



Vědecko vydavatelské centrum «Sociosféra-CZ»  
Institute of psycho-pedagogical problems of childhood  
of the Russian Academy of Education  
Tashkent Islamic University

# **HUMAN HEALTH AS A PROBLEM OF MEDICAL SCIENCES AND HUMANITIES**

Materials of the international scientific conference  
on April 20–21, 2015

Prague  
2015

**Human health as a problem of medical sciences and humanities** : materials of the international scientific conference on April 20–21, 2015. – Prague : Vědecko vydavatelské centrum «Sociosféra-CZ». – 142 p. – ISBN 978-80-7526-020-8

#### **ORGANISING COMMITTEE:**

**Ilna G. Doroshina**, candidate of psychological sciences, assistant professor, chief manager of the SPC «Sociosphere».

**Anna V. Nikulina**, candidate of biological sciences, assistant professor of Cheboksary Polytechnic Institute (branch) of the Moscow State University of Mechanical Engineering.

#### **INTERNATIONAL EDITORIAL BOARD:**

**Tamara P. Sabgajda**, doctor of medical sciences, professor of Central Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health of the Russian Federation.

**Umidjon R. Kushaev**, PhD, the associate professor, the head of the department of spirituality, education and art of the Science Research Institute at Tashkent Islamic University.

**Diana V. Efimova**, candidate of psychological sciences, assistant professor of Penza State Technological University.

*Authors are responsible for the accuracy of cited publications, facts, figures, quotations, statistics, proper names and other information.*

These Conference Proceedings combines materials of the conference – research papers and thesis reports of scientific workers and professors. It examines the problematic of human health from the point of view of medical sciences and humanities. Some articles deal with questions of public health at national, regional and global dimensions. A number of articles are covered social technologies of heal saving and ethical aspects of medical practice. Some articles are devoted to Modern medical psychology. Authors are also interested in Pedagogical bases of building a culture of healthy lifestyles.

**UDC 316.334:61/159.9:61**

**ISBN 978-80-7526-020-8**

*The edition is included into Russian Science Citation Index.*

© Vědecko vydavatelské centrum  
«Sociosféra-CZ», 2015.

© Group of authors, 2015.

# CONTENTS



## I. PUBLIC HEALTH AT NATIONAL, REGIONAL AND GLOBAL DIMENSIONS

**Рожкова Е. В., Касенко О. В.**

Государственно-частное партнерство: сущность, значение,  
основные направления реализации в сфере здравоохранения.....7

**Семелева Е. В.**

Анализ удовлетворенности доступностью и качеством  
медицинской помощи при осуществлении обязательного  
медицинского страхования ..... 10

**Шушпанов Д. Г.**

Доход как фундаментальная детерминанта здоровья  
населения Украины..... 15

## II. SOCIAL TECHNOLOGIES OF HEAL SAVING AND ETHICAL ASPECTS OF MEDICAL PRACTICE

**Белик С. Н., Харагургиева И. М., Жукова Т. В., Свинтуховский О. А.,  
Кононенко Н. А.**

Значение валидности животных моделей в биологическом эксперименте

**Богданова Т.Б.**

Влияние тонизирующего фитосбора на уровень свободнорадикального  
окисления в модельных системах ..... 21

**Власов А. И.**

Оценка здоровья человека: комплексный подход..... 29

**Кузина Т. С., Фисенко О. С.**

Социальная защита лиц предпенсионного возраста как фактор  
сохранения здоровья: теоретический аспект..... 31

**Москатова А. К.**

Феноменология здоровья как жизненной ценности человека ..... 33

**Сурвилова К. А.**

Здоровьесбережение студентов как педагогическая проблема ..... 45

**Уйманова И. П.**

Лыжный спорт как основа формирования культуры здорового  
образа жизни..... 47

### III. MODERN MEDICAL PSYCHOLOGY: TRENDS AND PREVAILING TRENDS

- Бабарахимова С. Б., Искандарова Ж. М.**  
Эмоциональные расстройства у девочек подростков с синдромом  
уходов и бродяжничества.....51
- Кондратьева О. Г., Набиев Р. Г.**  
Посттравматическое стрессовое расстройство: факторы  
формирования и основные проявления .....53

### IV. PEDAGOGICAL BASES OF BUILDING A CULTURE OF HEALTHY LIFESTYLES

- Бочкарева С. И., Маврина С. Б., Селихова Д. А.**  
Физическая культура студента как составляющая  
его конкурентоспособности на рынке труда .....56
- Бурханов А. И.**  
Формирование здорового образа жизни  
современных школьников.....60
- Георхелидзе Л. И., Мартынова В. О.**  
Игра как способ сохранения здоровья учащихся на уроках  
английского языка.....64
- Жарбулова С. Т.**  
Развитие навыков здорового образа жизни путем организации  
письменной самостоятельной работы студентов первого курса  
на занятиях по практическому русскому языку .....67
- Исмаилова Н. И.**  
Здоровьесберегающие технологии в практико-ориентированной  
подготовке будущих педагогов .....70
- Лемеш К. И.**  
Влияние вредных привычек на репродуктивную функцию  
современной семьи .....73
- Самарин А. В.**  
Влияние среды университетского комплекса на формирование  
здоровья студенческой молодежи.....76
- Чистякова В. В.**  
Информационно-образовательная среда (ИОС)  
БПОУ ВО «Череповецкий химико-технологический колледж» .....79

## V. PHYSIOLOGICAL AND SOCIAL FACTORS OF REPRODUCTIVE HEALTH

**Захарьева Н. Н.**

Значение занятий аэробикой с элементами восточного танца  
для коррекции хронических десинхронозных нарушений  
у женщин раннего репродуктивного возраста ..... 84

**Логинова Е. А., Кропачева А. С.**

X-хромосомные мутации у женщин в Перми и Пермском крае  
с 2011 года ..... 91

**Логинова Е. А., Мамаева Е. А.**

Генетические нарушения в системе гемостаза и их влияние  
на вынашивание беременности ..... 93

## VI. THE FAMILY AS THE INSTITUTIONAL FRAMEWORK OF A HEALTHY UPBRINGING OF THE YOUNGER GENERATION

**Новикова И. М.**

К вопросу формирования социально-педагогических условий  
здоровьесбережения детей в семье ..... 96

**Фиохина М. В.**

Роль семьи в воспитании здорового ребёнка ..... 99

## VII. ISSUES OF HEALTH PREVENTION AND TREATMENT OF DISEASES

**Белик С. Н., Семенистый М. Н., Моргуль Е. В, Крючкова О. А.**

Инородные тела желудочно-кишечного тракта: особенности  
диагностики и лечебной тактики ..... 102

**Дергунова А. В., Замотаева Н. А.**

Возрастные дегенеративные изменения в костно-суставной системе ..... 105

**Максимов О. Л., Квасов А. Р., Степаненко А. Ф., Аветисян З. Е.,  
Машдиева М. С.**

Гигиеническая оценка адаптации учащихся к программам  
нового образовательного стандарта после первого года обучения ..... 108

## VIII. PROFESSIONALISM HEALTH PROFESSIONALS AS AN IMPORTANT FACTOR IN ENSURING STABILITY IN THE AREA OF HEALTH

**Лядова М. В., Лядова А. В.**

Этические аспекты профессиональной деятельности врачей:  
проблемы и их причины (на примере экстренной травматологической  
службы г. Москвы) ..... 116

**Ромашкина Т. Н., Сафонова Е. Г.**

Качество образования – основа профессионализма ..... 123

**Чельшев А. В.**

Неотложная помощь – вершина врачебного искусства..... 125

## IX. METHODS AND APPROACHES OF MODERN PHARMACOLOGY

**Белик С. Н., Жукова Т. В., Свинтуховский О. А., Харагургиева И. М.,  
Кононенко Н. А.**

Гистоструктура кишечника крыс при гигиенической оценке  
безопасности кормовой добавки ..... 128

**Белик С. Н., Свинтуховский О. А., Жукова Т. В., Харагургиева И. М.,  
Кононенко Н. А.**

Доклинические исследования как основа разработки и изучения  
оригинальных и дженерических лекарственных средств ..... 132

План международных конференций, проводимых вузами России,  
Азербайджана, Армении, Болгарии, Белоруссии, Казахстана,  
Узбекистана и Чехии на базе НИЦ «Социосфера» в 2015 году ..... 137

Информация о журналах «Социосфера» и «Paradigmata poznání» ..... 138

Всероссийский конкурс учебно-методических разработок педагогов  
общеобразовательной школы «Пединновации» ..... 139

Издательские услуги НИЦ «Социосфера» – Vědecko vydavatelské  
centrum «Sociosféra-CZ»..... 140

Publishing service of the science publishing center «Sociosphere» –  
Vědecko vydavatelské centrum «Sociosféra-CZ»..... 141



# I. PUBLIC HEALTH AT NATIONAL, REGIONAL AND GLOBAL DIMENSIONS



## ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОЕ ПАРТНЕРСТВО: СУЩНОСТЬ, ЗНАЧЕНИЕ, ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РЕАЛИЗАЦИИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

**Е. В. Рожкова**  
**О. В. Касенко**

*Кандидат экономических наук, доцент,  
аспирант,  
Ульяновский государственный  
университет, г. Ульяновск, Россия*

---

**Summary.** This article discusses the conditions for the development of public-private partnership, the circle of mutual interests of the state and the private sector. Particular attention is paid to the use of public-private partnerships in the health care sector. Possibility of increasing the level of medicine, its quality by means of private investors.

**Keywords:** Public-private partnerships; health care; private investors.

---

В период усложнения социально-экономической жизни и возникновения трудностей исполнения государством общественно значимых функций возрастает роль и значимость государственно-частного партнерства (далее – ГЧП). В нынешних экономических реалиях ГЧП служит механизмом развития инфраструктуры и осуществления социально важных проектов, и считается эффективным инструментом реализации инвестиционной и инновационной политики, нацеленной на ускорение темпов экономического роста страны.

В современном понимании ГЧП — это институциональный и организационный союз между государством и бизнесом в целях реализации национальных и международных, масштабных и локальных, но всегда общественно значимых проектов в широком спектре сфер деятельности: от развития стратегически важных отраслей промышленности и научно-исследовательских конструкторских работ (НИОКР) до обеспечения общественных услуг [1].

Механизм ГЧП считается одним из инструментов привлечения инвестиций и сокращения бюджетных расходов. ГЧП может эффективно применяться в различных секторах и отраслях экономики, благодаря данному виду партнерства можно развивать транспортную инфраструктуру, строить сооружения инженерной инфраструктуры, телекоммуникации, возводить объекты здравоохранения, образования, культуры и спорта.

Процесс партнерства государства и частных структур влечет за собой не только наличие огромных рисков, но и ряда преимуществ.

Итак, государство посредством участия в ГЧП извлекает для себя следующие выгоды:

- сокращение объема государственных капитальных инвестиций, т.е. экономия расходов бюджета;
- распределение совокупного риска и ответственности между частными партнерами;
- снятие с государства существенной доли организационной и временной нагрузки;
- снижение удельного веса коррупции на всех этапах прохождения и реализации проекта
- возможность использования новейших наукоемких технологий за счет привлечения средств частного капитала;
- рост качества предоставляемых инфраструктурных и иных возможностей и услуг;
- сокращение сроков возведения и строительства инфраструктурных объектов;
- создание числа новых рабочих мест.

В свою очередь, частным структурам участие в ГЧП позволяет обеспечить:

- защищенность инвестиций и долгосрочное устойчивое развитие бизнеса;
- активизацию инновационного потенциала и реализацию передовых технологий при государственной поддержке;
- возможность получения специального налогового режима;
- объективная возможность получения гарантированных денежных потоков в долгосрочной перспективе.

Каждое такое взаимодействие государства с бизнес-структурами осуществляется в разнообразных формах, является временным, и создается зачастую на конкретный срок с целью реализации определенного проекта и заканчивает свое существование непосредственно после его окончания.

К формам государственно-частного партнерства следует относить [2]:

- концессия (различные типы концессий), включая соглашение о разделе продукции;
- контрактные формы, включая аренду (лизинг) и государственный заказ (заказ на поставку продукции для государственных нужд);
- акционирование (долевое участие государства в предпринимательских структурах), включая совместные предприятия, холдинги и трасты с государственной долей участия;
- государственные корпорации;
- особые экономические, кластерные и другие зоны.

На наш взгляд, особенно остро необходимость активизации различных форм государственно-частного партнерства проявляется в сфере российского здравоохранения, состояние которой в настоящий момент можно характеризовать как весьма проблемное [3].

Так, в основной части регионов РФ растет дефицит финансирования территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи (ТПГГ). Проблемы финансирования услуг медицинских организаций усугубляются и недостаточным развитием системы добровольного медицинского страхования. Соответственно, развитие ГЧП в здравоохранении может повысить как качество, так и доступность медицинских услуг, в том числе – и инновационного характера.

Представляется, что центральными направлениями ГЧП в здравоохранении РФ могут считаться:

- участие частных медицинских организаций в реализации ТПГГ;
- участие частных медицинских организаций в моделях лизинга и аутсорсинга (в том числе – по непрофильным для медицинских учреждений услугам);
- участие частных медицинских организаций в инвестиционных проектах строительства медицинских центров и комплексов на основе концессионных соглашений.

При этом важной задачей должно являться обеспечение системности, прозрачности и четкой координации деятельности в рамках государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения, в силу высокой социальной значимости инвестиций в «капитал здоровья».

#### **Библиографический список**

1. Варнавский В. Г. Государственно-частное партнерство в России: проблемы становления // Отечественные записки. – 2004. – № 6. – С. 172–180.
2. Кабашкин В. А. Государственно-частное партнерство: международный опыт и российские перспективы. – М. : ООО «МИЦ», 2010. – С. 234–235.
3. Рожкова Е. В. Проблематика инновационно-ориентированного развития сферы здравоохранения // Социальные аспекты здоровья населения. – 2014. – № 2 (36). – С. 5.

# АНАЛИЗ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ДОСТУПНОСТЬЮ И КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Е. В. Семелева

*Кандидат медицинских наук,  
Национальный исследовательский  
Мордовский государственный  
университет им. Н. П. Огарева,  
Медицинский институт,  
г. Саранск, Республика Мордовия, Россия*

---

**Summary.** Compulsory health insurance – a system of social protection of citizens exercised by the State in the form of a set of measures to ensure the provision of free and professional medical care to the insured person at the expense of special funds for compulsory health insurance under the basic territorial programs that define the volume of medical care. The study examined the satisfaction of citizens of the Republic of Mordovia quality of medical care in medical institutions operating in the field of compulsory health insurance, determined the level of satisfaction of medical services provided at the expense of the MMI system and the level of their accessibility to the public.

**Keywords:** insured population; satisfaction with health care services; quality of medical care.

---

Обеспечение качества и доступности медицинской помощи – одна из наиболее важных и наиболее сложно решаемых проблем здравоохранения. По определению Всемирной организации здравоохранения, «гарантией качества медицинской помощи является обеспечение каждому больному того комплекса диагностической и терапевтической помощи, который привел бы к оптимальным для здоровья этого пациента результатам в соответствии с уровнем медицинской науки» [2]. Исходя из этого, основным стратегическим направлением повышения качества медицинской помощи является обеспечение всех необходимых условий с целью удовлетворения потребностей населения РФ в качественном медицинском обслуживании на всех его этапах – от амбулаторно–поликлинического звена до специализированной помощи [3]. Цель медицинского страхования – гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия.

В социологическом опросе, проводимом в декабре 2014 г. – феврале 2015 г. приняли участие 217 респондентов в 7 медицинских учреждениях города Саранска (р. Мордовия).

В качестве опрошенных выступили пациенты, получившие помощь в амбулаторно – поликлинических условиях 87 (40,1 %), в стационарных условиях 63 (29,0 %), в условиях дневного стационара 42 (19,4 %), скорой медицинской помощи 25 (11,5 %), что составило 1,1 % от количества за-

страхованного населения. Большинство респондентов (около 64,3 %) оценили свое состояние здоровья как удовлетворительное, приблизительно 18,7 – как хорошее, около 10,0 – как плохое, около 7,0 % затруднились дать ответ на этот вопрос.

Задачей проведенного социологического опроса было изучение удовлетворенности граждан республики Мордовия качеством оказанной медицинской помощи в медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (ОМС). Был определен уровень удовлетворенности медицинскими услугами, предоставляемыми за счет средств системы ОМС и уровень их доступности населению.

Из общего числа опрошенных 69 % респондентов составили женщины и 31 % мужчины. По социальному положению работающие граждане составили 174 (80,2 %). Значительную часть опрошенных составили лица в возрастной категории 51–73 лет (34,1 %), 20–35 лет (27,6 %) и 36–50 (38,2 %). Доля респондентов, знающих о работе страховых медицинских организациях (СМО) и какой СМО они застрахованы, составила 89,7 % (195 человек), затруднились с ответом 6,9 % (15 человек, доля не знающих составила 3,2 % (7 человек). О правах, которые дает полис обязательного медицинского страхования, осведомлены 183 респондента (84,3 %).

Для оценки удовлетворенности медицинскими услугами застрахованного населения учитывалось среднее значение суммы ответов: удовлетворены; больше да, чем нет (таб.1–4).

Таблица 1

**Организация работы по оказанию помощи в амбулаторных условиях**

| Показатель                        | Удовлетворены | Больше да, чем нет | Затрудняюсь ответить | Больше нет, чем да | Не удовлетворены | Коэффициент удовлетворенности |
|-----------------------------------|---------------|--------------------|----------------------|--------------------|------------------|-------------------------------|
| Санитарно-гигиенические условия   | 30–34,5 %     | 17–19,5 %          | 2–2,3 %              | 15–17,2 %          | 23–26,4 %        | 0,54                          |
| Работа регистратуры поликлиники   | 25–28,7 %     | 10–11,5 %          | 3–3,4 %              | 15–17,2 %          | 34–39,1 %        | 0,40                          |
| Ожидание приема врача больше часа | 22–25,3 %     | 8–9,2 %            | 5–5,7 %              | 12–13,8 %          | 40–46,0 %        | 0,35                          |

|   |           |           |         |           |           |      |
|---|-----------|-----------|---------|-----------|-----------|------|
| Материально-техническое оснащение медицинского учреждения | 36–41,4 % | 20–23,0 % | 3–3,4 % | 10–11,5 % | 18–20,7 % | 0,64 |
| Проводимое обследование и лечение                         | 21–24,1 % | 8–9,2 %   | 2–2,3 % | 13–15,0 % | 43–49,4 % | 0,33 |

Причинами неудовлетворенности качеством оказанной медицинской помощи респонденты называли проведение отдельных лабораторных и диагностических исследований за счет собственных средств, а также необеспеченность узкими специалистами по месту жительства, в связи, с чем застрахованные вынуждены выезжать в другие медицинские учреждения города Саранска, а иногда и за пределы республики Мордовия для проведения некоторых диагностических исследований и консультаций.

Таблица 2

**Организация оказания медицинской помощи в условиях стационара**

| Показатель                           | Удовлетворены | Больше да, чем нет | Затрудняюсь ответить | Больше нет, чем да | Не удовлетворены | Коэффициент удовлетворенности |
|--------------------------------------|---------------|--------------------|----------------------|--------------------|------------------|-------------------------------|
| Санитарно-гигиенические условия      | 23–36,5 %     | 12–19,0 %          | 1–1,6 %              | 10–15,9 %          | 17–27,0 %        | 0,56                          |
| Работа приемного покоя               | 29–46,0 %     | 8–12,7 %           | 2–3,2 %              | 6–9,5 %            | 18–28,6 %        | 0,59                          |
| Длительность ожидания госпитализации | 31–49,2 %     | 10–15,9 %          | 1–1,6 %              | 9–14,3 %           | 12–19,0 %        | 0,65                          |
| Организация питания                  | 25–39,7 %     | 9–14,3 %           | 3–4,8 %              | 7–11,1 %           | 19–30,2 %        | 0,54                          |
| Материально-техническое оснащение    | 29–46,0 %     | 10–15,9 %          | 4–6,3 %              | 6–9,5 %            | 14–22,2 %        | 0,62                          |
| Проводимое обследование и лечение    | 27–42,9 %     | 8–12,7 %           | 1–1,6 %              | 7–11,1 %           | 20–31,7 %        | 0,56                          |

Таблица 3

**Организация оказания помощи в условиях дневного стационара**

| Показатель                        | Удовлетворены | Больше да, чем нет | Затрудняюсь ответить | Больше нет, чем да | Не удовлетворены | Коэффициент удовлетворенности |
|-----------------------------------|---------------|--------------------|----------------------|--------------------|------------------|-------------------------------|
| Санитарно-гигиенические условия   | 12–28,6 %     | 11–26,2 %          | 2–4,8 %              | 9–21,4 %           | 8–19,0 %         | 0,55                          |
| Материально-техническое оснащение | 15–35,7 %     | 10–23,8 %          | 1–2,4 %              | 7–16,7 %           | 9–21,7 %         | 0,60                          |
| Проводимое обследование и лечение | 13–31,0 %     | 11–26,2 %          | 2–4,8 %              | 6–14,3 %           | 10–23,8 %        | 0,57                          |

Таблица 4

**Организация оказания скорой медицинской помощи**

| Показатель  | Удовлетворены | Больше да, чем нет | Затрудняюсь ответить | Больше нет, чем да | Не удовлетворены | Коэффициент удовлетворенности |
|---|---------------|--------------------|----------------------|--------------------|------------------|-------------------------------|
| Организация доступности СМП                           | 6–24,0 %      | 5–20,0 %           | 1–4,0 %              | 6–24,0 %           | 7–28,0 %         | 0,44                          |
| Соблюдение работниками санитарно-гигиенических правил | 11–44,0 %     | 4–16,0 %           | 2–8,0 %              | 2–8,0 %            | 6–24,0 %         | 0,60                          |
| Организация транспортировки в стационар               | 9–36,0 %      | 5–20,0 %           | 1–4,0 %              | 3–12,0 %           | 7–28,0 %         | 0,56                          |
| Материально-техническое оснащение                     | 9–36,0 %      | 4–16,0 %           | 1–4,0 %              | 2–8,0 %            | 9–36,0 %         | 0,56                          |
| Результаты оказанной СМП                              | 11–44,0 %     | 3–12,0 %           | 1–4,0 %              | 2–8,0 %            | 8–32,0 %         | 0,56                          |

При сборе, обработке, анализе, моделировании и сопоставлении результатов исследований использовались методы и модели прикладной математической статистики [1]. Проведенный анализ социологического опроса свидетельствует, что качество оказанной медицинской помощи в медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, по оценкам пациентов на недостаточно высоком уровне. Процент удовлетворенности в республике Мордовия составил по амбулаторно–поликлинической помощи 45,3 %, по стационарной помощи 58,5 %, по стационарозамещающей помощи 57,2 %, по скорой медицинской помощи 53,6 %. Как показало исследование, сегодня наибольшую тревогу у населения вызывают высокая стоимость лекарств, недостаточное количество хорошо оснащенных поликлиник, больниц и станций скорой медицинской помощи, увеличение объема платных услуг. Каждый пятый респондент отметил снижение качества медицинского обслуживания и невнимательное отношение медицинского персонала в лечебных учреждениях. Среди других негативных явлений 27,5 % опрошенных отметили отсутствие правовой защиты пациента и 33,2 % – недостаточно высокую квалификацию медицинского персонала.

#### **Библиографические ссылки**

1. Ляпина А. А., Мамедова Т. Ф. Алгоритм исследования моделей нелинейной динамики // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. – 2013. – № 3 (27). – С. 48–57.
2. Маслова Т. А. Медицинское страхование граждан: новшества, возможности выбора. – 2–е издание, переработанное и дополненное. – М. : ЗАО «Библиотечка РГ», 2014. – Вып.20. – 192 с.
3. Семелева Е. В. «Здоровое старение» // Actual problems of labor relations in the regional socio-humanitarian studies: materials of the international scientific conference on February 5–6, 2015. – p. 135–138.

# ДОХОД КАК ФУНДАМЕНТАЛЬНАЯ ДЕТЕРМИНАНТА ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ

Д. Г. Шушпанов

*Кандидат экономических наук, доцент,  
докторант,  
Тернопольский национальный  
экономический университет,  
г. Тернополь, Украина*

---

**Summary.** The author investigates the influence of income on population health in Ukraine. Income is regarded as socio-economic determinants. Correlations calculated between state of health and income levels. The article outlines the prospects for further research and policy directions in the field of health.

**Keywords:** population health; income; determinant; health care.

---

Здоровье населения является одним из ключевых факторов общественного прогресса, социального развития и национальной безопасности. Есть множество детерминант, которые определяют здоровье населения. Немаловажное место среди них имеет доход. Обеспечение крепкого здоровья во многих странах значительно осложняется низким уровнем дохода не только через низкий уровень медицинского обеспечения, но и из-за невозможности полноценного питания, иметь комфортные условия проживания и тому подобное.

Актуальным исследование связи «доход – здоровье» является для Украины. С одной стороны, это связано с высокой степенью неравенства в доходах между различными категориями украинского населения, консервативными подходами к укреплению здоровья и глубоким социально-экономическим и политическим кризисом, усугубленным военным конфликтом на востоке страны. С другой стороны, необходимость таких исследований вызвана современным состоянием здоровья населения Украины, которое нельзя назвать удовлетворительным. Об этом свидетельствуют многие факты. По данным Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения (2011) средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении (СОТЖН) в Украине меньше средней по ЕС почти на 10 лет (71 против 80); снижение СОТЖН через преждевременную смертность до 65 лет больше почти в два раза (8,96 против 4,37 лет); специальный коэффициент смертности от всех болезней больше в 1,9 раза (1102,1 против 587,01 человек на 100000 населения); заболеваемость туберкулезом больше в 6,2 раза (75,2 против 12,1 человек на 100000 населения); заболеваемость СПИДом больше чем в 10 раз (9,04 против 0,88 человек на 100000 населения); новые случаи ВИЧ инфекции проявляются чаще в 6,8 раза (38,1 против 5,6 раза) [1]. К сожалению, этот перечень выборочный и неполный. Практически это одни из худших показателей среди ев-

ропейских стран. Несколько ниже они только в Российской Федерации. По нашему убеждению исправление ситуации возможно при условии совместного понимания проблемы государством, обществом и отдельными людьми, на основе анализа детерминированности здоровья и его рисков.

Идея о том, что распределение доходов может влиять на здоровье людей, привлекает внимание ученых по всему миру в течение последних десятилетий. Плохое здоровье в бедных странах, скорее связано не с отсутствием медицинской помощи или научных знаний об эффективном лечении, ведь средства лечения многих болезней известны давно. Более правдоподобным объяснением плохого здоровья части населения является его низкие доходы.

Первым, кто документально доказал, что доходы и меры в отношении здоровья тесно взаимосвязаны был Самуэль Престон (1975), который установил нелинейную зависимость между СОТЖН и национальным доходом на душу населения (НДДН) [5]. При этом речь не шла о простом соотношении между ростом доходов и улучшением здоровья, ведь это не всегда так. Существуют отклонения: богатство не всегда гарантирует здоровье, а бедность его отсутствие. Кроме этого среди экономически развитых стран четкой зависимости между СОТЖН и НДДН в последние десятилетия нет.

Место современной Украины на кривой Кривая Престона обозначено на рис. 1. К сожалению, она находится на первом отрезке кривой, хотя и на его верхней части, что свидетельствует об относительно низких доходах, которые не способствуют росту СОТЖН.

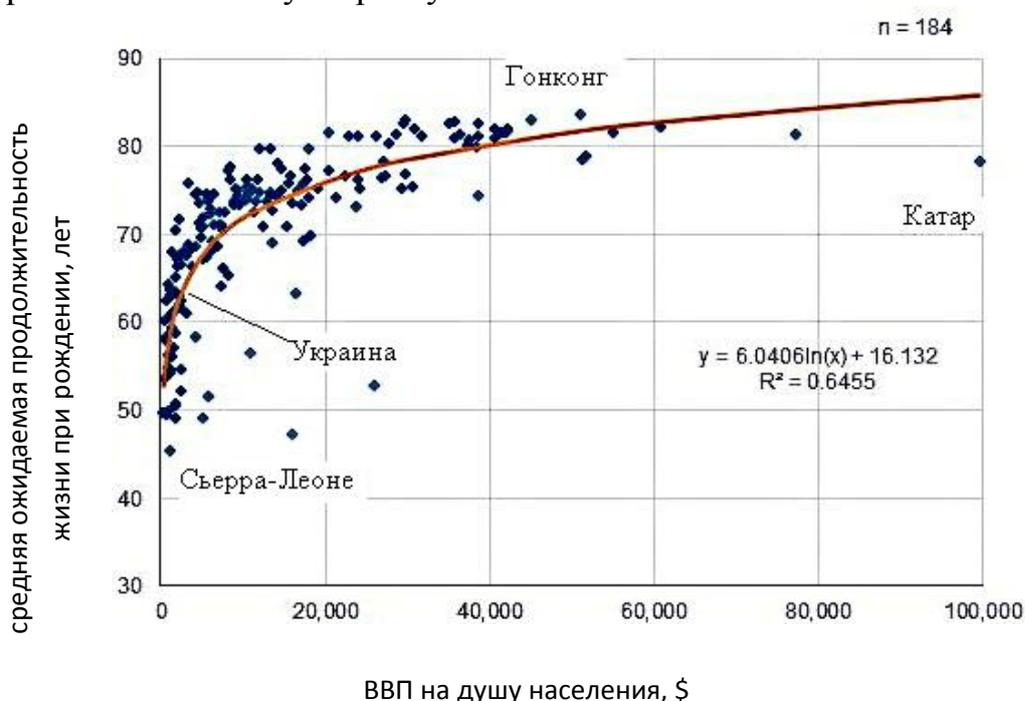
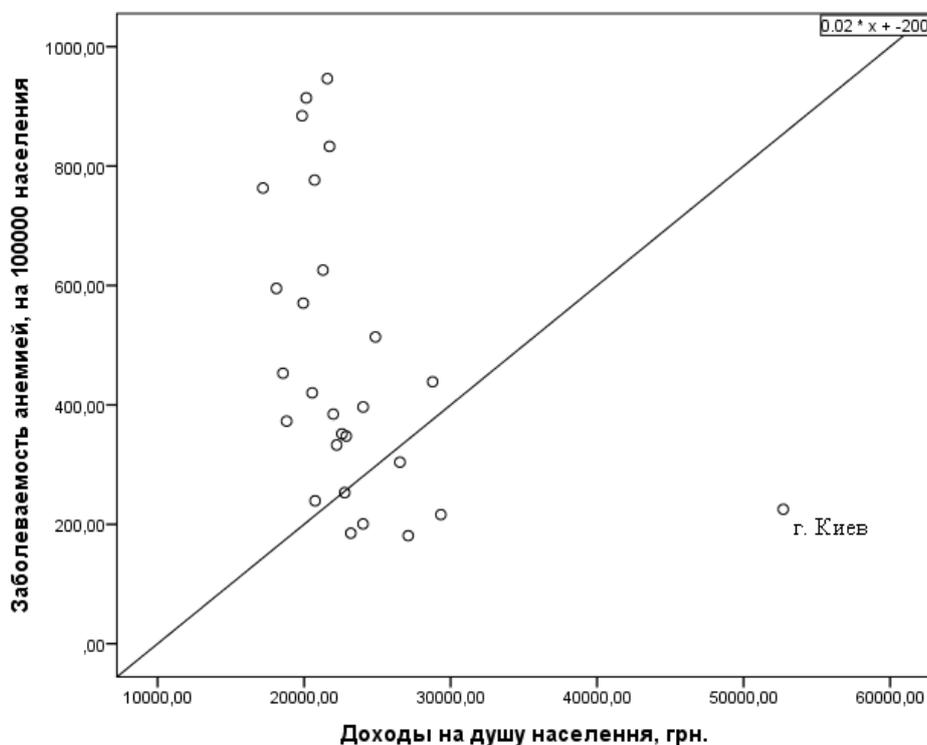


Рис. 1. Кривая Престона: средняя ожидаемая продолжительность жизни по сравнению с ВВП на душу населения в 2012 году [4].

Проведенный нами анализ показателей здоровья и доходов населения Украины в региональном разрезе не обнаружил стойкой корреляции, во всяком случае, между СОТЖН и валовым региональным продуктом (ВРП). Хотя в г. Киеве, например, оба данных показателя наивысшие, что говорит об определенной связи между высоким доходом и более длительной СОТЖН.

По одной группе заболеваний все же обнаружена незначительная корреляция с доходом на душу населения – это заболеваемость болезнями крови и кроветворной системы (показатель корреляции Пирсона –  $-0,407$ ). В Украине 95,4 % среди данного класса болезней приходится на анемию. В свою очередь 90,3 % всех анемий составляют железодефицитные. Корреляция Пирсона между заболеваемостью анемией и доходами населения так же незначительна, но присутствует и составляет  $-0,410$  (рис. 2). То есть, чем меньше доход тем, больше уровень заболеваемости анемией.



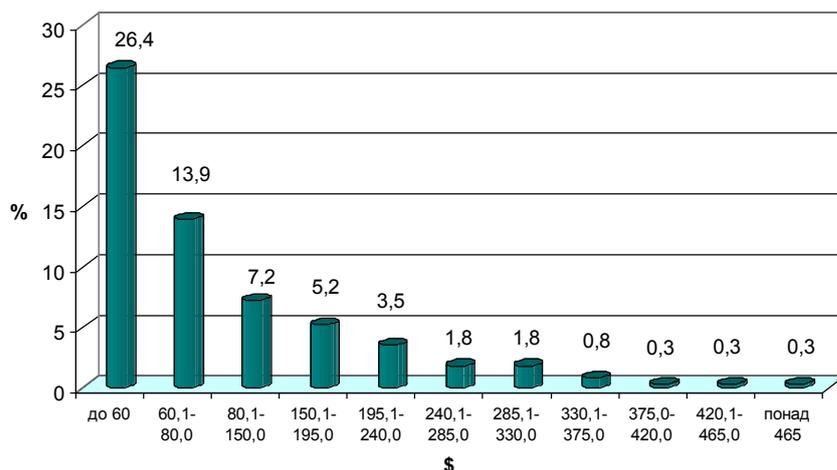
**Рис. 2. Корреляция между заболеваемостью анемией и доходами на душу населения в Украине в 2012 году**

По нашему мнению, этот факт связан с тем, что заболеваемость железодефицитной анемией в значительной степени зависят от качества питания. Это подтверждено многочисленными исследованиями. Например, несбалансированное питание является одной из основных причин железодефицитной анемии, особенно у детей старшего возраста и подростков [2], беременных женщин. В то же время продукты, содержащие мясо, сводят к минимуму вероятность возникновения дефицита железа.

На анемию приходится только 0,6 % от всей заболеваемости в Украине. Однако не только анемия, но и другие болезни могут быть вызваны недостаточным или нерациональным питанием. Многие эпидемиологические и других исследования указывают на связь питания с заболеваемостью и смертностью, прежде всего от сердечно-сосудистых болезней, новообразований, желчнокаменной болезни, ожирения, сахарного диабета.

Распределение домохозяйств по самооценке уровня их доходов (рис. 3) показывает, что не всем домохозяйствам, которые имели даже относительно высокие среднедушевые эквивалентные общие доходы в месяц (более 3720 грн., или примерно \$ 465) удавалось обеспечить хотя бы достаточное питание. Таких домохозяйств в январе 2014 года насчиталось 3070 (или 0,3 % от всех опрошенных) [2]. В данном случае следует учесть также субъективность самооценки и отсутствие четких критериев понятия «достаточное питание». При отсутствии такого критерия респонденты определяют этот уровень самостоятельно. Поэтому можно предположить, что разные социальные страты «достаточное питание» трактовать по-разному. Для низкой социальной страты это может быть хлеб, молоко, крупы, в то время как для высших страт это может быть, в качестве примера, красная морская рыба. Тем не менее, наибольшая доля домохозяйств, которым не удавалось обеспечить даже достаточное питание среди домохозяйств со среднедушевыми эквивалентными общими доходами до 480 грн. в месяц (около \$ 60) – 26,4 %, или 5465 домохозяйств [2]. Подобная ситуация в распределении домохозяйств по самооценке уровня их доходов, по децильный (10%-ми) группами в зависимости от размера среднедушевых эквивалентных денежных доходов. Наибольший процент, тех, кому не удавалось обеспечить даже достаточное питание, было в первой (нижней) децильной группе – 8,9 %, самой низкой – в десятая (высшей) группе – 0,3 %.

Исходя из вышесказанного, можно сделать вывод о том, что, несмотря на отсутствие четкой корреляционной зависимости между доходом и здоровьем населения в региональном разрезе, низкий доход все же обуславливает низкие показатели здоровья населения Украины: ожидаемую продолжительность жизни при рождении, смертность, заболеваемость, распространенность заболеваний и т. д.



**Рис. 3. Распределение домохозяйств, которым не удалось обеспечить даже достаточное питание, по самооценке уровня их доходов, экономическими ожиданиями на следующие 12 месяцев в зависимости от размера среднедушевых эквивалентных общих доходов (в месяц, 2013 год) [2].**

Отсутствие же такой зависимости в целом, прежде всего, объясняется тем, что дифференциация украинских регионов по имущественному положению, степени оказания медицинской помощи, уровнем образования, занятостью, культурным уровнем и т.п. не является значительной. Исключением является лишь г. Киев. В данном случае скорее следует вести речь про достаточно значительную дифференциацию внутри регионов (областей): между городским и сельским населением, социальными стратами, возрастным группам и тому подобное.

Поэтому исследование детерминированности здоровья населения целесообразно проводить не столько в региональном разрезе, хотя этот аспект также заслуживает внимания, сколько по таким характеристикам населения как: материальное положение, образование, социальный статус, демографическая структура, и тому подобное.

Кроме того стратегии по продовольствию, медицинскому и социальному обслуживанию и т.п. должны соответствовать принципам защиты и укрепления здоровья населения. Ключевым моментом в комплексе мероприятий по улучшению здоровья населения должно быть повышение доходов населения, которое должно стать основой для их реализации. Ведь часть мероприятий требует материальной основы, в частности потребление качественного питания, улучшение жилищные условия, медицинское обслуживание и тому подобное.

Иначе говоря, подход к сохранению здоровья должна носить комплексный характер и охватывать все сферы, по которым оно где детерминруется доходом образование, культура, социальный капитал, социальный маркетинг, система медицинского обслуживания и тому подобное.

### Библиографический список

1. Европейская база данных ЗДВ (HFA-DB) // Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения. URL: [http://data.euro.who.int/hfadb/shell\\_ru.html](http://data.euro.who.int/hfadb/shell_ru.html) (дата обращения: 14.04.2015)
2. Мороз Г. І. Залізодефіцитні анемії у дітей: причини, діагностика, лікування, профілактика /Г.І. Мороз // Здоров'я України. – 2001. – №11. – С. 49–52.
3. Самооцінка домогосподарствами України рівня своїх доходів (за даними вибіркового опитування домогосподарств у січні 2014 року): Статистичний збірник // Відповідальний за випуск І.І.Осипова. – К. : ДП «Інформаційно-аналітичне агентство», 2014. – 77 с.
4. Biciunite A. Economic Growth and Life Expectancy – Do Wealthier Countries Live Longer? URL: <http://blog.euromonitor.com/2014/03/economic-growth-and-life-expectancy-do-wealthier-countries-live-longer.html#sthash.sekU05zp.dpuf> (дата обращения: 14.04.2015).
5. Preston S. H. The changing relation between mortality and level of economic development //International Journal of Epidemiology. – 2007. – № 36 (3). – P. 484–490.



## II. SOCIAL TECHNOLOGIES OF HEAL SAVING AND ETHICAL ASPECTS OF MEDICAL PRACTICE



### ЗНАЧЕНИЕ ВАЛИДНОСТИ ЖИВОТНЫХ МОДЕЛЕЙ В БИОЛОГИЧЕСКОМ ЭКСПЕРИМЕНТЕ

С. Н. Белик  
И. М. Харагургиева  
Т. В. Жукова  
О. А. Свинтуховский  
Н. А. Кононенко

*Кандидат медицинских наук, доцент,  
кандидат медицинских наук, доцент,  
доктор медицинских наук, профессор,  
кандидат медицинских наук, доцент,  
ассистент,  
Ростовский государственный  
медицинский университет,  
г. Ростов-на-Дону, Россия*

---

**Summary.** Validity is a key criterion for the assessment of the quality and effectiveness of the animal models. The validity as the concept includes the different types having their particular importance, allowing to conduct comprehensive analysis of the all factors that may influence on the results of the experimental researches and ignore them can lead to incorrect or ungrounded conclusions.

**Keywords:** animal models; internal validity; criterial validity; current validity; prognostic validity; external validity.

---

Животные модели играют центральную роль в научном исследовании поведения и патофизиологических механизмов и процессов, участвующих в регуляции нормального и аномального поведения [17]. В основе использования животных моделей при изучении каких либо патологических состояний используются принципы аналогии и гомологии [5; 18].

