



Vědecko vydavatelské centrum «Sociosféra-CZ»
Penza State Technological University
Tashkent Islamic University

HUMAN HEALTH AS A PROBLEM OF MEDICAL SCIENCES AND HUMANITIES

Materials of the III international scientific conference
on April 20–21, 2017

Prague
2017

Human health as a problem of medical sciences and humanities : materials of the III international scientific conference on April 20–21, 2017. – Prague : Vědecko vydavatelské centrum «Sociosféra-CZ», 2017. – 116 p. – ISBN 978-80-7526-194-6

ORGANISING COMMITTEE:

Anna V. Nikulina, candidate of biological sciences, assistant professor of Chuvash State Agricultural Academy.

Umidjon R. Kushaev, PhD, senior researcher applicant of Tashkent Islamic University.

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

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

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 human health as a problem of medical sciences and humanities. Some articles deal with public health care at national, regional and global dimensions. A number of articles are covered pedagogical bases of building a culture of healthy lifestyles. Some articles are devoted to physiological and social factors of reproductive health. Authors are also interested in age characteristics of health prevention and treatment of diseases.

UDC 316.334:61/159.9:61

ISBN 978-80-7526-194-6

The edition is included into Russian Science Citation Index.

© Vědecko vydavatelské centrum
«Sociosféra-CZ», 2017.
© Group of authors, 2017.

CONTENTS



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

- Валеева Г. В.**
Проблема здоровья человека в Античной философской мысли7
- Валеева Г. В.**
Роль философии в сбережении здоровья человека9
- Уразалиева И. Р.**
Обеспеченность населения средним медицинским персоналом
в Республике Узбекистан 11

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

- Удалова Е. Н., Никифорова Е. А.**
Реабилитационная верховая езда..... 14

III. MODERN MEDICAL PSYCHOLOGY: TRENDS AND PREVAILING TRENDS

- Хазратова Г. Ш.**
Психология фанида сезги назариялари..... 17
- Яворская М. В., Смирнов А. Г.**
Аутистические черты личности у студентов ТГМУ 19

IV. PEDAGOGICAL BASES OF BUILDING A CULTURE OF HEALTHY LIFESTYLES

- Amialiusik V. A.**
Cardiorespiratory fitness and overall endurance in university students 26
- Александрова А. И.**
Физическое воспитание детей среднего школьного возраста..... 28

| | |
|--|----|
| Антоненко М. Н., Зотин В. В., Мансурова Н. И. Педагогические основы формирования культуры здорового образа жизни..... | 30 |
|--|----|

V. PHYSIOLOGICAL AND SOCIAL FACTORS OF REPRODUCTIVE HEALTH

| | |
|---|----|
| Семенова В. Н., Усова А. В., Намагуруева И. В., Ринчинова С. Ж. Питание и женская репродуктивная система..... | 33 |
| Омонова Х. Р. Заболеваемость женщин, работающих на промышленных предприятиях..... | 37 |
| Шляпников М. Е., Неганова О. Б., Матвеева О. В., Наумова Р. Н., Гулецкая Л. И. Эффективность лечения инфекционно-воспалительных осложнений в послеродовом периоде: цитологический контроль | 40 |

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

| | |
|--|----|
| Тимошенко Н. С. Доминирующие стратегии поведения в конфликтных ситуациях у беременных женщин с разным типом психологического компонента гестационной доминанты беременности..... | 47 |
| Шейна О. Н. Благоприятный психологический климат в семье как условие сохранения и укрепления психологического здоровья ребенка | 50 |

VII. AGE CHARACTERISTICS OF HEALTH PREVENTION AND TREATMENT OF DISEASES

| | |
|---|----|
| Kosenko V. Analysis of school-aged children dental caries process activity test | 52 |
| Линченко И. В., Радышевская Т. Н. Особенности реабилитации пациентов с грибковым поражением слизистой оболочки полости рта, пользующихся съёмными пластинчатыми протезами при полном отсутствии зубов | 56 |

| | |
|---|----|
| Мирзаева Д. Б. | |
| Перинатальная смертность: основные и непосредственные причины | 59 |
| Нажимова С. Х. | |
| Роль питания при профилактике кариесе зубов | 61 |
| Никулина А. В., Потапова О. В. | |
| Оценка суточной энергообеспеченности студентов аграрного вуза Чувашской Республики..... | 64 |
| Радышевская Т. Н., Старикова И. В. | |
| Гендерные особенности распространённости заболеваний пародонта у детей пубертатного возраста | 56 |
| Хренкова В. В., Абакумова Л. В., Стругов А. С. | |
| Особенности функционального состояния организма женщин зрелого возраста, занимающихся стретчингом..... | 69 |

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

| | |
|--|----|
| Джураева Н. К., Раманова Д. Ю. | |
| Анализ трудовых затрат времени главной медицинской сестры семейной поликлиники | 74 |
| Медведева Н. В., Медведев П. Н., Барсуков А. С. | |
| Разработка лекарственной формы ранозаживляющего действия на основе экстрактов просвирника и якорцев | 77 |
| Патахов Г. М., Ахмадудинов А. М. | |
| Новый способ восстановления целостности ветвей поврежденного лицевого нерва | 79 |
| Рузиева С. Ю. | |
| Внедрения информационных технологии в сестринском деле | 81 |
| Яхина В. К. | |
| О развитии творческих начал в учении | 84 |

IX. PERSONAL FEATURES RESPONSIBILITY FOR THE PRESERVATION OF HEALTH

| | |
|---|----|
| Воробьева О. Б. | |
| К вопросу о формировании валеологической культуры | 87 |

Мирпайзиева М. А., Раманова Д. Ю.

Социально-гигиеническая характеристика главных медицинских сестёр работающих в городских семейных поликлиниках.....89

X. «DISEASES OF THE CENTURY»: CAUSES, TYPES AND PUBLIC HEALTH AND PREVENTION MEANS

**Козько В. Н., Винокурова О. Н., Соломенник А. О., Лукашенко Е. С,
Лысак М. С, Якименко Д. С.**

Прогностическое значение определения некоторых иммунологических показателей у больных хроническим гепатитом С.....93

**Патрушева М. С., Старикова И. В., Гуринова О. А., Триголос Н. Н.,
Чаплиева Е. М.**

Состояние иммунологической реактивности и вегетативной регуляции у больных хроническим пародонтитом на фоне метаболического синдрома и артериальной гипертензии.....99

Снигур Г. Л., Патрушева М. С., Патрушев А. С.

Сравнительная оценка дентин-герметизирующей эффективности фторсодержащих препаратов 105

Триголос Н. Н., Старикова И. В., Патрушева М. С., Чаплиева Е. М.

Состояние иммунологической реактивности у больных хроническим верхушечным периодонтитом..... 109

План международных конференций, проводимых вузами России, Азербайджана, Армении, Болгарии, Белоруссии, Казахстана, Узбекистана и Чехии на базе Vědecko vydavatelské centrum

«Sociosféra-CZ» в 2017 году 112

Информация о научных журналах 113

Издательские услуги НИЦ «Социосфера» – Vědecko vydavatelské centrum «Sociosféra-CZ»..... 114

Publishing service of the science publishing center «Sociosphere» – Vědecko vydavatelské centrum «Sociosféra-CZ»..... 115



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



ПРОБЛЕМА ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА В АНТИЧНОЙ ФИЛОСОФСКОЙ МЫСЛИ

Г. В. Валеева

*Кандидат философских наук, доцент,
Тульский государственный
педагогический университет
им. Л. Н. Толстого, г. Тула, Россия*

Summary. The formulation of the problem of human health in ancient philosophical thought points to the interconnection between the science of health and the philosophical comprehension of this problem. Human health is thought of by ancient thinkers as a harmony of body and spirit, as an ideal of morality and beauty, which are the result of a person's concern for himself: physical stress, the formation of spiritual culture, etc. The violation of such harmony leads to a person's illness.

Keywords: human health; ancient philosophy; harmony; body; spirit; disease.

Первые представления о человеке и его здоровье возникли еще до философии: в мифах и сказаниях раскрывается сущность природы и предназначения бытия человека. Именно на такой базе возникают первые учения о человеке в Древнем Востоке. Древневосточная философия видит идеалом бытия человека обращенность активности индивида на собственный мир. Так, философия Древнего Китая акцентируется на естественном порядке (дао), следуя которому означает следовать истинному пути. Задача человека заключается в отказе от предметной деятельности в пользу возможности достижения гармонии с миром и с самим собой. Философия Древней Индии представлена в священных текстах Ведах, выражающих как религиозно-мифологическое, так и философское мировоззрение. В Аюрведе изложено наиболее полное понимание здоровья индивида: необходимо уметь уравнивать сознание, что бы затем состояние равновесия перешло на тело. Сбалансированное сознание выступает иммунитетом, обеспечивающим уровень здоровья. На западе, в Древней Греции, так же развивается тема гармонии мира и человека. Здоровье как гармония тела и духа является результатом заботы человека о самом себе: необходимы физические нагрузки, мера в питании, формирование духовной культуры, образование и т.д. Древнегреческие врачи считали, что такие состояния как здоровье и болезнь человека зависят от того, как в человеческом теле «смешаны кровь, слизь и желчь». Гиппократ утверждал, что «эти части соблюдают соразмерность во взаимном смешении... Болеет же тело тогда,

когда какой-либо из этих частей будет или меньше...» [2]. В трудах античных мыслителей так же встречается множество рассуждений о здоровье. Так, Пифагор отмечал: «для всех, всеми средствами, необходимо отсекал от тела – болезнь, от души – невежество, от желудка – излишество...» [4]. Основой пифагорейской медицины являлась диетика, которая определяла характер пищи и учила правильному чередованию работы и отдыха; гимнастика, поддерживающая бодрость тела; музыка, имеющая целительную силу. В последствии пифагореизм имел важное значение для синтеза теоретической мысли и эмпирического исследования, что несомненно обогатило как философию, так и медицину. Платон мыслил здоровье человека как «благо», способствующее духовному удовлетворению индивида, а так же отождествлял здоровье с гармонией: «как только в нас, живых существах, расстраивается гармония, так вместе с тем разлагается природа и появляется страдание» [3]. Очевидно, что мыслитель рассматривал здоровье, основываясь на существовавшем в древнегреческом обществе культе нравственности и красоты, гармонии здорового тела. Врачеванию же, по мнению Платона надлежит сохранять здоровья человека, поэтому необходимо «угодить началу хорошему и здоровому – в чем и состоит врачебное искусство» [3]. Ученик Платона, Аристотель определял здоровье человека как гармонию, «превосходные телесные и душевные свойства». Мыслитель выделял здоровье как основную цель медицины: «медицина имеет беспредельную цель – абсолютное здоровье человека», а врачевание должно быть направлено на «содействие здоровью» и «доставление здоровья» [1]. Мыслитель, ученый-энциклопедист Корнелий Цельс состояние здоровья человека связывал с определенным климатом, а так же первым предположил, что болезни предшествуют некоторые признаки. Римский мыслитель, ученый и врач Клавдий Гален отмечал, что здоровье является результатом верного смешивания четырех элементов, а болезнь – противоположное состояние.

Несомненно, что в античности здоровье человека рассматривалось, как гармония тела и духа, как идеал нравственности и красоты. Так же, заслугой мыслителей и ученых античности является не только рассмотрение здоровья сквозь призму целостности организма, но так же в указании условий здоровья: условия существования (Гиппократ), образ жизни (Платон). Основанием определений здоровья человека являлось указание на верное соотношение «начал». Нарушение гармонии и пропорций являлось детерминантом болезни.

Библиографический список

1. Аристотель. Политика. [Электронный ресурс] Режим доступа: http://www.gumer.info/bibliotek_buks/polit/aristot/01.php. (дата обращения: 10.04.2017).
2. О природе человека. [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://simposium.ru/ru/node/12781> (дата обращения: 10.04.2017).

3. Платон. Филеб. [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://www.libok.net/writer/1617/kniga/49300/platon/fileb/read> (Дата обращения: 25.04.2015)
4. Философия Пифагора. [Электронный ресурс] Режим доступа: URL: http://ezop.su/pif_4. (дата обращения: 10.04.2017).

РОЛЬ ФИЛОСОФИИ В СБЕРЕЖЕНИИ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА

Г. В. Валеева

*Кандидат философских наук, доцент,
Тульский государственный
педагогический университет
им. Л. Н. Толстого,
г. Тула, Россия*

Summary. The philosophy, purposefully influencing consciousness of the person, is capable to ennoble and strengthen its spirit which is a making component of health. The philosophy improves the conceptual device of practical healthcare, develops scientific and world outlook sights of physicians, and as creative potential in complete system of spiritual and material culture of the person. Together with philosophy the medicine comprehends the complex world of human life, keeps and strengthens its health.

Keywords: philosophy; universal values; health of the person; spirit; spirituality spiritual health; the savings of health.

Философия, создавая системное знания о мире, изучает не только принципы его существования, но так же и значение мира для человека, которое заключается в общечеловеческих ценностях. Философия определяет вектор направления в жизни человека и формирует его мировоззрение, воспитывает в человеке силу воли, а так же уверенность в правоте своих стремлений и своего дела, тем самым укрепляя его духовное здоровье. «Обращение к философскому осмыслению здоровья человека означает, что оно рассматривается как гуманитарная ценность. Философский подход к человеку, у которого наряду с природными данными присутствуют субъективно – творческие потенции, позволяют лучше понять и оценить именно человеческий феномен здоровья» [1].

Для оценки здоровья необходимы гуманитарные знания, которые дополняли бы естественнонаучное видение здоровья человека, рассмотрением его внутреннего мира. Гуманитарный компонент здоровья человека связан с идеалом справедливой жизни людей и общества в целом. Понятие «гуманитарность» обозначает стремление воспитывать и развивать в человеке физические и духовные качества и указывает на неповторимую способность индивида самосовершенствоваться и саморазвиваться. Таким образом, здоровье современного человека, есть отображение его жизнедеятельности и результативного воздействия на окружающий мир.

В современном обществе, в котором преобладает безнравственность и цинизм, существует необходимость создания «единой государственной системы гуманитарного образования и воспитания» [1] с целью укрепления духовного здоровья человека и общества в целом. Истинная причина болезни скрыта в душе – именно так утверждали многие философы. Несомненно, что любые изменения и нарушения духовной жизни человека отражаются на его организме, а следовательно и на здоровье. Человека формирует общество, от которого во многом зависит и его здоровье. Однако, являясь личностью и следуя путем творческой организации собственной жизнедеятельности, человек сам «творит» свое здоровье. Античные мыслители такой путь называли «диететикой» (греч. *Diaita* – образ жизни), путь саморазвития и укрепления разума и чувств человека. Главной задачей здесь является определение факторов и условий для деятельности и самореализации человека. Согласно диететике важно соблюдать, обеспечивающие сохранение и укрепление духовного здоровья, общечеловеческие правила жизни, принципы и нормы морали.

Сохранение и укрепление здоровья человека – задача фундаментальная и комплексная, которую невозможно решить лишь в рамках системы здравоохранения. Важная роль отводится общественной культуре образа жизни человека: физкультуре, социологии, психологии, философии. Здесь функция философии заключается в частности, в том, чтобы помочь концептуально обосновать смысл жизни человека; помочь человеку осмыслить ответственность за свою жизнедеятельность перед другими и обществом в целом. Таким образом, синтез философии и медицины является гарантом здоровья человека как уникальной гуманитарной ценности. В настоящее время, в медицине здоровья происходит смена ряда идей о жизнедеятельности человека: «от ее философского осмысления к изучению противоречиво развивающихся в ней процессов, а от них к постижению сложных систем функционирования организма человек в норме и патологии. Это и обуславливает повышение роли философской методологии, научного мировоззрения и стиля мышления в подготовке новых специалистов в медицинской сфере» [2].

Таким образом, значение философии для современной медицины здоровья велико. Философия помогает совершенствовать понятийный аппарат практического здравоохранения, развивает научные и мировоззренческие взгляды медиков, а так же творческий потенциал в целостной системе духовной и материальной культуры человека. Совместно с философией медицина постигает сложный мир жизни человека, сохраняет и укрепляет его здоровье.

Библиографический список

1. Хрусталеv Ю.М. Биоэтика. Философия сохранения жизни и сбережения здоровья: учебник. - М. ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 400с. [Электрон-

ный ресурс] Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/> (дата обращения: 10.03.2017).

2. Философия и медицина. [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://murzim.ru/nauka/filosofija/25567-filosofija-i-medicina.html>. (дата обращения: 10.03.2017).

ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ СРЕДНИМ МЕДИЦИНСКИМ ПЕРСОНАЛОМ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

И. Р. Уразалиева

*Ассистент,
Ташкентская медицинская академия,
г. Ташкент, Узбекистан*

Summary. Provision of medical and prophylactic institutions by average medical personnel is currently an actual problem for all countries of the world, regardless of the social and political system and the level of socio-economic development. On the one hand, the rapid development of medical science and new technologies pushes new tasks in the training of personnel able to work in modern conditions. On the other hand, the reform of the health care system has led to a redistribution of functions and powers between different medical personnel.

Keywords: nursing staff; medical and preventive institution; health system reform; public health.

В современных условиях, когда происходит реформирование здравоохранения нашей страны, эффективность системы здравоохранения в значительной степени определяется состоянием людских трудовых ресурсов с их количественными и качественными характеристиками. В современных условиях необходимо дальнейшее совершенствование планирования, организации и контроля подготовки, трудоустройства медицинских кадров, повышения уровня их профессиональных знаний и навыков. Сегодня в традиционных подходах к комплектованию, подготовке и оценке работы медицинских кадров происходят значительные перемены [1, с. 101, 3, с. 22, 4, с. 24].

Обеспечение лечебно-профилактических учреждений средним медицинским персоналом в настоящее время является актуальной проблемой для всех стран мира независимо от общественно-политического строя и уровня социально-экономического развития.

С одной стороны, стремительное развитие медицинской науки и новых технологий выдвигает новые задачи в подготовке кадров, способных работать в современных условиях. С другой стороны, реформирование системы здравоохранения привело к перераспределению функций и полномочий между различными медицинскими кадрами [2, с. 15].

Деятельность среднего звена в XXI веке будет играть ключевую роль в обеспечении общего и интенсивного ухода, своевременной помощи населению. Именно специалисты сестринского дела являются опорным звеном здравоохранения. Наличие определённого числа средних медицинских кадров соответствующей квалификации является необходимым условием для эффективного функционирования системы здравоохранения [5, с. 25].

На начало 2015 года в системе здравоохранения Республики Узбекистан работали 311 186 работников со средним медицинским образованием. На 10 000 тыс. населения приходится 106,0 средних медицинских работников. Несмотря на достаточно высокую обеспеченность средними медицинскими работниками в среднем по стране, в ряде регионов она значительно ниже: в Андижанской области – 94,7, в Джизакской – 92,8, в Самаркандской – 83,9 на 10 тыс. населения. В то же время в ряде регионов отмечается существенный рост обеспеченности средним медицинским персоналом. Так, в Бухарской области она составляет 122,9, в Сырдарьинской – 127,0, в Ташкентской – 117,4, в Ферганской – 120,1 на 10 тыс. населения.

Это всё объясняется как недостатком, так и неравномерным распределением, а в ряде случаев – неправильной расстановкой по службам здравоохранения и нерациональным использованием медицинских кадров. Необходимо также отметить, что несмотря на постоянное увеличение числа выпускаемых средних медицинских работников, диспропорции в составе и структуре медицинского персонала остаётся.

Из всех работающих средних медицинских работников республики лишь 38,9 % имеют квалификационную категорию. При этом удельный вес средних медицинских работников, имеющих квалификационную категорию, по областям республики несколько различается. Самый высокий удельный вес средних медицинских работников, имеющих квалификационные категории, зарегистрирован в Самаркандской области (46,5 %), а самый низкий в Бухарской области (28,3 %).

Таким образом, только работа, организованная по совершенно новым параметрам: принятие на работу и использование с учётом иерархии профессионального образования, может поднять престиж медицинских сестёр в системе здравоохранения.

Библиографический список

1. Асадов Д.А., Умарова Т. Ю. Перемены в развитии сестринского дела // Педиатрия. – 1997. -№3. – С. 101-104.
2. Менликулов П.Р., Салиходжаева Р.К. Организационные предпосылки развития сестринского звена в Узбекистане //Педиатрия. -2006. -№3-4. - С.15-17.
3. Ронжина Л.Г. Планирование и прогнозирование подготовки медицинских кадров // Сестринское дело. -2009. -№2. – С.22-23.
4. Тарасова И.В. Учебно-методические центры: подходы к образованию сестер // Сестринское дело. -2008. -№1. – С.24-25.

5. Федотова О.Г. Роль дополнительного образования в подготовке медицинских сестер нового поколения // Сестринское дело. -2006. -№7. – С.25-26.



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



РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ВЕРХОВАЯ ЕЗДА

Е. Н. Удалова
Е. А. Никифорова

*Преподаватель,
студент,
Свердловский областной
медицинский колледж,
г. Екатеринбург,
Свердловская область, Россия*

Summary. The healing properties of riding is known since ancient times. Rehabilitation horse riding is a physiotherapy treatment by using horse movements. Experience of the Sverdlovsk Regional Clinical Psychoneurological Hospital for veterans of wars on the practical application of riding for rehabilitation purposes.

Keywords: healing properties; riding; rehabilitation.

О лечебных свойствах верховой езды и благоприятном воздействии общения с лошастью для больных и раненых было известно ещё в глубокой древности. В России реабилитационная верховая езда появилась и начала использоваться сравнительно недавно, но ее широкий спектр применения и эффективность уже доказаны. Показаниями к реабилитационной верховой езде являются: нарушения опорно-двигательного аппарата, возникшие в результате поражений центральной нервной системы (ДЦП, травмы); различные формы нарушения интеллекта; нарушения психоэмоциональной сферы (аутизм, шизофрения); поражение органов чувств – слуха, зрения; реабилитация после перенесенного инсульта, инфаркта миокарда.

Адаптивная верховая езда, реабилитационная верховая езда, иппотерапия, райттерапия – это слова-синонимы и обозначают физиотерапевтическое воздействие, основанное на нейрофизиологии, использующей лошадь и верховую езду. Практически реабилитационная верховая езда — это физиотерапевтическое лечение посредством использования движений лошади при активном или пассивном содействии самого всадника [2]. Положительная динамика лечения осуществляется благодаря использованию ритмичной упорядоченной моторной и сенсорной нагрузки в тесной физической коммуникации пациента и лошади. Верховая езда – сложно-координационное движение, особенностью которого является то, что мышечная деятельность происходит в условиях подвижной опоры и для сохранения равновесия необходимо совмещение центров тяжести всадника и лошади. Лечебный эффект обусловлен биомеханическими факторами – это

прежде всего воздействие колебаний, передающихся при движении лошади, по строго заданной инструктором траектории на позвоночник, межпозвоночные диски, суставы и окружающие их ткани [1]. При оптимальной, подобранной для каждого пациента, нарастающей и систематической нагрузке создаётся сильный мышечный корсет вокруг позвоночника, улучшается лимфообращение, ликвородинамика, обмен веществ в межпозвоночных дисках. Мощное энергетическое и тепловое воздействие, разнообразие движений и ощущений, которые получает пациент, находясь на лошади без седла, только со специальной попоной, способствует активному развитию двигательных, сенсорных, эмоциональных и социальных способностей; улучшению кровообращения в органах и тканях.

Реабилитационная верховая езда оказывает стимулирующее биологически адаптивное и гармоничное действие на нервную систему и психологическую сферу организма человека. Подобная биостимуляция является хорошим источником новой адаптивной информации для пациента. Положительный эффект от занятий состоит, прежде всего, в эмоциональном контакте пациента и лошади. Живое тепло лошади, тот эмоциональный настрой, который испытывает человек, общаясь с животным, не сможет дать ни один тренажер.

Мы провели исследование опыта работы Свердловского областного клинического психоневрологического госпиталя для ветеранов войн по практическому применению верховой езды в реабилитационных целях. В течение 10 лет на базе функционального подразделения госпиталя «Снежинка» санаторного типа (г. Первоуральск Свердловской области) практикуется верховая езда. Кроме этого, мы исследовали опыт 6 конных клубов г. Екатеринбурга по применению реабилитационной верховой езды, но практикуют и привлекают медицинских специалистов только два - конноспортивные комплексы «Дубрава» и «Янтарь». Более интересным мы считаем опыт работы Конноспортивного комплекса «Дубрава». Занятия ведут инструкторы под наблюдением врача-реабилитолога. Дети, не имеющие навыков езды, занимаются пассивным использованием шага лошади, создающим движения в трех плоскостях, что вызывает изменения позы и провоцирует ответные реакции двигательного контроля. Курс эффективен, если его продолжительность не менее трех месяцев.

Результатом аналитической работы является однозначный вывод, что лечебная верховая езда – результативный метод реабилитации. Верховая езда как способ реабилитации должна изучаться и развиваться в дальнейшем, должна входить в комплекс реабилитационных мероприятий наравне с известными и широко применяемыми методами.

Библиографический список

1. Дубровский, В. И. Биомеханика: учебник для вузов [Текст] / В. И. Дубровский, В. Н. Федорова. - М.: ВЛАДОС, 2012.

2. Орлова Г. Г., Роберт Н. С., Денисенков А. И. Организационные аспекты комплексной реабилитации детей-инвалидов на основе лечебной верховой езды и инвалидного конного спорта. Москва, ГУ ЦНИИОИЗ. – 2014.
3. Штраус И. Иппотерапия. Нейрофизиологическое лечение с применением верховой езды. Москва, РББО МККИ.- 2015.



III. MODERN MEDICAL PSYCHOLOGY: TRENDS AND PREVAILING TRENDS



ПСИХОЛОГИЯ ФАНИДА СЕЗГИ НАЗАРИЯЛАРИ

Г. Ш. Хазратова

*Ўқитувчи,
Тошкент тиббиёт академияси қошидаги
профессор ва ўқитувчилар малака оши-
риш тармоқ маркази,
Тошкент, Ўзбекистон*

Summary. This article presents you the theories of sense in the subject of psychology. It will be given many evidences about the theories of sense of people. According to the data of psychologists, that every organ of sense has their "specific energy" and they stimulate from any kind of influences.

Keywords: sense; theory; human organism; evidence; information; organs of sense; channel of sense.

Ташқи олам хусусиятлари тўғрисидаги ва шахснинг ўз гавдасини тутта билиш юзасидан билимлар, маълумотлар, хабарлар ва таассуротлар манбаи бу сезгилар бўлиб ҳисобланади. Шунинг учун сезгилар инсон организмга, яъни унинг тана аъзоларига тушадиган ахборотларнинг асосий канали (йўли) саналиб, улар ташқи дунё ҳамда ички тана аъзолари тўғрисидаги хабарни бош мия катта ярим шарлари ва бош миянинг таркибларига етказиб туради, худди шу боисдан инсон ўзини қуршаб турган макро муҳитни ориентирлаш (мўлжаллаш) имкониятига эгадир. Агарда мазкур каналлар берк бўлиб қолган тақдирда, сезги органлари зарур ахборотлар билан таъминламайди, бинобарин, онгни ҳукм суриш имконияти ўз-ўзидан йўқолади. Психология фанида шундай илмий далиллар мавжудки, мабодо инсон ахборотларнинг шаҳобчасидан маҳрум бўлса, у ҳолда у уйқу ҳолатига шўнғийди. Масалан, тасодифан тери-гуюш сезгилари патологияга учраса, унда одам (кўпинча вақтинча, муваққат) кўриш, эшитиш, ҳид сезишдан маҳрум бўлиши мумкин. Мабодо ахборотлар узатиш шаҳобчаси илк болалик ёши даврида бузилса, қар ёки кўр бўлиб қолса, у тақдирда унинг ақлий ривожланишида кескин тўхталиш (вақтинча орқада қолиш) юзага келади. Агарда бола махсус усул ёки услубга ўргатилса табиий равишда мавжуд камчиликларнинг ўрнини тўлдириб бўлмайди.

