции - ЛППП. Наименее выражено изменение повышения концентрации антиатерогенной фракции ЛПВП, причем за счет ее субфракций - $ЛПВП_3$.

Показано гиполипидемическое влияние аторвастатина на фракционный и субфракционный состав ХС-ЛП, ТГ-ЛП: снижение концентрации проатерогенных фракций ХС-ЛП - ЛПОНП в 1,5 раза (за счет субфракций $ЛПОНП_{3-5}$), ЛПНП в 10 раз за счет субфракции ЛППП. Одновременно отмечено увеличение концентрации антиатерогенных фракций ЛПВП (за счет субфракции $ЛПВП_3$). Снижение концентрации проатерогенных фракций ТГ-ЛП при введении аторвастатина аналогично данным, описанным выше для ХС-ЛП. Повышение концентрации фракции ЛПВП (за счет субфракции $ЛПВП_2$) наблюдали по сравнению с животными, которым вводили тритон.

Заключение. Введение тритона WR 1339 мышам может использоваться как модель гиперлипидемии для изучения механизма действия гиполипидемических препаратов. Представленные изменения ЛП на модели, вызванной введением тритона WR 1339, сходны с аналогичными при дислипопротеинемии 2а/2б, 3 типа человека. Защитный эффект аторвастатина связан со снижением проатерогенной субфракций ХС- ЛПОНП $_{3-5}$, ЛПОНП $_{1-2}$ (фракции ХС-ЛПОНП) и субракции ХС-ЛППП атерогенной фракции ХС-ЛПНП при более слабом влиянии на субракции ХС-ЛПВП.

Используемые сокращения: ЛПНП - липопротеины низкой плотности, ЛПОНП - липопротеины очень низкой плотности, ЛППП липопротеины промежуточной плотности, ЛПВП - липопротеины высокой плотности.

Т.М. Медведева, И.Е. Каухова, В.Ц. Болотова

РАЗРАБОТКА ТЕХНОЛОГИИ И ИЗУЧЕНИЕ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ГРАНУЛ СУХОГО ЭКСТРАКТА ЛИСТЬЕВ ЛИПЫ СЕРДЦЕВИДНОЙ

Санкт-Петербургская государственная химико-фармацевтическая академия

Отечественный фармацевтический рынок предлагает широкий ассортимент синтетических препаратов анксиолитического и седативного действия. Но и врачи, и пациенты отдают предпочтение проверенным седативным лекарственным средствам растительного происхождения в форме настоек, сиропов или таблеток. Высокую эффективность в борьбе со стрессом показали извлечения из цветков и листьев липы сердцевидной, однако применение данного вида сырья сдерживается отсутствием лекарственных форм на его основе.

В настоящее время в виде гранул не выпускается ни один седативный препарат, тогда как данная лекарственная форма имеет целый ряд преимуществ, основными из которых являются высокая биодоступность, удобство дозирования, перспективность использования в педиатрической и гериатрической практике.

В связи с этим, актуальной явилась разработка технологии гранул на основе сухого экстракта листьев липы сердцевидной как предположительно эффективного, безопасного и доступного препарата для лечения и профилактики стресса.

В ходе исследовательской работы получены гранулы на основе сухого экстракта листьев липы с применением двухфазной системы экстрагентов на стадии извлечения БАВ и с использованием минимального количества вспомогательных веществ.

В результате проведенных фармакологических исследований доказано, что гранулы на основе сухого экстракта листьев липы проявляют седативный эффект, сопоставим с действием препарата сравнения - экстрактом валерианы. Максимальный анксиолитический эффект гранул превышал действие препарата сравнения – грандаксина. Также в ходе работы in vitro установлено наличие выраженного антиоксидантного действия у гранул на основе сухого экстракта листьев липы.

Таким образом, в ходе исследования был разработан состав оригинального средства на основе экстракта листьев липы сердцевидной, обладающего седативным, антигипоксическим и другими свойствами, которые позволят расширить номенклатуру отечественных лекарственных средств для лечения и профилактики расстройств нервной системы.

Минвалеева Д.Н., Петров Д.С.,
Поцелуева Л.А., Хазиев Р.Ш.

ИЗУЧЕНИЕ АМАРАНТА ХВОСТАТОГО В КАЧЕСТВЕ НОВОГО ИСТОЧНИКА ПОЛУЧЕНИЯ РУТИНА

Казанский государственный медицинский университет

Поиск новых растительных источников получения лекарственных средств не теряет актуальности, в связи с чем представляло интерес изучение амаранта хвостатого в качестве возможного источника получения представителя флавоноидов - рутина.

Амарант хвостатый (Amaranthus caudatus L.) родом из Северной Америки, выращиваемый в качестве пищевой и кормовой культуры, был интродуцирован в ботаническом саду Казанского государственного медицинского университета для последующего его изучения в качестве потенциального источника получения биологически активных веществ. В частности известно, что в траве амаранта хвостатого содержатся флавоноиды. Надземную часть амаранта хвостатого заготавливали в 2008 и 2009 годах в различные периоды вегетации растения. С помощью метода дифференциальной спектрофотометрии было определено после реакции с хлоридом алюминия содержание суммы флавоноидов в названном растительном сырье.

Наиболее высокий уровень флавоноидов был выявлен в красных пигментированных листьях амаранта хвостатого, заготовленных в октябре, которые и были использованы для дальнейших исследований. Методом тонкослойной хроматографии было установлено, что во флавоноидном составе травы амаранта доминирует рутин (85%), который по химической структуре является биозидом, хорошо растворимым в воде.

С помощью трёхфакторного плана эксперимента выявления оптимальных условий экстракции флавоноидов из сырья водой изучали соотношение сырьё/вода, продолжительность экстракции и режим экстрагирования. Таким образом, в сырье амаранта хвостатого флавоноиды представлены преимущественно рутином при максимальном его накоплении (2,42 ± 0,09%) в красных (пигментированных) листьях в конце вегетации (фаза плодоношения), оптимум соотношения сырья и экстрагента (воды) при получении водного извлечения соответствует пропорции 1:100, оптимальный режим эстрагирования – 15-минутное нагревание на водяной бане, очистка водного извлечения рутина возможна с помощью бутанола с последующей кристаллизацией его из воды.

Таким образом, полученные результаты показывают, что в качестве источника получения рутина амарант хвостатый достаточно перспективен.

Д.Н. Минвалеева, Д.С. Петров,
Л.А. Поцелуева, Р.Ш. Хазиев

БАДАН ТОЛСТОЛИСТНЫЙ КАК НОВЫЙ ИСТОЧНИК ПОЛУЧЕНИЯ АРБУТИНА

Казанский государственный медицинский университет

Бадан толстолистный (Bergenia crassifolia (L.) Fritsch) – южно-сибирский вид растения, корневище которого используется в отечественной медицине в качестве вяжущего и противовоспалительного средства. Изучен химический состав листьев бадана толстолистного, характеризующихся высоким содержанием фенольных соединений, в частности арбутина, однако в качестве источника его получения названный вид сырья до последнего времени не рассматривались. Объектом нашего исследования с точки зрения перспективности расширения перечня видов растительного сырья бадана толстолистного, явилось названное растение, интродуцированное в условиях ботанического сада Казанского государственного медицинского университета.

Целью нашей работы была разработка способа получения арбутина из листьев бадана толстолистного с использованием водной эстракции. Листья бадана были заготовлены в качестве лекарственного растительного сырья в маеиюне 2008 года в ботаническом саду КГМУ. С помощью метода прямой спектрофотометрии было оценено количественное содержание арбутина в сырье, составившее 13,4% ± 0,68%.

С использованием математического метода планирования эксперимента были подобраны оптимальные условия экстракции арбутина из сырья водой, а именно: 15- минутное нагревание на кипящей водяной бане с последующим охлаждением при комнатной температуре. Очистку водного извлечения из сырья бадана толстолистного от сопутствующих фенольных соединений проводили осаждением с помощью раствора ацетата свинца с последующим удалением избытка ионов свинца раствором натрия сульфата. Для снижения растворимости арбутина в воде очищенный водный продукт обрабатывали порошком натрия хлорида в соотношении 1:7, а затем из него многократно извлекали этилацетатом арбутин. Этилацетатное извлечение названного фенольного соединения концентрировали отгонкой растворителя до сиропообразного остатка, затем сгущенную вытяжку переносили в кристаллизатор, где охлаждали её до +5°С. Выпавшие кристаллы технического арбутина в последующем отфильтровали и высушивали. Затем полученное соединение перекристаллизовывали из этилацетата с получением белых игольчатых кристаллов арбутина, их идентификацию проводили с помощью ИК- спектроскопии. Таким образом, использование различных видов растительного сырья бадана толстолистного перспективно с точки зрения возможности получения и дубильных веществ, и фенольного соединения – арбутина.

М.М. Муравьева, Г.Ю. Меркурьева,
С.С. Камаева, Р.Ш. Хазиев

ПОЛУЧЕНИЕ ЖИДКОГО ЭКСТРАКТА-КОНЦЕНТРАТА ТРАВЫ ГОРЦА ПТИЧЬЕГО

Казанский государственный медицинский университет

Горец птичий, или спорыш, обладает ценнейшим качеством: способностью очищать организм от скопившихся в нем вредных веществ и шлаков, что наиболее ценно в связи с ухудшением экологической обстановки. Врачи рекомендуют настои из горца птичьего при лечении гипертонической болезни, гипохромных анемий, заболеваний печени, почек и мочеполовой системы, при геморроидальных кровотечениях, дисбактериозе и даже в случае онкологических проблем. Изготовление настоев требует соблюдения определенных технологических приемов, не всегда правильно выполняемых в домашних условиях, что приводит к получению нестандартных препаратов. Использование экстрактов-концентратов позволяет избежать этих недостатков. Таким образом, исследования по разработке жидкого экстракта-концентрата из травы горца птичьего являются актуальными.

Цель наших исследований заключалась в разработке жидкого стандартизованного экстракта горца птичьего.

Сырьем для получения стандартизованного экстракта служила трава горца птичьего, собранная на территории Татарстана. После измельчения сырья отбирали фракцию с размером частиц от 2 до 7 мм. В качестве экстрагента использовали спирт этиловый в концентрации 20 и 25 %, чтобы извлечение по содержанию действующих веществ было максимально приближено к водным извлечениям. Стандартизованный жидкий экстракт готовили в соотношении 1:2 методом дробной мацерации с противотоком в батарее из трех перколяторов. Очистку экстракта проводили отстаиванием в течение 2 суток при температуре не выше +10 ºС с последующей фильтрацией.

Полученные извлечения оценивали по органолептическим признакам (цвет, запах) и сухому остатку. Жидкие экстракты-концентраты горца птичьего представляют собой прозрачную жидкость красновато-коричневого цвета с характерным запахом, более выраженным в случае использования в качестве экстрагента 25 % этанола. С повышением концентрации спирта увеличивается сухой остаток, что свидетельствует об увеличении концентрации экстрактивных веществ.

Проведенный объем исследований позволяет сделать вывод о целесообразности проведения дальнейших исследований, направленных на совершенствование технологии жидкого экстракта-концентрата и его стандартизации.

Н.М. Насыбуллина, С.В. Лисицина

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ 10% СИРОПА ПАНТОГАМА У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Казанский государственный медицинский университет;
ООО «Пик-фарма», Москва

Пантогам – отечественный ноотропный препарат широкого спектра действия, может использоваться в качестве монотерапии или комбинации с другими лекарственными средствами. Более 10 лет ООО «Пик-фарма» производит лекарственную форму пантогама в виде 10 % сиропа. Целью нашего исследования явилось изучение эффективности 10% сиропа пантогама в клинике у детей с церебральной органической и посттравматической интеллектуальной недостаточностью. Под наблюдением находилось 18 детей школьного возраста (9-12 лет). Из них 6 человек – контроль, 12 человек с диагнозами: умственная отсталость с эмоционально-волевыми нарушениями, психомоторной расторможенностью (7человек), а также с последствиями натального поражения ЦНС с интеллектуальной недостаточностью с различной степенью дебильности (5 человек). Пантогам в виде 10% сиропа назначался в течение месяца в возрастающей дозе, начиная с 5 мл до 20 мл в сутки. По окончании лечения больным детям проводили комплекс психоневрологических тестов, результаты которых сравнивали с показателями здоровых детей. Влияние пантогама на функцию памяти детей школьников оценивали по методике изучения кратковременной и долговременной памяти (по заучиванию 10 слов). Изучение процессов восприятия предметов у школьников проводили с помощью методики «узнавание фигур». Степень концентрации и устойчивость внимания детей оценивали с помощью корректурной пробы (тест Бурдона). В ходе изучения выявлено, что у школьников после 2-х недельного приема 10 % сиропа пантогама по сравнению с контролем улучшалась физическая активность, повышалась работоспособность, увеличивался интерес к познавательной деятельности и усиливалось внимание к теме урока. Сироп пантогама оказывал благоприятное действие на интеллектуально-мнестические функции мозга школьников. Судя по пробе Бурдона,7 из 12 детей справлялись с корректурным тестом(58,5%)против16,5 %.Улучшение концентрации внимания отмечено у 91,5 % детей после завершения лечения.

Результаты проведенных исследований по оценке клинической эффективности пантогама в виде лекарственной формы «сироп» свидетельствуют о высокой эффективности препарата.

Н.М. Насыбуллина

СОЗДАНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ФОРМ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ И АНТИМИКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ НА ОСНОВЕ ЛИПОСОМ ДЛЯ НАРУЖНОГО ПРИМЕНЕНИЯ

Казанский государственный медицинский университет

В настоящее время одним из перспективных направлений в создании новых лекарственных средств является производство гелей, кремов, желе, бальзамов, где в качестве носителей лекарственных веществ используются липосомы. Именно такие композиции лекарственных и вспомогательных веществ в данных лекарственных формах обуславливают высокую эффективность и комфортность при их использовании.

В связи с этим, нами были проведены исследования по разработке мазей и гелей на основе липосом, проявляющих противовоспалительное, ранозаживляющее и антимикоти-ческое действие. Для оптимизации лекарственных форм для наружного применения на основе липосом важными показателями качества являются исследования по высвобождению лекарственных веществ из различных составов мазей и гелей, на основании которых осуществляют выбор состава и рациональной технологии изготовления данных форм.

В работе были использованы реологические методы, биофармацевтические методы диффузии в агаровый гель и равновесного диализа. Время проведения исследований составило 24 и 72 часа. Мазевыми основами являлись: вазелин-ланолиновая (9:1), консистентная, гелевая основа метилцеллюлозы с глицерином различных концентраций, основа "Липекс", представляющая собой липидный экстракт с липосомами (г. Дзержинск). В качестве лекарственных веществ использовались противовоспалительное средство -пироксикам, антимикотическое средство - клотримазол, ранозаживляющие средства - L - карнитин и липоевая кислота.

В результате наших исследований показано, что наилучшей способностью высвобождать лекарственные вещества из основ обладает основа "Липекс". Введение в липидную основу в качестве загустителя аэросила в концентрациях 5 % и 10 % уменьшает скорость высвобождения клотримазола в 1,5 раза; L – карнитина в 2 раза, пироксикама и липоевой кислоты в 1,3 раза. При введении аэросила в концентрации 3% липидная основа обладала оптимальными реологическими свойствами, а высвобождение клотримазола и липоевой кислоты увеличивалось почти в 2 раза.

Таким образом, на основании проведенных исследований была отобрана оптимальная липидная основа, позволяющая максимально высвобождать лекарственные вещества с целью ее дальнейшего изучения в доклинических экспериментах в опытах на животных.

А.Н. Новоселов, Е.С. Садакова, М.С. Журавлева

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА АТОМНО-АБСОРБЦИОННОЙ СПЕКТРОМЕТРИИ С ЭЛЕКТРОТЕРМИЧЕСКОЙ АТОМИЗАЦИЕЙ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ СОДЕРЖАНИЯ СВИНЦА, КАДМИЯ, МЫШЬЯКА И РТУТИ В НЕКОТОРЫХ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ СУБСТАНЦИЯХ

Вятский государственный университет; Испытательная лаборатория ФГУ «Приволжский окружной медицинский центр экспертизы качества препаратов крови и исследования фракционирования донорской плазмы Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития», г. Киров

Определение примесей тяжелых металлов – это один из наиболее распространенных фармакопейных тестов. Этому тесту уже более 100 лет, однако за это время он практически не претерпел существенных изменений и в настоящее время подвержен резкой критике вследствие существенных недостатков метода:

1) частичные или полные потери тяжелых металлов в течение стадии озоления при температуре 600 ^{0}C;

2) различная окраска сульфидов металлов, что не позволяет объективно сравнивать полученные растворы субстанций с эталонным раствором свинца.

С помощью метода атомно-абсорбционной спектрометрии с электротермической атомизацией (ЭТААС) была проведена оценка фармакопейного и микроволнового способов минерализации и определено содержание свинца, кадмия, мышьяка и ртути в субстанциях диклофенак натрия, тимолол малеат и карведилол.

Способ минерализации	Среднее значение выхода, %			
	Свинец	Кадмий	Мышьяк	Ртуть
Фармакопейный	73,92	81,1	44,1	1,68
Микроволновый	110,3	99,5	108,2	102,6

Определяемый элемент	Содержание элемента, мкг/г		
	Диклофенак натрия	Тимолола малеат	Карведилол
Pb	0,08375±0,02775	0,45±0,02375	0,294±0,2095
Cd	0,02075±0,005	0,06425±0,0065	0,0215±0,00425
As	0,046±0,03125	0,0365±0,013	0,05025±0,041
Hg	0,01875±0,00375	0,00675±0,00175	0,065±0,003

Содержание определяемых элементов составило менее 10 мкг/г. Таким образом, метод ЭТААС определения тяжелых металлов в фармацевтических субстанциях после микроволновой минерализации можно рекомендовать в качестве альтернативного методу, описанному в Государственной Фармакопее РФ XII.

М.Г. Ожигова, П.А. Половинко, Д.С. Грицаненко

СОВРЕМЕННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ, СОДЕРЖАЩИХ СЕРЕБРО

Санкт-Петербургская государственная химико-фармацевтическая академия

Серебро – микроэлемент, необходимый для нормальной деятельности желез внутренней секреции, мозга, печени и костной ткани. В малых дозах оно оказывает омолаживающее действие на кровь и благотворно влияет на протекание физиологических процессов в организме.

В настоящее время для внутреннего и наружного применения широко используются водные растворы коллоидного серебра, производимые как в России, так и за рубежом. Эти коллоидные растворы сверхмалых частиц серебра, находящихся во взвешенном состоянии в деминерализованной воде, обладают выраженной бактерицидной, противовирусной, фунгицидной и противопаразитарной активностью. Серебросодержащие растворы получают ex tempore с помощью различных приборов, генераторов, ионаторов, гальванопар.

Молекулярные и биохимические основы антимикробной активности серебра и его препаратов достаточно сложны и связаны с комплексообразующим, биохимическим и каталитическим действием на бактериальные ферменты, белки и мембранные структуры. Положительным моментом является очень большое различие в токсичности соединений серебра для низших форм жизни (одноклеточные, бактерии, вирусы) и для высших организмов (животные и человек). То есть, концентрации соединений серебра, летальные для микроорганизмов, практически безвредны для животных и человека.

Сочетание наночастиц серебра и фитоэкстрактов встречается в некоторых БАД к пище. Так для мужчин с воспалительными заболеваниями мочеполовой системы рекомендован БАД к пище «Урсул», производимый во Франции и Ирландии. В ней коллоидное серебро сочетается с экстрактами толокнянки и эхинацеи пурпурной, золотым порошком, глюконатом меди.

С нашей точки зрения, сочетание фитоэкстрактов и серебра используется не так часто из-за сложностей, связанных с технологическими свойствами коллоидных растворов. Использование низкотемпературной плазмы для нанесения наночастиц серебра на вспомогательные вещества, применяемых в технологии фитопрепаратов и лекарственных форм, позволяет преодолеть это противоречие. При нанесении нанослоев серебра на вспомогательные вещества, такие как лактоза и микрокристаллическая целлюлоза, ПЭГ-400, вазелиновое, оливковое, подсолнечное масла, ланолин и пр., в процессе их обработки низкотемпературной неравновесной плазмой возможно получение наноструктурных образований с новыми свойствами. Точность дозировки серебра составляет 0.001-3% по массе. Это должно позволить разработать лекарственные препараты на основе серебра в мягких и твердых формах, отвечающие требованием ГФ, устойчивые к воздействию света и обладающие выраженным антимикробным действием.

maria492@inbox.ru

Перекрест С.В.

ПАТТЕРН АКТИВАЦИИ КЛЕТОК ГИПОТАЛАМИЧЕСКИХ СТРУКТУР ПРИ ВВЕДЕНИИ В СУБСЕПТИЧЕСКОЙ ДОЗЕ ЛИПОПОЛИСАХАРИДА

Учреждение РАМН Научно-исследовательский институт экспериментальной медицины СЗО РАМН, отдел Общей патологии и патофизиологии, Санкт-Петербург

Наличие нейро-иммунных взаимодействий не вызывает сомнений, однако механизмы их до сих пор остаются не до конца раскрытыми и нуждаются в дальнейших исследованиях. Известно, что гипоталамические структуры участвуют в регуляции функций иммунной системы. Кроме того, нейроны гипоталамуса активируются при введении антигенов различной природы, в том числе липополисахарида (ЛПС). Изучение паттерна активации гипоталамических структур в первые часы после антигенного воздействия представляется важным этапом для расшифровки этих механизмов на ранней стадии формирования иммунного ответа.

Целью настоящей работы явилось изучение паттерна активации нейронов гипоталамических структур (по определению в них белка c-Fos) после введения субсептической дозы ЛПС.

Материал и методика. Работа выполнена на взрослых самцах крыс породы *Wistar*, весом 250-300 г. Животным внутривенно вводили 200 мкл ЛПС в дозе 500 мкг/кг веса или физиологический раствор в том же объеме. Выведение животных из эксперимента проводили через 2 часа после инъекции. Выявление c-Fos-позитивных нейронов проводили иммуногистохимичеким методом на фронтальных замороженных срезах мозга (30 мкм). Срезы мозга исследовали при 40-кратном увеличении светового микроскопа. С помощью системы Ista-Видео-Тест определяли количество, площадь, а также оптическую плотность окраски клеток.

Результаты. После введения ЛПС наблюдалось увеличение количества активированных нейронов в переднем и паравентрикулярном ядерах гипоталамуса (AHN и PVH), латеральной гипоталамической области (LHA) и заднем гипоталамическом поле (PH); уровень активации клеток в вентромедиальном и дорзомедиальном гипоталамических ядрах (VMH и DMH) не отличался от контроля. Различий по относительной оптической плотности c-Fos-иммунореактивных клеток выявлено не было. Ранжирование c-Fos-позитивных нейронов согласно их размерам показало, что при введении 500 мкг/кг ЛПС наблюдается активация более крупных клеток (>50 мкм^2), в том числе, к ним относятся клетки релейного типа (70–150 мкм^2), образующие проекции вне LHA, что обуславливает возможность передачи сигнала к другим структурам мозга, и формированию системного ответа, характерного для реакции на введение ЛПС. Полученные результаты отличаются от данных, полученных после введения несептической

дозы ЛПС (25 мкг/кг), что может быть связано не только с разной интенсивностью воздействия, но, возможно, и с разной интенсивностью иммунных процессов, развивающихся в ответ на введение антигена в разных дозах.

perekrest.sv@gmail.com

Ю.М. Перова, И.Е. Смехова

ЭКВИВАЛЕНТНОСТЬ ДЖЕНЕРИКОВ ИНДАПАМИДА. МЕТОД IN VITRO

Санкт-Петербургская государственная химико-фармацевтическая академия

Наличие на фармацевтическом рынке РФ более 80% дженериков делает актуальным вопрос об их эквивалентности (фармацевтической, биологической и терапевтической). Выбор лекарственного препарата (ЛП) врачом должен в первую очередь основываться на данных доказательной медицины. Это касается как выбора препарата внутри класса, выбора лекарственной формы (ЛФ) так и выбора между оригинальным препаратом и дженериком (дженериками).

Цель настоящей работы – установить возможность применения рекомендаций ВОЗ и EMEA для оценки биоэквивалентности методом in vitro дженериков таблеток и капсул индапамида.

Объектами исследования являлись зарегистрированные в РФ Индапамид, таблетки, покрытые оболочкой, 2,5 мг, 5 отечественных (7 серий) и 2 зарубежных (2 серии) производителей, и Индапамид, капсулы, 2,5 мг, 1 отечественного (2 серии) и 1 зарубежного (1 серия) производителя; препарат сравнения – Арифон (серия 798446) производства "Лаборатории Сервье", Франция.

Проведенный нами анализ показал, что в состав дженериков индапамида входят вспомогательные вещества, типичные для исследуемой ЛФ, которые по данным литературы, a priori, не должны оказывать влияние на биодоступность индапамида. Индапамид относится к лекарственным веществам с высоким терапевтическим индексом, его не назначают по критическим показаниям. Эти положения, а также то, что в соответствии со своими физико-химическими и фармакокинетическими свойствами, индапамид относится к I классу по биофармацевтической системе классификации, позволяют отказаться от определения биоэквивалентности дженериков таблеток и капсул индапамида in vivo и оценивать ее методом in vitro. Проведенное определение биоэквивалентности по тесту «Растворение» в средах с различным значением pH 1,2; 4,5; 6,8 показало, что во всех средах с наименьшей скоростью индапамид переходил в среду растворения из оригинального препарата. В соответствии с рассчитанными значениями коэффициента подобия ни один из дженериков индапамида нельзя считать эквивалентным и взаимозаменяемым Арифону при фармакотерапии.

Таким образом, на примере таблеток и капсул дженериков индапамида, показана возможность использования рекомендаций ВОЗ и EMEA по определению взаимозаменяемости ЛП методом in vitro по тесту «Растворение».

yulllia_7@mail.ru

Е.С. Серебренникова, А.А. Иозеп

ИССЛЕДОВАНИЕ РЕАКЦИИ ХЛОРСУЛЬФОНОВОЙ КИСЛОТЫ С ПОЛИСАХАРИДАМИ

Санкт-Петербургская Государственная химико-фармацевтическая академия

Полисахариды, содержащие сульфогруппы, используются для лечения самых различных заболеваний: атеросклероза, артрита, СПИДа и т.д. Среди существующих способов сульфатирования полисахаридов часто используются растворы сульфотриоксида в инертных растворителях или его комплексы. Однако необходимость получения SO_3 непосредственно перед опытом из-за его малой устойчивости приводит к усложнению процесса. В этой связи большой интерес представляет хлорсульфоновая кислота, которая более устойчива, чем SO_3, поэтому целью нашей работы было исследование реакции полисахаридов с хлорсульфоновой кислотой в среде дихлорэтан-формамид.

Сульфатирование полисахаридов хлорсульфоновой кислотой проводили при 45-50˚С в течение 4 часов. В реакции использовали альгиновую кислоту, декстран, аубазидан, крахмал, целлюлозу. В ИК спектрах продуктов реакции обнаружены полосы поглощения в области 1260–1150 $см^{-1}$, соответствующие сульфогруппе. Наибольшая степень сульфатирования, определенная методом кислотного гидролиза, достигнута при сульфатировании полисахаридов, образующих однородные реакционные среды в используемых растворителях. Сульфатированные полисахариды использовали для синтеза полимерных производных гидразина. Для этого их нагревали с гидразином при 100˚С в течение 3-24 часов. Полученные вещества анализировали иодометрическим титрованием.

При проведении реакции хлорсульфоновой кислоты с полисахаридами было установлено, что в ряде случаев помимо сульфогрупп в полимер вводятся азотсодержащие группы, которые могут быть удалены щелочным и кислотным гидролизом с сохранением сульфогрупп в полимере, либо использованы для модификации полимера аминами и производными гидразина. Реакцию таких образцов с нуклеофилами вели при комнатной температуре в течение 2 часов. Анализ полученных продуктов осуществляли с помощью УФ спектроскопии. Таким образом:

- хлорсульфоновая кислота в системе дихлорэтан-формамид пригодна для сульфатирования полисахаридов, образующих однородные реакционные среды;
- в ряде случаев данная методика приводит к образованию в молекуле полисахарида групп, позволяющих модифицировать полимер аминами и производными гидразина.

serebnews@mail.ru

А.Г. Собко, Е.В. Коноплева

СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ: ПЕРСПЕКТИВЫ ДИАГНОСТИКИ И КОРРЕКЦИИ

Санкт-Петербургская государственная химико-фармацевтическая академия

Синдром хронической усталости (СХУ) определяется как повторяющееся или усиливающееся чувство усталости в течение 6 и более месяцев. К препаратам, применяемым при СХУ, относится большая группа биогенных стимуляторов и адаптогенов. Однако нет точных инструментальных методов, подтверждающих СХУ и эффективность его коррекции. Эффект препаратов, как правило, развивается постепенно и поэтому оценить их действие в ранний период лечения затруднительно

Целью исследования являлось оценить возможности применения метода Фолля для определения эффективности и безопасности препаратов безрецептурного отпуска в лечении и профилактике СХУ.

Материалы и методы**.** Основной используемый метод - метод медикаментозного тестирования по Фоллю. В ходе анкетирования оценивали наличие наследственной отягощенности; гормональный статус для женшин; учет курения, употребления алкоголя; сопутствующие заболевания; учет принимаемых препаратов, результатов клинико-лабораторного обследования всех испытуемых. Проводили контроль АД и ЧСС. Так же проводилась оценка психологических особенностей личности испытуемых с использованием стандартных методик.

Результаты**.** Метод Фолля позволил оценить эффективность проводимого лечения на любой стадии СХУ и своевременно зафиксировать появление побочного действия применяемых безрецептурных средств. В ряде случаев метод Фолля дал возможность быстро оценить функциональное состояние органов или тканевой системы.

Методика Фолля позволила выявить латентно протекающие инфекционные и иные патологические процессы, определить их патогенное действие как на отдельные органы и системы, так и на состояние организма в целом. Метод Фолля позволил исследовать и оценить психосоматические особенности испытуемых, что позволило сделать подбор безрецептурных лекарственных препаратов более индивидуальным и рациональным.

Выводы. Метод Фолля применим для постановки диагноза синдрома хронической усталости, адекватного выбора тактики терапии, контроля за соблюдением рекомендаций и режима лечения.

sobkoag@rambler.ru

Трилис Я.Г.[1], Мещерякова М.Г.[1], Кириллова Н.В.[1], Алпатова Т.Ф.[1], Мухин И.А.[2]

ИССЛЕДОВАНИЕ АНТИОКСИДАНТНОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ ДО И ПОСЛЕ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ

[1] Санкт-Петербургская государственная химико-фармацевтическая академия; [2] Городская гериатрическая больница, Санкт-Петербург

Остеоартроз коленных суставов (ОА) является одной из самых распространенных хронических болезней в высокоиндустриальных странах, приводящих к инвалидности по суставному синдрому. Целью работы было изучение одного из возможных ведущих патогенетических звеньев ОА - нарушения сбалансированности прооксидантной (ПОС) и антиоксидантной систем (АОС) для оценки тяжести заболевания, возможного прогноза его течения, так же для контроля эффективности лечебных мероприятий. О состоянии прооксидантной системы судили по интенсивности окислительной модификации белков (ОМБ), оцениваемой по количеству входящих в их состав карбонильных групп, и свободно-радикального окисления (СРО) липидов, оцениваемого по уровню карбонильных продуктов в крови и синовиальной жидкости больных ОА коленного сустава. Ферментативное звено АОС оценивали по активности супероксиддисмутазы (СОД), каталазы, миелопероксидазы и параоксаназы в крови и синовиальной жидкости больных. Лечение больных производилось введением внутрисуставно алфлутола и параартикулярно дипроспана по специальной схеме. Исследование показало, что ОА сопровождается существенной активацией ОМБ и ПОЛ, подавлением активности СОД, каталазы и миелопероксидазы в исследуемых биожидкостях. Низкая активность ферментов АОС усугубляет повышение уровня свободных радикалов, что приводит к прогрессированию дегенеративных повреждений суставного хряща. В работе была выявлена четкая корреляция между степенью подавления АОС и степенью тяжести остеоартроза. Показано, что определение активности показателей ПОС и АОС ферментов АОС не только в синовиальной жидкости, но и в крови является информативной для оценки состояния больных. Проведение фармакотерапии значительно снижает чрезмерную активизацию ПОС и истощение АОС, в ряде случаев позволяет восстановить баланс между этими системами. В работе выявлена зависимость между эффективностью влияния лекарственных препаратов на активность ферментов АОС и исходной тяжестью заболевания, выделен наиболее клинически значимый для лабораторной диагностики ОА показатель антиоксидантного статуса организма - карбонильные группы белков.

Yana_trilr@mail.ru

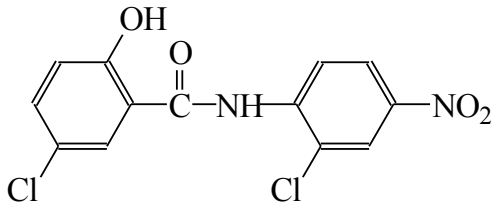
С.Н. Трусов, Д.П. Севбо, А.В. Бурякина, Ф.С. Михайлицын

ПОИСК ОРИГИНАЛЬНЫХ ДОСТУПНЫХ И ЭФФЕКТИВНЫХ АНТИГЕЛЬМИНТНЫХ СРЕДСТВ В РЯДУ САЛИЦИЛАНИЛИДОВ И ПУТИ СНИЖЕНИЯ ИХ ТОКСИЧНОСТИ

Санкт-Петербургская государственная химико-фармацевтическая академия; Институт Медицинской Паразитологии и Тропической Медицины им. Е.И. Марциновского, Москва

В настоящее время на территории РФ сложилась напряженная эпидемиологическая ситуация, связанная с ростом заболеваемости паразитарными болезнями. При этом официально регистрируются только 11 гельминтозов из 287 видов [Сергиев,1992]. По оценкам специалистов ежегодно число заболевающих паразитарными заболеваниями превышает 20 млн. человек и имеет тенденцию к увеличению, уступая только респираторным инфекциям [Онищенко,2003]. По величине ущерба, наносимого здоровью людей, кишечные гельминтозы входят в четыре ведущих причины среди всех болезней и травм.

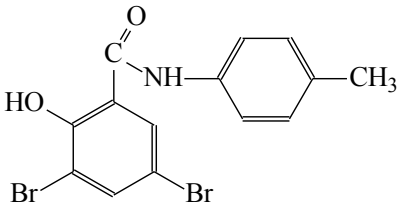
Среди эффективных антигельминтных препаратов, применяемых для лечения гельминтозов человека и животных широко используется фенасал (СССР), относящийся к группе салициланилидов, который является дженериком известного германского препарата йомезан («Байер»). Исследования показали, что он мало токсичен.



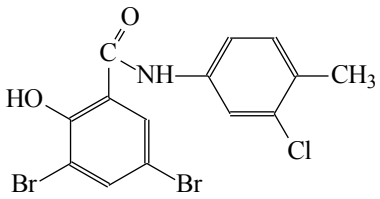
фенасал

Поэтому фенасал уже с конца 60-х годов используется для лечения тениаринхоза [Абдуллаев,1966], гименолепидоза [Беседина,1973], дифиллоботриоза [Довженко,1973] у людей. К сожалению, производство данного препарата сокращается по причине использования газообразного хлора. Однако среди аналогов фенасала, в связи с отсутствием систематических сравнительных исследований, возможность поиска новых малотоксичных, доступных и эффективных антигельминтных средств в этом направлении далеко не исчерпаны.

В результате творческого сотрудничества с Институтом Медицинской Паразитологии и Тропической Медицины им. Е.И. Марциновского (ИМПиТМ, Москва) были синтезированы и испытаны менее токсичные аналоги фенасала – Вивалин (1) [Михайлицин,2006] и его хлорпроизводное – Ронтанокс (2) [Севбо,2009].



Вивалин



Ронтанокс

Эти вещества получались по единой методике: в одногорлой колбе смешивают соответствующее производное анилина, 3,5-дибромсалициловую кислоту и смесь толуола и бензола. Смесь нагревают при перемешивании для удаления воды в виде азеотропной смеси с бензолом. После некоторого охлаждения реакционной массы добавляют рассчитанное количество свежеперегнанного фосфора (III) хлорида. Затем температура повышалась до 100^0C и выдерживалась ещё 1,5-2 часа. После этого выливали толуольный раствор в стакан для кристаллизации. Выпавший кристаллический осадок отфильтровывали и сушили. Не вступившую в реакцию кислоту удаляют настаиванием в смеси воды и 5% раствор натрия гидрокарбоната. Осадок отфильтровывают, фильтрат подкисляют кислотой хлористоводородной разведенной, при этом выпадает не прореагировавшая 3,5-дибромсалициловая кислота. Смешивание осадка с раствором натрия гидрокарбоната продолжают до прекращения выделения кислоты после очередного подкисления фильтрата. Полученный осадок сушат до постоянной массы при 60–70^0C. Получают хроматографически однородные в системе гексан– хлористый метилен – метанол - триэтиламин (6:4:1:0,3) *N-(4-метилфенил)-2-гидрокси-3,5-дибромбензамида* (Вивалин), с выходом 75%. т. пл. 171-172^0C, *N-(3-хлор-4-метилфенил)-2-гидрокси-3,5-дибромбензамида* (Ронтанокс) с выходом 67%. т. пл. 188 - 190^0C.

Полученные салициланилиды были использованы при опытной дегельминтизации продуктивных сельскохозяйственных животных. Результаты использования представлены в таблице 1 (Трусов, 2007).

Указанные вещества проявили не только высокую противоцестозную и трематодоцидную активность, а для Ронтанокса была выявлена заметная нематодоцидная активность. Это свидетельствуют о правильности выбора направления поиска новых эффективных антигельминтиков широкого спектра действия.