Животные модели разрабатываются и используются для различных целей [10; 16]. В соответствии с целями и ожидаемыми результатами определяются критерии для построения животной модели, модели оценки и модели её использования [3; 10]. Четкое определение и обозначение конкретных целей, которые должны реализоваться с помощью экспериментальных животных, является главным, так как позволяет определить набор взвешенных критериев оценки модели [8]. Эти критерии, в сочетании с критериями надежности, воспроизводимости и валидности используются на всех этапах оценки модели.

Надежность – это в первую очередь качество оценки инструмента, в то время как воспроизводимость или повторяемость характеризует качество оценки результатов, полученных при использовании конкретной модели патологического процесса на животных [12]. Таким образом, надеж-

ность обозначает ряд последовательных оценок или тестирований приборов или методов, т. е. показывает степень достоверности и адекватности результатов исследований, проводимых в одних и тех же экспериментальных условиях. Воспроизводимость – показывает степень соответствия между результатами аналогичного эксперимента, проведенного в разных лабораториях [6].

Воспроизводимость результатов является основополагающим в эмпирических исследованиях и является одним из столпов науки. Экспериментальные результаты считаются предварительными, пока они не будут подтверждены, другими исследователями. Повторяемость имеет существенное значение для определения надежности/тиражируемости, и внешней валидности/генерализации животной модели [15].

Зачастую, качество оригинальных исследований может страдать от недостаточной статистической достоверности из-за небольшого числа животных, участвующих в эксперименте. Причины статистической неполноценности исследования могут быть как ограниченная доступность к животным определённого вида, так и требования этических комитетов и регулирующих органов, сводящие к минимуму количество животных разрешенных в исследовании [4]. В этом случае, успешная повторяемость эксперимента может значительно повысить достоверность результатов и выводов [14].

Валидность модели означает, что модель и моделируемый объект подобны или модель правильно отражает действительность. Валидация (validation) – это крупномасштабное внутрилабораторное исследование, подготовленное в независимости условиях и организованное с целью получения более определённой оценки релевантности и надежности оптимизированного метода для практических целей [1].

Внутренняя валидность показывает достоверность результатов, которую обеспечивает реальный эксперимент по сравнению с идеальным. Чем больше влияют на изменение зависимых переменных не контролируемые исследователем условия, тем ниже внутренняя валидность эксперимента, следовательно, больше вероятность того, что факты, обнаруженные в эксперименте, являются артефактами. Другими словами, данный вид валидности оценивает степень влияния на результат условий эксперимента, которые могут вызвать изменения, зарегистрированные исследователем. Чем больше в эксперименте условий, не контролируемых исследователем, влияющих на изменение зависимых переменных, тем внутренняя валидность эксперимента ниже, а следовательно, повышается вероятность того, что факты, обнаруженные в эксперименте, являются артефактами [4].

К факторам влияющим на внутреннюю валидность относят фоновые состояния, естественное развитие (например, взросление, старение и т.д.), привыкания к условиям эксперимента, инструментальные погрешности и т. д.

Общепризнано, что меры, обычно принимаемые для повышения внутренней валидности может поставить под угрозу внешнюю валидность, так как они ограничивают диапазон условий, при которых проверяется взаимосвязь между зависимыми и независимыми переменными. С другой стороны, более высокая внутренняя валидность способствует более высокой достоверности результатов [4].

Другой вид валидности – критериальная. Существует два типа критериальной валидности: текущая и прогностическая [7].

Текущая валидность оценивается с использованием корреляций результатов эксперимента с результатами подобного эксперимента, оценивающего одни и те же характеристики (параметры). Как правило, оценку текущей валидности проводят при создании новой модели, которая является наиболее доступной и наименее дорогостоящей и может стать альтернативой уже существующим моделям.

Прогностическая валидность – оценивается на эмпирическом уровне, т. е. определяет, предсказывает ли настоящая оценка будущие изменения, имеют ли результаты, полученные на данной животной модели определенную прогностическую ценность. В данном случае имеет место недоказанность критериальных свойств до наступления определенной временной точки в будущем.

Некоторые исследователи считают предсказательную ценность (и ее надежность), как единственный необходимый критерий для проведения первоначальной экспертизы любой модели на животных, предназначенной для использования в экспериментальных исследованиях. Модель должна иметь прогностическую валидность, независимо от того, рассматривается она в широком или узком смысле [9]. Если модель не соответствует критериям прогностической валидности, то, следовательно, она не соответствует необходимым базовым условиям эксперимента, и как следствие, возникает необходимость отказа от использования данной модели [2].

Конструктивная валидность – оценивается на теоретическом уровне и показывает насколько точно переменные зависимые и переменные независимые отражают (или измеряют) те свойства объектов и явлений, которые они предназначены представлять. На этом этапе оценивается прочность теоретической базы для моделирования. Модели должны удовлетворять критериям, представленными в результатах фундаментальных и клинических исследованиях различных экспертов [19], то есть ученых разнообразных научных дисциплин – клиницистов, патологов, молекулярных биологов, фармакологов и т.д. Таким образом, каждый раз при планировании исследований следует задаваться вопросом, имеет ли исследователь право измерять интересующий нас параметр с помощью выбранной животной модели, т.е. будут ли планируемые исследования конструктивно валидны.

Наконец, внешняя валидность – это степень, в которой результаты, полученные с помощью конкретной модели на животных могут быть гене-

рализованны то есть находить групповое применение (для определённых групп), межгрупповое и, в конечном счете, видовое [9]. Оценка внешней валидности – это эмпирический процесс, который может осуществляться путем систематических или дифференцированных повторений исследований аналогичных оригинальным исследованиям, в которых оценивается устойчивость результатов, то есть насколько полученные результаты устойчивы, например, при различных социальных условиях, гендерных и возрастных признаках и т.д. В идеале, репликация исследований должна являться не простым повторением более раннего исследования, а иметь более расширенный объём [15]. Данный вид валидности включает в себя компоненты и прогностической, и конструктивной валидности [11; 13].

Резюмируя вышесказанное можно заключить, что валидность является ключевым критерием оценки качества и эффективности животных моделей. Как понятие валидность включает в себя разные ее виды, имеющие своё особое значение, позволяющее провести комплексный анализ всех факторов, которые могут оказать влияние на результаты экспериментальных исследований, игнорирование которых может привести к неверным или необоснованным выводам.

#### **Библиографический список**

1. Руководство по лабораторным животным и альтернативным моделям в биомедицинских технологиях /под редакцией: Н. Н. Каркищенко и С. В. Грачева. Москва, 2010. – 344 с.
2. Agid Y., Buzsáki G., Diamonds D. M., Frackowiak R., Giedd J., Girault J-A., Grace A., Lambert J. J., Manji H., Mayberg H., et al. How can drug discovery for psychiatric disorders be improved? // *Nat Rev Drug Discov.* – 2007. –N.6. – P. 189–201.
3. Anisman H., Matheson K. Stress, depression, and anhedonia: caveats concerning animal models. // *Neurosci Biobehav Rev.* – 2005. – Vol. 29. – P. 525–546.
4. Barnard C. Ethical regulation and animal science: why animal behavior is special. // *Anim Behav.* – 2007. – Vol. 74. – P. 5–13.
5. Fisch G. S. Animal models and human neuropsychiatric disorders. // *Behav Genet.* – 2007. – Vol.37. – P. 1–10.
6. Garner J. P. Stereotypies and other abnormal repetitive behaviors: potential impact on validity, reliability, and replicability of scientific outcome.// *ILAR J.* – 2005. – Vol.46. – P. 106–117.
7. Gessmann H.-W., Sheronov E. A. Psychological Test Validity. // *Journall of Modern Foreign Psychology.* – 2013. – Vol. 2. – N. 4 . – P. 20–31.
8. Graham M. L., Prescott M. J. The multifactorial role of the 3Rs in shifting the harm-benefit analysis in animal models of disease. // *Eur J Pharmacol.* – 2015. – Mar 27.
9. Guala F. Experimental localism and external validity. // *Philosoph Sci.* 2003. – Vol. 70. – P. 1195–1205.
10. Holmes P. V. Rodent models of depression: reexamining validity without anthropomorphic interference. // *Crit Rev Neurobiol.* – 2003 – 15. – P. 142–174.
11. Kalueff A. V., Tuohimaa P. Experimental modeling of anxiety and depression. // *Acta Neurobiol Exp (Wars).* – 2004. – Vol. 64. – P. 439–448.

12. Kelly C. D. Replicating empirical research in behavioral ecology: how and why it should be done but rarely ever is. // *Q Rev Biol.* – 2006. Vol.81. – P. 221–236.
13. Overall K. L. Natural animal models of human psychiatric conditions: assessment of mechanisms and validity. // *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* – 2000. – Vol. 24. – P. 727–776.
14. Palmer A. R. Quasireplications and the contract of error: lessons from sex ratios, heritabilities and fluctuating asymmetry. // *Annu Rev Ecol Syst.* – 2000. – Vol. 31. – P. 441–480.
15. Park C. L. What is the value of replicating other studies? *Research Evaluation.* – 2004. – Vol.13. P.189–195.
16. Peters S. M., Pothuizen H. H., Spruijt B. M. Ethological concepts enhance the translational value of animal models. // *Eur J Pharmacol.* – 2015. – Mar 27.
17. Rand M. S. Selection of biomedical animal models. In: Conn PM, editor. *Sourcebook of models for biomedical research.* // Totowa, NJ: Humana Press, 2008.
18. Rickard M. D. The use of animals for research on animal diseases: its impact on the harm-benefit analysis // *Altern Lab Anim.* – 2004. – Vol. 32. – P. 225–227.
19. Sabroe I., Dockrell D. H., Vogel S. N., Renshaw S. A., Whyte K. B., Dower S. K. Identifying and hurdling obstacles to translational research // *Nat Rev Immunol.* – 2007. – № 7. – P. 77–82.

## **ВЛИЯНИЕ ТОНИЗИРУЮЩЕГО ФИТОСБОРА НА УРОВЕНЬ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕНИЯ В МОДЕЛЬНЫХ СИСТЕМАХ**

**Т. Б. Богданова**

*Кандидат биологических наук, доцент,  
Российский государственный  
университет физической культуры,  
спорта, туризма и молодежи,  
г. Москва, Россия*

---

**Summary.** The studied multicomponent herbal collection is shown to possess antioxidant activity and to inhibit the process of lipid peroxidation.

**Keywords:** herbal; peroxidation; antioxidant; multicomponent.

---

### **Введение**

Свободные радикалы участвуют в обмене веществ, обеспечивают защитные реакции, разрушение чужеродных соединений, как поступающих извне, так и образующихся в организме [2].

При действии многих неблагоприятных факторов – гипоксии, интоксикации, стрессе, физическом перенапряжении – в генезе которых лежит активация перекисного окисления липидов (ПОЛ), можно предположить, что скорость свободно-радикального окисления (СРО) и количество свободных радикалов в живой системе меняются [1,3]. Образующиеся в избыточном количестве свободные радикалы непосредственно взаимодействуют с органическими соединениями, что ведет к потере биологической ак-

тивности белков, ферментов, нуклеиновых кислот и т.д. Кроме того, продукты перекисного окисления липидов токсичны, ингибируют пролиферацию и созревание клеток, обладают канцерогенными свойствами.

Поиск растительных антиоксидантов ставит задачу разработки экспресс-метода, позволяющего быстро и эффективно оценить про- или антиоксидантную активность фитосборов. Весьма перспективным для оценки процессов СРО является регистрация свечения, возникающего при взаимодействии радикалов – хемиллюминесценции (ХЛ). В живом организме хемиллюминесценция сопровождает реакции образования радикалов кислорода и реакции (ПОЛ).

Цель данного исследования оценить влияния фитосбора на процессы СРО *in vitro* с использованием метода регистрации хемиллюминесценции модельных систем, а также на содержание одного из промежуточных продуктов ПОЛ – малонового диальдегида (МДА).

### **Материалы и методы**

Фитосбор – это многокомпонентный тонизирующий сбор, разработанный на основе тибетских прописей и состоящий из корневища и корней элеутерококка колючего, надземных частей череды трехраздельной и зверобоя продырявленного, плодов боярышника, листьев бадана и крапивы двудомной, корневища и корней родиолы розовой.

В качестве объекта исследования были белые крысы массой тела 220–230 гр. Все животные были разделены на 3 группы по 8 особей в каждой: 1 группа – контрольная, 2 группа – получала фитосбор, 3 группа – получала  $\alpha$ -токоферол. Препараты вводили *per os* ежедневно в течение 21 дня. Животным контрольной группы в соответствующем объеме вводили дистиллированную воду. Фитосбор применяли в виде отвара в соотношении 1:10. В качестве препарата сравнения использовали  $\alpha$ -токоферол в дозе 0,2 мг/мл. Объектом исследования служила плазма крови белых крыс, подвергавшихся тренировке. Забор крови осуществлялся на фоне функциональной нагрузки до начала и после 21-дневной тренировки. Функциональная нагрузка осуществлялась в виде 2-минутного бега животных в третбане при скорости 30 м/мин.

Интенсивность ХЛ индуцированной ионами  $Fe^{2+}$ , в плазме крови и оценивали путем регистрации максимальной амплитуде быстрой вспышки ХЛ (в отн.ед.) на установке ФЭУ-39А, высоковольтного стабилизатора ВС-22, усилителя постоянного тока ЛПУ-01 и самопишущего потенциометра (КСП-4).

Для оценки действия фитосбора на перекисное окисление липидов из куриного желтка готовили липопротеиновые комплексы, сходные с липидами крови. Определяли скорость нарастания ХЛ на начальной экспоненциальной фазе медленной вспышки ХЛ индуцированной ионами железа, концентрацию индуцированного малонового диальдегида (МДА), а также скорость накопления МДА. Расчет антиокислительной активности произ-

водили графическим методом [2; 3; 4]. Статистическую обработку проводили по критерию Стьюдента.

### Результаты и их обсуждение

Как видно из табл.1, исходные значения интенсивности ХЛ плазмы крови, полученной до начала тренировки, одинаковы во всех группах животных. Иная картина наблюдалась при изучении по прошествии месяца тренировки. Так, у интактных животных установлено достоверное повышение уровня ХЛ после функциональной нагрузки, тогда как у крыс, подвергавшихся тренировке, интенсивность ХЛ после нагрузки практически не меняется. Этот феномен еще более выражен в группе животных получавших фитосбор.

Таблица 1.

**Изменение интенсивности ХЛ быстрой вспышки до и после функциональной нагрузки**

| Группы животных      | Исходный уровень |                    |      | Интенсивность ХЛ после 21-суточной тренировки |                    |      |
|----------------------|------------------|--------------------|------|---|--------------------|------|
|                      | И0               | И1                 | Δ    | И0  | И1                 | Δ    |
| тренировка           | 51,6±4,3         | 65,3±2,6<br>p<0,05 | 16,2 | 56,3±3,1                                      | 55,6±1,4<br>p<0,05 | -1,6 |
| Тренировка+ Фитосбор | 55,7±3,0         | 67,3±3,4<br>p<0,05 | 14,0 | 58,4±2,3                                      | 57,2±1,8           | -1,9 |
| интактная            | 54,0±2,1         | 6,5±4,1<br>p<0,05  | 13,6 | 56,7±2,8                                      | 67,1±4,3<br>p<0,05 | 10,4 |

Во второй серии экспериментов изучали влияние фитосбора на содержание малонового диальдегида с использованием системы многослойных липосом яичного желтка (ЛПЖ). Определяли уровень спонтанного и Fe<sup>2+</sup> индуцированного МДА, а также скорость накопления Fe<sup>2+</sup> – индуцированного МДА в течение 10 мин инкубации.

Данные, представленные в табл.2, свидетельствуют, что спонтанный уровень МДА одинаков как в контрольных, так и в опытных пробах. В результате инициирования процесса ПОЛ ионами Fe<sup>2+</sup> происходит резкое повышение содержания МДА в суспензии ЛПЖ. Добавление в инкубируемую пробу фитосбора оказывала тормозящее действие на прирост содержания МДА. Аналогичная закономерность установлена при изучении скорости накопления Fe<sup>2+</sup> – индуцированного МДА.

Данные второй серии экспериментов свидетельствуют о том, что фитосбор обладает выраженными антиокислительными свойствами, ингибирует процесс свободнорадикального окисления и образования продуктов ПОЛ в модельной системе липосом, причем его антиокислительная активность выше чем у α-токоферола.

**Влияние фитосбора на прирост количества МДА в суспензии ЛПЖ**

| Группы животных | Уровень МДА, нмоль/мг белка |                                 | Скорость накопления МДА нмоль/(мг белка мин) |
|-----------------|-----------------------------|---------------------------------|--|
|                 | Спонтанный                  | Fe <sup>2+</sup> индуцированных |  |
| контроль        | 50,0±3,4                    | 212,0±15,6                      | 14,6±1,55                                    |
| фитосбор        | 52,0±1,5<br>p<0,05          | 120,5±4,0<br>p<0,05             | 7,5±0,5<br>p<0,05                            |
| α-токоферол     | 47,3± 1,3<br>p<0,05         | 170±3,9<br>p<0,01               | 12,4±0,5<br>p<0,01                           |

Таким образом, можно заключить, что введение фитосбора на фоне длительных физических нагрузок сопровождается стабилизацией свободнорадикального окисления липидов. Поскольку регулирование ПОЛ связано с функционированием эндогенной антиокислительной системы, можно предположить, что развитие адаптационных изменений при введении фитосбора сопровождается повышением мощности этой системы, причем антиокислительная активность фитосбора выше чем у α-токоферола.

**Библиографический список**

1. Богданова Т. Б., Фелюшкина А. Ю. Влияние фитосбора Тан-1 на уровень свободно-радикального окисления у спортсменов после физической нагрузки. Сб. статей по материалам 4-го конгресса молодых ученых и специалистов «Наука о человеке». – Томск, 15–16 мая, 2003 г. – С. 181–182.
2. Владимиров Ю.А., Арчаков А.И. Перекисное окисление липидов в биологических мембранах. – М. : Наука, 1972. – 256 с.
3. Владимиров Ю. А. Свободные радикалы и антиоксиданты // Вестник РАМН. – 1998. – № 8. – С. 43–51.
4. Владимиров Ю.А. Сверхслабые свечения при биохимических реакциях. – М. : Наука, 1966.
5. Зенков Н. К., Ланкин В. З., Меньшикова Е. Б. Окислительный стресс. – М.: Наука, 2001. – 342 с.

## ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА: КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД

А. И. Власов

Врач, соискатель,  
Медицинский центр доктора Власова  
«ВАЛЕОТОН», г. Екатеринбург, Россия

---

**Summary.** Human health – an important indicator of human activity. Health education should start with a person's birth. For health promotion requires an integrated approach.

**Keywords:** health; human; integrated approach.

---

Здоровье является интегральным показателем жизнедеятельности организма при динамичном постоянстве внутренней среды и зависит от запаса прочности функционирования и слаженности работы жизненно-важных органов и систем организма, позволяющее полноценно переносить различные нагрузки на грани предельных возможностей без срыва адаптации. Здоровье человека составляет неотъемлемую часть общественного богатства, распределение, сохранение, использование и воспроизведение которого определяется типом социально-экономической системы, характером общественных отношений. Человек получает здоровье в известном смысле как дар от природы, но от общества зависит, приумножится ли этот дар или будет утрачен. Исследование здоровья как ценности необходимо для определения приоритетов социальной политики государства. Для этого необходимо выяснить социальное, экономическое, нравственное и психофизиологическое содержание категории здоровья. Здоровье каждого индивида и общества в целом является важнейшим показателем социального прогресса, бесценным капиталом человечества. «Особенно опасна для интегрального здоровья человека тенденция манипулировать ценностными представлениями людей, глубоко укорененная в обществе и тайно используемая различными органами власти, тенденция «подтягивания» низкого качества жизни к высокому смыслу жизни. «Приклеенное» качество создаст иллюзорный смысл, порождает несчастное сознание» [2, с. 686].

Воспитание здорового человека необходимо начинать с раннего возраста, с рождения ребенка, а точнее, до рождения, начиная с физического воспитания родителей будущего члена общества, так как у здоровых родителей рождаются здоровые дети. Нами предлагается внедрение автоматизированной системы – определения рейтинга здоровья человека: «ВАИ – всестороннего анализа индивидуума». Далее, разработка рекомендаций по поводу коррекции соматического, психического и физического здоровья, составление программы оздоровления в виде рецепта здоровья, в котором должно быть отражено время занятий, режим, контрольные мероприятия и другие факторы. Разработанная в нашем медицинском центре автоматизи-

рованная программа ВАИ позволяет дать комплексную оценку здоровья и с помощью компьютерной программы дифференцированно оценить каждый показатель составляющей здоровья. Система показателей представлена шестью основными блоками:

1 блок: общие данные и анализ двигательной активности;

2 блок: анализ соматического здоровья;

3 блок: оценка физического здоровья;

4 блок: оценка психического здоровья;

5 блок: заключение по состоянию здоровья;

6 блок: рекомендации по укреплению здоровья (режим работы с пульсовой кривой).

В раздел «Общие данные» записываются паспортные и социально-значимые данные. Проводится двигательный анамнез.

При анализе соматического здоровья выделяется клинический диагноз и сопутствующие заболевания.

При оценке физического здоровья оцениваются:

– физическое развитие методом антропометрии;

– физическое состояние, то есть функциональное состояние жизненно важных органов и систем в покое;

– физические возможности в зависимости от возраста с помощью функциональных проб и тестирующих нагрузок;

– физическая подготовленность, то есть физические качества.

При оценке психического здоровья оцениваются:

– психоневрологический статус или нервно-психическое состояние;

– психоэмоциональный статус или психоэмоциональное состояние в зависимости от задачи исследования;

– психическая деятельность (познавательные процессы, интеллект, личностные качества).

Заключение по состоянию здоровья личности производится согласно полученной интегральной оценке уровня здоровья в виде рейтинга. С учетом полученных данных проводится распределение в группы для занятий физической культурой, определяется предельно-допустимая нагрузка и степень ее интенсивности по пульсу. Научные «исследования указывают на необходимость регламентации суммарных двигательных актов для занятий оздоровительной направленности» [1, с. 13].

Такая система комплексной дифференциальной оценки здоровья человека составлена с учетом требований современного здравоохранения, она может быть использована в учебных заведениях, на предприятиях, в диспансерах, контролирующих состояние здоровья людей.

## Библиографический список

1. Глухенькая Н. М. Организационно-методические условия физкультурных занятий оздоровительной направленности со студентками медицинских вузов : автореф. канд. дис. – Тюмень, 2001.
2. Петленко В. П. Валеология человека: Здоровье – Любовь – красота. Книга 2-я. – Т. 4, 5. – Спб. : «Петроградский и К», 1998. – 832 с.

## СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА ЛИЦ ПРЕДПЕНСИОННОГО ВОЗРАСТА КАК ФАКТОР СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ: ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

Т. С. Кузина  
О. С. Фисенко

*Бакалавр,  
кандидат филологических наук, доцент,  
Российский государственный социальный  
университет, филиал в г. Люберцы,  
Московская область, Россия*

---

**Summary.** The article discusses the problem of social protection of citizens in modern social-economic and political conditions in Russia. Proved that the a crisis sphere is the sphere of social protection of people approaching retirement age. The main directions of social protection of the population – assistance in social adaptation and maintenance of employment and life activity of citizens approaching retirement age.

**Keywords:** Pre-retirement age; social adaptation; social protection.

---

Социально-экономические и политические преобразования в России, происходящие уже в течение многих лет под флагом «политики реформ», привели к тому, что в ряде общественных сфер наблюдаются кризисные моменты. Одной из таких «кризисных» сфер является сфера социальной защиты лиц предпенсионного возраста.

В Конституции провозглашено, что Российская Федерация является социальным государством. Деятельность всей системы государственного управления направлена на обеспечение и создание условий для достойной жизни человека. В статье 39 Конституции РФ сказано, что социальное обеспечение гарантируется каждому «по возрасту, в случае болезни, инвалидности, потери кормильца, для воспитания детей и в иных случаях, установленных законом. Исследования социологов показывают, что менее защищенной социальной группой является трудоспособное население России и, прежде всего, лица предпенсионного возраста.

В нормативно-правовых актах закреплено, что предпенсионным является возраст за два года до наступления возраста, дающего право выхода на трудовую пенсию по старости (по возрасту), в том числе досрочно назначаемую трудовую пенсию по старости. Анализ социологических

опросов и медицинских данных свидетельствует о том, что от уровня социальной адаптированности граждан предпенсионного возраста зависит их здоровье.

Самой большой проблемой для личности становится процесс вхождения в собственную старость. Процесс осознания старения менее болезнен для тех, кто благодаря постоянному изменению условий жизни вынужден был изменять свое поведение. В предпенсионный период человек пытается найти смысл в новой жизни. Психолого-социологические исследования показывают, что данные поиски могут помешать мобилизовать силы человеку предпенсионного возраста в последние годы работы.

Многие современные исследователи считают, что десятилетие, особенно последние 5 лет, перед выходом на пенсию является наиболее важным и благоприятным для адаптации к старости. В это время лицам предпенсионного возраста нужна социально-психологическая поддержка, направленная на подготовку к изменению и принятию новых жизненных ситуаций. Именно в этом направлении социальная работа в Российской Федерации фактически не ведется. Социальные институты призваны подготавливать граждан к переходу на следующий возрастной рубеж, к изменению характера трудовой деятельности или ее полному прекращению. Подготовка к переходу на пенсию и встрече старости должна осуществляться за два-три года до прекращения трудовой деятельности.

При составлении государственных социальных программ на первый план выступает социальная активность и профессионализм лиц предпенсионного возраста. Например, разрабатываемая пенсионная реформа «Стратегия-2020» предусматривает значительное увеличение пенсии тем, кто, достигнув пенсионного возраста, продолжает работать от года до пяти лет и после достижения пенсионного возраста, не получая при этом пенсии [1]. Но реалии российской действительности таковы: происходит снижение конкурентоспособности работников предпенсионного возраста на современном рынке. Пожилые граждане в период экономического кризиса имеют небольшие шансы на трудоустройство. Вместе с тем данная категория лиц имеет высокий уровень квалификационно-профессиональных качеств, трудовой опыт и дисциплинированность.

Для преодоления негативных факторов, необходимо разрабатывать специальные социальные программы, которые будут направлены на обеспечение самозанятости граждан. Работодатели, которые привлекают к труду граждан предпенсионного возраста, должны стимулироваться посредством налоговой политики. Рабочие места должны быть квотированы государством.

Правильно организованная социальная забота будет способствовать сохранению здоровья лицам предпенсионного возраста.

Социальная защита лиц предпенсионного возраста должна реализовываться в двух направлениях: содействие в социальной адаптации и поддержание трудовой и жизненной активности данной категории лиц.

#### Библиографический список

1. Чтобы получать приличную пенсию, надо не спешить ее получать? // «Российская газета». – Федеральный выпуск. – №5620 (244) от 31.10.2011. URL: <http://www.rg.ru/2011/10/28/pensii-site.html>

## ФЕНОМЕНОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ КАК ЖИЗНЕННОЙ ЦЕННОСТИ ЧЕЛОВЕКА

**А. К. Москатова**

*Доктор педагогических наук,  
кандидат биологических наук,  
профессор,  
Российский государственный  
университет физической культуры,  
спорта, молодёжи и туризма,  
г. Москва, Россия*

---

**Summary.** The problems and the factors that determine the usefulness of updating individual and public health and vitality. Discusses the theoretical concept of the phenomenon of health and bioengineering technology, contrary to the ethical principles and possibilities of conscious self-improvement and improvement of the person. Based on international experience shows the need to educate individuals awareness of vital value of health as a basis for the successful development of civilization in unity with the space environment.

**Keywords:** health reasons; the goal of healthy living; holistic health; holographic health; the logic of health; life force; cosmic awareness of health.

---

**Введение.** Достижение статуса полноценного, гармоничного здоровья людей, как наивысшего блага в формировании и развитии цивилизации, следует отнести к глобальным проблемам, которые предстоит решать всему планетарному социуму. Согласно Высшему Замыслу эволюции людскому сообществу надлежит продвигаться к зарождению новой, духовно пробуждённой цивилизации Землян, чей изначально единый, космический разум наделён способностью к непрекращающемуся созиданию, к самообновлению, самосовершенствованию, достижению гармонии с принципами жизни миролюбивой, сознательной, преобразующейся Вселенной. Но чтобы целенаправленно и продуктивно использовать свой жизненный потенциал, свои интеллектуальные ресурсы для улучшения жизнедеятельности, для продуктивной реализации своих знаний и благотворного соучастия в формировании неколебимой основы общепланетарного благополу-

чия, каждому индивидууму предстоит осознать не только многоаспектность выражения феномена здоровья, но утвердиться в понимании его *причинного фундамента*.

### **Современные парадигмы феномена здоровья.**

Современная медицинская наука понимает здоровье индивидуума на протяжении всей жизни как поддержание динамического равновесия организма с окружающей природой и социальной средой при непрерывно текущей биологической и социальной адаптации к изменениям этой среды и при условии свободного осуществления всех присущих человеку биологических и социальных функций.

Всемирная Организация Здравоохранения, которая призвана определять глобальную стратегию поддержания здоровья человечества нашей планеты, опирается на концепцию здоровья как *«состояния полного физического, психического и социального благополучия»*. Однако возможность даже приблизительной объективной оценки *меры и градаций всечеловеческого благополучия* весьма сомнительна. Отсутствие мер и критериев здоровья не позволяет разработать целенаправленную стратегию его совершенствования. Поэтому характерным способом реализации *программ оздоровления*, если таковые вообще разрабатываются, остается «мониторинг индивидуального здоровья» в виде констатации актуального состояния организма на основе характеристик соматического и психического статуса, доступной информации о наследственности, либо тестирование функциональных реакций отдельных систем на дозированные нагрузки. Далее следует врачебная физиологическая оценка и традиционное, схематичное *лечение «объективированных» симптомов*, оставляя без внимания причины отчасти вскрытых признаков и дефектов «нездоровья».

Содержание понятия «Здоровье» в массовом сознании может быть охарактеризовано с точки зрения его значимости в системе жизненных ценностей человека, как возможности гармоничного развития личности и общества, удовлетворения всех био-социальных и интеллектуально-духовных потребностей, заложенных в природе человека. По инерции *здоровье* признаётся также неотъемлемым *правом* человека, что обуславливает *требования* к обществу по его охране. Если же признать, что стремление к подлинно *здоровой жизни* представляет одну из благотворных целей земного воплощения человеческой души, без которой ограничивается возможность продуктивной реализации индивидуальных талантов, способностей и творческих потенций, то *осознанный выбор пути* к самореализации и созиданию подлинно *здоровой жизни* остаётся безусловно *за человеком*.

Распространённое понимание *здоровья человека*, ограниченное пределами индивидуальных потребностей его личного и общественного бытия, не соответствует ни истинной, *духовной первооснове* человеческой природы, ни понятию его идеального образца, ни той миссии в текущем земном воплощении, ради которой человек наделяется благом *Жизни* и

Здоровья. Следовательно, постижение закономерностей здоровой жизни и практическая реализация духовного и физического потенциала каждого человека непосредственно зависят от осознания им самим *ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ КОНЦЕПЦИИ ЦЕЛОСТНОЙ, ДУХОВНО-МАТЕРИАЛЬНОЙ РЕАЛЬНОСТИ, ЕДИНСТВА СОЗНАНИЯ И ТЕЛА*. Применяя концепцию единства и всеобщности к понятию «здоровье», которое и есть «*ВСЁ*», можно прийти к выводу, что *БЫТЬ ЗДОРОВЫМ* означает «*БЫТЬ ЦЕЛЬНЫМ*», то есть перестать мыслить фрагментарно и применить идею единства к собственному существованию, как проявлению непререкаемого высшего порядка.

Согласно концепциям современной *квантовой физики* основные законы Жизни мироздания служат объединению и упорядочиванию всех вещей, всех форм и состояний в единую, целостную реальность. Она находится в непрерывном потоке циклических изменений восходящей спирали эволюции, в которой разум и материя не являются разделёнными субстанциями. Материя и энергия – всего лишь две стороны *единой реальности*. *Материя* – не более, чем моментальное выражение концентрации *энергии*, которая может быть направлена в различные пространственно-временные измерения и морфогенные поля посредством воздействия сознания и креативного, творящего разума [14, с. 34, 35, 41].

Основополагающее убеждение о собственной природе должно протекать из понимания того, что *СОЗНАНИЕ человека* не возникает в материальных структурах его мозга, но являет собой *необъятное поле первичной реальности Вселенной, единым, вездесущим Сознанием Вселенной*. Оно локализуется абсолютно во всех дифференцированных формах материи, придавая им конкретные свойства, направляя их взаимодействия, стимулируя взаимообмен энергией и информацией и, таким образом, *управляя их структурным и функциональным развитием* [7, с. 80].

Следовательно, желание управлять телесным, психическим и духовным здоровьем должно сочетаться с восприятием идеи о *СОЗНАТЕЛЬНОМ УПРАВЛЕНИИ МАТЕРИЕЙ*, включая структуры, органы и системы телесности, во всех измерениях и проявлениях многогранной согласованности с окружающим миром. Способность человека к сознательному управлению телесным статусом – качество жизненно важной ценности человеческого существа, унаследованное как непререкаемая преобразующая сила Высшего Разума и Духа.

Признание законов высшего порядка, установленных Разумной Вселенной, позволяет актуализировать *ХОЛИСТИЧЕСКУЮ МОДЕЛЬ ЗДОРОВЬЯ*, как основу для усовершенствования умственного, физического и духовного здоровья, целенаправленного создания такой жизненной среды, в которой *ум-тело-дух* индивидуума взаимодействуют с сознательной, разумной *ДУШОЙ* [9, с. 9]. Именно эта *подлинная, одухотворённая сущность человека* открывает интеллекту понимание и осознание собственной жизни и позволяет созидать *здоровую жизнедеятельность*, на основе опыта множествен-

ных *воплощений души* и используя изначальную, энергоинформационную связь со своей космической обителью [4, с. 181, 194]; [18, с. 257–268].

Энергетическое поле каждого человека взаимодействует с энергетическими и информационными полями других людей, с геосферой и ноосферой целостного, живого организма планеты, с планетами Солнечной системы, Галактикой и Вселенной, непрерывно принимая неограниченные, трансформирующие потоки *жизненной энергии* и *информации* в соответствии с *универсальным голографическим* принципом жизни мироздания – «*ВСЁ-ВОЗДЕЙСТВУЕТ-НА ВСЁ*», «*ВСЁ-ОТРАЖЕНО-ВО ВСЁМ*». Следовательно, разумное, грамотное решение проблем индивидуального и общественного здоровья не может быть достигнуто без изучения мировоззренческих концепций *интегральности человеческой природы*, без признания её *ВЫСШЕГО ДУХОВНОГО, ЭВОЛЮЦИОННОГО СМЫСЛА*. Вместе с тем, распространённые представления о природе Человека в научных и учебных дисциплинах преимущественно материалистичны в теориях и методах изучения. Академическая наука культивирует презрение к любому знанию, не удостоверяемому физическими опытами или субъективными убеждениями и консенсусом мнений авторитетных учёных. На такой основе невозможно понять *ИДЕАЛЬНУЮ ЛОГИКУ ЗДОРОВЬЯ* как атрибута *ОБЩЕКОСМИЧЕСКОГО ФЕНОМЕНА ЖИЗНИ*. Ибо сам феномен Жизни – есть манифестация грандиозных Идей, рождённых в неведомых глубинах неисчерпаемого Источника Замыслов, одухотворяющего *мыслеторы* Высших Разумов для их реализации в бесконечном разнообразии развивающихся жизненных форм видимой и невидимой Вселенной.

Феномен Жизни – сокровенен, загадочен, невыразим, находится вне пределов досягаемости человеческим пониманием. Все дифференциации и индивидуализации проявления Жизни – содержат признаки и принципы «*ЕДИНОВОГО ОБЩЕКОСМИЧЕСКОГО ГЕНОМА*» – определяющего изначальное духовное родство. Поэтому божественная *ЛОГИКА ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА* подразумевает необходимость *воссоздания* в процессах жизнедеятельности *ЕДИНСТВА ДУХОВНО-МАТЕРИАЛЬНОГО ЕСТЕСТВА ЧЕЛОВЕКА*, в котором воплощена космическая общность со всеми формами жизни, а также первородная связь *здоровья землян* с энергией и информацией, отражающей состояние континуума природной, социальной и космической среды обитания.

Человечество – в широком смысле слова – это не просто разумные жители планеты Земля, но вообще *ФОРМА СУЩЕСТВОВАНИЯ ОДУШЕВЛЁННОЙ ДУХОВНО-РАЗУМНОЙ ЖИЗНИ*. Важно понять также сокровенное *родство человечества* с существами других, внеземных цивилизаций, с внеземными родственными душами, имеющими *разнообразные* проявления своей материальности, телесной конституции, гармоничности и долгожительства. Человечество Земли накапливало потенциал *разумного опыта* здоровой, плодотворной жизни в процессе многократных воплощений, перевоплощений и обширных космических миграций чистых душ, облачённых в разуплот-

нённые световые тела. Целенаправленные перемещения в галактических пространствах и параллелях Вселенной позволяли сущностям выполнять свои эволюционные миссии, овладевать огромными масштабами знаний и технологий, осваивать новые способности, превосходящие жизненный опыт, полученный на различных исторических этапах космической эволюции природы земного мира. В своих намеренных путешествиях они обогащались качествами, расширяющими резервы жизнеспособности и обретали креативные потенции сверхсознания, успешно апробированные обитателями разнообразных звёздных цивилизаций нашей Галактики и Вселенной [21, с. 241].

В соответствии с Законами Жизни, принципами и различными направлениями *ЭВОЛЮЦИИ*, в неё вовлекаются *ВСЕ* галактические, звёздные и планетарные объекты Мультивселенной, их жизненные формы, гуманоидные, человекоподобные или другие, своеобразные разумные генерации. Они подвергаются *циклическим трансформациям* телесных, психических и духовных качеств сущностной природы, которые способствуют также *преобразованию самосознания* индивидуумов и планетарных сообществ, нацеленного на высоты космического, всеобъемлющего уровня. Обладателям *космического сознания* становятся очевидными и естественными устремления к созиданию идеальной, здоровой, миролюбивой, взаимно полезной Жизни как в масштабе народонаселения отдельной планетарной обители, так и в масштабе единой для всех Вселенной [2].

Все развитые инопланетные разумы признают *ЗАКОН ЕДИНОГО – ВЫРАЖЕНИЕ ГЕРМЕТИЧЕСКОГО ПРИНЦИПА «ВСЁ-ЕСТЬ-ВО ВСЁМ» – ИДЕАЛ ВЕЧНОСУЩЕЙ ЖИЗНИ*, предоставляющей бесконечные возможности саморазвития, созидательности, роста разнообразия, выражения возвышенных духовных качеств, новых, многомерных аспектов самосознания, новых убеждений, достижения прогрессирующего разума и гармоничной жизни на протяжении эонов времени [19, с. 228].

Перспектива освоения современной планетарной популяцией отмеченного *уровня сознания* и сопутствующего ему *идеального здоровья* может обрести реальность посредством: 1/ освобождения массового сознания и традиционного образования от давления диалектики безудержного, бездумного потребительства, губительного для здоровья; 2/ преодоления искажений познающего интеллекта, которые вносятся парадигмой *первичности материи и вторичности сознания*; 3/ утверждения *холистического, целостного* подхода к изучению человеческой природы, вместо концепций *редукционизма*, на основе которого делаются попытки объяснить особенности человеческой природы и здоровой жизнеспособности путём фрагментарного изучения конституции – разобщённых телесных, эмоциональных и ментальных конструкций; 4/ использования альтернативных источников бесценной информации о законах становления и развития Разумной Жизни мироздания.

## **Качество здоровья – проекция осознания законов целостности и совершенства жизни**

В отличие от субъективных, умозрительных представлений ряда земных учёных, *интегральная космическая наука*, древность и достижения которой неизмеримо *превосходит* историю зарождения земного разума и накопления научного знания, располагает обширной информационной сферой проверенных и реализованных идей, предусматривающих формирование разнообразных планетарных миров и разновидностей разумных обитателей высокоразвитых звёздных цивилизаций. В эволюционных циклах новые генетические творения появлялись в результате многовариантных, длительных инженерно-генетических экспериментов, которые осуществлялись в земных условиях исследователями инопланетных цивилизаций, достигших более высоких уровней мышления, познавательных и креативных способностей. Внеземные учёные-экспериментаторы владели императивной информацией от первоисточников и действовали согласно проектам и технологиям, отвечающим принципам *ЕДИНОГО МНОГОМЕРНОГО ГЕНОМА*. Его матричная программа подразумевает, что никакие части и формы жизни в пространственно-временном континууме мироздания не могут появляться неожиданно, «случайно», существовать и развиваться независимо, обособленно, самопроизвольно. Замыслы реализации многомерных эволюционных преобразований мироздания – прерогатива Высшего Божественного Разума, обладающего уникальной творящей Силой Духа и являющегося гарантом высочайшего порядка, сохраняющего Жизнь, Энергию, Материю, Сознание, Информацию в процессах непрекращающегося развития и совершенствования миров и разумных существ.