Сезгини бундай тарзда тушунтирилишига нисбатан ҳар хил муносабатлар психология тарихида мавжуд бўлиб, уларнинг ҳеч қайсиси асосий манба эканлигига шубҳа билан қарашга мойилдирлар. Ҳозир уларнинг айримларига қисқача тўхталиб ўтамиз ва ҳақиқий моҳиятини

очиб беришга интиламиз. Немис файласуфи Христиан Вольф «Рационал психология» (1732 йил) ва «Эмпирик психология» (1734 йил) китобларида: онгинг ички ҳолати, ақлий фикр юритишга қобилиятлилик табиий моддий асос замиридан келиб чиқиб, ташқи оламдан келиб тушадиган ахборотлар шаҳобчасига, яъни сезги каналига, ҳар қандай боғлиқ эмас деб тушунтиришга ҳаракат қилди. Сезгиларга мана бундай ёндашиш назариётчиси “фанга рационализм” тушунчаси билан бирга кириб келди. Х. Вольф ва унинг тарафдорлари психик жараёнлар (сезги, идрок, хотира ва бошқалар) мураккаб ижтимоий-тарихий тараққиёт маҳсули эмас, деган ғояни илгари сурдилар. Шунинг билан бирга «Онг», «Ақл» тарихий эволюция натижаси эмас деб, инсон психикасига ўзгача ёндашиб, уни изоҳлаб бериш мушкул бўлган «бирламчи» хусусият эканлигини тушунтиришга интилдилар. Мазкур назарияга асосланган психологлар инсоннинг сезгилари унинг ташқи олам билан боғлаб турувчи бирдан-бир шаҳобча эканлигини инкор қилишгача бориб етдилар ва воқеликни мана бундай тарзда изоҳлашга ҳаракат қилдилар: гўёки сезгилар инсонни ташқи оламдан ажратиб турадилар, улар атроф-муҳит ўртасидаги бартараф қилиб бўлмайдиган девор ҳисобландилар. Беркли, Юм, И. Мюллер, Гельмгольц сингари олимлар сезги органларининг «специфик энергияси» назариясини ишлаб чиқдилар. Бу ғоянинг асосчиси сифатида Иоганн Мюллер қатъий позицияда туриб, уни бутун вужуди билан ҳимоя қилишга интилди. Ушбу назарияга биноан, ҳар қайси сезги аъзоси ҳох қулоқ, ҳох тил, ҳох тери бўлишидан қатъи назар, ташқи дунёнинг таъсирини акс эттирмайди, атроф-муҳитда бўлиб турган реал, яққол жараёнлар юзасидан ахборотлар беришга қодир эмас, фақат у ташқи таъсирдан шахсий жараёнларнинг кўзғатувчисидан туртки олади, холос. Мазкур назарияга кўра, ҳар бир сезги аъзолари ўзининг «специфик энергияси»га эга, ҳар қандай таъсирдан кўзғалади. Масалан, кўзни босиб, унга электр токи билан таъсир қилиб кўрилса, унда ёруғлик сезгиси ҳосил қилинади, қулоққа электр кўзғатувчиси билан таъсир ўтказилса, у холда товуш сезгиси вужудга келади. Бинобарин, сезги аъзолари ташқи таъсирни акс эттирмайди, балки улардан, яъни уларнинг таъсиридан кўзғалади, холос. Инсон ҳеч қачон ташқи воқеа, яққол дунёнинг объектив таъсирларни идрок қилмайди, балки сезги аъзолари фаолиятида ўзларининг шахсий субъектив ҳолатларини акс эттиради. Мазкур назарияга биноан, инсон объектив дунёни идрок қила олмайди, у субъектив жараёнларни акс эттиради, оқибат натижада «дунё элемент» (майда қисм) ларни идрок қилиш вужудга келади. Психология тарихида «субъектив идеализм» деган йўналиш ҳам юзага келган бўлиб, унга «инсон фақат ўзи»нигина билади, холос. Ундан ташқари ҳеч нарса ҳукм суриши мумкин эмас. Бу назария ўзига хос ғояга эга бўлиб, фан тарихида «солипсизм» (ягона-«Мен») номини олган эди.

Библиографик рўйхат

1. Каримова В. М. Оилавий ҳаёт психологияси: Ўқув қўлланма. - Т.. 2006.
2. Практическая психология образования; Учебное пособие 4-е изд. / Под редакцией И. В. Дубровиной — СПб.: Питер, 2004.

АУТИСТИЧЕСКИЕ ЧЕРТЫ ЛИЧНОСТИ У СТУДЕНТОВ ТГМУ

М. В. Яворская
А. Г. Смирнов

*Ассистент,
студент,
Тихоокеанский государственный
медицинский университет
Минздрава России,
г. Владивосток, Приморский край, Россия*

Summary. The article is devoted to the diagnosis of autistic traits in students. Autistic regarded as a property of the person, which manifests itself in normal conditions and not related to the field of psychopathology. Autistic behavior it is external isolation. The cause is not the communication and spiritual qualities. The cause is psychological motivation. Self-doubt, vulnerability, preference of silence outside activities, a tendency to reverie has led of asthenic patients, at least temporarily, to fence themselves off from the outside world. The results of this study show that the majority of students do not have wide phenotype of autism. At 1/4 students have similar features of autistic behavior. At 1/5 students have a complex personality characteristics and language skills that reflect the phenotypic predisposition to autism. The vast majority of students have normal levels of behavior. 12 people have an increased risk of autism symptoms. One student had a high risk of manifestations of autistic traits.

Keywords: autistic traits in students; a predisposition to autism; autistic behavior.

Актуальность данного исследования обусловлена необходимостью изучения проблемы аутистических черт личности у студентов высшего учебного заведения в связи с наличием проблем взаимоотношения общества и индивида, у которого могут иметься данные черты, и обсуждением роли аутистической личности в обществе [1]. Аутизм является значительно распространённым в популяции: от 1 до 5–10 на 1000 детей по данным Gillberg С. (2004), Klin А. (2006) [3]. Одной из основных проблем аутизма является изучение социализации человека с аутистическими чертами личности. Не менее важно с практической точки зрения и то, что, оценка отдельных черт личности связана с межличностным восприятием и отвечает стереотипам массового сознания [4]. По мнению Л. Каннера, Аспергера, Ретта основными признаками аутистических черт личности являются в разной степени выраженная недостаточность или полное отсутствие потребности в контактах с окружающими, отгороженность от внешнего мира, слабость эмоционального реагирования по отношению к близким вплоть до полного безразличия к ним, неспособность дифференцировать

людей и одушевленные предметы, недостаточность реакций на длительные слуховые и зрительные раздражители, придающее таким людям сходство со слепыми и глухими, приверженность к сохранению неизменности окружающего, боязнь всего нового, однообразное поведение со склонностью к примитивным однотипным движениям, а также разнообразные расстройства речи [5; 6]. Для понимания аутистичности как черты личности, обуславливающей дефицит общения, следует подчеркнуть, что *аутизм*, *аутизация* – термины, обозначающие болезненное развитие, *аутистичность* же – свойство личности, проявляющееся в норме и не относящееся к сфере психопатологии. Аутистичных людей объединяет то обстоятельство, что они испытывают дефицит общения, хотя причины, приводящие к недостатку полноценного общения с другими людьми, в этих группах различны [6]. Под аутичностью понимается внешняя замкнутость, причиной которой является не дефект коммуникативных навыков, а духовные качества и психологические мотивации иного плана. Неуверенность в себе, ранимость, предпочтение творческого уединения шуму внешней деятельности, склонность к мечтательности заставляют некоторых представителей астенического и психастенического характеров, хотя бы временно, отгораживаться от внешнего мира [2]. Аутистичность это не просто стремление спрятаться от внешнего мира во внутренний мир, а природная склонность (проявляющаяся в ряде случаев с годами) чувствовать потребность в уединении. Предпосылки аутизма содержатся уже в том, что все люди субъективно воспринимают мир, видят в окружающем то, что предопределено их деятельностью. Все, что хоть как-то отодвигает человека от реальности, можно назвать "аутизмом" в самом широком смысле слова. Социальные трудности при аутистических проявлениях при сохраненных интеллектуальных способностях у индивидов часто не способствуют реализации их потенциала для независимой полноценной жизни. Ряд отечественных исследователей указывают, что при правильной социализации прогноз аутизма может быть благоприятным [2; 4; 6].

Целью данного исследования стало изучение аутистических черт личности у студентов Тихоокеанского государственного медицинского университета.

Материалы и методы. Объектом данной работы послужили черты личности студентов ТГМУ. Объем выборки исследования составил 75 человек, в возрасте от 20 до 26 лет, 25 парней и 50 девушек. К исследованию привлекались студенты следующих факультетов: лечебный факультет – 15 человек, фармацевтический факультет – 15 студентов, стоматологический факультет – 15 испытуемых, факультет общественного здоровья в количестве 15 студентов, педиатрический факультет – 15 человек.

Для исследования были использованы следующие методики: торонтский алекситимический тест, тест AQ (Aspie Qiuз), тест BAPQ (The Broad Autism Phenotype Questionnaire), тест SPQ-A (Schizotypal Personality

Questionnaire). Для количественной и качественной обработки данных был использован U-критерий Манна-Уитни.

Результаты опросника «Торонтский алекситимический тест»



Рисунок 1 - Алекситимия у студентов в абсолютных значениях, определенная методикой «Торонтский алекситимический тест» т.е. сниженная способность или затрудненность в вербализации эмоциональных состояний.

Результаты торонской алекситимической шкалы выглядят следующим образом: неалекситимический тип, т.е. способность распознавать, дифференцировать и выражать переживания, чувства, эмоции и даже телесные ощущения максимально проявляется у студентов специальности Клиническая психология и чуть меньше у студентов стоматологического факультета. Затруднения в распознавании, дифференцировании и выражении переживаний чувств выявлены у студентов педиатрического, фармацевтического и, особенно, у студентов лечебного факультетов. Им свойственна низкая эмоциональная чувствительность в отношении других людей и окружающей среды в целом.

Результаты теста BAPQ (The Broad Autism Phenotype Questionnaire)

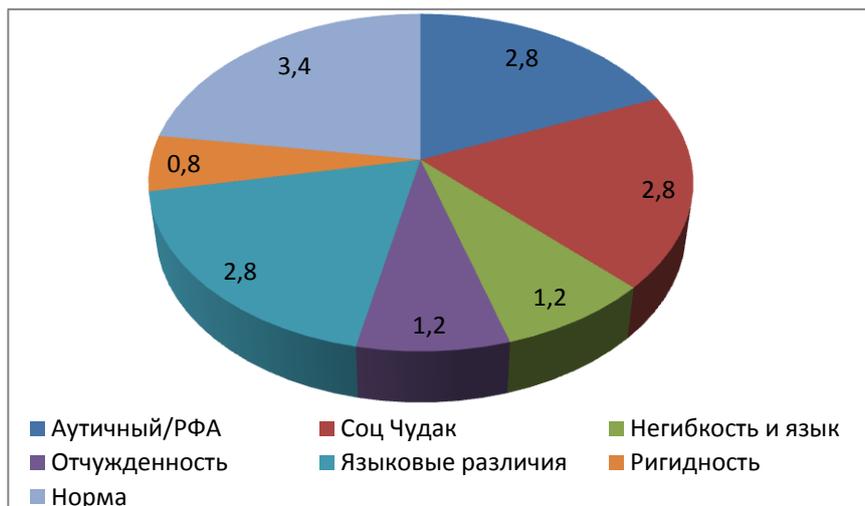


Рисунок 2 – Средние значения широкого аутистического фенотипа студентов по всем факультетам

По результатам данного теста выявлено, что *аутистический тип личности*, которому не очень нужны социальные контакты, в большей степени выражен на лечебном и фармацевтическом факультетах. Чуть меньше на стоматологическом и факультете и общественного здоровья и только у одного человека на педиатрическом факультете. *Необычное поведение* максимально проявилось на лечебном факультете, чуть меньше необычного поведения диагностировано на стоматологическом и фармацевтическом факультетах, ещё меньше на факультете общественного здоровья и педиатрическом. *Негибкостью поведения* отличались студенты стоматологического и педиатрического факультетов, единичные случаи негибкости зафиксированы на лечебном и фармацевтическом факультетах и совсем не отмечалась негибкость у студентов специальности Клиническая психология. *Поведения, связанного с отчуждённостью* совсем не было у студентов фармацевтического факультета, единичные черты отчуждённости были у студентов на лечебном, стоматологическом и педиатрическом факультетах и максимально выражена отчуждённость на факультете общественного здоровья. *Сложности с языковым общением* выявлены у студентов на всех факультетах одинаково, кроме студентов фармацевтического факультета. Ригидность поведения свойственна студентам педиатрического, фармацевтического и факультета общественного здоровья, не выявлена ригидность на лечебном и стоматологическом факультетах. *Нормальное поведение* диагностировано у студентов педиатрического, фармацевтического, факультета общественного здоровья и стоматологического в большей степени, чем на лечебном факультете.

Результаты теста SPQ (Schizotypal Personality Questionnaire)



Рисунок 3 – Средние значения теста SPQ, определяющие шизотипические черты у студентов из всех факультетов

Из диагностических признаков, свойственных шизотипическим чертам выражена шкала «Отсутствие близких друзей», наиболее выражена у студентов факультета общественного здоровья, наименее у студентов педиатрического факультета. Шкала «Идеи отношения» – т.е. ощущение человеком того, что события, происходящие вокруг, имеют особое значение именно для него, максимально диагностированы у студентов лечебного факультета, минимально у студентов педиатрического факультета. Шкала «Повышение социальной тревожности» выявлено у студентов фармацевтического факультета, минимально у студентов лечебного факультета. Шкала «Магическое мышление» больше выражено у студентов стоматологического факультета, минимально у студентов общественного здоровья. Шкала «Необычные ощущения и восприятия» характерны для студентов стоматологического факультета, не очень характерны для студентов факультета общественного здоровья. Шкала «Странное поведение» наиболее характерно для студентов фармацевтического факультета, не очень характерно для студентов факультета общественного здоровья. По шкале «Странная речь» максимальные показатели были у студентов фармацевтического факультета, минимальные у студентов факультета общественное здоровье. Шкалы «Ограниченный аффект» и «Подозрительность» максимально проявлялись у студентов фармацевтического факультета, минимальные проявления зафиксированы у педиатрического факультета.

Результаты теста AQ, определяющие признаки аутизма (Aspie Quiz)

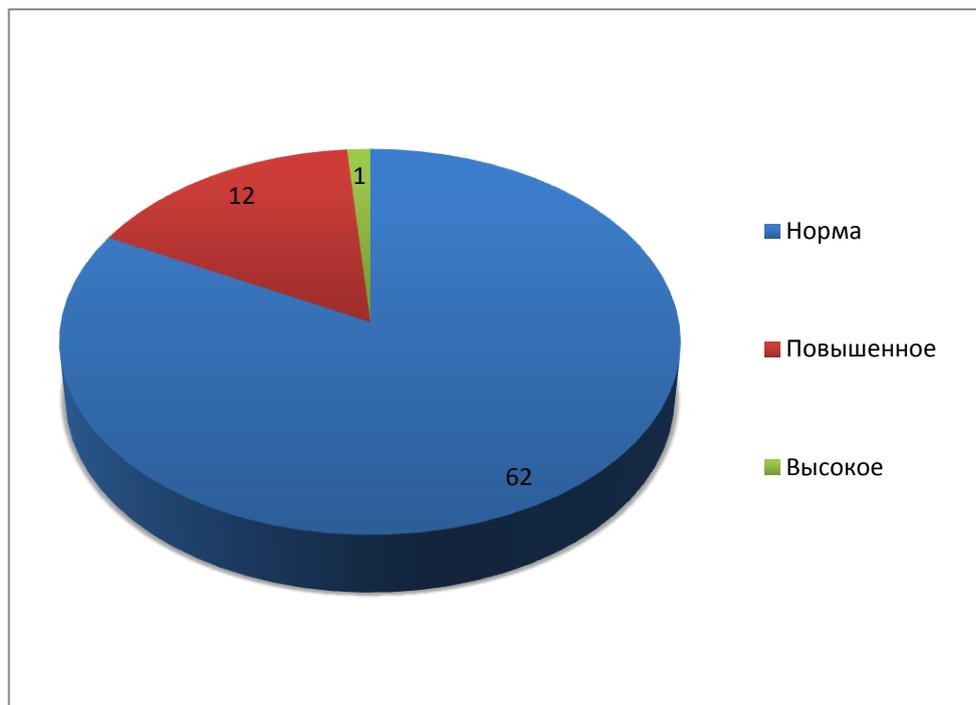


Рисунок 9 – Абсолютные значения AQ определяющие признаки аутизма у студентов

При определении признаков аутизма было выявлено: максимальные показатели шкалы «*Навыки общения*» выявлены у студентов фармацевтического факультета, минимальные – у студентов педиатрического факультета. По шкале «*Переключение внимания*» максимальные показатели зафиксированы на лечебном факультете, минимальные у студентов на стоматологическом факультете. Шкала «*Внимание к деталям*» показала максимальные данные у студентов лечебного и факультета общественного здоровья, минимальные – у студентов стоматологического факультета. Высокие показатели по шкале «*Коммуникация*» были на лечебном факультете, низкие – на педиатрическом факультете.

Выводы: 46 студентов не имеют широкого аутистического фенотипа. У 17 студентов имеются похожие особенности аутистического поведения. У 12 студентов диагностирован комплекс характеристик личности и языковых навыков, которые отражают фенотипическое выражение генетической предрасположенности к аутизму.

По всем факультетам, у 66 из 75 обследуемых шизотипических черт личности не выявлено. У 2 студентов могут проявиться эти черты, у семейных студентов имеется высокая вероятность развития шизотипических черт личности.

В целом, у 62 студентов выявлены нормальные показатели личности и поведения, повышенный риск проявлений признаков аутизма имели 12

человек, высокий риск проявления аутистических черт диагностирован у одного студента.

Обсуждение результатов: студенты факультета общественного здоровья и стоматологического факультета более способны к сопереживанию к клиентам и пациентам, ведут себя открыто, готовы помочь, у них отсутствуют нарушения в плане общения и взаимодействия с другими людьми. Более замкнутыми и имеющими проблемы в межличностных отношениях являются студенты фармацевтического, педиатрического и лечебного факультетов. У большинства студентов со всех факультетов диагностировано нормальное поведение. Случаи аутистического, необычного поведения, сложности с языковым общением, с негибкостью, отчуждённым и ригидным поведением были единичными.

Библиографический список

1. Бобров Е. А. Катамнестическое изучение больных с синдромом Аспергера \ А. Е. Бобров, В. М. Сомова \ \Материалы общероссийской конференции: «Взаимодействие специалистов в оказании помощи при психических расстройствах». – Москва, 2009. – 2009. – С. 201.
2. Виленская Г. А. Социализация развития / Г. А. Виленская, Е. А. Сергиенко // Психология XXI века / Под ред. В. Н. Дружинина. - М.: ПЕР СЭ, 2003. - С. 570-584.
3. Сомова В. М. Клинико-психологические аспекты исходов синдрома Аспергера \ В. М. Сомова, Е. А. Бобров \ \Материалы Всероссийской научно-практической конференции: «Психическое здоровье населения как основа национальной безопасности России». Казань, 2012. - С. 208.
4. Сомова В. М. психопатологические проявления синдрома аспергера у взрослых \ В. М. Сомова \ \Материалы общероссийской конференции с международным участием «Трансляционная медицина – инновационный путь развития современной психиатрии». – Самара, 2013. – С. 186-188.
5. Башина В. М., Красноперова М. Г., Симашкова Н. В., Классификация расстройств аутистического спектра у детей // Аутизм и нарушение развития. - № 2. – С. 2-9.
6. Ворсанов С. Г., Юров И. Ю., Шейзон П. М., Юров Ю. Б. Современные представления о синдроме Ретта: клинические, генетические, биохимические аспекты. Психиатрия (научно-практический журнал). – 2003, № 1, с. 62-70.



IV. PEDAGOGICAL BASES OF BUILDING A CULTURE OF HEALTHY LIFESTYLES



CARDIORESPIRATORY FITNESS AND OVERALL ENDURANCE IN UNIVERSITY STUDENTS

V. A. Amialiusik

*Assistant professor,
Belarusian State University,
Minsk, Belarus*

Summary. The article manifests cardiorespiratory fitness to be an efficient means of developing university students' overall endurance required both for physical and mental activity. The effectiveness of low, moderate or high intensity continuous steady unbroken exercises in improving cardiorespiratory system capabilities is proven. Aspects of considering preliminary and current cardiorespiratory tests and training individualization are touched upon.

Keywords: cardiorespiratory fitness; overall endurance; ATP formation; continuous steady unbroken exercises; cardiorespiratory tests.

Recent results of research on university students' physical capacity reveal an alarmingly negative dynamics of the functional state of the cardiorespiratory system. Young people who receive higher education are prone to hypodynamia (abnormally diminished power). Sedentary lifestyle leads to a decrease in the working capacity and increased fatigue syndrome. This also affects students' health resulting in 25–30 % of them facing up to different health problems. The small proportion of aerobic exercise in the physical training of students allows students neither to properly develop their basic physiological and energy systems, nor to improve functional capabilities and overall endurance required to cope with the academic process.

The bulk of students are at the age of 17 to 22 – the period of the body physiological maturation and maturity. While 1st and 2nd year students are still in the process of maturation, the undergraduates are already physically formed young people. The described period is characterized by high rates of physical performance due to the high rate of the body metabolic processes. When starting to develop overall endurance (working capacity), it is necessary to take into account the initial level of students' abilities and their age.

The level of working capacity is determined primarily by the functional capabilities of the cardiovascular, respiratory and nervous systems, the level of metabolic processes, and the coordination of the activities of various organs and systems. Cardiorespiratory endurance, sometimes referred to as cardiovascular (cardiorespiratory) fitness, is not exactly the aerobic capacity [2, p. 153], thus in this research we consider cardiorespiratory fitness as a means of developing

good cardiorespiratory function that enhances overall endurance – both physical and mental.

No movement can be performed without energy, and the only universal and direct source of energy for muscle contraction is adenosine triphosphate (ATP). Oxygen is required for strenuous exercise to activate the aerobic glycogen pathway for ATP formation. ‘During maximal exercise, free fatty acid mobilization and the aerobic glycogen pathways provide ATP over an extended time’ [1, p. 985]. In order to facilitate muscle fibers ability to sustain their contractility for a long time, constant ATP formation is necessary at the speed the same as that of its consumption.

Strengthening the intensity of physical activity requires faster intake of oxygen and glucose into the muscles. Therefore, the speed of blood flow can increase by 20 times in comparison with the resting level due to local expansion of blood vessels, and the minute volume of respiration and heart rate can double or even triple. When the training intensity increases, the limit of the steady state of working capacity can be overcome for a small time due to additional cleavage of glycogen in the reaction of anaerobic glycolysis, i.e., due to the predominant use of intramuscular energy reserves.

One of the most efficient means of improving cardiorespiratory system capabilities is continuous steady unbroken exercises. The method involves a physical activity performed at low or moderate intensities without rest intervals lasting from 20–30 minutes to 2–3 hours. In such work, the effective training protocol to maintain the adaptive result is supposed to include low, moderate or intensive exercises. After a 3-minute training, a steady level of oxygen consumption is established. By varying the intensity of the training, different components of aerobic abilities are affected. Examples of continuous training exercise include jogging, cycling, swimming, aerobic dancing, etc. At the same time, the method can be combined with elements of interval (circular) training especially to develop strength.

It is very important to assess the fitness of students’ cardiorespiratory systems when planning training curriculum. The main task of the tests is to determine the response of the cardiovascular system to physical activity. The assessment can be made in the laboratory setting or in the field (a gym and or on an athletic field). Laboratory tests include the maximal oxygen uptake test (also referred to as the ‘VO₂max test’) and the graded exercise test [2, p. 158]. Such tests provide an opportunity to spot students with some health problems and adapt the training for their specific needs. Those who are deemed to be at high risk should undergo formal cardiorespiratory testing (laboratory based) before being enrolled in PE classes.

So, as the research shows, continuous steady unbroken exercise as a part of cardiorespiratory fitness provides benefits for both cardiovascular and respiratory systems and enhances overall endurance needed by university students

to perform at a high level in a sport, a physically demanding job or in a challenging study process.

Bibliography

1. Huether S. E., McCance K. L. Understanding Pathophysiology. – Elsevier Health Sciences, 2015. – 1160 p.
2. Masurier G. C., Corbin C. B. Fitness for Life Canada: Preparing Teens for Healthy, Active Lifestyles. – Human Kinetics, 2017. – 520 p.

ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ СРЕДНЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

А. И. Александрова

*Студент,
Сибирский государственный
аэрокосмический университет
имени академика М. Ф. Решетнева,
г. Красноярск, Россия*

Summary. In this article, we have reviewed the physical education of adolescents, analyzed motor abilities. They also suggested exercises aimed at developing motor abilities.

Keywords: physical education; children; motor ability; development.

Большое значение в современном мире имеет формирование у школьников стремления к физическому развитию. Сейчас остро стоит проблема учащихся использовать средства физической культуры для укрепления своего здоровья, поддержания высокой работоспособности, самостоятельности [2].

Возрастная категория детей среднего школьного возраста с 12 до 16 лет, следовательно, это учащиеся с 5 по 9 классы. В этом возрасте формируются кости верхних и нижних конечностей, увеличиваются размеры тела, быстрыми темпами развивается мышечная система. Также наблюдаются различия в сроках полового созревания мальчиков и девочек, что подразумевает обучение в одном классе детей с разными функциональными адаптационными возможностями.

Подростковый возраст – это период продолжающегося двигательного совершенствования моторных способностей, больших возможностей в развитии двигательных способностей (табл. 1).

Задачи физического воспитания подростков:

1. Закрепление правильной осанки;
2. Воспитание ориентации на здоровый образ жизни;
3. Развитие двигательных способностей;
4. Развитие волевых и нравственных качеств;

5. Воспитание привычки к самостоятельным занятиям физическими упражнениями.

У детей среднего школьного возраста достаточно высокими темпами улучшаются отдельные координационные способности (в метаниях на меткость и на дальность, в спортивно-игровых двигательных действиях), силовые и скоростно-силовые способности; умеренно увеличиваются скоростные способности и выносливость. Низкие темпы наблюдаются в развитии гибкости [3].

Таблица 1.

Темпы прироста различных двигательных способностей у детей среднего школьного возраста (%)

| Двигательные способности | Средний прирост | | Общий прирост | |
|--------------------------|-----------------|---------|---------------|---------|
| | Мальчики | Девочки | Мальчики | Девочки |
| Скоростные | 3,9 | 2,9 | 15,4 | 11,5 |
| Силовые | 15,8 | 18,4 | 79,0 | 92,0 |
| Общая выносливость | 3,3 | 2,1 | 13,0 | 8,4 |
| Скоростная выносливость | 4,1 | 1,0 | 16,4 | 4,0 |
| Силовая выносливость | 9,4 | 3,3 | 37,5 | 13,1 |

Стоит не забывать, что у подростков увеличена эмоциональность. при воздействии монотонных раздражителей выражается торможение, это следует учитывать при выполнении физических упражнений, связанных с проявлением выносливости, поэтому нужно включить разнообразные нагрузки.

Для развития двигательных способностей, представленных в таблице 1, занятия по физической культуре могут включать в себя следующие упражнения [1].

Для девочек:

1. Ритмическая гимнастика;
2. Упражнения и комбинации на гимнастическом бревне;
3. Беговые упражнения;
4. Гимнастика с основами акробатики.

Для мальчиков:

1. Упражнения и комбинации на гимнастической перекладине;
2. Упражнения на параллельных брусьях;
3. Лазанье по канату в два и три приема;
4. Передвижение в висе на руках с махом ног;
5. Беговые упражнения.

Библиографический список

1. Ильина С. Г., Самостоятельные занятия учащихся по физической культуре Режим доступа - <http://numi.ru/docs/2012/01/18/1326897572.pdf>.

2. Михайлов Н. Г., Чечельницкая С. М., Двигательная активность как показатель культуры здоровья детей дошкольного и школьного возраста // Вестник Адыгейского государственного университета. Серия 3: Педагогика и психология. 2011. №4. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/dvigatel'naya-aktivnost-kak-pokazatel-kultury-zdorovy-a-detey-doshkol'nogo-i-shkol'nogo-vozrasta>.
3. Электронный ресурс - http://nsportal.ru/sites/default/files/2017/01/29/fizicheskoe_vospitanie_detey_srednego_shkol'nogo_vozrasta_0.doc
4. Пашин А. А., Кабачков В. А. Эффективность технологии формирования ценностно-го отношения к здоровью в физическом воспитании подростков // Вестник спортивной науки. 2011. №5. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/effektivnost-tehnologii-formirovaniya-tsennostnogo-otnosheniya-k-zdorovyu-v-fizicheskom-vozpitanii-podrostkov>.

ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ФОРМИРОВАНИЯ КУЛЬТУРЫ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

М. Н. Антоненко
В. В. Зотин
Н. И. Мансурова

*Старшие преподаватели,
Сибирский государственный
аэрокосмический университет
имени академика М. Ф. Решетнёва,
г. Красноярск, Россия*

Summary. Health has always been one of the main tasks in society. Technogenic civilization exacerbates this problem in connection with the increase in the number of health risks. This is quite a lot written and said. The problem of preservation of health of people has become not only medical but educational. Most people have not formed a positive attitude to physical culture, they are not trained to engage in systematic physical exercise, not informed properly about the critical role of human life in the preservation and strengthening of his health.