Таблица 1

Опытная дегельминтизация продуктивных животных

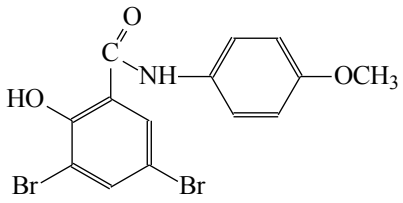
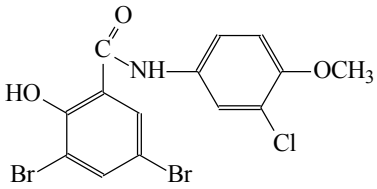
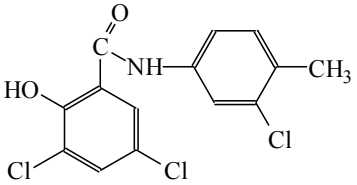
Препарат	Доза, мг/мг	Эффективность (%) в опыте
Мониезиоз овец		
Вивалин	100	100
Ронтанокс	100	100
Фенасал	100	100
Фасциолез крупного рогатого скота		
Вивалин	100	83,5
Ронтанокс	100	93,4

Нематодироз овец		
Вивалин	100	4,9
Ронтанокс	100	32,4

В связи с успешным испытанием Ронтанокса был продолжен поиск новых низкотоксичных и эффективных, малостадийных (не более 2-3-х стадий) препаратов из группы салициланилидов с учетом соотношения «себестоимость—эффективность» с использованием простой технологии и доступных реактивов. Принимая во внимание уже выявленные некоторые закономерности в ряду «структура—активность» на примере вивалина и ронтанокса показано, что введение атома хлора в бензольное кольцо существенно повысило эффективность. Логичным продолжением данного направления в создании антигельминтиков явилось изучение влияния природы донорного заместителя в положении 4 бензольного фрагмента молекулы, т.е. замена метильного радикала на метоксигруппу, а так же замена брома в остатке кислоты на хлор. Указанные соединения синтезированные в соответствии с методикой представленной выше. Характеристики и структуры полученных соединений представлены в таблице 2.

При определении антигельминтной активности в отношении *Hymenolepis nana*, установлено, что отмечается аналогичная картина – введение атома хлора в положение 3 бензольного фрагмента молекулы значительно увеличивает противоцестодозное действие, что отражено в табл. 4.

Таблица 2

Шифр	Формула и химическое название	Температура плавления, ^{o}C	Выход, %
ВИВ-2	 N-(4-метоксифенил)-2-гидрокси-3,5-дибромбензамид	139-140^{0}C	62
МСТ-13	 N-(4-метокси-3-хлорфенил)-2-гидрокси-3,5-дибромбензамид	186-187^{0}C	67
МСТ-01	 N-(4-метил-3-хлорфенил)-2-гидрокси-3,5-дихлорбензамид	148-149^{0}C	65

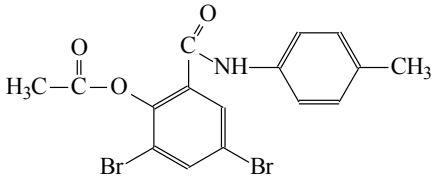
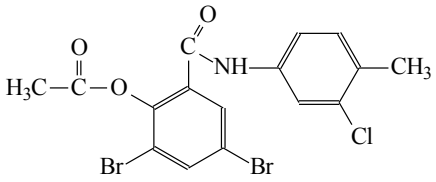
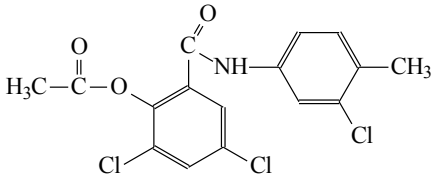
Снижение токсичности возможно при ацетилировании фенольного гид-

роксила остатка салициловой кислоты. Первоначальная методика получения ацетильных производных заключалась в ацетилировании уксусным ангидридомв ацетоне в присутствии пиридина. Но более детальное изучение ацетоксипроизводных с использованием ТСХ, ВЭЖХ и ИК-спектроскопии показало наличие 2 продуктов: целевых 2-ацетоксипроизводных салициланилидов и ацетилированной 3,5-дибром-салициловой кислоты. Эта примесь была выделена и установлено её строение: в ИК-спектре, снятом в диске калия бромида, регистрируется выраженная полоса пропускания при 1700 $см^{-1}$, которая отсутствует в ацетоксианилидах. Поэтому в дальнейшем реакция проводилась с применением хлористого ацетила в среде бензола в присутствии пиридина, что не только повысило выход целевых продуктов, но и практически исключило образование побочного продукта. Характеристики и структуры полученных соединений представлены в табл. 3.

Острую токсичность изучали на примере Ронтанокса и его ацетильного (МСТ-03) и метокси- (МСТ-13) производных.

Было установлено, что при введении перорально этих веществ в дозах 501-5010 мг/кг (1% клахмальный клейстер) гибели животных не наблюдалось, что позволяет считать значение LD_{50} превышает 5000 мг/кг. Аналогичный результат был получен в случае метокси аналога (МСТ-13) и ацетильного производного (МСТ-03).

Таблица 3

Шифр	Формула и химическое название	Температура плавления, ^oC	Выход, %
МСТ-04	 N-(4-метилфенил)-2-ацетокси-3,5-дибромбензамид	163-164^{0}C	70
МСТ-03	 N-(4-метил-3-хлорфенил)-2-ацетокси-3,5-дибромбензамид	150-151^{0}C	77
МСТ-02	 N-(4-метил-3-хлорфенил)-2-ацетокси-3,5-дихлорбензамид	160-161^{0}C	78

Для большинства синтезированных соединений были получены результаты предварительных испытаний их эффективности при гименолепидозе на белых мышах. Препараты вводили в виде водной 1% суспензии в крахмальном клейстере перорально.

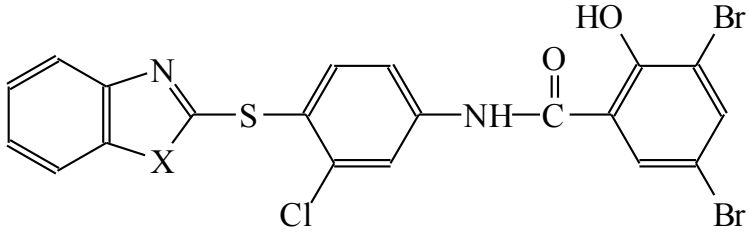
Результаты испытаний противогименолепидозной активности этих соединений в сравнении с фенасалом представлены в табл. 4 (Михайлицын, 2010).

Таблица 4

Доза (в г/кг)	Эффективность лечения (% животных, полностью освободившихся от цестод)					
	ВИВ-2	МТС-02	МТС-13	МТС-04	МТС-03	Фенасал
0,5	–	100	100	100	100	100
0,25	–	92,8	-	-	80,7	62

Чтобы оценить относительную токсичность соединений использовали внутрибрюшинное введение в 1% клахмальном клейстере, несмотря на то, что при испытании антигельминтной активности и опытной дегельминтизации животных использовали пероральное введение суспензии. При этом оказалось, что для Ронтанокса LD_{50} рассчитанное экспресс-методом Прозоровского с использованием пробит-анализа, составило 180 мг/кг, в то время как при внутрибрюшинном введении ацетильного аналога (МСТ-03) в дозе более 1000 мг/кг гибели животных не наблюдалось. Аналогичный результат получен и для метокси-аналога Ронтанокса (МСТ-13). Т.о. установлено, что оценить острую токсичность наших соединений можно только при внутрибрюшинном введении в 1% клахмальном клейстере, при этом замена метильноц группы в Ронтаноксе на метокси-группу способствовало заметному снижению токсичности без изменения активности, а ацетилирование по фенольному гидроксилу делает салициланилиды практически не токсичными.

Другим направлением поиска малотоксичных и эффективных антигельминтных средств явилось введение гетероциклических азот-, серу- и кислородсодержащих фрагментов, а именно бензтиазола-1,3 и бензоксазола-1,3. Это привело к усложнению схемы получения, которая состояла уже из 3 стадий: взаимодействия соответствующего 2-тиола с 3,4-дихлорнитробензолом в среде диметилформамида, последующим восстановлением чугунными стружками полученного нитропроизводного, а затем ацилированием аминосоединения 3,5-дибромсалициловой кислотой. В результате были получены вещества, представленные ниже.



Шифр	X	Температура плавления, ^{o}C	Выход, %
МСТ-06	S	198-202^{0}C	60
МСТ-20	O	198-199	50

Полученные соединения проявили высокую противоцестозную активность в отношении *Hymenolepis nana* на белых мышах – в дозах 0,5 и 0,25 г/кг оба соединения проявили активность 100%. Интересно отметить, что введение бензтиазольного фрагмента в структуру салициланилида способствовало значительному увеличению нематодоцидной активность в отношении *Trichocephalus mirus*, которая составила 94% в дозе 500 мг/кг, в то время как Ронтанокс показал значительно более низкую противонеметодную активность (около 33%) (Сафонова, 2003).

Основываясь на ранее полученных данных при определении острой токсичности Ронтанокса значение LD_{50} для МСТ-06 определялась сразу при внутрибрюшинном введении в 1% крахмальном клейстере, которое составило около 490 мг/кг, что указывает на существенное снижение токсичности при введении гетероциклического фрагмента – почти в 2,5 раза.

Т. о. В результате исследований были выявлены основные пути снижения токсичности и увеличение антигельминтной активности и спектра действия в ряду салициланилидов.

Список литературы

1. Абдулаев, А.М. Изучение эффективности фенасала при лечении больных тениаринхозом [Текст] / А.М. Абдуллаев // Медицинская паразитология и паразитарные болезни. – 1966. - № 4. – с. 484-485.

2. Антигельминтное средство на основе N-(3-хлор-4- метилфенил) -3,5- дибромсалициламида: патент РФ2370484: Зарегистрирован в Государственный Реестр Изобретений РФ 20.10.2009г./ Д.П. Севбо, Е.И. Саканян, С.Н. Трусов.

3.Беседина, Т.К. О лечении больных гименолепидозом фенасалом [Текст] / Т.К. Беседина [и др.] // Медицинская паразитология и паразитарные болезни. – 1972. - № 2. – с. 160-162.

4. Довженко, В.А. Сроки контроля при лечении больных дифиллоботриозом фенасалом и его комбинациями [Текст] / В.А. Довженко // Медицинская паразитология и паразитарные болезни. – 1973. - № 2. – с. 222-223.

5. Михайлицин,Ф.С. Оценка широты противогельминтного действия препарата вивалина(ВИГ-08) [Текст] / Ф.С. Михайлицин[и др.] // Медицинская паразитология и паразитарные болезни. – 2006. - № 1.- С. 57-59

6. Михайлицин,Ф.С. Оценка пртивогименолепидозной активности соедине-

ний МСТ-04 [Текст] / Ф.С. Михайлицин [и др.] // Медицинская паразитология и паразитарные болезни. – 2009. - № 3.- С. 40
7. Михайлицин,Ф.С. Оценка пртивогименолепидозной активности соединений МСТ-03 [Текст] / Ф.С. Михайлицин [и др.] // Медицинская паразитология и паразитарные болезни. – 2009. - № 4.- С. 46
8. Михайлицин,Ф.С. Пртивогименолепидозная активность соединения МСТ-02 [Текст] / Ф.С. Михайлицин [и др.] // Медицинская паразитология и паразитарные болезни. – 2010. - № 1.- С. 38-39
9. Онищенко, Г.Г. О мерах по усилению профилактики паразитарных болезней в России [Текст] / Г.Г. Онищенко // Медицинская паразитология и паразитарные болезни. – 2003. - № 3.- С. 3-7
10. Сафонова, Т.В. Противотрихоцефалезная активность препаратов Г-1730 и Г-1732 / Сафонова, Т.В.[и др.] // Медицинская паразитология и паразитарные болезни. – 2003. - № 4.- С. 21-22
11. Сергиев, В.П. Регистрируемая и истинная распространенность паразитарных болезней [Текст] / В.П. Сергиев // Медицинская паразитология и паразитарные болезни. – 1992. - № 2.- С. 3-5
12. Трусов, С.Н. Спектр антигельминтной активности ронтанокса [Текст] / С.Н. Трусов, [и др.] // Медицинская паразитология и паразитарные болезни. – 2007. - № 4.- С. 50-51.

bastet64@mail.ru

Н.Н. Турецкова

ИЗУЧЕНИЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ И БИОЛОГИЧЕСКОЙ ЭКВИВАЛЕНТНОСТИ МНОГОКОМПОНЕНТНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ГРУППЫ СПАЗМОЛИТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ

Санкт-Петербургская государственная химико-фармацевтическая академия

Многокомпонентные лекарственные препараты (ЛП) на сегодняшний день занимают значительную долю на рынке фармацевтической продукции, что связано с ростом числа заболеваний, приходящихся на одного пациента. Кроме того, комбинация нескольких лекарственных веществ (ЛВ) в одном препарате позволяет снизить нежелательные побочные эффекты, получить синергическое действие ЛВ, избавить пациента от необходимости приема нескольких монопрепаратов.

В то же время отличительной чертой современного фармацевтического рынка является преобладание воспроизведенных ЛП (дженериков). Решению проблемы эквивалентности дженериков уделяется большое внимание и одним из методов её оценки является метод in vitro по тесту «Растворение».

Цель исследования - изучение фармацевтической и биологической эквивалентности по тесту «Растворение» многокомпонентных ЛП группы спазмолитических средств.

Объектами исследования явились таблетки дженерики «Но-шпалгин» (Венгрия) и «Юниспаз» (Индия). В своем составе ЛП содержат дротаверин 40 мг, парацетамол 500 мг и кодеин 8 мг. Объекты соответствовали требованиям действующих нормативных документов (НД).

В связи с отсутствием методики теста «Растворение» на таблетки «Юниспаз», определение фармацевтической эквивалентности проводили по методике, представленной в НД на таблетки «Но-шпалгин». Использовали прибор лопастная мешалка, со скоростью вращения 100 об/мин, в качестве среды растворения - раствор кислоты хлористоводородной 0,1М объемом 900 мл.

Установлено, что таблетки ЛП «Но-шпалгин» соответствуют требованиям НД по изученной методике. Тогда как для таблеток «Юниспаз» количество дротаверина, перешедшее в среду растворения оказалось меньше значения, установленного в НД.

Для изучения биоэквивалентности ЛП проведено растворение в средах с различным значением pH, в соответствии с рекомендациями ВОЗ.

Установлено, что во всех трех средах высвобождение парацетамола происходило практически с одинаковой скоростью, что подтверждено значением коэффициента подобия. В то же время высвобождение дротаверина с одинаковой скоростью происходило только в средах ацетатного и фосфатного буферных растворов. В растворе кислоты хлористоводородной 0,1М наблюдалось существенное различие в профилях растворения.

Таким образом проведено сравнительное изучение фармацевтической и биологической эквивалентности по тесту «Растворение» многокомпонентных ЛП «Но-шпалгин» и «Юниспаз». Установлено, что только таблетки «Но-шпалгин» отвечают требованиям НД. Данные препараты нельзя считать фармацевтически и биологически эквивалентными.

Natance@yandex.ru

В.В. Шепелева, Г.И. Нежинская

ВЛИЯНИЕ ЦИТОСТАТИКОВ С НАСТОЕМ СБОРА РАСТЕНИЙ НА ТИОЛОВЫЙ ОБМЕН КЛЕТОК

Санкт-Петербургская государственная химико-фармацевтическая академия

Известно, что противоопухолевая химиотерапия приводит к нарушению антиоксидантной системы организма, в частности тиол-дисульфидного равновесия, являющегося показателем детоксикации перекиси водорода и гидроперекисей, возникающих при реакции активных форм кислорода с полиненасыщенными жирными кислотами мембран клеток. Целью работы являлось изучение влияния циклофосфана и доксорубицина с настоем сбора из цветков календулы лекарственной, листьев подорожника большого и крапивы двудомной (2:2:1) на общую концентрацию тиоловых групп белков.

Эксперименты выполнены на 65 крысах-самцах породы Вистар массой 200-240 г. Определение количества сульфгидрильных групп белков (T-SH групп) проводили через 1 и 24 часа, а также на 14 и 28 сутки. В работе применяли циклофосфан и доксорубицин в терапевтических дозах 100 мг/кг и 10,5 мг/кг и высоких дозах 200 мг/кг и 12 мг/кг (однократно, внутрибрюшинно). Настой сбора растений в соотношении 1:10 (5 мл/кг, перорально) или глутоксим (препарат сравнения, 6 мг/кг, подкожно) вводили в течение 28 дней. Определение T-SH групп проводили по реакции с 5,5-дитио-бис-2-нитробензойной кислотой (Ellman G.L., 1959).

Использование корректоров в комбинации с противоопухолевыми препаратами приводило к увеличению количества T-SH групп, наиболее выраженному на 14 сутки при применении настоя сбора растений или глутоксима с доксорубицином в дозе 10,5 мг/кг, когда концентрация T-SH групп увеличивалась в 1,7 и 1,6 раз соответственно по сравнению с действием самого цитостатика. На 28 сутки после введения препаратов с настоем сбора растений или глутоксимом количество T-SH групп соответствовало физиологической норме в отличие от применения одних противоопухолевых препаратов. При введении цитостатиков существенное снижение количества T-SH групп в плазме крови происходило на 14 сутки. Уровень T-SH групп снижался в 1,6 и 2,3 раза при введении циклофосфана в дозах 100 и 200 мг/кг и в 2,2 и 2,8 раза при введении доксорубицина в дозах 10,5 и 12 мг/кг по сравнению с негативным контролем.

Таким образом, применение настоя сбора растений, также как и глутоксима, с цитостатиками увеличивает количество тиоловых групп белков, усиливая антиоксидантную защиту клеток, сглаживая повреждающее действие противоопухолевых препаратов на нормальные ткани организма.

valeria1612@mail.ru

Р.А. Шерстюк, Е.С. Смирнова, С.В. Гурина, Б.Л. Молдавер, М.С. Конончик

ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ВВЕДЕНИЯ КОНСЕРВАНТОВ В ЭМУЛЬГЕЛЬ ДИКЛОФЕНАКА НАТРИЯ

Санкт-Петербургская государственная химико-фармацевтическая академия

Ранее на кафедре технологии лекарственных форм были разработаны состав и технология эмульгеля с диклофенаком-натрия (ДН). Предварительные исследования показали, что свежеприготовленный эмульгель ДН без консерванта удовлетворяет требованиям ГФ по микробиологической чистоте. Но при контаминации образца эмульгеля тест-микроорганизмами наблюдается их интенсивных рост, что делает необходимым введение в его состав консерванта.

По данным литературы, в составе гелей для наружного применения

наиболее часто в качестве консервантов используются парабены. Для консервирования эмульгеля ДН использовали такую смесь метил- и пропилпарабена соотношении 1:1 в количестве 0,1%. Поскольку парабены плохо растворимы в воде при комнатной температуре, то в изучаемый эмульгель ДН они могут быть введены следующими способами: растворением их в теплой воде, предназначенной для изготовления раствора полимера (способ 1); добавлением спиртового раствора парабенов в гель полимера (способ 2) или растворением их в димексиде одновременно с ДН с последующим введением в гель (способ 3). При введении консервантов по способу 2 образуется суспензионно-эмульсионная система. Образцы, при изготовлении которых консерванты вводили двумя другими способами, представляли собой эмульсии. Однако, растворение парабенов в димексиде одновременно с ДН происходит при нагревании на водяной при температуре около 60 ^{0} С, что нежелательно для летучих парабенов. Оптимальным способом введения консервантов в данный эмульгель можно считать способ 1.

Известно, что парабены в эмульсионных системах имеют тенденцию к мигрированию в жировую фазу, тем самым, снижая антимикробную защиту водной фазы системы. Методом равновесного диализа через полупроницаемую мембрану (по описанной в литературе методике) изучали степень миграции консервантов в масляную фазу в образцах эмульгеля ДН. Результаты определения консервантов в диализатах свидетельствуют о том, что в изученных образцах не происходит миграции консерванта в водную фазу. Аналогичному исследованию подвергли образец эмульгеля, хранившийся в течение 12 месяцев в естественных условиях, и установили, что при хранении образца происходит незначительная миграция парабенов в масляную фазу, но существенного снижения антимикробной эффективности консервантов при этом не наблюдается.

rais344@yandex.ru

А.З. Абышев, Э.М. Агаев

ДИУМАНКАЛ-ФОРТЕ - ОРИГИНАЛЬНЫЙ ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ АНТАГОНИСТ ИОНОВ КАЛЬЦИЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Санкт-Петербургская государственная химико-фармацевтическая академия

Ежегодно в России регистрируется от 15 до 17 млн. больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. Только в 2006 г. абсолютное число умерших от болезней сердца и сосудов (из них более 56% от ишемической болезни сердца) составило 1,2 млн. человек или 844 случая в расчете на 100 тыс. населения.

Результаты анализа популяционных исследований с использованием различных методов сбора данных в странах с высокой или относительно высокой частотой коронарной болезни сердца показали, что среди лиц среднего

возраста стенокардия встречается более чем в 2 раза чаще у мужчин, чем у женщин. У лиц обоего пола распространенность стенокардии резко увеличивается с возрастом: у мужчин от 2 - 5% в возрастной группе 45 - 54 лет, до 11 - 20% в возрастной группе 65 - 74 года, а у женщин от 0,5 - 1% до 10 - 14%, соответственно. После 75-летнего возраста распространенность заболевания у мужчин и женщин почти одинакова. На основании этих исследований можно подсчитать, что в странах с высокой или относительно высокой частотой коронарной болезни сердца общее преобладание числа больных стенокардией может составить до 30 000 - 40 000 человек на 1 млн. всего населения. У более чем половины больных стенокардией тяжесть симптомов серьезно ограничивает их повседневную активность и часто приводит к преждевременной утрате работоспособности. Таким образом, общее число больных стенокардией в РФ может приблизительно оцениваться в 4,5 - 6,0 млн. человек.

Сердечно-сосудистые препараты находятся на одном из первых мест по потреблению лекарственных средств и потребность в них, в связи с ростом заболеваемости, ежегодно увеличивается. В последние годы наблюдается тенденция появления на фармацевтическом рынке дорогостоящих импортных лекарств и сокращение ассортимента относительно дешевых отечественных. В связи с этим возникают серьезные проблемы проведения эффективного лечения больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. Потребление лекарств ограничивается низкой покупательной способностью населения и недостаточным финансированием лечебно-профилактических учреждений.

По объему реализации (розничные и госпитальные продажи) сердечно-сосудистые препараты занимают первые позиции в рейтинге ведущих фармакотерапевтических категорий в большинстве высокоразвитых стран мира.

Например, в последние годы (2000-2004гг.) мировой объем реализации средств, действующих на сердечно-сосудистую систему, составлял 37,3 млрд. долл., а в 2005-2006гг. увеличился на 9% и достиг объема 40,8 млрд. долл.

По объему потребления (в розничных ценах) на долю сердечно-сосудистых средств в 1999-2005гг. приходилось 23,5% рынка США, 23,2% рынка Германии, 21,9% рынка Великобритании и 20,4% рынка Франции.

На долю лекарственных средств этой группы приходится около 18% общей суммы продаж на мировом рынке медикаментов. В 2000-2005гг. мировое потребление сердечно-сосудистых средств возросло более чем в три раза при общем увеличении фармацевтического рынка в 2,5 раза. Тогда как в начале 2000 года в структуре российского рынка препараты для лечения заболеваний сердца и сосудов занимали 3-е место, в общем численном выражении 197,357 млн. долл. (доля 10,5%), из них собственное производство - 34,6% (68,265 млн. долл.). По сравнению с 1999 годом рост составил 24,4%.

Таким образом, на одного среднего больного сердечно-сосудистым заболеванием приходится лекарственных препаратов на сумму от 11,61 до 13,16 долл. в год, и, соответственно, суммарная стоимость препаратов, по-

требляемыми больными для лечения стенокардии, может оцениваться в 52,24 - 78,96 млн. долл.

Количество препаратов для лечения стенокардии довольно велико и включает в себя препараты разных химических групп и разного механизма действия.

Ниже представлена характеристика одной из важных групп антиангинальных средств, обладающей сходным механизмом действия с отечественным оригинальным антагонистом ионов кальция - диуманкалом-форте, разработанным нами в 1991-1996гг. и внедренным в медицинскую практику в 1997г.

Следует заметить, что блокаторы медленных кальциевых каналов (БМКК) используются в клинической практике более четырех десятилетий. Они широко используются в клинике лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы в качестве антигипертензивных, антиангинальных и антиаритмических препаратов. По одной из классификаций БМКК подразделяются на три основные группы (по химической структуре): 1,4-дигидропиридины (нифедипин и его производные), бензотиазепины (дилтиазем) и фенилалкиламины (верапамил).

Стенокардия - одно из основных показаний к применению БМКК. Среди представителей различных химических классов имеются существенные различия в обеспечении антиангинального эффекта. В клинических исследованиях показано, что БМКК 1,4-дигидропиридинового ряда более безопасны для лечения больных стенокардией с нарушением сердечного ритма, чем производные бензотиазепина и фенилалкиламинов.

В качестве антиаритмических средств из БМКК нашли широкое применение верапамил и дилтиазем. Эти препараты эффективны при лечении суправентрикулярных тахикардий, желудочковых фибрилляций и трепетании предсердий.

1,4-дигидропиридиновые БМКК слабо влияют на атриовентрикулярную проводимость, поэтому обладают низкой антиаритмической активностью.

Одним из основных требований к антигипертензивным препаратам является обеспечение контроля АД и ЧСС на протяжении 24 часов при однократном приеме. Исследования показали, что в наибольшей степени этим требованиям удовлетворяют нифедипин-ретард, нисолдипин и препарат 3-его поколения амлодипин (норваск). Эти средства после однократного приема обеспечивают более стабильную, чем БМКК других химических групп, концентрацию действующего вещества в плазме крови в течение суток, что является оптимальным для проведения антигипертензивной терапии.

В структуре российского рынка в последние годы в разрезе МНН с наибольшими объемами (среди 50 МНН) присутствует только нифедипин (31-е место, причем 9-е по рейтингу в импорте и 267 по рейтингу в производстве). В денежном выражении: суммарно - 8361 тыс. долл.; из них импорт - 8239 тыс. долл. и собственное производство - 122 тыс. долл.

Средний уровень цен на нифедипин выглядит следующим образом:
Нифедипин (10 мг х50) - 0,52 долл.
Коринфар (10 мг х100) - 1,71 долл.
Кордипин (10 мг х50) - 0,72 долл.
Нифелат - ретард (20 мг х30) - 1,01 долл.

При этом важно заметить, что за последние 10 лет в результате проведенного в различных клиниках США метаанализа с более чем 40000 пациентов установлено, что при длительной терапии больных с сердечно-сосудистой патологией препаратами 1,4-дигидропиридинового ряда проявляется значительное число побочных эффектов (высокая токсичность, аритмия сердца, брадикардия и др.). Поэтому в настоящее время применение препаратов нифедипина - форте в дозе более 10-40 мг для лечения гипертонической болезни запрещено. Указанные побочные эффекты также обнаружены и при использовании ретардных форм нифедипина. Следовательно, развитие новых отечественных антагонистов ионов кальция для профилактики и лечения сердечно-сосудистой недостаточности является более выгодным и перспективным.

Поэтому мы представляем оригинальный отечественный препарат диуманкал-форте в качестве антиангинального средства (антагониста ионов кальция) для лечения и профилактики ишемической болезни сердца.

Диуманкал-форте в 1996 году одобрен Фармакологическим Государственным комитетом (протокол №10 от 27.06.96) и в 1997 году приказом министра здравоохранения РФ (№ 202 от 14.07.97) разрешен к применению в медицинской практике в качестве антиангинального средства для лечения ишемической болезни сердца у взрослых.

Данный препарат значительно активнее, имеет оригинальный механизм фармакологического действия, широкий терапевтический индекс и практически не токсичен. По клиническим показателям диуманкал-форте превосходит такие широко применяемые в медицинской практике антагонистов ионов кальция, как производные 1,4-дигидро-пиридина (нифедипин, амлодипин), фенилалкиламина (финоптин) и бензотиазепина (дилтиазем).

Диуманкал-форте назначают при стабильной стенокардии напряжения II-III функциональных классов, при стенокардии после перенесенного инфаркта миокарда и стенокардии с различными вариантами нарушений сердечного ритма.

Диуманкал-форте назначают внутрь по 0,01 г (одна таблетка) 3 раза в день в течение 14 дней. При необходимости (недостаточной эффективности) дозу увеличивают до 0,02 - 0,03 г (2-3 таблетки) 3 раза в день, курс лечения повторяют через 5-7 дней. Целесообразно сочетанное применение диуманкала-форте с β-адреноблокаторами.

Диуманкал-форте имеет хорошие фармако-экономические характеристики (стоимость лечения/эффективность). Предположительная цена на 1 упаковку Диуманкала-форте (из расчета стоимости субстанции - 400 долл. за 1 кг) составляет 0,12 долл. или на условный N50 - 0,3 долл. Поэтому низкая

цена препарата (80 рублей за упаковку) позволяет конкурировать с вышеуказанными известными антагонистами ионов кальция и завоевать отечественный рынок.

Субстанция и все лекарственные формы препарата защищены патентами Российской Федерации. Для производства стандартного образца, субстанции и готовых лекарственных форм диуманкала-форте имеются все необходимые утвержденные нормативные документы.

Однако следует отметить, что крупносерийное промышленное производство данного препарата до сих пор не организовано из-за отсутствия финансов. По той же причине в настоящее время приостановлены разработки и изучения ретардных форм диуманкала- форте (Анкардин - ретард AZT в виде таблеток по 0,02г и Анкардин-ретард AZIn в виде 0,1% раствора для инъекций), находящихся на стадии доклинических исследований.

Поэтому основная цель данного доклада – привлечь внимание к организации крупномасштабного производства этого чрезвычайно важного для практической кардиологии препарата и помочь довести до логического конца его ретардные формы.

Поэтому далее представляем некоторые технико-экономические обоснования организации производства нового отечественного антиангинального препарата «Диуманкал-форте».

1. Краткая содержательная характеристика разработки: Необходима организация промышленного производства с производимостью субстанции диуманкала - форте (30-40 кг в месяц) и его таблеток 0,01 г (60-80 тыс. упаковок в месяц), что позволит вывести производство диуманкала - форте на массовое и обеспечить выпуск препарата до 700-800 тыс. упаковок в год. Выход на серийное производство диуманкала - форте позволит конкурировать с импортными аналогами на фармацевтическом рынке.

2. Степень готовности (завершение организации производства, выпуск промышленных серий и т.п.): Диуманкал - форте в 1996 году одобрен Фармакологическим государственным комитетом (протокол №10 от 27.06.96) и в 1997 году приказом министра здравоохранения Российской Федерации (№ 202 от 14.07.97) разрешен к применению в медицинской практике в качестве антиангинального средства (антагониста кальция) для лечения ишемической болезни сердца.

Практические результаты применения данного препарата при лечении ишемической болезни сердца у взрослых отражены в отчетах клинических испытаний и в многочисленных отзывах ведущих специалистов - кардиологов.

Имеется комплект утвержденной научно-технологической документации, необхо-димой для производства, хранения и реализации препарата (Технологический регламент на производство препарата, ФС на стандартный образец препарата, ФСП на субстанции и таблетки, регистрационные удостоверения, лицензия на производство и инструкции на медицинское применение).

3. Ожидаемые результаты: Снижение заболеваемости сердечно-сосудистой системы. В результате организации производства диуманкала - форте здравоохранение Российской Федерации получит высокоэффективный, безопасный препарат, не имеющий зарубежных аналогов, рекомендованный для лечения ишемической болезни сердца. Преимуществом препарата является то, что он значительно активнее, имеет широкий терапевтический индекс, практически не токсичен и по экономическим показателям выгоднее, чем импортные антагонисты ионов кальция 1,4-дигидропиридинового (нифедипин, амлодипин), фенилалкиламинового (финоптин) и бензотиазепинового (дилтиазем) рядов. Поэтому мы надеемся, что препарат найдет широкое применение при лечении и профилактике не только ишемической болезни сердца, но и при аритмии сердца и гипертонической болезни. Особенно важно подчеркнуть выраженную способность препарата стимулировать иммунную систему организма при лечении и профилактике ряда вторичных иммунодефицитных заболеваний.

4. Оценка основных характеристик разработки, обеспечивающих конкурентоспособность:

4.1. Научно-технический уровень:

- **По отношению к лучшим отечественным образцам:**

Диуманкал – форте является оригинальным специфическим антагонистом ионов кальция, не имеющим отечественных и зарубежных аналогов по структуре.

Субстанция диуманкала и все её лекарственные формы защищены патентами

Российской Федерации.

4.2. По отношению к лучшим мировым образцам:

- По клиническим показателям превосходит такие широко применяемые в медицинской практике антагонисты ионов кальция, как производные 1,4-дигидро-пиридина (нифедипин, амлодипин), фенилалкиламина (финоптин) и бензотиазепина (дилтиазем). Главными преимуществами перед лучшими зарубежными антагонистами кальция, сходными механизмами действия с диуманкалом-форте являются:
- низкая токсичность;
- отсутствие побочных эффектов;
- стимулирование белкового обмена;
- ускорение рубцевания ишемизированной зоны миокарда;
- активное влияние на проводимость потенциал зависимых кальциевых каналов не только L-типа, широко представленных в мышцах сердца и сосудов, но и N- и T - типа, наиболее широко распространенных в центральной нервной системе и ганглиях. Известные антагонисты ионов кальция (нифедипин, амлодипин, никардипин, дилтиазем и др.) таким широким спектром действия не обладают.

4.3. Экологичность:

- Производство диуманкала - форте экологически безопасно.

4.4. Экономические показатели (оценочные):

- Требуемый объем инвестиций: 3 млн. долл.
- Потенциальный объем продаж: 10 млн. долл.

4.5. Наличие конкретных потребителей:

- Минздравсоцразвития РФ, страны СНГ, а также аптечная сеть, стационары и поликлиники.

4.6. Срок окупаемости препарата: 2-3 года.

Литература

1.Абышев А.З. Диуманкал высокоэффективный антагонист ионов кальция для лечения ишемической болезни сердца. //С.Петербург.- Изд-во “Barcodes Production Ltd.”.- 1997.-20с.

2.Абышев А.З, Семенов Е.В., Мельников К.Н. и др. Анкардин антагонист ионов кальция нового поколения. //С.Петербург.- Изд-во «Правда».-2002.- 48с.

3.Abyshev A.Z., Agaev E.M., Abdulla-zade A.A.et al. The Development of new cardiovascular, immunomodulating and antiviral drugs.//Baki.-“Uniprint”.- 2004.- 48p.

4.Абышев А.З., Агаев Э.М., Семенов Е.В. Антагонисты ионов каль-ция нового поколения. //Баку.-Изд-во «АМУ».- 2003.- 237с.

5.Абышев А.З., Денисенко П.П., Пухов М.П. //Патент России.- №1836087 (1992).

6.Абышев А.З., Агаев Э.М., Морищенко О.В. //Патент России.- №2187303 (2002).

7.Абышев А.З., Агаев Э.М. //Патент России.- №2219927 (2003).

А.Х. Алборов, С.О. Бубнов, Н.М. Габур, А.В. Копылов

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОКАЗАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ПОМОЩИ, КАК ВАЖНАЯ СОСТАВНАЯ ЧАСТЬ В ТЕНДЕНЦИЯХ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИИ

ГУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр», Санкт-Петербург

Одним из существенных направлений повышения доступности медицинской помощи является возможность удовлетворить потребности всех пациентов, и прежде всего, социально незащищенных, в качественных лекарственных средствах в соответствии с терапевтическими показаниями. Доступность лекарственных средств определяется их наличием на фармацевтическом рынке и экономической доступностью, то есть ценовым регулированием и компенсацией затрат населения на лекарственные средства через систему обязательного медицинского страхования.

Рациональное применение лекарственных средств, которые были бы эффективными и безопасными, но при этом недорогими, будет способствовать значительному снижению заболеваемости, летальности, позволит существенно сократить затраты государства на лечение и реабилитацию. Опыт многих стран свидетельствует, что наиболее эффективным способом экономного расходования бюджетных средств, выделяемых на фармакотерапию, является рациональный отбор лекарственных средств медицинскими учреждениями и их правильное применение.

Преодоление указанных тенденций возможно посредством внедрения программы всеобщего обязательного лекарственного страхования, направленной на оптимальное соотношение эффективности и стоимости лечения при рациональном расходовании ресурсов, что позволит значительно повысить качество медицинской помощи и сэкономить средства бюджетов здравоохранения. Этому также способствует внедрение в Санкт-Петербурге формулярной системы. Тщательный выбор ограниченного количества основных лекарственных средств обеспечивает более качественную медицинскую помощь, более качественное производство лекарственных средств, более эффективное использование ресурсов здравоохранения.

Лекарственное обеспечение жителей Санкт-Петербурга в амбулаторных условиях должно стать одной из государственных гарантий бесплатной медицинской помощи, определяемой стандартами оказания медицинской помощи и разработанным на их основе перечнем лекарственных средств, доступных застрахованным гражданам в рамках программы лекарственного страхования. Внедрение механизмов вневедомственного и внутриведомственного контроля качества лекарственной помощи гражданам направлено на стимулирование эффективности использования ресурсов и развитие рынка страховых услуг для лекарственного обеспечения всех слоев населения, повышение ответственности и прозрачности расходования денежных средств. Необходимо проанализировать возможность замены процедур государственных закупок лекарственных средств возмещением стоимости лекарственных средств, отпущенных гражданам в аптечных учреждениях по назначению врача.

Ю.А. Алексеева, Г.Ю. Меркурьева, С.С. Камаева

ИССЛЕДОВАНИЯ В ОБЛАСТИ СУППОЗИТОРНЫХ ОСНОВ

Казанский государственный медицинский университет

Ректальные суппозитории являются перспективной формой введения лекарственных средств в организм, так как введенные таким образом лекарственные вещества не подвергаются метаболизму и биотрансформации ферментами печени, что удлиняет и усиливает их действие. За счет увеличения силы эффекта возможно снижение дозы препарата, благодаря чему снижает-

ся побочное действие. Наиболее оптимальной основой для суппозиториев является масло какао, однако его нельзя использовать при получении суппозиториев методом выливания, который является основным в промышленном производстве суппозиториев. В этой связи исследования, направленные на поиск суппозиторных основ с учетом физико-химических свойств вводимых в их состав лекарственных веществ являются актуальными.

Нами были проведены исследования по выбору суппозиторных основ для ректальных суппозиториев, содержащих гидрофобное лекарственное вещество не растворимое в воде. В качестве компонентов основ использовали масло какао, жир кондитерский, парафин. Основным критерием при расчете процентного содержания компонентов являлась температура плавления основы в пределах 36 ± 1 °С. Для количественного содержания каждого компонента использовали формулу: $T = T_1Q_1 + T_2Q_2 + T_3Q_3 + K \cdot Q$, где Т – температура плавления смеси; T_1, T_2, T_3 – температуры плавления отдельных компонентов; К – условный коэффициент для жидких компонентов; Q – суммарное содержание жидких компонентов, в %; Q_1, Q_2, Q_3 – содержание отдельных компонентов, в %. Были рассчитаны составы девяти трехкомпонентных (масло какао-парафин-жир кондитерский) и двух двухкомпонентных основ (парафин – кондитерский жир; масло какао – парафин).