Принимаясь за решение каких-либо проблем желаемых преобразований различных сторон жизни, здоровья и генотипа человеческих генераций необходимо уяснить, что *современное человечество* – результат исключительно долгого, кропотливо исследованного *ГЕНЕТИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ*, в котором непосредственное участие принимали профессиональные учёные – представители многочисленных инопланетных цивилизаций. Среди них находились также те души, которые получили воплощение в *настоящее время*, чтобы служить инициаторами гармоничных трансформаций сознания и просветления интеллекта человеческих особей современного этапа земной эволюции. Эпохальные эксперименты преследовали *ВЕЛИКУЮ ЦЕЛЬ* – формирование и воспитание *МНОГОМЕРНОЙ РАСЫ ЛЮДЕЙ*, обладающих *идеальными качествами здоровья и исключительного, плодотворного долголетия*, способных жить и творить в различных измерениях Вселенной, преодолевая ограничения сознания смертной биологической плоти [11, с. 104]; [12, с. 231–236].

Следует осмыслить, что *ДОСТИЖЕНИЕ ПОЛНОТЫ КАЧЕСТВ ОБРАЗЦА СОВЕРШЕНСТВА* – составляет высшее предназначение всех испытаний, которые проходят каждый индивидуум, народы, нации и всё человечество в

целом в процессе длительных циклов *физической эволюции*, сопряженных с более продолжительными циклами *эволюции интеллекта* и много более протяжёнными циклами *духовной эволюции*. Таким образом, *Эволюция* как феномен закономерного, *сознательно инспирированного развития* Жизни Вселенной, управляемой высшим Сознанием её Демиурга, осуществляется посредством *эманаций* – истечений мощных *духовных энергий*, разумных духовных сил, которые наполняют физические формы жизни, *воспламеняют* их устремления к гармоничному совершенствованию сознания души и духовной сущности, способствуя всестороннему прогрессу человечества.

Очевидно, что проблемы улучшения жизни, гармонизации здоровья, повышения жизнеспособности, выживаемости, удовлетворения естественных потребностей человека не могут быть успешно разрешены только на плане переходящего мира физических следствий без высокоразвитого самосознания и достоверных знаний о возможностях целостной, одушевлённой и одухотворённой человеческой природы. Человек может стать *здоровым* и *благополучным*, если поступает *мудро*, если понимает принципы вселенской гармонии, умеет наделять *смыслом* свою жизнедеятельность, использовать *ПСИХОДУХОВНЫЕ СИЛЫ УНИВЕРСАЛЬНОЙ ЖИЗНЕННОЙ ЭНЕРГИИ*, всегда направленные на поддержание всех форм и видов жизни на просторах Вселенной. В общем рассмотрении, физическое и психическое здоровье человека достигается только при наличии осмысленного и стабильно позитивного отношения к жизни. Любая болезнь физического и психического происхождения инспирируется такими негативными, *«критическими»* эмоциями, как гнев, ревность, жестокость, жалость к себе, страх, беспокойство. Как периодические выбросы турбулентных энергетических образований, они существенно ослабляют жизненные силы личности, порождают хаос, нарушают целостность защитного биоэнергетического поля человеческой особи. Мотивированное личностью *намерение* к поддержанию устойчивого энергетического баланса своей невидимой реальности – ментального, эмоционального и физического *полей индивидуального сознания* – становится видимым и ощутимым в успешных преобразованиях и гармонизации здоровья, высокой психической продуктивности и физической работоспособности [20, с. 191–193].

### **Биоэтические предпосылки здоровья социума**

Раздуваемый рекламой, *кажущийся «прогресс»* естествознания, пытающегося проникнуть в глубины создания материи, клеток, ДНК и РНК – породил множество *техногенных иллюзий и крикливых лозунгов* – «мы не можем ждать милостей от природы!...»). Рекомендации по тотальной «биокоррекции здоровья» как всеми возможными фармакологическими, так и физическими, инструментальными воздействиями на *любой нездоровый орган или организм*, в изобилии изливаемые СМИ, приводят к существенному искажению понимания *феномена здоровья* в массовом созна-

нии, провоцируют полную безответственность в отношении соблюдения дисциплины здоровой жизни и состояния собственной жизнеспособности.

Самоуверенные футуристы активно сеют свои восхищения нарождающимися достижениями медицины и биоинженерной генетики, чьи анархически настроенные учёные воодушевлённо *рекламируют* перспективы искусственного «выращивания» человеческих органов и даже частей тела ради спасения *дорогостоящих пациентов*, продления их драгоценной жизни и освобождения «всего человечества» от страха плотской смерти. Претенденты на «нобелевские премии» усиленно распространяют свои многообещающие открытия в сфере «генной терапии», касающейся ряда коварных соматических, нервных, психических и генетических болезней. Изощённо манипулируя зародышевыми «стволовыми клетками» они стараются превзойти вселенских Творцов, покушаясь своими технологиями на создание «более совершенных», *неуязвимых «искусственных генов»*, которые/, по их уверениям, *должны* избавить базовые функции организма человека от мутаций, генетических дефектов и патологии. Расцветает организация «гуманной помощи» импотентным, бесплодным супругам посредством постановки «на поток» *пробирочного воспроизводства населения*. Благодаря настойчивой рекламе, растёт буквальная конкуренция по *востребованности репродуктивной валюты* – субстратов, небескорыстно пожалованных анонимными «гениями» для хранения в «*банках спермы*», в сравнении с обращениями за помощью к традиционной банковской системе. Избегая обсуждения щекотливых вопросов о *полноценности здоровья* особей и социума при распространении искусственного оплодотворения, передовая биомедицинская отрасль воистину открывает фантастическую перспективу превращения человечества в отпрыск техногенной, *бесчеловечной*, но *прибыльной* науки, творимой биогенетиками – самовластными, *самоуверенными анархистами*, упоёнными своими безжалостными изобретениями, покушающимися на идеальную, божественную человеческую природу [22; 23]. Не удивительны их убеждения, о которых можно судить по откровенному высказыванию знаменитого генетика, нобелевского лауреата Джеймса Уотсона (James Watson): « *Ни у кого не хватает духу сказать это вслух, но если бы мы могли улучшить человеческую природу, научившись добавлять гены, то почему бы нам этого не сделать?*» [5, с. 185].

Вопрос о феноменологии здоровья общества остаётся открытым. Какова перспектива попыток превзойти вселенский разум Созидателей *ЕДИННОГО МНОГОМЕРНОГО ГЕНОМА*, определяющего *несовместимость* полноценных, жизнеспособных разумных созданий и химер, созданных самоуверенной, анархичной земной наукой? Обвал технологий трепетно ожидаемого будущего «*дивного, дивного нового мира*», предсказанного и красочно описанного известным английским писателем Олдсом Хаксли (Aldous Huxley – 1894–1963) в фантастическом романе-антиутопии (“Brave New World” – издание 1944 г.), уже нашёл сегодня *проявление* в нескрыва-

емых дефектах психического здоровья и пошатнувшегося здравомыслия во всех стратах земного социума, и ещё более – в сознании научного истеблишмента, уже *готового* к созданию конвейерного производства человеческих органов и генетически модифицированных, стандартных особей при откровенном презрении к *принципам биоэтики*, которые утопают в «коллективном бессознательном», поглощённом надеждами на обещанное наукой бессмертие [13, с. 225].

Футуристам, воспевающим процветание запрограммированного, роботизированного общества техногенной цивилизации, уместно напомнить словами американского психолога Стивена Поста (Steven Post), убеждающего своими исследованиями, что моральное и физическое самочувствие, *здоровье и долголетие человека* достигаются благодаря унаследованным в духе душевным качествам любви, оптимизма, доброты и, следовательно,

« *В современном мире совершенствование человека – задача не генной инженерии, а ВОСПИТАНИЯ*», что в первую очередь следует отнести к *ВОСПИТАНИЮ САМОСОЗНАНОСТИ* как прочного фундамента ответственного отношения к бесценному дару Жизни [5, с. 541].

Почему бы деятелям науки и просвещения, изобретателям фантастических медико-инженерных и генных технологий, откровенно нацеленных на подмену живого, *идеально устроенного и здорового человеческого существа*, машиноподной совокупностью бессмысленного набора искусственных генов, органов и управляющих нано-чипов, не задуматься о необходимости антропологического, гуманизированного *ОБРАЗОВАНИЯ* и *ВОСПИТАНИЯ САМОСОЗНАНИЯ ТВОРЧЕСКОГО ЧЕЛОВЕКА, МОБИЛИЗАЦИИ ЕГО ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ?* Для интеллектуального развития в этой сфере целеустремлённым личностям доступны древние и современные источники *гигантского мирового опыта* по профилактике и предупреждению болезней, исцелению хронических нарушений здоровья, укреплению жизнеспособности, продлению продуктивного долголетия. Ибо ещё знаменитый древнегреческий врач, реформатор и учитель медицины Гиппократ (ок. 460–377 гг. до н. э.) в своих трактатах утверждал и объяснял, что *причины*, которые заставили человека обращаться к медицинской науке для оздоровления были обусловлены именно ограниченным знанием своей природы и *низким уровнем самосознания*, пренебрежением к своему божественному происхождению и утратой жизненно необходимой связи с силой Всеединого Духовного Сознания: «*Если бы человек был ЕДИНОЕ, то он никогда не болел бы, ибо раз он единое, ему не от чего будет болеть*» [3, с. 197].

Сегодня человечество располагает уникальным опытом созидания здоровой жизни, который многие тысячи лет хранится, наследуется и используется в традициях Восточных цивилизаций. Их социальная культура и медицина следовали универсальным Законам Жизни Космоса, чтити Духовный Первоисточник Жизни и черпали благо истинного и непревзойденного знания из священных, общекосмических хранилищ Высшего Ра-

зума. Этот гигантский пласт подлинно научного Знания, взывает к мудрому, бережному отношению человека к своей природе и всеединому Истоку жизненных энергий, питающих, одухотворяющих и облагораживающих все явления Жизни человечества. Почему же щедрость и мудрость Высшего Разума и опыта многих человеческих цивилизаций не востребована нашей научной элитой во благо здоровья людей? Очевидно, заблуждения массового сознания и искажения ментального отражения реальности есть следствия распространённых убеждений, которые питаются плодами, посеянными на полях искусственных экспериментов, в искусственных условиях и на вымышленных моделях успешного материального плана жизни.

Из бесконечного потока знания, изливаемого Творящими Силами в виде откровений, отметим некоторые аспекты подлинной мудрости, накопленной глубокими умами древнейших восточных цивилизаций и культур, которыми внесён неоценимый вклад во все отрасли земных наук, изучающих естественную природу человека и факторы здоровой жизни.

Мудрецы древней Индии восприняли дар Ведического искусства здоровой жизни – *учение Аюрведы* и щедро отдавали свои знания и свою любовь для исцеления людей от невежества, неверия и несовершенства души и тела. Ведические знания – составляли основу *духовного осознания* человеком *смысла жизни* во всей полноте её материальных потребностей и в радости любовного служения Верховной Божественной Сущности, которая наделяет человека живой силой, просветляет разум, питает способность к различению духовной и материальной природы сущего, зажигает в преданном сердце светильник чистого истинного знания. Совершенное здоровье выражает достижение совершенного баланса собственных жизненных сил, управляющих телом, эмоциями, мыслями и внешних сил окружающей человека среды, включая человечество, нашу планету и космос в целом [10; 8].

Науки древнего *Китая* рассматривали человека как неотделимую часть Вселенной и это мировоззрение определило систему концепций здоровья и практики лечения болезней, для профилактики которых широко и успешно использовались методы психофизической коррекции дисбаланса жизненных сил организма человека, выполняющего миссию посредника во взаимоотношениях Неба и Земли – сосуда Духа и его земной манифестации – обители человечества. Исключительное внимание уделялось возвращению человека «*совершенного*», «*совершенному*», «*идеального*» – следовательно, *человека здорового*, как образца, притягательного для развития самосознания народа и процветания нации.

Один из первопредков китайской цивилизации, Желтый Император Хуан-Ди (годы правления ~ 2690–2590 гг. до н.э.), обладал особой пронительностью, чудесными способностями и получал *откровения* от Небесного Наставника, касающиеся объяснения *причин* здоровой и продолжительной жизни, среди которых следует отметить: 1/ *соизмерение* всей жиз-

недеятельности человека с циклами непрерывного течения небесных полярных потоков *жизненной энергии* Инь-Ци и Ян-Ци, ритмично нисходящими в поднебесный мир и восходящими обратно; 2/ поддержание гармонии телесной формы и духовных сил, равновесие воли и желаний, выполнение своих обязанностей; 3/ исключение вульгарных нравов из повседневной жизни [16, с. 25, 29]. В научной школе Конфуция (551–479 гг. до н.э.) утверждалось, что для *поддержания здоровья* важны такие *нравственные качества* как доброта, человечность, преданность родителям, доверие, справедливость, гармония чувств, миролюбие. Подчёркивалось, что сохранение здоровья требует сильной воли, терпения и настойчивости, прилагаемых для развития моральных и физических качеств [6, с. 55].

В традициях *даосской школы*, основателем которой был знаменитый китайский мистик Лао-цзы (VI в. до н.э.), чьи откровения составили содержание библии китайского мистицизма – «Дао дэ цзин» – «Учения о Пути и Добродетели (или Благой Силе)», – главное внимание в достижении *здорового долголетия* также уделяется совершенствованию человеческого духа и *нравственности*, развитию прежде всего божественной, духовной природы, осознанию единства природы вещей, согласованности индивидуальной жизни с природой небес и земли, открытию своей сущности для действия сил Благодати, посылаемой изначально Небесным Владыкой посредством *ЦИ* – *первосубстанции всего сущего* и движущей силы Жизни. Уникальное свойство даосской теории здоровой жизни состояло в том, что она достигала конкретных результатов в любом деле, полагаясь на ряд доказанных и последовательных принципов [1, с. 247, 261].

Воззрения *Тибетской* медицины и философские доктрины йоги исповедуют сущностное единство Энергии и Сознания, неразделимость и единую общность всех чувствующих существ и утверждают реальную способность человека к достижению совершенного *владения*: 1/ физическим телом, дыханием и жизнеспособностью; 2/ волевыми силами сознания и ума; 3/ силами божественной любви; 4/ силами природных стихий; 5/ силами мыслетворчества; 6/ экстатическими силами вдохновения [15].

Согласно *суфизму* – древнему учению «Братства Чистоты» – Восточной философской традиции, исповедующей светоносную мудрость *единства* материальной и духовной сфер жизни, *здоровье* достигается в полноте *самопознания* и путём устремления к истинной *гармонии* совершенства всех аспектов жизни, всей совокупности качеств и признаков, выражающих духовную чистоту и искренность, свободу души и гармонию жизни [17].

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** 1) Необозримыми путями человек постигает Истины Жизни, без понимания которых невозможно сформулировать понятие *идеала здоровья*. Божественная мудрость, наставляя человечество на пути к здоровой, гармоничной, изобильной, прекрасной жизни, указывает: «чтобы можно было двигаться вперёд и совершенствоваться, нужна чистая мотивация».

вирующая мысль, сфокусированная на центральной поглощающей точке или идеале... Нет никакой возможности для прогресса, прежде чем человек не выразит свой идеал.» *Идеальное здоровье* человека, в настоящей фазе общечеловеческой эволюции сознания, может быть достигнуто только на пути его преображения на *духовной основе* и с помощью адекватной реализации жизненной энергии, определяющей состояния силовых полей эфирного тела памяти, ментального, эмоционального и физического тел, которые составляют уникальный сплав в конструкции человеческого организма как видимого и ощущаемого *ХРАМА ЗДОРОВЬЯ*.

2) Если человек не хочет оставаться жертвой своих собственных невежественных порождений, умозрительных сооружений «в облаках из облаков» – возбудителей страданий, он должен приложить усилия и освободить свой разум от тумана и мыльных пузырей материалистических мифов и догматов «физического здоровья», висящих в пустоте недомыслия.

3) Искусство и мудрость *здоровой жизни* подразумевает, что индивидуум должен усвоить систему знаний, продвигающих его от механистического рассудка к творящему интеллекту. Ему предстоит ответственно избрать свою жизненную позицию и строить *осознанно* образцовую жизнь, помогая на этом многотрудном пути всем более слабым, неискушенным особям.

4) Космическая Наука предоставила в распоряжение человечества кладезь мудрых учений, которые позволяют *творить здоровье*, ибо в этом искусстве необходимо использовать истинные знания о человеке как части живого Мироздания, подчинённой действию эволюционных сил. Человек, стремящийся стать здоровым физически, должен высечь на скрижалях своего разума, что для этого необходимо *УТВЕРДИТЬСЯ В ДУХОВНОМ ЗДОРОВЬЕ И ОВЛАДЕТЬ КОСМИЧЕСКИМ СОЗНАНИЕМ*.

#### Библиографический список

1. Анатолий Алекс Истина ДАО – /пер.с англ./ – М. : «София», 2008.
2. Бёкк Ричард Космическое Сознание. Исследование эволюции человеческого разума /пер. с франц. – М. : «София», 2008.
3. Гиппократ Избранные книги. /пер. с греч. – М. : «СВАРОГ», 1994. – С. 197.
4. Джеймс Джон Великое поле и терапия души / пер. с англ. – СПб. : ИГ «Весь», 2011.
5. Каку Митио Физика будущего /пер. с англ. – М. : АНФ, «Династия», 2014.
6. Конфуций Я верю в древность / пер. с древнекит. – М. : Изд. «Республика», 1995.
7. Ласло Эрвин Наука и возрождение магии космоса. Целостное видение реальности / пер. с англ. – СПб. : ИГ «Весь», 2011.
8. Монингстар Амадея Аюрведа и полярная терапия. Практическое руководство для укрепления здоровья /пер с англ. – М. : «Саттва», 2007.
9. Неаполитанский С. М., Матвеев С. А. Сакральная медицина – СПб. : Институт метафизики, 2004.
10. Премананда Ведическое искусство здоровой жизни (Секреты Аюрведы) – СПб. : Фонд ведической культуры, 1997.

11. Рейчел Сэл Человек творящий – Эволюция души, вознесение и ДНК /пер. с англ. – М. : «София» 2012
12. Рейчел Сэл Человек многомерный. Книга для духовно растущих /пер. с англ. – М. : «София», 2011.
13. Стречча Элио, Тамбоне Виктор Биоэтика : учебник /пер. с итал. – М. : ББИ св. Апостола Андрея, Институт по университетскому сотрудничеству, 2002. – С. 225.
14. Соммер Дарио Салас В чём ценность человека? / пер. с испанск. – М. : ИД «Кодекс», 2014.
15. Тибетская йога и тайные учения или семь книг о мудрости Великого Пути. ( Редакция, введение и комментарии У. Й. Эванса-Вентца) /пер. с англ. – Самара : «Агни», 1998.
16. Трактат жёлтого Императора о внутреннем /пер. с др. китайского. – М. : «ЛМА», 1996.
17. Хазрат Инайят Хан Учение Суфиев /пер. с англ. – М. : «Сфера», 1998.
18. Хазрат Инайят Хан Метафизика. Опыт души на разных уровнях существования / пер. с англ. – М. : Сфера, 2009.
19. Хантли Ноэл Инопланетяне и пришельцы: Кто они и зачем они здесь? /пер. с англ. – М. : «София», 2011.
20. Хокинс Дэвид Сила vs Насилие. Скрытые мотивы человеческих поступков /пер. с англ. – СПб. : ИГ «Весь», 2010.
21. Barrick Marilyn C, Ph. D Soul Reflections. Many Lives, Many Journeys. – Summit University Press, USA, 2003. – P. 241.
22. Plotz David The Genius Factory. Unravelling the Mysteries of the Nobel Prize Sperm Bank. – London : Simon & Schuster UK, 2005.
23. Brooks Michael The Secret Anarchy of Science. – London : PROFILE BOOKS LTD UK, 2012.

## **ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЕ СТУДЕНТОВ КАК ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА**

**К. А. Сурвилова**

*Преподаватель,  
Томский промышленно-гуманитарный  
колледж, г. Томск, Россия*

---

**Summary.** On the basis of comprehensive theoretical and applied research, the authors concluded that the existence of certain groups of factors, decreased learning motivation determines the need to create sustainable psycho-emotional climate of the educational process, in this regard, the establishment of health-technologies should contribute to solving the basic problem to provide the elevated levels of physical and mental health of the individual and, as a consequence, increased performance.

**Keywords:** health preservation; causes stress students; ways of coping.

---

В настоящее время актуальность данной темы обусловлена как минимум двумя группами факторов. К первой группе можно отнести отсутствие культуры здоровья: неправильное питание, не соблюдение режима труда и отдыха, курение, употребление алкоголя, отсутствие закаливаю-

щих процедур и т. д. Вторую группу факторов составляет негативно влияющий на здоровье психоэмоциональный стресс.

Как правило, могут испытывать стресс оценивания большинство студентов в момент сдачи экзамена, ответа у доски, который сопровождает студентов на протяжении всего периода обучения.

В момент написания контрольных, тестовых и других работ преподаватель, как правило, дает на выполнение определенное количество времени, что может вызывать стресс ограничения во времени. Так же причина появления стресса может быть заложена в особо ответственном преподавателе, который не смог уложиться в рамки урока. Преподаватель начинает выдавать очень быстро информацию и темп урока возрастает. Некоторую часть аудитории скорость может заряжать, а на флегматиках и быстро утомляющихся студентах это сказывается отрицательно [1].

Так же причиной стресса может быть экспектационная фрустрация, когда ожидание положительной отметки и ожидаемой похвалы не совпадает с реальностью.

Переутомление, стресс психологического давления (через авторитарность учителя), коммуникативные стрессы так же имеют место быть в среде обучения.

Здоровьесбережение в образовательном процессе понимается как деятельность, направленная на сохранение и укрепление физического и психического здоровья обучающихся [3].

Здоровьесберегающие технологии включают: обеспечение психологического комфорта учеников, поддержка в учебных затруднениях, чередование стресса и релаксации, учет индивидуальных нужд в обучении. Здоровьесберегающие технологии как раз и интегрируют все направления работы учебных заведений по сохранению, формированию и укреплению здоровья студентов. Здоровьесберегающие технологии – это способы управления поддерживающей учебно-воспитательной средой, исключающей стрессоры, предупреждающей снижение мотивации учения, сохраняющей психоматическое здоровье обучающихся. Объектом педагогической деятельности (в том числе и в условиях здоровьесберегающей технологии) является не только сам студент, но и те условия, которые необходимо создать педагогу и остальным участникам образовательного процесса для личностного развития студента (его активности, самостоятельности, инициативы, интересов) для формирования его субъектной позиции и организации способствующей этому образовательной среды [2].

Решением проблемы может стать создание кружков по интересам, тренинги, где студенты учатся преодолевать барьеры публичного выступления, стеснения (это так же может пригодиться в процессе адаптации выпускника на рабочем месте), работа в команде так же помогает пережить стресс, так как студент знает, что он не один, что его поддерживает вся команда.

Необходимо формировать у студентов культуру здоровья, проводить работу с родителями. На мой взгляд, техника проблемного обучения формирует умение работы в команде, задает определенную комфортную рабочую среду, устанавливает не навязанный контакт с преподавателем: студенты в процессе работы сами начинают задавать вопросы, когда что-либо не понятно.

Таким образом, все действия педагога должны быть направлены на гуманизацию среды.

Преподаватель в силу специфики работы имеет уникальную возможность массового воздействия на людей, именно она может помочь сформировать основу для построения гуманистических отношений в аудитории.

### Библиографический список

1. Здоровьесбережение детей на уроках как педагогическая проблема. URL: <http://nsportal.ru/vuz/psikhologicheskie-nauki/library/2013/02/07/seminar-na-temu-zdorovesberezhenie-detey-na-uroke-kak>, (дата обращения 27.03.2015г).
2. Педагогический проект «Сбережение здоровья учащихся как ключевая компетенция учителя». URL: <http://festival.1september.ru/>, (дата обращения 27.03.2015г).
3. Севрук А. И., Юнина Е. А. Здоровьесберегающий урок // Школьные технологии, – 2004. – № 2. – С. 200–207. URL: <http://si-sv.com/publ/14-1-0-74>, (дата обращения 27.03.2015 г.).

## ЛЫЖНЫЙ СПОРТ КАК ОСНОВА ФОРМИРОВАНИЯ КУЛЬТУРЫ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

**И. П. Уйманова**

*Преподаватель,  
Уфимский государственный нефтяной  
технический университет,  
филиал в г. Салават,  
Республика Башкортостан, Россия*

---

**Summary.** The article presents the importance of skiing in the life of pre-school, school and adult age of the person and his influence, attitudes toward physical activity. The program provides the relationship lessons ski training with extracurricular work with skis.

**Keywords:** skiing; healthy lifestyle; fitness; skiing; Physical Culture.

---

Сегодня на различных уровнях государственной власти разных развитых и развивающихся стран предпринимается много усилий для повышения качества жизни населения, развития здорового образа жизни подрастающего поколения, оздоровления нации, смены приоритетов и кумиров растущей молодежи.

Без здорового молодого поколения у нации и государств нет будущего.

Важное значение для обеспечения здоровья нации отводится поддержанию и развитию высокой двигательной активности населения, причем в различных государствах имеются специфические свойственные той или иной культуре физические занятия (упражнения) и виды спорта. Это определяется культурными традициями, надлежащим состоянием материально-технической базы и общего социально-экономического уровня в стране, и даже природно-климатическими условиями территории.

В России свои уникальные территориально-климатические условия: из всех стран мира именно на РФ приходится устойчивый зимний период со стабильным снежным покровом (от 4 до 8 мес. в году), что способствует развитию зимних видов спорта [2].

Среди зимних видов спортивно-физкультурных занятий именно лыжи приобрели наибольшую популярность в населения. Причем из всего их многообразия (горные, для сноуборда и фристайла, для прыжков с трамплина, беговых и гоночных) наибольшую популярность приобрели лыжи равнинной конструкции. Это объясняется следующим: безопасность, доступность, сравнительная легкость подготовки инвентаря и удобство перемещения с ним, подготовленность спортивных трасс практически в каждом городе России, что обеспечивает доступность для людей разного возраста и физической подготовки, а также дает максимальный оздоравливающий эффект.

В целом именно занятие равными лыжами позволяет развить выносливость, которая является индикатором функционального состояния сердечно-сосудистой и дыхательной систем, является количественным критерием уровня здоровья, устойчивости к заболеваниям, индикатором степени старения. Всемирно известный американский доктор Кеннет Купер на первое место по ценности для здоровья ставит занятия равнинными лыжами, на второе – плавание и на третью позицию выводит бег. [1]

Для обеспечения максимального результата при занятии лыжами необходимо обеспечить комплексный методический и системный подход. Причем для разных возрастов он различен.

Начиная с дошкольного возраста – уже с 2–3 лет – можно знакомить и приучать ребенка к лыжным прогулкам, поскольку уже в этом раннем возрасте малыши достаточно уверенно ходят и сохраняют равновесие. начинать необходимо не со скольжения, а с обучения обычной ходьбы без палок, а палки использовать исключительно для поддержания равновесия. В процессе обучения необходимо помогать малышу, не придирайтесь к прямым ногам, помогать ему двигаться держать за палку взрослого. На первых занятиях необходимо не только продемонстрировать возможность ходьбы на лыжах, но и управления ими: переносить вес с ноги на ногу, приседать, делать махи носками лыж в стороны, переставлять лыжи из стороны в сторону, попробовать выполнить прыжки с ноги на ногу. Ис-

пользование игровых элементов повысит интерес к лыжам и вызовет длительные положительные эмоции.

В старшем дошкольном возрасте уже доступны многие коньковые ходы, продолжает развиваться техника скольжения, начинается обучение спускам. В начале обучения взрослые располагают малыша перед своими лыжами и при спуске слегка поддерживают под мышками сзади. Для преодоления крутых подъемов используется лесенка.

Также необходимо обучить технике безопасного падения: на бок с удержанием палок штырьками назад или на спину с поднятием ног вверх.

Итак, по мере взросления происходит постепенное освоение и других лыжных ходов, способов подъемов, спусков, поворотов, торможений, преодоления неровностей.

По мере взросления ребенка, уже в школьном возрасте, обучение лыжам продолжается. Данный вид спортивной деятельности включен в базовую программу спортивной подготовки школьника с 1-го по 11 класс, а уроки проводят после зимних каникул.

При обучении школьников младших и средних классов используют игры с сюжетом. Применение игр значительно повышает эмоциональность и интерес школьников, увеличивает их двигательную активность и моторную плотность урока, тормозит развитие утомления, прогрессирующего при длительном передвижении на лыжах, особенно по равнинной местности [3].

Так, для совершенствования лыжного хода используют игры-эстафеты, применяя в них различные правила: ход с палками и без палок, с учетом количества отталкиваний ногами или руками (надо совершить минимум отталкиваний на определенной дистанции). Также можно учитывать длину проката после разгона без дополнительных отталкиваний. Для совершенствования техники спусков используют установку и сбор флажков, спуск шеренгами по 3–4 чел., скоростной спуск и медленный спуск.

На уроках лыжной подготовки учащиеся овладевают также теоретическими знаниями и профессиональными умениями/навыками по выбору, подготовке и уходу за лыжным инвентарем, требованиями к одежде лыжника, правилами безопасности.

Программой предусмотрена взаимосвязь уроков по лыжной подготовке с внеклассной и внешкольной работой с использованием лыж. Оздоровительные и спортивно-массовые мероприятия, соревнования, прогулки, походы, экскурсии на лыжах включаются в регулярно проводимые в школах Дни здоровья, физкультурные праздники. Главная задача таких мероприятий – пропаганда здорового образа жизни, приобщение возможно большего числа учащихся к занятиям и увлеченности лыжами.

Следующая возрастная группа – 17–25 лет: как правило, учащиеся институтов, служащие. В данном возрасте на базе средне-специальных и высших учебных заведениях продолжает совершенствоваться лыжная техника, согласно специального образовательного стандарта. На данном этапе

происходит закрепление полученной за предыдущие годы техники, а также развитие новых способностей и навыков[4]

Следующий период – после 25 лет. Лыжники-любители стараются свободное время проводить именно на лыжных трассах. Однако, в старшем возрасте необходимо уже дозировать физические нагрузки, применять специальную технику разогрева суставов, особенно после 40–45 лет как правило, и в силу профессиональной деятельности, и в силу возраста.

С оздоровительной целью нужно около 7–10 мин. выполнять комплекс упражнений, чтобы подготовить организм к последующей нагрузке. Умеренной считается нагрузка 140–150 ударов/мин., а занятие на лыжах – от 1 до 2 часов. Для поддержания хорошей физической формы в возрасте от 30 лет, занятия на равнинных лыжах должны проходить не менее 2–3 раз в неделю.

Таким образом, на федеральном, региональном и местном уровнях занятию равнинными лыжами должно уделяться большое значение, поскольку они являются фактором оздоровительной физической культуры всех без исключения жителей РФ, доступны, популярны, не требуют много времени на подготовку, безопасны.

К тому же, постоянные физические нагрузки, полученные на свежем воздухе, при занятии лыжами, являются мощнейшим сдерживающим фактором возрастных изменений в организме, но и помогают предотвращать многие болезни, обеспечивают высокий эмоциональный тонус.

#### **Библиографический список**

1. Бутин И. М. Лыжный спорт : учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений. – М. : Издательский центр «Академия», 2000. – 368 с.
2. Лыжные гонки. Справочник / составитель Г. П. Марков. — М. : «Физкультура и спорт», 1985. — 336 с.
3. Примерная программа спортивной подготовки для ДЮСШ и СДЮШОР. М. : Издательство: Советский спорт, 2005 г. – 72 с.
4. Раменская Т. И., Баталов А. Г. Лыжный спорт. – М. : Издательство «Физическая культура», 2005. – 320 с.



### III. MODERN MEDICAL PSYCHOLOGY: TRENDS AND PREVAILING TRENDS



#### ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕВОЧЕК ПОДРОСТКОВ С СИНДРОМОМ УХОДОВ И БРОДЯЖНИЧЕСТВА

С. Б. Бабарахимова  
Ж. М. Искандарова

*Ассистенты,  
Ташкентский педиатрический  
медицинский институт,  
г. Ташкент, Узбекистан*

---

**Summary.** Features of emotional sphere in adolescent girls with the syndrome of care and vagrancy are considered in the article. A survey was conducted with 13 girls socialized conduct disorder. The study revealed the close relationship of depressive symptoms and suicidal tendencies syndrome care and vagrancy.

**Keywords:** adolescent girls; care and vagrancy syndrome; emotional disorders; self-harm.

---

Проблема поведенческих расстройств, сопровождающихся нарушением социального функционирования, является одной из самых актуальных в детском возрасте. Особое значение среди всей поведенческой патологии уделяется уходам и бродяжничеству. Синдром уходам и бродяжничества, весьма разнородный по генезу, но довольно однообразный по внешним проявлениям, выражается в повторяющихся уходах из дома или школы, интерната или другого детского учреждения с последующим бродяжничеством, нередко многодневным. Синдром встречается в возрасте от 7 до 17 лет, но наиболее часто в препубертатном возрасте преимущественно у мальчиков [2].

На возникновение синдрома бродяжничества влияют социально-психологические и индивидуально-психологические дезадаптирующие факторы. Данный синдром может быть единственным проявлением личностных особенностей подростка, факультативным синдромом при акцентуациях и личностных расстройствах, а также отражать расстройства или извращение влечений при психических заболеваниях [1]. У девушек данный синдром формируется в более позднем возрасте, сопровождается выраженными аффективными колебаниями и может сочетаться с суицидальным поведением [3].

Целью исследования было изучить место и особенности аффективных расстройств при синдроме уходам и бродяжничества у девушек.

В ходе работы было отобрано 13 девочек в возрасте 15–17 лет с непсихотическим уровнем психопатологических расстройств, с наличием в

клинической картине синдрома уходов и бродяжничества. В группу вошли пациенты с наличием диагностических критериев социализированного расстройства поведения по МКБ-10 – F 91.2. Для определения степени выраженности синдрома бродяжничества была использована «Шкала уходов и бродяжничества», тяжесть аффективных расстройств определялась с помощью шкалы Гамильтона.

Результаты исследования показали, что девочки с гипертимными чертами характера (7 %) стали совершать первые побеги из дома в 11 лет, с неустойчивыми (62 %) и истероидными (31 %) чертами – в 13–14 лет. Девочки совершали частые побеги на непродолжительное время от 3 до 7 дней. Анализ степени выраженности синдрома уходов и бродяжничества показал, что уходы средней степени тяжести встречались в 69 % случаев, уходы легкой степени в 23 % случаев, и лишь у 1 пациентки были выявлены уходы тяжелой степени. Исследование выраженности аффективных расстройств по шкале Гамильтона в условиях стационара выявило наличие легкого депрессивного расстройства у 3 пациенток (23 %), в 61 % случаев депрессивное расстройство средней степени, у 2 пациенток выявлено депрессивное расстройство тяжелой степени.

Исследование развития синдрома уходов и бродяжничества в данной группе пациентов выявил, что аффективные нарушения предшествовали проявлению синдрома и в ряде случаев (69 %) возникали задолго до первой попытки ухода из дома. Формирование синдрома бродяжничества происходило на фоне измененного аффекта. На фоне пониженного настроения отмечались раздражительность – в 33 % случаев, нарушение отношений с близкими в виде конфликтности, отрицательного отношения к близким у 67 % больных, немотивированная агрессия в 33 % случаев. В ряде наблюдений, особенно при наличии психотравмирующих обстоятельств, депрессивная симптоматика была более очерченной, с идеями собственной неполноценности, мыслями и представлениями о смерти (69 %), чувством немотивированной вины и нестойкими расстройствами влечений (23 %). При наличии значимых психотравмирующих обстоятельств депрессивные состояния имели тенденцию к затяжному течению. На фоне резидуально-органических расстройств депрессивные расстройства характеризовались снижением успеваемости, непосещением школьных занятий, конфликтностью с учителями. Пациентка с депрессивным расстройством тяжелой степени отмечала наличие суицидальных мыслей до уходов из дома, при повторном уходе из дома была совершена суицидальная попытка. У 46 % пациенток со средней степенью тяжести уходов из дома отмечалось демонстративно-шантажное суицидальное поведение, пациентки наносили неглубокие порезы на предплечье, (67 %) совершала самопорезы до ухода из дома, в ряде случаев такое поведение повторялось при последующих уходах из дома. В 33 % случаев самоповреждение было совершено при попытке вернуть пациентов домой.

В 21 % случаев до первой попытки ухода из дома выраженных эмоциональных расстройств не наблюдалось, отмечались возникающие время от времени изменения настроения, причинами уходов становилось появление острого стремления к освобождению от стесняющего режима, к перемене обстановки. У этих пациенток депрессивная симптоматика появлялась после возвращения домой, для них характерным было появления чувства вины у 66 % больных, депрессивно-дисфорических реакций у 33 % обследованных. Пациентки из этой группы отмечали появление суицидальных мыслей на фоне пониженного настроения, усугубления конфликтов с родителями и сверстниками, при появлении трудностей в школе.

У девочек-подростков синдром уходов и бродяжничества не протекал изолированно, а имел сложную связь с аффективными расстройствами, появление суицидального поведения усложняло клиническую картину синдрома. В ряде случаев скрытая депрессия может проявляться нарушением поведения, когда возможны побеги из дома.

#### Библиографический список

1. Клейберг Ю. А. Психология девиантного поведения. – Тверь, 1998.
2. Mars B., Heron J., Crane C. et al. (2014) Clinical and social outcomes of adolescent self harm: population based birth cohort study. *BMJ*, 349: g5954
3. Skegg K. (2005) Self-harm. *The Lancet*, 366(9495): 1471–1483.

### ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО: ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ И ОСНОВНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

**О. Г. Кондратьева**

*Кандидат биологических наук, доцент,  
Московский государственный  
гуманитарный университет  
имени М. А. Шолохова, г. Москва, Россия*

**Р. Г. Набиев**

*соискатель,  
Башкирская академия государственной  
службы и управления при Президенте  
Республики Башкортостан, г. Уфа,  
Республика Башкортостан, Россия*

---

**Summary.** The article presents the results of empirical studies of the formation of post-traumatic stress disorder in persons performing professional activities in extreme conditions.

**Keywords:** Post-traumatic stress disorder; extreme conditions of professional activity; the symptoms of PTSD.

---

В последние десятилетия особую актуальность приобрели исследования проблем сохранения физического и психического здоровья лиц,

осуществляющих профессиональную деятельность в экстремальных условиях. Одной из таких профессиональных групп являются сотрудники МВД. При выполнении служебных задач, связанных с обеспечением общественного порядка, существенно возрастает риск потери здоровья и жизни сотрудников МВД. Напряженные условия выполнения профессиональных обязанностей приводят к развитию тяжелых форм посттравматических стрессовых расстройств. В отличие от острой стрессовой реакции посттравматическое стрессовое расстройство формируется не в момент стрессовой ситуации, а в отдаленные сроки. К основным симптомам ПТСР относятся: нарушения сна, патологические воспоминания (навязчивый возврат), неспособность вспомнить некоторые психотравмирующие события (избегание), сверхчувствительность (неадекватная сверхмобилизация), внезапные повторные переживание стрессогенных событий [2].

Цель исследования – изучение особенностей формирования ПТСР, основных групп симптомов ПТСР, выявляемых у сотрудников МВД.

Для выявления клинических симптомов посттравматического стрессового расстройства были использованы следующие методики: «Шкала для клинической диагностики ПТСР (Clinical-administered PTSD Scale – CAPS)», Миссисипская шкала посттравматического стрессового расстройства (Mississippi Scale).

В исследовании приняли участие 51 человек, сотрудники Министерства внутренних дел, мужчины. Средний возраст респондентов  $30,33 \pm 5,95$  лет. Средний стаж службы респондентов в органах МВД  $-8,47 \pm 4,31$  лет. У всех респондентов было диагностировано посттравматическое стрессовое расстройство, различной степени сформированности. К младшему начальствующему составу относились 29 человек, к среднему – 19 человек, к старшему – 2 человека.

Острое течение ПТСР выявлено у 42 человек, хроническое течение – у 6 человек, отсроченное у 3 человек. Средний уровень частоты симптомов ПТСР определялся у 6 человек, повышенный – у 36, высокий – у 9 человек. Средний уровень интенсивности симптомов ПТСР определялся у 6 человек, повышенный – у 28, высокий – у 17 человек.

Высокий уровень сформированности симптомов вторжения (симптомы повторного переживания, включающие негативные сновидения, сильный дистресс, воспоминания об услышанных эпизодах и навязчивые мысли о них) выявлен у 22 респондентов. Высокий уровень сформированности симптомов избегания, включающие чувство отчуждения, обеднения эмоций определен у 36 респондентов. Высокий уровень сформированности симптомов возбуждения, (повышенная возбудимость, проявляющаяся в нарушениях сна, раздражительности, затруднении концентрации внимания, тревожности, вспышках гнева) определен у 42 респондентов. Чувство вины и суицидальные намерения сформированы у 13 респондентов. Данные представлены в таблице 1.