Keywords: health; healthy lifestyle; pedagogy.

Культура здорового образа жизни – это культура жизни человека, направленная на профилактику болезней и укрепление здоровья. В узком смысле: культура здорового образа жизни – это распорядок действий, предназначенный для укрепления здоровья.

На всех стадиях исторического развития общества каждая формация создавала свой идеал человека, в котором неизбежно отражались определенные общественные отношения. Человечество к этому стремилось не только ради самого идеала, а в силу общественной материальной необходимости. Идеал человека воплощал в себе всё лучшее, что помогло бы прогрессу и процветанию общества, развитию его культуры. Культура же немыслима без традиций преемственности, в основе которых лежат обширные познания. Уже на раннем этапе человечество стремилось развить в себе такие качества, которые обеспечили бы жизнедеятельность рода, племени. Поэтому пристальное внимание было обращено на физическое са-

мочувствие каждого члена общины, от которого требовалась выносливость, физическая сила, быстрота действий и определенные умения. Однако хорошее физическое развитие ещё не могло быть выражением физической культуры» как не было чётко продуманной системы упражнений, все действия носили, в основном, стихийный характер.

С развитием производительных сил возросла потребность человека не только в накоплении материальных благ, но и положительного опыта деятельности, появилась необходимость фиксировать наиболее активные и полезные для организма физические упражнения, отделяя их от производственной основы. Воспитание как процесс целенаправленного воздействия на личность должно было формировать идеального человека. Усложняющееся содержание воспитания создало условия для инициации. Как правило этот ритуал традиционно включал в себя систему физических упражнений и сопровождался экзаменом на выносливость, ловкость, силу, владение оружием и т. д., что и определяло переход молодых людей из одной возрастной группы в другую.

Здоровье – бесценное достояние не только каждого человека, но и всего общества. Здоровье помогает нам выполнять наши планы, успешно решать основные жизненные задачи, преодолевать трудности, а если придется, то и значительные перегрузки. Доброе здоровье, разумно сохраняемое и укрепляемое самим человеком, обеспечивает ему долгую и активную жизнь.

Научные данные свидетельствуют о том, что у большинства людей при соблюдении ими гигиенических правил есть возможность жить до 100 лет и более.

К сожалению, многие люди не соблюдают самых простейших, обоснованных наукой норм здорового образа жизни. Одни становятся жертвами малоподвижности (гиподинамии), вызывающей преждевременное старение, другие излишествуют в еде с почти неизбежным в этих случаях развитием ожирения, склероза сосудов, а у некоторых – сахарного диабета, третьи не умеют отдыхать, отвлекаться от производственных и бытовых забот, вечно беспокойны, нервны, страдают бессонницей, что в конечном итоге приводит к многочисленным заболеваниям внутренних органов. Некоторые люди, поддаваясь пагубной привычке к курению и алкоголю, активно укорачивают свою жизнь.

Физическая культура – неотъемлемая часть жизни человека. Она занимает достаточно важное место в учебе, работе людей. Занятием физическими упражнениями играет значительную роль в работоспособности членов общества, именно поэтому знания и умения по физической культуре должны закладываться в образовательных учреждениях различных уровней поэтапно. Немалую роль в дело воспитания и обучения физической культуре вкладывают и высшие учебные заведения, где в основу преподавания должны быть положены четкие методы, способы, которые в сово-

купности выстраиваются в хорошо организованную и налаженную методику обучения и воспитания студентов.

Библиографический список

1. Голубева Г. Н. Формирование двигательного режима ребенка. – М.: Теория и практика физической культуры и спорта. 2006. – 124 с.
2. Здоровый образ жизни: сайт [Электронный ресурс]. Дата обновления 2015 (Дата обращения: 15.02.2017).
3. Культура здорового образа жизни: сайт <http://www.scienceforum.ru> [Электронный ресурс]. Дата обновления 2014 (Дата обращения 15.02.2017).
4. Педагогические основы формирования здорового образа жизни молодежи :сайт www.dslib.net [Электронный ресурс]. Дата обновления 2015 (Дата обращения 15.02.2017).
5. Электронный научно-практический журнал «Современные научные исследования и инновации» :сайт <http://web.snauka.ru> [Электронный ресурс]. Дата обновления 2015 (Дата обращения 15.02.2017).



V. PHYSIOLOGICAL AND SOCIAL FACTORS OF REPRODUCTIVE HEALTH



ПИТАНИЕ И ЖЕНСКАЯ РЕПРОДУКТИВНАЯ СИСТЕМА

В. Н. Семенова
А. В. Усова
И. В. Намагуруева
С. Ж. Ринчинова

*Кандидат медицинских наук, доцент,
кандидат медицинских наук,
студентки,
Новосибирский государственный
медицинский университет,
г. Новосибирск, Россия*

Summary. Results of studying of a role of nutrition at pregnancy are given in article. For the comparative characteristic researches are conducted on three groups of women – with the established diagnosis of infertility, with complications of pregnancy and with normally proceeding pregnancy (control group). The special attention is paid to a role of one of the antioxidants which are widely used in the food industry – a dihydroquercetin.

Keywords: infertility; dihydroquercetin; nutrition; reproductive health.

Актуальность. «Стратегия развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 года» предусматривает смещение акцента от клинического подхода к профилактическим программам, в платформы которых включен и раздел «Репродуктивное здоровье». Проблема охраны репродуктивного здоровья населения в стране является важнейшим направлением государственной политики, определяющим национальную безопасность. Нарушения репродуктивной функции женщин – это состояния, проявляющиеся расстройствами менструального цикла, бесплодием, увеличением частоты преэклампсий, угрозы прерывания беременности, самопроизвольных выкидышей, преждевременных родов, аномалиями родовой деятельности, гипотрофией плода, хронической внутриутробной гипоксией и асфиксией в родах, гипогалактией. В последние годы в России коэффициент рождаемости составляет 1,3 вместо 2,15 необходимого для воспроизводства населения. Важной медицинской составляющей решения этой проблемы является преодоление бесплодия. По статистике на сегодняшний день, доля бесплодных браков в РФ составляет 8–17,5 % и не имеет тенденции к снижению [7].

Причины, вызывающие нарушения репродуктивного здоровья многообразны. В перечень факторов, формирующих здоровье человека и репродуктивную функцию в частности, входит и питание. Обеспеченность организма женщины всеми необходимыми макро- и микронутриентами, бесспорно, фактор, способствующий наступлению желанной беременности, ее физиологическому течению и нормальному развитию плода. Из-

вестно, что полноценное, рациональное и сбалансированное питание матери во время беременности должно обеспечить нормальное течение процессов роста и внутриутробного развития плода, течение беременности и родов. Нерациональное питание как в количественном, так и в качественном отношении приводит к увеличению осложнений беременности (преэклампсия, невынашивание, анемия) и родов (аномалии родовой деятельности, родовой травматизм), задержке внутриутробного развития плода и патологии новорожденного.

Сохранение и восстановление репродуктивного здоровья является важнейшей медицинской и государственной задачей, благополучное решение которой определяет возможность воспроизводства вида и сохранение генофонда. Заболевания репродуктивной сферы требуют существенных затрат на лечение и применение высоких репродуктивных технологий.

Цель исследования – изучить влияние питания на репродуктивное здоровье женщин.

Материалы и методы. Для проведения исследования из числа находящихся на учете в одной из женских консультаций города были сформированы 3 группы женщин фертильного возраста (20–40 лет): 1 группа – 15 женщин с установленным диагнозом бесплодия; 2 группа – 20 женщин с осложнениями беременности, 3 группа – 20 женщин с нормально протекающей беременностью (контрольная группа). Анализ медицинских карт данных женщин был дополнен анкетированием для изучения качественного состава питания. Особое внимание уделено частоте использования в течение 12 месяцев отдельных продуктов, содержащих (или с возможным содержанием) антиоксидантов (в том числе дигидрокверцетина). Для этого нами был модифицирован применяемый в клинической практике опросник с прогнозом на основе балльной оценки [5].

В последнее время общепринято считать одной из основных причин развития наиболее опасных заболеваний – накопление свободных радикалов в организме человека, что и обуславливает большой интерес к определению антиоксидантной активности системы человека [7]. Результаты исследований показали, что дигидрокверцетин обладает очень высокой антиоксидантной активностью (в том числе и по величине ORAC), превосходя многие известные антиоксиданты. Имеющиеся немногочисленные данные обосновывают рекомендации фармацевтов и акушеров о нецелесообразности применения дигидрокверцетина при беременности.

Дигидрокверцетин обладает антиоксидантной, капилляропротекторной, противовоспалительной, гепатопротекторной, репродуктивной активностью, что дает возможность успешно применять его при производстве биологически активных добавок к пище, лекарственных средств, продуктов питания, косметической продукции, кормовых добавок для животных, стимуляторов роста растений. Основной проблемой для производителей продуктов питания является максимальное сохранение качества произве-

денной продукции и сроков хранения. Гидролитические и окислительные изменения, происходящие в продуктах при хранении, приводят не только к снижению их качества, но и проявляют токсическое действие на организм человека. Установлено, что дигидрокверцетин способен увеличить сроки годности жиросодержащих продуктов от 1,5 – до 4 раз, прерывая реакции самоокисления пищевых компонентов в продукте питания. Кроме того, ряд исследований доказали, что дигидрокверцетин осуществляет функцию подавления роста микроорганизмов в продуктах, уже подверженных процессу окисления. Дигидрокверцетин используется при производстве молочной, мясной, виноводочной продукции, кондитерских изделий, напитков, продуктов функционального питания. Применение дигидрокверцетина в пищевой промышленности регламентируется рядом нормативных документов (ГОСТы, СанПиНы и Технические регламенты Таможенного союза). Природное происхождение используемого в отечественной промышленности дигидрокверцетина немаловажно.

Результаты.

В 1 группе исследуемых женщин бесплодие было двух видов – эндокринное (86,6 %) и маточное (13,3 %). Стоит отметить, что структуру маточного бесплодия абсолютным числом составляли миомы матки (гормонально-зависимое доброкачественное новообразование).

Система регуляции менструального цикла является одной из наиболее чувствительной к изменению параметров внешней среды. При оценке менструальной функции было выявлено, что процент нарушений цикла у женщин с бесплодием значительно превышал таковой во 2 и 3 группах – 73,3 % против 35 % и 30 % соответственно.

Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез был характерен практически для всех испытуемых, но с несколько разной частотой. Так, в 1 группе отягощенный акушерско-гинекологический анамнез был выявлен в 100 % случаев, во второй группе отягощенность анамнеза присутствовала в 95 % случаев, а в третьей группе акушерско-гинекологические патологии наблюдались в 90 % случаев. Также можно отметить, что во 2 группе патологические состояния при предыдущих беременностях и родах были гораздо чаще, чем в контрольной.

Анализ структуры экстрагенитальной патологии существенной разницы между группами не выявил.

Изучение структуры осложнений гестации (2 группа) показал, что самым частым осложнением настоящей беременности оказалась угроза прерывания беременности, далее следовали ранний токсикоз беременных, кровотечения в первой и второй половине беременности, равное количество – анемия беременных, ФПН, преэклампсия, маловодие.

Выявлена различная частота употребления продуктов с антиоксидантами – в 1 группе данный показатель составил 31,6 баллов на одну женщину; у 2 группы – 40, а в 3 – 27,9. Ежедневное употребление майонеза

было не столь высоким, но выше во 2 и 1 группах; плавленый сыр включали в свой ежедневный рацион только женщины 2 группы; маргарин в списке употребляемых продуктов не встречался; масло – примерно в равном количестве во всех группах. Ранжирование по употреблению полуфабрикатов выглядит следующим образом, по частоте: 2-1-3 группа. Фаст-фуд не так часто присутствовал в рационе женщин, однако несколько чаще во 2 группе.

Интересным было проследить ежедневное количество потребляемых фруктов и овощей. Гораздо больше фруктов и овощей (5–6 фруктов или овощей в день) было в рационе питания женщин контрольной группы в отличие от исследуемых 1 и 2 групп, где наибольшим числом оказалось 4 овоща или фрукта в день. Нередки ситуации в этих же группах, когда женщины могли вообще не употреблять фрукты или овощи в течение дня.

Употребление БАДов во всех трех группах не отмечалось. Витаминно-минеральные комплексы в предгравидарном периоде принимали многие женщины – 85 % женщин контрольной группы, 73,3 % из 1 группы и всего лишь 40 % из 2 группы. Но во время протекания самого гестационного периода все беременные практически в равном соотношении принимали необходимые витамины, препараты железа и йода. Беременные 2 группы в 9 раз реже употребляли специальное питание в отличие от беременных 3 группы, что могло привести к анемиям, ФПН, СЗРП и др. У женщин 1 и 2 групп выявлено ожирение, в отличие от 3 контрольной группы, где оно не наблюдалось вообще.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о том, что беременность – состояние, достаточно подверженное воздействию питания. Для женщин с бесплодием и патологией беременности характерно нерациональное питание. Нерациональность питания проявлялась в чрезмерном употреблении продуктов, содержащих в своем составе антиоксиданты, богатых жирами и простыми углеводами, что усугублялось недостаточным употреблением овощей и фруктов в ежедневном рационе в сочетании с недостаточной витаминно-минеральной поддержкой в предгравидарном периоде и отказом от специального питания беременных.

Библиографический список

1. Баряева О. Е., Игнатъева Л. П., Флоренсов В. В. Медико-экологические проблемы профилактики плацентарной недостаточности. Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. 2004 г.
2. Волгарев, М. Н. Питание и вопросы здоровья матери и новорожденного / М. Н. Волгарев // Вестн. АМН СССР. 1990. - № 8. -С.3-6.
3. Гуркина Е. Ю., Зорина С. А. Нарушения питания у беременных женщин// Бюллетень федерального центра сердца, крови и эндокринологии им. В. А. Алмазова. 2011 г.

4. Дубровина Г. В. Влияние нутриентной обеспеченности питания на функциональное состояние репродуктивной системы и элементный статус организма девушек. 2011 г. Автореферат диссертации.
5. Методические рекомендации «Национальной ассоциации клинического питания». М.- 2013 г.
6. Понамарева Е. Н., Диденко С. Н., Золотавина М. Л. Изменения показателей гормональной активности при нарушении репродуктивной системы женщин с вторичной аменореей//Электронный научный журнал «A priori. Серия: Естественные и технические науки» 2014 г. №5
7. Романова Н. Г. Биологическая и биохимическая оценка различных видов лекарственного растительного сырья для создания функциональных напитков. 2008 г. Автореферат диссертации.
8. Серов В. Н., Прилепская В. Н., Овсянникова Т. В. Гинекологическая эндокринология. М.: МЕДпресс-информ, 2015. С. 8–48, 95–122, 156–178, 247–278.
9. Тимофеева Н. Б. Репродуктивное здоровье женщины и экологическая характеристика района проживания. 2007 г. Санкт-Петербург.
10. Чшиева Ф. Т., Чопикашвили Л. В. Цитогенетическое обследование женщин с нарушением репродуктивной функции. 2012 г.
11. The Effects of Plant Flavonoids on Mammalian Cells: Implications for Inflammation, Heart Disease, and Cancer. Elliott Middleton, Chithan Kandaswami and Theoharis C. Theoharides. - Pharmacological Reviews. - 2000, 52 (4) 673-751;
12. Weizmann Institute of Science, Нава Декель, Кетти Школьник и Ари Тэдмор, 2011 - Эффективная фармакотерапия. Акушерство и гинекология. 1/2011

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЖЕНЩИН, РАБОТАЮЩИХ НА ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЯХ

Х. Р. Омонова

*Старший преподаватель,
Сергелинский медицинский колледж,
г. Ташкент, Узбекистан*

Summary. The obtained data indicate the expediency of directed selection of women in the profession, the nature of work in which is characterized by considerable neuropsychic stress. It is important to consider not only the state of health at the time of employment, but also the predisposition to mental illness, as well as personal characteristics. When selecting women for work and at the production itself, the peculiarities of the female organism are not taken into account, the working conditions for working women are not created in the workplace.

Keywords: women; health; morbidity.

В Узбекистане глубокое и всестороннее изучение заболеваемости всегда было и остается центральной проблемой научного исследования состояния здоровья населения в целом, и трудовых коллективов, в частности учитывая большую занятость женщин в некоторых отраслях народного хозяйства нашей Республики, предпринимались попытки изучения влияния профессионально-производственных факторов на специфические функции женского организма в некоторых отраслях химической промышленности

(при производстве фурановых соединений и др.), в сельском хозяйстве (при применении пестицидов в хлопководстве, при работе на машинах) [2, с. 20; 5, с. 20]. Анализ данных о течении беременности и родов показал, что беременность у работающих в производстве женщин протекала нормально лишь у 46,2 % вместо 81,4 % в условно-контрольной группе. Среди выявленной патологии беременности значительный удельный вес занимали самопроизвольные выкидыши, угроза прерывания беременности, ранние и поздние токсикозы. Не исключено, что неблагоприятным фоном для работающих женщин является широкое распространение экстрагенитальных заболеваний [1, с. 44–49].

По данным обращаемости в структуре заболеваемости женщин первые два места занимают болезни органов дыхания (18–19 %) и болезни системы кровообращения (19 %), третье – болезни органов пищеварения (14–17 %). Далее следуют болезни нервной системы и органов чувств (9–13 %), болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (10–11 %) [4, с. 85–89].

В результате сравнительной оценки уровней заболеваемости (общей, с временной утратой трудоспособности, по данным медицинских осмотров) работниц связи, текстильного производства установлена существенная роль интенсивного и напряженного труда, выполняемого в быстром темпе, при вынужденном и неудобном положении тела и с большой плотностью загрузки в течение рабочей смены, в формировании повышенных уровней заболеваемости, особенно ткачих, неврозами, болезнями органов дыхания, болезнями периферической нервной системы, а также в возникновении производственных травм и раневых инфекций [5, с. 20].

Интересные сведения о состоянии здоровья контингента работниц были получены в результате многопланового исследования различных показателей здоровья ведущих производственно-профессиональных групп г. Иваново, промышленность которого в основном представлена текстильными предприятиями [3, с. 46–49]. Сравнительный анализ данных об обращаемости за медицинской помощью показал, что у текстильщиц уровень регистрируемой заболеваемости выше (2436,0 %), чем у работниц сферы обслуживания и служащих (2193,5 и 2065,5 % соответственно). Текстильщицы в основном страдают острыми заболеваниями верхних дыхательных путей, болезнями нервной системы и органов чувств, гипертрофией аденоидов, миндалин, заболеваниями кожи и подкожной клетчатки, инфекционными и паразитарными болезнями; они чаще обращаются за медицинской помощью и по поводу несчастных случаев, отравлений, травм [2, с. 20].

Многие ученые отмечают роль неблагоприятных производственных условий в формировании повышенной гинекологической заболеваемости. Так, у работниц, подвергающихся комбинированному воздействию стирола и повышенной температуры воздуха, отмечается высокая частота нарушений менструальной функции. Запыленность воздушной среды способ-

ствуется развитию болезней воспалительного характера [5, с. 20]. У работниц, труд которых связан с постоянным перемещением тяжести, часто выявляется опущение влагалища и матки. При этом наибольшее число обращений регистрируется в возрастных группах 30–39 и 40–49 лет.

Среди биологических факторов риска исследователи выделяют личностные особенности женщин (экстра- или интравертный тип), наследственную отягощенность. Значительный риск развития невротических реакций создают также социальные факторы непроизводственного характера: неблагоприятный психологический климат в семье, неудовлетворенность личной жизнью, профессией. На частоту невротических реакций у телефонисток существенно влияет напряженный характер труда: распространенность и выраженность астенических реакций у них достоверно выше, чем у женщин контрольной группы [2, с. 20; 5, с. 20].

Таким образом, анализ литературы научных исследований последних лет по вопросам гигиены труда женщин показали, что заболеваемость женщин, работающих на производстве, существенно выше, чем заболеваемость мужчин. Заболеваемость женщин имеет свои особенности как в структуре, так и в распространенности. Условия труда работающих женщин не всегда являются благоприятными для их здоровья.

Библиографический список

1. Асадов Д. А., Аюпова Ф. М. Охрана репродуктивного здоровья девушек как резерв снижения материнской заболеваемости и смертности // Центр Азиатский мед. журнал. -1995. -№4. – С. 44-49.
2. Байкулов А. А. Медико-биологическая обоснование гигиенических критериев пищевой, биологической ценности и безопасности хлопкового масла, получаемого при различных технологических решения/ автореф. дис. ... канд. мед. наук. –Ташкент, 2003. - 20 с.
3. Дементьев А. А., Ляпкало А. А. Особенности условий труда и заболеваемости рабочих на современном предприятии по производству обуви // Гиг. и сан. -2001. -№4. – С. 46-49.
4. Камиллов А.И., Ахмедова Д.И., Ядгорова К.Т. Охрана материнства и детства в Республике Узбекистан: Состояние и перспектива // Медицинский журнал Узбекистана. – 2003. - №5.- С85-89
5. Самигова Н.Р. Гигиено – физиологические основы оптимизации условия труда работников швейных производств Узбекистана: Авт... канд. дисс. – Ташкент, 2005, - 20 с.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ: ЦИТОЛОГИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ

М. Е. Шляпников

*Доктор медицинских наук, профессор,
Медицинский университет «Реавиз»,
врач,*

О. Б. Неганова

*ГБУЗ СО СГКБ № 1 им. Н. И. Пирогова,
кандидат медицинских наук, доцент,
Медицинский университет «Реавиз»,
врач,*

О. В. Матвеева

*ГБУЗ СО СОККД;
кандидат медицинских наук, врач,
ГБУЗ СО СГКБ № 1 им. Н. И. Пирогова,*

Р. Н. Наумова

*врач,
ГБУЗ СО СОККД;*

Л. И. Гулецкая

*врач,
ГБУЗ СО СОККД;
г. Самара, Россия*

Summary. As a result of the conducted research features of cytologic changes of uterine cavity discharge in dynamics of a postpartum endometritis curing with inclusion in combination treatment of endocavitary sanitation by fluids of antiseptics are studied, dynamics of cytograms in the regeneration process of epiziotomic wound at an uncomplicated course of puerperal period, and also at maturation and disruption of suture line on a perineum on condition of use in the treatment regimen of various composition of ointments on the basis of polyethylene oxides is described.

Keywords: postpartum endomyometritis; wound obstetric infection; cytologic research of wound exudate.

Исследования последних 10 лет свидетельствуют о традиционном интересе клиницистов акушеров-гинекологов к проблеме послеродовых инфекционно-септических заболеваний и, в первую очередь, повышению эффективности терапии пуэрперальных осложнений – эндомиометрита и раневой акушерской инфекции, как наиболее значимых представителей данной группы нозологий [1; 2]. Несмотря на значительные успехи в разработке вопросов этиологии и патогенеза послеродового воспаления матки, мягких тканей родового канала и передней брюшной стенки (при условии абдоминального родоразрешения) [3; 4], рутинная объективная клинико-лабораторная и инструментальная оценка эффективности их лечения далека от идеальной, противоречива и избыточно трудно применимыми в повседневной клинической практике методиками [5; 6].

Целью настоящего исследования явилось повышение эффективности контроля лечения родильниц с пуэрперальными инфекционно-воспалительными заболеваниями. В ходе работы были поставлены и

успешно решены ряд задач, среди которых – оптимизация методики традиционного цитологического исследования раневого отделяемого и его применение в оценке динамики течения неосложненного и патологического послеродового периода при различных вариантах и методах лечебного воздействия на септический очаг.

Материал и методы исследования. В ходе настоящего исследования проведена цитологическая оценка раневого экссудата у 330 родильниц, разделенных на 3 группы. В первую группу включено 150 родильниц с послеродовым эндомиометритом, которые, в зависимости от методики воздействия на патологический очаг, были разделены на 3 подгруппы: в первой (подгруппа 1.1) – проводилась традиционная системная антибактериальная терапия с сочетанием с физиотерапевтическим воздействием на матку посредством наружного расположения электродов при проведении СМТ-терапии; во второй подгруппе (подгруппа 1.2) – проводили внутриматочную санацию матки раствором фурациллина с последующей электростимуляцией и расположением активного электрода в полости матки; в третьей (подгруппа 1.3) – в качестве антисептика применяли раствор высокодисперсного металлического серебра, стабилизированного поливинилпирролидоном. Цитологическое исследование метрoаспирата проводили на 5 сутки от начала комплексной санирующей программы. Вторая группа родильниц представлена 100 наблюдениями: в 40 случаях (подгруппа 2.1) в режиме профилактики раневой инфекции эпизиотомного шва использовали комбинированный препарат для локального применения, содержащий хлоргексидин и декспантенол на основе полиэтиленоксидов; в 60 случаях (подгруппа 2.2) – проводили стандартную обработку швов в пуэрпериальном периоде (растворы перекиси водорода и перманганата калия). Для оценки течения раневого процесса проводили цитологический контроль мазков-отпечатков со шва на промежности со стороны слизистой влагалища на 5 сутки пуэрперия. В третью группу исследования включено 80 родильниц с нагноением и расхождением эпизиотомных швов, разделенных на 2 подгруппы (по 40 наблюдений в каждой) в зависимости от состава лечебной мази: в первом случае (подгруппа 3.1) – использовали комбинацию антимикробных препаратов группы хинолонов и аминогликозидов; во втором (подгруппа 3.2) – сочетание хлорамфеникола с метилурацилом. Причем, и в первом, и во втором случае, в качестве мазевой основы также как и у родильниц подгруппы 2.1 применялись полиэтиленоксиды.

Мазки окрашивали по методике Романовского-Гимзы и исследовали с количественным и качественным анализом сегментоядерных нейтрофилов, лимфоцитов, полибластов, эозинофилов, моноцитов, макрофагов и фибробластов используя микроскоп Nikon Alphaphot – 2 при увеличении в 450 и 600 раз. Классифицировали цитологические изменения в мазках-отпечатках по периодам раневого процесса на дегенеративно-некротический, дегенеративно-воспалительный, регенеративный 1 фазы и

регенеративный 2 фазы типы цитоморфограмм [7], при оценке эффективности лечения нагноения эпизиотомного шва различного состава многокомпонентными мазями на основе полиэтиленоксида, использовали максимально расширенную интерпретацию показателей цитоморфограмм [8].

В результате проведенного исследования установлено, что на момент верификации диагноза послеродового эндометрита в 78 % случаев в аспиратах из полости матки выявлен дегенеративно-некротический тип цитоморфограмм и лишь в 12 % препаратов отвечают характеристикам дегенераторно-воспалительных изменений. Цитологические характеристики аспиратов из полости матки, полученные в динамике нескольких вариантов лечения эндометрита представлены в табл. 1.

Таблица 1

Цитологический контроль аспирата из полости матки у больных с послеродовым эндометритом на 5 сутки от начала лечения

| Тип мазка, % | Подгруппа 1.1 (n=50) | Подгруппа 1.2 (n=50) | Подгруппа 1.3 (n=50) |
|------------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| дегенераторно-некротический | 6 ± 3,36 | 2 ± 1,98 | 2 ± 1,98 |
| дегенераторно-воспалительный | 64 ± 6,79 | 54 ± 7,05 | 18 ± 5,43* |
| регенераторный 1 | 28 ± 6,35 | 40 ± 6,93 | 78 ± 5,86* |
| регенераторный 2 | 2 ± 1,98 | 4 ± 2,77 | 2 ± 1,98 |

* различия между 1,2 и 3 группами достоверны при $p < 0,001$; различия между 1 и 2 группами не достоверны.

При анализе полученных данных нами выявлен достоверно быстрый переход дегенеративно-некротических изменений в дегенеративно-воспалительные и далее – в регенераторные 1 типа у пациенток, получавших в качестве санирующего 1 % раствора высокодисперсное металлическое серебро, стабилизированное низкомолекулярным поливинилпирролидоном. В то время как использование в качестве антисептика охлажденного 0,02 % раствора фурациллина, традиционно применяемого на протяжении многих лет, не привело к значимым различиям цитоморфограмм, даже по сравнению с группой пациенток, вообще не получавших санацию полости матки в процессе лечения послеродового эндометрита.

При изучении особенностей течения клинически неосложненного эпизиотомного раневого процесса получены и представлены в табл. 2. цитологические характеристики мазков – отпечатков.