Суппозитории готовили методом выливания в формы и оценивали по внешнему виду, температуре плавления и отклонению от средней массы. Суппозитории имеют белый или слегка желтоватый цвет, приятный запах, однородны на срезе, не подвергаются деформации в руках, не обладают липкими и пачкающими свойствами, температура плавления соответствует 35 ± 2 °С.

Проведенные исследования позволили нам для дальнейших исследований отобрать девять суппозиторных основ, наиболее предпочтительными из которых являются составы: масло какао 29 % - парафин 26 % - жир кондитерский 45 %; масло какао 30 % - парафин 14 % - жир кондитерский 56 % и парафин 29,5 5 – жир кондитерский 70,5 %.

Г.Ю. Баженова, С.С. Камаева, Г.Ю. Меркурьева

РАЗРАБОТКА БИОПЛЁНОК С СУЛЬФАЦИЛОМ-НАТРИЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА

Казанский государственный медицинский университет

Бактериальный вагиноз – инфекционный невоспалительный синдром полимикробной этиологии, характеризующийся резким увеличением в вагинальном биотопе облигатно- и факультативно-анаэробных условно-патогенных микроорганизмов и снижением или исчезновением лактобактерий, особенно перекись-продуцирующих.

Применяемые в настоящее время для местного лечения бактериального вагиноза мази, вагинальные таблетки, спринцевания в большинстве случаев не оптимальны с точки зрения выполняемых ими функций - они не обеспечивают длительной и равномерной подачи лекарственного вещества, при этом очень быстро выводятся из влагалища. Перспективной лекарственной формой, обеспечивающей пролонгированное высвобождение лекарственных веществ, а также точную фиксацию в месте аппликации, является вагинальная биоплёнка.

Целью настоящей работы явилось получение вагинальных биорастворимых лекарственных пленок с сульфацилом–натрия для местного лечения бактериального вагиноза.

Сульфацил–натрия обладает антимикробным действием в отношении гонококковых, стрептококковых, стафилококковых и колибациллярных инфекций, используется в виде водных растворов при лечении кольпитов, эндоцервитов, эрозий шейки матки.

Биоплёнки получали методом полива на подложку с последующим вырубанием плёнок диаметром 2 см. Высвобождение сульфацила–натрия из плёнок и их антимикробное действие изучали с помощью микробиологического теста диффузии в агар по зонам ингибирования роста тест–микроорганизмов S.aureus и E.coli.

Для изготовления биоплёнок с сульфацилом-натрия в качестве плёнкообразователей использовались полимер биорастворимый и натрийкарбоксиметилцеллюлоза. Максимальное высвобождение сульфацила-натрия и максимальная антимикробная активность в отношении S.aureus и E.coli наблюдается из пленок на основе полимера биорастворимого.

Биоплёнки с сульфацилом-натрия на основе полимера биорастворимого обеспечивают длительную фиксацию лекарственной формы во влагалище, максимальную фармацевтическую доступность и пролонгированное высвобождение сульфацила-натрия и могут использоваться при лечении бактериального вагиноза.

***Т.А. Балаев*[*]*, Б.Л. Молдавер*[**]**

ТЕХНОЛОГИЯ ГАЛЕНОФИЛЛИПТА – НОВОГО ПРОТИВОМИКРОБНОГО ПРЕПАРАТА, СОДЕРЖАЩЕГО ЭУГЛОБАЛИ И ФЕОФИТИНАТЫ МЕДИ

[*]*ОАО «Фармацевтическая Фабрика Санкт-Петербурга»;* [**]*Санкт-Петербургская государственная химико-фармацевтическая академия*

1. Состав эвкалиптов и их применение в медицине

В роде Эвкалипт насчитываются до 800 видов этого растения, широко распространенного в тропиках и субтропиках. В России культивируют 3 вида эвкалиптов, в основном – наиболее морозоустойвый вид – эвкалипт прутовидный (Eucalyptus viminalis labill). В листьях, побегах, почках, эфирном масле и других частях эвкалиптов содержится более 200 биологически ак-

тивных веществ (БАВ), многие из которых издавна используются в медицине, косметике, ветеринарии и др. Они включают десятки антисептических, противовоспалительных, противовирусных, ароматических и противоопухолевых веществ, в том числе разнообразные терпены, спирты, фенолы, сложные эфиры, альдегиды, флавоноиды, дубильные вещества, хлорофиллы и эуглобали (фенолоальдегиды) и ряд других.

2.Технология хлорофиллипта

Одним из наиболее применяемых препаратов эвкалипта, производимом в России и в Украине, является комплексный препарат *Хлорофиллипт*, получаемый методом бисмацерации спиртом этиловым из листьев эвкалипта прутовидного (ЛЭП) при гидромодуле 1:5 и комнатной температуре в течение 12 часов. Спиртовой экстракт ЛЭП упаривают под вакуумом при 40 ^{o}C.

Согласно патенту, остаток гидрофобных веществ, содержащих хлорофиллы, феофитины, эуглобали и другие вещества разбавляют водой и обрабатывают избытком 2% раствора меди (II) сульфата с «целью осаждения сопутствующих веществ». Из полученной смеси трижды экстрагируют бензолом гидрофобные вещества. Отгоняют бензол в вакууме при 40 ^{o}C. Остаток трехкратно обрабатывают этанолом, затем при нагревании отгоняют спирт и азеотропно трижды удаляют со спиртом остатки бензола. Оставшуюся массу высушивают при 40 ^{o}C в вакууме, получая воскообразное вещество зеленого цвета, содержащее 10% влаги, и как указано в патенте – смесь хлорофиллов **a** и **b (** густой экстракт хлорофиллипта). Из густого экстракта получают спиртовой раствор хлорофиллипта 1% и ряд других препаратов. Несмотря на то, что хлорофиллипт нашёл широкое применение в медицине при лечении многих инфекционных заболеваниях и как антисептик, отмечается ряд недостатков его технологии и стандартизации: многостадийность производства, значительное количество используемого оборудования, высокая энергоемкость; отрицательно влияющие на стабильность БАВ нагревание, аэрация при перемешивании и экстракциях, способствующие окислению: вакуум-отгонка, приводящая к потере летучих веществ, использование легковоспламеняющегося бензола, его высокая токсичность, неэкологичность производства, необоснованное применение избытка меди сульфата. Отсутствует идентификация основных ингредиентов препарата и их количественное определение.

3. Цель и задачи исследования

Целью исследования явилась разработка технологии нового препарата, аналогичного хлорофиллипту по исходным компонентам и фармакологической активности, но лишенного указанных выше недостатков, а также соответствующая стандартизация.

Для достижения этой цели необходимо было экспериментально обосновать технологию спиртового экстракта ЛЭП, позволяющую повысить выход БАВ экстракта, а также рациональность превращения хлорофиллов и феофитинов экстракта ЛЭП в медные аналоги хлорофилла – феофитинаты меди (II). Опытным путем следовало установить при омеднении необходимое количество омедняющего агента, исключающее его избыток или недостаток, а так-

же определить оптимальные условия проведения этой реакции.

В результате указанного исследования ожидалась разработка экологичной и щадящей технологии препарата – аналога хлорофиллипта, получаемого без нагревания, упаривания, высушивания, аэрации, использования токсичных и горючих органических растворителей. Необходимо было также провести сравнительную оценку фотостабильности экстракта листьев эвкалипта спиртового, галенофиллипта, хлорофиллипта и других родственных препаратов к дневному и ультрафиолетовому излучению.

Следовало разработать методики стандартизации экстракта ЛЭП спиртового и галенофиллипта с применением физико-химических методов и провести сравнительное фармакологическое и микробиологическое исследование галенофиллипта и хлорофиллипта, разработать опытно-промышленный регламент производства галенофиллипта и ФСП.

4. Товароведческий анализ сырья

На первом этапе исследования проведен товароведческий анализ исходного сырья –листьев эвкалипта прутовидного (ЛЭП) заготовленного, главным образом, на побережье Черного моря. В литературе содержится мало сведений о сопоставлении качества различных партий ЛЭП, в особенности – о содержании в них основного противомикробного компонента – суммы эуглобалей (фенолоальдегидов). В связи с этим исследовано качество 18 отобранных партий сырья. Содержание фенолоальдегидов в них находилось в пределах от 3,0 до 5,8 % ($\bar{x}$=3,9%); эфирного масла – от 0,9 до 1,9% ($\bar{x}$=1,2%); общей золы – от 3,5 до 4,9% ($\bar{x}$=4,3%); влаги – от 5,3 до 10,3% ($\bar{x}$=7,8%); потемневших и побуревших листьев от 0 до 3,0%; минеральных примесей от 0 до 0,5% ($\bar{x}$=0,2%). Существенный разброс некоторых показателей качества, в особенности – фенолоальдегидов, связан с большим диапазоном времени сбора сырья: поздняя осень, зима, ранняя весна, что несомненно влияет на качество различных партий.

5. Электронные спектры поглощения БАВ экстракта ЛЭП

Значительный интерес при анализе и сравнении различных партий ЛЭП и полученных из них полупродуктов и препаратов представляет сопоставление их электронных спектров поглощения (ЭСП).

Спиртовые экстракты ЛЭП получали методом ремацерации ЛЭП спиртом этиловым 95% при их соотношении 1:5 в течение 24 часов и комнатной температуре с последующим отстаиванием при $(6\text{-}8)^0$С в течение 48 часов и фильтрацией.

В полученные спиртовые экстракты ЛЭП переходит большое количество различных веществ: фенолоальдегиды, многочисленные компоненты эфирного масла, хлорофиллы, феофитины, терпены, дубильные вещества и многие др.

Характер ЭСП экстрактов ЛЭП обусловлен наличием в них многих веществ, содержащих хромофорные группировки. Их взнос в формирование суммарного интегрального ЭСП обусловлен как природой хромофоров, так и концентрацией в экстракте той или иной группы компонентов. Существен-

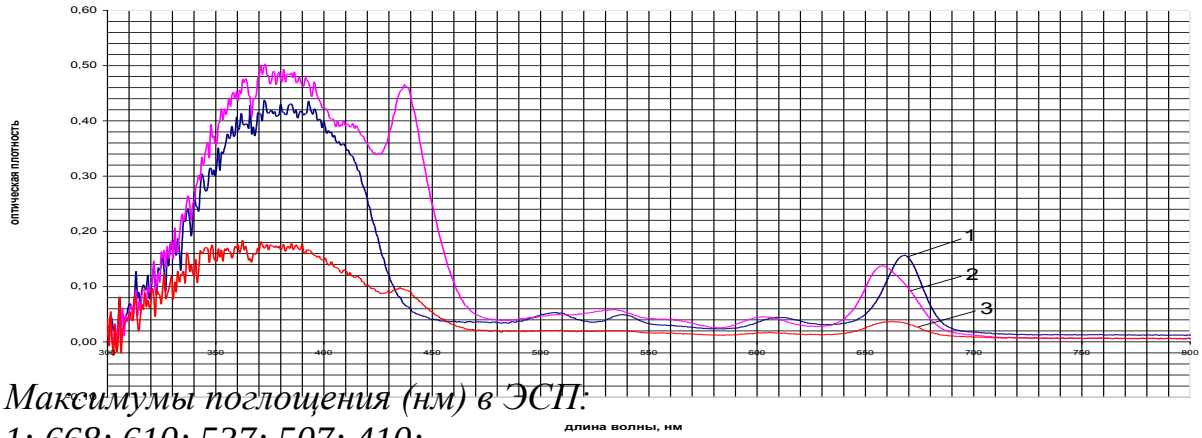
ный вклад в ЭСП экстракта ЛЭП вносят фенолоальдегиды (эуглобали), главным образом – их флороглюцинол-диальдегидный фрагмент. Сочлененные с ним терпеновые фрагменты лишь в отдельных случаях содержат слабоинтенсивные хромофоры. Для фенолоальдегидов всех спиртовых экстрактов характерно поглощение с максимумом при 276-278 нм (ε от 44000 до 22000), плечом при 340 нм (ε от 35000 до 4500), а также минимумом около 245 нм.

Второй группой веществ, четко выраженной в ЭСП экстрактов ЛЭП, но с меньшей почти на порядок интенсивностью поглощения, являются хлорофиллы и феофитины, которые представлены в ЭСП пятью характеристичными полосами, позволяющими надежно идентифицировать и отличать отдельные соединения порфиринового ряда.

Наличие компонентов эфирного масла, в частности, основного из них – цинеола, мало влияет на ЭСП экстракта, т.к. в них отсутствуют хромофорные группировки. Пинен содержит очень слабый хромофор и тоже практически мало влияет на ЭСП. Таким образом, наиболее существенным при спектральном анализе экстракта ЛЭП является поглощение фенолоальдегидов и хлорофиллов.

В ЭСП экстракта ЛЭП в видимой области наблюдается 2 максимума поглощения: первый – при 667-668 нм, второй – при 656 нм, которые можно отнести к поглощению полосы I *феофитина* ***a*** и I полосы *феофитина* ***b***, соответственно.

Данное предположение подтверждено выделением из экстракта ЛЭП хроматографированием в тонком слое сорбента 2^{yx} пятен индивидуальных веществ, спиртовые элюаты которых имеют ЭСП, содержащие две полосы: *феофитина a* и *феофитина b*, а также ЭСП *хлорофилла a*.



Максимумы поглощения (нм) в ЭСП:
1: 668; 610; 537; 507; 410;
2: 657; 602; 558; 530; 438;
3: 662

Рис.1. Электронные спектры поглощения спиртовых элюатов пятен *феофитина a* (1), *феофитина b* (2), хлорофилла a (3), хроматографически выделенных из спиртового экстракта ЛЭП.

Таким образом, нами показано, что в спиртовых экстрактах исследован-

ных партий ЛЭП содержатся в основном *феофитин a* и *феофитин b*, а не исходные хлорофиллы. Аналогичная картина характерна и для ЭСП 85% водно-ацетонового экстракта ЛЭП.

Это позволяет предположить, что получение феофитината меди (II) из высушенных ЛЭП можно осуществлять без предварительного превращения хлорофиллов в феофитины, сопровождающегося нежелательным подкислением экстракта, вызывающего деструкцию хлорофиллов и тем самым сократить длительность стадии омеднения экстракта ЛЭП.

6. Многократная экстракция ЛЭП этанолом

Анализ спиртовых экстрактов, полученных методом бисмацерации из 6 различных партий сырья показал удовлетворительную близость содержания в них фенолоальдегидов, хлорофилла А, сухого остатка, величины pH, что позволяет считать используемую технологию получения экстракта ЛЭП воспроизводимой.

На рис.2 и в табл.1 представлены данные кинетики одновременного изменения содержания фенолоальдегидов, хлорофилла А и сухого остатка в 7 последовательных извлечениях из ЛЭП спиртом этиловым 95%. Кроме того, в табл.1 приведено содержание трех указанных групп веществ в сумме I и II и в сумме III-VII извлечений. Видно, что в сумму первых двух извлечений переходит одинаковое количество (63-64%) сухого остатка, фенолоальдегидов, а также хлорофиллов. Сумма последующих пяти извлечений (III-VII) также содержит одинаковые относительные количества этих же групп веществ, только в значительно меньших (36%), чем сумма первых двух извлечений.

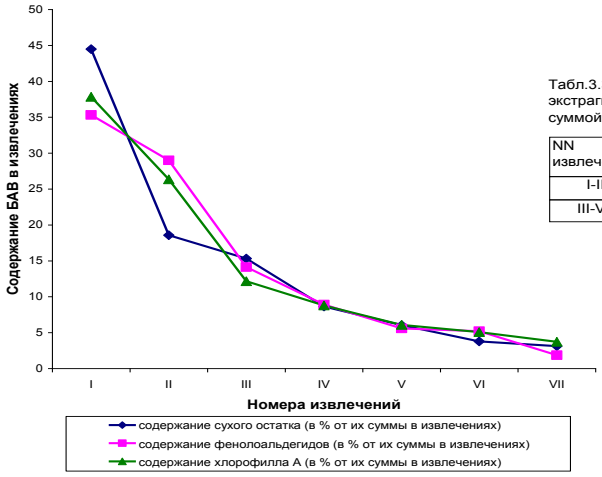


Табл.3.3.6.Относительные количества экстрагируемых из ЛЭП веществ трех групп суммой I-II и суммой III-VII извлечений

NN извлечений	Феноло-альдегиды	Хлорофилл А	Сухой остаток
I-II	64,3	64,2	63,1
III-VII	35,7	35,8	36,1

Рис.2. Кинетика одновременного изменения содержания фенолоальдегидов, хлорофилла А и сухого остатка в извлечениях из ЛЭП спиртом этиловым 95% в одном эксперименте

Этот неожиданный на первый взгляд феномен связан по-видимому, с тем, что компоненты всех трех групп веществ достаточно легко растворимы в спирте 95% и поэтому извлекаются пропорционально их содержанию в

ЛЭП.

Интересно отметить, что в статье об экстрагировании лекарственного растительного сырья двухфазной системой экстрагентов авторы также приходят к выводу о том, что экстракция производных хлорофилла и флавоноидов из травы зверобоя продырявленного с использованием спирто-водного экстрагента протекает одновременно и с одинаковой скоростью [Е.В.Иванов с сотр.2008г].

Полученные нами экспериментальные данные об относительном количестве извлекаемой суммы фенолоальдегидов, хлорофиллов и сухого остатка в различных извлечениях также свидетельствуют о том, что эти группы веществ извлекаются из ЛЭП с одинаковой скоростью, что представляет интерес при экстракции сырья, содержащего несколько БАВ.

Следует также отметить, что при многоступенчатой экстракции БАВ нужно учитывать, какие из извлечений можно использовать сразу после получения, и какие – объединять и подвергать дальнейшей обработке, например – концентрированию. В случае экстрагирования ЛЭП спиртом мы исходили из того, что омеднению может подвергаться лишь экстракт с содержанием суммы фенолоальдегидов более 0,6%, т.к. это количество должно содержаться в полученном из экстракта конечном препарате – галенофиллипте.

Поэтому весьма актуальным является повышение выхода БАВ в I и II извлечениях, в связи с чем представляет интерес применить для повышения концентрации БАВ в экстракте ЛЭП предварительное набухание сырья, используемое в технологии фитопрепаратов.

7. Влияние предварительного набухания ЛЭП на выход БАВ при экстракции.

В табл.1 приведенные наши экспериментальные данные о влиянии предварительного набухания ЛЭП на выход БАВ при экстракции 95% этанолом.

Таблица 1. Содержание БАВ в первых спиртовых извлечениях из ЛЭП при экстракции без предварительного набухания и с набуханием*

N п/п	Способ получения экстракта	Количество ЛЭП в опыте, г	Количество извлечений	Содержание БАВ в первых извлечениях в % от содержания в сумме извлечений		
				Фенолоальдегиды	Хлорофиллы	Сухой остаток
1	Без набухания	5	7	35,3 [0,639]	35,5 [0,0876]	44,6
2	С набуханием	10	3	81,5 [0.896] (2,31)	76,9 [0,0074] (2,17)	76,6 (1,72)
3	С набуханием	100	2	81,3 [0.900] (2.3)	72,0 [0,0088] (2,03)	81,0 (1,82)

* В круглых скобках – соотношение процента извлечения БАВ в эксперимен-

те с предварительным набуханием к проценту извлечения БАВ в эксперименте без набухания; в квадратных скобках – содержание БАВ в I извлечении (%).

Из приведенных данных видно, что предварительное набухание ЛЭП 70% этанолом приводит к повышению выхода сухого остатка в 1,7-1,82 раза, фенолоальдегидов – в 2,3 раза. Повышение выхода хлорофилла не обнаружено.

8. Омеднения спиртового экстракта ЛЭП

Самые устойчивые комплексы с феофитинами образуют соли Cu (II). Они кроме того, обладают высокой антибактериальной активностью, наиболее выраженную по отношению к антибиотикоустойчивым штаммам золотистого стафилококка. Исходя из этого было целесообразным превратить феофитин **a** в меди (II) феофитинат (**a**).

Поэтому при разработке технологии галенофилипта необходимо было выбрать омедняющий агент и экспериментально обосновать оптимальное количественное соотношение молей хлорофилла или феофитина с солью меди для полного превращения их в феофитинат меди. В качестве омедняющего агента был выбран легко растворимый в спирте меди (II) хлорид двуводный, так как скорость образования феофитината меди (II) с ним существенно выше, чем с меди сульфатом.

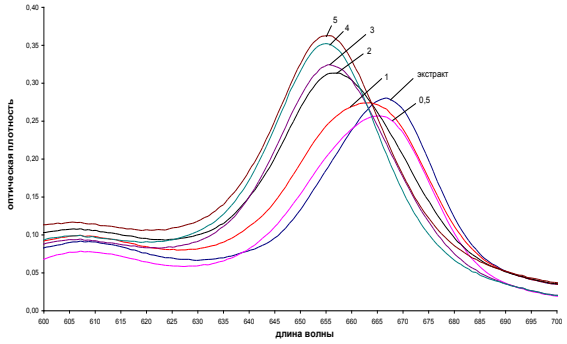
Контроль процесса образования феофитината меди осуществяли спектрофотометрическим методом, исходя из данных литературы о специфическом для хлорофилла поглощения при λ_{max} (664±3) нм, феофитина **a** – при 668 нм, а для феофитината меди – при λ_{max} (650±3) нм. Наиболее подходящей реакционной средой является спирт этиловый 95%.

При определении оптимальных условий омеднения феофитинов, очень близких по своим спектрометрическим показателям хлорофиллу, в экстракте ЛЭП спиртовым предварительно количественно устанавливали содержание хлорофилла **a,** используя модифицированную методику ISO. Затем в серии экспериментов к 6 равным объемам экстракта ЛЭП с известной концентрацией феофитина или хлорофилла добавляли расчетные возрастающие количества омедняющего агента – спиртового раствора меди (II) хлорида при следующих соотношениях хлорофилл-меди (II) хлорид (1:0,5; 1:1;1:2;1:3;1:4;1:5.

Через различные промежутки времени (1;3;6;9;24 ч.) снимали ЭСП излучаемых растворов, определяя в них максимумы поглощения и величины оптических плотностей, а также изменения характера ЭСП в зависимости от продолжительности реакции и мольных соотношений.

Полученные ЭСП исходного экстракта ЛЭП и реакционных смесей представлены на рис.3 и 4. Как видно из них, ЭСП спиртового экстракта ЛЭП характеризуется наличием поглощения при 668 нм. В ЭСП реакционных смесей, в зависимости от количества омедняющего агента и длительности процесса, наблюдается либо постепенное гипсохромное смещение максимума поглощения при 668 нм в область 650 нм (в случае мольных соотношений 1:0,5; 1:1; 1:2), либо – более быстрое исчезновение максимума при 668 нм и

одновременное постепенное появление максимума поглощения при 650±3 нм уже через 1 час взаимодействия веществ при мольных соотношениях 1:3, 1:4, 1:5. О завершении процесса омеднения судили по достижению максимальной интенсивности поглощения реакционной смеси при 650±3 нм, не возрастающей при дальнейшем добавлении омедняющего агента (рис.4).



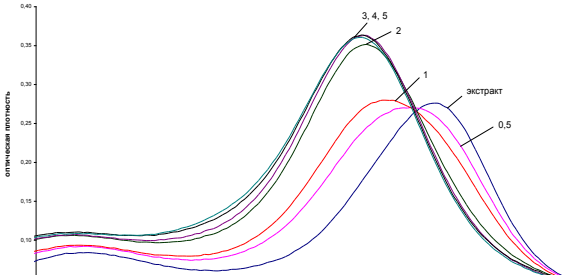


Рис.4. Электронные спектры поглощения спиртового экстракта листьев эвкалипта прутовидного до его омеднения (**экстракт**) и после омеднения при мольных соотношениях хлорофилл-меди (II) хлорид 2-водный:

1:0,5 (**0,5**); 1:1 (**1**); 1:2 (**2**); 1:3 (**3**); 1:4 (**4**); 1:5 (**5**); при температуре (18-20)0С в течение 6ч.

Рис.3. Электронные спектры поглощения спиртового экстракта листьев эвкалипта прутовидного до омеднения (**экстракт**) и после омеднения при мольных соотношениях хлорофилл - меди (II) хлорид 2-водный:
1:0,5 (**0,5**); 1:1 (**1**); 1:2 (**2**); 1:3 (**3**); 1:4 (**4**); 1:5 (**5**); при температуре (18-20)0С в течение 1 ч. Разведение 1:25 в 95% этаноле (об. %).

Из других полученных нами данных следует, что наибольшая скорость уменьшения λ_{max} в видимой области ЭСП наблюдается в первый час взаимодействия, а наибольшее возрастание величины А и наибольшее снижение pH – в первые 3 часа. После этого скорость изменения указанных величин резко снижается.

Учитывая, что согласно данным литературы, скорость взаимодействия ионов
Cu (II) с феофитином **a** (существенно выше, чем с феофитином **b**), можно предположить, что в спиртовом экстракте ЛЭП при взаимодействии с $CuCl_2$ идёт параллельно с различной скоростью омеднение обоих видов феофитина. При этом образование феофитината **a** меди (II) завершается в течение первого часа взаимодействия, а феоифитината **b** – примерно к $3^{му}$ часу.
Таким образом, экспериментально установлено, что при комнатной температуре к концу первого часа взаимодействия величина оптической плотности реакционной смеси при 650±3 нм достигает максимума лишь в случае избытка омедняющего агента при мольном соотношении хлорофилл-меди (II) хлорид 1:5 (рис.4). Через 6 часов выдержки величина оптической плотности реакционной смеси имели одинаковое предельное значение также при мольных соотношениях хлорофилл-меди (II) хлорид как 1:4, так и 1:3 (рис.4.2), а через

12 часов – при соотношении 1:2.

Представленные данные позволяют считать, что при температуре 18-20^{0}С для быстрого и полного омеднения хлорофилла или феофитина в экстракте ЛЭП необходим либо избыток омедняющего агента, равный в мольных соотношениях 1:5, либо (при мольных соотношениях 1:2 – 1:3) – длительность взаимодействия более 12 часов. Однако, избыток меди в готовом препарате в первом случае недопустим, т.к. последующее удаление его значительно усложнило бы технологию и снизило качество препарата.

Исследовали также изменение ЭСП реакционных смесей в области 260-290 нм, в которой находится максимум поглощения фенолоальдегидов при (278±2) нм, под влиянием омедняющего агента (рис.5). Установлено, что при соотношении хлорофиллов 1:1, 1:2, 1:3 не наблюдалось изменения ни положения характеристического максимума при (278±3) нм, плеча при 334 нм, минимума при 243 нм, ни выраженное уменьшение интенсивности их поглощения. Полученные данные позволяют предполагать, что в условиях эксперимента медь (II) хлорид взаимодействует лишь с феофитином. Взаимодействие с другими компонентами экстракта ЛЭП, в том числе – с фенолоальдегидами,в этих условиях нами не установлено.

9. Особенности технологии галенофиилипта

Таким образом,результаты проведенных исследований позволяют:

1. Исключить стадию концентрирования спиртового экстракта ЛЭП с использованием повышенной температуры и вакуума, сопровождающуюся частичной потерей легколетучих компонентов эфирного масла; а также аэрацию препарата на других стадиях и операциях.

2. Предварительно рассчитать количество омедняющего агента, необходимого для превращения хлорофилла экстракта ЛЭП в феофитинат меди (II), избегая как избытка, так и недостатка меди (II) хлорида в готовом продукте.

3. Исключить операции обработки полупродукта водой, экстракцию его бензолом, отгонку бензола, азеотропную очистку полупродукта от следов бензола, удаление избытка соли меди (II).

4. Повысить экологичность технологии за счет исключения бензола.

5. Впервые разработать технологию нового препарата из ЛЭП, содержащего эуглобали и феофитинаты меди (I).

10. Влияние степени омеднения экстракта ЛЭП на противомикробную активность

Для определения влияния степени омеднения экстракта ЛЭП на его противомикробную активность по отношению к золотистому стафилококку (Staphylococcus aureus) изучали указанную активность исходного экстракта ЛЭП (1), полупродуктов омеднения экстракта ЛЭП (**1**) при мольных соотношениях: хлорофилл-меди дихлорид 1:1 (**2**), 1:2 (**3**), 1:3 (**4**), а также спиртового

раствора меди (II) хлорида (**5**) – табл.

Определение антимикробного действия проводили в соответствии с ФС 42-1348-91 и ГФ XI, вып.2 и измен. №3 в Северо-Западном центре по контролю качества и сертификации лекарственных средств, Санкт-Петербург. Использовались 5 разведений каждого образца.

Из приведенных в табл. 5 данных видно, что антимикробная активность наблюдалась при всех использованных разведениях (1:50; 1:100; 1:200;1:400 и 1:800) в **1, 3** и **4** образцах, т.е в исходном экстракте и при мольных соотношениях 1:2 и 1:3. При мольном соотношении 1:1 противомикробной активностью обладали лишь первые три разведения: 1:50; 1:100 и 1:200. Спиртовой раствор меди (II) хлорида с концентрацией, используемой при омеднении в соотношении 1:3, не обнаружил противомикробную активность.

Табл.5. Антимикробная эффективность в отношении золотистого стафилококка Staphylococcus aureus спиртового экстракта из листьев эвкалипта прутовидного и полученного из него различных продуктов омеднения медью (II) хлористой 2-водной

№ п/п	Анализируемый объект	Разведение					Контрольный рост тест культуры
		1:50	1:100	1:200	1:400	1:800	
1	Спиртовой экстракт листьев эвкалипта	+	+	+	+	+	рост
2	Полупродукт омеднения при мольном соотношении $CuCl_2 \cdot 2H_2O$: хлорофилл (1:1)	+	+	+	-	-	рост
3	То же (1:2)	+	+	+	+	+	рост
4	То же (1:3)	+	+	+	+	+	рост
5	Спиртовой раствор $CuCl_2 \cdot 2H_2O$ в концентрации, используемой при омеднении в соотношении (1:3)	-	-	-	-	-	нет роста

— отсутствие антимикробного действия
+ наличие антимикробного действия

Таким образом, установлено, что при омеднении экстракта ЛЭП с мольным соотношением 1:2 и 1:3 образующиеся продукты омеднения сохраняют антистафилакокковую активность, присущую исходному экстракту, в то время как при мольном соотношении 1:1 эффективность разведений 1:400 и 1:800 отсутствует. Во всех контрольных пробах наблюдается рост тест-культуры.

11. Химиотерапевтическая эффективность Галенофиллипта в сравнении с Хлорофиллиптом

Проводилось исследование указанных выше препаратов *in vitro* на 6^{ти}

стандартных культурах, рекомендованных ГФ XII, и *in vivo* на модели стафилококковой локализованной инфекции в кожно-мышечной ране у белых мышей (66 самцов).

Установили, что в опытах in vitro грамположительные бактерии оказались более чувствительны, чем грамотрицательные грибы. Самой чувствительной культурой оказался Staphylococcus aureus. Максимальное разведение галенофиллипта, полностью ингибирующее размножение стафилоккоков, составляет 1:800, а для хлорофиллипта 1:100. Скорость заживления кожного дефекта ран у белых мышей, динамика микробных показателей в инфицированных ранах достоверно не отличались у животных, леченных обоими препаратами. Микробная обсемененность ран на 10 сутки снижалась в 6 раз по сравнению с контролем без лечения.

Применение препаратов хлорофиллипт и галенофиллипт по сравнению с контролем без лечения способствует более быстрому освобождению от микробов глубоких слоев раны и отграничению очага воспаления грануляционной тканью. Динамика этих показателей была более выражена у галенофиллипта. Его применение стимулировало макрофагальную реакцию в более ранние, чем у хлорофиллипта сроки (с 3 сут).

Таким образом галенофиллипт по ряду терапевтических показателей не только не уступает хлорофиллипту, но и обладает по сравнению с ним определенными преимуществами.

* Фармакологические исследования проведены в ФГУ РНИНТО им. Р.Р.Вредена Санкт-Петербург под руководством Г.Е. Афигенова с нашим участием.

12. Исследование фотостабильности препаратов из ЛЭП

Ранее фотостабильность феофитинов, феофитинатов меди, а также эуглобалей и эвкалиминов, содержащихся в различных растениях, в т.ч. в ЛЭП не изучалось. Представляло интерес исследовать этот вопрос, имеющий теоретическое и практическое значение. Снимали ЭСП исходных и облученных препаратов как дневным светом, так и жестким ультрафиолетом с максимумом излучения 254 нм. Облучаемые препараты находились в бесцветных стеклянных пробирках или во флаконах темного стекла без доступа воздуха. Сравнивая ЭСП исходных и облученных растворов веществ, определяли уменьшение величин оптической плотности через различные промежутки времени: для эуглобалей при 278 нм, для феофитинов – при 667 нм, для феофитинатов меди – при 650±3 нм.

Скорость омеднения вычисляли как величину снижения оптической плотности за 1 сутки (при облучении дневным светом) или за 1 мин (при облучении ультрафиолетом).

В результате проведенного исследования получили следующие результаты

- Облучение дневным светом и жестким ультрафиолетом спиртосодержащих препаратов из ЛЭП приводит к снижению оптической плотности в максимумах характеристических полос ЭСП эуглобалей, феофитинов и феофитина-

тов меди (II).
- Феофитинаты меди (II), содержащиеся в галенофиллипте, имеют в 1,5-2,0 раза большую фотостабильность, чем исходные феофитины в спиртовых экстрактах ЛЭП.
- При облучении ультрафиолетом в темном стекле не наблюдается фотолиза ни эуглобалей, ни феофитинов меди (II).
- Эуглобали, содержащиеся в галенофиллипте, подвергаются фотолизу значительно меньшей степени, чем в спиртовом растворе эвкалимина, что можно объяснить наличием в последнем меньшего количества других веществ, взаимодействующих с УФ светом.
- Скорость фотолиза эуглобалей, феофитинов и феофитинатов меди (II) под влиянием ультрафиолета на 2-3 порядка выше таковой под воздействием дневного света.
- Индекс деструкции препаратов ЛЭП возрастает в ряду: спиртовой экстракт ЛЭП<галенофиллипт<хлорофиллипт<настойка эвкалипта.
- Отсутствие прямой концентрационной зависимости скорости фотолиза эуглобалей от длительности облучения может быть обусловлено неоднородностью изомерного состава эуглобалей в растворе эвкалимина.

Проведенные исследования фотостабильности препаратов из ЛЭП показывают значительную, примерно на 3 порядка большую скорость деструкции биологически активных компонентов спиртового экстракта ЛЭП (эуглобалей, феофитинов), а также феофитинатов меди (II) ультрафиолетом по сравнению с облучением дневным светом.

Исходя из широкого использования ультрафиолета в технологии лекарственных средств необходимо учитывать его опасность на всех стадиях производства препаратов из ЛЭП.

А.В. Басевич, В.Ц. Болотова, Н.Е. Тушина, О.А. Лукьянова

РАЗРАБОТКА ТЕХНОЛОГИИ ЭКСТРАКТА НА ОСНОВЕ КАЛИНЫ ЛИСТЬЕВ И ЧЕРЕДЫ ТРАВЫ

Санкт-Петербургская государственная химико-фармацевтическая академия

В настоящее время в России наблюдается прогрессирующая тенденция развития аллергических заболеваний.

В период с 1992 по 2007 год прирост заболеваемости кожными болезнями по Российской Федерации в целом составил 27%. Высокую тенденцию к росту – 40% за рассмотренный период – имеет заболеваемость атопическим дерматитом. Атопический дерматит – хроническое заболевание, в основе которого лежит воспаление кожи и ее гиперреактивность, нарушающие естественную реакцию кожи на внешние и внутренние раздражители. Многолетние наблюдения доказали положительное влияние применения лекарственных растений при дерматозах. Фитотерапия многих кожных заболеваний прове-

рена тысячелетиями.

Среди лекарственных растений, применяемых в терапии кожных заболеваний, выделяют траву череды трехраздельной и калину обыкновенную.

Представлялось актуальным разработать сухой экстракт, содержащий комплекс биологически-активных веществ, из смеси лекарственных растений - листьев калины и травы череды, обладающего терапевтической активностью.

Извлечение из смеси листьев калины и травы череды получали методом мацерации при соотношении сырье : экстрагент 1:10 с перемешиванием при нагревании. Выбор оптимального режима экстрагирования был основан на фармакологической оценке активности полученных извлечений. Фармакологическую оценку извлечений проводили на модели заживления кожного повреждения у мышей. По результатам фармакологической оценки наиболее эффективным было признано извлечение с высоким содержанием иридоидов и флавоноидов, полученный при создании следующих параметров экстрагирования: температура - 70±2 ^{0}C, время экстракции – 360 мин, содержание листьев калины в смеси – 34%, концентрация спирта – 80%. Извлечение концентрировали в условиях вакуума, затем сушили до остаточной влажности не более 5%.

Полученный сухой экстракт представляет собой порошок коричневого цвета, обладающий характерным вкусом и сладким запахом с содержанием флавоноидов не менее 9,0%, иридоидов не менее 0,8% и влажностью не более 4,5%.

Дальнейшее изучение фитопрепаратов на основе извлечений из череды травы и калины листьев представляет собой научный интерес, учитывая большой выход действующих веществ и благотворное их влияние на течение аллергических процессов.

sakatukki@mail.ru

Раздел IX

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ

Е.А.Андриянова, Е.В.Засыпкина,
М.Н.Кузнецова, В.А.Катрунов

ЗДОРОВЬЕ – СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПОТЕНЦИАЛ СОВРЕМЕННОГО РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА

Саратовский государственный университет им. В.И.Разумовского

Внимание к проблемам здоровья в гуманитарных науках и медицине определяется его значением для развития человека и общества в целом. Исследование здоровья как фундаментальной проблемы отражает современное видение человека в его сложном взаимодействии с окружающей средой. Здоровье есть основная форма жизни человека.

Сегодня общепринятым считается определение здоровья с позиций образа жизни. Именно в образе жизни проявляется, прежде всего, состояние организма, его способность адаптироваться к окружающей среде, готовность и возможность полноценно выполнять социальные функции. Здоровье – это состояние человека, при котором он полноценно выполняет социальные функции и ведет образ жизни, обеспечивающий сохранение, укрепление и развитие здоровья. Состояние здоровья раскрывает все многообразие социального, физического и духовного состояния индивида, общества в целом. Иными словами, здоровье – это не только характеристика физиологического состояния организма человека, но и важный показатель социального благополучия в обществе.