**Соотношение респондентов с различными уровнями сформированности  
симптомов ПТСР (% от общего числа)**

| Проявления ПТСР                           | Уровень сформированности |            |         |
|---|--------------------------|------------|---------|
|   | средний                  | повышенный | высокий |
| Частота симптомов                         | 11,76%                   | 70,58%     | 17,66%  |
| Интенсивность симптомов                   | 11,76%                   | 54,90%     | 33,34%  |
| Симптомы вторжения                        | 33,33%                   | 43,16%     | 23,51%  |
| Симптомы избегания                        | 27,45%                   | 70,59%     | 1,96%   |
| Симптомы возбуждения                      | 11,76%                   | 82,34%     | 5,88%   |
| Симптомы вины и<br>суицидальных намерений | 41,18%                   | 25,49%     | 33,33%  |

Таким образом, ПТСР у сотрудников МВД имеет острое течение, с повышенным уровнем частоты и интенсивности симптомов, а также повышенным уровнем сформированности симптомов избегания и возбуждения. Полученные данные соотносятся с результатами исследований в области проблем ПТСР, связанных с чрезвычайными условиями профессиональной деятельности.

**Библиографический список**

1. Козлов С. А. Особенности посттравматического стрессового расстройства у комбатантов // Тюменский медицинский журнал. – 2011. – № 1. – С. 15–16.
2. Подчасов Е. В. Ломакин Г. И. Особенности проявления ПТСР у лиц, принимавших участие в боевых действиях // Личность в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности. – 2011. – № 1. – С. 67–74.



## IV. PEDAGOGICAL BASES OF BUILDING A CULTURE OF HEALTHY LIFESTYLES



### ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА СТУДЕНТА КАК СОСТАВЛЯЮЩАЯ ЕГО КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТИ НА РЫНКЕ ТРУДА

С. И. Бочкарева  
С. Б. Маврина  
Д. А. Селихова

*Доцент,  
преподаватель,  
студентка,  
Московский государственный  
университет экономики, статистики  
и информатики, Москва, Россия*

---

**Summary.** The article is dedicated to the formation process of common competences in area of the physical culture among university graduates.

**Keywords:** the physical culture; resources of the physical culture; competences; health; active longevity; psychophysical readiness for professional work.

---

Конкурентоспособность выпускника вуза выступает критерием качества его подготовки. При обосновании совокупности требований федерального государственного образовательного стандарта (ФГОС) нового поколения к качеству подготовки специалистов, разработчики исходили из необходимости сбалансированного соответствия высшего образования характеру многообразных потребностей, целей, требований работодателей. Одной из ключевых позиций при разработке нового поколения ФГОС ВО стало использование компетентностной модели специалиста [2].

На данный момент в стандарте прописаны необходимые общекультурные компетенции для каждой специальности, на формирование которых должен быть направлен процесс обучения в вузе, в том числе и в области физической культуры. Очевидно, что эффективность учебной и будущей профессиональной деятельности во многом зависит от состояния психического и физического здоровья молодых людей. Конкурентоспособность определяется не только уровнем сформированных профессиональных знаний, умений и навыков, но и уровнем трудоспособности. Поэтому каждый обучающийся должен осознавать роль физической культуры в укреплении здоровья, уметь самостоятельно применять ее методы и средства для повышения адаптационных резервов организма, а также быть готовым к достижению должного уровня профессионально – прикладной физической подготовленности для обеспечения полноценной социальной и профессиональной деятельности. Такие общекультурные компоненты играют большую роль в становлении человека как специалиста и члена об-

щества. Поэтому они и внесены в образовательный стандарт как обязательный минимум.

Все перечисленные компетенции, безусловно, важны, но, нам интересен взгляд самих преподавателей и обучающихся на современный процесс физического воспитания в вузе. Рассмотрим формирование ключевых компетенций в области физической культуры с точки зрения преподавателей и студентов.

Ряд отечественных педагогов В. В. Давыдов, В. Д. Шадриков, И. А. Зимняя, А. В. Хуторской выделяют следующие ключевые компетенции [3]:

1. Общекультурные компетенции – познание культурно-исторических основ физической культуры, осознании роли физической культуры в достижении всестороннего физического и духовного развития.

2. Учебно-познавательные компетенции – познание основ физического развития и физического воспитания.

3. Коммуникативные компетенции – владение современными физкультурно-спортивными знаниями, выработка собственной позиции по данным вопросам.

4. Социальные компетенции – понимание пользы занятий физическими упражнениями для здоровья человека, повышения его трудоспособности и увеличения продолжительности жизни, в профилактике профессиональных заболеваний.

5. Личностные компетенции – способность критически оценивать свои достоинства и недостатки, определять пути и выбрать средства развития достоинств и устранения недостатков.

Мы провели опрос среди студентов МЭСИ, задав им один вопрос: «Какими компетенциями в области физической культуры должен обладать выпускник вуза?»

Автор данной статьи, студентка третьего курса, выделяет следующие знания и умения, необходимые по ее мнению для выпускников:

- знание особенностей своего организма;
- воспитание бережного отношения к собственному здоровью;
- умение определить возможные нагрузки на организм;
- знание отрицательных реакций организма при занятиях физическими упражнениями, их причин и последствий;
- способность составить индивидуальный комплекс упражнений;
- умение оказывать первую помощь при травмах;
- умение повышать свою работоспособность;
- осознание необходимости физической культуры!

Отметим, что для студентки важны не вообще знания в области физической культуры, а конкретные, применительно к своему организму. В данном случае студентка голосует за личностный подход в качестве основной модели преподавания дисциплины.

Интересно следующее мнение студента четвертого курса – «важно не только заниматься физической культурой для хорошего самочувствия и работоспособности, но и умение при усталости и перенапряжении восстановить свои силы при помощи упражнений и продолжить трудовую или учебную деятельность. Следить за своим здоровьем и заниматься физической культурой для человека просто необходимо. Активный, здоровый сотрудник с хорошей работоспособностью добьется наибольших результатов и будет более конкурентоспособен. Человек склонный к быстрому переутомлению и постоянной усталости не сможет работать в полную силу и, соответственно, может быстро потерять свою должность из-за этого».

Выпускник вуза, студент пятого курса, представил взгляд на физическую культуру, сформированный на собственном опыте, приобретенном во время обучения: «стрессовые ситуации, нередко возникающие во время обучения в вузе, очень сильно влияют на наше здоровье. Результатом постоянного стресса становятся курение, употребление алкоголя, в некоторых случаях употребление наркотиков. Во избежание подобных сценариев развития событий, дисциплина “физическая культура” дает возможность студентам переключиться с мозговой активности на физическую, тем самым помогая организму «забыть» на какое-то время о стрессе.

Постоянно неподвижный образ жизни становится привычкой, а обязательные занятия физической культурой, не позволяют развиваться этой вредной привычке».

Немалая часть студентов, отметивших наличие комплексов относительно своего телосложения, понимают важность хорошей физической формы и решающую роль физических упражнений в ее приобретении и поддержании. В подтверждение приведем следующее высказывание студентки: «при приеме на работу личная симпатия работодателя к претенденту может оказаться решающим фактором в принятии решения. Зачастую, именно красивое телосложение вызывает такую симпатию. По этому поводу существует поговорка: “Встречают по одежке, провожают по уму”. Одежку здесь вполне уместно заменить хорошей физической формой. Без усилий на занятиях красивого телосложения не добиться».

К сожалению, многие студенты, имеющие проблемы со здоровьем и освобожденные от практических занятий считают, что данная дисциплина никак их не касается и знания в области физической культуры им не понадобятся. Но есть и противоположные мнения такой категории обучающихся. Приведем одно из них: «несмотря на то, что я не посещаю занятия по физической культуре, я должен получить определенные знания по этой дисциплине. Человек с нарушением зрения должен знать о том, что существуют определенные упражнения, которые необходимы при переутомлении и могут быть очень полезны как для глаз, так и для всего организма. Также следует не забывать о том, что сильные физические нагрузки могут быть противопоказаны, в зависимости от степени заболевания».

Следует отметить, что в студенческой среде преобладает усеченный взгляд на физическую культуру. Обучающиеся рассматривают физическую культуру только как занятия физическими упражнениями, как средство повышения двигательной активности, совершенно не учитывая другие, не менее важные ее средства: закаливание, режим питания, режим труда и отдыха, режим сна, мероприятия личной и общественной гигиены. В этой связи преподавателям необходимо научить обучающихся использовать все средства физической культуры для организации своих физкультурных занятий, а также укрепления и сохранения здоровья. Сформировать устойчивую мотивацию и потребность к здоровому образу жизни, помочь приобрести обучающимся личный опыт использования средств и методов физической культуры. Справиться с этой задачей возможно только в том случае, если сами преподаватели обладают научным взглядом на непростую проблему сохранения здоровья в современном мире. Однако, учебные заведения, готовящие преподавателей физической культуры, больший акцент делают на подготовку специалистов в области физической подготовки, чем специалистов в области здорового образа. А решить задачи оздоровления нации, которые государство сегодня ставит перед обществом, возможно только при широком взгляде на физическую культуру как на источник здоровья и долголетия.

«Здоровье наших граждан, а особенно маленьких россиян – очень важная тема, требующая постоянного внимания и контроля», – подчеркнул Каганов В. Ш., заместитель министра образования и науки Российской Федерации, выступая в Совете Федерации на расширенном заседании Организационного комитета IX Всероссийского форума «Здоровье нации – основа процветания России» [3].

Решение этих задач актуально именно для нынешних выпускников, так как в перспективе государство планирует повысить возраст выхода на пенсию. Кроме того, по правилам, прописанным в новой пенсионной реформе 2015 года, выходить на пенсию позже установленного пенсионного возраста будет выгодно. А значит надо всеми средствами укреплять своё здоровье, чтобы при желании продолжить свою профессиональную деятельность. Тем более, что все чаще звучат выводы ученых, исследующих долгожителей, о благоприятном влиянии на состояние здоровья посильного труда как умственного, так и физического. Таким образом, напрашивается вывод: чем более здоров, тем больше имеешь возможность трудиться, а соответственно и более комфортно жить, чем эффективнее трудишься, тем больше имеешь шансов на отсрочивание болезней старения.

Современные студенты и выпускники очень активны. Они, как правило, совмещают несколько видов деятельности и мечтают добиться определенных результатов в своей будущей профессии. Если подумать о стандартных требованиях к специалистам, таких как внимательность, уверенность, ответственность, активность и пунктуальность, можно сделать вы-

вод о том, что соответствовать данным требованиям может человек, который контролирует свою работоспособность, а она напрямую зависит от состояния здоровья. В данной ситуации мы снова возвращаемся к области «физической культуры».

По нашему мнению, центральная задача как профильных, так и непрофильных учебных заведений, сформировать у выпускников понимание физической культуры как части общей культуры человечества, как системы знаний и умений, ведущих к здоровью и благополучию.

### Библиографический список

1. Зимняя И. А. Ключевые компетенции как резульативная целевая основа компетентностного подхода в образовании. – М. : Исследовательский центр проблем качества подготовки специалистов, 2004 г.
2. Портал Федеральный государственных образовательных стандартов высшего образования. URL: <http://www.fgosvo.ru/> Портал Федеральный государственных образовательных стандартов высшего образования.
3. Совет Федерации. Федерального собрания Российской Федерации. URL: <http://www.council.gov.ru/press-center/photo/36759/>

## ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ СОВРЕМЕННЫХ ШКОЛЬНИКОВ

**А. И. Бурханов**

*Доктор медицинских наук, профессор,  
Тольяттинский государственный  
университет, г. Тольятти,  
Самарская область, Россия*

---

**Summary.** The work is devoted to the formation of a healthy lifestyle students. the estimation of knowledge of students, teachers and parents in shaping the health of schoolchildren. Justifies the role of a healthy lifestyle in strengthening and maintaining the health of the person.

**Keywords:** health; lifestyle; pupils; teachers; parents.

---

Одной из актуальных задач на современном этапе является забота о здоровье подрастающего поколения. Значительное место в формировании и укреплении здоровья детей и подростков занимает школьный период. Ухудшение здоровья школьников, наблюдающееся в последние годы, требуют более пристального внимания и принятия конкретных мер по его формированию и укреплению.

В настоящее время наблюдается серьезная дифференциация системы школьного образования, появляются новые виды учебных учреждений (лицеи, гимназии, колледжи), усложняются новые педагогические технологии. Обычные средние школы стали быстро специализироваться по гу-

манитарным, естественным, экономическим и другим социально значимым областям знаний.

Современное состояние школьного образования характеризуется рядом негативных тенденций: снижением двигательной активности школьников, нарушением их физического и психического развития, ухудшением здоровья и т.д., которые отрицательно сказываются на состоянии здоровья учащихся. Дети стали вести малоподвижный образ с тех пор, как в их жизнь вошли телевидение, видеоигры, компьютеры, при одновременном снижении физических нагрузок в школе.

Стратегической целью образования после его реформирования является создание образовательной среды, способствующей физическому и нравственному оздоровлению детей и подростков, формированию здорового образа жизни, воспитанию культуры здоровья, нейтрализующей негативное действие внешних и внутренних факторов среды, формированию мотивации на здоровье и здоровый образ жизни [1; 3].

Результаты многочисленных исследований здоровья подрастающего поколения внушают серьезные опасения. На фоне негативных изменений экологической обстановки, социально-экономических проблем, узкокачественной специализации медицины ярко прослеживается динамика увеличения в образовательных учреждениях детей с ослабленным здоровьем. У них затруднены адаптация к учебной деятельности, развитие школьно значимых функций, концентрация внимания и выполнение учебных задач. Подобное состояние организма снижает эффективность самых передовых педагогических технологий и значительно затрудняет реализацию программы развития личности. Из года в год снижается индекс здоровья (число здоровых детей) и увеличивается общая заболеваемость детей и подростков [5].

Фундаментальные исследования по проблемам здоровья человека свидетельствуют о том, что решающим фактором в его сохранении и укреплении является здоровый образ жизни. «Здоровый образ жизни – это гигиеническое поведение, базирующееся на научно обоснованных нормах, направленных на сохранение и укрепление здоровья, обеспечение высокого уровня работоспособности, достижение активного долголетия», – такова формулировка этого понятия, зафиксированная в Международном терминологическом словаре санитарного просвещения. ЗОЖ является наиболее эффективным средством и методом обеспечения здоровья, первичной профилактики болезней и удовлетворения жизненно важной потребности в здоровье.

С целью изучения знаний у педагогов, учащихся и родителей проведено анкетирование по вопросам формирования здорового образа жизни. Анализ результатов проведенного анкетирования показал, что ориентация старшеклассников в вопросах здорового образа жизни составляет 17,4 %. Информацию о здоровом образе жизни школьники получают: от медицинских работников (88,8 %), из научно-популярной литературы (5,2 %), учи-

телей (4,8 %) и родителей (1,2 %). Согласно данным опроса, современные школьники обладают низким уровнем знаний об элементах здорового образа жизни.

Для успешного выполнения задач по здоровьесбережению нужно, чтобы педагог владел необходимыми знаниями, умениями и навыками по охране здоровья детей и подростков. При оценке факторов, формирующих здоровый образ жизни, учителя высказали следующие мнения: влияние окружающей среды – 30 %, режима труда и отдыха – 22 %, семьи – 16 %, наследственности – 8 %, друзей – 8 % и др. Ответы на вопросы о здоровье и здоровом образе жизни свидетельствуют о том, что подавляющее большинство учителей не имеют четкого представления по заданным вопросам, что не позволяет им проводить целенаправленную работу по оздоровлению детей в процессе обучения их в школе. Их суждения о здоровом образе жизни часто носят общий и односторонний характер (в основном речь идет о вредных привычках). Этот вывод подтверждается результатами ответов на вопрос о путях формирования здоровья с помощью базовых знаний по школьным предметам биологического цикла. Только 36,7 % учителей считает, что школа дает представление о путях формирования здоровья; 60,0 % учителей пришли к мнению, что дает частичные знания, а не систему оздоровления в процессе обучения, и 3,3 % дали на этот вопрос отрицательный ответ [2].

Изучение у родителей знаний по организации здоровьесбережения в условиях дома показало, что большинство родителей (62,0 %) главную роль в формировании здоровья детей отводят семье. О том, что здоровьем школьников должны заниматься все (родители, педагоги, медицинские работники) считает только 22 % опрошенных. Результаты анкетирования показали, что 69,1–73,3 % родителей имеет представление о здоровом образе жизни и старается воспитывать детей в соответствии с его принципами. Однако эти представления носят преимущественно общий характер.

В процессе проведенных исследований было установлено, что психолого-педагогические и физиологические основы здорового образа жизни в настоящее время являются сложной и нерешенной проблемой.

Основными задачами формирования здорового образа жизни являются:

1. выработка у школьников устойчивой мотивации на свое здоровье и здоровый образ жизни;
2. повышение у субъектов учебно-воспитательного процесса (педагогов, родителей, школьников) уровня знаний по вопросам формирования здоровья и здорового образа жизни;
3. приобретение школьниками в процессе обучения знаний, умений и навыков по освоению принципов здорового образа жизни.

Формирование здорового образа жизни имеет своей конечной целью совершенствование условий жизни и жизнедеятельности на основе здоровьесберегающего обучения и воспитания. Осуществляя сознательную и

целенаправленную здравотворческую деятельность, создавая среду обитания и деятельности, влияя на внешние условия, человек приобретает большую свободу и власть над собственной жизнью и обстоятельствами жизни, делая саму жизнь более плодотворной, здоровой и долголетней. Необходимо совместными усилиями родителей, педагогов, специалистов, имеющих подготовку по основам здоровьесбережения, формировать у детей понятие здорового образа жизни, воспитывать соответствующие навыки и привычки, что будет способствовать эффективности мер социальной защиты здоровья детей. Специфической миссией школы должна быть – включение всех субъектов образовательного процесса – учащихся, учителей, работников школы, родителей в работу по формированию здоровьесберегающего пространства школы и окружающего социума. Формирование здорового образа жизни представляет собой исключительно длительный процесс, требующий исключительного терпения и поддержки окружающих людей.

**Выводы:**

1. Анализ результатов исследований показал, что психолого-педагогические и физиологические основы здорового образа жизни в настоящее время являются сложной и нерешенной задачей.

2. Сложившаяся система школьного образования не формирует должной мотивации учащихся к здоровому образу жизни.

3. Педагогические аспекты здоровья должны предусматривать внедрение в учебный процесс комплексных оздоровительных технологий.

4. Результаты исследований свидетельствуют о низком уровне знаний учителей и родителей по формированию и укреплению здоровья и здорового образа жизни у школьников.

5. Главным рычагом в реализации задачи, направленной на сохранение и укрепление здоровья подрастающего поколения, является здоровьесберегающее воспитание и обучение всех субъектов образовательного процесса.

#### **Библиографический список**

1. Апанасенко Г. Л. Индивидуальное здоровье: сущность, механизмы, проявления // Гигиена и санитария. – 2004. – №1. – С. 60–61
2. Бурханов А. И. Хорошева Т. А., Кропотова Г. А. Формирование здорового образа жизни: монография. – Тольятти : ТГУ, 2012. – 264 с.
3. Вайнер Э. Н. Валеология. – М. : изд-во «Флинта», 2005. – 416 с.
4. Смирнов Н. К. Здоровьесберегающие образовательные технологии и психологии здоровья в школе. – М. : АРКТИ, 2005. – 320 с.
5. Сухарева Л.М. Состояние здоровья и физическая активность современных подростков // Гигиена и санитария. – 2002. – № 3. – С. 32–34.

# ИГРА КАК СПОСОБ СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ УЧАЩИХСЯ НА УРОКАХ АНГЛИЙСКОГО ЯЗЫКА

Л. И. Георхелидзе  
В. О. Мартынова

Учителя,  
Средняя общеобразовательная  
школа № 8, г. Белгород, Россия

---

**Summary.** This article is about healthy student. It is said here how to teach students using a lot of games at the lesson. Various games are mentioned here and the advantages of teaching and playing.

**Keywords:** health; game; activity; students; teaching.

---

Здоровый образ жизни – это не просто сумма усвоенных знаний, это – стиль жизни, умение ориентироваться в различных жизненных ситуациях, поэтому основной задачей учителя является создание условий на уроке по сохранению здоровья учащихся. Пути решения задачи: образовательная деятельность и игры, которые так любят все дети, независимо от возраста.

Старая китайская поговорка гласит:

«Скажи мне и я забуду;

Научи меня и я запомню;

Вовлеки меня и я научусь».

Следуя древней мудрости, планируя виды учебной работы, мы вовлекаем учащихся в учебный процесс и стремимся к тому, чтобы познавательная деятельность учащихся была направлена на то, чтобы формировать у детей способность самостоятельно, активно действовать, критически мыслить, генерировать новые идеи, гибко адаптироваться к изменяющимся условиям жизни, сохраняя при этом физическое и психическое здоровье ученика.

Одним из способов достижения данной цели, является применение игры в процессе обучения. Крупнейший знаток проблемы Д. Б. Эльконин наделяет игру двумя важнейшими для человека средствами: средства развития умственных действий и средства развития произвольного поведения [4, с. 53].

Игра как ведущая деятельность у детей «определяет важнейшие перестройки и формирование новых качеств личности, что именно в игре дети усваивают общественные функции, нормы поведения, что игра учит, изменяет, воспитывает, или, как говорил Л. С. Выгодский, ведёт за собой развитие.

Таким образом, игра – это:

- Деятельность, направленная на улучшение у учащихся мыслительной деятельности, памяти и внимания.

- Мотивация, отсутствие принуждения.
- Индивидуализированная деятельность.
- Обучение и воспитание в коллективе и через коллектив.
- Развитие психических функций и способностей.
- «Учение с увлечением» [2].
- Антистрессовый эффект.
- Снижение утомляемости.

Главным элементом игры является игровая роль, не столь важно какая; важно, чтобы она помогала воспроизводить разнообразные человеческие отношения, существующие в жизни, при этом сохраняя психическое здоровье ученика.

Игра должна быть стержнем на уроке английского языка, чтобы игровой элемент присутствовал на всех этапах урока и создавал общую позитивную атмосферу. Например, если на уроке нужно отработать лексику по теме «Страны», то урок можно начать так: «Отгадайте, в какой стране мы сможем ходить по воде?» Ответы учеников: «В Голландии – летом», «В России – зимой». Ничто так не привлекает внимание и не стимулирует работу ума, как удивительное [1, с. 32].

Поводы для релаксации и игровых моментов можно и нужно находить на всех этапах урока. Например, можно использовать необычные загадки:

What is dark but is made by light? (shadow)

What goes up but never comes down? (age)

Смешные команды, связанные с различными движениями: Frown at the teacher, Look around at other people unhappily, Shake your head and roll your eyes, Laugh, laugh louder Etc...Игра «баскетбол»–попадать в корзину бумажными шариками, писать слова левой рукой правшам и правой–левшам, удерживать монетки в вертикальном положении.

Тесты-ловушки:

Read everything before you do anything.

Put your name in upper left-hand corner of this paper.

Circle the word “ name” in sentence two. Draw 5 small squares in the upper right hand corner. Put an “x” in each square. Put a circle around each square. Multiply 22x91. Draw a square around the word “circle” in sentence 6. Call out your name loudly. Call out “I have”. Make 3 small holes in the top of your paper. Say out “I am nearly finished”. Count out 1 to 10 backwards. Now do only sentences one and two.

Смешные диктанты: Cake with pepper, barbecued chicken with peanut butter and etc. Ребята могут и не заметить, что они играют, им просто будет интересно, но дело не в количестве использованных игр на уроке, речь идет, скорее, об общей игровой атмосфере, позволяющей учителю добиваться того, чтобы не пропадал у детей интерес к предмету и материал был доступен по трудности и способствовал сохранению эмоционального здо-

ровья ребенка. Обучение аудированию также целесообразно проводить в разнообразных играх. Любой текст можно превратить в игру, после прослушивания текста учитель предлагает записать слова, которые каждый ученик запомнил. После этого участники игры восстанавливают текст по памяти, пользуясь своими записями, побеждает тот, кто наиболее точно передает содержание текста. Тексты можно использовать из учебников, дополнительных книг по английскому языку, придуманные самим учителем или учениками. Главное превратить элементарный текст в интересную, притягивающую ребенка игру [3, с. 52].

«Чье солнышко ярче?»

Капитаны команд выходят к доске, на которой нарисованы два кружка, и описывают животное по картинке. Каждое правильное предложение – это лучик к кружку и один балл. Побеждает тот, чье солнышко будет иметь больше лучиков.

«Веселые художники»

Ученик, закрыв глаз, рисует предмет. Ведущий называет его части, если рисунок получился, то команда получает баллы.

Для достижения психологического комфорта можно использовать прием «стиральная машина». Дети образуют коридор, через который проходит ученик. Его хвалят, легонько похлопывая по спине или встряхивая за руку.

С1: You look well, you are an intelligent, charming and etc.

Игра позволяет детям получить удовольствие от того, чем они занимаются, учесть их индивидуальные различия, способности и интересы, поддерживать интерес к предмету, увеличить двигательную активность учащихся на уроке. Самое большое чудо на свете – это творческое отношение к делу, за которое берется, поэтому методика активного обучения бесконечна!

#### Библиографический список

1. Lukong N. Nicholas «Teaching listening Comprehension» English. – 1 сентября. – № 6. – 1996.
2. Гин А. Приемы педагогической техники. – Москва, 2007. – С. 32.
3. Сандалова Л. Д. Обучающие игры на уроках английского языка // ИЯШ. – № 3. – 1983. – С. 52.
4. Эльконин Д. Б. «Психология игры» 2-е изд. – М. : Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС, 1999. – С. 51–54.

# РАЗВИТИЕ НАВЫКОВ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ПУТЕМ ОРГАНИЗАЦИИ ПИСЬМЕННОЙ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ ПЕРВОГО КУРСА НА ЗАНЯТИЯХ ПО ПРАКТИЧЕСКОМУ РУССКОМУ ЯЗЫКУ

С. Т. Жарбулова

*Кандидат педагогических наук,  
профессор РАО,  
Кызылординский государственный  
университет имени КоркытАта,  
г. Кызылорда, Казахстан*

---

**Summary.** In the classroom of the practical course of Russian language provides for the development of skills of healthy lifestyles by providing a written independent work of students. Purposefully organized independent work of students contributes to the improvement of communicative skills. Development of communicative skills through the critical thinking provides a quality of individual trajectory of a student.

**Keywords:** Healthy lifestyle; educational process; independent writing work; critical thinking; skills.

---

Развитие навыков здорового образа жизни путем организации письменной самостоятельной работы студентов первого курса не только центральная, но и наиболее обширный вопрос в системе профессионального образования. Успех формирования культуры речи и нормы поведения студенческой молодежи заключается в регулярности и системности воздействия педагогических условия формирования здорового образа жизни. Это применимо и к практическому курсу русского языка в казахской аудитории.

Во время аудиторных занятий по практическому курсу русского языка студентов первого курса готовят к осмысленному осуществлению активной коммуникативной деятельности на русском языке. В то же время учебный материал курса дает прекрасную возможность развития у студенческой молодежи позиции признания ценности здоровья, чувства ответственности за сохранение своего здоровья и расширения знаний и навыков по здоровью сберегающей культуре. Для этой цели можно использовать такой вид наиболее употребительных письменных грамматико-орфографических упражнений, как самостоятельная работа с текстом. Тексты для самостоятельной работы могут сопровождаться различными дополнительными лексико-грамматическими заданиями.

Следующие тексты с заданиями (апробированные нами на практике), предоставляют возможность преподавателю не только проверить знания, умения и навыки обучающихся, но и научить их быть здоровым душой и телом, стремиться совершенствовать себя, применяя знания и умения в согласии с законами природы.

Данные тексты рассчитаны на самостоятельную работу в учебное аудиторное время. Предлагая эти задания, преподаватель ставит перед собой цели: на основе навыков критического мышления развивать у студентов позиции признания ценности здоровья, чувства ответственности за сохранение своего здоровья, что должно обеспечить социализацию личности будущего специалиста. Например, при изучении грамматической темы «Структурно-смысловые связи в составе синтаксического целого» мы работали по тексту «ЗОЖ как способ обеспечения качества жизни» разработали следующие упражнения для самостоятельной работы студентов.

**Задания к тексту № 1:** 1) *перепишите текст, определите структурно-смысловые связи;* 2) *выпишите ключевые слова и словосочетания,* 3) *напишите рассказ по ключевым словам и словосочетаниям,* 4) *напишите синквейн, озаглавьте.*

**Полезные привычки.**

*Древнее китайское изречение гласит: «Мудрый человек предотвращает болезни, а не лечит их». Поэтому очень важно вести здоровый образ жизни, ведь соблюдение правил здорового образа жизни укрепляет здоровье, воспитывает волю, характер человека.*

*Характер складывается из привычек. Делать зарядку, заниматься спортом, умываться по утрам, чистить зубы, расчесываться, пользоваться чистым носовым платком, следить за одеждой, соблюдать порядок во всем: у каждой вещи должно быть свое место, быть бережливым по отношению к имуществу – все это полезные привычки, которые помогают нам сохранить здоровье.*

**Задание к тексту № 2.**

1) *Прочитайте текст, заполните таблицу (№ 1) открытых и закрытых вопросов, сравните конструкции вопросительных предложений на русском и казахском языках.*

Таблица № 1

| № | Открытые вопросы |                    | Закрытые вопросы |                    |
|---|------------------|--------------------|------------------|--------------------|
|   | На русском языке | На казахском языке | На русском языке | На казахском языке |
| 1 |                  |                    |                  |                    |
| 2 |                  |                    |                  |                    |
| 3 |                  |                    |                  |                    |

2) *Заполните таблицу № 2*

| Назывной план | Тезисы             | Конспект                   |
|---------------|--------------------|----------------------------|
| О чем ?       | О чем? Что именно? | О чем? Что именно?<br>Как? |
|               |                    |                            |

### 3) Составьте кластер, подготовьте устное выступление

\*\*\*

(текст № 2)

**Здоровый образ жизни** — образ жизни человека, направленный на укрепление здоровья. Принятие профилактических мер, с целью устранения причин и последствий болезней.

Здоровый образ жизни является предпосылкой для развития разных сторон жизнедеятельности человека, достижения им активного долголетия и полноценного выполнения социальных функций, для активного участия в трудовой, общественной, семейно-бытовой, досуговой формах жизнедеятельности.

Актуальность здорового образа жизни вызвана возрастанием и изменением характера нагрузок на организм человека в связи с усложнением общественной жизни, увеличением рисков техногенного, экологического, психологического, политического и военного характеров, провоцирующих негативные сдвиги в состоянии здоровья.

Используя такие задания, мы акцентируем внимание на приемы развития критического мышления. Так развитие навыков здорового образа жизни путем организации письменной самостоятельной работы студентов достигается благодаря совершенствованию критического мышления через чтение и письмо. Использование дидактического материала по теме здоровый образ жизни способствует обеспечению качества формирования траектории личностного успеха будущего специалиста. Лексико-грамматический материал по теме формирования здорового образа жизни используется как корректирующее действие на самоорганизацию процесса развития.

#### Библиографический список

1. Имжарова З. У. Критическое мышление в образовательном процессе. – Актобе, 2010.
2. Сидоров Е. В. Проблемы речевой системности. В опросе приняли участие 130 пациентов, которым была оказана экстренная медицинская помощь на базе ГКБ № 1 им. Н. И. Пирогова. – М. :Наука, 1987.
3. Шанский Н. М. Стилистика русского языка. – Л. :Просвещение, 1989.

# ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРАКТИКО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПОДГОТОВКЕ БУДУЩИХ ПЕДАГОГОВ<sup>1</sup>

Н. И. Исмаилова

*Старший преподаватель,  
Елабужский институт, Казанский  
федеральный университет, г. Елабуга,  
Республика Татарстан, Россия*

---

**Summary.** In article application of health saving technologies within the praktiko-focused training of future teacher is described. The author offered the review of the program of a subject matter "Psychological bases of health saving technologies in education".

**Keywords:** the health saving technologies; studying; biological feedback.

---

В соответствии с Концепцией поддержки развития педагогического образования выдвигаются новые требования к подготовке бакалавров по направлению «Педагогическое образование», где охрана здоровья учащихся входит в число приоритетов деятельности образовательного учреждения [1, с. 12]. Именно здоровье является условием успешного роста и развития личности, её духовного и физического совершенствования, а в дальнейшем во многом успешной жизни.

Елабужский институт Казанского федерального университета принимает участие в реализации проекта Министерства образования и науки РФ «Усиление практической направленности подготовки будущих педагогов в программах бакалавриата в рамках укрупненной группы специальностей «Образование и педагогика» по направлению подготовки «Педагогическое образование» (Учитель основного общего образования) на основе организации сетевого взаимодействия образовательных организаций, реализующих программы высшего образования и основного общего образования». В соответствии с проектом, специалистами вуза был разработан модуль «Психология и педагогика развития учащихся (практика личностно-ориентированного образования)», уникальность и инновационность которого обеспечивается практико-ориентированной интеграцией психологических и педагогических знаний и наполняемости дисциплинами, многие из которых не реализовывались ранее при подготовке учителей основного общего образования [2, с. 3]. Одной из дисциплин является «Психологические основы здоровьесберегающих технологий в образовании», ориентированная на овладение студентами и применение ими на практике технологий здоровьесбережения, обеспечивающих психическое здоровье и

---

<sup>1</sup> Работа выполнена в ходе исполнения контракта с Министерством образования и науки РФ № 05.043.12.0016 от 23.05.14

комфорт учащихся. Этому способствует деятельностный и личностно-ориентированный подход на аудиторных интерактивных занятиях, внеаудиторная самостоятельная работа студентов в школе, совместные со школой учебные события, выходы студентов в школу для проведения занятий с использованием здоровьесберегающих технологий [3, с. 4].

Изучение дисциплины «Психологические основы здоровьесберегающих технологий в образовании» базируется на дисциплинах:

1. «Возрастные и индивидуальные особенности развития учащихся». Приобретение знаний законов развития личности, психологических законов периодизации и кризисов развития позволит слушателю получить ответ на вопрос «Какие личностные особенности есть у учащихся?». В результате формируется способность осуществлять обучение, воспитание и развитие с учетом социальных, возрастных, психофизических и индивидуальных особенностей, в том числе особых образовательных потребностей обучающихся.

2. «Школьная психодиагностика». Владение методами психодиагностики дают ответ на вопрос: «Как выявлять психофизиологические, психологические, личностные, социальные особенности учащихся?» В результате студент приобрел способность использовать современные методы и технологии обучения и диагностики.

3. «Методы активного социально-психологического обучения». Применение дискуссионных, игровых, тренинговых технологий в групповой работе с детьми дают слушателю ответ на вопрос: «Каким образом повысить познавательный интерес у учеников, стимулировать их активность, инициативность, творческое развитие?» В результате формируется способность использовать современные методы и технологии обучения и способность организовывать сотрудничество обучающихся, поддерживать их активность и самостоятельность, творческие способности.

Реализация дисциплины «Психологические основы здоровьесберегающих технологий в образовании» происходит через освоение студентами следующих тем: Концепция здоровьесберегающего образования; Принципы и направления здоровьесбережения в школьном образовании; Здоровьесберегающие технологии в школьном образовании; Инновационные технологии здоровьесбережения аппаратурно-коррекционного комплекса «БОС»; БОС как метод коррекции психофизиологического состояния человека; Кабинет «Бос-здоровье»; Кабинет «БОС-коррекции психоэмоциональных состояний».

Дисциплина «Психологические основы здоровьесберегающих технологий в образовании» готовит студента к отработке трудовых действий и получению знаний по решению здоровьесбережения различных категорий учащихся, отвечая на вопрос: «Как учитель может сохранить здоровье учащихся?»

Одним из ответов на данный вопрос является применение инновационных технологий здоровьесбережения с помощью аппаратурно-коррекционного комплекса «Биологическая обратная связь» (далее БОС). Использование АПК БОС способствует овладению учащимся саморегуляцией психических состояний через управление периферической температурой тела и овладение навыком мышечного расслабления; формируют у них навык дыхания, при котором показатель его здоровья становится наилучшим; обучает сохранять и укреплять здоровье посредством формирования навыка диафрагмально-релаксационного дыхания; учит правильному и бережному отношению к здоровью.

Таким образом, внедрение в образовательный процесс здоровьесберегающих технологий является ключевым условием психологически безопасной и комфортной образовательной среды и формированием у обучающихся культуры здорового и безопасного образа жизни.

### Библиографический список

1. Концепция поддержки развития педагогического образования [Электронный ресурс] // Сидоров С.В. Сайт педагога-исследователя. – URL: <http://sivsv.com/news/2014-01-12-166> (дата обращения: 25.02.2015).
2. Лыдкова Г. М., Исмаилова Н. И., Гайфуллина Н. Г., Макарова О. А., Мухарлямова А. Ю. Практико-ориентированная подготовка будущих педагогов в рамках усвоения дисциплины «Возрастные и индивидуальные особенности развития учащихся» // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 3. URL: <http://www.science-education.ru/123-17857> (дата обращения: 17.03.2015).
3. Ямбург Е. А., Забрамная С. Д. Управление службой сопровождения детей в условиях образовательной организации (практико-ориентированная монография). – М. : Бослен, 2013. – 256 с.

# ВЛИЯНИЕ ВРЕДНЫХ ПРИВЫЧЕК НА РЕПРОДУКТИВНУЮ ФУНКЦИЮ СОВРЕМЕННОЙ СЕМЬИ

К. И. Лемеш

*Студентка,  
Уральский государственный  
педагогический университет,  
г. Екатеринбург, Россия*

---

**Summary.** The article deals with influence of addictions on the reproductive health of the modern family. It is noted that addictions have a negative impact on birthrate. We come to the conclusion that people have to lead a healthy lifestyle already today so that to future generations to be healthy.

**Keywords:** reproductive health; birthrate; addictions; alcohol; nicotine; narcotic drug; healthy lifestyle.

---

В наше время проблема репродуктивного здоровья семьи становится все более и более животрепещущей. На сегодняшний день в нашей стране примерно у 20 % супружеских пар встречается нарушение репродуктивной функции. Около 15000000 семей бесплодны. Каждая десятая семья не способна к продолжению рода. По другим данным процент таких семей еще больше.

Итак, что же такое репродуктивное здоровье и репродуктивная функция семьи? Почему сейчас особенно часто наблюдается нарушение репродуктивной функции? И каким образом это возможно изменить?

В соответствии с определением Всемирной организации здравоохранения (далее ВОЗ) репродуктивное здоровье – это «состояние полного физического, умственного и социального благополучия, характеризующее способность людей к зачатию и рождению детей, возможность сексуальных отношений без угрозы заболеваний, передающихся половым путем, гарантию безопасности беременности, родов, выживание и здоровье ребенка, благополучие матери, возможность планирования следующих беременностей, в том числе предупреждение нежелательных»[4]. Следовательно, репродуктивная функция семьи проявляется в возможности рождения потомства. И ее нарушение может зависеть от целого ряда причин.

Условно, причины нарушения репродуктивной функции можно поделить на две группы: объективные и субъективные. Самыми распространенными объективными причинами бесплодия являются: венерические заболевания половой системы, тяжелые общие заболевания и их последствия, эндокринные расстройства, различные нарушения систем организма, аборт, а также ухудшение состояния окружающей среды. Что же касается причин, носящих субъективный характер, то это – неправильное питание и вредные привычки.

Еще издавна было известно губительное влияние вредных привычек на репродуктивное здоровье человека. Не случайно на Руси жениху и невесте за свадебным столом не подавали хмельных напитков, да и не на свадьбах алкоголь употребляли реже и меньше. В Древней Греции запрещалось пьяному мужу подходить к жене. В Древней Индии семейные пары, желающие обзавестись потомством, на время отказывались от курения, а женщинам вообще не разрешалось принимать алкоголь. Кстати, согласно законодательству Древнего Рима, молодым людям вообще запрещалось употреблять алкоголь до 30 лет.

В наши дни опыт и знания предков врачи подкрепили научными данными. Они не устают повторять, какое негативное влияние оказывают вредные привычки на репродуктивное здоровье человека.

В первую очередь, рассмотрим негативное влияние алкоголя на репродуктивную функцию семьи.

На сегодняшний день, по официальной статистике, в нашей стране каждая четвертая женщина выпивает хотя бы раз в неделю. От 40 до 60 % женщин во время беременности употребляют алкоголь. Но не только от здоровья женщины зависит будущее ребенка. Мужское репродуктивное здоровье играет не менее важную роль.