Цитологический контроль мазков-отпечатков с эпизиотомного шва со стороны влагалища у родильниц на 5 сутки после самопроизвольных родов

| Тип мазка, % | Подгруппа 2.1 (n=40) | Подгруппа 2.2 (n=60) |
|------------------------------|-------------------------|-------------------------|
| дегенераторно-некротический | 0 | 2 ± 0,51* |
| дегенераторно-воспалительный | 14 ± 2,79 | 44 ± 2,05* |
| регенераторный 1 | 68 ± 6,35 | 48 ± 2,93* |
| регенераторный 2 | 18 ± 1,08 | 6 ± 1,77* |

Примечание: статистические различия достоверны * (p < 0,05)

Анализ данных, представленных в табл. 2 наглядно демонстрирует достаточно высокую эффективность примененного нами комбинированного препарата для профилактики раневой инфекции у родильниц после самопроизвольных родов, поскольку в основной группе достоверно благополучно протекает процесс регенерации тканей, клиническим подтверждением такового является отсутствие инфильтрации, нагноения и расхождения швов на промежности. Таким образом, следует отметить, что полученные нами в ходе предшествующих исследований данные о бесперспективности использования антибактериальных препаратов для профилактики и лечения изолировано протекающей раневой акушерской инфекции [9; 10], позволяют обосновать выбор рациональной профилактики данного осложнения путем максимально широкого использования в клинической практике локального интравагинального введения комплексного препарата, содержащего хлоргексидин в сочетании с декспантенолом на основе полиэтиленоксидов.

При цитологическом исследовании раневого экссудата у родильниц с нагноением и расхождением эпизиотомных швов (табл. 3) в первые сутки значимых различий цитограмм выявлено не было. Изменения у всех пациенток укладывались в характеристику некротического или дегенеративно-воспалительного типа цитограмм. Микробы были представлены палочковой и кокковой флорой в значительном количестве, которая располагалась внеклеточно.

**Цитограммы раневых отпечатков родильниц в процессе
лечения нагноения эпизиотомных швов**

| Показатели | Подгруппа 3.1 (n=40) | | Подгруппа 3.2 (n=40) | |
|---|-------------------------|-----------------------------------|-------------------------|-----------------------------------|
| | до лечения | 5-е сутки от начала лечения | до лечения | 5-е сутки от начала лечения |
| Число лейкоцитов в поле зрения | 53 ± 3,3 детрит | 5,3 ± 0,8* | 49 ± 4,1 детрит | 24 ± 6,3* |
| Деструкция лейкоцитов, % | 100 | 67 ± 2,3 | 100 | 58 ± 2,8 |
| Клеточный состав, %: | | | | |
| - нейтрофилы | 91 ± 4,8 | 42,8 ± 2,3* | 87 ± 5,3 | 67 ± 2,7* |
| - эозинофилы | - | 0,2 ± 0,057 | 0,5 ± 0,04 | 0,12 ± 0,033 |
| - лимфоциты | 1,6 ± 0,2 | 5,2 ± 0,7* | 1,5 ± 0,2 | 2,5 ± 0,87* |
| - моноциты | - | - | - | - |
| - полибласты | 1,2 ± 0,2 | 22,4 ± 0,95* | 0,9 ± 0,25 | 12,8 ± 0,82* |
| - макрофаги | 0,1 ± 0,02 | 18,5 ± 0,5* | 0,15 ± 0,025 | 12,2 ± 1,1* |
| - фибробласты | - | 9,6 ± 0,9 * | - | 5,6 ± 0,09* |
| - многоядерные клетки | - | 0,48 ± 0,05 | - | - |
| - плазматические клетки | - | 0,4 ± 0,067 | - | - |
| - эндотелий | - | - | - | - |
| - эпителий | нет | 0,6 ± 0,012 пласты клеток | нет | нет ед. клетки |
| Число микробных тел на 1000 лейкоцитов | 2,3 × 10 8 ± 0,6 | 2,2 × 102 ± 0,4* | 1,8 × 10 8 ± 0,9 | 8,72 × 102 ± 0,8* |
| Активность фагоцитоза: | | | | |
| завершенный | - | + | - | + |
| незавершенный | - | + | - | + |
| внеклеточное расположение | + | - | + | + - |

Примечание:* - разница статистически достоверна, p<0,05.

Проведенные динамические исследования экссудата показали, что течение раневого процесса в исследуемых группах оказалось различным. Если в подгруппе 3.1 выявляли быстрый переход от воспалительных процессов к регенераторным, минимальную воспалительную реакцию в тканях, быструю, полноценную элиминацию микробной флоры, то в подгруппе 3.2 с традиционным лечением – динамика цитограмм свидетельствовала о вялом течении процессов репаративной регенерации, пролонгировании фазы воспаления раневого процесса. В подгруппе 3.1 у пациенток к 4–5-м суткам от начала лечения отмечались цитологические изменения, свидетельствовавшие о переходе воспалительно-регенераторного типа цитограммы в регенераторный, в то время как в подгруппе 3.2 в те же сроки

происходила смена цитограммы некротического типа на воспалительно-регенераторный. Цитологические исследования раневого экссудата не только демонстрируют эффективность и целесообразность выбора лечения комбинированным антимикробным средством, но и позволяют, наряду с известными критериями продолжительности антимикробной терапии, максимально точно сориентироваться, когда в лечении возможно отменить антибактериальную терапию (при смене воспалительного типа цитограммы на регенераторный). Нарушение фагоцитарной функции нейтрофилов, разрушение клеточной мембраны фагоцитов, сопровождающееся выходом из них микроорганизмов, массовое появление дегенеративно измененных лейкоцитов, наличие огромного количества микроорганизмов в отпечатках без наклонностей к уменьшению их при последующих исследованиях, мы наблюдали при анализе цитограмм раневого экссудата родильниц подгруппы 3.2. При изучении цитограмм раневого экссудата у родильниц подгруппы 3.1 отмечался активный, идущий до конца фагоцитоз нейтрофилами, макрофагами; быстрое и массовое появление полибластов, фибробластов; значительное уменьшение количества микроорганизмов вплоть до их полного исчезновения, что свидетельствовало о достаточном иммунобиологическом ответе организма на внедрение инфекционного агента в поврежденные ткани и, как результат, уменьшение его вирулентных свойств. Оценивая в целом настоящий раздел проведенного исследования, следует отметить, что цитологические исследования раневого экссудата не только доказывают эффективность и целесообразность выбора лечения комбинированным антимикробным средством, но и позволяют точно сориентироваться, когда в лечении возможно отменять антибактериальную терапию.

Таким образом, в результате выполненной работы нам представляется возможным сделать вывод о достаточной эффективности и целесообразности динамической оценки цитологических изменений раневого экссудата у родильниц с различными вариантами течения пуэрперальных осложнений, причем как на диагностическом этапе, так и в процессе проводимого различными методиками лечения. Сочетание максимальной доступности предлагаемого нами метода с возможностью объективной оценки критериев должной длительности системной антибактериальной терапии у родильниц, позволяет рекомендовать динамический цитологический контроль эффективности лечения для максимально широкого использования в рутинной клинической практике.

Библиографический список

1. Кияшко И. С. Шляпников М. Е., Аругян К. Н. Микробиологическое обоснование выбора препарата антибиотикопрофилактики инфекционно-воспалительных заболеваний у родильниц после срочных и преждевременных родов // *Мать и дитя в Кузбассе*, 2011, № 1. С. 41- 45.

2. Неганова О. Б., Колсанов А.В., Лунев В.М. Цитологическое исследование раневого отделяемого при лечении гнойных ран промежности различными методами // Новые технологии в медицине (морфологические, экспериментальные, клинические и социальные аспекты): сборник трудов, посвященный 70-летию Сталинградского - Волгоградского медицинского института - академии - университета (труды ВолГМУ. - Т. 61, выпуск 1). - Волгоград, 2005. С. 308 -311.
3. Орджоникидзе Н. В., Касабулатова Н. С., Королева Т. Е. и др. Современная акушерская тактика при послеродовом эндометрите // Материалы VII Всероссийского научного форума «Мать и дитя», 2005. С.187-188.
4. Стрижаков А. Н., Баев О. Р., Старкова Т. Г. и др. Физиология и патология послеродового периода. М., 2004. 120 с.
5. Кияшко И. С. Преждевременные роды: особенности анамнеза и патогистология последствий // Аспирантский Вестник Поволжья. Самара, 2011. № 1-2. С. 88 – 91.
6. Шляпников М. Е., Жестков А. В., Кияшко И. С. и др. Клинико-микробиологическая характеристика и динамические особенности современного течения изолированного и сочетанного с раневой инфекцией пуэрперального эндомиометрита // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии, 2015, Т.14, № 2. С.63-69.
7. Шляпников М. Е. Системный подход к лечению послеродового эндомиометрита и оптимизации абдоминального родоразрешения. Автореф. дисс.... д.м.н. Москва, 2009. 49 с.



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



ДОМИНИРУЮЩИЕ СТРАТЕГИИ ПОВЕДЕНИЯ В КОНФЛИКТНЫХ СИТУАЦИЯХ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С РАЗНЫМ ТИПОМ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОМПОНЕНТА ГЕСТАЦИОННОЙ ДОМИНАНТЫ БЕРЕМЕННОСТИ

Н. С. Тимошенко

*Студент,
Тихоокеанский государственный
медицинский университет,
г. Владивосток, Приморский край,
Россия*

Summary. The article is devoted to the study of dominant strategies of behavior in pregnant women with different types of psychological component of the gestational dominant. With a view to learning to understand what strategy to respond in a conflict situation. To understand what response strategy in a conflict situation the future mother is using, in case she is not constructive, edit it.

Keywords: pregnant women; dominant behavioral strategies; conflict situations; style of behavior in conflict; gestational dominant; psychological component of the gestational dominant.

В период беременности женщина наиболее эмоционально уязвима и восприимчива к неблагоприятным факторам социальной среды. Переживание стресса может сказаться на протекании беременности и в конечном итоге на развитии плода. Но, тем не менее, многие современные женщины в период беременности сохраняют высокий уровень социальной активности. В современном обществе граждане не всегда готовы проявить деликатность и терпимость в отношении беременных женщин. В процессе общения будущие мамы неминуемо попадают, в том числе, и в конфликтные ситуации, которые становятся неизбежны в их жизни.

Проблема доминирующих стратегий поведения в конфликтных ситуациях у молодых людей и девушек уже неоднократно рассматривалась как зарубежными, так и отечественными психологами, в том числе А. Г. Здравомысловым, К. Левиным, Н. В. Гришиной, А. А. Ершовым [2; 4; 7; 8]. Психологами используется единая классификация стратегий поведения при конфликте: соперничество, сотрудничество, приспособление, конкуренция и компромисс. На основании проведенных исследований К. Левина [6] можно отметить, что во многих конфликтах женщины чаще используют такую стратегию поведения как компромисс – пытаются сгладить кон-

фликт и прийти к консенсусу, снизить эмоциональное напряжение [9]. Изучая доминирующие стратегии поведения в конфликтных ситуациях у женщин, М. А. Круглова выявила, что «у женщин разрыв между тремя видами стратегии (избегание, соперничество или компромисс) минимален [5, с. 282]. То есть женщины лабильны в процессе изменения стратегий поведения в конфликтных ситуациях в зависимости от ситуации. По данным исследования С. А. Грошева [3] для женщин характерны провоцирования конфликтов в связи с их личными потребностями.

Цель исследования – выявить доминирующие стратегии поведения в конфликтных ситуациях у беременных женщин. Вопрос доминирующей стратегии поведения в конфликтных ситуациях у беременных женщин весьма важен, так как поможет понять, как различия в стратегиях поведения в конфликте поможет адаптировать и оптимизировать общение, воспитание ребенка, протекание беременности, семейное благополучие. В соответствии с целью исследования, был применен метод тестирования, представленный следующими тестовыми методиками: Опросник К. Д. Томаса «Стиль поведения в конфликте» и Тест отношений беременных И. В. Добрякова [1].

Исследование проходило на базе ГБУЗ «Приморский краевой перинатальный центр» г. Владивостока. В исследовании приняли участие 34 человека: 34 беременных женщины, из которых 5 находятся на первом триместре беременности, 17 на втором и 12 на третьем триместре, также 31 из них замужем и 3 нет. Все участники исследования были в возрасте от двадцати двух до тридцати шести лет.

По результатам теста Томаса, было выявлено, что стратегия компромисса характерна для пятнадцати беременных женщин. Данная стратегия характеризуется поиском баланса со стороны обеих сторон и взаимовыгодными уступками. Эта стратегия является одной из самых оптимальных стратегий поведения в конфликтных ситуациях.

Стратегия соперничества присутствует у четырех беременных женщин. Она характеризуется попыткой конфликтующего доказать исключительно свою точку зрения и добиться победы над оппонентом, открытое противостояние, неотступное доказывание своей правоты и своей точки зрения, часто в ущерб конкуренту.

Стратегия избегания выявлена у четырнадцати беременных, суть стратегии избегания в том, что человек пытается не найти решения конфликта, а пускает все на самотек, пытается уйти от конфликта, не обращает на него внимания, не пытается найти решение.

Стратегия сотрудничества присутствует у пяти беременных женщин, суть стратегии сотрудничества заключается в том, что поддерживаются интересы обоих оппонентов, пособничество обоим сторонам конфликта. Одна из оптимальных стратегий поведения в конфликтной ситуации.

Стратегия приспособления выявлена у четырех беременных женщин, суть стратегии приспособления в том, что конфликтант жертвует личными интересами в пользу интересов оппонента, отказывается от своих целей, пытается угодить окружающим.

По результатам теста, было выявлено, что: доминирующей стратегией (пятнадцать из тридцати четырех случаев) является стратегия компромисса, которая характеризуется поиском баланса со стороны обеих сторон и взаимовыгодными уступками.

Минимально представленной стратегией является стратегия приспособления (четыре из тридцати четырех случаев), которая характеризуется тем, что конфликтант жертвует личными интересами в пользу интересов оппонента, а также стратегия соперничества (четыре из тридцати четырех случаев), которая характеризуется попыткой доказать свою правоту оппоненту.

Для беременных женщин беременность может иметь разное субъективное значение и в разной степени оказывать влияние на ее поведение в конфликтной ситуации. В наших более ранних исследованиях были получены несколько иные результаты. Это позволяет говорить о том, что для будущих мам могут быть характерны совершенно различные стратегии поведения в конфликтных и стрессовых ситуациях. Выбор той или иной стратегии может зависеть от предыдущего опыта женщины, ее индивидуально-психологических особенностей и прочее. Принимая во внимание тот факт, что переживание стрессов в период беременности крайне нежелательно, мы предполагаем, что работа по профилактике непродуктивных стратегий может быть важной составляющей в деятельности психологической службе перинатального центра.

Библиографический список

1. Анцупов, А. Я., Шипилов, А.И. Конфликтология: Учебник для вузов/ А. Я. Анцупов, А. И. Шипилов/. М.: ЮНИТИ. - 1999. - 551с.
2. Гришина Н. В. Психология Конфликта. - М.: Ростмэн 2008. - 16 с.
3. Грошев С. А. Психология конфликта. - СПб., 2000. - 52 с.
4. Здравомыслов А. Г. Социология конфликта. - М.: Махаон, 1996. -47 с.
5. Круглова М. А. К психологии конфликтной деятельности //Искусственный интеллект и психология/ М.А. Круглова/. М.: Флинта. - 1976. - С. 270-298.
6. Левин К. Психология социальных конфликтов / К. А. Левин. - М.: Изд-во МГТУ им. Н. Э. Баумана, 2001. - 258 с.
7. Левин К. Разрешение социальных конфликтов. - СПб.: Композитор, 2000. - 15 с.
8. Рабовалюк Л. Н., Кравцова Н. А. Биопсихосоциоэтический подход в психологическом сопровождении беременных женщин / Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал). 2015. № 6 (50). С. 380-400.
9. Рабовалюк Л. Н. Ценность материнства на рубеже третьего тысячелетия// Система ценностей современного общества. 2011. № 17-2. С. 155-163.

БЛАГОПРИЯТНЫЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ КЛИМАТ В СЕМЬЕ КАК УСЛОВИЕ СОХРАНЕНИЯ И УКРЕПЛЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА

О. Н. Шенна

*Учитель,
Начальная школа-детский сад № 44,
г. Белгород, Россия*

Summary. The friendly atmosphere in the family, the acceptance of the individual characteristics of the child, the uniform style of upbringing, the consistency in actions, the sincere display of interest in the child's inner world are a prerequisite for maintaining and strengthening the psychological health of children.

Keywords: psychological health; psychological climate; emotional disturbances.

Психологическому здоровью детей в последнее время уделяется особое внимание, так как с каждым годом увеличивается количество детей с нарушениями в поведенческой сфере: агрессивность, импульсивность; эмоционально-волевой сферах: тревожность, замкнутость, наличие страхов. Данные нарушения мешают гармоничному развитию ребенка и возникают в результате влияния большого количества факторов, в первую очередь, психологического климата в семье – характера внутрисемейных отношений; особенностей детско-родительских и супружеских отношений.

Семья – это место, где рождается ребенок и происходит его становление личности. Поэтому независимо от категории семьи – полной или неполной, семья для каждого ребенка должна обеспечить базисное чувство безопасности, что поможет сформировать доверие к окружающему миру. Также семья помогает ребенку познакомиться и освоить новые способы поведения и реагирования на различные раздражители, что в дальнейшем поможет ему психологически комфортно чувствовать себя в социуме [3].

Психологический климат в семье является показателем особенностей внутрисемейных отношений, оказывает значимое влияние на психологическое развитие детей, взаимоотношения между родителями. Кроме того психологический климат – это нестабильное эмоциональное состояние семьи, так как его создают сами члены семьи, и его характер меняется от содержания внутрисемейных отношений.

Для того чтобы ребенок находился в полной гармонии со своим телом, мыслями, чувствами, родителям необходимо заботиться о его эмоциональном, познавательном развитии, что является компонентами психологического здоровья детей. Поэтому для профилактики агрессивного поведения необходимо в семье придерживаться единого стиля воспитания – демократического, так как он позволяет ребенку чувствовать себя психологически комфортно, как в ситуациях поощрения, так и в ситуациях наказания. Ограничения и запреты должны восприниматься детьми не эмоцио-

нальной вспышкой гнева, плачем, а адекватной реакцией – принятием, уважением действий родителей. Поэтому взаимопонимание и доверие между родителями и детьми позволяют установить эффективные границы, что можно, что нельзя [2].

При либеральном стиле воспитания дети чувствуют себя одинокими, отверженными, несмотря на то, что родители стараются удовлетворить все их потребности, не применяют запреты и ограничения. Агрессивное поведение таких детей часто является сигналом их внутреннего неблагополучия; способом привлечения внимания. При авторитарном стиле воспитания родители подавляют личность ребенка, ущемляют интересы, прививая свои жизненные позиции и установки, что влечет за собой появление неуверенности в собственных силах, формирование заниженной самооценки, повышенную тревожность, трудности в коммуникации.

Кроме особенностей детско-родительских отношений на психологическое здоровье детей влияют отношения между родителями (супружеские отношения). Родители должны исключить выяснение отношений в присутствии детей, повышенный тон, оскорбления, отрицательное отношение друг к другу, так как подобное поведение может спровоцировать возникновение эмоциональных нарушений – чувства вины, незащищенности, повышенной тревожности [1].

Таким образом, доброжелательная атмосфера в семье, принятие индивидуальных особенностей ребенка, единый стиль воспитания, последовательность в действиях, искреннее проявление интереса к внутреннему миру ребенка являются условием сохранения и укрепления психологического здоровья детей.

Библиографический список

1. Захаров А. И. Предупреждение отклонений в поведении ребенка. С-Пб., 2007. – 336 с.
2. Руководство практического психолога: психическое здоровье детей и подростков в контексте психологической службы / под ред. И. В. Дубровиной. – М.: Издательский центр «Академия», 2005. – 170 с.
3. Хоментаскас Г. Семья глазами ребенка. – М.: РИПОЛ КЛАСИК, 2003. – 224 с.



VII. AGE CHARACTERISTICS OF HEALTH PREVENTION AND TREATMENT OF DISEASES



ANALYSIS OF SCHOOL-AGED CHILDREN DENTAL CARIES PROCESS ACTIVITY TEST

V. Kosenko

*MD-PhD,
Zhytomyr Nursing Institute,
Municipal Higher Educational
Establishment of Zhytomyr Region Council,
Zhytomyr, Ukraine*

Summary. Hereby the results of examination of children at the age of 6, 12 and 15 years are reviewed. Dental caries prevalence and intensity rates have been analyzed and downsides of preventive measures have been revealed herein.

Keywords: children; caries; prevalence; intensity and precautions.

Rationale: As reported by the World Health Organization (WHO), no country free of dental diseases has been existing to the date in the world. Dental caries and periodontal disease prevalence and intensity rates are not the same in different countries [1; 2; 3].

Objectives: research of rates of prevalence and intensity of the dental caries in children at the age of 6, 12 and 15 years, who are the residents of Zhytomyr city.

Scope, materials and methods of the study: for the purpose hereof medical files of 162 students from Zhytomyr colleges and patients of the Children's Dental Polyclinic have been reviewed and analyzed.

Main group was represented by students from Zhytomyr colleges at the age of 6, 12 and 15 years. The said colleges have dentists and nurses employed therein. Attention of medical practitioners is primarily paid to the student oral cavities sanitation, in particular decayed teeth stopping, dental plaque removal and gingivitis healing. For the purpose of the primary prevention of the dental diseases, dentists are used to seal pits and fissures, as well as provide for students daily instruction of oral health maintenance. Nurses are generally engaged in disinfection and sterilization of dental instruments.

Reference group was represented by patients of the Children's Dental Polyclinic, who were seeking medical attention mainly by reason of making still their sensation of pain. Patients representing the reference group attend schools without dentist's rooms of permanent type, i.e. neither primary, nor secondary target measures of prevention of the oral cavity diseases has been being taken therein.

The following test methods have been applied for the purpose of this study: Bibliosemantic; Systems analysis & Logic consolidation; Clinical (visual examination, index based assessment of the hard tooth tissue condition following the indices DMF and DMF+df); Statistical, and Mathematical processing of collected data.

Test results and evaluation thereof: Subsequent to the results of study hereby performed it was found that prevalence rate of dental caries in children at the age of 6 years is rather high. In terms of the main and reference groups the said values correspond to 80.8 (%) and 87.8 (%) percent accordingly. It should be noted, however, that the children at the age of 6 years have their permanent molars initially erupted, in which case condition of such teeth is of great importance for forming their dental occlusion (superior to inferior jaw physiological ratio). It is a matter of fact that one of the most efficient methods for prevention of the first permanent molar caries is known to be a sealing of pits and fissures, which is, however, done in a partially limited manner.

Rate of dental caries prevalence in 12-year old children from main and reference groups has made up to 79.3 (%) percent (thus evidencing of medium prevalence rate) and 88.7 (%) percent (representing high prevalence rate). At the age of 12 years the only (on a large scale) primary teeth in oral cavity are the pointed ones, while rest 16 teeth (decayed in the most cases) have been already physiologically replaced by the permanent ones. Therefore, caries affected cavities of different depth and size are being formed in permanent teeth within a few years after they have been erupted. The high rate of dental caries prevalence in 12-year old children is conditioned by evident downsides of the preventive work.

Rate of dental caries prevalence in 15-year old children is also happened to be rather high. In terms of the main and reference groups the said values correspond to 75.0 (%) percent (medium prevalence rate) and 87.8 (%) percent (high prevalence rate) accordingly.

Assessment of the intensity of damaging of hard tooth tissues by caries process has been made by DMF (in consideration of the permanent occlusion in 15-year old children) and DMF+df (considering mixed occlusion in children at the age of 6 and 12 years). The assessment has been made with regard to general numeric values of indices through consideration of individual components thereof (number of decayed, missed and filled tooth). Obtained DMF and DMF+df indices gave the evidence of both caries intensity and effectiveness of the medical aid, either of treatment or preventive nature, provided.

Value of dental caries intensity rate in 6-year old patients from the main group was equal to 5.5 ± 2.98 , while from the reference group - 6.7 ± 2.81 . As a rule caries process has been striking deep immature fissures, in which case the acute progress was evidenced (hard tooth tissues were soft and light colored). Apparent caries depth has corresponded to medium class. According to the European requirements, the average DMF+df index for 6-year old children shall not exceed 2.0.

Dental caries intensity rate in 12-year old children from the main group corresponded to value of 3.6 ± 0.09 , while from the reference one – 5.6 ± 2.26 . In the most cases the acute medium caries with dominating localization within the areas of deep fissures has been evidenced. DMF+df index for 12-year old children (according with the European requirements) shall not exceed 1.5, in which case a component 'D' (untreated caries) should be less, than 0.5. According to the WHO classification, there are 5 (five) basic rates of caries intensity in 12-year old children. Resulting values were found to be in line with medium and high rate of intensity.

Dental caries intensity rate in 15-year old children from the main group made up to 3.3 ± 2.03 (medium rate), while from the reference one – 4.7 ± 1.98 (high rate). Both acute and chronic dental caries was evidenced in children at the aforesaid age. The acute progress was characterized by soft and light colored dental tissues, while they were of hard structure and pigmented in case of chronic phase. Caries induced cavities were found in both fissure areas and approximal (contact) tooth surfaces (see Table 1).

Table 1

**Assessment of Caries Intensity Rate by DMF and DMF+df Indices
[in absolute terms]**

| Test-taker age, years | Groups under test | Sex | | | | | |
|-----------------------|-------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | | Females | | Males | | Average values | |
| | | DMF | DMF+df | DMF | DMF+df | DMF | DMF+df |
| 6 | Main | - | 5.4 ± 3.25 | - | 5.6 ± 2.81 | - | 5.5 ± 2.98 |
| | Reference | - | 6.6 ± 3.23 | - | 6.8 ± 2.61 | - | 6.7 ± 2.81 |
| 12 | Main | - | 3.8 ± 2.14 | - | 3.5 ± 2.10 | - | 3.6 ± 0.09 |
| | Reference | - | 5.5 ± 2.81 | - | 5.7 ± 2.09 | - | 5.6 ± 2.26 |
| 15 | Main | 3.1 ± 2.1 | - | 3.4 ± 2.02 | - | 3.3 ± 2.03 | - |
| | Reference | 4.5 ± 1.76 | - | 5.0 ± 2.21 | - | 4.7 ± 1.98 | - |

It shall be noted in the course of DMF and DMF+df index analysis that the value of component 'D' (decayed teeth) for both 6 and 12-year old children from the main group was less, than the same one in reference groups. This is the evidence of sealing in due time of pits and fissures, efficient remineralization therapy and timely tooth stopping. However rather high general values of the said indices are considered to be the evidence of insufficiency of taking primary preventive measures. The oral health of children may be improved, if supported by proper sanitary and educative work, prophylactic fluorine treatment, etc. Each phase of preventive measures shall be accompanied with active involvement of the dental hygienists.

Appearance of the component 'M' (missing tooth) in 15-year old males and females from the reference group is considered to be one of most adverse trends. Extracted permanent teeth are the evidences of improper and out-of-time treatment. Teeth extraction has been mainly conditioned by complicated caries

(pulpitis, perio disease), thus evidencing in the most cases about bad timing and insufficiency of the primary and secondary prevention (see Table 2).

Table 2

**DMF and DMF+df Indices of Patients from Main and Reference Groups
[in absolute terms]**

| Test-taker age, years | Groups under test | DMF and DMF+df Index Components | | | | | | |
|-----------------------|-------------------|---------------------------------|----------|----------|----------|----------|---------------------|------------------------|
| | | D | M | F | d | f | DMF, average values | DMF+df, average values |
| 6 | Main | 0.9±0.59 | 0.0±0.0 | 1.1±0.73 | 1.8±1.23 | 1.6±1.13 | - | 5.5±2.98 |
| | Reference | 1.7±0.73 | 0.0±0.0 | 0.8±0.73 | 2.3±1.26 | 1.9±1.85 | - | 6.7±2.81 |
| 12 | Main | 0.9±0.68 | 0.0±0.0 | 1.1±0.85 | 0.6±0.56 | 0.9±0.73 | - | 3.6±0.09 |
| | Reference | 1.9±0.71 | 0.0±0.0 | 1.4±0.97 | 1.3±0.75 | 1.1±0.70 | - | 5.6±2.26 |
| 15 | Main | 1.4±0.95 | 0.0±0.0 | 1.8±1.2 | - | - | 3.3±2.03 | - |
| | Reference | 2.3±1.07 | 0.1±0.32 | 2.3±1.2 | - | - | 4.7±1.98 | - |

Findings: High rates of dental caries prevalence and intensity in children at the age of 6, 12 and 15 years indicate existence of downsides in approaches to preventive work. Special attention shall be paid to the primary preventive measures, in particular hygienic education and training of young people; normalization of ration, follow-up care, topical use of fluorine and mineralizing agents. Successful carrying out of the said work depends on availability of special medical team composed of dentist, dental hygienist and nurse. Teachers and parents shall be also actively involved to preventive process.