Здоровье – это социально значимый феномен, позволяющий определить степень развитости и благополучия общества. Здоровье общества складывается из здоровья каждого его члена. Поэтому, чем лучше состояние здоровья отдельного человека и чем дольше оно сохраняется на оптимальном уровне, тем выше потенциал положительного развития общества.

Многие проблемы, связанные со здоровьем, имеют глубокие социальные корни, включая национальные, региональные особенности, условия производства и быта, экологии, образа и качества жизни, социальной защищенности различных социальных групп и слоев современного общества. Без их обязательного учета невозможно сохранение или улучшение состояния здоровья.

Экономическая, политическая и социальная нестабильность российского общества в 1990-е годы, безусловно, отрицательно сказались на общем уровне физического, психического и социального здоровья населения страны. В этой связи, главные усилия государства должны быть направлены на создание условий формирования здорового образа жизни. Это оптимизация среды проживания, оптимальные условия труда и отдыха, рациональное питание, обес-

печение профилактики и лечения заболеваний на уровне личности, социальных групп и слоев общества.

Одним из основных принципов современной политики в области здравоохранения является сохранение и укрепление здоровья граждан. Это, в свою очередь, позволит главное внимание уделить государственной и общественной деятельности в области предупреждения заболеваний, а также развития современных реабилитационных технологий.

Предстоит решить вопрос о расширении деятельности врача общей практики, повысить его личную ответственность за состояние здоровья закрепленных больных и проведение профилактических мероприятий. Это связано с тем, что деятельность такого врача наиболее экономична и социальна, наиболее адекватна интересам семьи каждого пациента и позволяет наиболее полно учитывать влияние условий жизни семьи на здоровье.

Кроме того, важной составляющей является создание конституционной и законодательной базы, обеспечивающей реальную заинтересованность всех институтов негосударственных структур, общества в целом и каждого отдельного гражданина в сохранении здоровья, работоспособности и трудового долголетия населения страны. Необходима общенациональная программа охраны общественного здоровья. Ориентированная как на больного, так и на здоровье человека, и предусматривающая выявление факторов риска, раннюю диагностику, эффективную корреляцию патологии и профилактику заболеваний. При этом должна быть оказана существенная государственная поддержка медицинской науке и практике, создание системы национального мониторинга общественного здоровья.

Здоровье – это наш повседневный выбор и модель поведения, ориентированная на определенные ценности. Как раз в этом проявляется наша социальная культура, образ мышления и действий. Здоровье является одним из проявлений человеческой сущности, определяя качество жизни человека.

А.И. Анисимов, Н.Н.Киреева

СОЦИАЛЬНАЯ ЗРЕЛОСТЬ ЛИЧНОСТИ КАК ПОТЕНЦИАЛ ЕЕ СОЦИАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ

Санкт-Петербургский государственный институт психологии и социальной работы; Санкт-Петербургский государственный университет, Факультет психологии

Системное рассмотрение проблемы здоровья потребовало обратить внимание ученых на наименее изученный социальный компонент общего здоровья человека. Стала актуальной проблема критериев оценки социального здоровья человека, которая пока однозначно не решена.

В настоящее время при рассмотрении проблемы здоровья преобладающей среди исследователей является теория адаптации, которая отражает в основном первый аспект здоровья (согласно современной концепции ВОЗ) – **ба-**

ланса (настоящее состояние равновесия организма человека и окружающей среды). Недостаточно внимания в социально-психологических исследованиях уделено второму аспекту здоровья – **потенциалу** (ресурсам человека, обеспечивающим, индивидуальную способность каждого противостоять влияниям окружающей среды, угрожающим балансу здоровья).

Поскольку адаптация может быть определена в терминах объективных характеристик среды, эта концепция имеет твердую биологическую основу. Ряд авторов придерживаются мнения о том, что многие негативные состояния здоровья на грани нормы и патологии «связаны с изменением условий и образа жизни, т.е. с проблемой адаптации человека». (А.Г. Маклаков и др.) Поэтому способность адаптироваться к изменениям внешней среды, сохранять гомеостаз организма в новых условиях имеет важное значение для предупреждения заболевания, а нарушение процессов адаптации может рассматриваться как патофизиологическая основа многих болезней (Кабанов М.М., 1979). Для построения прогноза адаптации человека (а, следовательно, и потенциала его здоровья) исследователи (А.Г. Маклаков, Н.Н. Мельникова и др.) предлагают оценивать уровень его адаптированности в данный момент, а также общий адаптационный потенциал. Такой методологический подход вполне соотносится с концепцией ВОЗ и находит широкое практическое применение.

Однако в ряде исследований проблемы здоровья показана и ограниченость адаптационного подхода к его изучению, в связи с тем, что человек это не только организм, но и личность, перед которой стоят сложные задачи самореализации, не вписывающиеся в рамки только адаптации. Состояние здоровья личности будет определяться не только успешностью адаптации, но и эффективностью социального функционирования.

Дополнением к адаптационной концепции здоровья может служить концепция развития личности и становления её психологической и социальной зрелости. Представляет интерес в этом отношении концепция А.В.Петровского о развитии личности в онтогенезе, согласно которой процесс адаптации является лишь одним из этапов социального развития личности наряду с индивидуализацией и интеграцией. Отличительная особенность психически здоровой личности состоит в том, что в рамках ее структуры процессы саморегуляции, социальной адаптации и самоактуализации неразрывно взаимосвязаны, скоординированы и являются составляющими единого процесса становления Индивидуальности.

По убеждению А.В. Петровского, для формирования и становления личности, ее вхождения в социальное целое, достижения социальной зрелости ей необходимо пройти три фазы развития: адаптацию, индивидуализацию и интеграцию. Именно интеграция личности в социум, в референтные для него социальные группы, достижение ею социальной зрелости будут свидетельствовать о накопленных индивидуальных ресурсах и сформированном потенциале социального здоровья данного индивидуума, а достигнутый уровень социальной зрелости может служить одним из критериев для оценки

социального здоровья личности.

aai101@rambler.ru, Nikaren1@yandex.ru

В.Г.Помников

ОСОБЕННОСТИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ

Институт усовершенствования врачей-экспертов, Санкт-Петербург

Медико-социальная экспертиза – определение в установленном порядке потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма. Основными документами, используемыми специалистами бюро медико-социальной экспертизы при освидетельствовании больных и инвалидов являются Федеральный Закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», правила признания лица инвалидом, классификации и критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы.

Инвалид – лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеванием, последствиями травм или дефектами, приводящими к ограничению жизнедеятельности и вызывающих необходимость его социальной защиты.

В России на сегодняшний день более 13 млн. инвалидов. Что делать? Инвалидность является интегральным показателем здоровья населения, условий жизни, труда, быта и среды существования.

Инвалидность зависит от заболеваемости (коэффициент корреляции от 0,38 до 0,72), экологической обстановки (корреляция с различными показателями от 0,26 до 0,37), демографической ситуации (коэффициент корреляции со смертностью равен 0,60, с числом лиц пенсионного возраста – 0,39), экономического и социального уровня развития (коэффициент корреляции с различными показателями до 0,4), уровня и качества лечебно-профилактической помощи в системе здравоохранения (коэффициент корреляции до 0,45).

В связи с тем, что указанные выше показатели не имеют тенденции к заметному улучшению можно предполагать, что это приведёт к дальнейшему росту инвалидности в нашей стране, если не будут приняты адекватные меры на законодательном уровне и в сфере экономического развития общества. Важна также работа по различным направлениям в области социальной политики.

spbipde@mail.ru

К.И.Джунусова, В.Г. Помников, О.П.Вознюк

РОЛЬ ЭКЗОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ В ВОЗНИКНОВЕНИИ

ПСЕВДОИНСУЛЬТНЫХ СОСТОЯНИЙ

Институт усовершенствования врачей-экспертов, Санкт-Петербург

Клиническая картина неврологического синдрома, который проявляется внезапным возникновением очаговых и общемозговых симптомов, обычно ассоциируется с острым нарушением мозгового кровообращения. Однако в ряде случаев при патоморфологическом исследовании в головном мозге не обнаруживаются изменения, свойственные инсульту, а причиной летального исхода является ургентная соматическая патология. Для обозначения указанных состояний предложен и давно используется термин псевдоинсульт.

Несмотря на значительное количество работ, посвящённых данной теме, частота псевдоинсульта (подтверждённого лишь при патоморфологическом исследовании) среди клинически диагностированных острых нарушений мозгового кровообращения составляет от 3,6 до 6,3% и не имеет тенденции к уменьшению. Известно, что псевдоинсульт наиболее часто развивается у больных среднего и пожилого возраста на фоне тяжёлой соматической патологии, но встречается и в молодом возрасте, в особенности при интоксикациях различного генеза. При этом в клинической картине заболевания на первый план выступают признаки поражения нервной системы, требующие дифференциальной диагностики с инсультом.

Следует также отметить, что злоупотребление алкоголем, хроническая алкогольная интоксикация в связи с большой распространённостью, упорством течения, различными осложнениями, которые часто приводят к стойкой утрате трудоспособности, а иногда и летальному исходу считается одной из ведущих проблем современной медицины

По нашим собственным данным среди 125 больных с псевдоинсультом абсолютных трезвенников не встречалось. Значительная часть из этих больных принимали алкоголь регулярно и в достаточном количестве.

Клинические наблюдения с использованием нейровизуализации, патоморфологические исследования дают достаточные основания считать, что псевдоинсульт зачастую – это не что иное, как острая метаболическая (токсическая), гипоксическая энцефалопатия. Такая форма повреждения мозга – результат действия системных факторов патогенеза, присущих другому заболеванию, которое и должно фигурировать в клиническом диагнозе как основное. Даже в случае смерти больного при явлениях мозговой комы метаболическая энцефалопатия может рассматриваться только как осложнение основного заболевания, особенно на фоне злоупотребления алкоголем.

spbipde@mail.ru

Л.В.Деревянченко, В.Г.Помников

ОСТЕОПОРОЗ ПОЗВОНОЧНИКА КАК МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНАЯ ПРОБЛЕМА

Институт усовершенствования врачей-экспертов, Санкт-Петербург

В последние четыре десятилетия в странах с социально ориентированной экономикой значительное внимание уделяется проблеме остеопороза. Следствием остеопороза, который встречается у каждой 3-4 женщины старше 45 лет на фоне гормональной дисфункции, является повышенная ломкость костей. Чаще всего наблюдаются переломы тел грудных и поясничных позвонков, запястья и шейки бедра. Полностью излечиваются не более 25% больных с переломами шейки бедра, 50% остаются нетрудоспособными и в 25% случаев наступает летальный исход от интеркуррентных заболеваний.

Другими клиническими проявлениями остеопороза у пожилых больных чаще всего являются боли, изменение осанки, чувство тяжести между лопатками, усталость спины, повышенная утомляемость, нарушение походки, хромота, развивается пародонтоз.

Мы обследовали 65 больных (23 мужчины и 42 женщины) с неврологическими проявлениями остеопороза, но без переломов костей конечностей, в возрасте от 35 до 74 лет. Главными критериями рентгенографической диагностики были снижение костной массы до двух стандартных отклонений от нормы и наличие хотя бы одного компрессионного снижения высоты тела позвонка. При денситометрии плотность костной ткани определяли по скорости распространения ультразвука вдоль кортикального слоя передней поверхности большеберцовой кости.

При целенаправленном неврологическом обследовании у всех больных была выявлена неврологическая симптоматика, включающая в себя иррита-тивные рефлекторно-мышечные синдромы (26 пациентов), корешковые синдромы с чувствительными, двигательными и вегетативно-трофическими расстройствами – у 29, сосудистые корешковые и спинно-мозговые расстройства – у 19 больных и церебральные нервно-психические расстройства на фоне остеопороза позвоночника – у 61 обследованного.

Обычно наблюдалось сочетание нескольких симптомокомплексов с преимущественным преобладанием одного из них.

Дальнейшие исследования в области изучения остеопороза целесообразно проводить с учётом изучения особенностей клинических проявлений по различным разделам медицинской специализации. Это будет способствовать созданию новых препаратов, воздействующих на различные звенья патогенеза остеопороза, профилактическому их применению у пациентов, предрасположенных к возникновению данной патологии.

spbipde@mail.ru

С.А.Васин, М.Б.Денисенко, М.Л.Сиротко

ПОВОЗРАСТНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ КАК ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ ФАКТОР СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

Государственный университет — Высшая школа экономики, Москва;
Самарский государственный медицинский университет

Структура и уровень заболеваемости являются важнейшими составляющими комплексной интегральной оценки здоровья населения и принятия на этой основе научно-обоснованных и эффективных управленческих решений в системе здравоохранения. Особенностями заболеваемости с возрастом являются множественность и «хронизация» патологии, что особенно актуально в условиях демографического постарения. По данным отчета «Пожилые в одиннадцати странах» (ВОЗ, 1997 г.) в среднем у каждого мужчины старше 60 лет диагностируется 4,3 заболевания, у женщины – 5,2, а каждые последующие 10 лет к ним прибавляются еще 1-2 болезни.

Целью исследования является разработка современных подходов к планированию медико-социальной помощи с учетом тенденций уровня, структуры и динамики заболеваемости различных возрастных групп населения Самарской области.

Задачи исследования включают анализ заболеваемости с учетом половозрастных групп и вида заболеваний за период с 2000 по 2009 гг. В работе использованы данные официальной статистической информации (годовые отчетные формы №№ 7, 8, 10, 11, 12, 14 и др.).

Результаты. Существенными методологическими недостатками было отмечено несовпадение границ возрастных группировок по разным формам отчетности, что затрудняло сравнительный анализ данных, а также отсутствие в ряде форм разработки по возрасту с указанием лишь градации «взрослые». Нами прослежены тенденции первичной заболеваемости и распространенности по классам заболеваний среди основных возрастных групп (детей 0-14 лет, подростков 15-17 лет, взрослых 18 лет и старше) населения Самарской области за 2006-2009 гг., по городам и районам области, а также более детально проанализированы в динамике уровень и структура заболеваемости злокачественными новообразованиями по пятилетним возрастным группам (от «0-4 г.» до «85 лет и старше») за 2000-2009 гг.

Заключение. Анализ повозрастной заболеваемости является неотъемлемым компонентом системного подхода к оценке состояния здоровья населения и планирования медико-социальной помощи, поскольку позволяет на основе выявленных тенденций прогнозировать необходимый объем материальных, финансовых и кадровых ресурсов.

О.В.Гатаулина, Е.И.Демин

ДЕПРЕССИЯ КАК АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ОБЩЕСТВА

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул

Поведение человека полимотивировано, эмоциональная жизнь характеризуется динамичностью и сложностью. Подавление или сдерживание внешних проявлений эмоций отрицательно сказывается на здоровье; выплескивание отрицательных эмоций на других, негативно влияет на здоровье других. Под наблюдением врачей общей практики очень часто находятся пациенты с маскированной депрессией. Например, депрессию и другие невротические реакции отмечают у 75-80 % больных синдромом раздраженного кишечника. Люди с определенными типами личности имеют больший риск развития депрессивных расстройств. Считается, что существует гипотетическая связь между депрессивным расстройством и меланхолическим типом личности, такими личностными чертами, как ригидность, склонность к сомнениям, узость мировоззрения, сосредоточенность на себе и стремление доминировать. К росту риска развития депрессивных расстройств приводят: развод или расставание, смерть супруга/супруги, перенесенная ранее депрессия, семейное прошлое, крупные неблагоприятные жизненные события, злоупотребление психоактивными веществами, соматическое заболевание, социальная изоляция, недостаток близких отношений, потеря матери в возрасте до 11 лет, изменение социальных систем поддержки, ятрогения – лечение кортикостероидами, злоупотребление алкоголем, наркотиками, низкий уровень образования, нестабильное семейное положение, послеродовой период, изменение межперсональных взаимоотношений. Развитие депрессивных расстройств более вероятно для женщин. Вначале пациенты могут предъявлять жалобы только на отдельные соматические симптомы. Диагностическими признаками депрессии являются: пониженное или печальное настроение, утрата интересов или чувства удовольствия. Часто имеются также следующие дополнительные симптомы: нарушение сна, чувство вины или низкая самооценка, утомляемость или снижение активности, трудности при сосредоточении, возбуждение или заторможенность движений или речи, расстройство аппетита, суицидальные мысли или действия, снижение полового влечения. Депрессия – это распространенное заболевание, имеются эффективные методы её лечения. Адекватно организованное междисциплинарное сотрудничество позволяет своевременно организовать медицинскую помощь лицам с депрессией.

Таким образом, чтобы успешно работать, человек должен быть дифференцированной личностью, находиться в хорошей психологической форме, беря на себя ответственность за свое эмоциональное состояние.

Ю.М. Гранкин, А.А.Фомин

НОРМИРОВАНИЕ ТРУДА ВРАЧЕЙ-СПЕЦИАЛИСТОВ И СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ВОЕННОГО КОМИССАРИАТА СУБЪЕКТА ФЕДЕРАЦИИ

Петрозаводский государственный университет

Нормирование объема, характера и вида медицинских работ соответствует происходящим процессам стандартизации медицинской помощи и рассматривается как условие формирования информационно-методического обеспечения разработки проектов нормативных документов.

В 2000-2003 гг. в военном комиссариате г. Петрозаводска среди призывников было проведено исследование по данной проблеме, однако практика применения полученных методик военно-врачебной экспертизы граждан, проходящих медицинское освидетельствование в военном комиссариате субъекта федерации не всегда соответствует разработанным нормативам, особенно по категориям годности «В», «Г», «Д», где в представленной медицинской документации накоплен значительный объем экспертной информации по заболеваемости граждан, способствующий увеличению нормативов времени на изучение и принятие решения по вышеописанным категориям годности. Призывники, проходящие освидетельствование по призыву в вооруженные силы Российской Федерации, также входят в контингент граждан, входящих в исследование и нормативы времени по категориям годности «А» и «Б» почти совпадают с результатами, полученными в 2000–2003 гг., которые являются стандартом для сравнения.

Особенностью нормирования вышеописанного контингента в военном комиссариате Субъекта Федерации является то, что врачи и средний медицинский персонал являются высококвалифицированными специалистами как в области клинических дисциплин, так и в военно-врачебной экспертизе, что с одной стороны благоприятно влияет на проведение освидетельствования, а с другой накладывает дополнительные условия на расширение, продление, удорожание и эффективность обследования и освидетельствования.

В результате исследования будут разработаны методики проведения нормирования труда, которые позволят принимать стратегические и тактические решения, связанные с вопросами рациональной организации работы комиссии, влияющими на оперативность и экономичность выполнения задач, стоящих перед военно-врачебной комиссией субъекта федерации по определению годности призывников к военной службе.

Е.В. Даев, А.В. Дукельская, Д.В. Безгачева, О.Е.Зубарева

О ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ОПАСНОСТИ СОЦИАЛЬНЫХ СТРЕССОВ

Санкт-Петербургский государственный университет,
Кафедра генетики и селекции

Жизнь современного человека отличается необычайно высоким темпом и быстрыми изменениями. Огромное число различных по своей природе внешних факторов антропогенного происхождения, появилось в последние несколько десятков (сотен) лет. И ко многим из них человек не успел эволюционно приспособиться. Поэтому, на действие таких факторов человеческий организм вынужден отвечать неспецифической защитной реакцией, которая была описана ещё в 30-40-х годах прошлого века и получила название общего адаптационного синдрома (ОАС) или стресса (Selye, 1936, 1946).

Стрессорами (т.е. факторами, индуцирующими развитие стресс-реакции) могут являться специфические особенности жизни каждого человека (группы людей), такие как, например, стиль его жизни, характер его взаимоотношений с окружающими людьми, отходы жизнедеятельности и промышленного производства и многое другое.

Длительное изучение механизмов развития стресс-реакции показало, что она индуцирует многочисленные изменения, в том числе, на генетическом уровне. Эти изменения можно отнести к двум взаимосвязанным типам: регуляторному и структурному.

Регуляторные изменения касаются изменений режима работы целой сети генов, вследствие чего развиваются различные физиологические изменения, характерные для стрессового состояния организма. Одним из эффектов таких модификаций является появление структурных нарушений хромосомного аппарата клеток-мишеней.

Структурные нарушения генома можно выявлять различными методами, в частности, некоторые макроповреждения хромосом (хромосомные аберрации) можно анализировать на отдельных стадиях клеточного деления с помощью микроскопа. Повышение частоты встречаемости подобных повреждений при стрессе является своего рода индикатором, свидетельствующим о дестабилизирующем влиянии ОАС, на генетический аппарат клеток-мишеней.

Экспресс-методом оценки дестабилизирующего влияния различных факторов на геном клетки является ана-телофазный метод. Он позволяет не только прямо выявлять некоторые структурные повреждения хромосомного аппарата делящихся клеток (фрагменты, мосты), но и указывать на нарушения физиологического гомеостаза клеток (мосты, отставшие хромосомы), которые впоследствии приведут к повреждению генетической информации.

Примером, могут служить эксперименты на лабораторных мышах, моделирующие состояние социального индуцированного стресса, возникающего в различных ситуациях.

Так, при повторяющихся стрессирующих воздействиях, связанных с многократной оценкой поведения животных в поведенческих тестах, наблюдается изменение некоторых характеристик. В частности, увеличивается частота «движений на месте» в тесте «Открытое поле», что можно трактовать, как усиление невротического состояния животного (боязнь перемещений с уже занимаемого квадрата).

При повышенной плотности содержания, у животных (как, по всей видимости, и у человека) развивается стрессовое состояние, влияющее на поведение (агрессивность), снижающее иммунитет и тормозящее репродуктивную функцию. Изучение механизма такого эффекта у домовой мыши показало, что самки начинают синтезировать и выделять в окружающую среду специфический феромон – 2,5-диметилпиразин (2,5-ДМП), который является химическим сигналом «перенаселенности». Достаточно в условиях обычной или пониженной плотности содержания животных подействовать этим веществом, и у животных-реципиентов возникнут те же эффекты, как при переуплотнении: тормозится половое созревание (Jemiolo, Novotny, 1994), угнетается иммунитет, возрастает частота аномалий спермиевых головок и доминантных леталей (Даев, Дукельская, 2008).

Ранее, на самцах домовой мыши, нами показано, что феромоны повышают уровень хромосомных нарушений в делящихся клетках костного мозга и сперматоцитах животных-реципиентов (Даев, 1983, 1994, 2007). Такая дестабилизация генома может рассматриваться как один из механизмов угнетения иммунитета и репродукции при стрессе (Даев, 2007).

При оценке феромонально индуцированных изменений поведения в тесте «интрудер-резидент» на самцах мышей показано, что стрессирование феромоном 2,5-диметилпиразином увеличивает среднее время обнюхивания партнера примерно в 2 раза. Через 5 дней различия по времени обнюхивания партнера сохраняются. Этот эффект можно трактовать как затруднение идентификации партнера в присутствии феромона самок 2,5-ДМП.

Дальнейший анализ эффектов этого стресс-фактора показал, что влияние 2,5-ДМП приводит к утрате интереса самцов-реципиентов к животным противоположного пола (Рис.1). В эксперименте, оценивающим «привлекательность» самок для самцов (тест на «социальную мотивацию») выявлено нарушение поведенческой реакции на самку после предъявления феромона. В норме время исследования самцами-тестерами самок (или домика самок) превышает время исследования самцов (или, соответственно, домика самцов). Однако эти различия у самцов-тестеров исчезали после ольфакторного стрессирования.

Таким образом, ОАС, индуцированный 2,5-ДМП, нарушает как специфичные в отношении пола формы поведения, так и дестабилизирует генетический аппарат клеток семенников (репродуктивная функция). Действие на половые

клетки особенно важно, так как отражается на количестве (Даев, 1994, 2007) и может сказаться на качестве рождающегося потомства домовой мыши. В тоже время нарушение нормальной «половой мотивации» может также существенно снижать численность популяций.

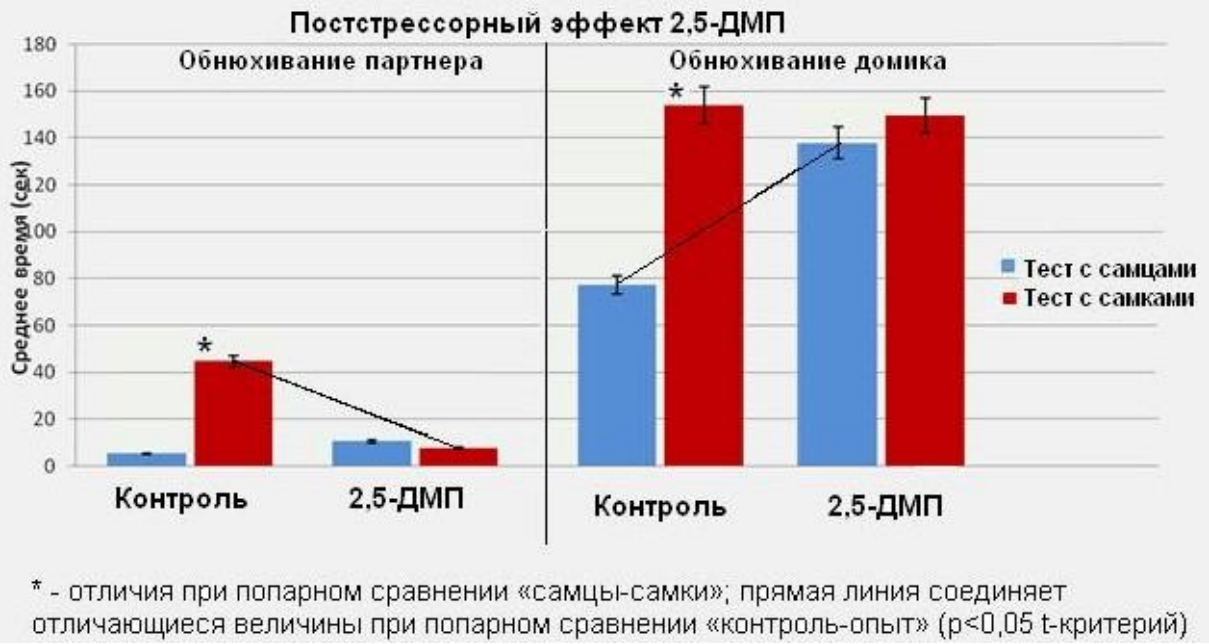


Рис.1. Изменения поведения самцов-тестеров мышей линии СВА в тесте оценки «социальной мотивации после феромонального стрессирования 2,5-диметилпиразином.

Полученные в модельных экспериментах данные о механизмах действия зоосоциального стресса у мышей заставляют внимательнее отнестись к проблеме генетических последствий стрессовых состояний у человека. Тем более, существование некоторых феромональных эффектов к настоящему времени выявлено у человека.

Результаты работы, отчасти объясняют возможные причины и механизмы возникновения неврозов, а также нарушений иммунитета и репродукции у людей с синдромом ПТСР (посттравматическое стрессорное расстройство).

Работа выполнена при поддержке гранта РФФИ № 09-04-00693.

Е.И.Демина, О.В.Гатаулина

ВЛИЯНИЕ РАЦИОНАЛЬНОГО ПИТАНИЯ НА ЗДОРОВЬЕ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул

Пища – самый мощный фактор окружающей среды. Рациональное питание является основой здоровья, главным фактором, определяющим долголетие и работоспособность человека, способствует сохранению естественной и при-

обретенной невосприимчивости человека к различным заболеваниям и стрессу. Здоровая кожа, красивые волосы, острый слух и зрение, бодрость днем и крепкий сон ночью, оптимальное пищеварение, сексуальная активность, хорошее качество жизни – все это невозможно без здорового и правильного питания. В течение многих лет одной из актуальных проблем большинства стран мира является сбалансированное питание, точнее, его отсутствие. Россия не стала исключением. Проведенные исследования выявили существенные отклонения нашего пищевого рациона от формулы сбалансированного питания. Заболевания, которые связаны с питанием, называются алиментарными. Их можно разделить на две группы. Первая группа – это специфические заболевания, связанные с недостатком пищевых веществ (гиповитаминозы, микроэлементозы) или, наоборот, болезни избыточного питания. Вторая группа – это неспецифические заболевания, в патогенезе развития которых нерациональное питание выступает как фактор риска (сердечно-сосудистая патология, метаболический синдром, онкологические заболевания). Уместно напомнить поговорку древнего мудреца: «Если отец болезни неизвестен, то матерью ее является питание». Рациональное питание складывается из трех равнозначных компонент: финансовые возможности человека и его семьи, наличие на потребительском рынке широкого ассортимента свежих, высококачественных, безопасных для здоровья человека продуктов питания, уровень знаний о составе и свойствах продуктов питания, рациональных способах их приготовления и употребления. Грамотность в вопросах рационального питания позволяет если не исключить, то значительно ослабить роль первого компонента. Таким образом, не обязательно быть богатым, чтобы быть здоровым. И в то же время, не обладая знаниями, богатый человек может оказаться больным. Совершенно очевидно, знания о пищевых продуктах и правилах питания нужны всем. Энергетическая ценность суточного рациона должна соответствовать суточным энергетическим затратам человека. Пища должна быть сбалансирована по пищевым веществам, необходимым для нормального течения всех физиологических процессов. Для выполнения этого принципа, подсчитано, суточный пищевой рацион должен включать 32 наименования различных пищевых продуктов. Необходимы правильный режим питания и правильное распределение пищевого рациона в течение дня. Так, обильная пища, принятая в один или два приема, усваивается значительно хуже, чем это количество распределено на большее число приемов. Таким образом, день за днем правильный или неправильный пищевой выбор формирует наше здоровье, качество и продолжительность жизни. Недооценка принципов рационального питания губительна для организма человека.

Г.М.Злобина, Т.А.Пайбактова, Е.В.Лукина, О.А.Долбиянова

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ СПЕЦИАЛИСТА КАК ОСНОВА ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Ижевская государственная медицинская академия

Современное состояние сестринского дела является одним из показателей, определяющих качество оказания медицинской помощи, которое непосредственно зависит от профессиональной компетентности специалистов.
За годы реформирования здравоохранения российская система медицинского образования осваивает новый опыт построения и реализации программы сестринского образования. В соответствии с государственным образовательным стандартом высшее сестринское образование завершается прохождением интернатуры по специальности.
При выполнении стандарта обучения был сделан акцент на выполнение заданий по самостоятельной менеджерской практике. Для этого нами были разработаны специальные задания. По своему характеру они содержат необходимый объем квалификационных требований, предъявляемых к специалисту с высшим сестринским образование. Широта диапазона заданий достаточно разнообразна: от анализа своей деятельности до анализа состояния здоровья населения республики с последующей разработкой проектов по совершенствованию качества медицинской помощи пациентам с хроническими неинфекционными заболеваниями. В качестве примера приводим некоторые из них: «Разработать проект по повышению организационной культуры сестринского персонала», «Разработать бизнес-план по внедрению инновационных сестринских технологий в практику оказания медицинской помощи пациентам», «Разработать анкету и провести социологическое исследование пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями и членов их семей по определению уровня гигиенического воспитания и грамотности», «Провести мониторинг сестринской деятельности по результатам внедрения модели сестринского процесса», «Разработать проект по повышению качества сестринской помощи на основе анализа и оценки состояния здоровья населения» и т.д.
Опыт использования в учебном процессе заданий по самостоятельной менеджерской практики показал их состоятельность и целесообразность при формировании профессиональной компетентности, формирует новую ресурсную базу специалистов для лечебно-профилактических учреждений, готовых к осуществлению управленческой деятельности в современных социально-экономических условиях при сохранении их качественной определенности и практической направленности.

О.В. Куделина, И.Б. Мытыпова

ХАРАКТЕРИСТИКА КАДРОВЫХ РЕСУРСОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ

Сибирский государственный медицинский университет, Томск

Кадры – наиболее ценная и важная составляющая в успешной деятельности любого лечебного учреждения. В случаях численной, структурной или качественной недостаточности либо неподготовленности врачебных и сред-

них медицинских работников все остальные ресурсы просто не могут быть эффективно использованы.

Опыт реализации программ Национального проекта 'Здоровье' показал, что самая сложная и большая проблема российского здравоохранения - укрепление кадрового потенциала отрасли. Недостаточно изыскать финансовые средства на дополнительное оснащение и капитальный ремонт лечебно-профилактических учреждений, необходимо обеспечить их компетентными, квалифицированными врачами и средним медицинским персоналом – гарантом оказания качественной медицинской помощи.

Прежде всего, необходимо знать реальную потребность каждого субъекта РФ во врачебных, фельдшерских и медсестринских кадрах. Так, в настоящее время Минздравсоцразвития РФ проводит работу по оценке состояния кадровой системы в сфере здравоохранения в каждом регионе в тесном взаимодействии с профильными вузами, а также властями субъектов РФ. С 2010 г. все регионы подключены к Федеральному регистру медицинских работников, создается единая база данных, включающая всех сотрудников с высшим и средним специальным медицинским образованием, независимо от статуса ЛПУ, в котором они работают. Кадровые профили по каждому региону планируется закончить в 2010 году.

Цель исследования – анализ кадровых ресурсов системы здравоохранения Томской области в период с 2003 по 2008 г. В качестве материалов использованы статистические материалы ОГУЗ «Бюро медицинской статистики», Департамента здравоохранения Томской области, официальные статистические и нормативные материалы Минздравсоцразвития России. Проанализированы сведения о численности медицинских работников в Томской области, об уровне квалификационной подготовки кадров, укомплектованности персоналом учреждений здравоохранения и обеспеченности медицинскими кадрами населения, в том числе и сельского, на 10 тыс. человек. За исследуемый период выявлены следующие особенности кадрового обеспечения Томской области.

Увеличение числа врачей за 2003-2008 гг. на 4,5% (299 врачей). При этом до 2007 г. отмечена отрицательная динамика (0,5% - 35 врачей), и значительный приток специалистов к 2008 г. Ежегодно происходит уменьшение работающего среднего медицинского персонала, за шестилетний период – на 513 человек (4,6% от общего числа).

Наблюдается небольшое снижение показателя укомплектованности врачами: в районах области с 68,7% в 2003 г. до 65,8% в 2008 г., в г.Томске с 69,9% до 59,5%, так и в целом по территории Томской области с 69,6% до 63,6%. Аналогичная ситуация с укомплектованностью средним медицинским персоналом: снижение в районах области с 87,7% (в 2003 г.) до 77,2% (в 2008 г.), в г.Томске с 60,4% до 57,4%, так и в целом по территории Томской области на 3%.

Обеспеченность врачами в Томской области в 2008 г. составила 67,7% на 10 тыс. населения, что превышает нормативный показатель (41,0) в 1,5 раза. В

то же время, обеспеченность средним медицинским персоналом в области не выходит за пределы нормативных показателей (114,3) и составила в 2008 г. – 102,9 на 10 тыс. населения. Однако определена разница в показателях обеспеченности врачами и средним медицинским персоналом в районах области, г.Томске и в целом по территории в 2-3 раза и в 1,5-2 раза, соответственно.
Среди врачей коэффициент совместительства в Томской области за исследуемый период составил 1,4. На одного врача приходится 2,1 среднего медицинского персонала.
Количество врачей, имеющих аттестацию в целом области снизился за период с 2003 по 2008 годы на 2,4% - с 54,5% до 52,1%. Вместе с тем, увеличилась доля врачей, имеющих высшую категорию с 27,9% до 31,6%, первую категорию – снизалась с 21,4% до 16,1%, что объясняется переходом аттестованных врачей из первой категории в высшую. Доля средних медицинских работников, имеющих аттестацию по Томской области увеличилась с 64,2% до 69,1% (2003 2008 гг. соответственно).
Сертификат специалиста в 2003 году получили 68,8% врачей и 59,4% средних медицинских работников, а в 2008 году уже 78,4% врачей и 85,8% среднего медперсонала.
Дальнейшее развитие трудовых ресурсов области связано с разработкой адекватной кадровой политики в области здравоохранения, включающей эффективную систему планирования врачебных и сестринских кадров, улучшение условий работы, создании возможностей для профессионального и служебного роста, совершенствовании системы финансового стимулирования и непрерывного профессионального образования. Это позволит сформировать условия, обеспечивающие высокое качество человеческого капитала, оптимальную отдачу от его рационального использования.

И.Л. Максимов

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ВРАЧЕЙ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА

Казанский государственный медицинский университет

Показатели состояния здоровья медицинских работников, продолжительность их жизни отличаются от среднестатистических показателей в худшую сторону.
За последнее десятилетие заметно изменилась организация, финансирование здравоохранения, обеспечение клиник; вместе с этим изменились условия труда медиков: появились новые технологии, медицинское оборудование, высокоактивные лекарственные препараты, повысился риск заражения гепатитом В, С, ВИЧ – инфекцией и другими заболеваниями. В связи с этим возникла необходимость подробного изучения новых условиях труда врачебного персонала и их воздействие на состояние здоровья медиков.
По данным Росздравнадзора на сегодняшний день в первичном звене работа-

ет 73,4 тыс. врачей. В государственной системе здравоохранения наблюдается крайне неоптимальное соотношение между врачами первичного звена и врачами узкой специализации. Это соотношение в РФ составляет 1:6.

Профессиональная деятельность врачебного персонала лечебных учреждений первичного звена предполагает высокую эмоциональную насыщенность и множество факторов, вызывающих стресс, что может способствовать развитию заболеваний или усугублению их. Нездоровый врач вряд ли всегда может оказать квалифицированную медицинскую помощь пациенту, а ведь он несет основную ответственность за здоровье прикрепленного населения. Кроме того, работа врачей связана с обязательной пропагандой здорового образа жизни населению, и от настроенности и приверженности врачей к жесткому контролю собственных факторов риска зависит формирование мотивации врачей к коррекции факторов риска у своих пациентов.

Ряд отечественных и зарубежных литературных источников указывают на недостоверность статистики по общим и профессиональным заболеваниям медиков ввиду ряда причин. Так по данным отечественных авторов, 80% медицинских работников занимаются самолечением или получают медицинскую помощь у своих коллег, часто не фиксируя заболевание в соответствующей документации.

Все вышеперечисленное требует незамедлительных научных разработок по внедрению мер организационного и социального плана на государственном, региональном уровнях с целью улучшения качества жизни врачей первичного звена.

Н.А. Рахматова

ЗНАЧЕНИЕ МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ИЗУЧЕНИИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ ВРАЧАМИ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино, Душанбе, Республика Таджикистан

Актуальность проблемы изучения удовлетворенности населения качеством медицинской помощи в условиях развития общеврачебной практики в Республике Таджикистан является важнейшим социально значимым фактором, характеризующим деятельность системы оказания первичной медико-санитарной помощи по принципу семейной медицины.