Теперь подробнее. Женский организм значительно хуже переносит воздействия алкоголя, чем мужской. Именно по этой причине негативные последствия наступают стремительнее. У женщин многолетнее употребление алкоголя вызывает сбой менструального цикла. Неустойчивый цикл создает преграды для осуществления желанной беременности. Если же все-таки получается забеременеть, то риск возникновения патологий у плода в полтора раза превышает среднестатистический. Дети рождаются с физическими и умственными отклонениями, отстают в развитии, а в школьном возрасте имеют проблемы, связанные с общением. Изменения случаются и в гормональном фоне. Вследствие чего у женщины снижается материнский инстинкт. Особенно стоит отметить, что у пьющих женщин в два раза чаще происходят выкидыши и самопроизвольные роды.

Злоупотребление спиртными напитками оказывает разрушительное действие и на мужской организм. Алкоголь сильно воздействует на мужской гормон тестостерон. Таким образом, злоупотребление алкоголем приводит к усиленному снижению тестостерона в организме, тем самым лишая мужчину возможности иметь своих детей.

Второй наиболее распространенной вредной привычкой, оказывающей значительное влияние на репродуктивное здоровье человека, является курение.

Давно уже известно, что курение негативно влияет на все органы и системы человека. Но главное в том, что эта привычка наносит непоправимый вред репродуктивному здоровью. По данным ученых «каждый год

из-за курения происходит 5 тысяч выкидышей, на свет появляются 14 тысяч недоношенных детей, 1200 женщин заболевают раком яичников» [3].

Никотин, входящий в состав табака – «является сильным сосудистым ядом, вызывающим сужение и дальнейшее разрушение сосудов»[2]. В итоге сильно страдают органы дыхания, сердечно-сосудистая, пищеварительная, эндокринная, нервная и репродуктивная системы.

У курящих женщин часто встречаются нарушения менструального цикла, сопровождавшегося болезненными ощущениями, а у многолетних курильщиц никотин может привести к гибели яйцеклетки. Тем самым лишив возможности стать матерью.

Однако и на репродуктивное здоровье сильного пола курение оказывает негативное воздействия. Ученые выяснили, что табакокурение является одной из главных причин импотенции.

Самое же вредное и опасное воздействие на репродуктивное здоровье человека оказывают наркотические средства и психотропные вещества. Наркотик, попадая в организм, снижает содержание необходимых гормонов для зачатия ребенка, лишает способности организма производить потомство, да и к тому же усиливает риск заражения венерическими заболеваниями. Доказано, что если зачатие все-таки происходит, то плод обычно обречен на гибель или развитие умственных и физических отклонений. У людей, употребляющих наркотики, число выкидышей составляет около 50%, да процент смертности среди детей наркоманов очень высокий.

Таким образом, воздействия алкоголя, никотина, наркотических средств и психотропных веществ на репродуктивное здоровье людей чрезвычайно негативно. Недаром репродуктивная функция современной семьи не перестает привлекать внимание специалистов из разных сфер деятельности: социологов, демографов, врачей, психологов, педагогов, юристов, экономистов. Ведь последствия вредных привычек осложняют социально-демографическую ситуацию в государстве, снижают численность населения, его физические и психические возможности. Поэтому человек, ведущий здоровый образ жизни, укрепляет не только свое здоровье, но и здоровье будущего поколения.

### Библиографический список

1. Влияние курения на репродуктивную систему человека [электронный ресурс]. URL: <http://ponchikov.net/child/beremennost/135-vliyanie-kureniya-na-reproduktivnuyu-sistemu-cheloveka.html> (дата обращения 23.02.2015).
2. Избавляемся от курения [электронный ресурс]. URL: <http://freeofsmoking.narod.ru/damage5.html> (дата обращения 23.02.2015).
3. Репродуктивное здоровье и репродуктивные права [электронный ресурс]. URL: [http://reprohealth.info/for/men\\_and\\_women/rhr/gr](http://reprohealth.info/for/men_and_women/rhr/gr) (дата обращения 23.02.2015).

# ВЛИЯНИЕ СРЕДЫ УНИВЕРСИТЕТСКОГО КОМПЛЕКСА НА ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

А. В. Самарин

*Старший преподаватель,  
Тюменский государственный  
университет, г. Тюмень, Россия*

---

**Summary.** Saving the health of students is one of the leading principles of state policy. University complex is one of the most important links that allows college students to solve the problem of health preservation. University complex ensures the unity of teaching, research, innovation and health-promoting activities.

**Keywords:** health; health preservation; students; university complex.

---

Физическое и духовно-нравственное здоровье населения определяет уровень цивилизации государства, является индикатором устойчивого развития нации. Университетский комплекс на современном этапе развития общества является одним из важнейших звеньев, позволяющий студенческой молодежи решать задачу здоровьесбережения.

Проблема укрепления и сохранения здоровья имеет значительную историю, ее теоретические и организационные вопросы широко исследовались в последнее десятилетие. Но, несмотря на многоаспектность научных поисков решения данной проблемы в системе образования, состояние здоровья студенческой молодежи оставляет желать лучшего, это позволяет говорить о том, что здоровье молодого человека находится под его собственным контролем.

Сбережение здоровья обучающихся как один из ведущих принципов государственной политики в сфере образования раскрывается в законе РФ «Об образовании». Жизнь и здоровье человека рассматриваются в качестве приоритетных направлений деятельности государства. Охрана здоровья обучающихся относится к компетенции государственных органов Российской Федерации, субъектов РФ, осуществляющих Управление в сфере образования.

Университетский комплекс, в свою очередь, несет ответственность за создание в образовательном учреждении необходимых условий для работы подразделений организаций общественного питания и медицинских учреждений, контроль их работы в целях охраны и укрепления здоровья студентов, преподавателей и работников образовательного учреждения.

На наш взгляд университет это не только научно-исследовательская и преподавательская деятельность, а это еще и деятельность, направленная на здоровьесбережение студенческой молодежи. В основу понятия «университета» мы закладываем идеи программно-целевого, личностно-деятельностного и средового подходов. Цель университета как здоровьесберегающего учреждения является создание и реализация в образова-

тельном пространстве университета системы формирования здорового образа жизни, обеспечивающей становление профессионально компетентной, социально активной, нравственно устойчивой, психически и физически здоровой личности.

В дискурсе данного исследования рассмотрим такое понятие как «университетский комплекс».

В своей работе О.А. Карпова университетский комплекс характеризует как полифункциональную многоуровневую территориально-распределенную макросистему со специфическими характеристиками [2].

Университетский комплекс – это гетерогенная макросистема обучения, представляющая собой совокупность взаимосвязанных основных, вспомогательных и обслуживающих элементов (подразделений), способствующих достижению социальных, экономических, культурных и иных целей общества, группы лиц, либо индивидов и удовлетворению потребностей личности в получении определенных знаний и навыков [1].

По мнению Т. В. Лонского и Е. Г. Ерлыгиной университетский комплекс созданный на базе государственного университета федерального ведения, – это совокупность образовательных, научных, конструкторских, технологических, производственных, инновационных, социальных и иных структур, а также установленных тесных связей между ними, организованными с целью повышения роли университета в социально-экономическом, технологическом, образовательном и культурном развитии города, региона, отраслей, ведомств страны; расширения сферы его деятельности; обеспечения привлечения инвестиций на основе реализации проектов в образовательной, научно-технической, производственной и инновационной областях [3].

В. П. Ковалевский дает следующее определение регионального университетского комплекса – это гетерогенная макросистема обучения, представляющая собой совокупность основных, вспомогательных и обслуживающих элементов (подразделений), расположенных на определенной территории и способствующих достижению социальных, экономических, культурных и иных целей находящихся на ней лиц и удовлетворению потребностей личности в получении определенных знаний и навыков.

На наш взгляд университетский комплекс – это объединение на базе университета образовательных учреждений, реализующих образовательные программы различных уровней, с целью повышения эффективности и качества образовательного процесса.

Структура ФГБОУ ВПО «Тюменский государственный нефтегазовый университет» включает в себя:

– лицей ТюмГНГУ – обучение проходит по программам 10–11 классов по двум профилям – физико-математический и информационно-технологический.

– 3 колледжа (Нефтегазовый колледж имени Ю.Г. Эрвье, Колледж отраслевых технологий и сервиса, Колледж информатики и связи)

– в состав ТюмГНГУ входят 4 института. Обучение ведется по различным направлениям и специальностям. (Институт геологии и нефтегазодобычи, Институт менеджмента и бизнеса, Институт промышленных технологий и инжиниринга, Институт транспорта)

Университетский комплекс включает в себя большую спортивную базу со спортивными залами, тренажерными залами, залами аэробики. На территории Университетского комплекса находятся столовая, буфет, студенческий бар, медицинский пункт.

Университетский комплекс обеспечивает условия для создания здоровьесберегающей среды в том числе:

- создаются условия для комплексного мониторинга здоровья обучающихся, преподавателей и сотрудников;
- создаются благоприятные для физического и психического здоровья условия обучения, труда, отдыха, быта студентов, преподавателей и сотрудников университета, а также предоставляются им возможности для оздоровления и лечения;
- развиваются традиции массовой физкультурно-оздоровительной и спортивной работы с учетом потребностей и состояния здоровья участников образовательного пространства.
- на базе многоуровневого образования упрощается контроль за организацией здоровьесбережения студентов.

Университетский комплекс обеспечивает единство учебной, научной, инновационной и здоровьесберегающей деятельности. Он способствует созданию единых региональных сетей и более полной реализации различных инновационных проектов в том числе и в области здоровьесбережения.

### **Библиографический список**

1. Ковалевский В. П. Проблемы теории и методологии проектирования регионального университетского комплекса // Университетское управление: практика и анализ. – 2003. – № 2(25). – С. 25–30.
2. Карпова О. А. Научное познание и системогенез современной школы // Вопросы философии. – 2013. – № 6. – С. 46–52.
3. Лонский Т. В., Ерлыгина Е. Г. Управление развитием университетского комплекса в инновационной структуре экономики региона // Проблемы современной экономики. – № 4 (36). – 2010.

## ИНФОРМАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ СРЕДА (ИОС) БПОУ ВО «ЧЕРЕПОВЕЦКИЙ ХИМИКО- ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

В. В. Чистякова

*Старший методист,  
Череповецкий химико-технологический  
колледж, г. Череповец,  
Вологодская область, Россия*

---

**Summary.** The article deals with the information-educational environment formation at college. The article observes the purpose, characteristics and structure of college information-educational environment which provides students' professional competence development and decrease the gap between demands of high-tech industries and the output college can offer. As a result it will lead to the improvement of quality of education.

**Keywords:** information-educational environment; informatization of education; internal LAN; simulation; electronic educational resources.

---

Сформированная информационно-образовательная среда (ИОС) колледжа – одно из условий достижения нового качества образования, способного устранить наличие тенденции увеличения «разрыва» между потребностями высокотехнологичных производств и предложениями колледжа как по структуре рабочей силы (перечню специальностей, профессий), так и по качеству подготовки выпускников.

Целью создания ИОС явился перевод на новый технологический уровень всех информационных процессов, которые проходят в колледже: от ресурсов, необходимых для обучения, до управленческих ресурсов.

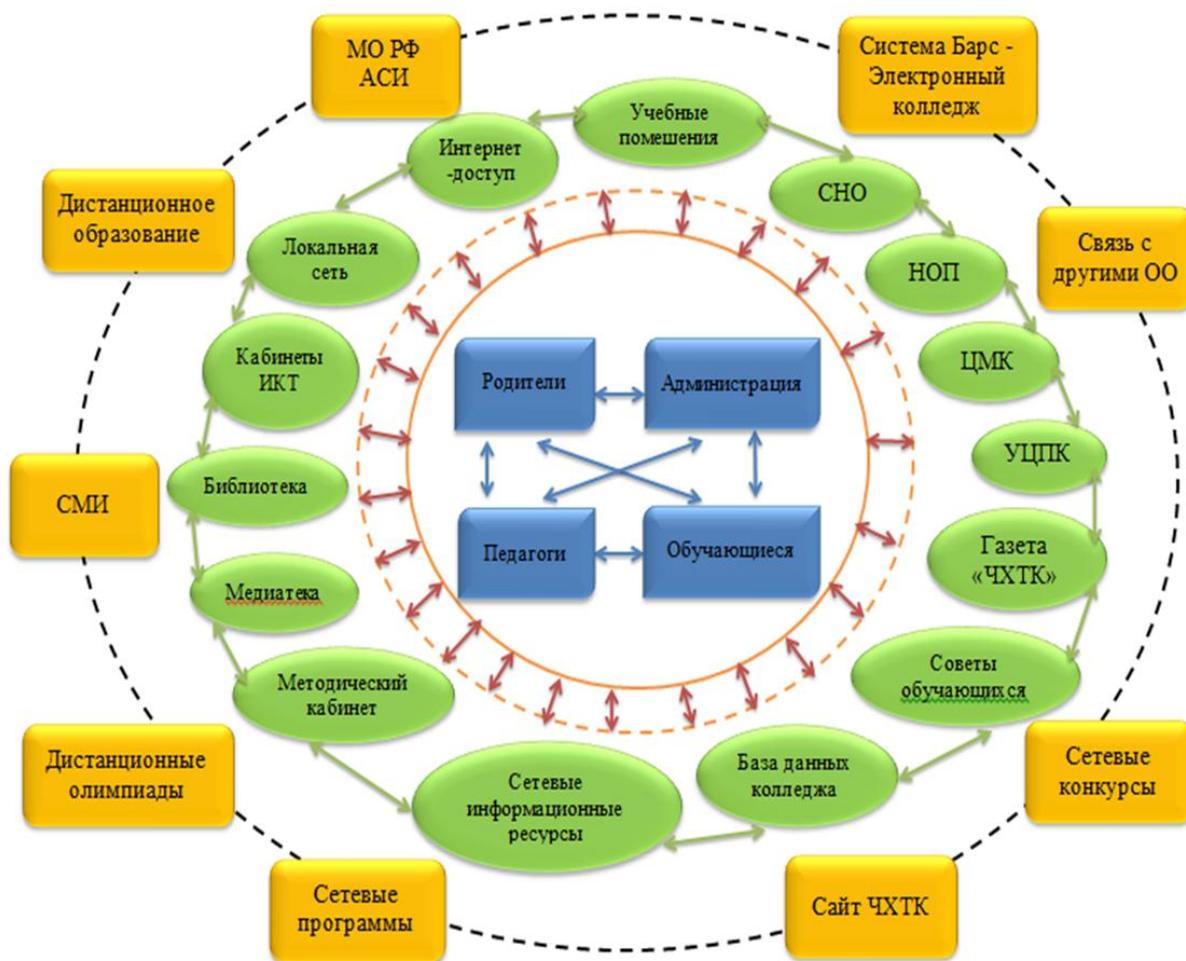


Схема 1. Общий вид модели ИОС колледжа

Модель ИОС колледжа содержит внешнее и внутреннее информационное пространство:

1. Вхождение в образовательный портал Вологодской области с развитыми сервисами взаимодействия и поддержки учебного процесса. Сайт колледжа.

2. Систему организации и управления учебным процессом

3. Электронные образовательные ресурсы и инструменты, в том числе виртуальные лаборатории, тренажеры и т.п.

4. Систему организации административно-управленческой деятельности.

5. Сервисы электронного обучения.

6. Систему современных педагогических технологий, обеспечивающих обучение в современной информационно-образовательной среде.

В колледже созданы условия для использования информационных технологий и ЭОР: обеспечение педагогов и студентов компьютерами и другими средствами информационных технологий; в рамках ИОС функционирует локальная вычислительная сеть (ЛВС) колледжа, которая в настоящее время объединяет более 120 компьютеров, на базе которых созданы

рабочие места студентов, преподавателей и других сотрудников колледжа. Т.е. каждое рабочее место педагога оборудовано компьютером, точкой доступа, мультимедийным проектором и экраном, интерактивной панелью либо мультимедийным проектором с мультимедийными функциями, который выполняет те же функции, что и интерактивная доска или панель.

Такой способ применения технологий позволяет педагогу, практически по любой теме, подготовить материал, представленный с помощью текстовой, звуковой, графической, видеоинформации, для работы с которым может выбрать задания разного уровня сложности, организовать диагностику знаний, направив студента к ресурсам Интернета, организовать исследовательскую деятельность, направить образовательный процесс в интересах развития личности студента.

С помощью ЛВС каждый пользователь имеет доступ ко всем информационно-образовательным ресурсам колледжа и сети Интернет. ЛВС и система электронного обучения колледжа функционируют под управлением серверов колледжа. Для обеспечения указанных выше задач в колледже действуют 4 сервера.

В колледже внедрена автоматизированная система управления (АСУ) на базе программной платформы «1С Колледж», «Электронный колледж».

Колледж является участником программы поддержки ОУ от компании Microsoft. В рамках программы, преподавателям и студентам колледжа предоставляются лицензии на использование программных продуктов Microsoft. С целью эффективной реализации основных образовательных программ по всем циклам учебных дисциплин рабочего учебного плана, проведения учебных занятий, формирования у студентов устойчивых знаний и умений в колледже активно применяются программные продукты учебного назначения, видеофильмы, аудиосредства. Это лицензионные программные продукты: Office 2010 Standart Russian; Visio Standard 2007 Russian; 1С колледж; 1С библиотека, Windows XP Professional Russian; Kompas-3D; Office Standart 2013 Russian; Windows 8 RT; комплекс программ для автоматизации управления учебным процессом; Интерактивное расписание «База-ЮГ» и свободно-распространяемые: FreeBSD; Alt Linux, Mandriva; Ubuntu; Kubuntu; OpenOffice.org (Writer, Base, Calc); MySQLAdmin; GIMP; Inkscape; Adobe Reader; Synfig; VLC Player; FreePascal; FreeBasic; Lazarus; Firefox; Opera; Thunderbird; 7-zip.

Автоматизированная информационно-библиотечная система 1С библиотека позволяет комплексно автоматизировать все технологические процессы работы библиотеки: каталогизацию, учет фонда, комплектование, обслуживание читателей, поиск.

Дальнейшее совершенствование ИОС колледжа происходит путем расширения спектра предоставляемых собственных и использования общедоступных облачных сервисов. В колледже облачные сервисы изна-

начально появились в основном как бесплатный хостинг почтовых служб IT-компаний. Структура используемых облачных сервисов состоит из служб и сервисов внутренних собственных облаков (private cloud) колледжа и внешних общедоступных облаков (public cloud) компаний Google, Microsoft и Яндекс. В каждом кабинете – система передачи сообщений на базе программы Microsoft Аутлук 2010, построенная на собственном домене himtex 35.ru. Каждый компьютер включен во внутреннюю сеть, что позволяет использовать дополнительные возможности взаимосвязанные с сервером: дополнительные сетевые диски, политика конфиденциальности, предоставления прав пользователю. Система массовой рассылки через единый почтовый ящик.

Информационно-образовательную среду колледжа можно назвать развивающейся, т. к. она пополняется новыми информационными ресурсами, инструментами деятельности и технологиями, использования этих инструментов в образовательном процессе.

Информационное обеспечение образовательного процесса в колледже совершенствует технологические приемы и способы педагогического взаимодействия преподавательского состава и студентов, способствует эффективному использованию технологий электронного обучения для всех форм обучения.

Таким образом, ИОС колледжа представляет собой системно-структурную организацию взаимодействующих систем: информационных образовательных ресурсов; компьютерных средств обучения; современных средств коммуникации; педагогических технологий и является важнейшим условием и одновременно средством формирования новой системы профессионального образования.

### Библиографический список

1. Абрамов А. Г., Булакина М. Б., Иванников А. Д., Сигалов А. В. Электронная учебно-методическая библиотека информационной системы «Единое окно доступа к образовательным ресурсам»: опыт формирования и перспективы развития // Дистанционное и виртуальное обучение. – 2008. – № 4.
2. Введение в образовательные и информационные технологии 21 века : учебное пособие. – М. : НП «Современные технологии в образовании и культуре», 2010.
3. Государственная программа РФ «Информационное общество (2011–2020 годы)» от 15 апреля 2014 года № 313.
4. Диденко Н. В. Формирование инновационной образовательной среды колледжа технического профиля : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата педагогических наук. – Уфа, 2010.
5. Иванова Е. О., Осмоловская И.М. Теория обучения в информационном обществе. – М. : Просвещение, 2011. – С. 134.
6. Ильченко О. А., Организационно-педагогические условия сетевого обучения.
7. Зайцева Ж. Н. Генезис виртуальной образовательной среды на основе интенсификации информационных процессов современного общества // Информационные технологии. – 2000. – № 3.

8. Основы открытого образования / под ред. В. И. Солдаткина. Т. 1 – М. : РГИОО, 2002.
9. Федеральный закон Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» Статья 16. п.3.



## V. PHYSIOLOGICAL AND SOCIAL FACTORS OF REPRODUCTIVE HEALTH



### ЗНАЧЕНИЕ ЗАНЯТИЙ АЭРОБИКОЙ С ЭЛЕМЕНТАМИ ВОСТОЧНОГО ТАНЦА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕСИНХРОНОЗНЫХ НАРУШЕНИЙ У ЖЕНЩИН РАННЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Н. Н. Захарьева

*Доктор медицинских наук, профессор,  
Российский государственный  
университет физической культуры,  
спорта, молодежи и туризма,  
г. Москва, Россия*

---

**Summary.** 20 women with chronic desynchronosis violations applied correction technique of improving aerobics with elements of oriental dance. Chronic revealed differences in the physical qualities of the early women of reproductive age. Marked by significant changes in physical qualities, in different phases of ovarian – menstrual cycle before and after school for corrective procedure based on improving aerobics with elements of oriental dance.

**Keywords:** desynchronosis; women ovarian – menstrual cycle; aerobics.

---

**Введение.** В современном мире существует необходимость обоснования интенсивности физических нагрузок у женщин, занимающихся массовой оздоровительной физической культурой [1; 2; 3]. Среди множества средовых воздействий, определяющих состояние здоровья женщины, значимыми являются факторы, приводящие к систематическому срыву хроно-типологических основ жизнедеятельности организма и формированию хронических десинхронозных нарушений, определяющих репродуктивную функцию женского организма. Тем не менее, порой отмечается явное несоответствие физической подготовки женщин и нагрузки, которую они получают на занятиях физической культурой, что приводит к ухудшению самочувствия и даже заболеваниям [3; 5; 7; 8]. Существует и другая важная проблема – сохранение женского репродуктивного здоровья. При предельных и нерациональных физических нагрузках возникают расстройства в физиологических циклических процессах в виде изменения ритма ОМЦ вплоть до аменореи. Несмотря на множество методов, позволяющих оптимизировать тренировочный процесс женщин, в современной женской массовой оздоровительной физической культуре существует проблема явной недооценки влияния десинхронозных факторов на особенности функционального состояния женщин, и, следовательно, тренировки женщин, имеющих хронические десинхронозные нарушения. Поэтому поиск новых ме-

тодик, позволяющих повышать качество здоровья женщин, имеющих хронический десинхроноз, является актуальным.

**Цель настоящего исследования** – обосновать путем сопоставительного анализа физической работоспособности, силы мышц и гибкости возможность коррекции здоровья женщин раннего репродуктивного возраста с десинхронозными нарушениями методом оздоровительной танцевальной аэробики с элементами восточного танца .

**Методы и организация исследования.** Под наблюдением находилось 20 женщин раннего репродуктивного возраста (19–25 лет), 10 – с десинхронозными нарушениями (первая группа), 10 – без таковых (вторая группа). занятия оздоровительной аэробикой проводились 3 раза в неделю по 60 минут в течении 4-х месяцев. Группы обследовались до и после 4-х месячных занятий. Исследования проведены на кафедре физиологии РГУФКСиТ с сентября 2009 г по май 2010 гг. Физическую работоспособность оценивали по тесту **PWC150** с проведением двукратной 5-минутной нагрузки в максимальном темпе с 15-минутным перерывом. ЧСС после первой нагрузки находилась в интервале 120–140 в 1 мин., после второй нагрузки – 150 в 1 мин. Шагаживание выполнялось на скамейке 0,40 м. Степ-тест по Добельну (МПК) рассчитывали по формуле  $МПК=2,2 * PWC-150+1070$ . Силу мышц определяли методом кистевой динамометрии. Измерения МПС (максимальная произвольная сила) выполняли двукратно, первый раз – в состоянии покоя до 1-й нагрузки в пробе **PWC150**, второе измерение – при завершении пробы **PWC150** на 1-й минуте восстановления. По полученным данным вычислялся коэффициент силовой выносливости – КСВ (показатель после 1-й нагрузки / показатель покоя). Гибкость оценивали пробой наклона на скамейке вперед из положения стоя (в см). Контроль фаз ОМЦ осуществляли методом ректальной термометрии. Как оздоровительная, у женщин раннего репродуктивного возраста с хронотипологическими нарушениями использована базовая (классическая) аэробика, танец живота и йога. Оздоровительный эффект оценивали на основании улучшения физического и психического самочувствия, улучшения физических качеств у занимающихся (работоспособности, силовой выносливости, гибкости), укрепления опорно-двигательного аппарата, развития чувства ритма, коррекции фигуры и осанки, улучшения координации движений, уменьшения мышечного дисбаланса.

Учитывали, что для получения максимального оздоровительного эффекта имеет значение учет биоритмов. При составлении упражнений соблюдались методические требования: интенсивность упражнений регулировалась от низкой до средней; количество повторений одного упражнения составляло 8–15 раз; нагрузка повышалась постепенно с учетом хронотипологических нарушений в виде десинхроза; отдых между сериями упражнений зависел от характера применяемого метода. Максимальный уровень нагрузки допускался до частоты сердечных сокращений

150 уд/мин. Полученные данные подвергались математической обработке, включающей расчет стандартных и статистических параметров средней величины –  $\bar{x}$  и стандартного отклонения –  $\sigma$ . Достоверность различий между средними арифметическими величинами оценивалась по  $T$  критерию Стьюдента. Расчеты всех статистических параметров проводилось на программном обеспечении Microsoft EXCEL.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Женщины 1 группы имели факторы риска десинхронных нарушений: 60 % – наличие 4-х и более ночных или суточных дежурств в месяц на работе, 40 % – нерегулярный прием пищи, у 40 % отсутствовал регулярный дневной отдых, 10 % имели два и более вида работы, 30 % – детей в возрасте до 3-х лет, 40 % хронические заболевания, 80 % – принимали гормональные противозачаточные препараты, 70% имели нестабильный вес тела, 70 % – плохую переносимость смены часовых поясов. У женщин 2 группы в анамнезе не было ночных видов работы, реже отмечены нерегулярный прием пищи (в 1,3 раза), отсутствие дневного отдыха (в 1,3 раза), наличие маленьких детей (в 3 раза), прием гормональных противозачаточных средств (в 1,6 раза), нестабильность веса (в 1,4 раза), плохую переносимость смены часовых поясов (в 1,8 раза), женщины этой группы не имели хронических заболеваний. Женщины 1 группы в 40 % сформировали хронические заболевания, у 20 % отмечены выкидыши на ранних сроках планированной беременности, наличие хронических гинекологических заболеваний имели 40 % (хронический аднексит), заболеваний щитовидной железы – 30 %, использовали гормональные контрацептивы – 70 %. В этой группе отмечены особенности ОМЦ: Нерегулярность цикла имели 40 % обследованных, только 70 % – нормальную длительность менструальной фазы (от 2 до 5 дней), у 100 % имел место предменструальный синдром, альгоменорея – у 70 %, начало первой менструации в 12–14 лет отметили только 80 %, раньше 12 лет (гормональная акселерация) – 10 %, позднее начало (позже 14 лет – гормональная ретардация) – 10 %. У женщин 2 группы регулярность менструального цикла и нормальная длительность менструальной фазы отмечены в 100 %, предменструальный синдром отмечался в 3 раза реже (у 30 %), альгоменорея отсутствовала, у 100 % начало менструации состоялось в возрасте 12–14 лет, гинекологические заболевания сформированы в 2 раза реже (20 %), гормональные контрацептивы применялись в 2,3 раза реже (30 %), прерывания беременности при ее планировании не отмечено. При оценке физической работоспособности выявлены фазовые отличия показателя PWC 150 как у женщин 1 группы, так во 2 группе. У женщин 1 группы наименьшие показатели теста отмечены в менструальную и предменструальную фазы, у женщин 2 группы – в овуляторную и менструальную. Наибольшие показатели – соответственно в овуляторную и предменструальную фазы. Практически во всех фазах ОМЦ у женщин 1 группы, по сравнению со 2 группой, отмечены меньшие значения, наибо-

лее – в предменструальную и менструальную фазы, различия практически отсутствуют в овуляторную фазу (таб. 1). В менструальную и предменструальную фазы показатели PWC 150 достоверно различаются в группах сравнения ( $p < 0,05$ ).

Таблица 1

**Характеристика работоспособности по данным теста PWC150 у женщин раннего репродуктивного возраста в зависимости от наличия десинхронозных нарушений в разные фазы ОМЦ**

| Показатели физических качеств    | Показатели физической работоспособности по результатам теста PWC 150 |               |               |               |                |               |                |                |                |                |
|----------------------------------|--|---------------|---------------|---------------|----------------|---------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
|                                  | М.ф.   |               | Ф.ф.          |               | О.ф.           |               | П ов. Ф.       |                | П м. ф.        |                |
|                                  | 1 гр   | 2 гр          | 1 гр          | 2 гр          | 1 гр           | 2 гр          | 1 гр           | 2 гр           | 1 гр           | 2 гр           |
| PWC 150<br>абс<br>КГМ/ мин       | 539,4<br>± 45  | 736,8<br>± 56 | 730,8<br>±175 | 789,8<br>±105 | 765,6<br>± 129 | 736,8<br>±126 | 748,24<br>± 97 | 779,4<br>± 117 | 719,2<br>± 106 | 821,5<br>± 106 |
| PWC 150<br>отн<br>КГМ/<br>мин/кг | 3±1,4  | 13,9<br>±2,1  | 12,6<br>±3,4  | 14,9<br>±2,1  | 13,2<br>±1,9   | 13,9<br>±2,1  | 12,9<br>±1,4   | 14,7<br>±2,1   | 12,4<br>±1,9   | 15,5<br>±1,1   |

Примечание: фазы ОМЦ: м.ф. – менструальная фаза, ф.ф. – фолликулярная фаза, о.ф. – овуляторная фаза, п ов. Ф. – постовуляторная фаза, п м.ф. – предменструальная фаза.

1 группа – женщины, имеющие десинхронозные нарушения ОМЦ, 2 группа – женщины, не имеющие десинхронозные нарушения ОМЦ.

Показатель работоспособности МПК обнаружил те же тенденции, достоверные различия показателя ( $p < 0,05$ ) в группах сравнения выявлены в менструальную и предменструальную фазы ОМЦ.

При анализе показателей силовой выносливости мышц кисти установлено, что хронотипологические различия показателей в разные фазы ОМЦ и в группах сравнения несущественны, минимальные значения показателей отмечены в менструальную фазу в обеих группах (таб. 2). У женщин 1 группы показатель КСВ имеет минимальные значения в менструальной фазе, по сравнению с овуляторной фазой ОМЦ, в которую отмечены максимальные значения показателя. Это соответствует выраженному ухудшению самочувствия женщин, страдающих десинхронозными нарушениями, в менструальную фазу (снижение физической работоспособности, снижение силы мышц кисти).

Максимальные значения показателей КСВ в овуляторной фазе ОМЦ совпадают с максимальными значениями физической работоспособности

(показателями PWC 150), но различия последнего показателя более выражено в фазах ОМЦ.

Хронотипологические различия показателя КСВ у женщин 2 группы достоверно не различаются в фазах ОМЦ. Минимальные показатели отмечены в менструальной и овуляторной фазах, максимальные – в предменструальную фазу.

Таблица 2

Хронотипологические особенности силовых характеристик мышц кисти у женщин раннего репродуктивного возраста в зависимости от фаз ОМЦ

| Показатели физических качеств | Показатели силовой выносливости |             |             |                   |             |             |            |             |               |             |
|-------------------------------|---------------------------------|-------------|-------------|-------------------|-------------|-------------|------------|-------------|---------------|-------------|
|                               | М.ф.                            |             | Ф.ф.        |                   | О.ф.        |             | П ов. Ф.   |             | П м. ф.       |             |
|                               | 1 гр                            | 2 гр        | 1 гр        | 2 гр              | 1 гр        | 2 гр        | 1 гр       | 2 гр        | 1 гр          | 2 гр        |
| СК правая (до)                | 19,19                           | 21,6<br>±14 | 20,2<br>±9  | 23,6<br>±12       | 20,9<br>±10 | 23,5<br>±15 | 20,4<br>±8 | 23,6<br>±15 | 20,2<br>±10   | 23,2<br>±14 |
| СК левая (до)                 | 17,3<br>±8                      | 20<br>±15   | 18,8<br>±10 | 23,1<br>±14,<br>5 | 19,2<br>±11 | 22,1<br>±15 | 19,4<br>±7 | 22,4<br>±16 | 17,8<br>±13,5 | 22,2<br>±17 |
| СК правая (после)             | 17,1<br>±9                      | 20<br>±17   | 18,7<br>±11 | 21,9<br>±14       | 19,4<br>±10 | 21,6<br>±14 | 18,9<br>±8 | 21,7<br>±14 | 19,1<br>±10   | 22,3<br>±17 |
| СК левая (после)              | 15,1<br>±9                      | 18,2<br>±18 | 17,3<br>±10 | 20,4<br>±14       | 17,3<br>±12 | 20,4<br>±15 | 16,6<br>±7 | 20,7<br>±20 | 17,0<br>±10   | 19,9<br>±11 |

**Примечание.** Фазы ОМЦ: м.ф. – менструальная фаза; ф.ф. – фолликулярная фаза; о.ф.- овуляторная фаза; по в.ф. – постовуляторная фаза; п м.ф.- предменструальная фаза.

1 группа – женщины, имеющие десинхронозные нарушения; 2 группа – женщины, не имеющие десинхронозные нарушения.

При оценке гибкости (таб. 3) у женщин отмечены достоверные ( $p < 0,05$ ) различия показателей в исследуемых менструальных фазах в группах сравнения. Но при этом отмечены разные тенденции динамики показателей. У женщин 1 группы минимальные значения показателей гибкости отмечены в менструальную фазу ( $13,1 \pm 6,1$ ), с недостоверным повышением в овуляторную, постовуляторную и предменструальную фазы ОМЦ (соответственно  $14,6 \pm 9,9$ ,  $15,1 \pm 10,5$  и  $14,9 \pm 10,5$ ). У женщин 2 группы динамика хронотипологических изменений была обратной: в менструальную фазу зарегистрированы максимальные показатели ( $26,6 \pm 6,1$ ), а затем, практически на протяжении всего ОМЦ, показатели гибкости рав-

номерно снижаются (соответственно 21,0+- 9,5, 21,7 +- 8,5, 22,3 +- 8,6, 21,7+- 9,7), что совпадает с литературными данными (3).

Таблица 3

**Хронотипологические особенности показателей гибкости женщин раннего репродуктивного возраста в зависимости от фаз ОМЦ**

| Показатели физических качеств | Показатели гибкости (в см) |              |              |              |              |              |               |              |               |              |
|-------------------------------|----------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------|
|                               | М.ф                        |              | Ф.ф.         |              | О.ф          |              | П ов. Ф.      |              | П м. ф.       |              |
|                               | 1 гр                       | 2 гр         | 1 гр         | 2 гр         | 1 гр         | 2 гр         | 1 гр          | 2 гр         | 1 гр          | 2 гр         |
| наклон туловища (см)          | 13,1<br>±6,1               | 26,6<br>±6,1 | 14,3<br>±8,7 | 21,0<br>±9,5 | 14,6<br>±9,9 | 21,7<br>±8,5 | 15,1<br>±10,5 | 22,3<br>±8,6 | 14,9<br>±10,5 | 21,7<br>±9,7 |

**Примечание.** Фазы ОМЦ: м.ф. – менструальная фаза; ф.ф. – фолликулярная фаза; о.в.- овуляторная фаза; по в.ф. – постовуляторная фаза; п м.ф. – предменструальная фаза.

1 группа – женщины, имеющие десинхронозные нарушения; 2 группа – женщины, не имеющие десинхронозные нарушения.

После трехмесячных занятий по методике оздоровительной аэробики с использованием йоги и элементов восточного танца (разработанной нами) по данным повторного анкетирования у женщин 1 группы отмечена положительная динамика функциональных характеристик ОМЦ, заключающаяся в нормализации сроков фаз ОМЦ и характеристик менструальной фазы. Нормальную длительность цикла отметили 90 % женщин, нормальную длительность менструальной фазы – 100 %. Число женщин, имеющих ПМС, уменьшилось в 2 раза (сохранился у 50 %), альгоменорейный синдром сократился в 1,8 раза. Отмечена тенденция к увеличению показателей физической работоспособности (показателя РВС 150) в менструальную и постовуляторную фазы ОМЦ. У женщин 2 группы отмечено увеличение показателей физической работоспособности в менструальную, фолликулярную и овуляторную фазы ОМЦ. Такие же тенденции отмечены и для показателей МПК. Силовые характеристики и показатели гибкости имели слабо выраженные тенденции к увеличению в отдельных фазах ОМЦ в группах сравнения.

**Заключение.** У 20 женщин раннего репродуктивного возраста (19–25 лет), 10 из которых имели десинхронозные нарушения ОМЦ (1 группа), 10 – таковых не имели (2 группа), установлены различия в состоянии здоровья и течении ОМЦ. Женщины 1 группы, в отличие от 2 группы, в 40 % были сформированы хронические заболевания, у 20 % отмечены выкидыши на ранних сроках беременности. Особенности ОМЦ у женщин 1

группы были: в 20 % – раннее или позднее становление менструальной функции, у 40 % – нерегулярный ОМЦ, у 30 % – нарушение длительности менструальной фазы, у 100 % – выраженный предменструальный синдром, у 70 % – альгоменорея менструальной фазы ОМЦ, что не отмечено у женщин 2 группы. У женщин 1 группы, по сравнению со второй, в 2 раза чаще регистрировались хронические аднекситы, в 2,5 раза чаще при лечении гинекологических заболеваний применялись гормональные препараты. Женщины 1 группы, по сравнению со 2 группой, имели исходные более низкие показатели физической работоспособности, КСВ и гибкости во всех фазах ОМЦ, максимально низкие в менструальную фазу. В течение 3-х месяцев в обеих группах проводилась оздоровительная аэробика с элементами йоги и восточного танца. В результате, у женщин 1 группы отмечена положительная динамика хронотипологических особенностей: в 100 % нормализовалась длительность менструальной фазы ОМЦ, у 90 % – нормализовалась длительность циклического периода, в 2 раза уменьшилось число женщин с предменструальным синдромом. Под влиянием направленных тренировок отмечены тенденции к повышению показателей физической работоспособности, силы мышц и гибкости. У женщин 1 группы наиболее показательны: повышение работоспособности в менструальную фазу ОМЦ, у женщин 2 группы – повышение работоспособности в менструальную, фолликулярную, овуляторную фазы ОМЦ. В меньшей степени оздоровительные тренировки изменили показатели гибкости, что, возможно, связано с недлительным периодом тренировок. Для стабильного значимого улучшения показателей физического здоровья женщин с десинхронными нарушениями требуются длительные регулярные занятия танцевальной аэробикой.

### Библиографический список

1. Граевская Н. Д., Петров И. Б., Беляев Н. И. Некоторые проблемы женского спорта с позиций медицины (обзор) // Теор. и практ. физ. культ. – 1987. – № 3. – С. 42–45.
2. Захарьева Н. Н. Функциональные возможности высококвалифицированных спортсменок, занимающихся циклическими видами спорта в различные фазы овариально-менструального цикла // Теория и практика. – № 7. – 2010. – Июль, м., 42 с.
3. Захарьева Н. Н., Ханды Т. М. Особенности занятий оздоровительной аэробикой молодых женщин с хронологическими десинхронными нарушениями. // Теор. и практ. физ. культ. – 2011. – № 6. – С. 45–49.
4. Иорданская Ф. А., Карполь Н. В. Значение функциональной подготовки в процессе тренировки высококвалифицированных волейболисток // Теория и практика физической культуры. – 1995. – № 2. – С. 16–21.
5. Короп Ю. А. Построение микроциклов при тренировке женщин пловцов // Женский спорт. Сборник научных работ Киевского института физ. Культ. – Киев, 1975. – С. 40–49.
6. Мачканова Е. В. Режимы тренировочных нагрузок квалифицированных метательниц диска на этапе непосредственной предсоревновательной подготовки : дисс. ... канд. пед. наук. – М. : ГЦОЛИФК. 2010. – 23 с.

7. Стамова Л. Г. Сикачева Ю. М., Овчинникова С. А. Положительное влияние занятий фитнес-аэробикой на организм девушек // Теория и практика Физической культуры и спорта. – 2010. – № 4. – С. 33–35.
8. Энциклопедия здоровья. Молодость до ста лет / В. И. Белов. 1993. – 134 с.

## **X-ХРОМОСОМНЫЕ МУТАЦИИ У ЖЕНЩИН В ПЕРМИ И ПЕРМСКОМ КРАЕ С 2011 ГОДА**

**Е. А. Логинова**  
**А. С. Кропачева**

*Кандидат биологических наук, доцент,  
студент,  
Пермский государственный  
медицинский университет им. академика  
Е. А. Вагнера, Минздрав России,  
г. Пермь, Россия*

---

**Summary.** X-chromosome mutations in women in the Perm region. Statistics. Diagnosis and prevention of X-chromosomal diseases.