Bibliography

1. Series of lectures on prophylactic treatment of dental diseases: Education guidance, H. Melnychouk, H. Havryliv, M. Voliak, et al.; edited by H. Melnychouk – Ivano-Frankivsk, 2009 – 292 p.
2. Prophylactic treatment of dental diseases: Education guidance, N. Smoliar, O. Houmeniuk, T. Kravets, et al.; edited by N. Smoliar – Lviv, 'Magnolia 2006', 2017 – 368 p.
3. Dental diseases: Conservative dentistry: Guidebook, A. Borysenko, M. Antonenko, L. Lynovytska, et al.; edited by A. Borysenko – Kyiv: Ukraine-wide Special Public House 'Medystyna', 2017 – 664 p.

ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ГРИБКОВЫМ ПОРАЖЕНИЕМ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА, ПОЛЬЗУЮЩИХСЯ СЪЁМНЫМИ ПЛАСТИНОЧНЫМИ ПРОТЕЗАМИ ПРИ ПОЛНОМ ОТСУТСТВИИ ЗУБОВ

И. В. Линченко
Т. Н. Радышевская

*Кандидат медицинских наук,
кандидат медицинских наук,
Волгоградский государственный
медицинский университет,
г. Волгоград, Россия*

Summary. In the article the features of rehabilitation of patients with fungal lesions of the oral mucosa, using removable plate prostheses with complete absence of teeth are considered. Chronic atrophic form of candidiasis of the oral cavity is more common in elderly people wearing dentures. It is recommended to include in the scheme of treatment of patients the means for fixing dentures as protectors of medicines for the treatment of candidal stomatitis of the oral cavity.

Keywords: candidiasis of the oral mucosa; removable dentures; complete absence of teeth.

Грибы рода *Candida albicans* чаще всего вызывают грибковые поражения слизистой оболочки полости рта (ротовые микозы). Обычно кандидозному стоматиту у взрослых сопутствует тяжелая соматическая патология. У пожилых людей на фоне снижения иммунитета, а также у лиц, страдающих эндокринными заболеваниями и заболеваниями крови, пациентов, перенесших лечение антибиотиками или рентгенотерапию, может возникнуть кандидозный стоматит [1; 2]. Кандидоз может быть острый и хронический, поверхностный и глубокий, локализованный и генерализованный. Хроническая атрофическая форма кандидоза полости рта чаще встречается у пожилых людей, носящих зубные протезы, в связи с чем ее называют стоматитом от зубных протезов. Но каким бы ни был кандидоз, он особенно сказывается на качестве жизни пациентов, пользующихся съёмными пластиночными протезами при полном отсутствии зубов. Этому будут дополнительно способствовать так называемые «парниковый» и «вакуумный» эффекты. Шероховатость и пористость, а также плохой уход за протезами способствует проникновению ротовой жидкости в базис и образованию на его поверхности налета, в котором содержатся белки, клетки слущенного эпителия, лейкоциты. В результате этого создаются благоприятные условия для жизнедеятельности грибов, особенно рода *Candida albicans*, продукты метаболизма которого (молочная кислота и др.) могут вызывать боли в области протезного ложа, жжение и гиперемию слизистой оболочки полости рта [3].

Лечение данных пациентов затруднено по нескольким причинам: во-первых, лекарственное средство, нанесенное слизистую оболочку, нахо-

дится на ней не так длительно, как хотелось бы, т. к. смывается слюной; во-вторых, пациенты очень часто пользуются старыми, ранее изготовленными протезами в период изготовления новых; в-третьих, нанесение под протез лечебных паст на масляной, либо мазевой основе препятствует фиксации протеза, что приводит к микротравмам, нарушению целостности слизистых оболочек, ухудшению барьерной функции, в результате чего грибок попадает вглубь тканей, усиливая воспаление. Особые трудности встречаются у пациентов, имеющих неблагоприятные анатомо-топографические условия для фиксации протезов – III и IV тип атрофии костной ткани челюстей по Оксману [4].

Цель исследования: Оптимизировать лечение кандидоза слизистой оболочки полости рта у пациентов, пользующихся съемными пластиночными протезами при полном отсутствии зубов.

Материалы и методы исследования: Проведено лечение четверых человек (женщины в возрасте от 70 до 80 лет) с жалобами на сухость, болезненность слизистой полости рта, жжение, гиперемия слизистой оболочки неба, заеды в углах рта. Во всех случаях пациентки пользовались съемными пластиночными протезами при полном отсутствии зубов продолжительностью от 7 до 11 лет, дважды проводя замену. Пациентки отмечали плохую фиксацию и стабилизацию протезов. При осмотре полости рта в трех случаях отмечалась резкая равномерная атрофия альвеолярных отростков и альвеолярной части, (III тип по Оксману), в одном случае – резкая неравномерная атрофия (IV тип). У всех пациенток имелось плоское небо, отсутствие верхнечелюстных бугров, подвижная слизистая оболочка прикреплялась у вершины альвеолярных отростков. Слизистая оболочка огненно красного цвета, болезненная, отечна по границам съемного пластиночного протеза. В углах рта наблюдались болезненные заеды.

Пациентам проведено лабораторное исследование соскоба слизистой оболочки, консультация врача-терапевта, назначено предварительное общее лечение препаратом дифлюкан (в капсулах) по 50–100 мг 1 раз в сутки в течение 10 дней, витаминотерапия (витамины группы В, витамин С, РР), антигистаминные препараты.

На фоне улучшения общего состояния последовало ортопедическое лечение: изготовление съемных пластиночных протезов из пластмассы «Фторакс» по традиционной технологии. Для улучшения фиксации протезов, а также для более длительного воздействия лекарственных средств, предложено пользоваться средствами для фиксации Corega и Protifix, нанося лекарственное средство под протез с гелем для фиксации.

Средства для фиксации зубных протезов не содержат искусственных красителей, обеспечивают надежную фиксацию зубного протеза в течение всего дня и имеют нейтральный вкус. Они препятствуют натиранию десен, снижают вероятность появления воспаления и раздражения десен при использовании протеза, обладают длительной фиксацией. Особенно важно

указанное производителем свойство не оказывать влияние на адсорбцию, действие и метаболизм других лекарственных препаратов.

Местное лечение включало аппликации 1 % раствором клотримазола, смазывание заед 5 % левориновой мазью, ошелачивающие полость рта средства – полоскание 2 % раствором натрия гидрокарбоната, аппликации 10–15 % раствором буры в глицерине до двух недель.

Результаты: Наблюдение за пациентами в течение 3 месяцев после протезирования с использованием КДА показали положительную динамику адаптационных процессов. Отсутствие жалоб на жжение слизистой, сухость в полости рта, болезненность при приёме пищи, исчезновение гиперемии слизистой оболочки и заед в углах рта, сокращение сроков медикаментозного лечения и кратности обработки слизистой оболочки, позволяет рекомендовать использовать средства для фиксации зубных протезов в качестве протекторов лекарственных средств для лечения кандидозных стоматитов полости рта.

Выводы: Врачебная тактика при кандидозе слизистой оболочки полости рта предусматривает тщательное обследование больного, общие и местные мероприятия, устранение имеющихся очагов хронической инфекции, рациональное протезирование, включающее изготовление новых протезов с максимальным соблюдением всех технологических требований, соблюдение диеты, гигиены полости рта.

Библиографический список

1. Андрейчикова О. Н., Радышевская Т. Н. Применение метода аналитических сетей для прогнозирования здоровья основных систем человеческого организма // Информационные технологии. 2003. № 7. С. 45 - 53.
2. Линченко И. В., Цуканова Ф. Н. Оптимизация реабилитации пациентов с грибковым поражением слизистой оболочки полости рта, пользующихся съёмными пластиночными протезами при полном отсутствии зубов. // Фармация и фармакология. Пятигорск. 2015. Приложение 1. С. 58 – 59.
3. Михальченко В. Ф., Радышевская Т. Н., Алёшина Н. Ф., Петрухин А. Г. Диагностика заболеваний слизистой оболочки полости рта. Учебно-методическое пособие, Волгоград, 2003 г. 32 с.
4. Цуканова Ф. Н., Линченко И. В. Изготовление съёмных пластиночных протезов при полном отсутствии зубов на нижней челюсти с 3 типом атрофии по И. М. Оксману Сборник «Актуальные вопросы современной стоматологии», т.67. Волгоград, 2010.

ПЕРИНАТАЛЬНАЯ СМЕРТНОСТЬ: ОСНОВНЫЕ И НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ ПРИЧИНЫ

Д. Б. Мирзаева

*Старший преподаватель,
Сергелинский медицинский колледж,
г. Ташкент, Узбекистан*

Summary. Perinatal mortality is considered a reliable indicator of the quality of obstetric and pediatric care, as well as the socio-demographic policy of the state as a whole. Studying PS, statistical analysis of its dynamics and causes are of great scientific and practical importance and are urgent problems of public health. The pathology of the fetus and newborn is largely due to the diseases of the mother, complicated by the course of pregnancy and childbirth, the pathology of the afterbirth.

Keywords: perinatal mortality; causes; risk factors.

Согласно рекомендациям ВОЗ, перинатальным периодом считается период с 22-й полной недели (154-го дня) внутриутробной жизни плода (в это время в норме масса тела плода составляет 500 г) по 7-й полный день после рождения (168 ч) [3, с. 12–15; 8, с. 742].

Особо важным разделом анализа перинатальной смертности является изучение причин смерти. При этом необходимо пользоваться материалами статистических органов и данными специальных исследований, которые позволяют проанализировать причины смерти в зависимости от пола, периода жизни и места постоянного жительства умерших. При изучении причин смерти прежде всего необходимо рассмотреть её структуру. При этом важно выделить основные группы причин, которые определяют весь уровень перинатальной смертности [2, с. 106–109].

По данным официальной статистики, показатели перинатальной смертности в разных странах мира находятся на разных уровнях. Показатель перинатальной смертности в последние годы колеблется от 3 до 50 на 1000 родившихся. Перинатальная смертность в странах СНГ выше, чем в большинстве экономически развитых стран мира, причём имеются некоторые различия в уровнях перинатальной смертности между отдельными регионами. По данным государственной регистрации перинатальной смертности, в республиках Прибалтики они в 1,5–1,7 раза ниже, чем в республиках Центральной Азии [1, с. 21; 4, с. 7–9].

Ведущими причинами мертворождения плодов с чрезвычайно малой массой тела является внутриутробная гипоксия, врожденные пороки развития (ВПР) ЦНС, внутриутробное инфицирование [5, с. 59–60]. В структуре причин перинатальной смертности ведущее место занимают пневмопатия, асфиксия, внутричерепные родовые травмы и врожденные пороки развития. В последние десятилетия в структуре перинатальной смертности наблюдается рост врожденных пороков развития. В Узбекистане в структуре перинатальной смертности врожденные пороки развития выходят на

третье место [6, с. 38]. Наблюдения большинства исследователей, изучавших причины перинатальной патологии, свидетельствуют о весьма значительной роли инфекции в заболеваемости и смертности новорожденных. По данным многих авторов [2, с. 106–109;] перинатальная смертность детей при гнойно-септических заболеваниях матерей в зависимости от локализации и распространенности процесса колеблется в пределах 18,2–66,6 %, в том числе мертворождаемость составляет 11,2–54 %, а ранняя неонатальная смертность – 7–12,5 %. Установлены высокие показатели смертности в категории детей с массой тела при рождении 2500 г и выше, особенно в антенатальном, раннем неонатальном и постнатальном периодах. Показатели перинатальной смертности среди доношенных новорожденных составили 4,2 (на 1000 живорожденных) в антенатальном, 0,6 – в интранатальном и 6,3 – в раннем неонатальном периодах [4, с. 7–9].

Актуальность исследования состояния беременных женщин состоит в том, что осложнения беременности и родов тесно связаны с уровнем и структурой перинатальных потерь. Постоянно снижается сопротивляемость женщин инфекционным заболеваниям. Проблема инфекционных заболеваний при беременности остается одной из актуальных в акушерстве [5, с. 59–60]. 99,4 % перинатальных потерь связаны с отклонениями в течение беременности и родов. На жизнеспособность новорожденных детей отрицательное влияние оказывают внутриутробная гипоксия, асфиксия, которые на протяжении ряда лет занимают первое место, обуславливая до 40% всех случаев смерти. На второе и третье места выходят ВПР и респираторные нарушения. Одной из основных причин перинатальных потерь, связанных с заболеваниями матери, осложнениями беременности и родов, являются сексуально – трансмиссионные заболевания, поздние токсокозы, патология плаценты, анемия беременных, нарушения кровообращения в пуповине и т.д. Одно их ведущих мест в структуре материнской и перинатальной смертности занимают преэклампсии – наиболее частое и опасное осложнение беременности. Согласно данным ВОЗ, частота преэклампсии в мире колеблется от 7 до 16 %. Наиболее высокая частота преэклампсии наблюдается в развивающихся странах. Как причина материнской смертности в странах СНГ гестозы составляют 24%, в частности, в России достигают 26,3 %, в Узбекистане – 15,4 % [1, с. 21; 2, с. 106–109; 4, с. 7–9].

Таким образом, литературный обзор свидетельствует о том, что в настоящее время многие позиции классического акушерства пересматриваются, дополняются, совершенствуются, но так и не могут считаться до конца решенными. В современном общественном здравоохранении необходимо пересмотреть целый ряд вопросов с целью снижения ПЗ и ПС.

Библиографический список

1. Белослудцева Н. Н. Перинатальная смертность Нижегородской области: клинико – биологические и медико-социальные аспекты: Автореф.дисс. канд. мед. наук.- Москва. 1998.-21 с.
2. Исаков Э. З. Некоторые аспекты изучения перинатальной смертности в Ферганском вилояте за 1990-1999 гг. / Мед. журн. Узбекистана. - Ташкент, 2001. - №2-3. - С. 106-109.
3. Исаков Э. З. Некоторые возрастно-половые особенности смертности и структура основных причин смерти детского населения / Мед. журн. Узбекистана. Ташкент, 2003. - №1. - С. 12-15.
4. Рахимджанов Ш. А. Экспертная оценка причин младенческой смертности и возможные пути ее снижения : научное издание / Мед. журн. Узбекистана. - Ташкент, 2005. - №6. - С. 7-9.
5. Савельева Г. М, Сичинава Л. Г., Панина О. Б. Международная научно-практическая конференция "Пути снижения перинатальной заболеваемости и смертности. Здоровье будущего поколения". // Акуш. и гин. - Москва, 2003. - №1. - С. 59-60
6. Турымбетова М. Т. Эффективность новых методов управления в охране здоровья матерей и детей в Республике Каракалпакстан. // автореф. дис. ... Д-ра мед. наук. – Ташкент, 2007. – 38с.

РОЛЬ ПИТАНИЯ ПРИ ПРОФИЛАКТИКЕ КАРИЕСЕ ЗУБОВ

С. Х. Нажимова

*Старший преподаватель,
Сергелинский медицинский колледж,
г. Ташкент, Узбекистан*

Summary. Caries is one of the most common dental diseases, characteristic of the population of all countries and, in its actuality, occupies a dominant place in dentistry. Dental caries in early childhood is an extremely active form of the disease, leading to the destruction of temporary teeth in children from the first years of life. Already in three years, children have an average of 3–4 teeth, and as a result, the number of serious complications increases. Temporary teeth with acute and complicated caries cause development of acute and chronic odontogenic inflammatory processes.

Keywords: children; nutrition; dental caries,

В детском возрасте формируются навыки здорового образа жизни, неотъемлемой частью которого является рациональное питание. В каждый период детства питание имеет свои особенности и требует пристального внимания. По утверждению авторов, рациональное питание, отвечающее физиологическим потребностям растущего организма, обеспечивает здоровье, гармоничное развитие ребенка, повышая его иммунитет, способствует профилактике разных заболеваний, в том числе стоматологических, и создает условия для адекватной адаптации организма к неблагоприятным факторам среды обитания [7, с. 284–285].

Неполноценное и нерациональное питание существенно повышает риск возникновения кариеса. Особенно важен фактор питания в детском возрасте, в течение первых 6–18 месяцев после прорезывания зубов. Именно в указанный период происходит «дозревание» эмали зубов в полости рта, насыщение их тканей кальцием. В современном рационе детей существует дефицит питательных веществ, а также минералов, таких как кальций и фосфор. Кальций остается главным компонентом всех программ профилактики нарушений структурно-функционального состояния костной ткани. Обеспеченность человека кальцием напрямую зависит от поступления его с пищей. Наибольшая скорость включения кальция в скелет отмечается в периоды интенсивного роста ребенка, т.е. с 1 до 3 лет, с 5 до 6 и с 11 до 15 лет [1, с. 267–268; 2, с. 44]. Одним из основных факторов риска развития кариеса считается дефицит белка. Белковая пища играет кариеспротективную роль, так как белки влияют на качество слюны.

Кариесогенная диета влечет за собой нарушение белкового обмена, следовательно, и формированию полноценной структуры эмали зубов. Количество белка, в диетах с умеренным содержанием кальция и фосфора оказывало положительное влияние на частоту кариеса [2, с. 44; 6, с. 57–58]. При низком содержании белка в пище накопление кальция и образование апатита происходит неудовлетворительно, что создаёт благоприятное условие для возникновения и развития кариеса.

Наиболее значимые факторы риска кариеса – это избыток легкоусвояемых углеводов в пищевом рационе. Длительное воздействие сладкой пищи повышает риск образования зубного налета. Кариесогенное действие сахаров рассматривается с различных точек зрения. Употребление пищи, содержащих простые углеводы, способствует росту микроорганизмов на поверхности зубов. Эти микроорганизмы, вступают в реакцию с сахарами (углеводами в полости рта) и расщепляют их до органических кислот (молочные, пировиноградная и др.). Они же декальцинируя зубы, способствуют разрушению их эмали и вызывают кариес [5, с. 72–73].

Исследование ученых в последние годы свидетельствуют о том, что потребление сахара населением независимо от возраста высокое и продолжает увеличиваться. Более половины обследованных лиц потребляют сладости часто (3 раза в день) и в больших количествах. Особенно часто потребляют сладости подростки. У взрослых потребление сладостей тоже высокое [6, с. 57–58; 2, с. 44].

Углеводы, присутствующие в свежих фруктах и овощах и в крахмалсодержащих пищевых продуктах, не являются важной причиной разрушения зубов. Главными виновниками возникновения кариеса зубов являются сахара, которые добавляются при промышленном производстве, приготовлении или перед употреблением продуктов. Следует отметить, что частое употребление или же перекусывание сладостями, между основным питанием, наносят вред эмали зубов детей [4, с. 42–48].

При профилактике кариеса зубов, как у детей, так и у взрослых в регулировании рационального питания важное место отводится минеральным макроэлементам, как кальций, натрий, магний, фосфор, фтор и др. в ротовой жидкости. Их влияние определяется включением в кристаллическую решетку апатитов эмали, а также снижением кислотности бактериального генеза с образованием буферных систем [3, с. 12–15; 6, с. 57–58].

Таким образом, из краткого обзора литературы следует, что вопросам влияния характера питания, а также оценки фактического питания на профилактику кариеса зубов детей посвящены много работ. Высокая частота отклонений в состоянии здоровья детей дошкольного возраста, высокая заболеваемость кариесом зубов, выявляемая в настоящее время, определяет необходимость их обучения и организации сбалансированного питания, а также разработки комплексных профилактических мероприятий.

Библиографический список

1. Ахметзянова Г. Р., Уразова Р. З., Смирнов В. М. Противокариозное действие кальцемина у детей с высокой активностью кариеса зубов // Казанский медицинский журнал. - 2007. - Том 88. - №3. - С. 267-268.
2. Бахтурина Г. И. Применение кальция содержащих пищевых добавок в профилактике кариеса зубов у детей дошкольного возраста. // Стоматология сегодня: Сб. науч. ст. - Красноярск. - 2003. - Ч. I. - С. 44.
3. Горбунова И. Л. Исследование минерального компонента эмали зубов лиц с различным уровнем устойчивости к кариесу // Стоматология. - 2005. - № 6. - С. 12-15.
4. Зокирхонова Ш. А. Изучение состояния полости рта и зубов, рациона питания у дошкольников Ташкента // Вестник Новосибирского гос. Университета. - 2014. - Т. 12. - Вып. 2. - С. 42-48.
5. Кисельникова Л. П. Фаддеева Е. Н., Карасева Р. В., Кириллова Е. В. Питание в системе профилактики стоматологических заболеваний у детей // Стоматология детского возраста и профилактика. 2009. - №4. - С. 72-75.
6. Морозов В. Роль рационального питания в профилактике кариеса у детей // Воспитание школьников. - 2007. - № 9. - С. 57 – 58.
7. Шайхова Г. И. Овқатланиш гигиенаси. Кариснинг профилактикаси ва овқатланиш. – Тошкент. – 2011.- С. 284-285.

ОЦЕНКА СУТОЧНОЙ ЭНЕРГООБЕСПЕЧЕННОСТИ СТУДЕНТОВ АГРАРНОГО ВУЗА ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

А. В. Никулина
О. В. Потапова

*Кандидат биологических наук, доцент,
студент,
Чувашская государственная
сельскохозяйственная академия,
г. Чебоксары, Чувашская Республика,
Россия*

Summary. In this work the estimation of daily energy consumption of students of the agrarian University. The study involved 99 people. The results showed that more than half of the respondents lead a sedentary lifestyle, while a slightly smaller percentage of students suffers from a surfeit typed per day of calories.

Keywords: students; Chuvash Republic; calories; energy; basal metabolism.

Характерной особенностью современного поколения является наличие большого числа потенциально опасных факторов, создающих угрозу здоровью и жизни людей. Применительно к группе социальных рисков ведущее значение для здоровья населения имеют факторы образа жизни [1; 3].

Питание студентов зачастую характеризуется неадекватным режимом приема пищи. В большинстве случаев это связано с дефицитом времени, при котором отсутствует возможность питаться качественно и регулярно [4; 5]. Именно поэтому вопросы изучения соотношения энергозатрат и энергопотребления организма обучающихся является актуальным вопросом современной физиологии и валеологии.

Цель исследования – оценить суточные энергозатраты и энергопотребление студентов Чувашской ГСХА.

Были поставлены следующие задачи:

1. изучить особенности энергоемкости пищи студентов;
2. рассчитать величину основного обмена
3. оценить соотношение калорийности пищевого рациона студентов и их энергозатрат.

Для проведения практической части использованы методы анкетирования (авторский опросник) и статистической обработки полученных данных с применением программы Excel. В исследовании приняло участие 99 студентов аграрного вуза в возрасте от 19 до 42 лет.

Энергоемкость суточного рациона обучающихся определяли при помощи теста по методу 24-часового воспроизведения питания. Преимуществом данного метода является сравнительная простота наряду с точностью и достоверностью результатов. Мы опрашивали учащихся об их питании за последние 24 часа, данные заносили в соответствующую таблицу, проводили компьютерный расчет нутриентного состава каждого приема пищи.

Диапазон колебаний калорийности суточного рациона составил от 556,35 до 4626,1 ккал. При этом было отмечено, что 6,06 % респондентов получают менее 1000 ккал за сутки, 4,04 % – более 4000 ккал. Основная часть студентов (49,49 %) потребляет в среднем около 2000 ккал, при этом нормой считается потребление данной группой 2000–2400 ккал [6].

Основной обмен обеспечивает нормальную жизнеспособность организма в стандартных условиях. На работу сердца затрачивается 9 % основного обмена, на функционирование печени – 26 %, на деятельность головного мозга – 18 %, почек – 7 %, других органов – 14 %, до 26 % основного обмена идет на поддержание мышечного тонуса [2].

Средняя величина основного обмена студентов была равна 1711,45 ккал для юношей и 1206,48 ккал для девушек.

В результате проведенных исследований мы выяснили, что лишь 26,26 % опрошенных студентов ведут активный образ жизни, соответственно для 73,74 % респондентов характерна низкая физическая активность (занимаются физической культурой только на соответствующих занятиях в вузе или вообще относятся к специальной медицинской группе с щадящим режимом учебно-тренировочных занятий).

Рассчитав должную и выяснив реальную калорийность суточного рациона для каждого студента, мы установили, что недополучают энергию с пищей 27,27 % респондентов; 19,19 % студентов получают на 500 ккал выше нормы, а 23,23 % и 8,09 % – на 1000 и 2000 ккал соответственно. Адекватное получение суточных калорий характерно лишь для 22,22 % студентов.

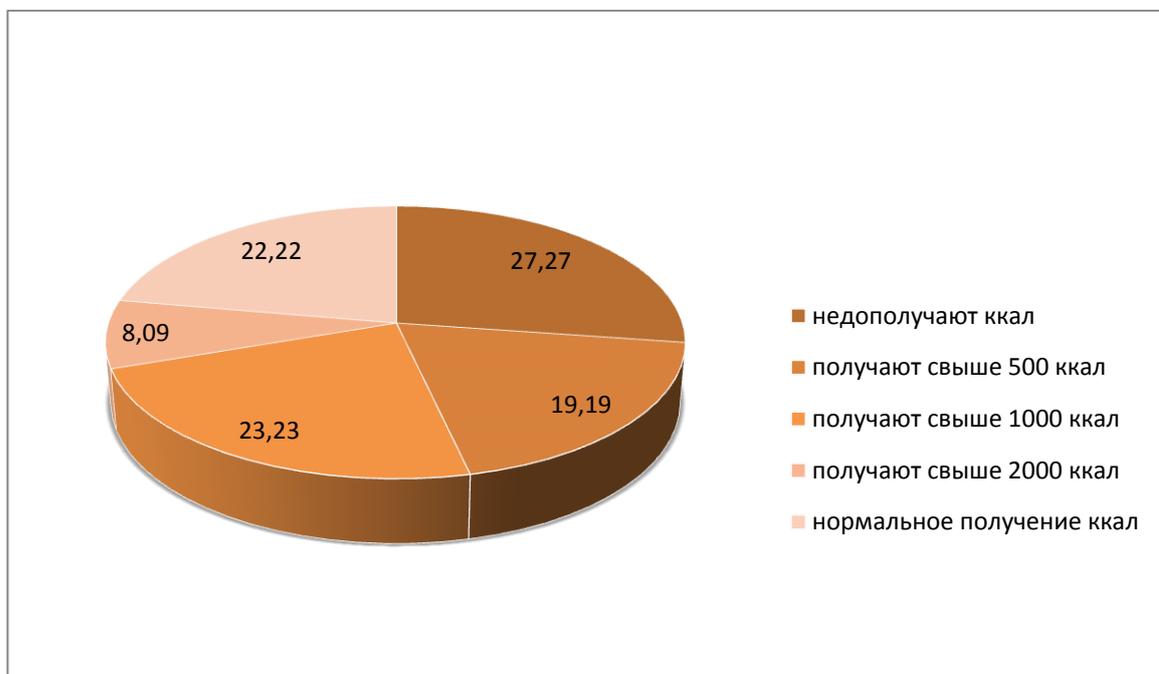


Рисунок 1 – Распределение студентов на группы по соотношению должных и реальных значений энергопотребления

Таким образом, изучение суточных энергозатрат и энергопотребления студентов Чувашской ГСХА позволяют констатировать, что современная студенческая молодежь ведет малоактивный в физическом отношении образ жизни. Перекос динамического баланса в сторону энергопотребления может привести к набору лишнего веса и проблемам со стороны сердечно-сосудистой, пищеварительной и костно-мышечной систем. Вместе с тем, в качестве особенности, свойственной данной возрастной группе, мы отмечаем большое число студентов, недополучающих расчетную суточную норму килокалорий, необходимых для адекватного протекания основных обменных процессов. Это особенно опасно в период становления дефинитивных физиологических параметров.