Применение медико-социологических методов исследований с целью изучения удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи, оказываемой врачами общей практики/семейными врачами (ВОП/СВ), позволяет получать данные, которые не могут быть получены статистическими и другими методами.

Нами было проведено анкетирование населения территориальных участков городского центра здоровья №3 г. Душанбе, обслуживаемого врачами общей

практики. Было опрошено 200 пациентов врачей общей практики/семейных врачей по специально составленной анкете с целью оценки удовлетворенности пациентов медицинской помощью. Респонденты отвечали на вопросы, относительно их удовлетворенности качеством и объемом оказываемой медицинской помощи, профессиональным уровнем ВОП/СВ, их отношением к пациентам, оснащенностью кабинетов врачей, организацией их работы

Анализ анкет показал, что большинство пациентов ВОП/СВ оценили качество медицинского обслуживания как хорошее ($p<0,05$). Факторами, способствующими положительной оценке качества медицинской помощи респондентами, послужили: внимательное отношение к пациенту на приеме со стороны медицинских работников ($p<0,05$), удобный график работы ВОП/СВ ($p<0,05$), возможность реже обращаться к специалистам и лечиться у одного врача ($p<0,05$), а также возможность лечиться в условиях стационара на дому, не отрываясь от домашней обстановки ($p<0,05$).

Таким образом, регулярные социологические опросы населения способствуют повышению качества и эффективности оказываемой первичной медико-санитарной помощи, выявлению недостатков в работе ВОП/СВ и предупреждению развитию нежелательных тенденций в условиях повсеместного развития семейной медицины в республике.

nargis70@mail.ru

Ю.А. Позднова

ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ СТЕРЕОТИПОВ ПОВЕДЕНИЯ В ОТНОШЕНИИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ (на примере населения города)

Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского

Научное осмысление взаимодействия всех субъектов сферы здравоохранения составляет ядро аналитической работы исследователей в рамках социологии медицины. На первый план выходят исследования активации социальных и психологических ресурсов, обеспечивающих максимальную свободу в действиях человека относительно собственного здоровья и, соответственно, те поведенческие стратегии, которые направлены на его поддержание. Как отмечается в Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации в новых экономических условиях необходимо сделать акцент на развитие амбулаторной помощи, учитывая такие ее преимущества, как доступность, комплексность обслуживания пациентов и непрерывность наблюдения за ними, обеспечение гарантированного минимума медицинской, психологической и социальной помощи; возможность предупреждения патологических состояний; раннее выявление и своевременное лечение заболеваний, более экономное и эффективное расходование средств, выделяемых

на нужды здравоохранения (Матвеев Э.Н., 1995; Черниенко Б.И., 1996; Щепин В.О., и др.). Набор типовых программ поведения специфичен для каждой группы населения, в том числе и для потребителей медицинских услуг, т.е. пациентов.

С целью выявления специфики содержания стереотипов поведения относительно амбулаторно-поликлинической службы мы провели анкетный опрос, в котором приняло участие 564 человека в возрасте от 25 до 55 лет. Среди респондентов преобладали женщины (54%). Образование — высшее профессиональное (67%) и среднее специальное (27%). Работают в настоящее время - 90% опрошенных. Треть опрошенных являются квалифицированными специалистами с высшим образованием.

Повышение эффективности работы амбулаторно-поликлинической службы является краеугольным камнем реформирования отечественного здравоохранения. Среди населения все больше бытует мнение, что амбулаторно-поликлиническая помощь не эффективна, она только для бедных и пенсионеров. Согласно данным, полученным нами по результатам проведенного опроса, большинство респондентов (72%) не удовлетворены качеством амбулаторно-поликлинической помощи.

Социально-профилактическое направление в стратегии медицины и здравоохранения играет первостепенную роль в охране здоровья населения. В основе профилактического направления должен быть комплекс социально-экономических и медицинских мероприятий для устранения причин вызывающих заболевание, утрату трудоспособности и снижение продолжительности жизни. Стратегическая основа здравоохранения – не возврат утраченного здоровья, а постоянное воссоздание здоровья у здоровых посредством правильно сформированных поведенческих стратегий относительно сохранения собственного здоровья. Роль в этом процессе амбулаторно-поликлинической службы, безусловно, значима. Однако по результатам проведенного нами исследования только 2% опрошенных регулярно самостоятельно обращаются в поликлинику с целью сбора информации о состоянии собственного здоровья. Чаще всего причиной обращения служит необходимость получить больничный лист (34%), либо требование пройти проф. осмотр на работе (39%).

Широкое распространение получила практика позднего обращения за медицинскими услугами. Лишь каждый пятый обращается в поликлинику при первых симптомах недомогания (19%). В настоящее время появились мотивы позднего обращения к врачам, связанные со спецификой трудовой деятельностью. Респонденты, работающие в частных фирмах, предпочитают обращаться за медицинскими услугами только в крайних случаях, когда состояние здоровья уже не позволяет им работать. Об этом убедительно говорят высказывания респондентов о том, что «у меня серьезная работа, а сидеть в очереди нет времени и желания».

Одним из видов краткосрочной медицинской помощи, не требующей сложных диагностических процедур, является медицинская консультация. Консультируется с участковым врачом только треть опрошенных, остальные

предпочитают в первую очередь проконсультироваться со знакомым врачом, с родственниками и друзьями, с фармацевтом в аптеке, с врачом коммерческого медицинского центра, либо читать медицинские справочники и статьи сети Интернет.

Отношение к поликлинике всегда эмоционально окрашено в силу значимости здоровья и болезни для индивида. 71% опрошенных при посещении поликлиники испытывают подавленные чувства, 59% опрошенных отмечают раздражение во время посещения поликлиники, 60% характеризуют свое состояние как неудовлетворение. 63% - испытывают уважение к работающим в поликлинике медицинским работникам. На вопрос «Кто первый поставил диагноз?», адресованный респондентам, имеющим хроническое заболевание в прошлом или настоящем, 54% опрошенных ответили «врач поликлиники».

Поскольку медицинская помощь в государственных медицинских учреждениях многих не удовлетворяет, люди пытаются решить свои проблемы с помощью платной медицины. Платные медицинские центры привлекают: высокой квалификацией и уровнем профессиональной подготовки медицинских сотрудников (69%), качественным медицинским оборудованием (94%), высоким качеством услуг (86%), удобным временем работы медицинского учреждения (77%), уважительным отношением со стороны медицинского персонала (85%), оперативностью диагностики (84%) и отсутствием очередей (84%).

Главными недостатками бесплатных медицинских учреждений были отмечены наличие очередей (84%), неточность диагноза (67%) из-за недостаточного обеспечения качественным медицинским оборудованием (94%). Только 15% респондентов отмечают наличие уважительного отношения со стороны персонала, а 16% - оперативности диагностики.

Рассматривая оппозицию платных и бесплатных медицинских учреждений, хотелось бы отметить, что главные достоинства платных медицинских центров восполняют основные недостатки государственных медицинских учреждений, касающиеся качества, оперативности лечения и уважительного отношения со стороны персонала. Выявление данных характеристик принципиально важно, так как в них отражается ресурс развития профилактической медицины, базирующейся на основе амбулаторно-поликлинической помощи, которая на сегодняшний момент является идеологией продолжающего нацпроекта «Здоровье».

Доверие к медицине как социальному институту и учреждениям здравоохранения формируется на уровне семейного воспитания, когда семья имеет постоянное место жительства, годами обслуживается в одной поликлинике и, как правило, у одного участкового терапевта.

Одна из важных характеристик доверия медицине - наличие постоянного врача в поликлинике. Только длительное общение с пациентом позволяет врачу знать особенности заболеваний пациентов. В реальности, как показывает исследование, менее половины респондентов отмечают, что обращаются к участковому врачу при возникновении проблем со здоровьем, при этом

63% и вовсе не знают его фамилии.

Впечатления, которые возникают при взаимодействии врача и пациента, играют важную регулятивную роль в процессе общения. В облике и поведении каждого человека имеются признаки, наблюдая которые складывается заключение о личностных особенностях другого человека. Из 16 представленных респондентам полярных личностных характеристик было предложено выбрать наиболее характерные для медицинского работника поликлиники. Среди положительных качеств можно выделить такие как: честность (63%), чистоплотность (65%), гуманность (59%), что соответствует традиционному представлению о роли врача советской эпохи, который выражен в слогане «Врач самая гуманная профессия». В силу необходимости заполнения большого количества медицинской документации во время приема, респондентами негативно оцениваются следующие качества: торопливость (73%), склонность к раздражительности (62%), безразличие (61%), эмоциональная несдержанность (64%).

Одно из направлений реформирования медицины является усиление ее профилактической направленности. С целью изучения отношения к диспансеризации, как ресурсу сбережения здоровья. Респондентам было предложено выбрать высказывания по поводу диспансеризации, с которыми они могли бы согласиться. По мнению 56% опрошенных диспансеризация является формальной процедурой и существенных результатов она не приносит. Диспансеризация оценивается респондентами как формальная процедура, т.к. большинство населения России относится формально к своему здоровью. Формальность выражается в том, что фиксируется только внешние проявления здоровья, т.е. пока меня ничего не беспокоит, то я здоров. Респонденты указывают на то, что диспансеризацию можно сделает более привлекательной для населения, если оно будет информировано, например, о том, какие обследования включены в ее программу.

Теоретическая разработка проблемы формирования стереотипов поведения в отношении амбулаторно-поликлинической помощи позволит вскрыть социальные и психологические детерминанты здоровьесберегающих стратегий населения. Очевидна необходимость развития новых социальных технологий, направленных на изменение системы стереотипов поведения населения России относительно здоровья. Сущность этого направления работы состоит в формировании у населения мотивации заботы о состоянии собственного здоровья, мотивации здорового образа жизни, что неразрывно связано с разрушением имеющихся стереотипов.

Государство признает основополагающую роль охраны здоровья граждан, при гарантиях основных видов медицинской помощи в качестве бесплатной, но информационная составляющая данного процесса еще очевидно страдает как на уровне организационных процессов в учреждениях здравоохранения, так и на индивидуальном уровне потребителей медицинских услуг.

П.П. Солодухин

ОБ АЛЬТЕРНАТИВНЫХ ФОРМАХ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Курский государственный медицинский университет

Анкетные опросы и индивидуальные интервью жителей домов-ветеранов говорит о том, что многие лиц этого контингента очень болезненно переживают поселение в это учреждение. Собеседники, как правило, не жалуются не на персонал, ни на питания, ни на условия проживания, а прежде всего, на необратимый характер изменения своего социального статуса, полный уход от своих привычек, сложившийся уклад жизни, жилищные условия, окружения, практически полную потерю связи с родственниками, друзьями, соседями. Часть респондентов страдает от потери экономической самостоятельности, так как в муниципальных домах ветеранов пациенты получают только 20 % процентов своей пенсии.

Создавшееся положение могут изменить поправки в Федеральном законодательстве о придании нового статуса бюджетным учреждениям, одобренные Государственной Думой. Часть бюджетных домов-ветеранов получит статус казенных учреждений, услугами которых будет пользоваться самая неблагополучная часть населения. Но в то же время, должны появиться учреждения социальной защиты нового типа – пансионаты для ветеранов со статусом некоммерческого автономного учреждения куда может купить путевку на конкретный срок любой пенсионер. Стоимость путевки должна быть достаточно низкой, не более двух средних пенсий по региону. Учредителями этих учреждений могут быть муниципалитеты промышленных городов, администрация крупных предприятий, общественные объединения, меценаты. Предполагается, что часть расходов на содержание пансионата для ветеранов будут нести учредители. А возможно и будут привлечены поступления из благотворительных фондов. Главное достоинство этих учреждений, пациент не привязан к этому пансионату пожизненно – он в любой момент может уйти домой или сменить это учреждение на более привлекательный аналог. Социальный статус ветерана (пенсия, квартира и др.) сохраняются полностью. Если пациент имеет пустующую квартиру, специальная служба пансионата может ее сдать в аренду, а вырученную сумму зачислить на лицевой счет проживающего. Возможно, проживание в пансионате будет частично оплачено родственниками. При необходимости пансионат выручит ухаживающих за больным родственником на время командировки, отъезда в отпуск, при рождении ребенка и др. С развитием рынка, возможно, возникнет конкуренция

между государственными и частными учреждениями социальной защиты, что будет способствовать улучшению обслуживания подопечных.

Ю.И. Строев, Л.П. Чурилов, И.Г. Васильев

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И БЛАГОСОСТОЯНИЕ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ И СТАРИКОВ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ: ПРОБЛЕМЫ И РЕШЕНИЯ

Санкт-Петербургский государственный университет,
Медицинский факультет

«Без здравого смысла все правила нравственности безнадежны».
Н.И. Пирогов

Рост абсолютного числа лиц пожилого возраста, в частности, доли людей старше 75 лет при одновременном сокращении численности и уменьшении доли трудоспособного населения является демографической проблемой России [1]. 1 октября 2010 года президент России Д. А. Медведев в своем выступлении сказал: «Сегодня… во всём мире отмечается День пожилых людей. Он был установлен 20 лет назад по решению Генеральной Ассамблеи ООН. Многие общественные организации, и в нашей стране, конечно, тоже, проводят в этот день благотворительные акции. Но внимание к старшему поколению должно, конечно, проявляться не только в этот день, а всегда, то есть каждодневно. Считаю, что забота о пожилых людях является одной из приоритетных задач государства и всего нашего общества. К сожалению, многие из пожилых людей сегодня одиноки, беспомощны и бедны. Они нуждаются не только в медицинской помощи, в лекарствах, но порой просто в элементарном уходе, в помощи, которую им нужно предоставлять в быту. Помочь им — это наш долг» [2]. Хотя Санкт-Петербург — исторически молодой город (основан в 1703 г.), демографически он — один из самых старых в России. Из 4,6 млн его жителей 1,178 млн — пенсионеры, что составляет 25% населения. Более того, 17% населения — инвалиды. В Петербурге — 25,2 % пенсионеров, кому за 75 (75—84 года — 20,2%, 85—94 года — 4,7%, 95 лет и старше — 0,25%). Тех, кому за 100 лет — 214 человек. Каждый третий из находящихся на пенсии граждан — старше 75 лет. По данным TACIS, с 1990 по 2009 годы численность пожилого населения в городе увеличилась почти на 12% при том, что его население в целом сократилось на 10%. По демографическим прогнозам, к 2026 г. более 1/3 петербуржцев перейдут в категорию пожилых. Историческая судьба города предопределила некоторые специфические для нашего пожилого населения проблемы. Ленинград — единственный город в современной истории, проведший 900 дней в блокаде, окруженный нацистами, под постоянными бомбардировками, артобстрелами и в ус-

ловиях голодания. В результате более чем 1,2 млн из граждан этого непобедимого города погибли. Еще живы около 175 000 блокадников, которые были, в большинстве, детьми во время блокады и теперь самым молодым из них за 70 лет. Специфический контингент гериатрических пациентов характеризуется не только своим возрастным цензом и наличием когнитивных расстройств в разной степени выраженности, но и мультиморбидными состояниями, то есть пристствием от 4 до 8 соматических заболеваний, которые взаимоотягощаются и приводят к определенным сложностям в лечении [3].

Из доклада Минздравсоцразвития РФ (19.03.09) следует, что «цель государственной социальной политики РФ в отношении граждан старшего поколения – устойчивое повышение уровня качества жизни пожилых людей на основе социальной солидарности и справедливости, соблюдение баланса интересов всех социально-демографических групп населения и рациональное использование финансовых и других ресурсов» [3]. В нашей стране еще 25 лет назад были определены основные задачи и направления развития медицины для пожилых, однако тогда современные типы учреждений, позволяющие эффективно решать проблемы, еще не существовали. Но уже к 1992 году в России возникла эффективная медицинская структура, обеспечивающая медико-социальный уход за людьми пожилого возраста. Позже правительством Санкт-Петербурга Постановлением №1917 от 07.12.2004 г. была утверждена «Концепция модернизации системы здравоохранения Санкт-Петербурга на 2004-2010 годы», в которой, в частности, предусматривалось развитие гериатрической помощи горожанам. В числе приоритетных задач были определены:

-- *Создание целостной гериатрической службы помощи населению, включающей как существующие гериатрические поликлинические и больничные учреждения, так и вновь созданные районные гериатрические центры, а также развитие сети отделений сестринского ухода и отделений дневного пребывания для дементных больных. Для организации службы требуется объединить нормативную правовую базу здравоохранения и социальной защиты населения.*

-- *Создание в Санкт-Петербурге местной индустрии по производству средств ухода и инвалидной техники, разработка нормативной правовой базы социальной работы в здравоохранении формирование кадровой системы обеспечения для гериатрии, формирование базы данных медико-социального положения пожилых жителей.*

В 2005 году в Санкт-Петербурге была создана гериатрическая медико-социальная служба. Работает городской Гериатрический медико-социальный центр европейского стандарта, несколько медико-социальных отделений в районах города и достаточно много гериатрических кабинетов при поликлиниках. В СПбМАПО ведется плановая переподготовка врачей и медсестер по специальности «гериатрия».

Несмотря на радужную, казалось бы, картину, большинство жителей Санкт-Петербурга совершенно не имеют информации о работе гериатрической

службы, до сих пор не утверждены специальные стандарты на оказание медицинских услуг пожилым людям, не создана единая информационная база пожилых жителей Санкт-Петербурга, курируемых гериатрической службой. Не складываются контакты подразделений гериатрической службы с профильными учреждениями, входящими в структуру Комитета по социальной политике [3]. Другим очень специфическим фактором служат значительные социальные перемены, случившиеся в нашей стране в конце время минувшего столетия.

«На долю людей старшего поколения выпали тяжелейшие испытания, — сказал президент Росии. — Ведь именно они своим трудом создали экономический и промышленный потенциал, на котором долгие, долгие годы было основано благополучие Российского государства. И, кстати, во многом благодаря этому потенциалу мы до сих пор живём» [2].

Однако миллионы людей, которые выросли в социалистическом обществе и потратили на его укрепление практически всю свою трудоспособную жизнь, в пределах нескольких лет (и без их воли) были брошены в полностью другой общественный строй капитализма, с абсолютно иными ценностями, принципами, приоритетами и проблемами. Они проинвестировали свою молодость и возмужалые лета в строительство социализма, но должны были провести старость при новой реальности. Многие преимущества, обычные для социализма, как например бесплатные медицинское обслуживание, образование, отдых и т.д. — исчезли или резко сократились. Но эти люди уже оплатили все эти привилегии многими годами своего дешевого труда на социалистических предприятиях, при высоких косвенных налогах. Вот почему типичные пенсионеры постсоветского периода после многих лет успешной работы могли не иметь никаких накоплений или загородных вилл, сохраняя оптимизм, в силу очень действенных социальных гарантий, положенных им после ухода на пенсию в социалистическом обществе.

Крах этой системы сделал благосостояние пожилых людей в нашем городе очень проблематичным. Отношение средней годичной пенсии петербуржца к регионарному валовому среднедушевому годичному национальному продукту — ВРП — (при расчете по паритету покупательной способности национальных валют) в 1990 году составляло около 0,25 (при условии, что пенсионеры располагали значительными льготами в неденежной форме), в 2000 году этот коэффициент был 0,28, а к 2010 году (после монетизации льгот и повышения пенсий) составил 0,35.

Президент Д.А. Медведев признал «В последние годы мы занялись вопросами социальной защиты пожилых людей. Заметно выросли пенсии. По данным на 1 июля текущего года пенсия по старости составляет более восьми тысяч рублей. Это существенно больше, чем было три-пять лет назад. В текущем году введены специальные социальные доплаты неработающим пенсионерам, чей доход меньше прожиточного минимума, а к 2012 году средний размер пенсии более чем в полтора раза должен превысить величину прожиточного минимума. Хотя, что скрывать, пенсии пока всё-таки невелики, если

сравнивать с развитыми государствами. В перспективе они, конечно, вырастут» [2]. До 2005 года пожилые сохраняли часть унаследованных от социализма социальных льгот (бесплатность выписанных врачом лекарств, общественного местного транспорта, социальные тарифы на газ, воду и электричество) — все это оплачивалось из федерального бюджета. В 2005 федеральное правительство заменило бесплатные услуги и социальные скидки на денежную компенсацию, оплачиваемую теперь из бюджета муниципального. Сравнивая цифры, приведенные выше, отметим, что размер ВРП с 2000 по 2010 гг. вырос приблизительно в 8 раз (с 3127 до 23680 руб./мес. на душу населения), то есть региональное сообщество стало жить значительно богаче, нежели на рубеже тысячелетий. Возросли и доходы городской казны, поскольку усилия губернатора привели к переводу регистрации крупнейших национальных добывающих компаний в наш город. Коэффициент же отношения размера средней пенсии к ВРП изменялся в пределах простой линейной зависимости — 0,28 и 0,35 — сравнимые величины, хотя формально фиксируем рост коэффициента на 7%. То есть из совокупного ВРП на душу населения на долю пенсионерской души в 2010 году стало приходиться на 7% средств больше, нежели в году 2000, и это — после замены неденежных льгот на монетарные выплаты. Поэтому многие пенсионеры вынуждены работать, чтобы свести концы с концами. Президент Д.А. Медведев прокомментировал это так; «У нас в стране около 40 миллионов пенсионеров. Из них на начало текущего года 30 миллионов 700 тысяч — это люди старшего трудоспособного возраста. Все они с огромным профессиональным опытом, со знаниями. И конечно, хорошо, что многие из них готовы работать дальше. Мы, думаю, должны просто определить, как оптимальным образом использовать их труд» [2]. Между прочим, по данным Минфина, сейчас в России соотношение работающих и пенсионеров — 128 на 100, в то время как в развитых странах на 100 пенсионеров приходится 150—160 работающих граждан [4]. Территориальная система социального обеспечения пожилых людей включает 4 заведения федерального подчинения. Чтобы справиться с вышеуказанными острыми и довольно специфическими проблемами пожилых горожан, городские власти Санкт-Петербурга осуществили целевую программу социально-гериатрической помощи для граждан — «Старшее поколение», первую в своем роде в России. Больше чем 600 по-разному специализированных социальных и медицинских учреждений для пожилых людей включаются в эту программу, обслуживая до 700 000 пожилых клиентов в год. Самые характерные и значимые черты этой программы следующие. Все районы города имеют специальную службу «сиделок для пожилых людей» для реабилитации и ухода за пожилыми. «В нашем обществе уже есть немало людей, которые добровольно, по личной инициативе помогают людям преклонного возраста, ухаживая за ними, — сказал Д.А. Медведев. — Такая работа, безусловно, заслуживает уважения и нуждается в поддержке. В том числе в поддержке со стороны государства» [2].

Пожилые граждане могут получить бесплатно так называемую «кнопку

сигнала тревоги» — портативное приспособление для вызова в неотложной ситуации медицинской, милицейской и иной безотлагательной помощи. Срочная социальная помощь оказывается 200 000 клиентов в год. Одинокие старые люди и старые супружеские пары могут арендовать недорогую квартиру в специальных жилых зданиях, которые принадлежат к системе социального обеспечения. Эти дома оборудованы специально для пожилых людей и инвалидов. Они имеют местные медицинские и социальные службы внутри каждого здания. В настоящее время 17 таких социальных зданий с 1059 квартирами уже действуют. На летний период более 2000 пожилых людей ежегодно пользуются возможностью арендовать недорогую дачу. В каждом районе имеются специальные центры для пожилых, где организованы возможности для их общения, осуществления хобби, развлечений. Здесь можно присоединиться к бесплатным или недорогим кружкам или работать в качестве инструктора. Это также учебные центры для старшего поколения в области использования компьютеров и освоения навыков здорового образа жизни. Обращается особое внимание на социально-медицинскую работу с группами риска: например, среди пожилых наркоманов, алкоголиков, лиц, освободившихся из мест заключения. Для их имеется 13 пунктов социального обеспечения, которые оказывают помощь 3 500 пожилым горожанам в год. Супруги, которые прожили в браке 50 и больше лет, получают специальные награды. Более 32000 пожилых горожан в год пользуются услугами недорогого специального такси для поездок, связанных с социальной или медицинской необходимостью. Проблема в том, что лишь 2 таких автомобиля на весь город оборудованы приспособлениями для инвалидов.

Прожиточный минимум (ПМ) представляет собой стоимостную оценку минимального набора продуктов питания, непродовольственных товаров и услуг, необходимых человеку для поддержания жизни. Набор также включает в себя обязательные платежи и сборы. С помощью ПМ эксперты оценивают уровень жизни населения. Величину прожиточного минимума используют для обоснования устанавливаемых на федеральном уровне минимального размера оплаты труда, стипендий, пособий и других социальных выплат. *В официальной статистике, научных исследованиях и прогнозах показатель ПМ рассматривают как границу бедности.*

6 октября 2010 года Правительство Санкт-Петербурга установило ПМ на душу населения по основным социально-демографическим группам на II полугодие 2010 года. Он установлен на уровне 5625 рублей в месяц, для трудоспособного населения — 6070 рублей, для *пенсионеров — 4475 рублей*, для детей — 5423 рубля, отмечено в постановлении правительства. В I полугодии ПМ для этих групп составлял 5518 рублей, 5956 рублей, 4395 рублей и 5312 рублей соответственно.

Отношение средней ежемесячной пенсии к ежемесячному официальному ПМ в среднем по СССР в 1990 г. оценивалось как 2,0. В течение следующих 10 лет оно стало сильно отличаться в разных регионах и катастрофически понизилось ─ по нашему городу до 0,77 к 2000 г. Теперь в Санкт-Петербурге эта

тенденция переломлена, при коэффициенте 2010 г., возвратившемся к «советскому» уровню 2,0. Однако многомесячные неформальные наблюдения и расчеты экономистов показывают, что официальный ПМ пенсионера (4242,7 руб. в мес. на 1 квартал 2010 года при средней по городу пенсии 8313 руб.) *занижен*. Даже официальные расходы на содержание заключенного в колонии строгого режима (6800 руб./мес.) — выше.

Для пожилого *петербуржца*, в силу наличия у большинства горожан этой категории высокой культуры и хорошего образования, приобретенных в советский период, весьма важно удовлетворение интеллектуальных и духовных потребностей, расходы на социализацию и общение, которые в официальном ПМ или не учтены, или занижены. «Если я неделю не был в музее, – сказал нам один из респондентов-пенсионеров, коренной петербуржец, – я физически хуже себя чувствую, как будто бы гигиену не соблюдал». Расчетный реальный порог, позволяющий пожилому петербуржцу в 2010 г. не выживать, а вести более или менее полноценную жизнь без роскоши и излишеств — 9000 руб./мес. Поэтому проблема благосостояния пенсионеров в Санкт-Петербурге далека от разрешения, несмотря на позитивные сдвиги последних лет. Ее решение требует системных социально-экономических изменений в стране, прежде всего, — что касается распределения национального дохода, прогрессивной системы налогообложения, справедливой судьбы природной ренты, извлекаемой субъектами российской экономики.

«Каждый из нас, независимо от того, где мы работаем, какими финансовыми возможностями мы обладаем, может что-то полезное сделать для пожилых людей, — сказал российский президент. — Им нужно наше внимание, элементарное человеческое участие. И давайте не жалеть для этого своего времени и сил» [2].

Литература

1. Гериатрия: необходимы срочные перемены. / Невский край. — № 7(304), август 2010. — С. 6.
2. Медведев Д. Забота о пожилых людях — приоритет государства и всего общества / www.medvedev.kremlin.ru
3. Нормативно-правовая база гериатрии: пути определены / Невский край. — № 8(305), сентябрь 2010. — С. 6.
4. Максимов Иван. Курские пенсионеры удивили президента. /Невское время. — № 173 (4678), сентябрь 2010. — С. 2.

П.Г.Сысоев, Д.А.Толмачёв

ОЦЕНКА СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СПЕЦИАЛИСТОВ С ВЫСШИМ МЕДИЦИНСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ

Ижевская государственная медицинская академия

В настоящее время в практической психологии, социологии и здравоохране-

нии большое внимание уделяется синдрому эмоционального выгорания (СЭВ). Особую актуальность его изучение приобретает у медицинских работников, постоянно подвергающихся воздействию различных неблагоприятных факторов. Трудовая деятельность в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) совмещенная с преподавательской деятельностью предъявляет значительные требования к организму работающего.

Цель: анализ частоты формирования СЭВ у специалистов с высшим медицинским образованием в процессе выполнения профессиональной деятельности для разработки мероприятий по его профилактике.

Методология: в протокол были включены 280 специалистов разделенных на две группы. В первую группу вошли 142 участковых врача-терапевта, работающих в ЛПУ г.Ижевска, во вторую – 138 преподавателей медицинского ВУЗа г. Ижевска. Средний возраст специалистов составил соответственно 43,0±4,9 и 44,7±4,2 года. Для изучения формирования СЭВ в качестве инструмента была использована методика «Диагностика эмоционального выгорания» В.В. Бойко. Интерпретация результатов проводилась дифференцированно по бальной системе.

Результаты и обсуждение: оценка уровня развития СЭВ показала, что у половины специалистов с высшим медицинским образованием он был сформирован или находился в стадии формирования (53,4±5,7 и 62,3±9,9 на 100 опрошенных соответственно). При этом выраженность эмоционального выгорания у преподавателей медицинского ВУЗа была выше, чем у врачей-терапевтов. Установлено, что треть (38,4±4,2 из 100 опрошенных) преподавателей и 28,9±4,5 из 100 опрошенных врачей находились в сформировавшейся фазе «резистенция», характеризующейся снижением рабочей продуктивности и самооценки своей компетентности. Обращает на себя внимание, что в обеих группах у четверти специалистов была сформирована фаза «истощение», связанная с возникновением равнодушного и даже негативного отношения к пациентам.

Таким образом, у половины специалистов с высшим медицинским образованием СЭВ был сформирован или находился в стадии формирования. В этой связи разработка и внедрение в систему здравоохранения мероприятий по социальной и юридической профилактике формирования СЭВ у медицинских работников является актуальным.

www.docspg@yandex.ru

Удочкина Л.А., Нуржанова С.С.

ПОКАЗАТЕЛИ ЧАСТИЧНОЙ ВТОРИЧНОЙ АДЕНТИИ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН ЗРЕЛОГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА г. АСТРАХАНИ

Астраханская государственная медицинская академия

Частичное отсутствие зубов (частичная вторичная адентия) является одним из самых распространенных заболеваний (Агаджанян А.А., Алимский А.В.,

Куликов Р.И., 1999; Нигматуллин Р.Т., Кашапова Л.И., Вшивцев В.Н., 2006). По данным Всемирной организации здравоохранения в различных регионах земного шара ею страдают до 75% населения. В нашей стране в общей структуре оказания медицинской помощи больным в лечебно-профилактических учреждениях стоматологического профиля во всех возрастных группах пациентов это заболевание составляет от 40 до 75% (Ахмадеева А.М., Спиридонов А.М., 2000).

Цель исследования - определить выраженность вторичной адентии у мужчин и женщин зрелого и пожилого возраста без выраженных признаков поражения пародонта – жителей Астрахани.

Стоматологическое обследование проводилось на 235 пациентах стоматологических клиник Астрахани (112 мужчин и 123 женщин) в возрасте от 21 до 76 лет без выраженных признаков поражения пародонта. Определяли среднее количество отсутствующих зубов во всех исследуемых группах.

Исследование выявило, что показатель среднего числа отсутствующих зубов с возрастом увеличивается как у мужчин (от 0,6±0,01 в первом периоде зрелого возраста до 13,3±0,5 - в старческом), так и у женщин (от 3,7±0,3 до 14,9±0,5 соответственно). Степень выраженности вторичной адентии во всех обследованных группах была выше у женщин, чем у мужчин. У представителей обоих полов первыми утрачиваются моляры, у мужчин первого периода зрелого возраста высок процент потери резцов. Вторичная адентия на верхней челюсти во всех возрастных группах была выше, чем на нижней. Полученные нами показатели среднего числа отсутствующих зубов у обследованных жителей г.Астрахани оказался выше, чем в аналогичных возрастных группах жителей ряда городов России (Агаджанян А.А., Алимский А.В., Куликов Р.И., 1999; Ахмадеева А.М., Спиридонов А.М., 2000; . Федяев И.М. и др., 2004), что может быть обусловлено состоянием стоматологической профилактики, в т.ч. гигиены, экологической ситуацией, качеством питьевой воды и т.д. и требует дальнейшего изучения.

А.А. Фомин, Ю.М. Гранкин

ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ИНФОРМАТИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ СУБЪЕКТА ФЕДЕРАЦИИ

Петрозаводский государственный университет

В основу данной публикации положены данные исследования, проведенного курсом общественного здоровья и здравоохранения медицинского факультета Петрозаводского госуниверситета в 2006–2009 гг. Объектом исследования являлся процесс информатизации медицинских организаций Республики Карелия. Единицы наблюдения: учебный план студентов медицинского факультета Петрозаводского госуниверситета, данные социологических исследований студентов, клинических ординаторов, слушателей курсов повышения квалификации по специальности «Организация здравоохранения

и общественное здоровье», «Педиатрия», нормативно-правовые акты по данному направлению.

В результате исследования получены следующие результаты: студенты, клинические ординаторы, организаторы здравоохранения и педиатры находятся на 1 уровне автоматизации лечебно-диагностического процесса – внесение информации свободным текстом в Microsoft Word, Excel, PowerPoint, а на второй уровень – использование предлагаемых системой баз данных и третий уровень – активизацию интеллектуальных возможностей системы, они подняться не могут.

Изучение нормативно-правовых актов регулирующих вопросы обучения студентов, клинических ординаторов, врачей-специалистов свидетельствует о явном недостатке аудиторных часов для студентов (1 курс – 34, третий курс – 38 часов), клинических ординаторов (40 часов на группу) и слушателей (8 часов из 144 часов). Нормативно-правовое регулирование деятельности медицинских информационно-аналитических центров, отделов автоматизированных систем управления направлено на формирование программно-технического и организационно-управленческого направлений информатизации медицинских организаций, а не базового, клинического (АРМ врачей-специалистов, базы данных и др.), который является основным в этом процессе и в результате переход на 2 уровень автоматизации врачей-специалистов идет крайне медленно. Не разработано положение о директоре центра, заведующем отделом, в том числе и их образовании, что тормозит процесс информатизации организаций здравоохранения.

Переход врачей на второй уровень автоматизации лечебно-диагностического процесса косвенно будет способствовать улучшению показателей деятельности медицинских организаций Республики Карелия, однако реализация этого перехода возможна при изменении нормативно-правовой базы региона в части назначения на должность заведующего отделом АСУ медицинской организации из числа соискателей, имеющих два высших образования, медицинское: «лечебное дело», «педиатрия» и по специальности «информатика», последнее можно получить в Петрозаводском государственном университете по заочной форме обучения.

aafom@psu.karelia.ru

А.Н. Шишкин, И.Ю. Пчелин

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ КАК ГЛОБАЛЬНАЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

Санкт-Петербургский государственный университет

Сахарный диабет (СД) является широко распространённым хроническим заболеванием, приводящим к развитию тяжелых инвалидизирующих осложнений и требующим значительных экономических затрат. Численность боль-

ных СД в мире за последние 20 лет увеличилась с 30 до 250 млн. человек и продолжает расти. Основными причинами роста заболеваемости СД являются изменение характера питания людей, распространение малоподвижного образа жизни и ожирения, а также увеличение средней продолжительности жизни за счёт повышения эффективности профилактики и лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы. Эксперты Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) прогнозируют, что к 2025 г. число пациентов с этим заболеванием достигнет 380 млн. человек. По данным ВОЗ, в настоящее время каждый год в мире умирает около 4 млн. больных СД. Ежегодно более 600 тыс. пациентов с СД полностью теряют зрение, более 1 млн. пациентов подвергаются ампутации нижних конечностей, приблизительно у 500 тыс. больных развивается терминальная стадия хронической почечной недостаточности, лечение которой невозможно без использования высокотехнологичных и дорогостоящих методов (хронического гемодиализа, трансплантации почек). На 61-й Генеральной Ассамблее Организации Объединённых наций (ООН) была принята резолюция о необходимости всех стран мира объединиться в борьбе со стремительно распространяющейся эпидемией СД. В резолюции ООН подчёркивается, что проблема СД вышла за рамки сугубо медицинской и приобрела глубокую социально-экономическую направленность, что требует серьёзных научных, этических и финансовых решений. С целью совершенствования диабетологической помощи в большинстве стран мира в настоящее время осуществляются национальные программы, предусматривающие мероприятия по предупреждению, ранней диагностике, своевременному лечению СД и профилактике его осложнений, а также по обучению и комплексной медико-социальной поддержке больных. В России реализация федеральной целевой программы «Сахарный диабет» с 1996 по 2006 гг. привела к снижению смертности среди больных СД на 8,4 %, увеличению средней продолжительности жизни больных СД 1 и 2 типа на 3,1 и 3,9 года соответственно, уменьшению частоты развития диабетической ретинопатии на 13 %, а диабетической нефропатии – на 10,6 %. Однако многие проблемы, касающиеся разработки научно обоснованных методов профилактики осложнений СД и организации диабетологической помощи, требуют дальнейшего изучения.

Раздел X.

ФИЛОСОФСКИЕ И ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗДОРОВЬЯ И ПАТОЛОГИИ

Т.Н. Богницкая, М.П. Кузыбаева

НИИ СКОРОЙ ПОМОЩИ им. Н.В. СКЛИФОСОВСКОГО: ИЗ ИСТОРИИ МЕЖДУНАРОДНОГО СОТРУДНИЧЕСТВА (1923-1980-е г.г.)

Конфедерация историков медицины (международная), Москва

Построение службы скорой медицинской помощи (СМП) явилось величайшим достижением и гордостью Советского здравоохранения. Вклад Научно-исследовательского института скорой помощи им. Н.В.Склифосовского в организацию и развитие этой службы огромен. В первые годы существования института профессор С.С.Юдин писал: «Централизованный крупный столичный госпиталь, специально назначенный и приспособленный для экстренной хирургической помощи, является одним из интереснейших и вполне самобытных созданий советского здравоохранения. Крупнейшие европейские хирурги подчеркивали неоспоримые преимущества организации скорой помощи в Москве по сравнению со всеми мировыми столицами»[*]. Процесс становления института как первого учреждения в СССР по оказанию СМП населению проходил при активном участии российских хирургов хорошо известных в мире (А.Х. Бабасинов, П.Д. Соловов, В.А. Красинцев, С.С. Юдин и др.). Многие из них являлись действительными членами Международного хирургического общества, участвовали в съездах и симпозиумах. Большинство хирургов-основателей института – выпускники медицинских факультетов университетов, в которых совершенствование профессиональной подготовки врача согласно Уставу предполагало стажировку за границей, в ведущих научных центрах Европы и Америки. Практика изучения международного медицинского опыта получила развитие в России при подготовке врача к профессорскому званию. Контакты с иностранными коллегами были естественной формой взаимоотношений для русских врачей, в меньшем объеме они сохранялись в период становления СССР. С момента организации института международное сотрудничество занимало важное место в его деятельности. В данной работе мы впервые рассмотрели основные этапы и формы взаимодействия НИИ СП им. Н.В. Склифосовского с иностранными медицинскими учреждениями и специалистами.