**Keywords:** X-chromosome mutations; syndromes; chromosomal disease.

---

С каждым годом количество самопроизвольных патологических прерываний беременности возрастает. Это связано с различными причинами, в том числе и хромосомные болезни, которые составляют 3–5 % всех случаев. Примерно 50 % спонтанных аборт и 7 % мертворождений происходит из-за мутаций половых хромосом. К настоящему времени описано около 100 клиничко-цитогенетических синдромов, в основе которых лежат различные хромосомные аномалии [1]. Я бы хотела подробнее разобраться с мутациями X-хромосомы у женщин.

**Цель исследования** состоит в выявлении частоты встречаемости X – хромосомных мутаций на территории Пермского края.

**Методы исследования:**

1. Изучение эмпирических данных по мутациям X-хромосомы у женщин.

2. Изучение материалов лабораторий ГБУЗ ПК «Пермская краевая детская клиническая больница» с разрешения заведующей отделом статистики и вычислительной техники Дудыревой Юлии Сергеевны.

**Частота встречаемости моносомии по X-хромосоме у женщин  
в Перми и Пермском крае**

| Год  | Количество пациентов эндокринологического отделения | Количество пациентов поступивших с синдромом Шерешевского-Тернера | Доля патологии от количества поступивших в отделение, % | Край, %                |
|------|---|---|---|------------------------|
| 2011 | 769   | 7   | 0,91  | 0,00027<br>(2,7:10000) |
| 2012 | 796   | 7   | 0,88  | 0,00027<br>(2,7:10000) |
| 2013 | 783   | 3   | 0,38  | 0,00011<br>(1,1:10000) |
| 2014 | 610   | 8   | 1,32  | 0,0003<br>(3:10000)    |

В период с 2011 по 2014 год количество пациентов эндокринологического отделения колебалось от 610 до 796. Среди них в 2011 году было 7 пациентов с синдромом Шерешевского-Тернера, в 2012 – 7, в 2013 – 3, в 2014 – 8. Доля патологии от количества поступивших пациентов в отделение составляла 0,91; 0,88; 0,38; 1,32 процента соответственно. В 2011 году было 2,7 пациента с моносомией на 10 тыс. населения Пермского края, в 2012 году 2,7 пациента на 10 тыс. населения, в 2013 году наблюдался спад – 1,1 пациента на 10 тыс. населения, в 2014 году 3 пациента на 10 тыс. населения. Тогда как по России среднее количество пациентов с синдромом Шерешевского-Тернера на 10 тыс. населения равно 3. Также среди пациентов встречаются делеции и транслокации X-хромосомы, которые могут быть причиной возникновения данной мутации, наряду с нарушением мейотического расхождения хромосом у отца. У новорожденных, в общем, частота встречаемости моносомии – 0,04 %.

Так же встречаются трисомии и тетрасомии, но протекает без заметных признаков патологии, поэтому при медицинских исследованиях 90 % трисомиков по X-хромосоме остаются не выявленными [1].

Для профилактики заболеваний связанных с X-хромосомой проводят анализ родословной родителей, генетический анализ родителей (например, цитогенетический метод), а также инвазивные и неинвазивные методы пренатальной диагностики [2].

Из этих данных можно сделать следующие выводы:

Цитогенетический метод стал рутинным и выявление моносомии, делеции и транслокации проводятся по медицинским показаниям и по желанию пациента. Процент пациентов с синдромом Шерешевского-Тернера

в Перми и Пермском крае совпадает со среднестатистическим процентом в Российской Федерации.

Женщины с синдромом Шерешевского-Тернера заканчивают школы, университеты и с развитием современных технологий появилась возможность этим женщинам вынашивать и рожать здоровых детей, с использованием донорских яйцеклеток [3].

#### Библиографический список

1. Крюков В.И. Генетика. Основы генетики поведения : учебное пособие для вузов. – Орёл : Изд-во ОрёлГАУ, 2006. – 81 с.
2. Синдром Шерешевского – Тернера: причины и симптомы. URL: <http://vitaportal.ru/vse-bolezni/sindrom-shereshevskogo-ternera-prichiny-i-simptomy.html>
3. Синдром Шерешевского – Тернера. URL: [https://ru.wikipedia.org/wiki/Синдром\\_Шерешевского\\_—\\_Тернера](https://ru.wikipedia.org/wiki/Синдром_Шерешевского_—_Тернера)

### ГЕНЕТИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ В СИСТЕМЕ ГЕМОСТАЗА И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

**Е. А. Логинова**  
**Е. А. Мамаева**

*Кандидат биологических наук, доцент,  
студентка,  
Пермский государственный  
медицинский университет  
имени академика Е.А. Вагнера  
Минздрава России, г. Пермь, Россия*

---

**Summary.** Influence of genetic risk factors in coagulation system on an uteroplacental circulation. Increased risk of pregnancy-related complications in womens with abnormalities in coagulation system. Reccurent pregnancy loss and its relationship with mutations in genes of coagulation system.

**Keywords:** hemostasis; reccurent pregnancy loss; mutations.

---

Привычная потеря беременности является одной из самых актуальных проблем современной медицины. Частота привычного прерывания беременности в популяции составляет 2 % от числа беременностей [4]. Проблема невынашивания в наше время оказывает значительное влияние на демографическую ситуацию в стране, увеличивая число бесплодных браков, поэтому разрешение этого вопроса имеет важное социальное значение. Причины невынашивания разнообразны: социальные, эндокринные, иммунологические, инфекционные, морфологические, генетические [1].

**Цель:** исследование влияния генетических нарушений в системе гемостаза женщин детородного возраста, имеющих в анамнезе 3 и более самопроизвольных аборта, на систему маточно-плацентарного кровообращения.

**Материалы и методы:** работа проводилась на базе патологоанатомической лаборатории Краевой детской клинической больницы г. Перми. Были исследованы 300 выписок за 2 года. Из них было проанализировано 6 описаний плацент с характерной для нарушения маточно-плацентарного кровообращения картиной во время II триместра беременности (22–27 недель, средний вес плодов – 470 грамм).

**Полученные результаты:** При работе с патологоанатомическими исследованиями плацент, полученных при спонтанных абортах, были обнаружены различные нарушения кровоснабжения последа (тромбоз, гематомы) и проявления компенсаторных реакций в ворсинах хориона. Все исследованные плаценты имели дистрофические изменения и нарушения кровообращения. Во всех случаях наблюдались гематомы различных локаций, в 2 случаях наблюдался красный инфаркт субхориально. В 4 случаях выявлено очаговое полнокровие сосудов ворсин, в двух случаях выявлено полнокровие сосудов децидуальной ткани. В 4 случаях выявлены тромбозы межворсинчатого пространства. Во всех случаях обнаружено старение ворсин. Имели место нарушения васкуляризации ворсин: 3 случая ангиопатии сосудов крупных ворсин и один случай ангиоматоза крупных ворсин, 3 случая гиповаскуляризации промежуточных ворсин. Таким образом, во всех случаях наблюдается выраженное старение плаценты и абсолютная плацентарная недостаточность, признаком которой является декомпенсация плаценты. Данное нарушение сопровождается гипоксией плода, ведущей к антенатальной гибели [3].

В 90-х годах исследователями генома человека были обнаружены мутации в генах системы гемостаза. На данный момент наиболее исследованными являются мутации фактора V, протромбина и полиморфизм гена PAI-1. Мутация фактора V Leiden (1q23) – это замена аденина на гуанин в положении 1691. В результате в положении 506 происходит замена аргинина на глутамин, из-за чего фактор V становится резистентным к воздействию протеина C. [6] Мутация фактора II (протромбина) (11p11) заключается в замене гуанина на аденин в положении 20210 в 3` конце некодирующей части гена. На строение белка данная мутация не влияет, но усиливает его продукцию. [7]

Влияние полиморфизма PAI-1: генотип 4G/4G является серьезным фактором риска, вызывая различные тромботические явления в плаценте. [8] Частота встречаемости 4G-аллели среди женщин с гестозом – 66% (среди обследованных женщин отмечалась склонность к раннему повышению артериального давления), с невынашиванием беременности – 60%. [5] Полиморфизм PAI-1 был обнаружен у 86 % женщин с субхориальными и субамниотическими гематомами. [2] На данный момент тромбофилии являются

причиной осложнения беременности в 40–80 % случаев. Нарушение маточно-плацентарного кровообращения, дистрофические явления в плаценте и децидуальной оболочке, гипоксия плода могут возникать при гестозе [4].

Можно предположить, что повышенная свертываемость крови вследствие мутаций могла быть причиной ДВС-синдрома, повлекшего за собой отслойку плаценты. Вышеописанная картина нарушения кровоснабжения плаценты и ее преждевременного старения характерна для больных с нарушениями системы гемостаза (мутации протромбина, фактора V и ингибитора активатора плазминогена), что дает возможность предполагать наличие данных мутаций у отобранных нами женщин с невынашиванием беременности.

Показанная картина нарушения кровообращения в плаценте может иметь множество причин, однако сочетание определенных дегенеративных явлений и компенсаторных реакций в плаценте, описанных при нарушениях системы гемостаза у больных именно с мутациями протромбина, фактора V и ингибитора активатора плазминогена дает возможность предполагать наличие данных мутаций у отобранных нами женщин с невынашиванием беременности. В заключение стоит подчеркнуть, что тромбофилия – заболевание мультифакториальное, то есть среди причин не стоит заострять внимание лишь на врожденном характере заболевания, но и учитывать влияние прочих факторов на развитие заболевания.

#### Библиографический список

1. Кира Е. Ф. Невынашивание беременности (пособие для врачей под ред. проф. Е. Ф. Кира). – СПб, 1999. – 60 с.
2. Кирющенков П. А., Белоусов Д. М., Александрина О. С. Патогенетическое обоснование тактики ведения отслойки хориона и плаценты на ранних сроках беременности // Гинекология. – 2010. – Т. 12, № 1. – С. 36–39.
3. Савельева Г. М., Федорова М. В., Клименко П. А., Сичинава Л. Г. Плацентарная недостаточность. – М.: Медицина, 1991. – 276 с.
4. Сидорова И. С. Гестоз: Учебное пособие. — М.: Медицина, 2007. — 340 с.
5. Трифонова Е. А., Габидулина Т. В., Агаркова Т. А., Сереброва В. Н., Бутко Ю. К., Ворожищева А. Ю., Юрьев С. Ю., Девятьярова Л. А., Минайчева Л. И., Степанов В. А. Анализ роли наследственной тромбофилии в развитии осложненного течения беременности. // Фундаментальные исследования. – 2012. – № 10. – С. 337–344.
6. Bertina R. M., Koeleman B. P. Mutation in blood coagulation factor V associated with resistance to activated protein C. // Nature. – 1994. – May. – vol. 369. – p. 64–67.
7. Gehring N. H. Increased efficiency of mRNA 3' end formation: a new genetic mechanism contributing to hereditary thrombophilia. // Natural Genetics. – 2001. – vol. 28. – No. 4. – p. 389–392.
8. Glueck C. J., Phillips H., Cameron D. et al. The 4G/4G polymorphism of the hypofibrinolytic PAI-1 gene: an independent risk factor for serious pregnancy complications // Metabolism. – 2000. – vol. 49. – p. 845–852.



## VI. THE FAMILY AS THE INSTITUTIONAL FRAMEWORK OF A HEALTHY UPBRINGING OF THE YOUNGER GENERATION



### К ВОПРОСУ ФОРМИРОВАНИЯ СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИХ УСЛОВИЙ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ ДЕТЕЙ В СЕМЬЕ

**И. М. Новикова**

*Кандидат педагогических наук, доцент,  
Московский государственный  
гуманитарный университет  
имени М. А. Шолохова, г. Москва, Россия*

---

**Summary.** The article reveals the function of the family involved in the upbringing of healthy generation. Discloses the influence of the family on the level and structure of morbidity, social and hygienic living conditions and psychological climate of the family. Some results of the survey of parents of children with that characterize the willingness of families to save children's health.

**Keywords:** family; preschool; health; healthy lifestyle.

---

В настоящее время приобщение детей, подростков и молодежи к здоровому образу жизни (ЗОЖ) является приоритетным направлением воспитательной работы на разных ступенях образования и поддержано государственной политикой Российской Федерации в связи с необходимостью формирования культурной традиции ценностного отношения к здоровью и овладения нормами, правилами, навыками здоровьесбережения на фоне многолетней устойчивой тенденции к ухудшению состояния здоровья подрастающего поколения. В этих условиях важным является участие социальных институтов общества, и семьи в том числе, в формировании общественного мнения и установок массового сознания, поддерживающих становление этой традиции.

Среди функций семьи как участвующего в воспитании здорового младшего поколения социального института на макроуровне – социализация детей в сфере здоровьесбережения при взаимодействии с институтами системы образования, институтами системы здравоохранения и другими, влияние таким образом на здоровье населения. На микроуровне семья как малая биосоциальная группа с рождения является средой жизни ребенка, она должна обеспечить способствующее его здоровью семейное поведение, сформировать стереотипное берегающее здоровье поведение и выполнить функцию сохранения здоровья.

Рассматривая влияние семьи на здоровье детей, Е. Б. Бреева, И. В. Журавлева, Т. М. Максимова [1; 2; 3] и др. указывают на прямую зависимость уровня и структуры заболеваемости членов семьи от типа семьи; состояния здоровья родителей; участия родителей в уходе за заболевшим ребенком;

социально-гигиенических условий в семье от уровня ее материального благосостояния, грамотности в вопросах здоровья, особенностей гигиенического поведения родителей;

психологического климата в семье от взаимопониманий между членами семьи, отсутствия дефицита общения детей со взрослыми и ситуации освобождения взрослых от стресса в присутствии детей, отсутствия кризиса семьи.

Понимание ребенком взаимосвязи между состоянием здоровья и образом жизни, формирование у него ценностного отношения к своему здоровью и осознанное использование навыков сбережения здоровья в самостоятельной деятельности происходит в результате присвоения опыта заботы о здоровье взрослых.

При изучении социально-педагогических условий формирования представлений о ЗОЖ в семье у старших дошкольников с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) мы провели анкетирование, в котором приняли участие 490 родителей детей этой категории. Приведем некоторые его результаты, которые характеризуют готовность семей к сбережению здоровья детей.

При ответе на вопрос «Как регулярно Вы заботитесь о своем здоровье?» 46,5 % родителей указали, что они «регулярно», «достаточно регулярно», «постоянно» заботятся о своем здоровье: делают утренние пробежки, посещают фитнес-клубы, гуляют в любую погоду, выполняют закалывающие процедуры, играют в футбол и волейбол; 47,7 % респондентов ответили, что заботятся о своем здоровье «нерегулярно», «когда необходимо», «в свободное время»; 1,8 % родителей указали, что удовлетворены состоянием своего здоровья и не заботятся о нем; затруднились дать ответ 4,0 % респондентов.

В этой ситуации очевидно, что значительная часть родителей не может продемонстрировать детям поддерживающее здоровье поветрие.

Анализ ответов на вопросы «Где, в случае необходимости, Вы получаете информацию, необходимую для укрепления и поддержания своего здоровья или здоровья членов семьи?» и «Как активно Вы используете полученную информацию о сохранении здоровья и здоровом образе жизни?» показал, что многие родители выразили заинтересованность в информации о поддержании своего здоровья. Это может быть связано как с их недостаточной осведомленностью в вопросах ЗОЖ, так и с желанием уточнить уже известные сведения. К источникам, из которых можно получить необходимые сведения о сбережении здоровья, респонденты отнесли телевизи-

онные передачи, справочную литературу, не имеющие отношения к медицине газеты и журналы, врача, знакомых и родственников.

Указали, что испытывают потребность в профессиональных советах врача или сведениях из специальной медицинской литературы 67,1 % респондентов; 79,2 % родителей получают необходимую информацию о здоровье из средств массовой информации; 24,1 % опрошенных – от подруг и друзей, от знакомых и родственников. Дальнейшее активное использование полученных сведений отметили 22,6 % родителей; знакомятся с информацией и затем используют ее лишь в некоторых случаях 73,9 % респондентов.

К проявлению заботливого отношения к здоровью детей со стороны родителей мы относим организацию режима дня ребенка, его полноценное питание, отсутствие негативных типов поведения взрослых, ограничение времени использования для игр домашнего компьютера, компьютерного планшета и телефона; обеспечение в семье обстановки психологического комфорта; исключение дефицита общения родителей с детьми; организацию совместной со взрослыми привлекательной для ребенка деятельности; формирование гигиенических навыков; грамотный уход за заболевшим ребенком; выполнение предписаний врача в случае болезни ребенка и рекомендаций по предупреждению сезонных простудных заболеваний.

При ответе на вопрос «Что Вы делаете для предупреждения заболеваний Вашего ребенка?» 15,3 % родителей, указали, что регулярно дают дошкольникам витамины; 21,0 % респондентов покупают «Иммунеле» и «Актимель»; 43,3 % родителей отметили обязательное включение в рацион ребенка овощей и фруктов; 78,2 % респондентов назвали разнообразное питание; прогулку на свежем воздухе указали 71,4 % родителей; занятия детей в спортивных секциях выделили 21,2 % опрошенных, плавание в бассейне и закаливание – 8,8 % родителей; выполнение утренней зарядки назвали 9,0 % респондентов.

Вопрос «Имеют ли члены Вашей семьи вредные привычки?» помог выяснить, что в семьях 47,5 % родителей дети наблюдают не способствующие оздоровлению типы поведения взрослых. К вредным привычкам эти респонденты отнесли курение, тягу к компьютерным играм, ежедневный длительный просмотр телевизионных сериалов, малоподвижный образ жизни, распитие алкогольных напитков. Сказали об отсутствии вредных привычек 52,5 % родителей.

При ответе на вопрос: «Как Вы относитесь к выполнению предписаний врача в связи с болезнью Вашего ребенка?» только 52,2 % родителей отметили, что всегда точно выполняют полученные медицинские рекомендации; 12,4 % респондентов указали, что часто стараются получить консультацию другого врача и уточнить необходимость приема назначенных лекарств; прекращают лечение при улучшении состояния ребенка без со-

гласования с врачом 17,7 % родителей; редко обращаются за медицинской помощью и самостоятельно лечат ребенка 15,5 % респондентов.

Таким образом, не все родители готовы следовать рекомендациям врачей и ответственно выполнять медицинские назначения в случае заболевания ребенка или при необходимости поддержания его здоровья. Некоторые из них могут прекратить лечение по своей инициативе, заниматься самолечением, недостаточно внимательно относиться к состоянию своего здоровья и здоровья ребенка.

В целом результаты исследования показали необходимость повышения компетентности родителей в вопросах сохранения и укрепления здоровья детей с ОВЗ в условиях семьи, вовлечения их в работу образовательных организаций по формированию у детей когнитивного, эмоционально-ценностного и поведенческого компонентов представлений о ЗОЖ.

### Библиографический список

1. Бреева Е. Б. Дети в современном обществе. – М. : Эдиториал УРСС, 1999. – 216 с.
2. Журавлева И. В. Отношение к здоровью, как социокультурный феномен : дис. ... д-ра социол. наук: 22.00.04. – М., 2005. – 434 с.
3. Максимова Т. М. Современное состояние, тенденции и перспективные оценки здоровья населения. – М. : ПЕР СЭ, 2002.–192 с.

## РОЛЬ СЕМЬИ В ВОСПИТАНИИ ЗДОРОВОГО РЕБЁНКА

**М. В. Фиохина**

*Инструктор по физической культуре,  
Детский сад № 14,  
г. Муром, Владимирская область, Россия*

---

**Summary.** The main factor creating a culture of healthy living is the family. Mode of the day, proper nutrition, morning exercise, sport are an important part of life. Healthy and strong children are the future of our country.

**Keywords:** healthy lifestyle; the favorable climate of the family; health; morning exercises; cooperation family and kindergarten.

---

«Родители являются первыми педагогами. Они обязаны заложить основы физического, нравственного и интеллектуального развития личности ребёнка в раннем детском возрасте». Закон РФ «Об образовании» ст. 18.

Есть непреходящие ценности, очевидность которых бесспорна и всем ясна. Таким богатством надо считать здоровье детей, состояние которого не может не вызывать тревоги. Здоровый образ жизни – это совокупность всех условий, которые настраивают человека на активную деятельность, позволяют полностью реализовать себя в обществе. Проблема сохранения и укрепления здоровья детей является актуальной проблемой

всего общества на сегодняшний день. Кто, как не родители, призваны принять самое активное участие в решении этой проблемы! Кто, как не мамы и папы могут обеспечить для своих детей рациональное питание, приобщить их к спорту, уберечь от вредных привычек, научить правилам гигиены и, главное – настроить ребёнка так, чтобы он и без подсказок и без напоминаний взрослых стремился жить разумно, правильно, не во вред, а на пользу своему здоровью, чтобы он отдавал себе отчёт в том, что и сегодняшняя и вся его будущая взрослая жизнь будет зависеть от того здоров он или нет. Готовность к здоровому образу жизни не возникает сама собой, а формируется у человека с ранних лет прежде всего внутри семьи, в которой родился и воспитывается ребёнок. Воспитание и оздоровление детей в значительной степени зависит от атмосферы в семье ребенка, от уровня понимания родителями педагогических и физкультурно-оздоровительных задач. Любовь, забота, нежность, внимание окрыляют растущего человека, вселяют в него уверенность, оптимизм, духовную силу. Но так происходит только тогда, когда ребёнок чувствует полную гармонию в семейном мире, любовь и взаимопонимание в отношениях между взрослыми. Когда ребёнок постоянно находится в обстановке нервозности, скандалов происходят отрицательные, необратимые процессы в его психическом здоровье. Поэтому благоприятный климат в семье важная составляющая в формировании здорового образа жизни. Необходимо иметь с ребёнком общие интересы. Хорошо, когда эти интересы относятся к укреплению здоровья. Родители, которые уделяют много внимания физическому развитию малыша, не забудут напомнить о занятиях спортом своим детям и когда они вырастут. Хорошо, если родители не ограничатся ролью советчиков, а встанут рядом с детьми и вместе с ними начнут выполнять упражнения. Общее увлечение укрепит дружбу, поможет лучше понять ребёнка. Дети с огромным желанием идут в спорт, занимаются физкультурой, делают первые шаги в закаливании, но только рядом с мамой и папой, вместе, всей семьёй. Мама, ведущая за руку ребёнка в спортивную секцию не принуждая, а подводя к этому через беседы, собственный пример, формирует потребность растущего организма в здоровом образе жизни. Ребёнок показывает успехи в спорте, растёт, развивается. Родители же в свою очередь просто обязаны уделить этому должное внимание, только тогда сформируется здоровая личность.

Составление рационального режима дня, организация правильного питания, выполнение в семье утренней зарядки и комплексов упражнений для коррекции осанки, зрения и т.д., закаливание – всё это неотъемлемая часть жизни семьи, где растёт ребёнок.

Да, роль семьи в формирование здорового поколения первостепенна. В свою очередь педагоги образовательных учреждений обязаны помочь семье осознать, что именно она основа воспитания здорового подрастающего поколения. Это возможно через сотрудничество. Родительские собрания,

организация спортивных праздников и досугов, выпуск буклетов, создание уголков для родителей, подбор литературы, консультации педагогов на темы «Здоровый образ жизни в семье», «Спорт и ребёнок», «Об утренней гимнастике», «Физическое воспитание – основа для общего развития ребёнка» и т.д. – всё это организует наш детский сад в помощь семье.

Таким образом, очень многое зависит от родителей, от их неравнодушия и ответственного понимания своих обязанностей, от осознания задач по воспитанию здорового подрастающего поколения. Если ребёнок с детства приучается думать о своём здоровье, в дальнейшем он будет думать и о здоровье окружающих его людей, поможет каждому человеку бороться за здоровый образ жизни. Здоровые и крепкие дети – будущее нашей страны.

### **Библиографический список**

1. Андреева Н. А. Взаимодействие ДОУ и семьи в формировании основ здорового образа жизни у детей. – Екатеринбург, 2005. – 22 с.
2. Чабовская А. П. Основы педиатрии и гигиены детей дошкольного возраста. – М. : Просвещение, 1987. – 271 с.
3. Чаклин А. В., Милюевская И. Л. Сохранить здоровье смолоду. – М.: Педагогика, 1988.–144 с.



## VII. ISSUES OF HEALTH PREVENTION AND TREATMENT OF DISEASES



### ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА: ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ

С. Н. Белик  
М. Н. Семенистый  
Е. В. Моргуль  
О. А. Крючкова

*Кандидат медицинских наук, доцент,  
студент,  
кандидат биологических наук, доцент,  
врач-ординатор,  
Ростовский государственный  
медицинский университет,  
г. Ростов-на-Дону, Россия*

---

**Summary.** In recent times there is observed increasing of the cases of the foreign bodies (FB) in children, the most frequent localization is the gastrointestinal tract (GIT). In 10–20% of the cases of the FB are fixed in different parts of the gastrointestinal tract and require endoscopic or surgical treatment. Untimely diagnostics and treatment of this pathology can lead to occurrence of the dangerous complications to child's life.

**Keywords:** foreign bodies; children; gastrointestinal tract.

---

Инородные тела пищеварительного тракта наиболее часто встречаются у детей до 3–4 лет, при этом 80–90 % всех инородных тел проходят через ЖКТ свободно, в 10–20 % случаев требуется их эндоскопическое удаление. Наиболее частыми зонами фиксации инородных тел являются физиологические сужения пищевода: диафрагмальное, фарингеальное, бронхиальное, аортальное и кардиальное. Кроме этого зонами сужения являются область привратника, залуковичные отделы двенадцатиперстной кишки, илеоцекальный клапан, а также области анастомозов и патологических сужений [4; 8].

Инородные тела пищевода имеют наибольшую частоту осложнений, обычно прямо пропорциональную времени пребывания ИТ в пищеводе. Мелкие предметы могут быть проглочены без болевых ощущений и проявляться только симптомами дисфагии, для маленьких детей характерен отказ от еды [9].

Наиболее опасными инородными телами являются маленькие дисковые батарейки, содержащие металлические соли (оксид ртути, оксид серебра, оксид цинка, или оксид лития) или щелочной жидкости (гидроксид натрия или калия), которые могут вытекать в просвет пищеварительного тракта и вызывать некроз. Хирургическое лечение рекомендуется, если аккумулятор не проходит через ЖКТ в течение 72 ч [2; 9].

Попадание в ЖКТ остроконечных предметов, клинически проявляется болью, чувством давления и дискомфорта, иногда затрудненным глотанием жидкой пищи или слюны, тошнотой, рвотой с кровью или без. Рыбьи кости, останавливаясь в области баугиниевой заслонки, могут перфорировать стенку кишки в области илеоцекального угла и вызвать местный перитонит [6].

В последнее время наблюдается значительное увеличение случаев заглатывания детьми магнитов. В случае, если магниты были проглочены через небольшой временной интервал, то они притягиваются сразу и движутся далее как единое целое. Именно поэтому выяснение временного интервала проглатывания таких предметов является очень важным [7; 10].

Особого внимания заслуживают такой вид ИТ как безоары, представляющие собой конкреции инородных материалов, которые становятся фиксированными в желудке и иногда в двенадцатиперстной кишке. Различают множество видов безоаров но наиболее часто среди детей встречаются фитобезоары (при потреблении большого количества орехов, апельсинов, хурмы, винограда с косточками и т. д.), трихобезоары (при заглатывании волос и пиксобезоары (при проглатывании жевательных резинок или кусочков пластилина). В анамнезе у таких пациентов отмечается длительная диспепсия, потеря веса [5].

Для диагностики ИТ ЖКТ проводят рентгенографию в объеме обзорного снимка или рентгеноскопию шейного отдела пищевода, органов грудной клетки и брюшной полости в нескольких проекциях, что позволяет выявить как наличие самого инородного тела, так и сопутствующие осложнения [3]. Компьютерная томография превосходит обзорную рентгенографию и выявляет инородные тела у 70–100 % пациентов [6]. Кроме этого ещё одним высокодиагностическим методом является мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) органов грудной полости [1]. Но всё же, основным методом диагностики является эзофагогастродуоденоскопия (ЭФГДС), которая при обнаружении инородного тела может сразу стать и лечебной процедурой. Кроме этого успех эндоскопического лечения зависит от правильного выбора метода анестезии. Во многих случаях целесообразно применить общее обезболивание, так как рвотный рефлекс, срыгивание или произвольное движение пациента во время удаления острого предмета могут привести к таким осложнениям, как кровотечение и перфорация.

Оперативное лечение ИТ назначается при инородных телах очень больших размеров; если ИТ, способные вызвать осложнения локализуются в нижних отделах ЖКТ; при отсутствии продвижения инородного тела; при возникновении осложнений. При этом, в день операции, обязателен рентгенологический контроль, для уточнения локализации ИТ.

Основным фактором в благополучии исхода данной патологии является своевременность обращения, точность постановки диагноза и квали-

фицированная медицинская помощь. Несвоевременное выявление инородных тел может привести к возникновению опасных для жизни осложнений.

### Библиографический список

1. Бабаева А. А. Множественные инородные тела желудочно-кишечного тракта (клиническое наблюдение) // Вестник новых медицинских технологий. – 2014. – № 1.
2. Бастрыгин А. В., Махотин А. А., Гандуров С. Г., Ефременко А. Д., Жила Н. Г., Савенко А. Ю., Северный Н. Ю. Лечебная тактика при инородных телах – батарейках верхних отделов желудочно-кишечного тракта у детей. Особенности эндоскопической диагностики и лечения // Дальневосточный медицинский журнал. – 2008. – № 4. – С. 99–101.
3. Бастрыгин А. В., Сычев М. Ю., Савенко А. Ю., Жила Н. Г. Особенности диагностики и лечебной тактики при инородных телах верхних отделов желудочно-кишечного тракта в детском возрасте // Дальневосточный медицинский журнал. – 2010. – № 2. – С. 61–62.
4. Веселый С. В., Сопов Г. А., Латышов К. В., Литовка В. К., Буслаев А. И., Легур А. В. Инородные тела желудочно-кишечного тракта у ребенка на фоне частичной обтурационной кишечной непроходимости // Детская хирургия. – 2012. – № 1. – С. 50–51.
5. Соколов Ю. Ю., Давидов М. И. Безоары желудочно-кишечного тракта у детей // Педиатрия. – 2010. – Том 89. – № 2. – С. 60–65.
6. Чепурной М. Г. Инородные тела желудочно-кишечного тракта у детей // Учебно-методическое пособие для студентов и молодых врачей. – Ростов на Дону, 2012. – 12 с.
7. Cox S., Brown R., Millar A., Numanoglu A., Alexander A., Theron A. The risks of gastrointestinal injury due to ingested magnetic beads. // S Afr Med J. – 2014. – Vol. 104. – № 4. – P. 277–278.
8. Emara M. H., Darwiesh E. M., Refaey M. M., Galal S. M. Endoscopic removal of foreign bodies from the upper gastrointestinal tract: 5-year experience. // Clin Exp Gastroenterol. – 2014. – Vol. 16. – № 7. – P. 249–253.
9. Sugawa C., Ono H., Taleb M., Lucas C.E. Endoscopic management of foreign bodies in the upper gastrointestinal tract: A review. // World J Gastrointest Endosc. 2014 Oct 16;6(10):475-81. doi: 10.4253/wjge.v6.i10.475. Review.
10. Strickland M., Rosenfield D., Fecteau A. Magnetic foreign body injuries: a large pediatric hospital experience // J. Pediatr. – 2014. – Vol. 165. – № 2. – P. 332–335.

## ВОЗРАСТНЫЕ ДЕГЕНЕРАТИВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В КОСТНО-СУСТАВНОЙ СИСТЕМЕ

А. В. Дергунова

Н. А. Замотаева

*Врач-хирург,  
Поликлиника № 10, г. Саранск  
кандидат сельскохозяйственных наук,  
доцент,  
Национальный исследовательский  
Мордовский государственный  
университет им. Н. П. Огарева,  
г. Саранск, Республика Мордовия, Россия*

---

**Summary.** Degeneration of bones and joints of man is a "disease of the century." The authors established a relationship between the age of the population and the emergence of the disease. The authors also identified that the risk factors are lack of exercise, eating high-calorie foods, high concentrations of fluoride in drinking water. Women affected by this disease largely.

**Keywords:** degeneration; osteoarticular system; statistical analysis.

---

В последние десятилетия боль в спине, ассоциированная с дегенеративными изменениями в позвоночнике, является объектом пристального внимания исследователей. Разночтения в вопросах роли структурных нарушений в генезе болевого синдрома и подходах к терапии препятствуют единому представлению о болезни. В ходе проводимой Международной декады (Всемирная организация здравоохранения 2001–2010 гг.), посвященной приоритетным направлениям костно-суставной патологии, накоплены новые данные, позволяющие расширить представления о поражении позвоночника дегенеративной природы.

Известно, что основная часть осевой нагрузки приходится на межпозвонковый диск (МПД), который играет ведущую роль в биомеханике позвоночника. До настоящего времени нет убедительных данных о том, являются ли старение и дегенерация диска, приводящие к появлению болей в спине, взаимозаменяемыми понятиями естественного возрастного процесса с появлением клинических признаков на конечных этапах развития или взаимоисключающими состояниями, рассматривающими дегенерацию МПД как заболевание. Некоторые авторы высказывают предположения об отличиях в происхождении и механизмах развития этих состояний [2].

Дегенерация межпозвонкового диска – мультифакториальный процесс. Идентифицированы несколько генов, ответственных за прочность и качество костно-хрящевых структур – гены синтеза коллагена 9-го типа, аггрекана, рецептора витамина D, металлопротеиназы. Структурное повреждение элементов диска приводит к развитию каскада метаболических реакций – активного процесса заживления. С возрастом способность к эф-

фективной репарации ослабевает, что приводит к прогрессированию дегенеративных процессов [3].

**Цель исследования.** На основе статистического анализа оценить возрастной состав населения республики Мордовия, страдающих изменениями в костно-суставной системе, выявить основные факторы риска, оказывающие негативное воздействие на естественный процесс старения и предложить меры, позволяющие предотвратить дегенерацию костного аппарата.

**Материалы и методы исследования.** В феврале – марте 2015 года на базе ГБУЗ РМ «Поликлиника № 10» был проведен статистический анализ 500 медицинских амбулаторных карт пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата. Респонденты (женщины – 66 и 76 %, мужчины – 34 и 24 % в 2013 и 2014 исследовательских годах) в возрасте 20–39 лет составили 29 %, 40–59 лет – 24 % и старше 60 лет – 40 % от общего числа исследованных.

**Результаты и их обсуждение.** В 2013 году из 500 обратившихся за медицинской помощью по возрастному цензору распределились следующим образом: 26 % составили пациенты в возрасте 20–39 лет, 34 % – в возрасте 40–59 лет и 40 % – старше 60 лет (рисунок 1).

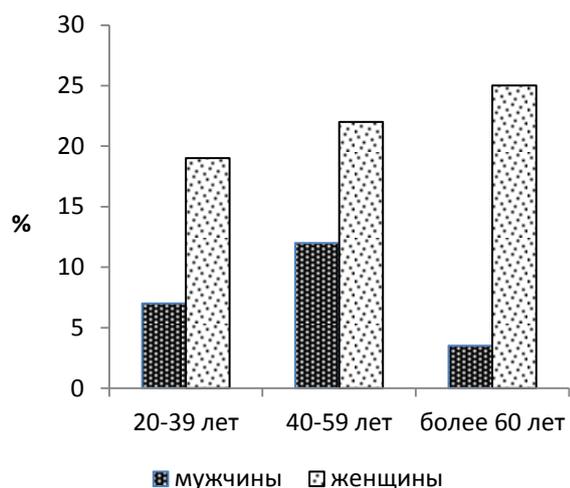


Рисунок 1 – Дегенеративные изменения в костно-суставной системе населения, 2013 год

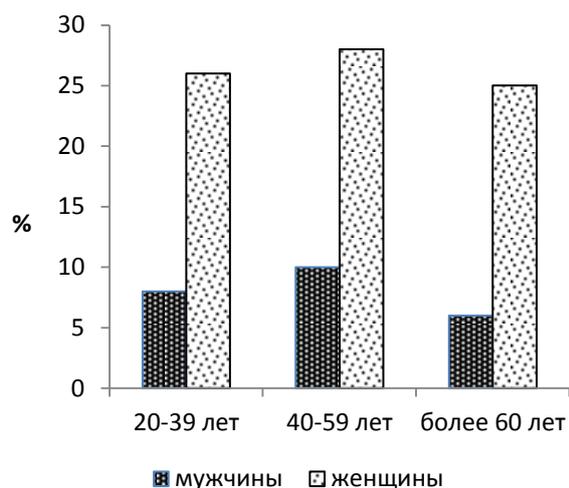


Рисунок 2 – Дегенеративные изменения в костно-суставной системе населения, 2014 год

В 2014 году отмечено увеличение численности пациентов, страдающих от болей в спине и суставах возраста 20–39 лет возросло до 34 %, 40–59 лет – до 38 % (рисунок 2).

По ранее установленным данным социологического опроса установлено, что подавляющее большинство молодежи проводят более 90 % своего свободного времени за персональным компьютером. Очевидно, что малоподвижный образ жизни этой возрастной группы и привел к увеличению числа пациентов поликлиники.

На основании сделанного нами анализа установлено, что и 2013 и в 2014 исследовательских годах при одинаковом количестве респондентов в большей степени дегенеративным изменениям подвержены женщины (66 % в 2013, 76 % в 2014 исследовательских годах). Вероятно, это связано с ношением обуви на высоких каблуках, также с потерями солей кальция из костно-суставной системы при беременности и усиленным его вымыванием в период климакса из-за недостаточного количества эстрогенов.

Стоит отметить, что повышенное содержание ионов фтора в питьевой воде региона также способствует декальцинированию костной ткани населения.

**Выводы.** Обеспечение здорового старения – это создания для человека условий, исключающих или снижающих воздействие неблагоприятных факторов среды [1]. Профилактика изменений в костно-суставной системе должна быть построена с учетом механизмов развития заболевания. Прежде всего, следует выявить факторы, вызывающие травматизацию суставных тканей, и применять меры к их устранению. С целью укрепления мышечно-связочного аппарата следует систематически дважды в сутки (утром и вечером) заниматься лечебной гимнастикой, круглый год посещать бассейны, совершать лыжные прогулки, отказаться от потребления большого количества крепкого кофе.

При склонности к ожирению необходимо снизить энергетическую ценность пищевого рациона. Особенно следует ограничить количество углеводов и жиров. Пища должна быть богатой витаминами и разнообразной. Только при соблюдении вышеперечисленного можно существенно улучшить качество жизни пациентов.

#### Библиографический список

1. Семелева Е. В., Пузанкова М. В. Здоровое старение. // Ecological education and ecological culture of the population: materials of the II international scientific conference on February 25–26. – Prague : Vědecko vydavatelské centrum «Sociosféra-CZ», 2015. – P. 135–137.
2. Шостак Н. А., Правдюк Н. Г. Дегенеративное поражение позвоночника и боль в спине: подходы к терапии // «Consilium Medicum». – 2013. – Т. 15. – № 2. – С. 37–40.
3. Antoniou J, Steffen T, Nelson F et al. The human lumbar intervertebral disc: evidence for changes in the biosynthesis and denaturation of the extracellular matrix with growth, maturation, ageing, and degeneration. J Clin Invest 1996; 98 (4). – P. 996–1003.

# ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА АДАПТАЦИИ УЧАЩИХСЯ К ПРОГРАММАМ НОВОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО СТАНДАРТА ПОСЛЕ ПЕРВОГО ГОДА ОБУЧЕНИЯ

**О. Л. Максимов**  
**А. Р. Квасов**  
**А. Ф. Степаненко**  
**З. Е. Аветисян**  
**М. С. Машдиева**

*Кандидат медицинских наук,  
доктор медицинских наук, профессор,  
кандидат медицинских наук, доцент,  
кандидат медицинских наук,  
кандидат медицинских наук,  
Ростовский государственный  
медицинский университет,  
Министерств здравоохранения  
Российской Федерации,  
г. Ростов-на-Дону, Россия*

---

**Summary.** To study the adaptation of the younger school students to new educational programs 266 pupils of the 1st classes and 211 pupils of the 2nd classes from 8 schools of Rostov-on-Don were surveyed. The indicators of mental working capacity during the school day at pupils of the 2nd classes authentically didn't change, but at pupils of the 2nd classes the level of prevalence of complaints of asthenoneurotic character was higher than at first graders in the absence of distinctions in the frequency of somatic complaints. According to the results of the Kern-Irazek's test at pupils of the 2nd classes a significant improvement in motion of the hand was noted when performing simple graphic tasks but without a substantial increase in the general level of psychofunctional development. The conducted research shows an incomplete adaptation to the educational process for the first year of training, and the most mixed results are received at the school students trained according to the programs «Perspective elementary school», «School of Russia» and «Elementary school of the XXI century».