Библиографический список

1. Баранова О. В. Гигиеническая оценка фактического питания и особенности элементного статуса студентов Оренбуржья : Дис. ... канд. биол. наук : 14.00.07. – Москва, 2005. – 133 с
2. Дроздова, Т.М. Физиология питания: учебное пособие/ Т. М. Дроздова. – Кемерово, 2004. – 214 с
3. Михайлова, С. В. Состояние здоровья современных студентов / С. В. Михайлова, Ю. Г. Кузмичев, Л. И. Красникова // Сборник статей Международной научно-практической конференции. Ответственный редактор: Сукиасян Асатур Альбертович. 2016. С. 15-17.
4. Никулина А. В. Особенности фактического питания студентов разных курсов вуза / А.В. Никулина, О. В. Потапова, Д. А. Ильина, О. Г. Еремеева // Научно-издательский центр «Социосфера» 2016. С. 7-10.
5. Тутельян В. А. Доклад на IV конференции «Здоровое питание: воспитание, образование, реклама». - М.: БАД-бизнес, 2001.
6. Тутельян, В. А. О нормах физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации/В. А. Тутельян//Вопросы питания. – 2009. – Т. 78, №1. – с 41

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЁННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ ПУБЕРТАТНОГО ВОЗРАСТА

Т. Н. Радышевская
И. В. Старикова

*Кандидат медицинских наук,
кандидат медицинских наук,
Волгоградский государственный
медицинский университет,
г. Волгоград, Россия*

Summary. The article presents the results of studying the prevalence of periodontal diseases in children during the puberty period of the development of the organism. An increase in the incidence of gingivitis with age is noted. Among boys is more common catarrhal form of gingivitis.

Keywords: gingivitis; pubertal period; gender differences.

Пубертатный период, или период полового созревания, охватывающий возраст ребенка от 10 до 15 лет, является поворотным периодом в онтогенезе человека. В это время происходит важный физиологический скачок количественного и качественного роста и резкая перестройка всех органов и систем. При этом ведущая роль принадлежит изменениям в эндокринной, вегетативной и половой сферах, в свою очередь тесно связанных с перестройкой всех других функциональных систем организма. Известно влияние на состояние пародонта у детей ряда местных и общих факторов [1]. Однако динамические изменения состояния пародонта у детей в пубертатный период в зависимости от половой принадлежности ребенка изучены недостаточно [2].

Целью настоящей работы явилось изучение распространенности заболеваний пародонта у детей в пубертатный период развития организма в зависимости от пола и возраста.

Материал и методы. Нами проведено обследование стоматологического статуса 256 детей в возрасте 10 лет, в том числе у 133 мальчиков и 123 девочек. В 12-летнем возрасте обследовано 160 детей (85 мальчиков и 75 девочек). В возрасте 14–15 лет обследованы 102 подростка, из них 47 мальчиков и 55 девочек. Гингивит выявляли по показателям пробы Шиллера-Писарева с учетом его клинической формы, распространенности и степени тяжести.

Результаты исследования. Хронический генерализованный катаральный гингивит легкой и средней степени тяжести выявлен у 58 мальчиков 10-летнего возраста, других форм гингивита у данной группы обследуемых не обнаружено. Распространенность гингивита у мальчиков составила 43,61 %.

Распространенность гингивита у девочек того же возраста составила 46,34 %, причем 56 девочек имели хронический катаральный гингивит

легкой и средней степени тяжести (45,53 %), а одна – отечную форму гипертрофического гингивита (0,82 %).

Распространенность гингивита среди 12-летних мальчиков составила 61,18 %. Катаральная форма хронического гингивита легкой и средней степени тяжести выявлена у 51 мальчика (60,0 %), у одного ребенка выявлена отечная форма гипертрофического гингивита.

Распространенность гингивита у 12-летних девочек составила 46,67 %, причем 34 девочки имели хронический катаральный гингивит (45,33 %), а одна – отечную форму гипертрофического гингивита (1,34 %).

Распространенность гингивита у мальчиков 14 лет составила 99,36 %. Хронический катаральный гингивит легкой и средней степени тяжести определен у 41 подростка (87,23 %), отечная форма гипертрофического гингивита выявлена у одного обследуемого (2,13 %).

Распространенность гингивита у девочек данной возрастной группы 72,73 %. Хронический катаральный гингивит выявлен у 36 школьниц (65,45 %), отечная форма гипертрофического гингивита определена у 4 человек (7,27 %).

Обсуждение результатов. На основании проведенных исследований выявлена неоднородность изменения показателей заболеваний пародонта у детей в зависимости от пола и возраста.

В 10-летнем возрасте распространенность гингивита не зависит от пола. Среднее число здоровых детей – 53,8 %, хронический катаральный гингивит легкой и средней степени тяжести выявлен у 44,7 % обследуемых, отечная форма гипертрофического гингивита – у 1,5 %, причем у девочек. Число здоровых детей незначительно больше по сравнению с больными.

В 12-летнем возрасте детей с гингивитом немного больше (56,28 %), чем без него (43,72 %). По данным наших наблюдений через два года число здоровых детей снижается на 10 %. Учитывая погрешности данных, можно считать, что в 12 лет не менее половины детей имеют хронический катаральный гингивит, число детей с отечной формой гипертрофического гингивита не превышает 2 %. Число детей с катаральной формой хронического гингивита возрастает на 10 % по сравнению с 10-летним возрастом. Число детей с отечной формой гипертрофического гингивита незначительно возрастает (в пределах ошибки эксперимента).

Девочек в 12 лет без гингивита (53,3 %) значительно больше, чем мальчиков (38,8 %). Соответственно, мальчиков с хроническим катаральным гингивитом (60 %) существенно больше, чем девочек (45,3 %). Представителей с отечной формой гипертрофического гингивита мало среди обоих полов (до 1,5 %).

В 14 лет распространенность гингивита существенно возрастает по сравнению с 12-летним возрастом (у мальчиков 76,61 % и у девочек 56,28 %). Количество здоровых детей резко снижается с 43,7 % в 12 лет до 23,4 % в 14 лет. При этом здоровых девочек (27,3 %) почти в три раза

больше, чем мальчиков (10,64 %). Соответственно мальчиков с хроническим катаральным гингивитом (87,23 %) больше, чем девочек (65,45 %), но с отежной формой гипертрофического гингивита в три раза меньше. Число детей с данной формой гингивита возрастает примерно в три раза преимущественно за счет девочек и в среднем составляет 7 %.

Выводы. Таким образом, полученные данные выявили различия в распространенности заболеваний пародонта у детей в пубертатном периоде в зависимости от пола и возраста. Полученные результаты могут быть использованы при планировании и проведении лечебно-профилактической работы среди детей пубертатного возраста.

Библиографический список

1. Радышевская Т. Н., Андрейчикова О. Н. Применение метода аналитических сетей для прогнозирования риска возникновения стоматологических заболеваний // Вестник Волг. госуд. мед. ун-та. - 2010. - № 1. С. 44 - 47.
2. Радышевская Т. Н. Распространенность стоматологических заболеваний у детей с различным состоянием исходного вегетативного тонуса. Вариабельность сердечного ритма: Теоретические аспекты и практическое применение //Тез. докл. междунар. симп., Ижевск: Изд-во Удм. ун-та. 2003. С 34-35.

ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ОРГАНИЗМА ЖЕНЩИН ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА, ЗАНИМАЮЩИХСЯ СТРЕТЧИНГОМ

В. В. Хренкова
Л. В. Абакумова

*Кандидат биологических наук, доцент,
кандидат биологических наук, доцент,
Ростовский государственный
медицинский университет,*

А. С. Стругов

*магистр,
Южный федеральный университет,
г. Ростов-на-Дону, Россия*

Summary. 47 % of women had an inadequate reaction to orthostasis. This research confirms the need to respect the basic principles of the fitness industry: the individually-oriented training process and regular monitoring of the current functional state according to the indicators of the cardiovascular system.

Key words: stretching; women organism; indicators of heart rate variability; clinostasis; orthostasis.

Одним из приоритетных направлений долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года является укрепление здоровья нации методами физической культуры и спорта [3]. В наибольшей степени эта проблема касается женского здоро-

вья, определяющего возможность и эффективность выполнения ими разнообразных функций в современном обществе. Однако известно, что в России лишь 15 % населения занимается физической культурой и спортом, и только десятую часть из них составляют женщины зрелого возраста [4]. Наиболее популярным среди женщин направлением оздоровительной физической культуры является фитнес, в частности, разновидность его технологий-стретчинг [5; 6]. Основными принципами фитнеса являются постепенность роста нагрузки, систематичность, эмоциональность, индивидуальная ориентированность тренировочного процесса, регулярность контроля его эффективности.

Одним из методов, широко применяемым для оценки текущего функционального состояния и адаптационных возможностей лиц различного возраста и уровня двигательной активности является метод исследования вариабельности сердечного ритма (ВСР) [8; 9].

Цель исследования: оценить влияние занятий стретчингом на организм женщин зрелого возраста по показателям вариабельности сердечного ритма.

Методика. В обследовании участвовало 17 женщин (возраст $32,0 \pm 1,0$ года), занимающихся стретчингом полгода. Оценку функционального состояния сердечно-сосудистой системы осуществляли по показателям вариабельности сердечного ритма, проанализированного по пятиминутным отрезкам ЭКГ, зарегистрированной с помощью устройства психофизиологического тестирования – УФТП-1/30 «Психофизиолог» (ЛТД «Медиком» г. Таганрог). ЭКГ-сигнал регистрировали в I или II стандартных отведениях в условиях активной ортопробы. Особенности вегетативной регуляции сердечного ритма оценивали по статистическим (длительность RR интервалов, ЧСС, СКО RR-интервалов), геометрическим (вариационный размах – ВР, мода – МО, амплитуда моды – АМО, индекс напряжения Р. М. Баевского – ИН), спектральным характеристикам (общая мощность спектра – ТР, высокочастотные колебания – HF, низкочастотные колебания – LF, очень низкочастотные колебания – VLF), по вкладу основных волн в ТР (VLFnorm, LFnorm, HFnorm), симпатовагальному индексу (LF/HF), индексу централизации (ИЦ). Функциональное состояние – по интегративному показателю: уровню функционального состояния (УФС).

Результаты и их обсуждение. Ортопробу в спортивной физиологии применяют для экспресс-оценки функционального состояния и выявления лиц со скрытыми отклонениями механизмов регуляции сердечного ритма [8; 9]. В таблице приведены показатели ВСР, зарегистрированного в клино- и ортостазе.

Показатели ВСР в клиностазе и ортостазе

| Показатели | Клиностаз | Ортостаз | Уровень достоверности различий (p=) |
|----------------------|----------------|----------------|-------------------------------------|
| УФС | 2,29±0,5 | 2,29±0,4 | 0.9 |
| RR-интервал, мс | 935±38.6 | 744.88±47.1 | 0.000352 |
| СКО RR, мс | 81.06±10.5 | 72.29±9.6 | 0.343671 |
| Ур. ЧСС | 2.0±0.26 | 3.59±0.27 | 0.000438 |
| ЧСС, уд/мин | 66±2.8 | 82.59±3.1 | 0.001254 |
| Медиана | 936.35±38.7 | 734.9±26.0 | 0.000352 |
| Мода | 939.7±39.7 | 730.9±24.9 | 0.000438 |
| ИН | 77.41±2.0 | 116.29±24.5 | 0.031250 |
| TP, мс ² | 16835.7±4125.4 | 10204.1±2743.6 | 0.192986 |
| VLF, мс ² | 5491.3±1412.3 | 5570.4±1845.1 | 0.586175 |
| LF, мс ² | 5282.8±1355.4 | 3342.9±785.7 | 0.265948 |
| HF, мс ² | 6061.9±1823.2 | 1292.7±495.7 | 0.006490 |
| VLF(norm) | 34.80±3.5 | 48.04±3.5 | 0.177294 |
| LF(norm) | 34.51±2.6 | 39.53±2.6 | 0.192986 |
| HF(norm) | 30.69±3.3 | 12.43±3.3 | 0.003090 |
| LF/HF | 1.37±0.18 | 4.81±0.723 | 0.001001 |
| ИЦ | 2.90±0.4 | 12.65±2,3 | 0.001184 |

Как следует из таблицы, не все показатели ВСР при ортостатическом тестировании изменялись типично. Нетипичные изменения были для следующих показателей: увеличение ВР, уменьшение АМО и ИН, увеличение суммарной мощности спектра (TP), VLF и HF, снижение мощности LF.

При сопоставлении индивидуальных значений ВСР со среднегрупповыми оказалось, что неадекватная реакция на ортопробу была зарегистрирована у значительного количества обследованных женщин. Так, при типичном для физической нагрузки укорочении RR интервалов у 94,1 % испытуемых, у 11,8 % выявлена ортостатическая тахикардия, являющаяся показателем гиперреактивности симпатической системы, механизмом которой является частичная вегетативная дисфункция [7]. У 35,3 % СКО RR интервалов увеличилось, у 5,9 % зарегистрирован ригидный ритм, у 47,1 % обследованных ВР удлинился, у 29,4 % АМО уменьшилась, у 17,6 % снизился ИН. У 17,6 % выявлено увеличение ИН в 6–10 раз, что отражает гиперсимпатикотонический тип вегетативной реактивности [2]. Парадоксальной реакцией на изменение положения тела является увеличение суммарной мощности спектра (TP) и VLF, снижение мощности LF и увеличение мощности HF. Увеличение TP выявлено у 41,1 % женщин, мощности VLF и их доли в TP – у 47,1 %, снижение мощности LF – у 70,6 %, а также

снижение их вклада в ТР у 47,1 % и увеличение мощности HF и их доли в ТР – у 11,8 %. Снижение мощности LF у большого количества обследованных, в свою очередь, обусловило у 29,4 % испытуемых низкие значения индекса LF/HF в ортостазе (от 0,59 до 1,5 усл.ед) – умеренное или выраженное преобладание парасимпатического отдела ВНС, которое, по всей видимости, отражает сниженную вегетативную реактивность и энергодефицитное состояние организма. На ортостаз среднегрупповые и все индивидуальные значения ИЦ увеличивались, однако у 47,1 % женщин данный показатель возрастал в 4–20 раз, что не соответствовало величине нагрузки. Среднегрупповое значение УФС, являющегося интегративным показателем, было предельно-допустимым, что обусловлено тем, что лишь у 50 % обследованных УФС был оптимальным или близко к оптимальному, у остальных – предельно-допустимым или негативным.

Выводы

1. Выявлено негативное или предельно-допустимое функциональное состояние у 50 % женщин, занимающихся стрейтчингом.
2. При ортостатическом тестировании выявлены парадоксальные изменения многих показателей ВСР у 47,1 % женщин, которые отражали у одних гиперсимпатикотонический тип вегетативной реактивности, у других - сниженную вегетативную реактивность и энергодефицитное состояние организма.

Библиографический список

1. Абакумова Л. В., Хренкова В. В., Рогинская А. А., Якушева Е. Н. Оценка и прогноз успешности адаптации обучающихся по показателям variability сердечного ритма // Нейрокомпьютеры: разработка, применение. – 2015. – № 4. – С. 14-15.
2. Ошевенский Л. В., Крылова Е. В., Уланова Е. А. Изучение состояния здоровья человека по функциональным показателям организма: Методические указания. – Н. Новгород: ННГУ им. Н.И. Лобачевского, 2007. – 64 с.
3. Распоряжение Правительства РФ от 17.11.2008 N 1662-р (ред. от 10.02.2017) «О Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года».
4. Романенко Н. И. Морфофункциональный статус женщин 35-45 лет различного соматотипа, занимающихся фитнесом // Физическая культура, спорт – наука и практика. – 2012. – №2. – С. 46 -50.
5. Сомкин А. А. Инновационные технологии в сфере фитнес-услуг // Теория и практика сервиса: экономика, социальная сфера, технологии: научно-практический журнал. СПб: ГУСЭ. – 2012. – №3 (13). – С. 233 –238.
6. Стругов А., Хренкова В. В. Влияние занятий стретчингом на сердечно-сосудистую систему женщин // В сборнике ОЛИМПЕЙСКАЯ ИДЕЯ СЕГОДНЯ Сборник материалов Пятой Международной научно-практической конференции посвящённой 100-летию Южного федерального университета. – 2015. – С. 304-308.
7. Фомич А. Н. Типы ортостатических реакций частоты сердечных сокращений и их клиническое значение // Вестник Харьковского национального университета имени В. Н. Каразина. Серия «Медицина». – 2010. – № 918(20). – С. 88–97.

8. Хренкова В. В., Абакумова Л. В., Недопекина А. С. Показатели вариабельности сердечного ритма как предикторы отбора в учебно-тренировочную группу по синхронному плаванию // В сборнике: АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ БИОХИМИИ И БИОЭНЕРГЕТИКИ СПОРТА XXI ВЕКА Материалы Всероссийской научно-практической интернет-конференции. Под общ.ред. Р. В. Тамбовцевой, В. Н. Черемисинова, С. Н. Литвиненко, И. А. Никулиной, О. С. Жумаева, Е. В. Плетневой; РГУФКСМиТ (ГЦОЛИФК). – 2016. – С. 367-373.
9. Шлык Н. И. Сердечный ритм и тип регуляции у детей, подростков и спортсменов. – Изд-во «Удмуртский университет». – 2009. – 259 с.



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



АНАЛИЗ ТРУДОВЫХ ЗАТРАТ ВРЕМЕНИ ГЛАВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ СЕМЕЙНОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Н. К. Джураева
Д. Ю. Раманова

*Ассистенты,
Ташкентской медицинской академии,
г. Ташкент, Узбекистан*

Summary. High workload and intensity of work of the main nurses, due to the specifics, nature, severity and intensity of work. In order to optimize the working environment at the workplace, the main nurses of family polyclinics need to purchase modern office equipment, allocate rest rooms that meet sanitary and hygienic standards, develop a mechanism for accelerated passage and processing of documents, plan work and more carefully approach the allocation of time and develop a mechanism for delegation of authority. Preventive measures, organized by the main medical sisters, aimed at modifying and improving the health education, raising the awareness of patients about the principles of healthy lifestyles, will help reduce the risk of developing chronic diseases in the serviced population, will improve the quality of life.

Keywords: main medical sisters; family polyclinic; nursing care; nurse-manager.

Для обеспечения эффективного управления в современных условиях медицинская сестра-менеджер должна уметь рационально организовывать свой труд, пользоваться автоматизированными информационно-аналитическими системами, обладать глубокими психологическими знаниями, владеть современными теориями лидерства, менеджмента и самодисциплины, грамотно и профессионально организовывать сестринскую помощь в медицинском учреждении [1, с. 25; 2, с. 31].

Цель исследования – комплексное изучение трудовых затрат времени главных медицинских сестёр семейной поликлиники.

Материалы и методы исследования. Изучена организация труда 66 главных медицинских сестёр. В сложившихся условиях всего хронометрировано 2728 часов работы главных медицинских сестёр (396 рабочих дней), заполнено и статистически обработано 396 хронокарты. При изучении труда главных медицинских сестёр применяли методы непосредственного замера времени - фото хронометраж, социологический, статистический экспертный и экспериментальные методы исследования.

Результаты исследования. Каждый рабочий день главная медицинская сестра ГЭУ ПМСП в среднем прорабатывает 7 часов 25 минут (435 мин в день). У главных медицинских сестёр рабочие дни были пере-

груженными и переработанными, причём в первом случае на 21 %. Изучение содержания, объёма деятельности главных медицинских сестёр показало, что выполнению основной деятельности главные медицинские сёстры уделяют $86,6 \pm 0,76$ % рабочего времени.

Главные медицинские сёстры значительно больше времени уделяют контролю качества работы семейных медицинских сестёр (соответственно $20,0 \pm 0,88$ %), своевременного и качественного заполнения учётной и отчётной документации средним медицинским персоналом ($14,3 \pm 0,78$ %).

У главных медицинских сестёр значительно выше затраты рабочего времени на проведение мероприятий по организации деятельности среднего и младшего медицинского персонала ($11,0 \pm 0,70$ %), на обучение их новым знаниям и практическим навыкам в рамках непрерывного профессионального образования ($5,2 \pm 0,48$ %). Главные медицинские сёстры относительно мало времени уделяют организации и проведению мероприятий по соблюдению санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов в помещениях поликлиники. Значительные затраты времени приходится на работу по оказанию помощи главному врачу в организации и проведения мероприятий по медико-профилактической работе семейной поликлиники ($25,0 \pm 0,79$ %).

Большой удельный вес в структуре рабочего времени главных медицинских сестёр занимают прочие виды работ ($25,4 \pm 0,67$ %), которые включают служебные разговоры, выполнение общественной работы в рабочее время, участие в собраниях, конференциях вне поликлиники, переходы и др. Сокращение необоснованных затрат времени на второстепенные работы позволит главным медицинским сёстрам уделять больше внимания основной деятельности.

В предложенной городской модели первичной медико-санитарной помощи семейных поликлиниках предусмотрено расширение объёма оказываемых услуг, включая пропаганду здорового образа жизни и профилактики заболеваний.

Следовательно, формирование здорового образа жизни, с формированием новой общеврачебной модели первичной медицинской помощи, является одним из главных направлений реформирования системы здравоохранения Узбекистана. Это вполне естественно, поскольку эти два направления неотделимы друг от друга.

Самоменеджмент, по определению главных медицинских сестёр – это самоорганизация (30,0 %), самоуправление (16,8 %), самомотивация (13,4 %), самоконтроль (13,4 %), планирование и оценка своей работы (10,0 %), умение достигать своих целей (12,0 %). Малая часть респондентов (4,4 %) считают, что в понятие самоменеджмента входит управление временем и самосовершенствование.

На вопрос "Для чего необходим самоменеджмент медицинской сестре-организатору?" респонденты дали несколько вариантов ответов: для са-

мосовершенствования (20,0 %), правильной организации рабочего процесса (16,0 %), повышения эффективности и качества труда (16,0 %), достижения поставленных целей (15,0 %), оптимизации личной работы (12,0 %), эффективного управления персоналом (8,0 %), эффективного использования рабочего времени (5,0 %), рационального планирования (4,0 %), исполнения должностных обязанностей (4,0 %).

Основная масса, опрошенных (71,4 %), справедливо считают, что управление собой – это навык, развиваемый в процессе практической деятельности, 19,0 % полагают, что это качество личности, сформированное во время учебы, 9,6 % думают, что это талант, данный немногим.

Одним из важнейших для исследования вопросов является оценка значимости различных функций персонального менеджмента. Безусловное первенство занимает самоорганизация (27,3 % предпочтений), далее следуют самоконтроль (21,8 %), самопланирование (20,0 %), самооценка (12,7 %), самомотивация (10,9 %), самосовершенствование (7,3 %).

По мнению главных медицинских сестёр, знания и навыки самоуправления они должны получать в процессе самообразования (28,1 %), на рабочем месте (21,9 %), в среднем учебном заведении (18,8 %), в школе (15,6 %), в семье (9,4 %). Необходимость изучения персонального менеджмента в высшем учебном заведении отметили только 6,2 %.

Под организацией рабочего места медицинской сестры-организаторы понимают наличие всего необходимого для выполнения должностных обязанностей (22,8 %); оснащение современным оборудованием, оргтехникой (25,7 %); наличие удобного отдельного кабинета (14,3 %); эргономичной мебели (11,4 %); распределенной по папкам документации (11,4 %); соблюдение гигиенических требований к условиям труда, таким как освещение, отопление, вентиляция, шум (11,5 %), обеспечение на рабочих местах безопасных условий труда (2,9 %).

Все респонденты считают, что для рациональной организации работы руководителю сестринским персоналом необходимо удобное рабочее место. Как показал опрос, у всех главных медицинских сестер есть отдельный кабинет. Техническое оснащение своего кабинета оценили как удовлетворительное 56,3 % респондентов, приемлемое – 18,7 %, недостаточное (из-за отсутствия современной оргтехники) – 25,0 %. Организационной и вычислительной техникой умеют пользоваться 87,5 % главных медицинских сестер.

Таким образом, изучение состояния и анализ деятельности главной медицинской сестры городских семейных поликлиник позволили сделать следующие выводы:

1. Установлена высокая нагрузка и напряжённость работы главных медицинских сестёр, обусловленные спецификой, характером, тяжестью и интенсивностью работы.

2. С целью оптимизации производственной среды необходимо приобрести современную оргтехнику, выделить комнаты отдыха отвечающие санитарно-гигиеническим нормам, разработать механизм ускоренного прохождения и обработки документов, осуществлять планирование работы и более тщательнее подходить к распределению времени и отработать механизм делегирования полномочий.

3. Меры профилактического воздействия, организуемые главными медицинскими сестрами, направленные на модификацию и улучшение санитарно-просветительской работы, повышение информированности пациентов о принципах здорового образа жизни, будет способствовать уменьшению риска развития хронических заболеваний у обслуживаемого контингента населения, позволит улучшить качество жизни.

Библиографический список

1. Алексеев Н. А., Батина Н. П. Методика оценки трудозатрат при оплате труда врачей хирургических специальностей // Здравоохранение. 2003. - №6. - С.25-31.
2. Лычев В. Г., Карманов В. К. Контроль качества деятельности медсестры // Медицинская сестра. -2006. -№5. С.31-34.

РАЗРАБОТКА ЛЕКАРСТВЕННОЙ ФОРМЫ РАНОЗАЖИВЛЯЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ НА ОСНОВЕ ЭКСТРАКТОВ ПРОСВИРНИКА И ЯКОРЦЕВ

Н. В. Медведева
П. Н. Медведев
А. С. Барсуков

*Кандидат сельскохозяйственных наук,
кандидат педагогических наук, доцент,
студент,
Тульский государственный
педагогический университет
им. Л. Н. Толстого,
г. Тула, Россия*

Summary. The article reveals the theoretical and methodological foundations for the development of the wound healing preparations' medicinal form. The analysis of structure and tendencies of the market of medicines of wound healing action is carried out. The advantages of the developed preparation in comparison with analogues are substantiated.

Keywords: wound healing preparation; dosage form; extract; *Málva*; *Tribulus*.

По данным исследований в 2015–2016 гг. доля импортных готовых лекарственных средств (ГЛС) ранозаживляющего действия на коммерческом аптечном рынке России в стоимостном выражении достигает 77 %. Доля ГЛС российского производства от общего объема коммерческого рынка по итогам двух лет составила 23 % в стоимостном выражении и 56–

58 % в натуральном. Соответственно лекарства зарубежного производства превалировали [1].

Исходя из этого, для отечественного здравоохранения приоритетным научным направлением становится разработка собственных импортозамещающих лекарственных препаратов на основе местного растительного сырья.

Способ местного медикаментозного лечения гнойных ран, язв и ожогов остается самым признанным и распространенным в силу своей простоты и доступности. На современном фармрынке наибольшим спросом пользуются следующие препараты для лечения ран – Банеоцин, Д-Пантенол, Эплан и Солкосерил, представленные в виде мазей, пены и порошка. Стоимость препаратов варьируется в диапазоне от 200 до 500 рублей (в зависимости от объема и формы выпуска).

При сравнительном анализе имеющихся биопрепаратов и разрабатываемого продукта были выявлены следующие отличия:

1) у имеющихся препаратов выявлены частые аллергические реакции в виде крапивницы, дерматитов, эритемы, экземы. Разрабатываемый препарат оказывает мягкое лечебное воздействие;

2) у имеющихся препаратов наблюдается тенденция к ото- и нефротоксическим эффектам. Разрабатываемый препарат совместим со многими синтетическими лекарствами (сочетая фитопрепарат и медикаменты);

3) у имеющихся препаратов можно отметить ценовую недоступность для определенных слоев населения при невысокой себестоимости разрабатываемого препарата.

Предлагаемое решение является перспективной альтернативой применяемых биосинтетических ранозаживляющих препаратов вследствие соединения в одной препаративной форме двух эффективных растительных экстрактов, совместное использование которых проявляется в синергическом действии. В официальной медицине в настоящее время отсутствуют препараты на основе просвирника, но растение широко используется в народной медицине. Экстракт якорцев входит в состав пищевых добавок, не используется в качестве самостоятельного препарата.

Запланированная опытно-исследовательская работа имеет большой объем и требует значительных ресурсных и временных затрат. В результате реализации проекта будут достигнуты следующие результаты:

– исследованы фармакотерапевтические свойства просвирника и якорца;

– разработана технология заготовки, хранения и переработки растительного сырья с максимальным содержанием биологически активных веществ;

– разработана рецептура препарата с максимальным синергическим выходом и изготовлены экспериментальные образцы;

– проведено испытание опытного образца препарата на биологических объектах;

– разработана препаративная форма лекарственного препарата.

Динамика группы ранозаживляющих средств в натуральном и стоимостном выражении позволяет с уверенностью говорить, что рынок сохранит тенденцию к росту.

Причем в аптеках присутствуют препараты разных ценовых сегментов, но следует понимать, что спрос на ранозаживляющие средства низкой ценовой категории на порядок выше спроса на более дорогие средства [1].

Именно на сегмент рынка препаратов с низкой ценовой категорией ориентирована наша разработка. Низкая себестоимость разрабатываемого средства и значительная доля данной ценовой группы на рынке позволяют говорить о потенциальной рентабельности проекта.