В предвоенные годы (1923-1940) международные контакты института с мировым медицинским сообществом развивались по двум направлениям. Ведущие специалисты принимали участие в работе съездов хирургов, где выступали с научными сообщениями и докладами (проф. В.А. Красинцев. Ита-

[*] Материалы музея истории НИИ СП им. Н.В.Склифосовского.

лия. 1927г.) или выезжали за рубеж в специальные командировки (проф. П.Н. Обросов. Германия. 1931г.– закупка медицинского оборудования для института). О приезде в Москву и посещении института иностранными специалистами и гостями в этот период сведений выявить не удалось. Однако ещё в 1897 г. работа Шереметевской больницы-предшественницы института, оказалась в центре внимания делегатов XII Международного конгресса врачей, который проходил в Москве. Тогда клинику посетили участники конгресса во главе с Председателем оргкомитета профессором Н.В. Склифосовским.

В годы Великой Отечественной войны 1941-1945 гг. Институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского принял на себя всю тяжесть суровых будней, всегда оставаясь в строю, на передовой борьбы за жизни людей. Особо необходимо отметить выдающуюся роль главного хирурга института, профессора С.С. Юдина, неоднократно выезжавшего с мобильными бригадами врачей и медицинских сестер в прифронтовые госпитали, организовавшего специальные курсы для повышения квалификации фронтовых врачей и хирургов, которых при отъезде из Института на фронт снабжали необходимым оборудованием и приборами. Ни на один день не прекращались в клиниках исследования по актуальным вопросам военно-полевой хирургии. За свои научные работы и самоотверженный труд в этот сложный период С.С. Юдин был удостоен Сталинской премии и награжден Орденом Красной Звезды (1942). В это же время заслуги профессора С.С. Юдина отметил Королевский колледж хирургов Великобритании и Американская ассоциация хирургов, присвоив ему звание почетного члена (1943). Награждение и вручение соответствующих регалий состоялось в виду военных действий в Москве.

После Победы Институт перестраивал свою работу в соответствии с задачами мирного времени. Преимущественное развитие в деятельности учреждения получили научные исследования по тактике оказания помощи при различных неотложных состояниях и организационно-методические вопросы деятельности службы СМП. В этот период достижения института на международной арене представляли главный хирург, проф. Б.А. Петров и ученик С.С. Юдина, проф. П.И. Андросов, который с 1948 г. испытывал в эксперименте и внедрял в клиническую практику сосудосшивающие аппараты и демонстрировал возможности своего изобретения помимо СССР, также за границей (Австралия, Бельгия, Бразилия, Болгария, ГДР, Индия, США, Финляндия, Япония и др.).

Особую известность Институт приобрел благодаря экспериментальной исследовательской работе в его стенах выдающегося ученого-экспериментатора, одного из основоположников отечественной трансплантологии, доктора биологических наук Владимира Петровича Демихова (1916–1998 гг.), создателя более 30 вариантов методики пересадки сердца (1951–1953 гг.) в эксперименте, инициатора организации банка донорских органов, разработчика искусственных органов (сконструированное и изготовленное им искусственное сердце было имплантировано в грудную клетку собаке на место собственного, животное прожило около 6 часов). С 1960 по 1986 гг. он

руководил экспериментальной лабораторией института по пересадке органов, куда преодолевая все запреты на въезд в СССР в период господства «железного занавеса», стремились попасть и принять участие в экспериментах ученого многие иностранные специалисты. Анализ сохранившихся операционных журналов лаборатории В.П. Демихова позволяет утверждать, что редкая операция проводилась без присутствия коллег из-за рубежа, среди которых был и М. де Бейки[34]. Присуждение В.П. Демихову званий почетного доктора Лейпцигского университета (Германия), почетного доктора медицины клиники братьев Мэйо (США), почетного члена Научного Королевского общества в г. Упсале (Швеция), а также Международной премии «Golden Hippocrates» (посмертно) стало международным признанием его личных заслуг в науке, и прославило институт.

В 1960-е и последующие годы значительные успехи института в деле организации СМП стали привлекать специалистов зарубежных стран. В Болгарии, Венгрии, Чехословакии, ГДР активно развивалась СМП, и руководители этой службы были крайне заинтересованы в использовании опыта Советского Союза, который создал уникальную организацию СМП. Главную роль в развитии международного сотрудничества и обмене опытом с зарубежными коллегами сыграли директор института в 1952-1968 гг., заслуженный врач УССР М.М. Тарасов и директор института в 1968-1986 гг., профессор, член-корреспондент АМН СССР Борис Дмитриевич Комаров, сотрудники отдела внешних научных связей и ведущие специалисты клинических и экспериментальных подразделений.

В 1972 г. в Берлине Министерство здравоохранения СССР с участием института им. Н.В.Склифосовского провело Международную конференцию по скорой помощи, где состоялся обмен опытом по организации работы выездных бригад скорой помощи и стационара пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях.

Развивая сотрудничество в этой области, Министерство Здравоохранения СССР Приказом МЗ СССР № 6777 от 6 июня 1976 г. назначило Б.Д.Комарова директором семинара ВОЗ «Скорая медицинская помощь». Приказом МЗ СССР от 14 июля 1976 г. он был определен экспертом рабочего Совещания социалистических стран по вопросам скорой медицинской помощи. Минздрав СССР провел в Москве с 18 по 20 октября 1976 г. совещание экспертов по скорой медицинской помощи, которое приняло развернутую резолюцию и наметило пути дальнейшего совершенствования скорой медицинской помощи: рациональное оснащение санитарного автотранспорта современным унифицированным оборудованием, инструментарием и медикаментами; совершенствование методов реанимации и интенсивной терапии на догоспитальном этапе и отработка оптимальной системы подготовки кадров врачебно-фельдшерского персонала для службы скорой медицинской помощи.

Приказом МЗ СССР № 1110 от 24 ноября 1976 г. Б.Д.Комаров был назначен координатором Англо-Советского сотрудничества по проблемам «Скорая

[34] Журналы хранятся в медицинском музее РАМН.

медицинская помощь и травматология». Институт довольно успешно работал в этом направлении. Осуществлялся ежегодный обмен специалистов института и Центра скорой помощи Лондона.

Авторитет института был признан за рубежом, о чем свидетельствует следующий факт: работа по международному научному сотрудничеству проводилась в институте с 1976 г. по 11 темам.

Специалисты института им. Н.В.Склифосовского неоднократно участвовали в оказании помощи пострадавшим за рубежом. Так, группа сотрудников института в 1973 г. работала в Ливане в госпитале «Иерусалим», куда поступало огромное количество пострадавших в результате военных действий, происходивших в стране. Врачи приобрели опыт в организации скорой медицинской помощи 1543 раненным в эвако - сортировочных пунктах, в период транспортировки и в помещениях, приспособленных для хирургической работы. В приказе МЗ СССР № 11-у от 10.01.1974 г. институту объявлена благодарность за успешное выполнение задания МЗ СССР по оказанию медицинской помощи населению Ливана.

В 1980 г. произошло землетрясение в 6-7 баллов по шкале Рихтера в Эль-Аснаме (Алжир). За 2 месяца работы в госпитале поселка Оуэд Риу врачи института приняли участие в лечении 2882 пострадавших. Накопленные знания при работе сотрудников института в очагах катастроф и при массовых поступлениях пострадавших позволили с максимальной эффективностью их реализовать в последующие годы.

По инициативе директора института в 1986-1992 гг., профессора В.Г.Теряева, который имел большой личный опыт по оказанию помощи пострадавшим при массовых катастрофах в нашей стране и за рубежом, впервые в стране на базе института в 1987 г. создан Отдел медицины катастроф (руководитель Газетов Б.М.). В институте также был организован «Межведомственный центр медицины катастроф», объединивший коллективы Института медико-биологических проблем, Всесоюзного научно-исследовательского института железнодорожной гигиены и НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского.

Исследования и научные разработки сотрудников института по организации медицинской помощи при техногенных и природных катастрофах заложили основы деятельности мобильных медицинских отрядов Министерства по чрезвычайным ситуациям РФ (МЧС РФ), которые в настоящее время известны всему мировому сообществу.

С 1986 г. значительно возросло количество договоров о взаимодействии института с учреждениями Германии, Болгарии, Чехии, Италии и Англии. Главными формами научного сотрудничества в этот период являлось проведение совместных исследований в соответствии с рабочими планами договоров, обмен информацией о ходе исследований, а также обмен специалистами. Основными направлениями сотрудничества 1986-88гг. являлись разработка и совершенствование методов диагностики и лечения различных повреждений, применение лазерной техники в неотложной и плановой хирургии и эндоскопии, а также принципы организации службы СМП.

В рамках Совета экономической помощи (СЭВ) институт принимал участие как соисполнитель Всесоюзного кардиологического научного центра в выполнении темы "Диагностика и лечение острого инфаркта миокарда и других форм ишемической болезни сердца" (проф. А.П.Голиков). С городской больницей "Фридрихсхайн" (Берлин, ГДР) велись работы по двум темам. Одна из них - "Совершенствование методов хирургии кисти" (проф. В.П.Охотский). За период 1986-88гг. были получены новые варианты первичных пластических операций при свежих повреждениях сухожилий сгибателей, создана методика лечения застарелых повреждений сухожилий сгибателей, подготовлены материалы методических рекомендаций по оптимальным методам лечения повреждений сухожилий сгибателей пальцев кисти. По второй теме "Совершенствование методики диагностики и хирургического лечения острой черепно-мозговой травмы" (проф. В.В.Лебедев) созданы методики клинического и инструментального обследования больных с черепно-мозговой травмой, сочетанной с травмой опорно-двигательного аппарата.

С институтом скорой медицинской помощи им. Пирогова (София, Болгария) велись работы по 3 темам. В НИР "Усовершенствование методов диагностики и лечения ожогов дыхательный путей" (проф. Л.И.Герасимова) были определены наиболее информативные лабораторные и инструментальные методы диагностики и контроля эффективности лечения ожогов дыхательных путей и внедрены в практику работы двух институтов. По теме "Диагностика и лечение повреждений органов брюшной полости" (проф.М.М.Абакумов) разработан комплекс диагностических методов исследования при закрытой травме живота. Разработаны методы реинфузии крови и ее компонентов при травме полых органов брюшной полости; разработана хирургическая тактика при травме печени, селезенки, поджелудочной железы. По теме "Разработка новых методов диагностики и лечения тяжелой черепно-мозговой травмы" (проф. В.В.Лебедев) получены новые данные о темпах санации ликвора в желудочках мозга и субарахноидальном пространстве. Создан комплексный метод диагностики дислокации мозга на разных уровнях; внедрен способ диагностики боковых смещений мозга у больных с тяжелой черепно-мозговой травмой.

В это же время с институтом травматологии Брно (Чехия) велись совместные исследования по теме "Развитие и усовершенствование методов диагностики и лечения с сочетанной травмой груди" (проф. В.А.Соколов). В результате чего усовершенствована диагностика состояния легочной вентиляции при сочетанной травме груди; разработаны показания к дренированию плевральной полости при пневмо- и гемотораксе.

С кафедрой неотложной хирургии и скорой помощи Университета Генуи (Италия) исследования проводились по нескольким направлениям. В области эндоскопии (проф. Ю.В.Синева) были разработаны и внедрены в практику методы местного лечения химических ожогов пищевода, и разработан метод лазеротерапии для профилактики острого панкреатита. Отработаны режимы излучения лазера на парах меди для восстановления проходимости полых ор-

ганов. Определены показания, сроки применения и лечения с помощью гелий-неонового и ультрафиолетового лазера в интенсивной терапии ожогов; обоснована методика CO_2 лазерной некрэктомии у больных с глубокими ожогами (проф. Л.И.Герасимова). В области применения лазеров при травме паренхиматозных органов (проф. М.М.Абакумов) обоснован режим CO_2 лазерного излучения в зависимости от вида повреждений паренхиматозных органов, разработана методика применения лазерного излучения и хирургическая техника при травмах паренхиматозных органов; велись работы по применению аутотрансплантации ткани селезенки у пострадавших с разрывом селезенки с разработкой режимов различных типов лазерного излучения в целях стимуляции репаративных процессов.

Совместно с ЦИТО институт принимал участие в работе со станцией скорой помощи Лондона по теме "Развитие оптимальных методов предоставления СМП населению большого города" (проф. Е.А.Кустова). Разработаны предложения по совершенствованию форм организации, планирования и управления оказанием СМП населению большого города.

Ход выполнения научно-исследовательских работ способствовал упрочению научных связей. Наметились новые темы совместных исследований. Командировки специалистов института за рубеж осуществлялись согласно рабочим планам к договорам о сотрудничестве, а также для участия в различных международных симпозиумах и конгрессах. В программах командировок обязательно присутствовали задания пропагандировать достижения отечественной медицины.

В 1987 г. институт принимал участников международного конгресса "Врачи мира за предотвращение ядерной войны". 1987г. на базе института проводился советско-финский симпозиум "Применение ЭВМ в скорой и неотложной медицинской помощи". В 1988г. сотрудники института и кафедры неотложной медицины Университета Генуи (Италия) выступили с докладами по результатам совместных исследований в области лазерной медицины на международном симпозиуме "Актуальные проблемы хирургии органов брюшной полости" в институте хирургии им. А.В.Вишневского АМН СССР.

12 мая 1989 года в институте им. Н.В.Склифосовского состоялась Советско-Американская встреча врачей скорой помощи г. Москвы и Нью-Йорка.

Таким образом, анализ международной деятельности НИИ СП им. Н.В. Склифосовского позволяет заключить, что сотрудничество института с зарубежными странами на разных этапах его исторического развития проводилось активно. Оно включало в себя различные аспекты: научно-техническое сотрудничество, совместные научные разработки, участие в международных форумах, проведение симпозиумов, обобщение теоретического и практического опыта в публикациях, взаимодействие с ВОЗ, оказание непосредственной помощи на месте происшествия, при техногенных или природных катастрофах, показ достижений, обмен опытом, прием гостей в институте и ведущих скоропомощных центрах СССР. Накопленный за многие десятилетия опыт взаимодействия института с иностранными коллегами составил проч-

ную основу для возрождения этой деятельности в современных условиях, когда процесс глобализации всё более охватывает пространство жизнедеятельности человека.

kuzibaeva@inbox.ru

О.Ф. Дубовская

О ДРЕВНОСТИ РУССКОГО ГОСУДАРСТВА. РУСИЧИ В ЭПОХУ ПАЛЕОЛИТА

Петровская Академия Наук и Искусств, Санкт-Петербург

На Русской равнине сформированы богатейшие природные условия для благополучной жизни человека. Нам сейчас предстоит рассмотреть то людское племя, которое не одну тысячу лет проживало на этой земле и осваивало её богатства. Учёные: археологи, антропологи и лингвисты утверждают, что с первозданных, ещё мифологических времён, этим племенем были славяне-русичи.

Мы считаем, что Русичи закрепили своё пребывание с древнейших времён на огромных пространствах Русской равнины тем, что они присвоили рекам, озёрам, горам, растительному и животному миру исконно славянские названия.

Отметим, что **имена** большинства географических объектов Русской равнины остаются ***неизменными*** **в течение тысячелетий**, что, в свою очередь, даёт основание предполагать и о ***неизменном этническом составе*** этого населения. Ведь если бы, на данной территории славянский этнос оказался бы вдруг заменённым другим, например, франками или германцами, то имена рек, озёр, гор и пр., безусловно, звучали бы уже не по-славянски, а по-французски или же по-немецки. Но, к счастью, этого не происходит. Материалом для исследования нам послужат данные многих археологических экспедиций, в которых участвовали учёные России, Белоруссии и Украины.

Итак, славянский этнос – коренное население Русской равнины, с многотысячелетней историей её освоения.

Эпоха мамонтов и русичи.

Как отмечают летописи, *в 1-м тысячелетии н.э. на этой богатейшей земле жили славянские племена радимичей, кривичей, словен, полочан, дреговичей, а также некоторая часть полян и сиверян.*

Кто же населял эту землю ранее: во 2-м, 3-ем, 30-м, 50-м тысячелетии до н.э.? Кто жил в этих краях до так называемого, Валдайского оледенения – в эпоху палеолита?

И вот исследователи земных пластов преподнесли нам сенсацию. Археологические раскопки за последние сто лет на территории Русской равнины показали, что человек современного типа сформировался около *50 тысяч лет назад* и имел свой язык. Это был **«проторус».**

Наиболее ранним палеолитическим населением на *территории Бело-*

руссии являются *Бердыжское и Подлужское* местонахождения. Находки относят к верхнепалеолитической эпохе, предшествующей Валдайскому оледенению! Раскопки в Бердыже начаты в 1926 г. *«Здесь найдены остатки жилища. Вблизи от них обнаружены ямы-хранилища* (аналог современных погребов в сельской местности – ред.), *перекрытые бивнями мамонта. Много кремневого инвентаря»,* - читаем мы в труде «Древности Белоруссии» (6). Далее учёные добавляют*: «Культура в Бердыже та же, что и в Костёнках*».

А теперь поспешим вслед за белорусскими археологами к стоянке, открытой в *Елисеевичах* в 1963 г. Здесь они обнаружили массовое применение *костей мамонта* в качестве строительного материала. Из кости мамонта сделаны ***топоры*** для работы ***по дереву.*** (Топором можно срубить дерево, обтесать его и изготовить различные предметы быта. Следовательно, человек эпохи палеолита был плотником).

Из рёбер мамонта обнаружены такие изделия, как *землекопалки.* (Землекопалки – это, проще говоря, «лопаты». Лопатой, как нам хорошо известно, вскапывают землю. Значит, человек эпохи мамонта занимался земледелием).

В Елисеевичах также найдено очень много *игл и шил*. (Иглы, как мы знаем, используются в портняжном деле для сшивания отдельных деталей раскроенного материала в единое цельное изделие. Очевидно, человек эпохи мамонта шил себе одежду. Он владел портновским делом).

Отметим также, что на этой палеолитической стоянке найдено множество пластин из бивня мамонта, с очень сложным геометрическим орнаментом, воспроизводящим чешую рыбы. А на некоторых пластинах можно различить наброски *плана местности с изображением жилищ и изгородей!* (Что это? *Карта* территории общины?) Кроме того, обнаружены *фигуры рыб,* вырезанные из бивня мамонта. Здесь же найдена *женская статуэтка*, вырезанная из кости мамонта, *похожая на статуэтки, найденные на стоянке в Костёнках.* (Статуэтки свидетельствуют о том, что человек эпохи палеолита был прекрасным скульптором! Для отправления культа или же для украшения своего жилища были изготовлены эти статуэтки, но так или иначе, их наличие на палеолитических стоянках говорит о творческой деятельности людей древней эпохи и развитии их духовной сферы).

Похожие элементы орнамента с Елисеевичскими (геометризация, чешуйчатость, зигзаг) обнаружены в соответствующей эпохе, то есть, в эпохе палеолита, в Мезине и Супоневе, что находятся в бассейне р. Десны.

Археологи делают вывод, что Белорусская Елисеевичская культура аналогична Костёнковской, расположенной на р. Дон.

Мамонтовый городок.

Особенно интересной является стоянка человека верхнего палеолита, открытая в посёлке *Юдиново* на берегу р. Судость (правый приток Десны). Вот что пишут учёные: «***Жилище*** *сложено крупными костями мамонта. Оно состоит из 6 секций. Стены жилища опираются на* ***черепа мамонтов.*** *Черепа*

*ставились на некотором расстоянии от края углубления.**Массовое применение лопаток, тазовых и других трубчатых костей мамонта с искусственно пробитыми отверстиями**. Они служили в качестве опор,* *в которых укреплялись деревянные стойки, поддерживающие кровлю жилища. Кости мамонтов были прекрасным **изолятором,** предохраняющим основание стойки от гниения**. Найден **очаг** размером 2 на 2 м.».* (6).

Обратим внимание на то, что кости мамонтов, которые служили фундаментом для домов палеолитического человека, пролежали в земле десятки тысяч лет и прекрасно сохранились, не разрушились от времени. Очевидно, что человек эпохи палеолита строил дома не на один день, а на длительное проживание в нём. Следовательно, люди, проживающие в таких домах, вели **оседлый** образ жизни.

Но самое главное, люди этой древней эпохи ***строили дома.*** Это были искусственные, долговременные постройки. Строили из очень прочного материала: из костей мамонтов; из материала, который *не подвергается гниению и разрушению в течение тысячелетий.*

Вероятно, нам придётся расстаться с устоявшимся мнением о человеке эпохи палеолита, как о диком и неразумном существе. Основным аргументом в этом опровержении является существование архитектурных объектов в районе палеолитических стоянок. Необходимо присвоить название стиля архитектуры принадлежащей эпохе палеолита. Пожалуй, весьма уместно будет назвать этот стиль ***мамонтовой архитектурой.***

Далее археологи рассказывают, что рядом с этим большим жилищем в Юдиново, что находится на берегу р. Судость, найден *целый комплекс домов*, но чуть меньших размерами. Здесь же обнаружены ямы различного хозяйственного назначения, скребки, наконечники копий, **молотки** из рога оленя, шилья и кинжалы, а также **орудия для плетения рыболовных сетей.**

Обнаруженный орнамент на различных изделиях характеризуется ромбами, зигзагами, изображениями рыб и ромбовидными изображениями, напоминающими движущуюся змею. Предметы украшения представлены прекрасным набором *просверленных раковин.*

Итак, перед нами предстаёт самый настоящий городок, население которого занималось земледелием, рыболовством, охотой. Люди этого городка строили дома, изготавливали из костей мамонтов топоры, молотки, лопаты, иглы, шилья, произведения искусства (статуэтки людей, рыб), кинжалы, орудия для плетения сетей и другие вещи. Как можно судить по найденным предметам, жители этих древних поселений имели многовековой традиционный быт: они были землепашцами, рыболовами, охотниками, скорняками, ювелирами, художниками, портными и строителями.

Нам известно, что признаком **населённого пункта** является **постоянство его использования из года в год, из века в век.** Следовательно, стоянки на Белорусской земле эпохи верхнего палеолита представляют собой ни более и ни менее, как **населённые пункты!** Отметим, что племена эпохи палеолита вели **оседлый** образ жизни.

Культурные слои стоянок Белоруссии свидетельствуют о том, что племена, оставившие здесь многочисленные памятники в верхнепалеолитическую эпоху, развивались на основе **местных культурных традиций,** сложившихся в **предшествующее им время,** то есть, сохранялась **преемственность** во всех сферах деятельности человека.

Очевидно, обнаруженные элементы материально-хозяйственной культуры эпохи палеолита практически ничем не отличаются от современных средств. Различие современных средств от древних состоит только лишь в используемом материале: сегодня топоры, иглы, молотки делают из *железа*, а в *палеолите* материалом служили *кости мамонтов, по крепости, не уступающие железу*, а по долговечности – превосходящие железо.

Таким образом, нам необходимо признать, что интеллект населения, проживавшего на территории современной Белоруссии в эпоху палеолита, ничем не отличался от интеллекта современного человека. Если изъять из нынешней жизни холодильники, электричество, самолёты, поезда и пр. технические достижения, то, безусловно, орудия хозяйствования и способ жизни современного человека будут тождественны образу жизни человека эпохи палеолита.

Древнекаменный век и р. Дон

Настало время навестить родичей, живущих в эпоху палеолита по берегам реки Дон. «Дон» на праславянском языке означает «дно», «русло реки». Исток Дона расположен на северных склонах Среднерусской возвышенности и вытекает река из озера **Иван.** Пройдя путь длиною в 1870 км, Дон впадает в Азовское море.

Учёные гидрографы относят Дон к древнейшим рекам Русской равнины: его возраст исчисляется *сотнями тысяч лет***.**

Наименования рек Донского бассейна, как, впрочем, и остальных рек Русской равнины, остаются постоянными в течение тысячелетий. Ведь мы не можем отрицать того факта, что **народ, ведя оседлый образ жизни**, передаёт следующему поколению не только опыт материально-хозяйственной культуры, круг почитаемых богов, но также и наименования географических объектов, сохраняя топонимику места своего обитания *неизменной на протяжении тысячелетий.* Поскольку возраст Дона исчисляется сотнями тысяч лет, то и люди, населяющие его берега в течение тысячелетий, называли эту реку «Дон». Ведь не было никакой причины изменять имя реки.

Мы сейчас находимся на правом берегу Дона, на одной из древнейших стоянок Русской равнины. Это - Костёнки (Маркина гора), что примерно в 40 км от г. Воронежа. Возраст стоянки определён в **38-35 тысяч лет до н.э.** Вот что пишет наш учёный А. Н. Рогачёв об археологических находках в Костёнках*: «Найден скелет старика в круглом жилище.* ***Стенки жилища построены с использованием трубчатых и плоских костей мамонта)».***

Значит и здесь, на Дону, в эпоху верхнего палеолита существовала *мамонтовая архитектура.*

Далее учёный продолжает: *«Наконечники метательных орудий выре-*

заны из бивня мамонта. Костяной нож, вырезан из трубчатой кости мамонта, с плоским расширяющимся и утончающимся лезвием, с круглой рукояткой.

Найден головной убор, на котором было прикреплено свыше 150 просверленных зубов песца» (9).

Борисковский П. И., участвовавший в археологических раскопках в Костёнках, сообщает нам: *«Основным элементом скопления являлись крупные кости, зубы и бивни мамонтов, носившие явные признаки сортировки рукой человека.*

Ряд костей был вертикально ***вкопан*** *и они образовывали* ***каркас жилища»***. Затем Борисковский П. И. добавляет: ***«Это было долговременное, прочное, зимнее, общинное жилище»*** (2).

Таким образом, **общинное** жилище в Костёнках представляет собой весьма похожее по архитектуре и материалу строение палеолитических людей, найденных на территории Древней Белоруссии. Дома такие же прочные, сделанные из костей мамонта, и рассчитанные на проживание в них длительное время.

Кроме того, в Костёнках найдены кремневые наконечники дротиков, ножи, скребки, резцы, тщательно отполированные и просверленные каменные орудия, шилья, а также произведения искусства. Обнаружено множество скульптурных изображений животных: это были *скульптурки мамонтов, медведей, пещерного льва.* Также найдено *42 женские обнажённые статуэтки*, которые **вырезаны из бивня мамонта**. По количеству женских статуэток стоянка в Костёнках занимает первое место в мире. (Б. С. Э. Т.23) (3).

«Женский торс из Костёнок является первой палеолитической скульптурой, обнаруженной на территории Русской равнины» - пишет Э. Е. Фрадкин в статье «Полиэйконическая скульптура из верхнепалеолитической стоянки Костёнки» (15). Далее учёный продолжает*: «Скульптура обнажённой женщины вырезана из бивня мамонта… Кроме того, на куске мергеля серого цвета изображены три головы животных: овцы, кабана, собаки. Второй камень – с изображением лица человека в профиль».*

Чтобы сохранить уникальную культуру людей эпохи палеолита, прямо над одной из костёнковских стоянок, возраст которой равен 20 тысяч лет, построили музей (1979 г.). Под крышей музея было законсервировано древнее жилище, выстроенное из костей мамонта и окружённое пятью ямами-кладовыми для хранения запасов пищи. В 2001 г. была найдена статуэтка из бивня мамонта, изображающая голову человека. Её возраст определён в 42 тысячи лет! Эта статуэтка является древнейшим изображением человека эпохи палеолита в Европе.

Отметим также, что на Костёнко-Боршевских стоянках найдены костяные пластины, украшенные узором в виде…**свастики!!!, солярного знака,** то есть, **печати Даждьбога!!!** В таком случае, мы можем утверждать, что в период **42-12 тысяч лет до н.э.,** племена, населяющие Костёнко-Боршевские стоянки, почитали бога Солнца – Даждьбога и это были русичи.

Количество археологических памятников эпохи палеолита на Русской равнине представлено более **20 *тысячами*** селений. И все они обладают схожими между собой культурами.

Способ жизни человека эпохи палеолита, как отмечают учёные, на Русской равнине был **общинный.**

Точно такие же изображения из костей мамонта, что и на территории Русской равнины, найдены ***в Сибири***. В середине июля 1928 г. под селом *Мальта*, что находится в 80 км от Иркутска, на реке *Белой* (левый приток Ангары) обнаружен целый посёлок ледниковой эпохи.

«Мальтийские мадонны поражали своеобразием. Все они изготовлены из ***бивня мамонта****, лишь одна – из рога северного оленя. У большинства из них показаны черты лица… Вторая яркая особенность статуэток Мальты состояла в том, что все они были украшены орнаментом»* - пишет исследователь культуры Древней Сибири Б. А. Фролов (14).

М.М. Герасимов сделал два важных заключения относительно Сибирских мадонн: *«все статуэтки представляют собой портретные изображения женщин,* ***живших*** *в эпоху палеолита»* (14). Художественная коллекция Мальты потрясла специалистов всего мира. Неожиданно женский образ эпохи палеолита связал Западную, Восточную Европу и Сибирь в одно культурное пространство.

Археологи обнаружили существенный признак, связывающий находки в Сибири, с находками на территории Русской равнины и древними стоянками в Западной Европе. Речь идёт о том, что всюду, рядом с палеолитическими фигурками, находилась красная охра, которой древние скульптуры раскрашивали женские изображения.

Женские фигурки на палеолитических стоянках Белоруссии (белорусские мадонны) и России (русские мадонны) аналогичны женским фигуркам, найденным в Сибири (сибирским мадоннам). Ранее нами было установлено, что народ эпохи палеолита, населявший территории Белоруссии и России – это русичи. Следовательно, население эпохи палеолита Сибири, создававшее женские скульптурные фигурки, аналогичные скульптурным изображениям на территории Белоруссии и России, имеет также принадлежность к народу русичей.

Но поскольку изобразительное искусство эпохи палеолита в Западной Европе аналогично культуре Сибири и Восточной Европы, то мы имеем все основания утверждать, что население эпохи палеолита в *Западной Европе* также принадлежит к народу русичей.

Язык человека эпохи палеолита.

На каком же языке говорили, общались между собой племена эпохи палеолита, проживавшие на территории Русской равнины?

«Существуют ли исторически обусловленные совпадения между языком и антропологическим типом? Полагаем, что да, поскольку речь идёт о языковых семьях и основных антропологических типах.

Так индоевропейские языки сложились среди населения европеоидного

типа; китайский, тибетский, монгольский – среди монголоидов; банту, суахели и другие – среди негроидов. Даже более мелкие языковые образования характеризуются господством определённых антропологических типов» - пишет П. Н. Третьяков (10).

Итак, язык теснейшим образом связан с антропологическим типом населения. В таком случае, напрашивается следующий вопрос: в тот момент, когда славяне-русичи эпохи палеолита охотились, занимались рыбалкой, строили дома, изготавливали скульптуры человека и животных из костей мамонта, а также разнообразный хозяйственный инвентарь, то на каком языке они общались между собой? На банту – языке негроидов? А может быть на тибетском или китайском языках - языке монголоидов? Но славяне по антропологическому типу не относятся ни к негроидам, ни монголоидам: славяне – представители европеоидного типа. Это – непреложная истина. Следовательно, славяне являются носителями одного из семейств индоевропейского языка.

Семья индоевропейских языков насчитывает 12 ветвей. Среди них выделена в особую, независимую от других, славянская ветвь языка. На славянском языке говорили и говорят сегодня Восточные, Южные и Западные славяне.

Поскольку нами установлено, что с доледникового периода и во времена оледенения (в эпоху верхнего палеолита) на территории Русской равнины жили славяне-русичи (европеоиды), то, естественно, язык общения у них мог быть только и только славянский. Третьего, в данном случае, не дано.

Таким образом, палеолитические стоянки, на которых жили племена славян-русичей, покрывали всю территорию Русской равнины. **Всё население русичей в эпоху палеолита жило в едином этнокультурном пространстве.**

Для населения русичей Русской равнины эпохи палеолита характерен **общинный** способ ведения хозяйства, т.е. у них был **общинногосударственный строй, а не рабовладельческий.**

Очевидно, проторусы, обладавшие равными с нами интеллектуальными способностями, создали на территории Русской равнины уникальную и неповторимую палеолитическую цивилизацию.

О древности Русских городов

Мы очертим круг наших изысканий только теми землями Русской равнины, на которых проживали и проживают Восточные славяне. Поскольку большая часть одной из величайших равнин планеты принадлежит Восточным славянам, то эту территорию, на которой создавалась нашими предками материально-хозяйственная и духовная культура, мы будем называть Русской равниной.

Мы не будем также разделять древний и современный народ русичей на белорусов, русских и украинцев. Это – единое славянское племя. Произошедшее в конце 20-го в. территориальное разделение и обособление украин-

цев, белорусов и русских в независимые государства – временное явление. Пройдёт совсем немного времени (5 – 7 лет) и Восточные славяне будут опять жить, как и встарь, в едином государстве, в родном Отечестве, имя которому «Россия».

Происхождение имён русских городов и деревень.

Оседлый образ жизни предполагает раскрытие в человеке его всесторонних возможностей. В таком случае, и это бесспорно, кочевой образ жизни не может способствовать обнаружению в человеке его многих созидательных начал.

Во второй книге «История для Русского юношества. Созидатели» в разделе «География проживания древних славян», опираясь на археологические, исторические, этнографические, антропологические и лингвистические исследования, мы определили, что, живя в любой эпохе, в разных местах планеты, древние славяне предпочитали вести оседлый образ жизни. Без сомнения, именно этот фактор обуславливал их необычайно высокий уровень материально-хозяйственной и духовной культуры по сравнению с соседними, кочевыми народами.

Серпы, найденные на многих древних стоянках русичей, есть свидетельство такого основного и характерного для славянского этноса вида занятий, как земледелие. Земледелие, как мы знаем, есть главное условие оседлого образа жизни народа.

«Выбор места проживания определялся многими факторами. При этом решающее значение имело наличие «угодий» - пашен, сенокосов, выгонов, лесных участков, мест ловли рыбы и т.п.» - пишет В. С. Бузин (1). Далее учёный продолжает: *«От удачности выбора места поселения зависела его долговременность, благодаря этому многие русские населённые пункты насчитывают многовековую историю».*

Способствовала развитию высокой культуры, естественно, и общинно-экономическая формация славян. Она предполагала социальное равенство между всеми членами общины. Иначе говоря, каждый член общины мог развивать свои способности в любой сфере деятельности. Но главное, при этом, оставалось умение трудиться на земле. Ведь славяне **- арии**, т.е. **землепашцы.**

В Части 3. второй книги «История для Русского юношества. Созидатели», «Палеолитические и более поздние стоянки древних русичей», мы определили, что многие древние культуры на территории Белоруссии, Украины и России обладают преемственностью. Поселившись тысячелетия назад в какой-либо местности, русичи, как правило, обживали эти места из поколения в поколение. Это была их Родина. Многие названия городов и деревень русичи связывали с географическими особенностями их расположения: Заболотье, Подберёза, Осиновка, Заречье, Ягодново, Прудники, Загатье, Чёрный бор и др. (Белоруссия).

Очень часто населённые пункты Древней Руси носили имена первопоселенцев или родоначальников: Словенск (Великий Новгород), Выборг, Из-

борск, Ярославль, Владимирец, Макаровичи, Родионовка, Сидоровка, Васильевка и др.

Иногда деревни и города получали имена от рода занятий жителей: Пильня, Лопатичи, Железники, Щитковичи, Соломовиевка, Глинное, Горники, Мельники, Рудня и др. (Белоруссия). Такие же наименования присущи русским и украинским поселениям.

Порой населённые пункты получали имена от обитателей лесов и рек: Ворони, Журавок, Малиновка, Орлянка, Мышицы, Бобры, Заужавье, Окунино-во, Козловщина, Ерши, Зубры, Лосевка, Барановичи, Дятловичи и др. (Белоруссия). Подобные наименования свойственны также русским и украинским городам и деревням.

По всей Русской равнине, не только на земле древних белорусов, мы обнаруживаем наименования городов и деревень, связанные с основателями славянских племён (родоначальниками), географическими особенностями местности, а также родом занятий русичей. Так проявляли русичи свою любовь и уважение к природе, к своему ремеслу, к родоначальникам: их имена оказались запечатленными на века в названиях тех городов и деревень, в которых они жили из поколения в поколение много-много сотен лет.

Город Руса и грек Пифей.

В 1075 г. выходит в свет труд Адама Бременского «Деяния священников Гамбургской церкви» (4). Из этой книги мы узнаём, что у Славян насчитывалось до 4 000 тысяч городов. В этот перечень входили города Западных, Южных и Восточных славян.

Но ещё до А. Бременского мы находим известие о русских городах у грека Пифея. В **320 г. до н.э.** в поисках таинственного острова Туле (Фуле) Пифей на корабле заходит в город Руса. Город Руса располагался в устье р. Неман, на правом его притоке – Русе, вблизи Венедийского (Балтийского) моря. *«Историки Скимн Хиосский и Холкокондила называют этот город Новой Русой»* - пишет Е.П. Савельев (13).

Вместе с тем, нам хорошо известен город Старая Русса, расположенный у озера Ильмень. По легенде Старая Русса основана князем Русом: *«Князь Рус, младший из братьев вместе с женой Порусией и дочерью Полистой оседает на землях близ озера Ильмень и строит город в своё имя – Руса»* - читаем в славянской легенде (летопись Иоакима) (12). Старая Русса, (более древнее название города - «Старая Русь»), была богатейшим промышленным центром: славяне снабжали всю Западную Европу солью, которая необычайно ценилась на древних чужеземных рынках, а также драгоценными мехами.

Но поскольку Новая Руса уже в **320 г. до н.э.** описывается Пифеем как цветущий торговый город, то, следовательно, Старая Русса (Старая Русь), основанная князем Русом, должна быть намного древнее Новой Русы. Возможно, время основания Старой Руссы совпадает с периодом потепления климата в Северо-Западной части Русской равнины, произошедшего после предыдущего оледенения планеты. В таком случае, можно предположить,

что князья Словен и Рус со своими родами появились здесь около 10-12 тысяч лет назад.

Мы думаем, что, продолжая древнюю традицию называть города в честь начальника рода, внуки и правнуки легендарного князя Руса, наименовали город в устье Немана, что на Балтийском (Венедийском) побережье, в честь своего предка – Русой. Но в отличие от Старой Руссы (Старой Руси), ей присвоили эпитет «Новой Русы».