**Keywords:** adaptation to training at school; pupils of initial classes; health complaints; the Kern-Irazek's test; mental working capacity.

---

**Актуальность и научная новизна.** Проблема адаптации учащихся начальных классов к школьным нагрузкам остается достаточно актуальной в гигиене детей и подростков [4], особенно в связи с введением в образовательный процесс стандартов нового поколения. При этом известно [2], что именно у учащихся начальных классов уровень связи состояния здоровья и успеваемости является наиболее высоким. Проблема обостряется тем фактором, что введение нового стандарта не исключает использования в образовательном процессе разных педагогических методик с разным объемом и интенсивностью преподавания учебных предметов, зачастую не учитывающих индивидуальные возможности и особенности школьников [3]. Все это и определяет актуальность выбранной темы исследования.

**Цель исследования** – дать сравнительную гигиеническую оценку самочувствию и степени развития моторики кисти у учащихся 1–2-х классов городских школ, а также оценить уровень работоспособности учащихся

ся 2-х классов, обучающихся по разным программам нового образовательного стандарта.

**Материалы и методы.** Обследовались 266 учащихся 1-х классов (из них 132 мальчика и 134 девочки – 49,6 % и 50,4 % соответственно) и 211 учащихся 2-х классов (112 мальчиков и 99 девочек – 53,0 % и 47,0 % соответственно, т.е. практически сопоставимые по гендерной структуре –  $p > 0,05$ ) из 8 городских школ г. Ростова-на-Дону (№№ 2, 33, 36, 45, 49, 51, 55, 80). Обследованные учащиеся 1–2-х классов обучались по одной из 6 следующих программ (учебно-методическим комплексам – УМК): «Школа России», «Перспектива», «Начальная школа XXI века», «Школа 2100», «Перспективная начальная школа» и «Планета знаний». К сожалению, по независящим от нас причинам, 6 основных программ начального школьного обучения, запущенных в школах г. Ростова-на-Дону в соответствии с требованиями Федерального государственного образовательного стандарта нового поколения, были представлены в исследовании неравноценно: численность групп наблюдения колебалась от 20 до 91 ученика. Поэтому полученные данные, в силу неравноценности групп сравнения и их малой репрезентативности, на данном этапе исследования рассматриваются как ориентировочные результаты «пилотного» исследования.

У всех обследованных анкетным методом по тесту Н. А. Ананьевой и соавт. [1] изучалась распространенность жалоб на здоровье (на вопросы анкеты отвечали родители): по результатам опроса рассчитывалась частота распространенности жалоб на дисфункцию основных систем организма (на 100 учащихся). У учащихся обеих возрастных групп также исследовался уровень психофункционального развития по тесту Керна-Иразека (в баллах) [1]. Кроме того, определялся уровень умственной работоспособности у учащихся 2-х классов методом корректурных проб (проводилась 3-х минутная проба по таблицам Анфимова) в начале и в конце учебного дня; оценивалось количество просмотренных знаков, ошибок на 500 знаков и показатель продуктивности корректурной работы (ПКР) по специальной формуле. Статистическая обработка данных и их анализ осуществлялся в модуле «Основные статистики» программы Statistica 6.0.

**Результаты.** Анализ частоты распространенности жалоб на здоровье среди учащихся младших классов не выявил существенного увеличения жалоб у учащихся 2-х классов по сравнению с учащимися 1-х классов:  $397,6 \pm 21,6$  против  $352,1 \pm 18,9$  жалоб на 100 учащихся соответственно ( $p > 0,05$ ). Не выявлен также рост жалоб соматического характера у учащихся 2-х классов –  $223,0 \pm 14,5$  против  $226,1 \pm 13,8$  жалоб на 100 учащихся 1-х классов ( $p > 0,05$ ).

Вместе с тем, у учащихся 2-х классов отмечено достоверное (почти в 2 раза по сравнению с первоклассниками) увеличение частоты жалоб на головную боль разного генеза ( $24,9 \pm 3,0$  против  $12,2 \pm 2,1$ ) и жалоб на «слабость, утомляемость после занятий в школе и дома» ( $26,8 \pm 3,1$  против

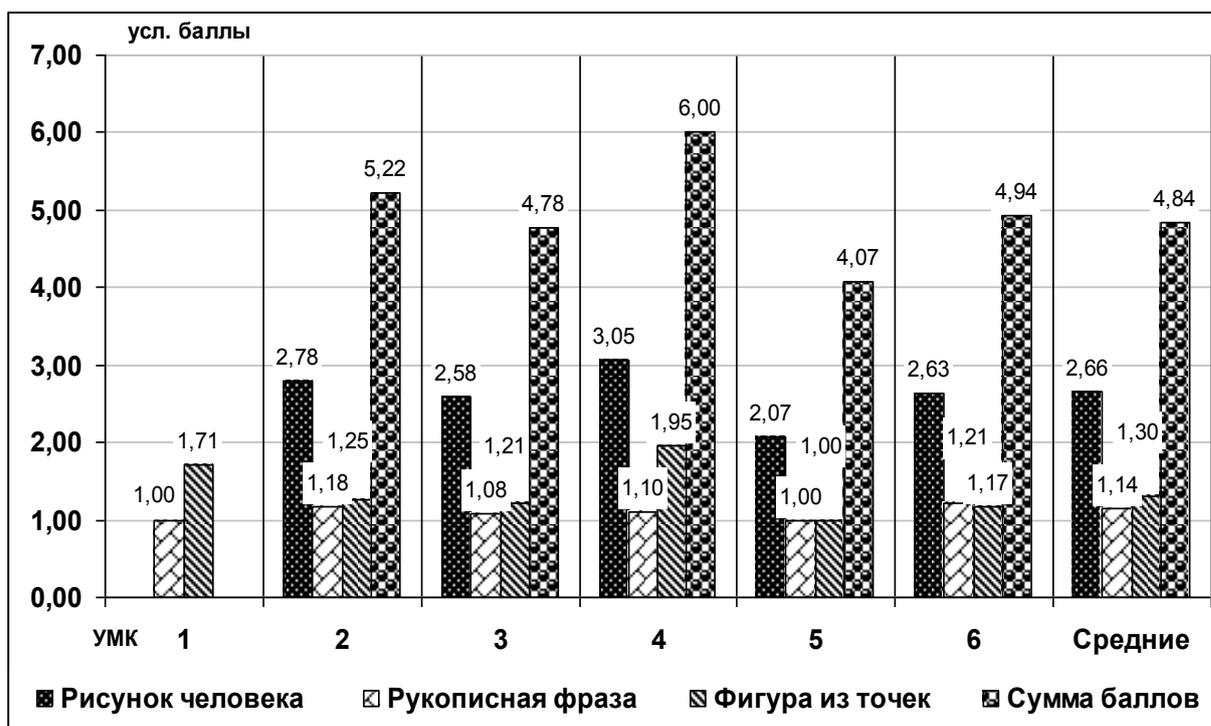
15,1±2,3 жалоб на 100 учащихся соответственно 2-х и 1-х классов; все  $p < 0,05$ ). Кроме того, среди учащихся 2-х классов достоверно чаще выявлялись навязчивые движения – 32,5±3,3 против 23,1±2,7 жалоб на 100 первоклассников ( $p < 0,05$ ). Еще в 5 из 6 оставшихся жалоб-симптомов астено-невротического характера анализ выявил некоторые тенденции к увеличению их распространенности именно среди учащихся 2-х классов, что определило среди них достоверно более высокую общую распространенность жалоб этого типа: 174,6±10,4 против 126,1±8,7 жалоб на 100 обследованных учащихся 2-х и 1-х классов соответственно ( $p < 0,05$ ).

Сравнение результатов выполнения теста Керна-Иразека не выявило достоверных различий между средними значениями балльных оценок за выполнение теста «рисунок человека» учащихся 1-х и 2-х классов: 2,78±0,06 против 2,66±0,06 баллов соответственно ( $p > 0,05$ ). Наиболее заметными были различия в средних значениях балльных оценок теста «рисование рукописной фразы», которые существенно лучшими (почти на балл выше) были у учащихся 2-х классов: 1,33±0,03 против 2,03±0,06 баллов у учащихся 1-х классов ( $p < 0,05$ ). Также достоверными были различия в результатах выполнения теста «фигура из точек» – тоже в пользу учащихся 2-х классов, хотя и не столь выраженными: 1,29±0,04 против 1,43±0,05 баллов в 1-х классах ( $p < 0,05$ ). В результате средний суммарный балл за выполнение 3 тестов оказался ожидаемо лучшим (меньшим) у учащихся 2-х классов: 4,82±0,09 против 6,19±0,12 балла в 1-х классах ( $p < 0,05$ ).

Анализ показателей корректурных проб у учащихся 2-х классов, выполненных до и после уроков, не выявил в них существенных изменений в конце учебного дня ни по числу просмотренных знаков (соответственно 280,6±8,6 против 305,8±8,8 знаков), ни по числу ошибок на 500 знаков (10,6±0,8 против 11,1±0,8 ошибок), ни по величине продуктивности корректурной работы – ПКР (81,9±8,2 против 76,0±6,5 знака на 1 ошибку; все  $p > 0,05$ ).

Для выявления особенностей адаптации младших школьников к началу обучения по разным программам (УМК) у учащихся 2-х классов проводилось сравнение показателей умственной работоспособности, психофизиологических характеристик по тесту Керна-Иразека и их самочувствия, которое оценивалось по частоте жалоб на здоровье.

Так, сравнение показателей теста Керна-Иразека выявило практически одинаковый во всех вторых классах уровень освоения основных графических навыков письма (рисунок 1): средние оценки за тест «Простая рукописная фраза (Он ел суп)» достоверно не различаются между группами сравнения, находясь в пределах от 1,00±0,00 до 1,21±0,06 баллов (при среднем значении по всем группам сравнения – 1,13±0,03;  $p > 0,05$ ).

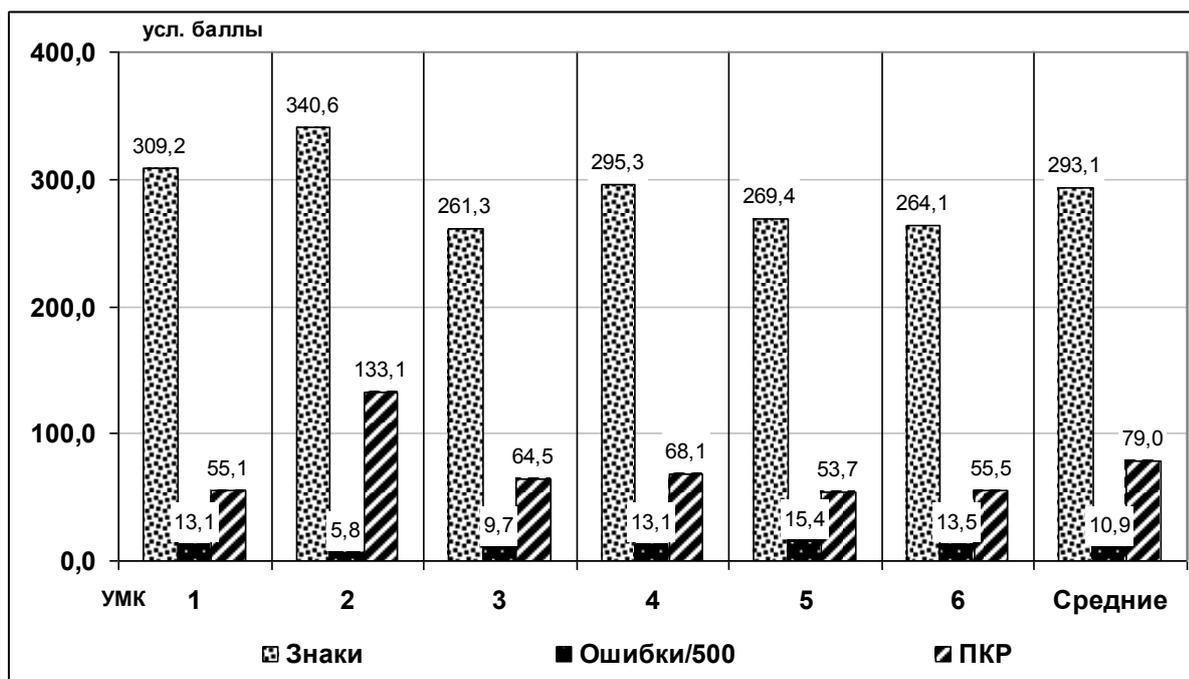


*Рисунок 1. Результаты теста Керна-Иразека у учащихся 2-х классов, обучающихся по разным программам:*

1 – Школа России; 2 – Перспектива; 3 – Начальная школа XXI века;  
4 – Школа 2100; 5 – Перспективная начальная школа; 6 – Планета знаний.

Результаты теста «Фигура из точек» более вариабельны: наименьшими были значения в группе УМК «Планета знаний» ( $1,00 \pm 0,00$ ), а наибольшими – в группах УМК «Школа России» ( $1,71 \pm 0,19$ ) и УМК «Перспективная начальная школа» ( $1,95 \pm 0,20$ ) (при средней по всем группам –  $1,30 \pm 0,04$ ;  $p < 0,05$ ). Более всего различались оценки по тесту «Рисунок человека (мужчины)»: при средних значениях по всему контингенту обследованных  $2,66 \pm 0,06$  результаты этого теста колебались от  $2,07 \pm 0,12$  в группе «Планета знаний» до  $3,05 \pm 0,19$  в группе «Перспективная начальная школа» ( $p < 0,05$ ). В целом наилучшие результаты по сумме баллов за выполнение теста Керна-Иразека выявлены в группе учащихся по УМК «Планета знаний» ( $4,07 \pm 0,12$ ), а наихудшие – в группе обучающихся по УМК «Перспективная начальная школа» ( $6,00 \pm 0,25$  баллов;  $p < 0,05$ ) (средний балл по всей группе учащихся 2-х классов –  $4,84 \pm 0,09$  баллов).

Исследование умственной работоспособности у учащихся 2-х классов по результатам корректурных проб показало (рисунок 2), что среднее количество просмотренных знаков за 3 минуты составило  $293,1 \pm 6,2$ , среднее число ошибок (на 500 просмотренных знаков) –  $10,9 \pm 0,6$ , а показатель корректурной работоспособности (ПКР) –  $79,0 \pm 5,2$  балла.



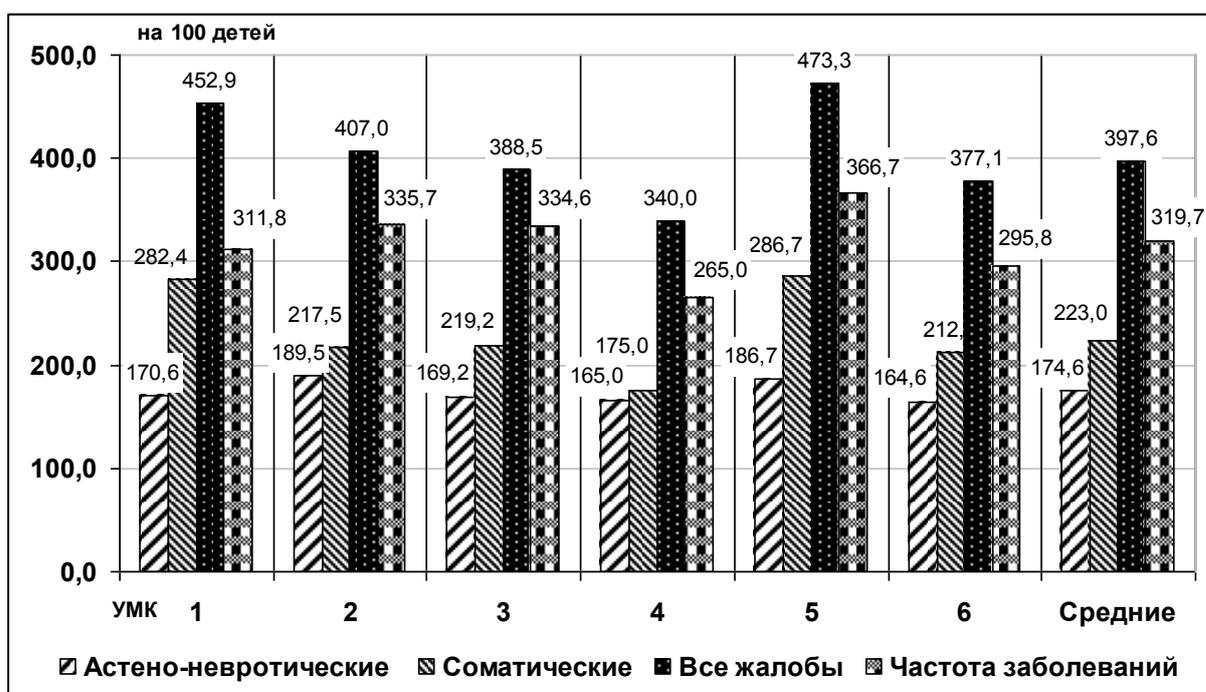
*Рисунок 2. Результаты выполнения корректурного теста учащимися 2-х классов, обучающихся по разным программам:*

1 – Школа России; 2 – Перспектива; 3 – Начальная школа XXI века; 4 – Школа 2100; 5 – Перспективная начальная школа; 6 – Планета знаний.

Из анализа данных рисунка 2 видно, что достоверно ( $p < 0,05$  по сравнению со средними по группе) наибольшее число просмотренных знаков отмечалось у учащихся по программе «Перспектива» ( $340,6 \pm 11,1$  знаков), а наименьшее –  $261,3 \pm 12,0$  знаков – у учащихся по программе «Начальная школа XXI века» (тоже  $p < 0,05$ ). В тех же классах из УМК «Перспектива» учащиеся допускали достоверно меньшее (чем в среднем по группе) число ошибок (на 500 просмотренных знаков): в среднем  $5,8 \pm 0,7$  ( $p < 0,05$ ), тогда как наибольшее число ошибок было выявлено у учащихся из группы «Перспективная начальная школа» –  $15,4 \pm 2,9$  ошибок на 500 знаков ( $p > 0,05$  по сравнению со средними по всей группе второклассников и  $p < 0,05$  – по сравнению с учащимися из группы «Перспектива»). Эти различия определяют и различия между этими группами сравнения по интегральному показателю корректурной работоспособности (ПКР), который был достоверно ( $p < 0,05$ ) наилучшим у учащихся по программе «Перспектива» не только по сравнению со средними значениям ПКР во всей группе, но и в сравнении с величинами ПКР каждой отдельно взятой группы учащихся 2-х классов по остальным УМК. Самым низким было значение ПКР у учащихся по программе «Перспективная начальная школа» –  $53,7 \pm 10,9$  балла.

Средняя частота заболеваний и показатели самочувствия указывают на «физиологическую цену» адаптации детей к учебной нагрузке (рисунок 3). При средней для всех учащихся 2-х классов частоте заболеваний за

году  $319,7 \pm 13,3$  случая на 100 обследованных детей наибольшая частота заболеваний отмечена в группе второклассников, обучавшихся по программе «Перспективная начальная школа» –  $366,7 \pm 57,7$  случаев ( $p > 0,05$ ), а наименьшая – в группе детей с программой «Школа 2100» ( $265,0 \pm 31,8$  случаев на 100 детей;  $p > 0,05$ ). Обучающиеся по этим программам второклассники в наибольшей степени различаются между собой и отличаются от средних значений по всей группе второклассников по распространенности жалоб астено-невротического ( $186,7 \pm 42,7$  против  $165,0 \pm 46,6$ ) и соматического характера ( $286,7 \pm 63,8$  против  $175,0 \pm 45,8$ ), а также по всей сумме жалоб на здоровье ( $473,3 \pm 90,0$  против  $340,0 \pm 77,5$  соответственно), но все эти различия статистически не достоверны ( $p > 0,05$ ), поэтому выявленные различия можно рассматривать лишь как тенденцию. Отсутствие достоверных различий объясняется малыми и разными объемами выборок в группах сравнения, что не позволяет считать полученные данные по каждой из этих групп достаточно репрезентативными.



*Рисунок 1. Распространенность жалоб на здоровье у учащихся 2-х классов, обучающихся по разным программам:*

1 – Школа России; 2 – Перспектива; 3 – Начальная школа XXI века;  
4 – Школа 2100; 5 – Перспективная начальная школа; 6 – Планета знаний.

При анализе в комплексе представленные показатели по их качественным ранговым оценкам оказалось, что наименьшая сумма рангов была в группе учащихся по УМК «Начальная школа XXI века», одинаковые промежуточные значения оказались по сумме баллов у учащихся по УМК

«Перспектива», «Школа 2100» и «Планета знаний», а наибольшие суммы рангов – неблагоприятные итоговые оценки – у учащихся по УМК «Перспективная начальная школа» и «Школа России». На примере ранговых оценок данных учащихся, занимающихся по программе «Перспективная начальная школа», можно предположить, что чрезмерная интенсификация обучения, проявляющаяся в результатах выполнения теста Крена-Иразека, может негативно сказываться на показателях умственной работоспособности учащихся и их самочувствии. Полученные результаты можно рассматривать лишь как ориентировочные промежуточные данные «пилотных» исследований.

**Заключение.** Результаты проведенного исследования выявили отсутствие существенных негативных сдвигов в соматическом здоровье учащихся 2-х классов по сравнению с первоклассниками, что позволяет надеяться на позитивное влияние здоровьесберегающих факторов существующего образовательного процесса. Об определенной адаптированности учащихся к школьным нагрузкам свидетельствует отсутствие существенных изменений в показателях умственной работоспособности учащихся 2-х классов в течение учебного дня. Результатом усвоения и развития практических учебных навыков у учащихся 2-х классов можно также считать более высокие показатели их оценок по тестам «срисовывание рукописной фразы» и «рисунок из точек», свидетельствующие о более высоких, чем у первоклассников, уровнях развития моторики кисти и графических навыков. Вместе с тем настораживает заметный рост отдельных жалоб астено-невротического характера у учащихся 2-х классов уже за первый год обучения, что ставит под сомнение завершенность и успешность адаптации младших школьников к учебной нагрузке. Вызывает интерес и отсутствие прогресса в показателях оценок за выполнение теста «рисунок человека», характеризующий гармоничность и общий уровень психофизиологического развития личности младшего школьника. Кроме того, предварительные результаты «пилотного» исследования позволяют выделить УМК «Перспективная начальная школа», «Школа России» и «Начальная школа XXI века» как программы с разными результатами учебной адаптации младших школьников к началу обучения для более глубокого их гигиенического исследования и оценки.

#### Библиографический список

1. Ананьева Н. А., Бондаренко Н. М., Ямпольская Ю. А. и др. Организация медицинского контроля за развитием и здоровьем дошкольников и школьников на основе массовых скрининг-тестов и их оздоровление в условиях детского сада, школ. – М., 1993 – 163 с.
2. Маткинский Р. А., Кучма В. Р. Состояние здоровья учащихся в контексте школьной успеваемости // Матер. Всеросс. науч.-практ. конф. с междунар. участ. «Гигиена де-

- тей и подростков: история и современность (проблемы и пути решения)». – М. : НЦЗД РАМН, 2009. – С. 285–286.
3. Сердюков А. Ю. К вопросу о раннем выявлении психосоматической патологии у подростков // Матер. Всеросс. науч.-практ. конф. с междунар. участ. «Гигиена детей и подростков: история и современность (проблемы и пути решения)». – М. : НЦЗД РАМН, 2009. – С. 404–405.
  4. Степанова М. И., Александрова И. Э., Седова А. С. Проблема утомительности учебных занятий: вчера, сегодня и завтра // Матер. Всеросс. науч.-практ. конф. с междунар. участ. «Гигиена детей и подростков: история и современность (проблемы и пути решения)». – М. : НЦЗД РАМН, 2009. – С. 435–436.



## VIII. PROFESSIONALISM HEALTH PROFESSIONALS AS AN IMPORTANT FACTOR IN ENSURING STABILITY IN THE AREA OF HEALTH



### ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧЕЙ: ПРОБЛЕМЫ И ИХ ПРИЧИНЫ (на примере экстренной травматологической службы г.Москвы)

М. В. Лядова  
А. В. Лядова

*Кандидат медицинских наук, Городская  
клиническая больница № 1  
им. Н. И. Пирогова, г. Москва  
Кандидат исторических наук,  
Московский государственный  
университет имени М. В. Ломоносова,  
г. Москва, Россия*

---

**Summary.** This article devotes to the problem of the ethics in medicine. The authors underline, that the human relationship between patient and doctor is such as important as the quality of medical service itself. Unfortunately, the reasons of the violations of the ethic principles in the medical practice are not only in the lack of good breeding. As it is shown by the results of the sociological investigation done by the authors it is the complex problem.

**Keywords:** the health care system; ethics; traumatologists; conflicts; sociological research.

---

Профессия врача – подвиг. Она требует самоотверженности, чистоты души и чистоты помыслов.

*А. П. Чехов*

Нравственность – неотъемлемая характеристика человеческих взаимоотношений, включая и профессиональную среду. Существуют так называемые обществом принятые нравственные ценности, которые соблюдаются каждым участником общественной жизни, независимо от рода его деятельности. Но есть ряд профессий, при выборе которых человек берет на себя обязательства следовать в своей работе устанавливаемым этим видом деятельности особым нравственным критериям. Как правило, это те профессии, которые ориентированы на общение с людьми, т.н. социального типа или типа «человек-человек». Среди них и работа врача.

Нравственные нормы профессионального поведения медицинских работников определяются особым направлением в этике – медицинской деонтологией. Хотя сам термин был введен в 19 веке И. Бентамом, принципы, лежащие в ее основе, были сформулированы еще в древности: это

человеколюбие, призвание к профессии, готовность к самопожертвованию во имя блага другого. Особая роль в развитии медицинской деонтологии принадлежит Гиппократу. Его изречения о назначении врача составляют суть т.н. «Клятвы Гиппократа», которая пережила тысячелетия. Заложенные в ней нравственные правила профессионального поведения медицинского работника превратились из рекомендательных поучений и наставлений в общеобязательные требования, прописанные в законе: так, Уложение о наказаниях и Врачебный Устав Царской России, как пишет В. В. Вересаев в своих «Записках врача», гласит: «...первый долг всякого врача есть: быть человеколюбивым и во всяком случае готовым к оказанию деятельной помощи всякого звания людям, болезнями одержимыми»; в принятом в 2011 году Федеральном Законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» за № 323-ФЗ «Клятва врача» представляет содержание 71-й статьи закона; в должностные инструкции медицинских работников разных уровней и категорий в обязательном порядке включен пункт об обязанности соблюдать принципы врачебной этики и деонтологии [3].

Наверное, действительно, прав В. В. Вересаев, заключая, что «...напрасно во всем Своде Законов стали бы мы искать других случаев, в которых бы на людей налагалась юридическая обязанность «быть человеколюбивым». Подобные требования закон предъявляет к одним только врачам» [3]. Иными словами, соблюдение принципов нравственности является такой же важной составляющей медицинской профессии, как и квалификация медицинских работников.

На Первом национальном съезде врачей Российской Федерации, состоявшемся 5 октября 2012 года в Москве, был принят «Кодекс профессиональной этики врача Российской Федерации», провозгласивший миссию врача – в охране здоровья и глубоком уважении личности и достоинства человека: «...врач обязан добросовестно выполнять весь комплекс лечебно-диагностических мероприятий независимо от пола, возраста, расовой и национальной принадлежности пациента, его социального статуса и материального положения, вероисповедания, политических взглядов человека» [9]. Положения Кодекса являются обязательными для врачей, выполняющих свои профессиональные функции. Именно соблюдение норм нравственности и морали, следование принципам гуманизма – вот те «киты», которые наряду с профессионализмом лежат в основе взаимоотношений врача и пациента.

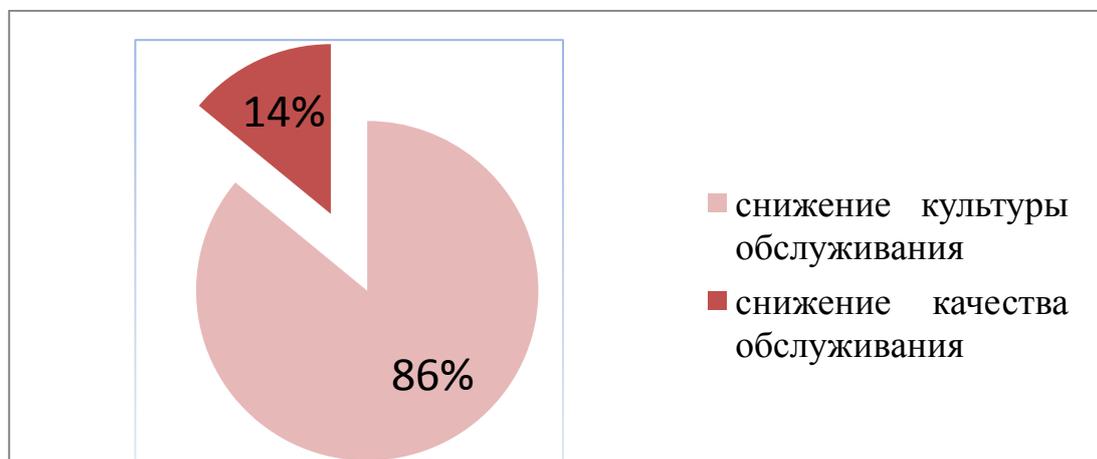
К сожалению, в средствах массовой информации все чаще появляются сведения о нарушении медицинскими работниками не только своих профессиональных обязанностей, но и принципов медицинской деонтологии. Согласно исследованию, проведенному общественной организацией «Лига защитников пациентов», среди населения за период с 2006 по 2014 гг. отмечается устойчивый рост неудовлетворенности качеством оказываемой помощи, включая и отношение со стороны медицинского персо-

нала [7]. По данным Департамента здравоохранения города Москвы, в 2013 году число обращений граждан с жалобами на качество оказанной медицинской помощи, в том числе и в связи с нарушением врачами принципов этики и деонтологии, увеличилось по сравнению с 2012 годом на 15 % [5].

Несмотря на рост числа жалоб на несоблюдение этических принципов медицинскими работниками в процессе профессиональной деятельности, значимость медицинской этики зачастую минимизируется, особенно на фоне возрастания актуальности таких аспектов в развитии системы здравоохранения, как экономическая составляющая, технологическая оснащенность, кадровый потенциал.

Однако, как показывают результаты проведенных исследований, в том числе и в рамках данной работы, проблема именно человеческих отношений в медицине является такой же актуальной, как и вопрос об уровне медицинских услуг как таковых. Недовольство пациентов зачастую вызвано не качеством самой медицинской помощи, а именно обращением к себе со стороны медицинского персонала.

Согласно результатам проведенного авторами социологического исследования, 86 % респондентов в возрасте от 30 лет, т.е. те, кто уже обращался за экстренной помощью ранее, отмечают, что общая культура обслуживания в стационарах, включая работу всех звеньев медицинского персонала, значительно снизилась именно с точки зрения деонтологии (рис. 1)<sup>2</sup>.



*Рис. 1. Уровень удовлетворенности среди пациентов качеством обслуживания в медицинских учреждениях*

Возросло число конфликтных ситуаций между врачами и пациентами. Причины их возникновения несколько. По мнению пациентов, вызывает неудовольствие: а) длительность ожидания приема и при прохождении

<sup>2</sup> В опросе приняли участие 130 пациентов, которым была оказана экстренная медицинская помощь на базе ГКБ № 1 им.Н.И.Пирогова.

дальнейших обследований, необходимых для осуществления требуемых лечебных манипуляций (в 52 % случаев); б) отсутствие ожидаемых результатов после лечения (26 %); в) грубость и невнимательное отношение со стороны врача (22 %).

Кстати, подобная статистика прослеживается и по результатам исследования причин врачебных ошибок, которое было проведено Фондом «Общественное мнение» [12]. Практически половина (47 %) опрошенных указывает, что врачебные ошибки совершаются из-за отсутствия знаний, опыта, плохого медицинского образования (купленные дипломы). 20 % респондентов считают причиной халатность, небрежное отношение к работе. 12 % видят ее в равнодушии и безразличии к людям. Незначительное число (по 2–3 %) опрошенных связывает конфликты с неправильно поставленным диагнозом, перегруженностью, маленькой заработной платой и стремлением к наживе. Таким образом, в каждом пятом случае (20 %) наблюдается нарушение со стороны врачей принципов медицинской деонтологии при осуществлении профессиональной деятельности.

Вносит свою специфику в проблематику взаимоотношений пациента и врача, видоизменяя их психологию, и бурное развитие процесса коммерциализации медицины [2]. Со стороны пациента возрастает уровень требовательности к ожидаемым результатам лечения, порой вопреки объективности его состояния. При внесении платы за оказание медицинской помощи вступает в действие рыночный механизм: «вот деньги – дайте товар (услуги)». Кстати, согласно принятого в 2011 году Федерального Закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» вся медицинская помощь, в том числе и экстренная, сегодня трактуется именно как «комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление *медицинских услуг*» [8]. В психологии же врача складывается своего рода диссонанс между профессиональным и нравственным долгом, с одной стороны, и существующими возможностями оказания качественной медицинской помощи, с другой. Будучи субъектом рыночных отношений, врач также вынужден подчиняться закону рынка: «сколько оплатили – настолько обслужили». В итоге происходит деформация профессиональной сущности медицинской деятельности, нарастание конфликтности во взаимоотношениях врача и пациента. И, как следствие, потеря доверия к врачу, которое является неотъемлемым компонентом в процессе лечения [1].

В медицинской деонтологии выделяют несколько моделей построения взаимоотношений врача и пациента:

- патерналистская;
- технологическая;
- интерпретационная;
- контрактная (договорная) [1; 11].

Патерналистская модель основана на выстраивании и взаимоотношений врача и пациента по типу опекунов, когда определяющим при выборе мер лечения является мнение врача, по причине наличия у него специальных знаний. В этой системе доверие пациента основывается на его уверенности в соблюдении со стороны врача медицинской деонтологии, и, прежде всего, ее ключевого принципа «не навреди». Как отмечают исследователи, до недавнего времени в российской системе здравоохранения наиболее распространенной была именно патерналистская модель.

Модель технического типа сложилась относительно недавно в связи с активным внедрением в лечебно-диагностический процесс новых технологий. И как следствие, ответственность за принятие решения при постановке диагноза или выборе способа лечения заболевания лежит не только на враче, в силу того, что он только интерпретирует полученные в результате обследования данные. Пациент в случае сомнения вправе с этими результатами обратиться к другому специалисту. И в конечном итоге получается, что ответственность за выбор метода лечения в равной степени разделяет и пациент, и врач.

Интерпретационная модель предполагает со стороны врача максимально полное разъяснение больному состояния его здоровья, предполагаемых способов лечения, возможных рисков и последствий. В данной модели врач выступает в роли советчика, который предоставляет необходимую информацию. Поэтому ответственность в данной модели в большей степени лежит на пациенте.

Близкой к интерпретационной является договорная модель, которая широко распространена в Европе, США [11]. С одной стороны, она накладывает определенную пунктами договора ответственность на самого врача. С другой же, пациент свободен в выборе и учреждения, и персонала, коим он доверяет свое здоровье.

Как отмечают исследователи, в последние годы контрактная модель активно развивается в нашей стране, вытесняя патернализм в медицине [1; 11]. Но в России ее применение имеет свою специфику, так как до конца уйти от патернализма из-за культурно-исторических особенностей российского менталитета невозможно [1].

Выбирая ту или иную модель в качестве наиболее эффективной, не следует забывать, что пациенты – люди с разным уровнем социализации, что представляет еще одну сложность в выстраивании взаимоотношений. Более того, данные статистики показывают, что, к примеру, треть больных, поступающих с экстренной травмой, находится в неадекватном состоянии, вызванном наркотическим или алкогольным опьянением, что, в свою очередь, значительно осложняет взаимопонимание между врачом и пациентом.

Также население нашей страны абсолютно не мотивировано на сохранение своего здоровья, что является еще одной острой социальной проблемой. По данным проведенного социологического исследования, лишь

15 % респондентов среди пациентов проходят ежегодную диспансеризацию по месту жительства, 10 % – нерегулярно, 45 % – при острой ситуации, а 35 % – не сталкивались с этим вообще. Вот и получается, что практически в 80 % случаев врачи экстренной помощи вынуждены не только заниматься решением конкретной проблемы, вызвавшей экстренное состояние пациента, но и параллельно назначать лечение в связи с выявленными хроническими заболеваниями, что не может ни сказаться на длительности приема и выборе методов лечения.

Наконец, не следует забывать, что врач юридически не вправе осуществлять те или иные манипуляции и операции, необходимые для облегчения состояния пациента и достижения положительных результатов в лечении его болезни, пока он не получит от пациента или его родственников согласия на их проведение. Однако ситуации бывают разные: например, на согласование может потребоваться время, как раз тот самый «золотой час», в течение которого необходимо срочно предпринять соответствующие меры, чтобы состояние больного стабилизировалось. Но из-за отсутствия подписи больного или его родственников врач ничего не может сделать. Итог – обвинение в халатности, бездействии.

Таким образом, следует признать, что нарушения в сфере медицинской этики и деонтологии являются насущной проблемой в системе здравоохранения нашей страны, с ними необходимо бороться, выявляя такие факты и привлекая к ответственности работников, их совершивших. Однако не всегда причины нарушений – только в моральном уровне врачей. Причина потери гуманности среди врачей связана и с самой системой организации оказания медицинской помощи. Сегодня на врача лежит не только «груз» моральной (за жизнь больного), но и юридической ответственности. Результатом работы в столь напряженных условиях становится развитие у врачей хронического стрессового состояния, которое, как показывают исследования, приводит к формированию синдрома профессионального выгорания, негативно влияющего на исполнение врачами своих профессиональных обязанностей, способствующего развитию безразличного, халатного отношения к пациентам [4; 6; 10].

Поэтому пути возможных решений напрямую связаны, как и с изменениями самой организации системы оказания экстренной медицинской помощи, так и с преодолением деструктивного профессиогенеза среди врачей, а также с разработкой и внедрением новых технологий, направленных на распространение среди населения нашей страны здоровьесберегающей идеологии.

В заключении, также хотелось бы обратить внимание, что сегодня не следует забывать о том, что проблема человеческих взаимоотношений, человеколюбия, взаимопонимания, гуманного отношения друг к другу (включая, в первую очередь, уважение) – это проблема не какой-то одной сферы профессиональной деятельности. Это проблема ВСЕГО нашего рос-

сийского общества, связанная с падением среди наших граждан уровня нравственности и культуры, в целом.

### Библиографический список

1. Болучевская В. В., Павлюкова А. И., Сергеева Н. В. Общение врача: особенности профессионального взаимодействия. (Лекция 3). [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. № 3. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (дата обращения: 02.02.2015).
2. Вартамян Ф. Е. Этические аспекты современного здравоохранения. // Здравоохранение. – № 2008. – № 3. – С. 12–14.
3. Вересаев В. Записки врача. Серия: Русская классика. – Москва : Эксмо. 2010.
4. Губин А. И. Профессиональное выгорание у врачей-травматологов и его профилактика : Автореф. ... дис. канд. мед. наук. – Воронеж, 2009. – 22 с.
5. Департамент здравоохранения города Москвы. Обзор обращений граждан в Департамент здравоохранения город Москвы. URL: [http:// www.mosgorzdrav.ru/mgz/komzdravsite.nsf/va\\_WebPages/page\\_n055\\_223?OpenDocument](http://www.mosgorzdrav.ru/mgz/komzdravsite.nsf/va_WebPages/page_n055_223?OpenDocument) (дата обращения: 29.01.2015).
6. Евдокимов В. И., Губин А. И. Методические проблемы оценки профессионального выгорания у врачей-травматологов // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2009. – № 3. – С. 85–91.
7. Лига защитников пациентов. URL: [http:// www.ligap.ru/articles/analitika/uroven/kachestvo](http://www.ligap.ru/articles/analitika/uroven/kachestvo) (дата обращения: 30.01.2015).
8. Министерство здравоохранения Российской Федерации. URL: [http://www.mosgorzdrav.ru/mgz/komzdravsite.nsf/va\\_WebPages/page\\_n055\\_223?OpenDocument](http://www.mosgorzdrav.ru/mgz/komzdravsite.nsf/va_WebPages/page_n055_223?OpenDocument) (дата обращения 01.02.2015).
9. Национальная Медицинская Палата. URL: <http://www.nacmedpalata.ru/?action=show&bid=8968> (дата обращения 01.02.2015).
10. Смирнова О. Ю., Худяков А. В. Исследование феномена профессионального выгорания у медицинских сестер психиатрических больниц // Медицинская психология в России: электронный научный журнал. – 2011. – № 3. URL: [http:// www.medpsy.ru](http://www.medpsy.ru) (дата обращения: 01.02.2015).
11. Стеценко С. Г. Защита прав пациента и информированное согласие // Здравоохранение. – 2001. – № 12. – С. 129–135.
12. ФОМ. Доверие врачам и отношение к врачам к врачам ошибками. URL:<http://www.fom.ru/Zdorove-i-sport/10866> (дата обращения 01.02.2015).