Библиографический список

1. Сезонный спрос. Анализ рынка ранозаживляющих средств // Аптечный Союз. Профессия жизнь. URL: [http://www.farmsouz.ru/upload/Archive_journal/Aptechni_souz%20\(mart-april\).pdf](http://www.farmsouz.ru/upload/Archive_journal/Aptechni_souz%20(mart-april).pdf) (дата обращения 11.04.2017).

НОВЫЙ СПОСОБ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ЦЕЛОСТНОСТИ ВЕТВЕЙ ПОВРЕЖДЕННОГО ЛИЦЕВОГО НЕРВА

Г. М. Патахов
А. М. Ахмадуинов

*Кандидат медицинских наук, доцент,
ассистент,
Дагестанский государственный
медицинский университет
Минздрава России,
г. Махачкала,
Республика Дагестан, Россия*

Summary. Injuries of peripheral nerves is an unsolved problem at present in attempt of proceeding this decision. Actual problems of recovery problems of branches of a facial nerve are determined in this work at their traumatic damage with appearance of defect between the ends. Various methods of the tubulization were used and one of them was offered conductor. Advantages and shortcomings in methods of using them on muscular branches of a facial nerve.

Keywords: facial nerve; conductor; tubulization.

Резанные раны боковой области лица приводят к пересечению лицевого нерва и параличу мимических мышц. Возникающий при этом диастаз между концами поврежденного нерва усложняет технику реконструктивных операций.

Цель работы оптимизация способа реконструкции поврежденного лицевого нерва.

Нами разработан "Способ направленной регенерации мышечных ветвей лицевого нерва в эксперименте" патент на изобретение № 2376650.

Используя микрохирургическую технику из окружающих тканей выделяем поврежденный сегмент нерва и лезвием иссекаем измененные его концы. Для изоляции сближаемых концов нерва используем полихлорвиниловый трубку-проводник, состоящую из двух частей, подобранных по диаметру нерва. Сопоставляем внутренние полутрубчатые поверхности обеих частей проводника, так чтобы их срезы и просвет находились друг напротив друга, и фиксируем их извне двумя тонкими узловыми викриловыми швами.

Затем выделенные концы нервов встречно вводим между двумя состыкованными внутренними поверхностями проводника через просвет наружных (цельно-трубчатых по форме) концов проводника.

Выведенные наружу концы проводника фиксируем к коже узловыми швами. Они используются как катетеры для периневрального введения растворов стимулирующих аксональный рост, а после срастания нерва за них вытягиваем и удаляем обе половинки проводника.

Соблюдая этические и гуманные нормы обращения с подопытными животными, под общим наркозом в экспериментах на 20 белых крысах был апробирован предложенный нами способ. Интраоперационно создавалась модель травмы лицевого нерва путем иссечения его мышечного ствола на протяжении 1–1,3 см (общая длина n. facialis у крыс 3–4 см).

Сроки наблюдения за животными были следующими: 5 крыс вывелись из эксперимента через 7 дней, 5 крыс через 14 дней, а оставшиеся 10 крыс наблюдались до 90 дней.

Морфологические исследования показали, что через 7 дней вокруг проводника формируется непрочный фиброзный футляр, а в его просвете имеются проросшие из проксимального конца аксоны, но они еще не достигли дистального отрезка пересеченного нерва.

Через 14 дней вокруг проводника формируется равномерный фиброзный футляр с гладкой, ровной поверхностью, а в просвете проводника аксоны из центрального отрезка нерва уже достигают и врастают в дистальный отрезок, то есть целостность нерва восстановлена.

Положительный результат первых 2-х недель после операции достигнут у 9 из 10 животных. В одном опыте, причиной расхождения швов стало агрессивное поведение животного, которое лапкой расковыряло рану, что привело к её воспалению со смещением проводника и сопоставленных в нем концов нерва.

В 10 опытах, через 3 месяца наблюдалось полное морфологическое восстановление лицевого нерва и реиннервация мимических мышц (шевеление усами и мягкими тканями).

Таким образом, эксперименты показали, что наличие туннельного проводника обеспечивает направленную регенерацию нерва без швов, позволяет защитить зону регенераторного роста аксонов от внешнего сдавления, смещения и предупреждает образование невромы, что тем самым ускоряет и аксональный рост.

Предложенный проводник имеет достаточную прочность каркаса для внешней защиты растущих аксонов и одновременно обладает умеренной эластичностью в длину, что немаловажно для временной адаптации проводника к зоне активных движений мимических мышц. После его извлечения из раны, над сросшимся нервом сохраняется фиброзный трубчатый футляр, который сформировался вокруг проводника, что является дополнительным защитным фактором от внешних воздействий на регенераторную зону, что в итоге улучшает результаты посттравматического реиннервации парализованных мимических мышц.

ВНЕДРЕНИЯ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИИ В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ

С. Ю. Рузиева

*Старший преподаватель,
Сергелинский медицинский колледж,
г. Ташкент, Узбекистан*

Summary. Information technology can be applied with success in various areas of modern medicine. For example, in sphere of safety of patients the modern automated systems are capable to strengthen quality assurance and safety of medical products and medical services, to lower probability of medical errors, to give to the help of means of operative communication and access to the vital information on the patient.

Keywords: nurse; information technologies.

Основной причиной неэффективной организации рабочего времени медсестер является отсутствие организационных технологий по внедрению современных инструментов управления в практическое здравоохранение [2, с. 51–52; 3, с. 40–41; 4, с. 27–29].

Современная медсестра должна использовать рабочее время на выполнение своих прямых функциональными обязанностями и имеет резервное время для повышения своего образования. В настоящее время система здравоохранения страдает от несбалансированности медицинских кадров, малоэффективного использования сестринского персонала, что оказывает существенное влияние на качество медицинской помощи. Не разработаны обоснованные формы и методы организации и управления сестринским делом в республике. Огромный потенциал, который пока ещё не в полной

мере реализован в здравоохранении – деятельность медицинских сестер стационара [1, с. 103–107].

Рациональная организация медсестринского дела и сестринского процесса влияет на повышения качества медицинской помощи и на уровне проведения сестринских процедур и на уровне целом по стационару. Это можно увидит на Примере Республиканского Центра Урологии, где внедрён в республике единственный локальная сеть «Автоматизированная система управление медицинскими документами». Эта программа подключена на локальную сеть на уровне Урологический центра сбор, сохранения, передача каждый информации о поступившим больном начинается с регистратурой, по кабинетами и отделениями. Это система коренном образом повысила эффективность использование всех медицинских кадров, особенно труда среднего медперсонала. Коренным образом сократила непроизводительного использования рабочего времени медсестер (таблица).

Работа старшей сестры в урологическом центре

| № | Наименование | Фактический работы по минутам | % |
|----|---|-------------------------------|------|
| 1 | пяти минутка | 15 | 4,1 |
| 2 | раздача лекарственного препарата по требованием медсестрам отделение | 45 | 10,7 |
| 3 | обход по отделениям с заведующим отделения | 30 | 7,1 |
| 4 | отправление требование на лекарственных препаратов а Аптеку через компьютер | 30 | 7,1 |
| 5 | принесет из аптеки готовые лек препаратов | 30 | 7,1 |
| 6 | Через регистрации компьютера заполняет и готовит лек препараты | 30 | 7,1 |
| 7 | -отчет по статистики | 30 | 7,1 |
| 8 | распределение работы медсестрам и помощь больному | 60 | 14,2 |
| 9 | обед | 60 | 14,2 |
| 10 | Готовит историю болезни операционного больного | 30 | 7,1 |
| 11 | отчет лек препаратов | 30 | 7,1 |
| 12 | Проверит истории больных | 30 | 7,1 |
| 13 | всего | 420 | 100 |

В настоящее время для облегчения работы медицинских сестер на 70–80 % необходимо использование информационных технологий, а также обучение медперсонала для применения их на практике. На выполнение своих профессиональных обязанностей остаётся только 20–30 % рабочего времени. Использование информационных технологий в работе медсестёр значительно облегчит работу и сократит сроки ее выполнения, позволит минимизировать затраты и обеспечит высокое качество медицинской помощи пациентам.

Учитывая высшее изложенное, внедрения информационных технологий в работе медсестёр, которые могут облегчить физические и письменные нагрузки и сократить сроки выполнения работы, обеспечив высокое качество обслуживания пациентов. На наш взгляд, для повышения качества и эффективности медсестринского помощи и облегчения физической нагрузки и рационального использования рабочего времени необходимо:

1. Определить объем работы медицинских сестер терапевтического отделения стационара и их физическую и организационную должностную нагрузку и ее влияние на качество обслуживания пациентов.

2. Разработать комплекс мероприятий по обучению медицинских сестер к современным информационным технологиям.

3. Создать локальные информационные системы сбора, сохранения и передачи медицинских информации клиентов, создать электронные медицинские карточки больных и др.

4. Подготовить средней медперсонал который имеет универсальную подготовку, обладающий профессиональными навыками, знающий современных информационных технологиями и умеющих использовать их в своей деятельности.

Сегодня медицинские сестры должны иметь иное мышление, иной подход в решении профессиональных задач и более широкие полномочия, так как меняется их роль и миссия. В связи с чем должны меняться как философия сестринского дела, так и сам сестринский процесс, предусматривающий расширение профессиональной деятельности, которая должна быть нацелена на здоровый образ жизни, на сохранение здоровья каждого человека, семьи, общества, профилактику заболеваний в зависимости от социально-демографических условий.

Библиографический список

1. Абрамова В. И. Значение информационно-компьютерных технологий в подготовке специалистов сестринского дела. / В. И. Абрамова // Глав. мед. сестра, 2010. №3 - С. 103-107
2. Ванитов Ш. М., Блохина М. В., Сираева М. М. Совершенствование системы управления сестринским персоналом в учреждениях здравоохранения //Мед, пом., 2004. - №6. - С.51-52.
3. Греков И. Г. О нормативах времени высокотехнологичных сестринских вмешательств / И. Г. Греков // Сестринское дело. 2000. №5 С.40 — 41.
4. Менликулов П. Р., Салиходжаева Р. К. Организационные предпосылки развития сестринского дела в Узбекистане //Педиатр (Узб). - 2006. №5 С.27 — 29.

О РАЗВИТИИ ТВОРЧЕСКИХ НАЧАЛ В УЧЕНИИ

В. К. Яхина

Преподаватель,
Сергелинский медицинский колледж,
г. Ташкент, Узбекистан

Summary. In the basis of creative assimilation the theoretical materials lies producing and analyzing contents. The important way of translation in the rising to high degree of creative assimilation is – that the teachers should go ahead to the main aim and learn pupils' activities at colleges in the process of learning, understanding and searching still existed events. Learning the punctions of human's mind and considering it in the educational activities process is not engaging their free time but it is the point of getting free their textbooks from the useless information.

Keywords: teacher; cognitive activity.

В решении проблемы развития способностей учащихся мы опираемся на основополагающие принципы, сформулированные в Национальной программе по подготовке кадров. Прежде всего это престижность знаний, образованности и высокого интеллекта, раскрытие способностей человека и удовлетворение его разнообразных образовательных потребностей, формирование богатого мировоззрения, высокой духовности и культуры.

Известно, что прогнозирование информации, ее предвосхищение распадается на два цикла. Сущность первого цикла – появление в мозгу недостающей воспринимаемой информации, а сущность второго – восстановление недостающей информации в устной или письменной речи. Прогнозирование возможно только на основе репродуцирования. Например, кроссворд решить невозможно, если не иметь достаточного запаса знаний и если не будет задана определенная репродуцируемая информация [2, с. 120].

Достоверность прогноза, совпадение ожидаемого результата с действительным определяется его оптимальным соотношением с репродукцией.

Возникает вопрос: возможно ли строить процесс усвоения учащимися теоретического материала на основе оптимального сочетания репродуцирования и прогнозирования? И надо ли это делать?

Ответ положителен, ибо только на этой основе можно развивать творческие возможности и способности учащихся. Не случайно в последние годы активно пропагандируются и внедряются исследовательский метод, проблемные задачи, проблемные ситуации [1, с. 176].

Сущность данного подхода заключается в том, чтобы найти возможность усвоения учащимися теоретического материала на основе оптимального сочетания репродуцирования и прогнозирования. Учебные занятия необходимо организовать так, чтобы каждый ученик усваивал теоретическую информацию в течение занятия на основе использования доступного для него достоверного и строго рассчитанного прогноза. Тогда учебная де-

тельность ученика станет поистине творческой, приносящей радость и наслаждение [2, с. 120].

Чтобы правильно решать задачи развития творчества в процессе обучения, надо помнить: с какой бы степенью самостоятельности ни осуществлялась познавательная деятельность ученика, какой бы характер она ни носила (репродуктивный или прогностический), она всегда была и будет производной, зависимой от деятельности учителя, т.е. ведомой, а деятельность учителя – организующей, ведущей. Известно, что обучающая деятельность учителя является организующей, побуждающей, информационной и контролирующей, поэтому результаты познавательной деятельности ученика в большой степени зависят от того, как учитель организует, побуждает, контролирует его деятельность.

Познавательная деятельность учащихся – явление сложное, и, чтобы успешно управлять этой деятельностью, необходимо четко представлять главные задачи прогноза: что прогнозировать и как прогнозировать? Эти задачи можно свести к общим и частным.

Общая задача прогноза – это предвидение тех условий, средств, форм и содержания деятельности, которые являются наиболее благоприятными и оптимальными для развития и совершенствования личности в целом, в том числе научных знаний, творческого мышления, познавательных интересов, потребностей и способностей, высоких моральных качеств, физического совершенства, эстетических вкусов и взглядов, трудолюбия [3, с. 190].

Частные задачи можно свести к двум, которые могли бы быть ведущими среди всех других конкретных задач. Первая задача – это прогнозирование познавательной деятельности по содержанию, или предвидение всего того, что создает благоприятные условия для экономного, глубокого и прочного усвоения той или иной системы научных знаний, Вторая задача – это прогнозирование познавательной деятельности по ее способам, или предвидение движения учащихся от элементарных уровней и форм деятельности к более сложным и высоким. Данные задачи являются двуедиными, но их условное разграничение дает возможность строить более надежный прогноз. При решении первой задачи существенным представляется отбор и создание таких логических конструкций знаний, которые бы могли быть орудием или способом познавательной деятельности и которые могли бы обеспечить ее переход от репродуктивной деятельности к прогностической, от абстрактного к конкретному, от общего к частному. Первое – проструктурировать учебный материал с точки зрения возможностей прогноза. Второе – найти и описать тот необходимый и достаточный познавательный аппарат, с помощью которого учащиеся могли бы воссоздавать прогнозируемые знания. А чтобы выполнить эти условия, необходимо выяснить все характеристики системы научных знаний, методов и процедур познавательной деятельности.

Библиографический список

1. Арустамов Э. А., Гуськов Г. В., Косолапова Н. В. Безопасность жизнедеятельности. М.: Академия, 2006 г. 176 стр.
2. Коротяев Б. И. «Учение – процесс творческий» М.: Просвещение, 1980 г. 120 стр.
3. Коротун Л. Г. «Воспитание – дело творческое» М., «Просвещение», 1988 г. 190 стр.



IX. PERSONAL FEATURES RESPONSIBILITY FOR THE PRESERVATION OF HEALTH



К ВОПРОСУ О ФОРМИРОВАНИИ ВАЛЕОЛОГИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

О. Б. Воробьева

*Кандидат философских наук, доцент,
Самарский государственный
университет путей сообщения,
г. Самара, Россия*

Summary. Attention to their own health, the ability to provide individual prevention of its disorders, a healthy lifestyle are indicators of the General culture of the person. The development of valeology – the science of preventive health fundamentals of medicine highlighted new sphere of consciousness and of human existence – valeological culture.

Keywords: health; healthy way of life; valeological culture; esoteric culture.

Здоровье человека связано практически со всеми сферами его деятельности. Изменения в любой из них влияют на психосоматический уровень здоровья. Здоровье – это гармония биологических и социальных качеств человека, позволяющих ему вести в социальном и экономическом плане активную жизнь. Оно обуславливает высокий потенциал физической, психической и умственной деятельности человека и является гарантией его полноценной жизни.

Культура на всем протяжении истории человечества предлагала многообразие методик сохранения здоровья. Выработанные во времени системы: организация жилища, питания, отдыха, ритм жизни в целом, обеспечивала людям физический комфорт, который явился, в свою очередь, важным условием психического и физического благополучия.

Методики, обеспечивающие духовное здоровье, сформулированы во всех мировых философских системах. Большое признание и включенность в современную медицину имеют разработанные еще в древних культурах методы Парацельса, Авиценны, основа которых – свето-и цветотерапия.

Существует модель поддержания психосоматического состояния человека и в эзотерической культуре, однако, «популярные сегодня психофизиологические направления, которые уже не воспринимаются населением как эзотерические, а переходят в разряд оздоровительных программ» [1, с. 43]. Так, аскетические практики Востока, «несут в духовном процессе элементы «высокого типа»: частоту и глубину дыхания, положения тела, молитвенный текст...» [2, с. 117].

Современная культура в качестве методик сохранения психического здоровья предлагает разнообразные аутогенные тренировки, основу которых составляет синтез психологической науки и традиционных знаний.

Внимание к своему здоровью, способность обеспечить индивидуальную профилактику его нарушений, здоровый образ жизни служат показателями общей культуры человека. Развитие валеологии – науки о профилактически-оздоровительных основах медицины – позволило выявить новую сферу как существования человека в качестве физической единицы, так и его сознания – валеологическую культуру. Она включает в себя: знание человеком физических и психологических и даже генетических возможностей жизненных систем своего организма; умение контролировать и сохранять на одном уровне свой психофизиологический статус, а также способность и желание распространять валеологические знания на семью, друзей, сотрудников и других членов своего окружения.

Таким образом, валеологическая культура отражает объективно существующий социальный порядок, отношения людей к собственному здоровью и к здоровью других людей, и, конечно, она испытывает на себе все изменения, которым подвержено общество. Поэтому «валеологическую культуру можно рассматривать как особый социальный нормативный конструкт, который формирует ценностные и психологические установки личности, выражающиеся в менталитете, поведении, образе жизни людей» [3, с. 31].

Формирование валеологической культуры – многоступенчатый и многогранный процесс, включающий семью, досуговые учреждения, специализированные организации, и, конечно же, систему государственного образования в стране.

Основа для формирования духовно и физически здорового человечества закладывается в образовательно-воспитательном процессе – дома, школе, вузе, а показатель здоровья непосредственно зависит от интеллектуальных вложений в личность. Цель любого образовательно-воспитательного процесса – научить культурным традициям, а также сформировать навыки жизни согласно нормам этики и эстетики. В этом процессе ответственная роль принадлежит дисциплинам гуманитарного цикла: философии, культурологии, психологии, которые, прослеживая в каждом человеке единство его природных и культурных, физических и духовных способностей, помогают реализовывать потребности личности, предоставляя нормы и ценности, способствующие гармоничному развитию человека.

Библиографический список

1. Белякова О. Б. Феномен эзотерической культуры: антропологические, аксиологические, культурологические обоснования: дис...канд.филос.наук / Тамбовский государственный университет им. Г. Р. Державина. – Тамбов, 2003. – 187с.

2. Воробьева О. Б. Самосовершенствование личности: путь эзотерической культуры // Актуальные научные исследования в условиях вызовов XXI века: материалы Международной научно-практической конференции. 2016. С.116-117.
3. Сханук Ф. З. Проблема формирования валеологической культуры личности в условиях трансформации общественной жизни // Физическая культура, спорт – наука и практика. 2013. №2. С.30-32.

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГЛАВНЫХ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЁР РАБОТАЮЩИХ В ГОРОДСКИХ СЕМЕЙНЫХ ПОЛИКЛИНИКАХ

М. А. Мирпайзиева
Д. Ю. Раманова

*Ассистенты,
Ташкентская медицинская академия,
г. Ташкент, Узбекистан*

Summary. An assessment of the age composition of the main nurses has shown that in urban family clinics their age is on average 42.8 ± 2.3 years. The largest group (72.6 out of 100) of respondents is represented by the main medical sisters, whose experience in practical public health services exceeds 15 years, 2/3 of them had worked in the industry for more than 20 years, 81.9 % of the main nurses had the highest qualification category – this indicates a civil maturity and fidelity to duty. Most of the main nurses of urban family polyclinics live in favorable housing conditions (12.4 %) in good housing conditions. 65.1 % observe the diet, 71.1 % eat differently. However, respondents do not always observe the regime: sleep (31.8 %), outdoor walks (16.3 %), many respondents do not observe the rest regime (66 %), are not satisfied with its organization, do not engage in morning gymnastics and physical education (64 %). The main part of the interviewed respondents, both in the family (95.0 %) and in the collective (95.5 %), is well-off in the psychological climate. Only 11.5 % of the main nurses consider their health to be good, 12.1 % noted the presence of chronic diseases.

Keywords: chief nurses; city family polyclinic; balanced nutrition; working conditions.

В настоящее время в Республике Узбекистан проводится реформирование системы здравоохранения, в котором большое место отводится подготовке медицинских сестёр и совершенствованию сестринского дела [1, с. 99, 2, с. 26].

Цель исследования. Углубленное изучение социально-гигиенических характеристик главных медицинских сестёр работающих в городских семейных поликлиниках.

Материал и методы исследования. Основными объектами наблюдения явились главные медицинские сёстры, а также главные врачи, врачи общей практики семейных поликлиник. Предметами исследования явились деятельность и трудовые затраты главных медицинских сестёр. Для решения поставленных задач были использованы медико-социальные, социально-гигиенические и математико-статистические методы исследований.

Результаты исследования. Анализ возрастно-полового состава главных медицинских сестёр, работающих в городских семейных поликлиниках, показал, что 100% работающих составляли женщины, средний возраст которых в основной группе был равен $42,71 \pm 2,3$ года. Большинство были лица наиболее продуктивного возраста 25-45 лет соответственно 78,5 %.

Все главные медицинские сёстры, работающие в семейных поликлиниках, были замужем, 5,3 % не замужем. 7,1 % главных медицинских сестёр не имели детей. По одному ребёнку имели соответственно 24,6 %, по два 36,4 %, по три 31,6 %.

Изучение стажа работы главных медицинских сестёр показало, что самая многочисленная группа (73,7 %) представлена главными медицинскими сёстрами, чей стаж в практическом здравоохранении составляет более 15 лет, из них 2/3 имели стаж работы 20 лет. Основной контингент (соответственно 82,1 %) медицинских сестёр, работающих в семейных поликлиниках, имели высшие квалификационные категории, 5,3 %-первую, 7,1 %-вторую. Удельный вес не имеющих квалификационные категории составил соответственно 5,5 %.

Одним из ведущих факторов социально-гигиенической характеристики населения является сбалансированное рациональное питание. Проведённое исследование позволило установить режим, характер питания главных медицинских сестёр и потребление ими отдельных пищевых продуктов. 65,1 % соблюдают режим питания, 71,1 % питаются разнообразно, 12,1 % придерживаются диетического питания 4,5 % любят вареные блюда, 3,91 % употребляют жирные и жареные блюда, любителей острой пищи среди опрошенных не оказалось. Горячую пищу 37,9 % респондентов употребляли 3 раза в день, 50,3 % – 2 раза, 11,8% – 1 раз. Помимо режима и характера питания, нами был изучен режим дня главных медицинских сестёр, который играет важную роль в сохранении и укреплении здоровья, повышении эффективности и работоспособности женщин. При оценке режима дня мы учитывали такие параметры как прогулка на свежем воздухе, длительность сна, занятие утренней гимнастикой, занятия физкультурой и спортом, рациональное распределение свободного времени, организация досуга и отдыха и др.

Выяснилось, что средняя продолжительность сна у главных медицинских сестёр городских семейных поликлиник составляет в среднем $74,9 \pm 0,30$ мин, каждая третья женщина (31,8 %) не соблюдает режим сна.

Большинство главных медицинских сестёр (62,3 %) не занимаются утренней гимнастикой и физкультурой. Многие респонденты не соблюдают режим отдыха (66 %) и не удовлетворены его организацией, всего 36 % утром делают гимнастику и зарядку и лишь 1,7 % занимаются в спортивных секциях. Среди респондентов не оказалось женщин, имеющих вредные привычки.

Основная часть (87,9 %) главных медицинских сестёр ежедневно от 1 до 2 часов времени затрачивают на чтение медицинской литературы. В то же время среди них оказались респонденты, не занимающиеся повышением профессионального образования и не читающие медицинскую литературу (12,1 %). На эффективность и улучшение качества работы, и в конечном итоге состояние здоровья, существенное влияние оказывают условия труда и удовлетворённость ими главных медицинских сестёр.

Таблица 1.

Степень удовлетворённости главных медицинских сестёр городских семейных поликлиник условиями труда, %

| Условия труда | Удовлетворены | Частично удовлетворены | Не удовлетворены | Затрудняюсь ответить |
|--------------------------------|---------------|------------------------|------------------|----------------------|
| Санитарно-противоэпидемические | 60,0 | 30,0 | 6,0 | 4,0 |
| Санитарно-гигиенические | 66,0 | 25,0 | 4 | 5,0 |
| Бытовые | 64,0 | 26,0 | 5,0 | 5,0 |

Большинство из главных медицинских сестёр удовлетворены условиями труда. Каждая третья главная медицинская сестра удовлетворена частично или не удовлетворена условиями труда.

Немаловажное значение в сохранении здоровья имеет информированность человека о его состоянии. Из причин, вызывающих изменение здоровья, главными медицинскими сёстрами были названы возраст, неблагоприятный микроклимат, напряжённость труда, неправильное питание, нерациональная организация отдыха и недостаточная физическая активность.

Обращают на себя особое внимание поведение, активность и ответственность главных медицинских сестёр за сохранение своего здоровья. Результаты исследования показали, что каждая десятая медицинская сестра при наличии острых заболеваний, каждая шестая медицинской сестре при наличии хронических заболеваний не обращаются к врачу, занимаются самолечением. От 1,5 до 3,0 % обследованных отметили, что они обращаются за медицинской помощью только из-за получения листков не трудоспособности. На вопрос: были ли Вы на профилактических медицинских осмотрах за последние 3 года, 19,1 % респондентов ответили отрицательно, если даже и прошли профилактический медицинский осмотр то, не у всех врачей. Таким образом, социально-гигиенической характеристики главных медицинских сестёр выявил относительно низкую их медицинскую и физическую активность, несмотря на то, что они являются медицинскими работниками.

Библиографический список

1. Алимов А. В., Юсупалиева Г. А. Перспективы применения модульной технологии обучения в медицинском образовании //Ўзбекистон тиббиёт журнали.-2008.-№5.- С. 99-103.
2. Гаджиев Р. С., Садриддинова Н. О. Пути повышения качества и эффективности труда медицинских сестер городских поликлиник //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. -2009. -№4. -С.26-30.



X. «DISEASES OF THE CENTURY»: CAUSES, TYPES AND PUBLIC HEALTH AND PREVENTION MEANS



ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НЕКОТОРЫХ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С

В. Н. Козько
О. Н. Винокурова
А.О. Соломенник
Е. С. Лукашенко
М. С. Лысак
Д. С. Якименко

*Доктор медицинских наук, профессор,
кандидат медицинских наук, ассистент,
кандидат медицинских наук, доцент,
студенты,
Харьковский государственный
медицинский университет,
г. Харьков, Украина*

Summary. Depending on the effectiveness of antiviral therapy, the data on the serum levels of alpha and gamma interferons and main subpopulations of lymphocytes in peripheral blood in patients with chronic hepatitis C is presented. The study of these parameters in patients with chronic hepatitis C before and after etiotropic treatment can be used to predict its effectiveness.

Keywords: Viral hepatitis C (HCV); Serum alpha- and gamma-IFN; Pegylated alpha2-IFN; ribavirin.

Около 3 % населения мира инфицировано вирусом гепатита С (HCV), который представляет серьезную угрозу здоровью людей из-за высокой вероятности развития хронического гепатита, приводящего в дальнейшем к циррозу печени и гепатоцеллюлярной карциноме [1–3]. В связи с этим внимание исследователей все чаще обращается на взаимодействие вируса и иммунной системы человека. Ряд фактов указывает на существенную значимость иммунологических механизмов в патогенезе HCV-инфекции [1; 2; 4–9]. Считается, что состояние клеточно-опосредованного иммунного ответа на HCV, продукция иммунорегуляторных молекул (цитокинов) и функционирование системы интерферона (ИФН) определяют вирусэлиминирующие свойства организма [8; 10–12]. Однако данные литературы свидетельствуют о том, что среди исследователей нет единого мнения в отношении направленности и выраженности иммунных сдвигов, а также состояния системы ИФН у больных хроническим гепатитом С (ХГС). Ни один из существующих факторов, влияющих на течение HCV-инфекции и эффективность этиотропной терапии (пол и возраст пациента, длительность болезни, активность инфекционного процесса, активность сывороточных трансаминаз, генотип HCV) [1; 2; 7; 13] не учитывает хара-

ктер иммунного ответа, в то время как именно он в значительной мере определяет противовирусную стратегию организма [2; 9].