Так или иначе, но нам необходимо признать, что города Старую Руссу (Старую Русь), также как и Новую Русу населяли потомки родословной ветви, произрастающей из родового ствола князя Руса.

Бесспорно одно, основание Старой Руссы (Старой Руси) на берегу озера Ильмень, также как и Новой Русы в устье р. Нёман, произошло за несколько сотен, а может и тысяч лет до н.э., и иноземцы к их строительству не имеют никакого отношения.

Великий Новгород и род Иванов.

Что касается Новгорода, то время его основания относят к **216 г. до н.э.** Греческий историк Птолемей в труде «Руководство по географии» пишет, что *«славянское племя Венетов, теснимое Готами, уступили им янтарные берега и подвинулись на северо-восток на берега о. Ильмень и р. Ловать. Здесь они основали города Новгород и Псков»* (16).

Это историческое свидетельство подтверждает и славянская легенда: *«Князь Словен, который родил сына Бастарна и Волхова, оставил Бастарна править на землях по Дунаю, а сам с другим сыном, Волховом, уходит на север и строит там Великий город. Словен нарекает город своим именем – Словенск»* (12).

Вместе с тем мы знаем, что древнейшее название Новгорода - Словенск. Очевидно, племя Венетов (Венеты-Ваны–Иваны - слова синонимы. (см. книга вторая, Часть 4. «Западные и Южные славяне в Древнем мире». Глава 2, п. 15), теснимое германцами со своих коренных земель на побережье Балтийского (Венедийского) моря, нашло радушный приём у своих родичей, потомков князя Словена. Венеты (Иваны), поселились в новом для себя городе – Словенске. С течением времени новое местожительство Иванов (Венетов) было превращено в название самого города: Новый город, т.е. Новгород.

Но ещё до прихода Иванов (Венетов), Словенск именовали также Велице град, т.е. Великий город. Читаем в летописи Иоакима: *«По устроении Великого града умре Словен князь, а после него владели сыновья его и внуки много сот лет»*. И ещё одно важное упоминание о Словенске, как Великом городе: *«А Вандал разгневался на них (князей Гордорика и Гунигара), все земли их от моря до моря себе покори и сыновьям своим вдаде. Он имел три сына: Избора, Владимира и Столпосвята. Каждому из них построен по единому граду, и в их имя нарече и всю землю им разделил, сам пребывал во Велице граде лета много. В старости глубокой умер, а град Великий и братьев во власть передал Избору»*- читаем в летописи Иоакима (12).

Надо полагать, что через некоторое время наименования «Великий город» и «Новгород» слились и образовали единый топонимический элемент: «Великий Новгород».

Вероятно, дата основания Великого Новгорода, также как и Старой Руссы (Старой Руси) может быть отнесена ко времени появления на этих землях легендарного князя Словена, брата Руса. Очевидно, Великий Новгород (Велице град-Словенск) возводили русские зодчие, поскольку, как мы установили по археологическим и историческим свидетельствам, коренным населением Северо-запада Русской равнины ещё со времён палеолита были племенные союзы русичей.

Такова история одного из древнейших городов нашего Отечества – Великого Новгорода.

Город Бельск и Средняя Азия.

А теперь мы остановимся в посёлке Бельске, что находится на берегу р. Ворсклы, притоке Днепра. В этом посёлке археологи открыли древний город, площадь которого является самой большой среди других древних городищ Европы (около 5 000 кв. км). Имя этому древнему городу – Гелонь. Именно этот город Славян ещё за **500 лет до н.э.** описывает Геродот в своей знаменитой «Истории» (11).

Геродот пишет: *«Будины – большое и многочисленное племя. Все они светлоглазые и рыжие. В их земле находится деревянный город под названием Гелон. Каждая сторона городской стены длиной в 30 стадий. Городская стена высокая и вся деревянная. Из дерева построены также дома и святилища»* (5).

Археологи в Гелоне нашли много кузниц, а также мастерские бронзолитейщиков, ювелиров и гончаров, святилища. Совершенно очевидно, что уже во времена Геродота, т.е. **500 лет до н.э.**, Гелон был процветающим городом с высокой материально-хозяйственной культурой.

В таком случае, когда же он был создан? Может быть его строительство связано со временем прибытия на эти земли легендарного князя Скифа? Ведь многие зарубежные хронисты древности территорию от Русского (Чёрного) моря до Скифского (Балтийского) называли «Великой Скифией»!

По этому поводу Е. И. Классен, наш русский историк, пишет: *«Если в то время Гелонь был уже славный, то построение его должно отнести, по всему вероятно, по крайней мере, к одному времени с Римом, если не ранее»* (8).

Настала пора вспомнить о том, что культура Бельского городища (Гелон) сходна с древней культурой Бактрии, расположенной за тысячи километров от Бельского посёлка, реки Ворсклы и Днепра. Бактрия находится в Средней Азии. Учёные археологи, открывшие древнюю Бактрию, пишут: *«Если оставить в стороне несколько большую грубость Бельской керамики по сравнению с джиты-асарской, то и форма, и фактура, и технологические особенности, и система орнаментации сосудов…поражает технологической и стилистической близостью (с Бактрийской), вопреки огромному расстоянию»* (7).

Бактрийская культура датируется **2 000 годом до н.э.** Нам известно, что когда-то здесь жило племя Венедов (Ванов), вытесненное затем тюркскими племенами на север. Поскольку культура Бельского городища (Полтавщина, Украина) по исследованиям учёных тождественна культуре Бактрийского (Среднеазиатского) городища, то, очевидно, и возраст этих двух славянских городов можно отнести к одному периоду.

В таком случае, город Гелонь существовал ещё в **2 000 году до н.э.** Значит, Гелонь (Бельск, Украина) является древнейшим городом восточной части Русской равнины и его возраст задокументирован историками и археологами.

Древность Киева и других городов русичей.

Киев, когда его в 839 г. осаждали хазары, оказывается, был уже укреплённым городом. *«Некоторые Византийские историки говорят, что **Киев** построен в 430 году, другие же утверждают, что он построен до Р. Х.»* - пишет Е. И. Классен (8).

Отметим также, что армянский историк Зенобий Глак описывает Киев в 7-м в., как цветущий ремесленный город, существовавший уже много столетий.

Как мы знаем, легендарные князья Словен, Скиф и Рус строили города, называя их в своё имя, или же именами сыновей. А теперь необходимо вспомнить, что легендарный князь Скиф имел четыре сына: **Кия**, **Хорева, Щека** и **Щита**. Мы полагаем, что город Киев был построен князем Скифом и назван им в честь старшего сына – Кия – **Киевом.**

Из славянской легенды о родословии славян мы знаем, что строительством городов занимались многие русские князья. Так князь Вандал построил города в честь сыновей Избора, Владимира и Столпосвята. Древний Изборск и поныне красуется на берегу Городищенского озера. К сожалению, города в честь Владимира и Столпосвята сегодня не удаётся точно определить на географической карте Руси.

Город Бярмы, в котором скрывался и потом умер князь Буривой, очевидно, был построен им самим.

Выборг был построен князем Гостомыслом: *«Гостомысл, победив варяг, град во имя старшего сына своего Выбора при мори построил, учинил с варягами мир и была тишина по всей земле»* - читаем в летописи Иоакима.

Надо сказать, что строительство городов на Руси русскими князьями являлось делом самым обычным. Для своего рода князья строили не только дома, где бы они могли жить со своими семьями, но и большие города. Как правило, это были города-крепости. В центре древнего города располагался кремль. Здесь же находилась башня-вежа, которая была последним прибежищем для горожан и посадских людей, а также выполнявшей функции обсерватории.

Традиция легендарных князей строить на Европейской части Русской равнины города существовала всегда. Вот и Пётр Великий является строителем одного из красивейших городов мира: Санкт-Петербурга. В его сиянии и славе померкла известность старинных русских городов Выборга, Пскова,

Изборска, Ладоги, Новгорода, Старой Русы. Но в те, далёкие от нас времена, эти города были неприступными крепостями, крупными административными, торговыми и ремесленными центрами, известными всему миру.

Отметим, что в первой русской столице Ладоге культурный слой, вскрытый археологами, датируется 770 годом. Это значит, что к 770 г. Ладога, несущая на себе имя славянской богини **Лады**, уже являлась одним из развитых культурных центров Восточных славян.

Бесспорно, к таким же городам, древним и значимым, необходимо отнести и другие города. Многие из старинных городов упоминаются в «Повести временных лет» под 907 годом.

Изучение названий древних русских городов убедительно свидетельствует об их принадлежности к славянскому языку. Перечислим некоторые из них: Белгород, Белоозеро, Вышгород, Коростень, Волынь, Новгород, Перемышль, Киев, Любеч, Полоцк, Переяславль, Псков, Руса, Смоленск, Чернигов, Ладога, Ростов, Туров, Выборг, Изборск и многие другие города.

Как видим, среди городов Руси мы не встретим их наименований на арабском, немецком, шведском, английском, французском, греческом, хазарском и прочих иностранных языках.

Очевидно, этот топонимический феномен свидетельствует о том, что строительство городов на Руси осуществлялось исключительно **русскими** зодчими, коренными жителями Европейской части Русской равнины, без какого-либо участия со стороны иноземцев. Русичи из поколения в поколение жили на одних и тех же местах. Тысячелетиями оставались неизменными названия рек, озёр и, конечно же, деревенек и тех городов, в которых жили-поживали наши предки.

Знаменитая своими древностями Волосовская культура, прослеживаемая археологами от р. Волхов до Камы, характеризуется своим главным строительным элементом: большими деревянными домами. Поселения, состоящие из нескольких десятков деревянных домов, были обнесены оборонительными сооружениями. Такие защитные строительные гнёзда поселений, археологи называют городами. В древних городах Волосовской культуры найдены многочисленные изделия из дерева: лодки, вёсла, ложки, ковши, лопаты, луки. Здесь жили русичи.

Возраст Волосовской культуры археологи относят к **2 870 – 2 770 годам до н.э.**

Следовательно, громадное пространство в направлении с северо-запада от р. Волхов на юго-восток до р. Камы в **2 870 г. до н.э.** Русская равнина была застроена многочисленными деревянными городами.

Следует обратить внимание на то, что древний город Гелонь (Бельск, Украина), в описании Геродота, по архитектурному стилю имеет полное сходство с городами Волосовской культуры.

В таком случае, мы полагаем, территорию Русской равнины, заселённой славянами-русичами, уже в **2 870 г. до н.э.** можно было называть «Страной деревянных городов».

Нашу Русскую землю чужеземцы так и называли: «**Царством городов**», что по- скандинавски звучит как *«Gaardarikr»* (Gaarda – города, rikr – царство). Множество городов и деревень, острогов (сторожевых крепостей), укреплённых и многолюдных, защищённых оборонительными рвами и валами, вызывали неизменное удивление соседей русичей: скандинавов, германцев, греков, арабов, татар, половцев. Причина изумления заключалась в том, что свои земли, чужеземцы не могли назвать «Царством городов», поскольку в их странах таковых было мало или же и вовсе не существовало. Так германский историк Тацит (60-й год н.э.) говорит, что *«…германцы не знают ещё городов; Славяне же строят прочные деревянные дома и укреплённые города для обороны от неприятелей»* (11).

Историк Е. И. Классен приводит интересные данные о городах русичей. Он пишет: *«Бужане имели 231 город, Воляне 70 городов, Нареване 78 городов и Оуличи 318 городов»* (8).

По-видимому, не напрасно Древнюю Русь называли «Царством городов»: наши предки действительно были непревзойдёнными мастерами при возведении многочисленных городов на обширных пространствах Европейской части Русской равнины.

Нами выяснено, что, ведя оседлый образ жизни, древние племена славян в **5 – 3 тысячелетии до н.э**. в Сибири тоже строили деревянные дома. В таких же срубных домах предпочитали жить и древние Западные славяне. Разумеется, основным видом жилья у древних Южных славян были также деревянные жилища. Восточные славяне, как мы определили, не отставали от своих родичей в искусстве деревянного зодчества.

«Мы от рода русского…»

В природе вещей существует один документ, который в письменном виде зарегистрировал древнюю дату существования Русского государства. Речь идёт о Договоре Вещего Олега с греками 911 г.

Договор между Централизованным Федеративным Русским государством и Византией 911 (6419 г.) является древнейшим и единственным в мире дипломатическим, юридическим и литературным документом русичей, существующим в оригинале, а не в копии (как, к примеру, текст «Слова о полку Игореве», датируемый 12 в.). Договор засвидетельствовал наличие Международного, Гражданского и Уголовного права, действующего во всех без исключения славянских племенных союзах и на всей территории Русского государства. Автором Договора 911 (6419 г.) являлось общинное сообщество Русского государства: предки нынешних белорусов, русичей и украинцев. Статьи Договора свидетельствуют о самобытности, древности и абсолютной независимости юридических законов, принадлежащих исключительно русичам.

Этот замечательный документ официально зарегистрировал жизнь нашего государства в течение нескольких тысячелетий. Договор подписан «Месяца сентября 2, в лето создания мира в 6419 г.». Таким образом, уже к

911 г. Русское государство прошло путь своего развития, измеряемый 6 419 годами: 6 419 лет осознания себя как централизованного, с развитой системой судебного и международного права, государством.

Сейчас Россия живёт в 2010 г., иначе говоря, мы живём в 7 518 г. от создания мира. Нашей любимой Родине исполнилось 7518 лет, то есть русичи живут в **древнейшем государстве мира!**

Выводы.

1. Данные археологии устанавливают существование городов на Русской равнине в **2 870 г. до н.э.** (Волосовская культура), располагавшихся на пространстве от р. Волхов до р. Камы.

2. Одним из древнейших городов Руси является Гелонь, существовавший ещё в **2 000 году до н.э. (**Исторические и археологические свидетельства). На его территории и поныне живут русичи, потомки древних гелонцев (Бельск, Украина).

3. Жизнь и расцвет Великого Новгорода, Пскова, Старой Русы, Новой Русы относится к периоду **2-й половины 1-го тысячелетия до н.э.**

4. Есть все основания отнести к вышеуказанному периоду и строительство города Киева.

5. Старейшие города Руси вырастали на основе предшествовавших им укреплённых поселений славян.

6. Города Русской равнины являлись центрами русской государственности и культуры.

Бесстрастный язык научных данных говорит о том, что ещё со времён палеолита на Русской равнине жил и продолжает жить народ русичей, из века в век, не покладая рук, создающий культурные ценности.

На Русской равнине, как свидетельствуют документы, уже **7 518 лет существует одна из древнейших цивилизаций мира: Русская цивилизация.**

Как известно, Русская равнина находится на самой древней геологической платформе Земли – Русской плите (её возраст – 3, 5 млрд. лет). Русская плита обладает бесценным геологическим качеством – геологической стабильностью. Мы полагаем, что такой же вечностью и неизменной устойчивостью, как геологическая Русская плита, обладает и наше государство Русская земля, народ которого (Русичи) уверенно прокладывает дорогу в будущее **Общинное государство для всего человечества.**

Использованная литература.

1.Бузин В. С. «Этнография русских» (СПб, 2007 г.)
2. Борисковский П. И. «Советская этнография» вып. 1. (М., 1955 г.).
3. Б. С. Э. Т. 23 (М., 1953 г.)
4. Адам Бременский (В кн. Свердлова М. Б. «Латиноязычные источники по истории Древней Руси» М., - Л., 1989 г.).
5. Геродот «История» (М., 1888 г.).
6. «Древности Белоруссии» (Минск, 1969 г.).
7. «История материальной культуры Узбекистана» (Уз. ССР, 1969 г.)

8. Классен Е. И. «Древнейшая история Славян и Славяно-Руссов до Рюриковского времени» (М., 2008 г.)
9. Рогачёв П. Н. «Погребения древнекаменного века на стоянке Костёнки» («Советская этнография» вып. 1. М., 1955 г.)
10. Рогачёв П. Н. «Восточнославянские племена» (М., 1953 г.).
11. Тацит «О происхождении германцев и местоположении Германии» (М., 1969 г.)
12. Татищев В. Н. «История Российская» (СПб, 1768 г.)
13. Савельев Е. П. «История. Казаки» (Новочеркасск, 1915 г.)
14. Фролов Б. А. «О чём рассказала Сибирская мадонна» (М., 1981 г.).
15. Фрадкин Э. Е. «Полиэйконическая скульптура из верхнепалеолитической стоянки Костёнки» («Советская этнография» № 1. М., 1968 г.)
16. «Хрестоматия по истории России с древнейших времён до 1618 г.» (Казань, 2004 г.).

В.В. Ложко

УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ ЖИЗНИ – СТРАТЕГИЧЕСКАЯ ОСНОВА ФОРМИРОВАНИЯ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО КАПИТАЛА РЕГИОНОВ РОССИИ

Санкт-Петербургский институт управления развитием человеческих ресурсов

Сегодня наиболее **важно использовать глубинный механизм целевого оциально-сэкономического развития, который может быть заложен в формирование состояния нации через создание нового качества и количества человеческого капитала, величина которого пока преобладает в составе национального богатства России. Очевидными характеристиками его реального состояния и основополагающими приоритетами стратегического развития являются качество жизни и здоровье населения страны.** Повышение этих характеристик и представляет собой главную стратегическую цель, как государственного управления, так и социально-экономического развития страны и ее регионов, является безальтернативным путем выхода России из демографической катастрофы. Современные новые знания и применение системного подхода позволяют сформулировать **базисный инновационный приоритет «создание государственной системы обеспечения качества жизни и здоровья населения»[35] как стратегическую основу формирования нового качества и количества человеческого**

[35] Ложко В.В. Базисные инновации для перспективного социально-экономического развития России.// Инновации, 2007, № 1, с. 41.; Ложко В.В. Факторы стратегического развития социально-экономической системы региона. // Перспективы устойчивого и сбалансированного развития Северо-Запада России. Сборник докладов и тезисов межрегиональной научно-практической конференции. – СПб., 2007. С. 96 - 102.

капитала. Такая система, наконец, станет отвечать ожиданиям и потребностям населения страны. Таким образом, можно подойти к новой модели жизнеустройства населения и государственного управления принципиально иного, чем ранее вида, качества, функциональных проявлений и эффекта.

Главными критериями эффективности государственной и в частности социально-экономической политики должны стать конкретные результаты позитивного изменения здоровья нации, увеличения продолжительности и обеспечения достойного качества жизни населения.

Признание на государственном уровне достойного качества жизни и здоровья народа главной ценностью, основополагающей целью и одним из основных критериев социально-экономической зрелости, национальной культуры и эффективности управления страной становится объективной необходимостью. Этот концептуальный подход должен быть положен в основу деятельности всех государственных органов власти в качестве ключевого приоритета долговременной стратегии для решения проблем национального развития и безопасности России.

Очевидной стала **необходимость реализации главных принципов перспективной государственной политики:**

человек, его достойное качество жизни и реализация его конституционного права на здоровье – генеральная цель развития государства;

создание нового качества и количества человеческого капитала как главной составляющей национального богатства и ресурса общества – основное средство и условие государственного развития;

целевое системное формирование качества молодежной популяции и всего подрастающего поколения – основной ресурс перспективного роста человеческого капитала.

Базисной национальной инновацией, позволяющей повысить качество жизни и здоровье населения, добиться роста человеческого капитала и существенным образом позитивно изменить процесс социально-экономического развития страны, является создание государственной системы обеспечения качества жизни и здоровья населения Российской Федерации. Для этого необходима разработка и реализация соответствующей долгосрочной Федеральной программы и региональных программ в субъектах Российской Федерации.

Цель программы: создание и развитие в Российской Федерации политических, научных, правовых, нормативных, институциональных, социальных и экономических основ достойного качества жизни и здоровья нации, как стратегических базисных факторов качественного и количественного роста человеческого капитала.

Протоиерей ***Владимир Рождественский***

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРАВОСЛАВНОГО ВОСПИТАНИЯ И БЕЗОПАСНОСТИ НРАВСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ УЧАЩИХСЯ В РЕАЛИЯХ СОВРЕМЕННОЙ РОССИЙСКОЙ ШКОЛЫ

Санкт-Петербургская Православная Духовная Семинария

В этом году исполняется ровно 10 лет после окончания судебного процесса, длившегося два года, всколыхнувшего всю православную общественность Санкт-Петербурга и получившего резонанс по всей России. Поводом для этого процесса явилось исковое заявление, поданное родителями одной из петербургских школьниц. Тогда в российские школы активно внедрялся проект «Половое воспитание российских школьников». Педагоги – секс-просветители – под патронажем Российской ассоциации планирования семьи (РАПС) проводили занятия на уроках биологии, ОБЖ, валеологии по так называемой программе «Изменения».

Это судебное разбирательство потребовало от родителей больших физических и, прежде всего, моральных сил. Заседания суда неоднократно откладывались. Школа пыталась выдвинуть встречный иск. Так что с момента принятия искового заявления и до вынесения решения прошло около двух лет.

По благословению владыки ректора СПбДАиС я присутствовал на этом суде в качестве представителя верующих истцов-родителей и для дачи экспертного заключения, в котором необходимо было отразить позицию Церкви согласно Священному Писанию – Библии по данному вопросу и отметить традиции русской культуры, православной культуры, традиции народов, населяющих Россию.

В конце концов, суд вынес решение о запрете школе осуществлять в отношении конкретной школьницы имярек образовательные мероприятия, связанные с половым просвещением, без предварительного согласия её родителей. Что касается остальных детей, то, как нам объяснили, суд не мог вынести решение в отношении неопределённого круга лиц.

Итак, что изменилось за эти 10 лет в наших школах? И существуют ли какие-либо проблемы и ограничения по данному вопросу? Стало ли данное «просвещение» в наших школах открытым и обязательным, как в западных странах? Или оно стало завуалированным и скрытым от суда общественности и тем более от судов гражданских? Или же, если судебных исков нет, то и проблемы как таковой не существует и, стало быть, нравственному здоровью подрастающего поколения ничто не угрожает?

Прежде чем ответить на поставленные вопросы, отметим некоторые особенности православной системы воспитания, касающиеся здорового образа жизни и нравственного здоровья. Русское слово «нравственность» происходит от существительного «нрав», т.е. обычай. Это слово указывает на устойчивость, на постоянство чувств. В нашем народе всегда существовала устойчивая, постоянная, единая точка отсчёта – христианские ценности. Общая нравственная атмосфера в России испокон веков вовсе не требовала никакого специального полового воспитания. Она щадила неокрепшую психику подростка, поощряла стыдливость и целомудрие. Именно в семье родители

давали детям знания о святости брака, о цели и предназначении мужчины и женщины в продолжение не только жизни (рода), но и веры.

Стыд – одна из главных нравственных категорий, если говорить о народном понимании нравственности. Понятие это в одном ряду с честью и совестью. Стыдливость в любом возрасте, начиная с самого раннего, украшала человеческую личность, помогала выстоять под напором соблазнов. Особенно нужна была стыдливость в пору физического созревания. Похоть спокойно обуздывалась стыдом, оставляя в нравственной чистоте даже духовно неокрепшего подростка. И для этого народу не нужны были особые программы.

Чёткие нормы поведения для разных случаев создавали основу для самодисциплины, исключали вседозволенность, которую провозглашают сегодня под видом полного «освобождения» личности. Но уместно спросить: освобождения от чего? От нравственных устоев, облагораживающих и обогащающих личность? Освобождения от страха Божия, чтобы забыл человек, что создан Богом по образу Его, потерял этот образ и превратился в скотину, удовлетворяющую свою похоть с «партнёром».

Совесть человека, его внутренний самоконтроль всегда были на Руси регуляторами его жизни. Настойчивым всегда было требование целомудрия, под которым понималось соблюдение понятных и современному человеку требований: верности, спокойствия, умерения страстей, недопустимости прелюбодеяния и т.д. Не только аскетическая жизнь в монастыре, но и целомудренная в браке всегда рассматривались как пути спасения души.

Феномен «загадочной русской души», который пытались разгадать многие «социопсихологи» включает в себя, в частности, исключительную сосредоточенность на «духовном», отвержение всего «чувственного», «плотского».

На Руси больше тысячи лет Церковь духовно готовит мальчиков и девочек стать отцами и матерями, создать семью как малую Церковь. Душевное и телесное здравие человека, безусловно, связаны между собой. Человек – существо сложное: это не только физический состав, но и душа, которая, в свою очередь, имеет свои источники питания. «Не хлебом единым жив будет человек…» (Втор.8.3; Мф.4.4). Душа является инстанцией духовного мира, т.е. связана с Богом, с миром Ангелов и святых. Вместе с тем, на неё действует тёмный духовный мир, мир падший, влекущий душу к греху. И состояние души неизбежно отражается на состоянии тела. Языческая формула «В здоровом теле – здоровый дух», как показывает жизнь, не срабатывает. Сколько мы встречаем сегодня физически здоровых, натренированных в фитнессклубах, играющих бицепсами духовных трупов. В их «здоровых телах» дух агрессии, хамства, гордыни, злобы.

Трудно сегодня воспитать здорового ребёнка, здорового и телесно, и душевно. Однако трудности воспитания, прежде всего, связаны с теми целями, которые родители ставят перед собой. Одни хотят видеть своих детей сильными физически; другие – чтобы в их детях проявились необыкновен-

ные таланты: научные, творческие и т.д.; третьи – просто ограничились заботой одеть и накормить, переложив воспитание только на школу.

Но не таковы чаяния православных родителей. Библия говорит: «Ищите же прежде Царствия Божия и правды Его, и всё… приложится вам» (Мф.6,33). Господь же не говорит, что отнимутся эти таланты: если их Господь дал – приложатся. Но верующие родители, воспитывая своих детей, хотят, прежде всего, спасения их душ, хотят научить детей любить Бога и ближнего, и тогда, с какими бы трудностями те впоследствии ни столкнулись, они сохранят незапятнанными свои души. Ибо говорит Господь: «Не войдёт в Царство Небесное ничто нечистое» (Откр.21,27).

Главное, если вкратце определить суть национальной православной и не только православной системы воспитания, - это стремление ввести ребёнка во взрослую жизнь вратами послушания, воздержания и целомудрия, которые впоследствии дадут ему возможность самостоятельно противостоять злу вне и внутри себя. Такое воспитание научит ребёнка правильно ориентироваться в мире, правильно строить отношения с людьми, правильно относиться к себе и к своему телу, ибо тело является храмом для души, и содержать этот храм должно подобающим образом. Библия говорит: «Не знаете ли, что тела ваши суть храм живущего в вас Святого Духа, Которого имеете вы от Бога?» (1Кор.6,19).

Здоровый образ жизни в православной системе воспитания включает в себя:

- добродетельную жизнь с молитвой, верой и любовью к Богу и ближним;
- меру во всём;
- душевный мир;
- умеренное питание с посильным ограничением (пост);
- физический труд, одухотворённый и соответствующий возможностям человека;
- послушание.

Православную семью называют «малой Церковью». В этой семье говорят ребёнку, что есть блуд, потому что читают Писание. А в Библии ясно сказано: « блудники … Царства Божия …не наследуют» (1Кор.6.9).

В православной семье научают относиться к собственному телу и к телу ближнего не просто с уважением, а с благоговением, как к храму, в котором обитает Дух Святой.

Русская школа, семья, Церковь воспитывали детей в целомудрии. Целомудрие – это полная мудрость, насколько умственная, настолько же и нравственная. Целомудренный – целый и мудрый. Целый – т.е. здоровый. В Библии под целомудрием подразумевается чистота от всякой плотской греховной скверны, а также здравие ума и души. А не только плоти.

Целомудрие – это то, что оберегает дух человека от погружения его в плоть, это самосохранение человеческого духа, без чего человек становится плотским, животным с исключительно репродуктивными функциями, теряет

всё человеческое.

Противоположным целомудрию является состояние развращённости, развороченности души. В случае полового просвещения ребёнка этот нетронутый, целинный пласт личности можно разворотить, вывернуть наружу низменные потребности и похоти плоти, а душу завалить, подавить плотским, страстным, греховным.

К сожалению, в реалиях современной российской школы – под благими намерениями противодействия пристрастия к наркотикам, алкоголю и табаку – через общественные и международные организации, могут использоваться противоестественные для православной и национальной традиции методики и программы. Множество организаций планирования семьи, анти-СПИДа, неправительственных организаций через систему здравоохранения организовывают так называемые молодёжные консультации, в которых под видом «профилактики ВИЧ-инфекции» молодёжи прививается распущенность и вседозволенность, ранние половые связи. Подростки и молодёжь с неокрепшей психикой описания «безопасного секса» воспринимают как рекламу секса, подкрепляющую естественный для этого возраста интерес к нему. Вдумаемся в термин «безопасный» т.е. нет никакой опасности, ни духовной, ни нравственной. Никакой ответственности брать на себя не придётся. В итоге, это ведёт к отсутствию восприятия семейных ценностей и неприятию верности любимому человеку. Молодёжь фактически убеждают: дети – это обуза, главное в жизни – наслаждение, в первую очередь, сексуальное. Половая распущенность, закреплённая в раннем возрасте в сознании ребёнка как устойчивая доминанта, не допускает превращения юных людей в граждан, оберегающих семью, общество и государство.

Фармацевтические компании, финансирующие такие программы, имеют свои интересы прибыли, и их широкомасштабная деятельность в системе здравоохранения и в системе образования противоречат политике государства, направленной на охрану здоровья молодёжи, на охрану семьи, противоречат демографической политике государства.

В одном из своих выступлений губернатор Санкт-Петербурга В.И.Матвиенко, касаясь данной проблемы, заявила: «Давайте с Патриархией и конфессиями будем работать. Это моральный аспект, где Церковь может сыграть роль в профилактике». Безусловно, это шаг в правильном направлении. В молодёжных центрах должны работать не волонтёры организаций и ассоциаций, прикормленных фармацевтической сетью, не врачи с рецептурной подработкой, пропагандирующие идеологию антисемьи, а специалисты с гражданской позицией, которые расскажут, что СПИД – это не просто болезнь, а образ жизни, что презервативы не защищают от инфекций (и специалисты это знают), что фармацевтические компании, рекламирующие контрацептивы, скрывают побочные дествия препаратов.

В настоящее время в школах введено преподавание «Основ православной культуры». Эта культура как раз и включает в себя те особенности, о которых говорилось выше. И если целые классы после урока по основам на-

шей культуры, снимая с занятий, поведут в, так называемые, молодёжные консультации с их набором определённых «услуг и информации», то в результате такого «комплексного просвещения» мы получим закоренелых циников.

И не надо обвинять нас в отсталости, консерватизме и ретроградстве. Хочу закончить своё выступление словами известного современного творческого деятеля: «Человек с устойчивой психикой и здравым рассудком, как правило, консервативен. Он хочет жить и умирать так, как жили и умирали его отцы и деды».

Ю.И. Строев, Л.П. Чурилов, И.Г. Васильев

БЛОКАДА ЛЕНИНГРАДА И ЗДОРОВЬЕ ПОЖИЛЫХ И СТАРЫХ «БЛОКАДНИКОВ»

Санкт-Петербургский государственный университет,
Медицинский факультет

«Да, жизнь – это для меня понятие коллективное»
Н.И. Пирогов

Сегодня мир включается в глобальный процесс преждевременного постарения, причинённый совокупностью экологических, генетических, патологических и социальных факторов [1]. Один важный фактор уникален для Санкт-Петербурга: это — 900-дневная блокада Ленинграда во время 2-й мировой войны, которая была социальным экспериментом беспримерного масштаба и жестокости. В течение почти 2,5 лет население большого европейского города сопротивлялось нацистским захватчикам в условиях полного окружения, под постоянным воздействием голода, холода, при ежедневных артобстрелах и бомбёжках, переживая гибель родственников и друзей. Но борьба за жизнь не прекращалась. Ради жизни жители блокадного Ленинграда терпели и переносили нечеловеческие страдания.

Н.И. Пирогов считал, что «жизнь — это осмысленная, безгранично действующая сила, управляющая всеми свойствами вещества (то есть его силами), стремясь при том непрерывно к достижению известной цели — осуществлению и поддержке бытия. Действительно, в живом организме, как и во всем живом мире, все отправления, все функции направлены к тому, чтобы сохранить бытие и противодействовать разрушению; ошибка, или лучше недомолвка, этого определения — только в том, что не отправления организма сами по себе стремятся и более или менее достигают этой цели, а другое, руководящее их начало, осмысленное, то есть стремящееся к цели и делающее все функции организма целесообразными – сила жизни» [2].

Главным патогенным фактором блокады был голод. Длительное голодание в детстве и отрочестве может предопределить время начала и специфику развития или тяжесть многих заболеваний [3], таких как атеросклероз, сахарный

диабет, тучность, артериальная гипертензия, метаболический синдром, почечная недостаточность и др. [4]. Население осажденного города страдало от тяжелой алиментарной дистрофии («ленинградской болезни»), от полигиповитаминозов (в основном — от цинги и пеллагры). Смертность драматически возросла. Её индексы составили 15,9:1000 в 1939 и 389,8:1000 (!) — в 1942 [5]. Коэффициент младенческой смертности в 1942 был 50,9%! Свыше 50% из голодавших пациентов страдали резким повышением артериального давления, что можно отнести к последствиям тяжелого хронического стресса. Артериальная гипертензия быстро развилась и охватила очень большой контингент не только пожилых, но и молодых людей. В литературе это известно как «эпидемия блокадной гипертонии». В 1942 году больницы Ленинграда наполовину были заполнены такими больными. Поразительно высокое давление крови было у истощенных, худых людей. В дни прорыва блокады, когда радость охватила жителей города, давление крови у многих из них стало снижаться и стало значительно ниже уже через несколько дней после блокады [6].

Социальные условия в осажденном городе не только изменили состояние здоровья детей и подростков, но причинили глубокий эпигеномный отпечаток, влияя на последующее качество жизни и здоровье выживших. В виду этого с 1989 года все дети блокадного Ленинграда получили официальный статус «блокадников».

По данным Л.П. Хорошининой [4], перенесшие блокаду мужчины умирали в возрасте 63,4±0,3 года, а перенесшие блокаду женщины — в возрасте 65±0,4 года (в основном от сердечно-сосудистых заболеваний), что ниже, чем средние национальные данные. У бывших «блокадников» было достоверное увеличение осложненных форм атеросклероза аорты, коронарных и мозговых (особенно у мужчин) артерий. У мужчин, переживших блокаду в возрасте до 11 лет, чаще регистрировались инфаркты миокарда, инсульты. Для «блокадниц»-женщин характерным было более частое развитие сахарного диабета. У «блокадников» в 2 раза чаще диагностировалась эссенциальная гипертензия, особенно у женщин, переживших блокаду в возрасте до 11 лет. Индекс массы тела у «блокадников» был достоверно ниже, чем у не испытавших блокады их сверстников. Наша практика показала в этой группе более низкую частоту нарушений функций щитовидной железы. Это тем более интересно в свете экспериментальных данных об «экономном» ответе организма на голодание, выражающемся в повышении образования малоактивного реверс-трийодтиронина и замедлении активирующего дейодирования тироксина.

В 2000 г. для «блокадников» был создан лечебно-диагностический и научный центр (больница № 46 св. Евгении), являющийся одной из клинических баз Медицинского факультета нашего университета. Согласно опросам, проведенным этим центром, историям болезни и амбулаторным картам его пациентов, большинство «блокадников» начало трудную карьеру очень рано, с 16—20 лет. У них раньше дебютировали хронические заболевания, что предопределило более ранний уход на пенсию и инвалидность. К настоящему

времени только 9% из «блокадников» сами оценивают свое здоровье как «хорошее или очень хорошее». Почти 30% их внуков уже имеют хронические заболевания.

С 1946 г. в Санкт-Петербурге функционирует «Госпиталь для ветеранов войн» на 1100 коек. Это крупнейший городской многопрофильный стационар для лечения инвалидов, участников войн и для «блокадников». В нем ежегодно получают бесплатную медицинскую помощь 27000 пациентов («блокадники» составляют почти 20%). Госпиталь поддерживает и развивает деловые контакты с учреждениями Великобритании, Германии, Нидерландов, Норвегии. В 1997 г. по распоряжению губернатора Санкт-Петербурга был образован Городской гериатрический (медико-социальный) центр — первое в городе и стране учреждение для оказания специализированной, долговременной медико-социальной помощи пожилым людям, страдающим инвалидизирующими заболеваниями. На его базе работает клуб «Геронт», где одинокие пожилые люди могут общаться в неформальной обстановке.

В Санкт-Петербурге существуют общественные организации — «Дети блокады—900» и «Международная ассоциация блокадников». Члены этих обществ получают материальную и лекарственную помощь. «Блокадники» в России имеет ряд социальных льгот, обеспечиваются участком земли за городом и более качественным жильем, получают продовольственные и вещевые наборы, бесплатные юридические консультации, льготные приглашения на спектакли и концерты, имеют широкие социальные связи. Они состоят на диспансерном учете в поликлиниках по месту жительства, имеют право на бесплатное получение лекарственных препаратов по списку-формуляру. Однако в группе «блокадников» отмечено достоверно большее количество семей, имеющих низкий или крайне низкий совокупный доход. Такой вид увлечений, как путешествия и коллекционирование, для большинства из них недоступен.

Более 40 000 граждан награждено «Медалью за оборону Ленинграда», 150 000 имеют почетный знак: «Житель блокадного Ленинграда», 270 000 ветеранов второй мировой войны, включая 4000 из числа блокадников, живущих за рубежом, удостоены «Медали к 65-й годовщине Победы». Все они ежемесячно получают специальные добавки к пенсии. Так, гражданин, награжденный знаком «Житель блокадного Ленинграда» получает минимальную пенсию размером 10—12 тыс. рублей, а максимальную — около 15—17 тыс. рублей, что зависит от возраста: если ему старше 80 лет, то добавляется еще страховая часть пенсии. Если гражданин является одновременно ветераном войны и обладает знаком «Житель блокадного Ленинграда», то его пенсия составляет от 20 до 25 тыс. рублей. Если гражданин имеет удостоверение «Труженик тыла», то его пенсия составляет в среднем от 10 до 12 тыс. рублей. Санкт-Петербург стал первым регионом, который в полном объеме выполнил указ президента России о предоставлении отдельных квартир ветеранам и «блокадникам». К концу 2010 года Санкт-Петербург, по планам мэрии, должен стать первым городом России, предоставляющим всем ветеранам и

«блокадникам» бесплатные квартиры. До конца 2010 года такие квартиры получит почти тысяча петербуржцев-«блокадников». В Санкт-Петербурге будут созданы памятники — «Героическим женщинам Великой Отечественной войны» и «Детям войны».