## КАЧЕСТВО ОБРАЗОВАНИЯ — ОСНОВА ПРОФЕССИОНАЛИЗМА

Т. Н. Ромашкина  
Е. Г. Сафонова

*Преподаватель,  
Заведующая отделением,  
Нижегородский областной центр  
повышения квалификации специалистов  
здравоохранения,  
г. Нижний Новгород, Россия*

---

**Summary.** Population health is the most valuable achievement of the society. Maintaining and strengthening its designated primary link of public health nurses. High professionalism of nurses is the key to providing quality patient care.

**Keywords:** nurse; scientific-practical conference; professionalism.

---

Всякий необходимо причиняет пользу,  
употребленный на своем месте.

*Козьма Прутков*

Здоровье населения является самым ценным достижением общества, поэтому сохранение и укрепление его — важная задача, в выполнении которой должны принимать участие все без исключения. Не последняя роль в выполнении этой задачи отведена нашему многочисленному, трудолюбивому и, как нам кажется, основному звену здравоохранения — медицинским сестрам. Хотя долгие годы снижалась престижность работы медицинской сестры, ее социальный статус, в настоящее время в России проводится активная целенаправленная работа по возрождению сестринской профессии, ее значимости.

В любой профессии ценится профессионализм. Сегодня не так легко найти работу, а тем более, хорошую работу, поэтому на рынке труда нужно быть профессионалом, чтобы удержаться и быть конкурентоспособным.

Медицинская сестра — это сложная и ответственная профессия, требующая высокого уровня квалификации, а помимо того — ответственности, быстроты реакции, чуткости в работе и четкости в действиях. Сложно сказать однозначно, какой должна быть медсестра — она должна сочетать в себе целый ряд качеств, как сугубо профессиональных, так и чисто человеческих. На нее возложена обязанность оказания неотложной помощи, выполнения сестринских технологий, инвазивных манипуляций, обеспечение надежного профессионального ухода, профилактика возникновения ВБИ, профилактика развития возможного риска осложнений при выполнении любых процедур и т.д. Высокий профессионализм медицинских сестер — это залог оказания качественного ухода за пациентами.

С целью повышения квалификации сестринского персонала возрастает необходимость обучать слушателей самостоятельно находить и усва-

ивать новые знания, постоянно находиться в процессе самосовершенствования и самоактуализации, быть конкурентноспособным специалистом, умеющим критически мыслить. Поэтому на первое место в процессе обучения выходят активные методы. Одним из активных методов обучения является научно-практическая конференция [4, с. 57–59].

Научно-практическая конференция как современная инновационная технология активно используется в ГАОУ ДПО «Нижегородский областной центр повышения квалификации специалистов здравоохранения» для реализации компетентностного подхода в постдипломном профессиональном образовательном процессе.

Для дополнительного профессионального образования взрослых такая форма обучения вносит разнообразие в учебный процесс, стимулирует интерес к познавательной деятельности, переводит обучающихся в роль активных участников познавательного процесса, расширяет профессиональный и культурный кругозор, обогащает новым опытом публичного выступления и психологической стрессоустойчивости [3, с. 59–62].

Научно-практическая конференция – это одна из коллективных форм учебно-исследовательской внеаудиторной работы среди слушателей и используется с целью развития исследовательской компетентности и повышения профессионального уровня. Это позволяет обучающимся специалистам в ограниченных временных рамках учебного процесса усовершенствования проявить исследовательскую активность и получить от краткосрочной работы деятельный результат [2, с. 121–124].

Тематика конференций ориентирована на актуальные профессиональные аспекты. Взаимодействие на конференции охватывает все этапы – от выбора темы до использования результатов: определение мотивов, целей, задач учебно-исследовательской работы, определение формы участия в работе конференции (поиск и анализ информации, оформление докладов, создание мультимедийного обеспечения, управление техническими средствами, выступление) [1, с. 15–16].

Знания, которые слушатели получают во время подготовки и проведения научно-практической конференции, помогут специалистам сестринского дела своевременно выявлять факторы риска жизненно важных потребностей пациента, планировать и осуществлять сестринский уход в соответствии с приоритетами потребностей, качественно выполнять основные медицинские манипуляции, своевременно проводить подготовку пациентов к различным исследованиям, мотивированно выполнять программу врачебных назначений [5, с. 38–39].

Качество оказания медицинской помощи не может быть выше уровня медицинского образования, в том числе и последипломного. Поэтому эффективность такой помощи в полной мере зависит от внедрения в образовательном процессе инновационных технологий, способствующих мо-

дернизации сестринской деятельности, внедрения медицинских технологий и стандартов сестринской деятельности.

### Библиографический список

1. Двучинская Н. Н. Интерактивные методы обучения как средство формирования ключевых компетенций. – М. : МГТУ им. Н. Э. Баумана, 2011.
2. Всероссийский форум педагогического мастерства: сборник научных трудов по материалам I Всероссийской научно-практической конференции. Том I. – М. : «Образование и информатика», 2013.
3. Сборник материалов Регионального конкурса научно-методических работ преподавателей средних медицинских и фармацевтических образовательных учреждений Нижегородской области / под ред. д.м.н. В. П. Смирнова и к.б.н. А. А. Алексеенко – Нижний Новгород, 2012.
4. Сборник материалов. Роль педагогических технологий и методов обучения в формировании общих и профессиональных компетенций будущего специалиста. Особенности дидактики современного занятия / под ред. акад. РАЕН, д.м.н., проф. В. П. Смирнова и к.б.н. А. А. Алексеенко, 2012.
5. Сборник материалов. Реализация компетентного подхода на занятиях во внеаудиторной деятельности / под ред. акад. РАЕН, д.м.н., проф. В. П. Смирнова и к.б.н. А. А. Алексеенко, 2013.

## НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ – ВЕРШИНА ВРАЧЕБНОГО ИСКУССТВА

А. В. Чельшев

*Фельдшер,  
Муромская станция  
скорой медицинской помощи,  
г. Муром, Владимирская область, Россия*

---

**Summary.** This article reveals the concept of health as the main value of human. The first task of health workers is disease prevention. The second objective treatment of the patient. Professionalism medical worker discovered through the work of ambulance stations.

**Keywords:** health; medicine; disease prevention; treatment; first aid station; first aid; paramedic; professionalism

---

Нет искусства полезнее медицины.  
*Плиний*

Здоровье определяется состоянием полного телесного, душевного и социального благополучия. Действительно, что может быть прекраснее здоровья? Оно помогает человеку осознать свои огромнейшие физические и духовные возможности, позволяет воспринимать окружающий мир во всем его многообразии, оно открывает перед каждым из нас неограниченные перспективы в делах, труде и отдыхе. Разве это не счастье – на протя-

жениии всей жизни оставаться активным, творческим и трудоспособным. Нужно помнить, что здоровье не выдаётся как выигрыш. Для того чтобы его иметь, надо сохранять нормальное функционирование всего организма, начиная с детства, когда закладывается фундамент здоровья. А позже, в зрелом возрасте, усилия тратятся уже на то, чтобы сохранить имеющийся потенциал здоровья. Поэтому первой задачей медицинского работника является предупреждение заболеваний, их профилактика. Ещё великий русский хирург Н. И. Пирогов сказал, что будущее принадлежит медицине предупредительной. Работа эта сложная. Она требует не только глубокого изучения конкретных связей болезней человека с внешней средой, с условиями и образом жизни, но и изменение этих условий, всего режима и образа жизни человека, чтобы они всемерно оберегали живой организм от болезней. В наш век суеты и спешки, так трудно остановиться и подумать о своём здоровье. К сожалению, о здоровом образе жизни, профилактике заболеваний человек вспоминает только заболевши. И здесь профессионализм медицинского работника проявляется в непосредственной помощи больному, а именно в его лечении. И исход этого лечения во многом зависит насколько профессионально, быстро и своевременно была оказана первая неотложная помощь. Являясь фельдшером станции скорой помощи, считаю, что эта служба – одно из важнейших звеньев единой системы оказания медицинской помощи населению. Неотложная помощь – вершина врачебного искусства, в основе которой находятся фундаментальные знания из различных областей медицины, объединенные практическим опытом. Фельдшер скорой помощи должен быть разносторонним специалистом. Ему необходимы знания по неотложной терапии, хирургии, травматологии, гинекологии, педиатрии. Он должен знать основы токсикологии, уметь принять роды. В многогранной практической деятельности специалиста скорой и неотложной медицинской помощи не только является наиболее ответственной стороной его работы, но и требует быстроты реакции, основанной на знании дифференциальной диагностики самых разнообразных заболеваний, умение чётко ориентироваться в появляющихся симптомах заболевания. Следует учесть и условия, в которых приходится оказывать скорую и неотложную помощь, – на улице, на производстве, в транспорте, дома. Иногда трудно полностью провести осмотр больного. В то же время от правильной тактики специалиста скорой помощи зависит не только течение болезни, но и судьба больного. Это ли не профессионализм медицинского работника? И день, и ночь они готовы оказать медицинскую помощь, переживая и пропуская через себя каждого больного. Кто как не они знают, как дорога спасенная человеческая жизнь, которую зачастую не ценят сами люди.

### Библиографический список

1. Мухина С. А., Тарновская И. И. Общий уход за больными : учеб. пособие. – М. : Медицина, 1989. – 256 с.
2. Руководство для врачей скорой помощи / под ред. В. А. Михайловича. – 2-е изд., перераб. и доп. – Л. : Медицина, 1990. – 544 с.
3. Справочник по оказанию скорой и неотложной помощи / под редакцией академика АМН СССР проф. Е. И. Чазова.
4. Чаклин А. В., Милюевская И. Л. Сохранить здоровье смолоду. – М. : Педагогика, 1987. – 144 с.



## IX. METHODS AND APPROACHES OF MODERN PHARMACOLOGY



### ГИСТОСТРУКТУРА КИШЕЧНИКА КРЫС ПРИ ГИГИЕНИЧЕСКОЙ ОЦЕНКЕ БЕЗОПАСНОСТИ КОРМОВОЙ ДОБАВКИ

С. Н. Белик  
Т. В. Жукова  
О. А. Свинтуховский  
И. М. Харагургиева  
Н. А. Кононенко

*Кандидат медицинских наук, доцент,  
доктор медицинских наук, профессор,  
кандидат медицинских наук, доцент,  
кандидат медицинских наук, доцент,  
ассистент,  
Ростовский государственный  
медицинский университет,  
г. Ростов-на-Дону, Россия*

---

**Summary.** The using the protein-vitamin-mineral feed supplementation for pigs in feeding rations of weaned rat, containing antibacterial drugs, leads to the disruption of the histologic structure of small intestine in the form of shortening of the villi, reducing the number of goblet cells in the epithelium of the villi and hyperplasia of the intestinal-associated lymphoid tissue, that suggesting of the possible toxicity of this feed supplementation for the animals of this species.

**Keywords:** histologic structure; small intestine; large intestine; feed supplementation; antibiotics; rats.

---

Кишечник находится в постоянном контакте с множеством чужеродных антигенов, поступающих в организм с пищей и является биологическим барьером, основной задачей которого является поддержание метаболического, биохимического и иммунологического равновесия, необходимого для здоровья человека. Это обеспечивается высокой пролиферативной активностью кишечных эпителиоцитов и нормальной микрофлорой кишечника [3]. Нормальная микрофлора – эволюционно сложившаяся экологическая система симбиотических микроорганизмов, населяющих открытые полости человека [2].

Под воздействием различных биотических и абиотических неблагоприятных факторов, возникают количественные и качественные нарушения нормальной микрофлоры что приводит к возникновению деструктивных процессов в слизистой оболочке кишечника, и изменению показателей гомеостаза.

Одним из таких факторов является использование антибактериальных препаратов в промышленном свиноводстве. С одной стороны анти-

биотики доказали свою безусловную зоотехническую эффективность: позволили успешно бороться со многими инфекциями у животных, улучшили привесы, конверсию корма и повысили сохранность поголовья [1]. С другой стороны постоянное применение антибиотиков в комбикормах привело к росту числа возбудителей болезней, устойчивых к антибактериальным терапевтическим средствам [4; 5]. Кроме этого активное использование антибактериальных препаратов не исключает возможности контаминации конечных продуктов животноводства остаточными количествами лекарственных средств и их метаболитами, способными оказывать негативное влияние на здоровье потребителей.

Целью настоящего исследования явилось изучение влияния белково-витаминно-минеральной кормовой добавки, содержащей комплекс антибактериальных препаратов на гистоструктуру кишечника белых крыс.

Материалы и методы исследования. В работе использовали белых беспородных крысят-отъёмышей массой 52–54 г., из которых методом аналогов было сформировано 2 группы по 12 голов в каждой. Все животные содержались в идентичных условиях с обычной сменой светового режима, со свободным доступом к пище и воде. В течение месяца все группы получали основной рацион (ОР), отличающийся только белковым компонентом (БК): I-я группа (опыт) – БВМД, содержащую комплекс антибактериальных препаратов – тилозин, алаквиндокс и цинкбацитрацин в количестве 50, 250 и 200 частиц на млн. соответственно; II-я группа (контроль) – сухое молоко (традиционная кормовая добавка). Жировой компонент для всех групп – растительное масло.

После окончания эксперимента животных умерщвляли путём декапитации, в соответствии с принципами гуманности, изложенными в директивах Европейского сообщества (86/609/ЕЕС) и Хельсинкской декларации, и в соответствии с требованиями правил проведения исследований с использованием экспериментальных животных.

Для гистологических исследований образцы тканей тонкого и толстого кишечника фиксировали в 10 %-ном нейтральном формалине. После стандартной проводки парафиновые срезы толщиной 10–15 мкм окрашивались гематоксилин-эозином. Светооптически было изучено 48 органов от 24 животных. При морфометрическом анализе определяли: высоту, площадь эпителиоцитов и их ядер; количество бокаловидных клеток на ворсину, их высоту, площадь бокаловидных клеток, площадь ядер. Статистическую обработку цифрового материала осуществляли методом вариационной статистики, с использованием стандартной программы Microsoft Excel. Достоверность различий сравниваемых величин определяли по t-критерию Стьюдента, различия считали достоверными при  $p \leq 0,05$ .

В результате гистологического исследования установлено, что после 30 дней использования в рационах кормления крысят-отъёмышей БВМД,

содержащей комплекс антибактериальных препаратов тонкий кишечник имеет следующие морфологические характеристики: стенка органа представлена 4-мя характерными оболочками. Ворсинки и крипты хорошо определяются. В криптах встречаются фигуры митоза, однако, на всём протяжении ворсинки укорочены и отличаются уменьшенным содержанием бокаловидных клеток (рис. 1). Щётчатая кайма сохранена. В строме ворсин отмечается некоторое увеличение количества лимфоидных клеток и не резко выраженная гиперплазия кишеччно-ассоциированной лимфоидной ткани.



**Рис.1. Укороченная ворсинка тонкой кишки с уменьшенным количеством бокаловидных клеток. В строме ворсинки наблюдается увеличенное количество лимфоидных клеток**

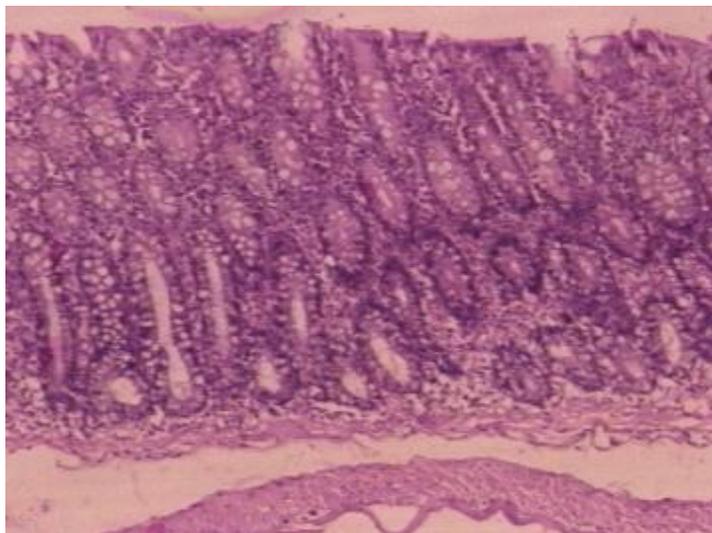
Окр. Гематоксилин-эозином. Ув. X 400

Укорочение ворсин и уменьшение количества бокаловидных клеток в эпителии ворсин тонкой кишки свидетельствуют о незавершенной дифференцировке слизистых эпителиоцитов в бокаловидные клетки регенерировавшего эпителия ворсин и являются показателем бывшего дефекта покровного эпителия и самих ворсин, обусловившего нерезковыраженную гиперплазию кишеччно-ассоциированной лимфоидной ткани.

Морфометрические исследования показали, что в опытной группе животных по сравнению с контролем происходит достоверное уменьшение высоты, площади эпителиоцитов, площади их ядер соответственно на 13,7 % ( $p \leq 0,05$ ), 34,3 % ( $p \leq 0,001$ ), 36,5 % ( $p \leq 0,001$ ). Выявлено уменьшение количества бокаловидных клеток в ворсинке на 19,3 % ( $p \leq 0,001$ ), кроме этого нами установлено уменьшение высоты, площади бокаловидных клеток и площади их ядер соответственно на 15,8 % ( $p \leq 0,05$ ), 40,2 % ( $p \leq 0,05$ )

и 62,8 % ( $p \leq 0,05$ ) по сравнению с животными, употреблявшими традиционную кормовую добавку.

Изучение гистоструктуры толстой кишки показало, отсутствие каких-либо патологических изменений. Четыре оболочки органа имеют типичное строение. Крипты хорошо развиты и отличаются обилием бокаловидных клеток (Рис. 2) количество лимфоидных фолликулов в стенке органа не увеличено.



**Рис. 2. Крипты толстой кишки с большим количеством бокаловидных клеток**

Окр. Гематоксилин-эозином. Ув. X 400

Таким образом, использование в рационах кормления крысят отъёмшей БВМД приводит к нарушению гистоструктуры тонкого кишечника, в основном проявляющемся укорочением ворсин и уменьшением количества бокаловидных клеток в эпителии ворсин и гиперплазией кишечнорастворимой лимфоидной ткани, что свидетельствует о возможной токсичности данной кормовой добавки для крысят-отъёмышей.

#### **Библиографический список**

1. Кульмакова Н. И. Использование белково-витаминно-минеральных добавок фирмы «Провими» в свиноводстве // Сибирский вестник сельскохозяйственной науки. – 2011. – № 3. – С. 83–89.
2. Кучумова С. Ю., Полуэктова Е. А., Шептулин А. А., Ивашкин В. Т. Физиологическое значение кишечной микрофлоры // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2011. – № 5. – С. 17–27.
3. Кушнир И. Э., Чернова В. М. Лекарственные поражения кишечника // Здоровье Украины. – 2012. – Тематический номер, июнь. – С. 30–32.
4. De Jong A., Bywater R., Butty P., Deroover E., Godinho K., Klein U., Marion H., Simjee S., Smets K., Thomas V., Valle M., Wheadon A. A pan-European survey of antimicrobial susceptibility towards human-use antimicrobial drugs among zoonotic and commensal en-

teric bacteria isolated from healthy food-producing animals. // J. Antimicrob. Chemother. – 2009. – Vol. 63. – P. 733–744.

5. Khanna T., Friendship R., Dewey C., Weese J. S. Methicillin resistant Staphylococcus aureus colonization in pigs and pig farmers. // Vet. Microbiol. – 2008. – Vol. 128. – P. 298–303.

## ДОКЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ КАК ОСНОВА РАЗРАБОТКИ И ИЗУЧЕНИЯ ОРИГИНАЛЬНЫХ И ДЖЕНЕРИЧЕСКИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

**С. Н. Белик**  
**О. А. Свинтуховский**  
**Т. В. Жукова**  
**И. М. Харагургиева**  
**Н. А. Кононенко**

*Кандидат медицинских наук, доцент,  
кандидат медицинских наук, доцент,  
доктор медицинских наук, профессор,  
кандидат медицинских наук, доцент,  
ассистент,  
Ростовский государственный  
медицинский университет,  
г. Ростов-на-Дону, Россия*

---

**Summary.** There are the modern approaches to conducting of the pre-clinical researches (PR) of the generic and original medicines present in this article. We outline the basic standards of planning, organizing and conducting of the stages of the researches.

**Keywords:** pre-clinical researches; medicines; generic medicines; original medicines.

---

В «Стратегии развития фармацевтической промышленности на период до 2020 года», утвержденной Правительством России, акцентирована необходимость перехода на использование отечественных воспроизведенных (дженерических) лекарственных средств (ЛС), а так же на разработку, производство и применение инновационных ЛС [3].

Доклинические исследования (ДИ) лекарственных препаратов обеспечивают относительную безопасность проведения последующих клинических исследований для волонтеров или пациентов. Данный вид исследований проводится в соответствии с международными правилами (в ред. Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ) и направлен на оценку и доказательство безопасности и эффективности лекарственных средств с помощью научных методов.

ДИ включают изучение фармакологических, токсических и фармацевтических свойств веществ или их комбинаций с целью разработки и исследования новых лекарственных форм [4, 8].

«Дженерик» (генерик, женерик, дженерический препарат; англ. Generic) – это непатентованный лекарственный препарат, являющийся аналогом оригинального средства с истекшим сроком патентной защиты на действующее вещество [6]. По определению, представленному в Дирек-

тиве 2001/83/ стран ЕС дженерическим считается лекарственное средство, идентичное по количественному и качественному составу действующих веществ, референтному препарату, чья биоэквивалентность подтверждена соответствующими исследованиями биодоступности [1].

Эквивалентность может быть подтверждена [15; 16]: при сравнительных клинических исследованиях *in vivo*; при сравнительных исследованиях биоэквивалентности (фармакокинетических исследованиях) *in vivo*; при сравнительных фармакодинамических исследованиях *in vivo*;

– при сравнительных исследованиях *in vitro* (кинетика растворения); в отдельных случаях оценка взаимозаменяемости не проводится.

Таким образом, для дженерических лекарственных средств минимальный объём доклинических исследований, включает:

а) сравнительное изучение острой токсичности на грызунах при том способе введения, который указан в инструкции по применению препарата;

б) сравнительное изучение субхронической токсичности на 2 видах животных (крысы, кролики, собаки или др.), при введении препарата не менее 2 недель, при способе применения, указанном в инструкции, в дозах, вызывающих токсический эффект, с обязательным гистологическим исследованием внутренних органов и области введения препарата [4]. При токсикологических исследованиях устанавливают характер и выраженность возможного повреждающего воздействия препаратов на экспериментальных животных.

Оригинальные ЛС, обладают принципиально новыми механизмами действия, поэтому для них проводятся дополнительные исследования специфической токсичности, направленные на выявление репродуктивной токсичности, аллергенности, иммунотоксичности, мутагенности и канцерогенности [7]. При этом изучение иммунотоксичности заслуживает особого внимания. Это обусловлено сложностью организации иммунной системы, значительными различиями в иммунном ответе животных и человека на многие лекарственные препараты [10]. На сегодняшний день не существует единого подхода, позволяющего адекватно оценить иммунную дисфункцию, вызванную введением фармакологических препаратов. Поэтому методы тестирования разных аспектов иммунологической реактивности организма животных должны систематически анализироваться, пересматриваться для оценки их адекватности, воспроизводимости, надежности и обоснованности [2].

В целом, при проведении ДИ новых ЛС можно выделить следующие этапы. На I этапе ДИ производится отбор перспективных веществ. С этой целью проводят конструирование нового высокоэффективного лекарственного соединения с использованием HTS–метода (High Through-put Screening), т.е. метода эмпирического конструирования нового высокоэффективного лекарственного соединения [7]. Далее с помощью специальных программ типа QSAR (Quantitative Structure Activity Relationship –

Трёхмерная количественная взаимосвязь «структура-активность») новые вещества проверяются на активность относительно исследуемой молекулярной структуры рецептора [13; 14]. Следующим необходимыми шагами являются: оценка патентных возможностей и подача заявления на получение патента, проведение основной фармакологического и биохимического скрининга и аналитическое изучение активной субстанции.

Фармакодинамика и фармакокинетика изучается на втором этапе ДИ. С этой целью используются лабораторные животные. Исследование фармакодинамики включает изучение специфической фармакологической активности препарата и его метаболитов (включая определение скорости, продолжительности, обратимости и дозозависимости эффектов на модельных опытах *in vivo*, лиганд-рецепторные взаимодействия, влияние на основные физиологические системы: нервную, костно-мышечную, мочеполовую и сердечно-сосудистую) [8; 12];

Изучение фармакокинетики и метаболизма – всасывания, распределения, связывания с белками, биотрансформации и выведения (включая расчеты констант скорости элиминации, абсорбции, экскреции, клиренса препарата, площади под кривой концентрация-время и т.д.) [11]. Таким образом, на данном этапе выявляются основные фармакодинамические свойства ЛС, которые в последующем определяют объем клинических исследований и их дизайн, а также показания к применению лекарственного препарата [3; 8].

На третьем этапе ДИ проводится оценка безопасности ЛС путём изучения острой токсичности вещества (при однократном или дробном введении через короткие (не более 3–6 часов) интервалы в течение суток); выявления субхронической (подострой) токсичности (продолжительность введения 2–12 недель); определения хронической токсичности соединения, которое включает в себя повторные введения препарата на протяжении одного года, а иногда и более [2; 9]; установления специфической токсичности препарата – онкогенности, мутагенности, эмбриотоксичности, включая тератогенное действие, аллергизирующих свойств, а также способности вызывать лекарственную зависимость.

Для определения различных видов токсичности используют здоровых половозрелых животных обоих полов, прошедших карантин не менее 10–14 дней. Обычно используют несколько видов животных, что обусловлено их различной видовой чувствительностью; причем наряду с грызунами используются негрызуны. Данные, полученные в результате эксперимента, учитываются отдельно для самок и самцов. Во избежание большой вариации в исследуемых показателях, используют животных одного возраста и приблизительно одинаковой массы [5; 7; 8].

Четвёртый этап ДИ – это ранняя техническая разработка. Он включает в себя синтез ЛС в условиях производства, разработку аналитических методов для количественного определения препарата, продуктов его рас-

пада и возможности его загрязнения, исследование стабильности ЛС и производства лекарственных форм для клинических исследований.

По результатам проведенных доклинических испытаний на параметры фармакокинетики ЛС составляется отчет, в котором в обязательном порядке указываются все сведения о проведенных исследованиях включающие: полную информацию об использованных лабораторных животных; их содержании до исследования; информацию о состоянии животных в период проведения исследования; способы введения препарата и отбора биоматериала; подробно описывается методика определения концентрации препарата в биологических жидкостях; подаются сведения об оборудовании, реактивах и приборах; результаты исследования эффективности определяемых концентраций фармакологического средства; данные статистической обработки полученных результатов с указанием использованных программных средств; указываются ориентировочные дозы для 1 фазы клинических испытаний, а также период полувыведения оригинального лекарственного вещества [8; 12].

Таким образом, клинические испытания на людях можно начинать только в том случае, если соблюдены следующие основные требования: результаты ДИ убедительно доказывают, что ЛС может быть использовано при лечении конкретной нозологической формы; безопасность и эффективность препарата доказана в доклинических испытаниях и исключает неоправданный риск для здоровья испытуемых; план, дизайн и структура клинических испытаний разработаны адекватно и позволяют в полной мере доказать определенный клинический эффект препарата и проанализировать сравнительную эффективность различных методов лечения.

#### **Библиографический список**

1. Гуськова Т. А. Оценка безопасности применения генериков в странах СНГ: проблемы и перспективы // Биомедицина. – 2010. – №4.
2. Иванова А. С., Мастернак Т. Б., Малкина Е. Ю., Мартынов А. И. Принципы оценки иммунологической безопасности фармацевтических продуктов // Биомедицина. – 2011. – № 3. – С. 95–98.
3. Каркищенко Н. Н. Альтернативы биомедицины. Т. 1. Основы биомедицины и фармакомоделирования. – М. : Изд-во ВПК, 2007.
4. Крепкова Л. В. Современные подходы к доклинической оценке безопасности лекарственных средств растительного происхождения // Биомедицина. – 2011. – № 4. – С. 150–152.
5. Лесиовская Е. Е., Саватеева-Любимова Т. Н. Критерии доклинической оценки эффективности и безопасности лекарственных растительных средств // Биомедицина. – 2011. – № 3. – С. 91–94.
6. Раменская Г. В., Савченко А. Ю., Давыдова К. С., Шохин И. Е., Кулес В. Г. Выбор препарата сравнения при оценке взаимозаменяемости генерических лекарственных средств // Медицинский альманах. – 2011. – № 3. – С. 40–42.

7. Руководство по лабораторным животным и альтернативным моделям в биомедицинских технологиях / под редакцией: Н. Н.Каркищенко и С.В.Грачева. – Москва, 2010. – 344 с.
8. Руководство по экспериментальному (доклиническому) изучению новых фармакологических веществ / под общей редакцией члена-корреспондента РАМН, профессор Р. У. Хабриева. – 2-изд., перераб.и доп. – М. : ОАО Издательство «Медицина», 2005. – 832 с.
9. Терёшкина О. И. Современные критерии оценки безопасности состава лекарственных препаратов // Биомедицина. – 2011. – № 3. – С. 119–124.
10. Хаитов Р. М., Иванова А. С., Мастернак Т.Б. Методические указания по оценке иммунотоксического действия фармакологических веществ // Руководство по экспериментальному (доклиническому) изучению новых фармакологических веществ. – М., 2005.– С. 70–86.
11. Chirico N., Gramatica P. Real external predictivity of QSAR models. Part 2. New inter-comparable thresholds for different validation criteria and the need for scatter plot inspection. // J Chem Inf Model. – 2012. – №. 52 (8). – P. 2044–2058.
12. Gad S. C. Preclinical Development Handbook: Toxicology. (Pharmaceutical Development Series). / NY, 2008.
13. Liebert M. A. High-Throughput Screening Challenges. // Genetic Engineering & Biotechnology News. Drug Discovery Roundtable Discussion. – 2008. – №. 28 (14). – P. 26–27.
14. Nantasenamat C., Isarankura-Na-Ayudhya C., Prachayasittikul V. Advances in computational methods to predict the biological activity of compounds. // Expert Opin. Drug Discov. – 2010. – №. 5. – P. 633–54.
15. WHO Technical Report Series 937, annex 7 «Multisource (generic) pharmaceutical products: guidelines on registration requirements to establish interchangeability». WHO Expert Committee on Specifications for Pharmaceutical Preparations. WHO, 2006.
16. WHO Technical Report Series 937. WHO Expert Committee on Specifications for Pharmaceutical Preparations. WHO, 2006.



  
**ПЛАН МЕЖДУНАРОДНЫХ КОНФЕРЕНЦИЙ, ПРОВОДИМЫХ ВУЗАМИ  
 РОССИИ, АЗЕРБАЙДЖАНА, АРМЕНИИ, БОЛГАРИИ, БЕЛОРУССИИ,  
 КАЗАХСТАНА, УЗБЕКИСТАНА И ЧЕХИИ НА БАЗЕ  
 VĚDESKO VYDAVATELSKÉ CENTRUM «SOCIOSFÉRA-CZ» В 2015 ГОДУ**

| Дата                   | Название  |
|------------------------|---|
| 10–11 мая 2015 г.      | Риски и безопасность в интенсивно меняющемся мире   |
| 13–14 мая 2015 г.      | Культура толерантности в контексте процессов глобализации: методология исследования, реалии и перспективы |
| 15–16 мая 2015 г.      | Психолого-педагогические проблемы личности и социального взаимодействия                                   |
| 20–21 мая 2015 г.      | Текст. Произведение. Читатель   |
| 22–23 мая 2015 г.      | Реклама в современном мире: история, теория и практика  |
| 25–26 мая 2015 г.      | Инновационные процессы в экономической, социальной и духовной сферах жизни общества                       |
| 1–2 июня 2015 г.       | Социально-экономические проблемы современного общества  |
| 10–11 сентября 2015 г. | Проблемы современного образования   |
| 15–16 сентября 2015 г. | Новые подходы в экономике и управлении  |
| 20–21 сентября 2015 г. | Традиционная и современная культура: история, актуальное положение и перспективы                          |
| 25–26 сентября 2015 г. | Проблемы становления профессионала: теоретические принципы анализа и практические решения                 |
| 28–29 сентября 2015 г. | Этнокультурная идентичность – фактор самосознания общества в условиях глобализации                        |
| 1–2 октября 2015 г.    | Иностранный язык в системе среднего и высшего образования   |
| 5–6 октября 2015 г.    | Семья в контексте педагогических, психологических и социологических исследований                          |
| 10–11 октября 2015 г.  | Актуальные проблемы связей с общественностью  |
| 12–13 октября 2015 г.  | Информатизация высшего образования: современное состояние и перспективы развития                          |
| 13–14 октября 2015 г.  | Цели, задачи и ценности воспитания в современных условиях   |
| 15–16 октября 2015 г.  | Личность, общество, государство, право: проблемы соотношения и взаимодействия                             |
| 20–21 октября 2015 г.  | Современная возрастная психология: основные направления и перспективы исследования                        |
| 25–26 октября 2015 г.  | Социально-экономическое, социально-политическое и социокультурное развитие регионов                       |
| 1–2 ноября 2015 г.     | Религия – наука – общество: проблемы и перспективы взаимодействия   |
| 3–4 ноября 2015 г.     | Профессионализм учителя в информационном обществе: проблемы формирования и совершенствования.             |
| 5–6 ноября 2015 г.     | Актуальные вопросы социальных исследований и социальной работы  |
| 15–16 ноября 2015 г.   | Проблемы развития личности: многообразие подходов   |

|                      |   |
|----------------------|---|
| 20–21 ноября 2015 г. | Подготовка конкурентоспособного специалиста как цель современного образования |
| 25–26 ноября 2015 г. | История, языки и культуры славянских народов: от истоков к грядущему          |
| 1–2 декабря 2015 г.  | Практика коммуникативного поведения в социально-гуманитарных исследованиях    |
| 3–4 декабря 2015 г.  | Проблемы и перспективы развития экономики и управления                        |
| 5–6 декабря 2015 г.  | Безопасность человека и общества как проблема социально-гуманитарных наук.    |

**ИНФОРМАЦИЯ О ЖУРНАЛАХ «СОЦИОСФЕРА»  
И «PARADIGMATA POZNÁNÍ»**

| <b>Название</b>             | <b>«СОЦИОСФЕРА»</b>  | <b>«PARADIGMATA POZNÁNÍ»</b>   |
|-----------------------------|--|--|
| <b>Страна</b>               | <b>Россия</b>  | <b>Чехия</b>   |
| <b>ISSN</b>                 | ISSN 2078-7081   | ISSN 2336-2642   |
| <b>Тематика</b>             | <b>Социально-гуманитарный</b>  | <b>Мультидисциплинарный</b>  |
| <b>Сроки выхода номеров</b> | Март, июнь, сентябрь, декабрь  | Февраль, май, август, ноябрь   |
| <b>Реферативные базы</b>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• РИНЦ (Россия),</li> <li>• Directory of open access journals (Россия),</li> <li>• Open Academic Journal Index по адресу,</li> <li>• Research Bible (Китай),</li> <li>• Global Impact factor (Австралия),</li> <li>• Scientific Indexing Services (США),</li> <li>• Cite Factor (Канада)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• РИНЦ (Россия),</li> <li>• Research Bible (Китай),</li> <li>• Scientific Indexing Services (США),</li> <li>• Cite Factor (Канада)</li> </ul> |

## ВСЕРОССИЙСКИЙ КОНКУРС УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИХ РАЗРАБОТОК ПЕДАГОГОВ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ШКОЛЫ «ПЕДИННОВАЦИИ»

Конкурс проводится в дистанционной форме через сеть Интернет.  
Официальный сайт конкурса <http://sociosphera.com>

Приглашаем к участию педагогов:

- Общеобразовательных организаций (школ, гимназий, лицеев).
- Профессиональных образовательных учреждений.

Конкурсная работа представляет собой **учебно-методическую разработку**, относящуюся к одному из видов:

- Технологическая карта и конспект учебного занятия, составленные на основе инновационных методик преподавания.
- Комплекс авторских интерактивных педтехнологий для внеклассных и воспитательных мероприятий.
- Разработка контрольно-оценочных критериев и средств.

Конкурс проводится с 15 апреля по 15 августа 2015 года. Итоги будут объявлены 1 сентября 2015 года.

Все конкурсные работы будут размещены на сайте и доступны для обсуждения посетителями сайта.

Участники конкурса получают **дипломы участников, лауреатов или победителей конкурса**.

Победители, набравшее наибольшее количество баллов, получают дипломы за 1-е, 2-е и 3-е место, а также возможность бесплатной публикации учебно-методической разработки (до 5 страниц) в научно-методическом и теоретическом журнале «Социосфера».

**ИЗДАТЕЛЬСКИЕ УСЛУГИ НИЦ «СОЦИОСФЕРА» –  
VĚDECKO VYDAVATELSKÉ CENTRUM «SOCIOSFÉRA-CZ»**

Научно-издательский центр «Социосфера» приглашает к сотрудничеству всех желающих подготовить и издать книги и брошюры любого вида:

- ✓ учебные пособия,
- ✓ авторефераты,
- ✓ диссертации,
- ✓ монографии,
- ✓ книги стихов и прозы и др.

Книги могут быть изданы в Чехии  
(в выходных данных издания будет значиться –  
*Прага: Vědecko vydavatelské centrum «Sociosféra-CZ»*)  
или в России

(в выходных данных издания будет значиться –  
*Пенза: Научно-издательский центр «Социосфера»*)

Мы осуществляем следующие виды работ.

- Редактирование и корректура текста (исправление орфографических, пунктуационных и стилистических ошибок).
- Изготовление оригинал-макета.
- Дизайн обложки.
- Печать тиража в типографии.

Данные виды работ могут быть осуществлены как отдельно, так и комплексно.

Полный пакет услуг «**Премиум**» включает:

- редактирование и корректуру текста,
- изготовление оригинал-макета,
- дизайн обложки,
- печать мягкой цветной обложки,
- печать тиража в типографии,
- присвоение ISBN,
- обязательная отсылка 5 экземпляров в ведущие библиотеки Чехии или 16 экземпляров в Российскую книжную палату,
- отсылка книг автору по почте.

**Тираж** включает экземпляры, подлежащие обязательной отсылке в ведущие библиотеки Чехии (5 штук) или в Российскую книжную палату (16 штук).

**Другие варианты** будут рассмотрены в индивидуальном порядке.

**PUBLISHING SERVICES**  
**OF THE SCIENCE PUBLISHING CENTRE «SOCIOSPHERE» –**  
**VĚDECKO VYDAVATELSKÉ CENTRUM «SOCIOSFÉRA-CZ»**

The science publishing centre «Sociosphere» offers co-operation to everybody in preparing and publishing books and brochures of any kind:

- ✓ training manuals;
- ✓ autoabstracts;
- ✓ dissertations;
- ✓ monographs;
- ✓ books of poetry and prose, etc.

Books may be published in the Czech Republic  
(in the output of the publication will be registered

*Prague: Vědecko vydavatelské centrum «Sociosféra-CZ»*)

or in Russia

(in the output of the publication will be registered

*Пенза: Научно-издательский центр «Социосфера»*)

We carry out the following activities:

- Editing and proofreading of the text (correct spelling, punctuation and stylistic errors).
- Making an artwork.
- Cover design.
- Print circulation in typography is by arrangement.

These types of work can be carried out individually or in a complex.

«Premium» package includes:

- editing and proofreading of the text;
- production of an artwork;
- cover design;
- printing coloured flexicover;
- printing copies in printing office;
- ISBN assignment;
- delivery of required copies to the Russian Central Institute of Bibliography or leading libraries of Czech Republic;
- sending books to the author by the post.

Circulation includes copies, which are obligatory delivered to the leading libraries of the Czech Republic (5 items) or to Russian Central Institute of Bibliography (16 items)..

Other options will be considered on an individual basis. For questions and requests you can contact us by e-mail [sociosphere@yandex.ru](mailto:sociosphere@yandex.ru).

Vědecko vydavatelské centrum «Sociosféra-CZ»  
Institute of psycho-pedagogical problems of childhood of the Russian Academy of Education  
Tashkent Islamic University

## **HUMAN HEALTH AS A PROBLEM OF MEDICAL SCIENCES AND HUMANITIES**

Materials of the international scientific conference  
on April 20–21, 2015

Articles are published in author's edition.  
The original layout – I. G. Balashova

Signed in print 30.04.2015. 60x84/16 format.  
Writing white paper. Publisher's sheets 10.  
100 copies.

Vědecko vydavatelské centrum «Sociosféra-CZ», s.r.o.:  
U dálnice 815/6, 155 00, Praha 5 – Stodůlky, Česká republika.  
Tel. +420608343967,  
web site: <http://sociosfera.com>,  
e-mail: [sociosfera@seznam.cz](mailto:sociosfera@seznam.cz)