В мае 2010 г. в Санкт-Петербурге прошел XIX съезд Международной ассоциации общественных организаций «блокадников» города-героя Ленинграда. На нем присутствовало более 130 делегатов из Петербурга, городов России, Латвии, Эстонии, Молдовы, Украины, Белоруссии, Казахстана, США, Израиля, которые обсудили вопросы социального положения «блокадников», сохранения памяти о блокаде, приняли участи в торжественно-траурной церемонии на Пискаревском мемориальном кладбище и в шествии ветеранов по Невскому проспекту.

Литература:

1. Хавинсон В.Х., Коновалов С.С. Избранные лекции по геронтологии. — СПб.: ИЗД-ВО "ПРАЙМ-ЕВРОЗНАК", 2009.
2. Пирогов Н.И. Вопросы жизни. Дневник старого врача. — СПб.: ВМедА, 2008.— 392 с.
3. Зайчик А.Ш., Чурилов Л.П. Патохимия (эндокринно-метаболические нарушения). Учебник для студентов медицинских вузов. Изд. 3-е, доп. и испр. — СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2007. — С. 31—54.
4. Хорошинина Л.П. Голодание в детстве как причина болезней в старости (на примере малолетних жителей блокированного Ленинграда). — СПб, 2002. — 184 с.
5. Дзенискевич А. Р. Блокада и политика. Оборона Ленинграда в политической конъюнктуре. — СПб.: "Нестор", 1998.
6. Мясников А.Л. Гипертоническая болезнь и атеросклероз. — М.: «Медицина», 1965. — С. 54-55.

Оглавление

Предисловие …….. 7

Раздел **I. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И СМЕРТНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ**

Ачкасов Е.Е.

Оздоровление нации через духовное здоровье ……. 9

Н.П. Бабушкина, Е.В. Волкова

Проблемы здоровья студентов Уральского региона …… 13

А.В. Воронцов

Здравоохранение и его роль в воспроизводстве населения: статистико-социологичесекий анализ …… 15

Гладченко Ю.Л., Сердюков А.Г., Гладченко А.Ю.

Токсикологическая ситуация в Астраханской области – состояние и тенденции **.....** 23

Г.И. Григорьев

Соработничество церкви и медицины в исцелении от пьянства и наркомании – реальный вклад в сохранение здоровья народа России **.....** 25

Захаренков В.В., Виблая И.В., Олещенко А.М.

Динамическая оценка численности населения трудоспособного возраста **.....** 27

Куликов Л.В.

Влияние СМИ на общественное настроение в России …….. 28

Молчанова Л.Ф., Попов А.В.

Уровень качества жизни населения Удмуртской республики 29

В.Х. Манеров

О состоянии совести современных молодых людей в России 30

Москаленко В.Ф., Грузева Т.С., Галиенко Л.И., Иншакова А.В.

Предотвратимая смертность как приоритетная проблема общественного здоровья **.....** 31

Москаленко В.Ф., Грузева Т.С.

Урбанизация как глобальная проблема общественного здоровья ……... 32

Москаленко В.Ф.

Современные вызовы и риски для общественного здоровья в XXI столетии **.....** 33

Паскарь Н.А.

Медико-социальные аспекты сердечно-сосудистых заболеваний **.....** 34

Посохова С. Т.

Адаптационный потенциал личности **……** 35

Ходырева Н.В.
Психологические программы по снижению рискогенного поведения у мужчин **……..** 40
О.Н.Худякова
Возрождение духовности как показатель развития общества 41
Р.Р. Шаяхметова
Особенности заболеваемости населения Республики Башкортостан ……. 42
Шингаев С.М.
Здоровый образ жизни и менеджер ……. 44

Раздел II. ПРОБЛЕМЫ ВОСПРОИЗВОДСТВА НАСЕЛЕНИЯ В СТРАНЕ

2.1.Актуальные вопросы акушерства и гинекологии

А.Г. Дедуль
Роль хронического пиелонефрита в развитии симфизиопатии у беременных в III триместре ……. 45
Дзугаева М.Б., Ниаури Д.А., Джемлиханова Л.Х.
Алгоритм диагностики синдрома лютеинизации неовулировавшего фолликула у больных с бесплодием ……. 46
Зданевич М.С., Доронин Г.Л., Курчишвили В.И.
Влияние неоадъювантной терапии на результаты оперативного вмешательства у больных лейомиомой матки …….. 47
Левитина Е.В., Шишкин А.Н., Ниаури Д.А.
Микроальбуминурия как предиктор развития осложнений у беременных с метаболическим синдромом ……. 48
А. В. Малушко
Особенности осложнений родов у пациенток, имевших микотический вагинит во время беременности ……. 49
Усольцева Е.О.
Особенности течения беременности и исход для плода у женщин с выявленным в родах мекониальным окрашиванием околоплодных вод ……. 50

2.2. Некоторые аспекты детской заболеваемости

Абросимова М.Ю.
Информированность молодежи о различных аспектах сексуальных отшошений ……... 51
С. А. Власов
Ответственность младших подростков за своё здоровье …….. 52
М.Г. Дашина, Т.А. Акопян
Исследование психических процессов у детей школьного возраста при проведении медико-социальной экспертизы в бюро соматического профиля ……... 53

Дунаев С.М.
эпидемиология острых лейкозов у детей в Удмуртской Республике …….. 54
Карасев Д.Ю., Кетоев К.Э.
Динамика показателей физического развития и физической подготовленности дошкольников 5-7 лет в условиях ДОУ …. 55
Клячкина Н.Л.
Профессиональная подготовка организаторов детского движения ……. 56
Лобзин Ю.В., Скрипченко Н.В.
Управляемые нейроинфекции у детей: миф или реальность? 58
Мальцева О. В.
Педагогическая роль ежегодного марафона «Твори добро» … 59
Моисеева О.В.
Работа с детьми и подростками из групп риска по туберкулезу ……. 61
Нежкина Н.Н., Кулигин О.В., Чистякова Ю.В., Нежкина А.И.
Новые технологии физической реабилитации детей с учетом индивидуальных особенностей вегетативного гомеостаза …. 62
Е.А. Пантюшина, А.П. Канина, П.В. Чернядьев, А.В. Катаев
Витаминная обеспеченность рациона питания и здоровье детей раннего возраста ……. 63
Скрипченко Н.В, Иванова Г.П., Трофимова Т.Н., Команцев В.Н., Иванова М.В., Савина М.В., Вильниц А.А., Пульман Н.Ф., Горелик Е.Ю., Иващенко И.А.
Диссеминированные лейкоэнцефалиты и рассеянный склероз у детей: причинно-следственные связи …… 64
М.Г.Соколова, Л.А.Полякова
Краниовертебральные аномалии у подростков с перинатальной энцефалопатией …….. 65
Эрман М.В.
Инфекция мочевой системы у детей. Принципы терапии 66
Эрман М.В.
Гормонорезистентный нефротический синдром 72
2.3. Пути практической работы по снижению частоты абортов вплоть до их прекращения (Опыт международного и российского пролайф-движения)
Баранов Д.С.
Межрегиональная акция «Россия без абортов — 2010»: опыт организации и проведения …….. 77
Воробьёв М.О.
Должно ли убийство преследоваться по закону? ……. 81

Воробьёв М.О.
Опыт построения православного пролайф-объединения на примере инициативной группы «Азбука веры - Омега» ….. 83
Священник **Либор Серафим Галик**
Христиане чешского города Брно — против детоубийств ….. 87
Длужневская Г.С.
Реализация социального проекта «Мама, подари мне жизнь!» 89
Евлашева О.А.
„Выбери жизнь!“: случай из практики врача-психотерапевта молодёжной консультации 90
Заболоцкий Б.С.
Пролайф-плакаты как инструмент воспитания ценности человеческой жизни ……. 92
Калашникова О., протоиерей Роман Модин, Хисматуллина И.М.
Деятельность в сфере защиты жизни, осуществляемая медицинским отделом Казанской епархии русской православной церкви ……. 93
Капранов И.Е.
Обзор англоязычных интернет ресурсов, посвященных теме борьбы за жизнь неродившихся детей …… 95
Кугай П.А.
Кампания по сбору подписей под обращением к первым лицам россии с предложением ограничения абортов с последующим их запретом …… 96
Колганов В.А.
Планы развития самарского отделения международного движения против абортов «Воины жизни» ……. 97
Конькова О.В.
Православные священники – организаторам ……. 98
Д-р мед. ***Антун Лисец***
Консультирование по защите жизни ребёнка от зачатия до рождения: опыт Хорватии …… 100
Лихоткин Г.С.
Протестные акции у «Фабрик смерти» - абортариев ……. 105
Лужанина А.М.
Просветительские встречи по теме защиты жизни с курсантами военных вузов и вузов МВД ……... 106
Лях А.М.
Борьба за жизни детей в сети интернет …….. 109
Валерий Митев
Третье июня - Международный день против абортов ……... 111

Пластун Л.
День знаний как эффективный информационный повод для антиабортных акций ……. 112
Салмина И.В.
Опыт борьбы за жизни младенцев в Адыгее …….. 114
Священник ***Дионисий Свечников***
Опыт и перспективы антиабортной работы в Азербайджане… 115
Шорох С.
Участие священника Даниила Сысоева в пролайф-движении. к вопросу об уранополитическом взгляде на аборты …… 116
Раздел III. НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ИНФЕКЦИОННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ
Ю.А.Федотова
Депрессивные расстройства у ВИЧ-инфицированных ……. 119
А.В.Распопов
Аффективные расстройства у больных хроническим гепатитом С …….. 120
С.В. Вяльцин, О.Г. Никитина, Е.Ю. Курзаева
Заболеваемость ВИЧ-инфекцией и случаи смерти населения оренбургской области от ВИЧ/СПИД …… 121
В.В. Козлов, А.А. Домашенко, Ю.М. Гомон
Особенности перепрофилизации многопрофильной больницы в инфекционный стационар в период эпидемии гриппа …….. 122
Кравченко О.А., Моисеева О.В.
Валеологическая грамотность больных хроническими формами туберкулеза ……. 124
Кукольникова Ю.А.., Радькова Ю.В.
Особенности анемического синдрома у ВИЧ-инфицированных беременных …… 125
Наркевич Е.М.
Политика противодействия распространению ВИЧ-инфекции 126
Смирнова И.О.[1], Степанова Е.А.[1], Смирнова Т.С.[2], Дудко В.Ю.[2], Литвиненко И.В.[2], Кабирова З.С.[2], Севашевич А.В.[2], Смирнова Н.В.[2], Яцуба Е.А.[2]
Эпидемиологический анализ сочетанной инфекции сифилиса и вич по данным ГУЗ «Городской кожно-венерологический диспансер» Санкт-Петербурга …… 128
Т.С. Смирнова, В.Ю. Дудко, О.В. Гайворонская, А.В. Севашевич, И.О. Смирнова, Д.В. Заславский
Особенности эпидемической ситуации по инфекциям, передающимся преимущественно половым путем …….. 129
Раздел IV. ВЗАИМОСВЯЗЬ ЗДОРОВЬЯ И ЭКОНОМИКИ
Ю.К. Ковальчук
Меры по реализации «доктрины продовольственной безопасности РФ» ……... 132

Раздел V. ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ЧЕЛОВЕКА С ВНЕШНЕЙ СРЕДОЙ

Н.А. Антипин
Урбанизация и здоровье населения: экологический аспект …. 137
Блинов Л.Н., Перфилова И.Л., Юмашева Л.В.
Экологическая обстановка и здоровье человека …… 143
В.К. Доев, А.Н. Доева
Экологические проблемы управления в сфере физической культуры и спорта ……. 148
Е.В. Даев, А.В. Дукельская
Генетические подходы к выявлению очагов экологической напряженности, опасной для генофонда человека …… 149

Раздел VI. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОБРАЗОВАНИЯ

Е.В. Броздовская, Н.А Литвинова, Л.И. Суворова
Взаимосвязь темпов старения с заболеваемостью педагогов 154
П. Г. Волков, Г. Н. Канипова, М.С. Волкова
Педагогическая лечебно-оздоровительная работа в учреждениях основного, дополнительного и дошкольного образования ……... 156
Габелая И. В.
Образовательно-оздоровительная деятельность в загородном центре детско-юношеского творчества "Зеркальный" …….. 159
Грузева Е.В.
Отношение студентов высших медицинских учебных заведений к проблеме курения …….. 160
Грузева Е.В.
Региональные особенности распространенности курения среди студентов медицинских вузов Украины …….. 161
Н.П. Ерофеев, Л.Б. Захарова, Е.Н. Парийская
Самостоятельная работа студентов – необходимый элемент инновационного обучения …… 162
Н.П. Ерофеев, Л.Б. Захарова, Е.Н. Парийская
Внедрение системы «образование-наука-практика» в учебный процесс на кафедре физиологии создает основу клинического мышления ……. 163
Н.А. Литвинова, В.И. Иванов, Т.И. Кучко
Роль психофизиологического потенциала студентов в процессе адаптации к умственной и физической деятельности 164
В. К. Макаров, Е. А. Борисова
Факторы выбора профессии старшеклассниками …….. 166

Е.Н. Парийская, Н.П. Ерофеев, Л.Б. Захарова
Потенциал самообразования на Медицинском факультете СПбГУ реализуется через адекватно организованный учебный процесс …….. 172
Пахмутова М.А.
Самоорганизация личности студентов как условие здорового образа жизни ……. 174
Пашина И.В., Шеставина Н.В.
Распространенность курения среди студентов первого курса 175
Пенкин Н.П.
Организационные основы региональной отраслевой системы образования …… 176
Н.Н.Петрова
Особенности совладания со стрессом у студентов …… 177
Пискун О.Е., Веретенников В.Л, Чистяков В.А.
Мониторинг психического состояния студента …… 179
В.И. Попов, И.И. Либина, О.И. Губина
Проблемы совершенствования и оптимизации учебного процесса в медицинском вузе …… 185
А.С. Радченко, О.Н. Бессонова, М.Е. Тараканова
Состояние здоровья студентов и возможное использование нормобарической гипоксии для сохранения их здоровья …… 187
Резунков А.Г., Резункова О.П.
Защитно-адаптационный программный комплекс с элементами психофизического тестирования и его проверка в условиях компьютерного класса …… 191
Санников М.А.
Духовность как элемент светского образования в России …… 192
Усанова О.Н.
Профилактика табакокурения в студенческой среде …… 195
Раздел VII. ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ, ЗДОРОВЬЯ И СПОРТА
И.И. Александров, И.Н. Михайлова
Эффективность учебного процесса по физической культуре студентов технического вуза …….. 200
Алёхин А.Н.
К методологическому обоснованию наук о здоровье человека 201
О.В. Антонова
Зарождение физкультурного движения в Чувашии (1917-1937 г.г.) ……. 202
Д.С. Блинов, А.П. Цыбусов, О.П. Балыкова, К.А. Майорова
Индикаторы рационального питания и физической активности …….. 204
П.С. Борисов, Ф.Д. Смык
Спортивный туризм как педагогическая технология …… 205

В.К. Валиева, Т.И. Волкова
Некоторые показатели физического развития и физических способностей студентов чиэм (филиал) СПбГПУ, отнесенных по состоянию здоровья к специальной медицинской группе 207
Венгерова Н.Н.
Индивидуальные особенностей организма женщин зрелого возраста как фактор, определяющий параметры оздоровительных тренировочных нагрузок …….. 209
Власенко Р.Я., Салтыкова Ю.С., Иванова А.П., Григорьева А.М.
Различия показателей вариабельности сердечного ритма при выполнении активной ортостатической пробы у испытуемых с неодинаковым уровнем тренированности …….. 215
В.И. Гаврилов, А.В. Шигабудинов
Физическое воспитание – основное средство формирования невербальной культуры общения специалиста по связям с общественностью ……... 216
Гарцуев А.В.
Влияние занятий подвижными играми на психо-эмоциональное состояние студентов …….. 217
К.В. Гобузева
Формирование позитивного отношения студенток к занятиям физической культурой ……. 220
Григорьев В.И.
Значение физической культуры для развития человеческого потенциала России …… 222
Д.Н. Давиденко
Здоровье, адаптация и резервы организма человека ……. 223
О. А. Заплатина, Б. А.Борисов
Анализ опыта и перспектив развития направлений оздоровительных программ Кузбасского государственного технического университета …… 224
Зиновьев Н.А.
Особенности организации занятий по спортивному ориентированию со студентами …… 229
Зиновьев Н.А.
Некоторые проблемы обучения в вузе спортсменов высокого класса …….. 231
Е.А. Изотов
Т-технологии в физической культуре и спорте ……. 232
Костромин О.В.
Физическая культура, как вид социальной деятельности студента ……... 233

А.Л. Красс
Физическая культура в современном обществе ……. 235
Кудашова Л.Т., Пилюгина М.М.
Вопросы профессиональной ориентации и отбора режиссеров спортивно-художественных представлений и праздников …. 237
Кузьмин М.А.
Университетский спорт …… 237
А.В. Лобачева
Поддержание высокого уровня физического здоровья студентов – задача государственной важности ……. 239
Лунева Е.В., Кудрявцева М.В.
Реализация программ по формированию здорового образа жизни в молодежной среде на региональном уровне ……. 240
Лутченко Н.Г., Соколова И.В.
Формирование потребностей у студенческой молодежи в здоровом образе жизни ……. 243
Е.Г.Майш
Через Nordic Walking к физической активности, здоровью и благополучию …… 244
Мальчевская Н.Н.
Пути повышения двигательной активности студентов вузов 245
Ю.Л. Масленникова
Анализ взаимосвязи между уровнем работоспособности и базовыми параметрами ведущих систем организма при разных функциональных состояниях ……... 245
Носова Е.А., Гладких Т.Н., Бовинова Н.Н.
Массовые старты в формировании и укреплении физического и нравственного здоровья молодежи …….. 247
И.А. Панченко
Психологическая подготовка в спортивной тренировке …….. 248
Панченко И.А.
Психологическая подготовка в спортивной тренировке …….. 251
Пискун О.Е., Веретенников В.Л, Чистяков В.А.
Мониторинг физического состояния студента …….. 252
Рубис Л.Г.
Роль государства в развитии здорового образа жизни средствами спортивного туризма …….. 257
Семёнов М.А., Мишин С.П.
Организационно-педагогические условия повышения эффективности спортивной деятельности студентов в высшей школе ……. 258
Тихвинский С.Б.
Здоровье человека – главная проблема общества …….. 259

Тюрина О.В.
Средства сохранения здоровья женщин – легкоатлеток высокой квалификации …… 260
А.А. Цакоев
Анализ проблемы соотношения двигательного и интеллектуального компонентов содержания общего образования в области физической культуры ……. 261
Чернова С. А.
Развитие системы управления физической культуры и спорта в Российской Федерации: основные тенденции и роль для российского общества …… 252
Шеставина Н.В., Пашина И.В.
Медико-организационные факторы риска заболеваний у юных спортсменов …… 263
Раздел VIII. РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ
8.1. Внутренние и хирургические болезни
Андреев В.М., Зюбина Л.Ю., Кутузова Н.И., Шпагина Л.А., Зуева М.А.
Нерешенные проблемы современной диагностики и лечения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки в условиях стационара ……. 265
Бессонова Т.И.
К вопросу удовлетворенности пациентов стоматологической помощью …… 266
А.А. Жлоба
Наличие центров с иновационными технологиями метаболомного и протеомного профилирования – черта научно-технологического развития мегаполиса **……** 267
В.В. Ивлев, С.А. Варзин, А.Н. Шишкин
Основные этиопатогенетические факторы у больных с острым деструктивным панкреатитом ……. 268
Г.С. Чепчерук, Я.Х. Джалашев, А.С. Попов, В.В. Ивлев
Синдром Дьелафуа (случай из практики) …….. 269
В.О. Миронов[1,2], М.В. Елизарова[1,2]
Оценка стабильности мониторных единиц фотонного пучка с энергиями 6 и 18 Мэв медицинского линейного ускорителя в рамках программы контроля качества лучевой терапии …… 272
Ю.В. Пилевина, А.Н. Шишкин
Анализ комплаентности у пациентов с начальными проявлениями хронической сердечной недостаточности …….. 274

Писаренко Л.В, Балугян Р.Ш., Журкина Т.В., Ярмак С.А., Николаенко Д.С.
Диагностика опухолевых заболеваний с помощью методики автоматизированного подсчета лимфоцитограммы по мазкам крови …….. 275
В.Б. Попова, Г.Л. Плоткин, А.Н. Петров, В.И. Попова, В.Г. Покровский, И.П. Николаева, А.Ю. Рой
Роль легких в обмене лактата при эндопротезировании …….. 276
О.М. Ратушная, В.Б. Попова
Опыт применения прерывистой пневмокомпрессии и электромиостимуляции в лечении больных, страдающих ожирением …… 278
Резункова О.П., Резунков А.Г.
Индивидуальный подбор схемы КВЧ-терапии …….. 279
Рябов С.И., Ракитянская И.А., Рябова Т.С.
Роль инфекционных патогенов в развитии IgA-нефропатии 280
Рябова Т.С., Ракитянская И.А.
Возрастные особенности морфологической картины у больных с IgA-нефропатией …….. 281
А.И. Сидоров, Я.Х. Джалашев, В.В. Ивлев
Хронический абсцесс поджелудочной железы (случай из практики) …… 282
Тимошина М.А., Воронель В.Л., Плоткин В.Я.
Влияние дистантного ишемического прекондиционирования на эндотелиальную функцию у лиц пожилого возраста с нестабильной стенокардией на фоне энтеровирусной инфекции 285
Тимошина М.А., Плоткин В.Я.
Влияние дистантного ишемического прекондиционирования на эндотелиальную функцию больных пожилого возраста с нестабильной стенокардией и инфарктом миокарда на фоне энтеровирусной инфекции …….. 286
Тихомирова Г.И., Зубкова С.В.
Обеспечение системы мер по профилактике язвенной болезни …… 287
Д.Т.Тихонова, М.В.Елизарова
Дозиметрический контроль активности источника Ir-192 для контактной лучевой терапии онкологических больных 288
Филатенкова Т.А., Дмитриенко Е.В.
Некоторые показатели клеточных и молекулярных механизмов развитиия экспериментальной хронической усталости у крыс …… 290

Хрупкин В.И., Писаренко Л.В., Балугян Р.Ш., Лукашевич И.П., Перемячкина С.Ю., Потекаева С.А.
Синдромный подход при интерпретации данных общего клинического анализа крови ……. 291
М.И.Чернобровкина, Ю.С.Соснина
Применение клеточных технологий в стоматологии …… 292
Шаинидзе К.З.
Морфо-функциональные изменения орексин-содержащих нейронов гипоталамуса крыс при ограничении подвижности и охлаждении ……. 293
Шемеровский А.К., Манихас Г.М., Манихас А.Г.
Послеоперационное применение глутоксима при радикальном хирургическом лечении больных раком молочной железы …… 294
Шемеровский К.А., Овсянников В.И.
Хронофизиологические принципы профилактики функциональной и органической патологии толстой кишки …… 296
А.Н. Шишкин Ожирение как междисциплинарная проблема современной медицины …… 297
А.Ф. Шульга, Н.Н. Свистунов, Ю.А. Хащевский, С.С. Рачковский
Биохимические показатели желчи у больных холелитиазом на разных стадиях развития ……. 298
А.Ф. Шульга, Р.В. Чеминава, А.С. Соловейчик, Е.С. Губочкин, С.Н. Покалюхин, Н.Н. Свистунов
Медико-экономическая оценка современных технологий в лечении острого холецистита …….. 300
А.Ф. Шульга, С.С. Бессмельцев, Р.В. Тоне, Н.Н.Свистунов
Иммунологические показатели желчи у больных холелитиазом на разных стадиях развития …….. 301
K.J. van Zwieten [a], P. Helder [b], P.L. Lippens [a], K.P. Schmidt [a], I.A. Zoubova [c], O.E. Piskùn [c], S.A. Varzin [c], A.V. Zinkovsky [c]
Interosseous membrane (iom) extreme tautness in forearm neutral position, evident from in vitro anatomical observations, strongly suggests unwished effects on fingers and thumb long muscles, during repetitive tasks in vivo ……. 303
F. H. M. Narain [1], K. J. van Zwieten [2], K. S. Lamur [1], P. L. Lippens [2], K. P. Schmidt [2], O. E. Piskùn [3], S. A. Varzin [3], I. A. Zoubova [3], A. V. Zinkovsky [3]
Eversion of the foot at touchdown …….. 308

8.2. Неврология. Психиатрия.

Л.В. Крашенинникова
Особенности асимметрии полушарий головного мозга у больных шизофренией ……. 310
Кузнецова С.Л., Склярова А.Ю.
Оценка эффективности психотерапии у больных с эндоген- 311

ным психическим расстройством ……
Александров Н.Ю.
Хронические воспалительные демиелинизирующие полиневропатии. клинико-электрофизиологический полиморфизм …. 312
К.Т. Алиев, С.А.Волкова, Д.Г. Смолко, Д.С. Капитонов, Е.Л.Пугачева
Нейропротекция при церебральном и спинальном ишемическом инсульте …… 314
Бадзгарадзе Л.Ю., Усачёв В.И., Лобзин С.В., Фокин В.А., Лалаян Т.В., Бадзгарадзе Ю.Д.
Особенности нарушения функции равновесия у пациентов с цервикальным стенозом ……... 315
Беляева О.А., Крауз В.А.
Влияние мелилотина на тревожность при экспериментальном невротическом состоянии …… 316
Винарская Е.Н., Кууз Р.А[2], Фирсов Г.И.
Исследование дискриминантно-прогностической способности количественных характеристик нелинейной динамики процессов регуляции позы в задачах клинической неврологии 317
Генералов В.О., Садыков Т.Р., Казакова Ю.В.
Влияние структуры эпилептического очага на семиологию мезиальной височной эпилепсии …… 320
Головкин В.И., Жулёв С.Н., Фоминцева М.В.
Особенности нарушений температурной и вибрационной чувствительности у больных РС …….. 322
Н.И. Горбунова[1] , Н.Г. Федюнина[2], П.Б. Татаринцев[3], Л.М. Тибекина
Влияние криотерапии на состояние мозговой гемодинамики у больных с синдромом позвоночной артерии …….. 323
М.Г. Дашина, Н.Н. Тимошникова, Ю.Ю. Новикова
Нарушения психической деятельности у больных с хронической интоксикацией сероуглеродом …… 324
Ермакова Н.Г.
Психическая адаптация больных с последствиями инсульта в условиях восстановительного лечения ……... 325
Захаров В.И., Тибекина Л.М., Сергеева Т.В., Шевченко Ю.А.
О работе клиники восстановительной медицины в СПбГУ … 332
Короткевич М.М., Александров Н.Ю., Орлов А.Ю.
Некоторые аспекты диагностики, хирургического лечения и послеоперационной реабилитации пациентов с туннельными невропатиями верхних конечностей …….. 334
В.Д. Косачев, Н.М. Жулев, В.В. Незговорова
Корригирующая терапия миастении у больных старшей возрастной группы ……. 335

В.Д. Косачев, Л.А. Полякова, В.В. Незговорова
Прогноз течения миастении ……. 336
Лобзин С.В., Василенко А.В.
критерии дифференциальной диагностики локально обусловленной эпилепсии ……. 339
С.В. Лобзин, И.И. Кула
Клинические критерии диагностики вирусиндуцированного демиелинизирующего энцефаломиелита …….. 340
Лобзин С.В., Лалаян Т.В.
Н.И. Пирогов и проблема боли в неврологии …… 341
Новожилова М.А., Алексеева Т.М.
Методы прогнозирования ранних исходов геморрагических инсультов ……... 342
Овсянникова Н.А., Жулев Н. М.. Арьев А.Л.
Цереброваскулярные заболевания и коморбидные состояния – новое представление проблемы …… 343
Резункова О.П., Резунков А.Г., Дульнев Г.Н.
Сопоставление различных способов оценки энергозатрат левого и правого полушария головного мозга человека …….. 344
Сергеева Т.В.
Цитостатическая терапия в неврологии ……. 345
Т.М. Соколова
Соотношение понятий гармоничного и здорового образа жизни и их взаимосвязь с понятием самоактуализации личности …….. 346
Тибекина Л.М., Кочетова О.А., Билалова Э.Р.
К вопросу клинико-лабораторной характеристики геморрагического инсульта ……... 347
Цзи Юйбо, Качан А.Т., Полякова Л.А., Жулёв Н.М.
Иглорефлексотерапия вегетативно-сосудистых нарушений при остеохондрозе шейного отдела позвоночника …… 348
Чухловина М.Л.
Сосудистые когнитивные расстройства. Диагностика и лечение …….. 349

8.3. Проблемы фармакологии

Д.А. Василькин, Л.А. Поцелуева, Л.Т. Мусина
Антимикробная активность рокситромицина во взаимосвязи с его полиморфизмом ……... 350
Д.А. Василькин, Л.А. Поцелуева, Е.В. Файзуллина, Г.М. Зинатуллина
Перспективы применения в дерматологии различных полиморфных форм антибиотиков рокситромицина и линкомицина …… 351

Д.А. Василькин, Л.А. Поцелуева
Изучение полиморфизма антибиотиков рокситромицина и линкомицина ……. 352
Громова О.Н., Слепян Л.И.
Биомасса штамма женьшеня, как перспективное лекарственное сырье в технологии иммунотерапевтических лекарственных средств …… 353
Демина А.И.
Проблемы развития фармацевтического производства …… 354
Закирова Э.М, Цибарева Е.М, Насыбуллина Н.М.
Изучение физико-химических свойств потенциального антимикотического лекарственного средства …… 355
Ивкин Д.Ю., Крауз В.А., Абышев А.З., Агаев Э.М.
Исследование антикоагуляционных эффектов новых производных 2-н-1-бензопирана …….. 356
Карбовская Ю.В., Флисюк Е.В.
Изучение влияния состава пленочного покрытия на биодоступность таблеток ……. 357
Кашапова К.И., Камаева С.С., Меркурьева Г.Ю.
Разработка суппозиториев с дротаверина гидрохлоридом для применения в акушерско гинекологической практике …… 358
Коноплева Е.В.
Исследование эффективности применения лекарственных средств растительного происхождения в сочетании с методом гидроколонотерапии у пациентов с соматоформной вегетативной дисфункцией и скрытой депрессией ……. 359
Кузьмина Ю.К., Громова Л.И.
Новый электролитный инфузионный раствор «Изосоль» …… 360
Легостева А.Б., Анисимова Н.А., Загребельная Е.Н.
Листья вишни и перспективность их использования в фитотерапии …….. 361
Лефтерова М.И., Меркурьева Г.Ю., Камаева С.С.
Выбор оптимальной основы для стоматологических пленок ... 362
Логинова В.М., Тузиков Ф.В., Тузикова Н.А., Филюшина Е.Е., Короленко Т.А.
Влияние аторвастатина на фракционный и субфракционный состав липопротеинов сыворотки крови мышей при экспериментальной липемии, вызванной тритоном wr1339 ……. 363
Медведева Т.М., Каухова И.Е., Болотова В.Ц.
Разработка технологии и изучение фармакологической активности гранул сухого экстракта листьев липы сердцевидной …….. 365

Минвалеева Д.Н., Петров Д.С., Поцелуева Л.А., Хазиев Р.Ш.
Изучение амаранта хвостатого в качестве нового источника получения рутина ……. 366
Минвалеева Д.Н., Петров Д.С., Поцелуева Л.А., Хазиев Р.Ш.
Бадан толстолистный как новый источник получения арбутина ……. 367
Муравьева М.М., Меркурьева Г.Ю., Камаева С.С, Хазиев Р.Ш.
Получение жидкого экстракта-концентрата травы горца птичьего ……. 368
Насыбуллина Н.М, Лисицина С.В.
Клиническая эффективность 10% сиропа пантогама у детей школьного возраста …….. 369
Насыбуллина Н.М.
Создание лекарственных форм противовоспалительных и антимикотических средств на основе липосом для наружного применения …… 370
Новоселов А.Н., Садакова Е.С., Журавлева М.С.
Использование метода атомно-абсорбционной спектрометрии с электротермической атомизацией при определении содержания свинца, кадмия, мышьяка и ртути в некоторых фармацевтических субстанциях …….. 371
Ожигова М.Г., Половинко П.А., Грицаненко Д.С.
Современная технология лекарственных препаратов, содержащих серебро …….. 372
Перекрест С.В.
Паттерн активации клеток гипоталамических структур при введении в субсептической дозе липополисахарида …… 373
Перова Ю.М., Смехова И.Е.
Эквивалентность дженериков индапамида. Метод in vitro ….. 374
Серебренникова Е.С., Иозеп А.А.
Исследование реакции хлорсульфоновой кислоты с полисахаридами …… 375
Собко А.Г, Коноплева Е.В.
Синдром хронической усталости: перспективы диагностики и коррекции …….. 376
Трилис Я.Г.[1], Мещерякова М.Г.[1], Кириллова Н.В.[1], Алпатова Т.Ф.[1], Мухин И.А.[2]
Исследование антиоксидантного статуса у больных остеоартрозом коленных суставов до и после специфической фармакотерапии …….. 377

Трусов С.Н., Севбо Д.П., Бурякина А.В., Михайлицын Ф.С.
Поиск оригинальных доступных и эффективных антигельминтных средств в ряду салициланилидов и пути снижения их токсичности ……. 378
Турецкова Н.Н.
Изучение фармацевтической и биологической эквивалентности многокомпонентных лекарственных препаратов группы спазмолитических средств ……... 384
Шепелева В.В., Нежинская Г.И.
Влияние цитостатиков с настоем сбора растений на тиоловый обмен клеток …….. 385
Шерстюк Р.А., Смирнова Е.С., Гурина С.В., Молдавер Б.Л., Конончик М.С.
Теоретическое и экспериментальное обоснование введения консервантов в эмульгель диклофенака натрия ……. 386
Абышев А.З., Агаев Э.М.
Диуманкал-форте - оригинальный отечественный антагонист ионов кальция для лечения ишемической болезни сердца ….. 387
Алборов А.Х., Бубнов С.О., Габур Н.М., Копылов А.В.
Совершенствование оказания лекарственной помощи, как важная составная часть в тенденциях развития здравоохранения в России …….. 393
Алексеева Ю.А., Меркурьева Г.Ю., Камаева С.С.
Исследования в области суппозиторных основ ……. 394
Баженова Г.Ю., Камаева С.С., Меркурьева Г.Ю.
Разработка биоплёнок с сульфацилом-натрия для лечения бактериального вагиноза ……. 395
Балаев Т.А.*, Молдавер Б.Л.*
Технология галенофиллипта – нового противомикробного препарата, содержащего эуглобали и феофитинаты меди ….. 396
Басевич А.В., Болотова В.Ц., Тушина Н.Е., Лукьянова О.А.
Разработка технологии экстракта на основе калины листьев и череды травы ……. 407
Раздел IX. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ
Андриянова Е.А., Засыпкина Е.В., Кузнецова М.Н., Катрунов В.А.
Здоровье – стратегический потенциал современного российского общества …….. 409
Анисимов А.И., Киреева Н.Н.
Социальная зрелость личности как потенциал ее социального здоровья ……. 410
Помников В.Г.
Особенности медико-социальной экспертизы и реабилитации больных и инвалидов в настоящее время ……... 412

Джунусова К.И., Помников В.Г., Вознюк О.П.
Роль экзогенной интоксикации в возникновении псевдоинсультных состояний …….. 413
Деревянченко Л.В., Помников В.Г.
Остеопороз позвоночника как мультидисциплинарная проблема …….. 414
Васин С.А., Денисенко М.Б., Сиротко М.Л.
Повозрастная заболеваемость как прогностический фактор состояния здоровья и организации медико-социальной помощи населению …… 414
Гатаулина О.В., Демина Е.И.
Депрессия как актуальная проблема общества …….. 416
Гранкин Ю.М., Фомин А.А.
Нормирование труда врачей-специалистов и среднего медицинского персонала военного комиссариата субъекта Российской Федерации ……. 417
Даев Е.В., Дукельская А.В., Безгачева Д.В., Зубарева О.Е.
О генетической опасности социальных стрессов …….. 418
Демина Е.И., Гатаулина О.В.
Влияние рационального питания на здоровье и качество жизни человека ……... 420
Злобина Г.М., Пайбактова Т.А., Лукина Е.В., Долбиянова О.А.
Профессиональная компетентность специалиста как основа повышения качества медицинской помощи …….. 421
Куделина О.В., Мытыпова И.Б.
Характеристика кадровых ресурсов здравоохранения Томской области …….. 422
Максимов И.Л.
Состояние здоровья врачей первичного звена …….. 424
Рахматова Н.А.
Значение медико-социологических исследований в изучении качества мед.помощи, оказываемой врачами общей практики 425
Позднова Ю.А.
Факторы формирования стереотипов поведения в отношении амбулаторно-поликлинической помощи (на примере населения города) …… 425
Солодухин П.П.
Об альтернативных формах медико-социальных учреждений 430
Строев Ю.И., Чурилов Л.П., Васильев И.Г.
Качество жизни и благосостояние пожилых людей и стариков в Санкт-Петербурге: проблемы и решения …… 431

Сысоев П.Г., Толмачёв Д.А.
Оценка синдрома эмоционального выгорания в профессиональной деятельности специалистов с высшим медицинским образованием …… 436
Удочкина Л.А., Нуржанова С.С.
Показатели частичной вторичной адентии у мужчин и женщин зрелого и пожилого возраста г. Астрахани …… 437
Фомин А.А., Гранкин Ю.М.
Проблемы и перспективы информатизации медицинских организаций субъекта Российской Федерации ……. 438
Шишкин А.Н., Пчелин И.Ю.
Сахарный диабет как глобальная медико-социальная проблема …… 439
Раздел X. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ, ФИЛОСОФСКИЕ И ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗДОРОВЬЯ И ПАТОЛОГИИ
Богницкая Т.Н., Кузыбаева М.П.
НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского: из истории международного сотрудничества (1923-1980-е г.г.) …… 441
Дубовская О. Ф.
О древности русского государства. Русичи в эпоху палеолита 447
Ложко В.В.
Управление качеством жизни – стратегическая основа формирования человеческого капитала регионов России …… 462
Рождественский В.
Некоторые особенности православного воспитания и безопасности нравственного здоровья учащихся в реалиях современной российской школы …….. 463
Строев Ю.И., Чурилов Л.П., Васильев И.Г.
Блокада Ленинграда и здоровье пожилых и старых «блокадников» …….. 468

Наш сайт: www.human-potential.info

Наш адрес: human-potential@mail.ru