Целью настоящего исследования явилось изучение содержания сывороточного альфа- и гамма-ИФН и основных субпопуляций лимфоцитов в периферической крови у больных ХГС в зависимости от эффективности противовирусной терапии.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 34 больных ХГС с генотипом вируса 1в. Диагноз устанавливали на основании клинико-анамнестических и общепринятых лабораторно-инструментальных исследований. Этиологию заболевания подтверждали выявлением сывороточных маркеров HCV методом иммуноферментного анализа (ИФА) с использованием тест-систем НПО «Диагностические системы» и РНК-HCV в сыворотке крови количественным методом ПЦР с генотипированием вируса. Всем больным после установления диагноза, а затем в динамике проводилось определение альфа- и гамма-ИФН в сыворотке крови методом ИФА с помощью коммерческих тест-систем «Протеиновый контур». Исследование поверхностных антигенов CD3, CD4, CD8, CD56, CD20 на лимфоцитах периферической крови проводили иммунофлюоресцентным методом с помощью соответствующих моноклональных антител производства «Медбиоспектр».

В зависимости от ответа на проводимую стандартную противовирусную комбинированную терапию препаратом пегилированного альфа2-ИФН (180 мкг подкожно 1 раз в неделю) в сочетании с рибавирином (1000 мг внутрь ежедневно) в течении 48 недель [1; 6; 7; 14] обследуемые больные были разделены на две группы. В I группу вошли 24 пациента, у которых в результате проведенного лечения был достигнут устойчивый вирусологический ответ (УВО), а во II группу – 10 больных ХГС, которые не ответили на терапию. Контрольную группу составили 20 здоровых лиц. Статистический анализ полученных данных проводили методом вариационной статистики с использованием критерия Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. У больных I группы содержание сывороточного альфа-ИФН до лечения был достоверно ниже, чем у больных II группы и составило $19,73 \pm 5,91$ пг/мл ($p < 0,05$). У 18 из 24 (75 %) пациентов этой группы альфа-ИФН в сыворотке крови отсутствовал. На фоне терапии у них произошло достоверное увеличение сывороточного альфа-ИФН до $106,39 \pm 12,91$ пг/мл ($p < 0,01$).

В группе II (больные ХГС, не ответившие на лечение) отмечался исходно высокое содержание альфа-ИФН в сыворотке крови ($125,5 \pm 40,12$ пг/мл), причем не обнаруживался он в этой группе у 2 из 10 (20 %) больных. На фоне лечения существенных изменений в содержании сывороточного альфа-ИФН не произошло ($114,15 \pm 35,71$ пг/мл).

В сыворотке крови больных обеих групп содержание гамма-ИФН было приблизительно одинаковым и составило $42,06 \pm 12,22$ пг/мл и

45,41±10,81 пг/мл соответственно ($p>0,05$). Однако в процессе лечения во I группе произошло существенное увеличение этого показателя до 180,42±59,01 пг/мл ($p<0,05$). У больных II группы содержание гамма-ИФН в сыворотке крови на фоне терапии не отличалось от исходного.

При оценке субпопуляций лимфоцитов периферической крови у больных ХГС были выявлены следующие изменения

Содержание основных субпопуляций лимфоцитов периферической крови у больных хроническим гепатитом С (M±m)

| Показатель | I группа (n=24) | | II группа (n=10) | | Контроль (n=20) |
|------------|-------------------|------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-----------------|
| | до лечения | через 3 мес | до лечения | через 3 мес | |
| CD3+, % | 35,33 ±2,41*** | 56,81 ±4,12* ² | 55,43 ±3,45* ^{oo} | 49,67 ±2,94** | 68, 1±2,7 |
| CD4+, % | 23,25 ±3,05** | 30,8± 2,21 ¹ | 31,55 ±2,71 ^o | 27,15 ±3,23* | 35, 9±1,9 |
| CD8+, % | 15,52 ±2,14* | 22,84 ±2,71 ¹ | 25,47 ±0,91 ^{oo} | 21,3± 1,11 | 21, 6±0,9 |
| CD56+, % | 5,75± 0,77*** | 11,25 ±1,51 ² | 8,23± 2,26** | 5,82± 0,93*** | 14, 3±1,1 |
| CD20+, % | 15,27 ±1,36** | 10,3± 0,85 ² | 16,1± 0,93** | 19,88 ±1,22*** ¹ | 10, 8±0,6 |
| ИРИ | 1,21± 0,09** | 1,49± 0,11 ¹ | 1,27± 0,08** | 1,18± 0,07*** | 1,6 5±0,05 |

Примечания: * – при наличии достоверных отличий от показателей в контроле ($p<0,05$); ** – при наличии достоверных отличий от показателей в контроле ($p<0,01$); *** – при наличии достоверных отличий от показателей в контроле ($p<0,001$); ^o – при наличии достоверных отличий между группами ($p<0,05$); ^{oo} – при наличии достоверных отличий между группами ($p<0,01$); ¹ – при наличии достоверных отличий на фоне лечения ($p<0,05$); ² – при наличии достоверных отличий на фоне лечения ($p<0,01$).

У больных I группы до лечения отмечалось выраженное снижение CD3+, по отношению не только к контролю ($p<0,001$), но и к этому показателю во II группе ($p<0,01$), снижение CD4+ ($p<0,01$), CD8+ ($p<0,05$), CD56+ ($p<0,001$), иммуно-регуляторного индекса (ИРИ) ($p<0,01$), повышение CD20+ ($p<0,01$). Через три месяца от начала проводимой терапии у больных I группы произошло повышение CD3+ ($p<0,01$), CD4+ ($p<0,05$), CD8+ ($p<0,05$), CD56+ ($p<0,01$), повышение ИРИ ($p<0,05$), снижение CD20+ ($p<0,01$) по сравнению с исходными значениями, однако некоторые из этих показателей не достигли контрольных величин. Эти данные свидетельствуют о том, что изменения иммунологических показателей изначально носили более выраженный характер, а проводимая терапия у больных этой группы оказала иммуномодулирующее влияние, проявившееся активацией Т-клеточного звена иммунитета и некоторым снижением активности В-клеточного звена.

У больных II группы до лечения отмечалось снижение по сравнению с результатами контрольной группы количества клеток, экспрессирующих рецепторы CD3+ ($p < 0,05$), CD56+ ($p < 0,01$), снижение ИРИ ($p < 0,01$), повышение CD20+ ($p < 0,01$). Выявлена тенденция у больных этой группы к снижению CD4+ ($p > 0,05$), повышению CD8+ ($p > 0,05$). Таким образом, изменения в иммунном статусе больных II группы до начала лечения свидетельствовали о наличии у пациентов умеренно выраженного Т-клеточного иммунодефицита. Через 3 месяца от начала проведения противовирусной терапии у больных этой группы наметилась тенденция к дальнейшему снижению CD3+ ($p > 0,05$), CD4+ ($p > 0,05$), CD56+ ($p > 0,05$), ИРИ ($p > 0,05$), снижение абсолютного количества CD8+ ($p < 0,05$), повышение CD20+ ($p < 0,05$) по сравнению с исходными уровнями, то есть, на фоне проводимой терапии произошло некоторое усугубление выявленных ранее изменений в Т-клеточном звене, повышение активности В-звена иммунитета.

Изменения, выявленные нами со стороны иммунной системы у больных ХГС в зависимости от эффективности проводимой стандартной противовирусной терапии, еще раз подтверждают ключевую роль клеточного звена иммунитета в механизмах противовирусной защиты макроорганизма, и позволяют использовать некоторые иммунологические показатели для прогнозирования ответа на этиотропную противовирусную терапию. Так, у большинства больных ХГС, не ответивших на лечение, отмечалось исходно высокое содержание альфа-ИФН, которое не претерпевало существенных изменений в процессе лечения, отсутствовало повышение гамма-ИФН на фоне терапии. Последнее, вероятно, свидетельствует о том, что проводимая терапия не вызывала у этих пациентов активации Th1-зависимых механизмов иммунной регуляции, обеспечивающих усиление эффекторного звена иммунного ответа с последующей деструкцией инфицированных гепатоцитов и элиминацией вируса [12]. Высокое исходное содержание альфа-ИФН в сыворотке крови у этих больных, вопреки ожиданиям, не оказывало противовирусного действия. Это может быть связано как с генетически детерминированным или приобретенным дефектом клеточных интерфероновых рецепторов, так и с синтезом дефектного эндогенного ИФН [15; 16]. И то и другое не позволяет циркулирующему ИФН инициировать каскад биохимических реакций, приводящих к подавлению вирусной репликации, и, таким образом, реализовать свой антивирусный эффект.

Умеренно выраженные признаки Т-клеточного иммунодефицита, выявляемые у большинства больных этой группы, на фоне терапии имели тенденцию к дальнейшему прогрессированию.

У больных I группы, ответивших на лечение, отмечалось более низкое исходное содержание альфа-ИФН, а на фоне проводимой терапии происходило значительное повышение как альфа-ИФН, так и гамма-ИФН. Кроме того, у этих больных отмечались более выраженные изменения со

стороны иммунологических показателей в виде значительного снижения CD4+ и CD8+, и, как следствие – снижение CD3+. Однако эти нарушения поддавались коррекции: через 3 месяца после начала терапии происходило увеличение количества клеток, несущих рецепторы CD3+, CD4+, CD8+, CD56+, повышение ИРИ, снижение CD20+.

Таким образом, исходное состояние иммунной системы организма, а также изменения происходящие в ней, под воздействием проводимой этиотропной терапии, определяют возможность достижения будущего УВО у больных ХГС. Полученные нами данные подтверждают существенную роль цитокина Th1 типа гамма-ИФН и связанного с ними состояния Т-клеточного звена иммунитета в элиминации вируса у больных не только острой, но и хронической формами HCV-инфекции.

Такие показатели, как низкий уровень сывороточного альфа-ИФН или его отсутствие до начала терапии, исходно низкое содержание CD4+ и CD8+ в крови, значительное увеличение гамма-ИФН и повышение количества CD4+ и CD8+ на фоне лечения, можно рассматривать как благоприятные прогностические критерии ответа на проводимую противовирусную терапию у больных ХГС. В то же время высокое содержание альфа-ИФН в сыворотке крови, повышенное количество CD8+ у больных ХГС до начала терапии, отсутствие нарастания гамма-ИФН и других признаков активации клеточного звена иммунитета (повышение CD3+, CD4+, CD56+, снижение CD20+) в процессе лечения могут выступать предикторами плохого ответа на терапию и свидетельствовать о нецелесообразности дальнейшего ее проведения таким больным.

Выводы. Изучение содержания сывороточного альфа- и гамма-ИФН, а также основных субпопуляций лимфоцитов периферической крови у больных ХГС до и на фоне проведения стандартной комбинированной противовирусной терапии может быть использовано для прогнозирования ее эффективности. Высокое содержание сывороточного альфа-ИФН и CD8+ в крови у больных ХГС являются предикторами плохого ответа на лечение.

Низкое исходное содержание сывороточного альфа-ИФН или его отсутствие, дефицит CD4+ и CD8+ в периферической крови до начала терапии, повышение γ -ИФН и количества CD4+ и CD8+ на фоне лечения можно рассматривать как благоприятные прогностические критерии ответа на проводимую стандартную противовирусную терапию у больных ХГС.

Библиографический список

1. Федорченко С. В. Хроническая HCV-инфекция / С. В. Федорченко: Киев: ВСИ “Медицина”, 2010. – 271 с.
2. Соринсон С. Н. Вирусные гепатиты. – СПб.: ТЕЗА, 1998. – 331с.
3. Гураль А. Л. Характеристика і особливості епідемічного процесу гепатиту С в Україні / А. Л. Гураль, І. Ф. Марієвський, Т. А. Сергеева [та ін.] // Профілактична медицина. – 2011. – №1. – С. 9–17.

4. Гомоляко І. В. Особливості морфологічних змін печінки у хворих на хронічний гепатит С / І.В. Гомоляко, В.І. Янченко, С.В. Федорченко [та ін.] // Гепатологія. – 2013. – № 3 (21). – С. 46–57.
5. Foster .G. R. Activity of telaprevir alone or in combination with peginterferon-alfa-2a and ribavirin in treatment-native genotype 2 and 3 hepatitis-C patients: final results of study / G. P. Foster, C. Hezode, G. P. Bronowicki [et al.] // Hepatology. – 2010. – № 52 – P. 27.
6. Mc. Hutchison J.G. Peginterferon alfa-2b or alfa-2a with ribavirin for treatment of hepatitis C infection / Mc. J. G. Hutchison, E. J. Lawitz, M. L. Shiffman [et al.] // New Engl. J. Med. – 2009. – P. 580–593.
7. Sarrazin C. Antiviral strategies in hepatitis C virus infection / C. Sarrazin, C. Hedose, S. Zeuzem [et al.] // Hepatology. – 2012. – № 56 (1). – P. 88–100.
8. Виноград Н. О. Інтерферонотерапія вірусних гепатитів: за і проти / Н. О. Виноград // Гепатологія. – 2009. – №3 (5). – С . 51–55.
9. Понежева Ж. Б. Клинико-иммунологические особенности хронического гепатита С в зависимости от генотипа вируса / Ж.Б. Понежева, Б.С. Нагоев, Н.В. Дубинина [и др.] // Иммунопатология, аллергология, инфектология. – 2011. – № 2. – С. 26-30.
10. Ариненко Р. Ю., Аникин В. Б., Головкин В. И. Система интерферона: первая линия защиты организма // Terra Medika nova. – 1997. – № 4. – С. 11-14.
11. Ершов Ф. И. Система интерферона в норме и при патологии. – М.: Медицина, 1996. – 240 с.
12. Павлова Л. Е., Макашова В. В., Токмалаев А. К. Система интерферона при вирусных гепатитах // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2000. – № 1. – С. 48-51.
13. Топольницкий В. С. Современные данные об интерферонах и тактика их применения в клинической практике // Гепатологія. – 2013. – № 2(20). – С. 67-80.
14. Зайцев И. А. Прогнозирование результатов противовирусной терапии больных хроническим вирусным гепатитом С // Гепатологія. – 2013. – № 2(20). – С. 4-13.
15. Бабак О. Я. Хронические гепатиты. – К.: Блиц-Информ, 1999. – 208 с.
16. Chang K. M., Rehermann B., Chisari F. V. Immunopathology of hepatitis C // Springer Semin. Immunopathol. – 1997. – Vol. 19. – P. 57-68.

СОСТОЯНИЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАКТИВНОСТИ И ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАРОДОНТИТОМ НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

М. С. Патрушева
И. В. Старикова
О. А. Гуринова
Н. Н. Тригонос
Е. М. Чаплиева

*Кандидат медицинских наук,
кандидат медицинских наук,
кандидат медицинских наук,
кандидат медицинских наук, доцент,
кандидат медицинских наук,
Волгоградский государственный
медицинский университет,
г. Волгоград, Россия*

Summary. The article presents the results of the study of immunological reactivity and vegetative regulation in patients with chronic periodontitis and arterial hypertension without obesity and patients with metabolic syndrome. It is shown that in patients with periodontitis, which occurs against the background of the metabolic syndrome, there is a more pronounced imbalance of the sympathetic and parasympathetic nervous system and a decrease in immunological reactivity, compared with patients suffering from hypertension, which aggravates the course of dystrophic changes in the periodontal tissues.

Keywords: chronic periodontitis; arterial hypertension; metabolic syndrome; immunological reactivity; vegetative regulation.

Актуальность изучения возможной взаимосвязи заболеваний пародонта и составляющих метаболического синдрома (МС) объясняется, прежде всего, неуклонностью возрастания и широтой распространенности количества пациентов с диагнозом «Метаболический синдром» в последние два десятилетия. Многочисленными исследованиями установлено, что возникновению функциональных и морфологических изменений в тканях пародонта способствуют универсальные патогенетические механизмы, формирующиеся при различных заболеваниях органов и систем. Взаимосвязь между ними обусловлена нарушениями метаболизма, гемодинамики, микроциркуляции, иммунологическими и нейрорегуляторными изменениями и сдвигами микробиоценоза [1, с. 13; 2, с. 101].

При МС имеются различные нарушения иммунной системы, в частности изменения соотношения иммунокомпетентных клеток, дисиммуноглобулинемия с достоверным повышением IgA, IgG [1, с. 10; 4, с. 93]. Интенсивное развитие иммунологических методов исследования в последние годы позволило получить убедительные данные, свидетельствующие о важной роли иммунных нарушений в патогенезе пародонтита [3, с. 131; 6, с. 25]. Учитывая важное значение факторов клеточного и гуморального иммунитета в развитии атеросклероза [2, с. 111], следует принимать во внимание и иммунные нарушения, имеющие место и в формировании МС.

Вегетативная нервная система играет важную роль в обеспечении жизнедеятельности организма: активно участвует в поддержании гомеостаза и реактивности, регулирует трофические и адаптационные процессы, способствует питанию, обмену веществ и кровообращению тканей, в том числе пародонта [1, с. 9; 2, с. 115; 6, с. 26; 7, с. 119].

Имеющиеся в литературе данные свидетельствуют о существенном влиянии типа вегетативной регуляции на характер течения и прогноз заболеваний, таких как гломерулонефрит, сердечно-сосудистая патология и другие.

Дисбаланс вегетативно нервной системы является важным механизмом формирования артериальной гипертензии (АГ) и её осложнений. Часто для отражения дисбаланса между тонусом симпатической и парасимпатической регуляции в организме используют анализ вариабельности сердечного ритма (ВРС). В некоторых исследованиях замечено, что симпатическая активность у больных с АГ наблюдается с детства, до появления признаков заболевания. При МС вследствие гиперинсулинемии происходит ещё большая активация симпато-адреналовой системы. Обычно снижается тонус блуждающего нерва и пропорционально повышается влияние симпатического отдела вегетативной нервной системы, что приводит к увеличению числа сердечных сокращений (ЧСС), снижению ВРС, стимулируется клеточная пролиферация и ускоряются структурно-функциональные изменения резистивных сосудов. Катехоламины блокируют инсулиновые рецепторы, что ухудшает чувствительность периферических тканей к инсулину, вызывая вазоконстрикцию сосудов скелетных мышц, гиперкоагуляци., усиление агрегации тромбоцитов.

Топографическая связь нервной, эндокринной и иммунной систем характеризуется общностью модулирующих и транзиттерных медиаторов, взаимодействие которых определяет гомеостаз и характер иммунного ответа органов и тканей в условиях патологии.

Усиление активности симпатической нервной системы приводит к повышению сосудистого тонуса, развитию дистрофических и атрофических изменений в тканях пародонта. В тоже время лишение пародонта симпатического влияния вызывает нарушение трофики тканей вследствие нарушения клеточного метаболизма и развития дистрофического процесса [8, с. 53].

Определение роли ВНС в возникновении и развитии основных стоматологических заболеваний остается недостаточно изученным. Но, тем не менее, необходимо учитывать и тип вегетативной регуляции, определяющих в значительной мере состояние гомеостаза полости рта.

Выяснение взаимосвязи между хроническим генерализованным пародонтитом (ХГП) на фоне артериальной гипертензии (АГ) без метаболических нарушений и ожирения, и ХГП на фоне МС с ожирением может

явиться основанием для разработки дифференциально-диагностических критериев, методов лечения и профилактики.

Целью настоящего исследования является определение особенностей иммунологической реактивности и вегетативной регуляции у больных хроническим пародонтитом на фоне АГ без ожирения и больных ХГП на фоне МС и ожирения.

Материалы и методы исследования

Нами было проведено комплексное обследовано 35 больных с ХГП средней степени тяжести на фоне АГ (1-я группа) и 75 больных ХГП на фоне МС с ожирением (2-я группа) в возрасте от 35 до 55 лет, также 20 добровольцев в возрасте 25–35 лет, практически здоровых людей с интактным пародонтом, которые составили контрольную группу (КГ) в иммунологических исследованиях. При оценке вегетативного статуса сравнивались больные с ХГП на фоне АГ (1-я группа) и больные ХГП на фоне МС (2-я группа).

Стоматологический статус определялся по общепринятым стоматологическим методикам и включал в себя опрос, осмотр. В ходе обследования давалась индексная оценка состояния тканей пародонта: индекс гигиены – ИГ по Green – Vermillion (1964), папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс - РМА в модификации Парма (1960), пародонтальный индекс - PI по A. Russel (1967), индекс кровоточивости - ИК по Muchlemann Н.Р., Son S. (1971). Рентгенологическое обследование проводилось с использованием ортопантомограмм и прицельных внутриротовых снимков.

Исследование местного иммунитета включало следующие тесты:

- определение количества эпителиальных клеток, нейтрофилов, лимфоцитов в материале десневой борозды (Э:Н:Л, %);
- определение классов и количества иммуноглобулинов в десневой жидкости (IgA, IgG, IgM, г/л).

Для оценки местного иммунитета изучали качественный (клеточный и гуморальный) состав десневой жидкости в области одного зуба, используя комплекс иммунологических экспресс-микрометодов [7].

Результаты клинических и лабораторных исследований фиксировались в карте обследования стоматологического больного.

Исследование variability сердечного ритма (ВСР) проводили в стандартных условиях в утренние часы на фоне синусового ритма с помощью прибора «ВАРИКАД-1,0» (Россия) по методике Баевского Р.М. Регистровали ЭКГ в одном из стандартных отведений в течение 5 минут в положении лежа.

Анализировались следующие показатели ВСР по временной области: длительность интервалов R-R, среднее квадратическое отклонение (СКО), индекс напряжения регуляторных систем (ИНРС). Показатели ВСР по частотной области: суммарная мощность спектра (СМС), мощность высоко-

частотной составляющей спектра (MF), дыхательные волны (HF), мощность низкочастотной составляющей спектра, медленные волны 2-го порядка (LF), мощность среднечастотной составляющей спектра (MF), индекс вагосимпатического баланса (MF/HF), мсек² – отношение мощностей низких частот к мощности средних, индекс централизации (ИЦ=(LF+MF/HF)).

Статистическую обработку клинического и иммунологического материала проводили с использованием программы Microsoft Excel 97 по статистической обработке на персональном компьютере IBM/AT-Pentium 166 ММХ и в соответствии с имеющими руководствами по статистической обработке клинического и экспериментального материала. При анализе определяли средние арифметические величин (M) и их средние ошибки (m). Достоверность различий (p) показателей оценивали по критерию значимости (t) Стьюдента, различия считали статистически достоверными при $p < 0,05$, $t > 2$.

Результаты исследования и их обсуждения

При обследовании больных отмечались следующие жалобы: кровоточивость десен после чистки зубов и приеме твердой пищи, зуд и чувство дискомфорта в деснах, неприятный запах изо рта, изменение цвета десны, подвижность зубов.

ИГ был очень высокий и среднее значение его в I-й группе составило $2,63 \pm 0,43$ балла, а во II-й группе - $2,93 \pm 0,54$ балла ($p > 0,05$), что свидетельствует о плохой гигиене полости рта. У больных I-й группы индекс РМА был равен $41,40 \pm 3,34\%$, а у больных II-й группы $48,80 \pm 3,46\%$ ($p > 0,05$), что соответствует гингивиту средней степени тяжести. Индекс РМА является обратимым и динамика его изменения – достоверный критерий результатов лечения.

Среднее значение PI в I-й группе - $4,46 \pm 0,31$ балла, а во II-й группе - $4,77 \pm 0,24$ балла ($p > 0,05$).

У больных I-й группы ИК - $2,12 \pm 0,24$ балла, а у больных II-й группы – $2,35 \pm 0,41$ балла ($p > 0,05$). У лиц контрольной группы степень кровоточивости равнялась 0, так как отличная от нуля величина является признаком начальных воспалительных изменений.

При рентгенологическом обследовании у больных ХГП средней степени тяжести отмечалось преобладание вертикального типа резорбции костной ткани, отсутствие компактной пластинки и деструкция межальвеолярной перегородки от $1/3$ до $1/2$ длины корня, что соответствует второй степени деструкции костной ткани альвеолярной части челюсти.

Таким образом, обследуемые нами больные имели поражения тканей пародонта, соответствующие средней степени тяжести пародонтита, клинически проявляющиеся симптоматическим гингивитом и явлениями кровоточивости.

В результате исследования клеточного состава десневой жидкости были выявлены значительные изменения в неспецифическом клеточном иммунитете.

Содержание эпителиальных клеток в десневой жидкости у больных I-й и II-й группы было снижено и составило соответственно $34,47 \pm 0,12$ % и $24,11 \pm 0,17$ % ($52,31 \pm 0,06$ % – контроль) ($p < 0,05$); число нейтрофилов увеличено – $53,12 \pm 0,11$ % в I-й группе, $64,83 \pm 0,80$ % – во II-й группе ($45,75 \pm 0,26$ % – контроль) ($p < 0,05$). Количество лимфоцитов также достоверно увеличено и составило соответственно $3,81 \pm 0,02$ % и $4,98 \pm 0,39$ % ($1,91 \pm 0,05$ % – контроль) ($p < 0,05$).

У больных ХГП средней степени тяжести на фоне АГ (I-я группа) отмечалось увеличение содержания в десневой жидкости IgG в 1,5 раза по сравнению с контрольной группой, что составило $0,48 \pm 0,03$ г/л; у больных II-й группы этот показатель увеличился в 2 раза – $0,60 \pm 0,04$ г/л ($0,31 \pm 0,04$ г/л – контроль) ($p < 0,05$). Уровень IgM в десневой жидкости превысил контрольные показатели: в I-й группе в 4 раза – $0,016 \pm 0,003$ г/л и во II-й группе в 5 раз – $0,02 \pm 0,003$ г/л ($0,004 \pm 0,0005$ г/л – контроль) ($p < 0,05$). IgM является показателем наличия очага воспаления в тканях пародонта и у лиц с интактным пародонтом практически не встречается. Возможно такое повышение IgG и IgM происходило вследствие увеличения проницаемости сосудистой стенки при воспалении и носило, по-видимому компенсаторный характер.

Уровень IgA, напротив, был снижен в 1,5 раза и составил у больных I-й группы $0,16 \pm 0,03$ г/л и в 2 раза во II-й группе – $0,12 \pm 0,04$ г/л ($0,24 \pm 0,03$ г/л – контроль) ($p < 0,05$).

При ХГП средней степени тяжести, выявляются выраженные сдвиги со стороны гуморального иммунитета. Причем, в большей степени эти изменения касаются иммуноглобулинов класса G и M и более выражены у пациентов с МС.

При спектральном анализе ВСР у больных ХГП на фоне МС отмечалось снижение суммарной мощности спектра (СМС) – с $0,85 \pm 0,09$ до $0,64 \pm 0,05$ (на 25 %, $p < 0,05$), отражающий активность вегетативных воздействий на сердечный ритм. Мощность в диапазоне HF, характеризующая вагусную активность, была значительно ниже (на 69,6 %) у пациентов с ХГП на фоне МС, тогда как у больных ХГП на фоне АГ – $0,56 \pm 0,18$ ($p < 0,05$). Индекс напряжения регуляторных систем (ИНРС) увеличивался у пациентов ХГП на фоне МС с $169,9 \pm 33,0$ до $257 \pm 24,0$ (на 34 %), $p < 0,05$. Мощность спектра в диапазоне MF у больных ХГП на фоне АГ составила $0,66 \pm 0,20$, у пациентов с ХГП на фоне МС снизилась до $0,37 \pm 0,07$ (на 47 %, что говорило о снижении активности вазомоторного центра).

Индекс централизации управления сердечным ритмом ($ИЦ = (LF + MF) / HF$), отражающей степень активности центрального контура

регуляции у больных ХГП на фоне АГ был равен $-4,95 \pm 0,4$, у пациентов ХГП на фоне МС $-5,3 \pm 0,4$ ($p < 0,05$).

Отношение среднечастотного компонента к высокочастотному (MF/HF), у пациентов с ХГП на фоне МС составило $-2,2 \pm 0,1$, у больных ХГП на фоне АГ $-2,3 \pm 0,3$ ($p < 0,05$).

У пациентов с ХГП на фоне МС отмечалось уменьшение эфферентной парасимпатической активности и возрастание симпатической активности по сравнению с больными ХГП на фоне АГ. Исходя из результатов показателей вариабельности сердечного ритма, у пациентов с ХГП на фоне МС имеется нарушение баланса симпатической и парасимпатической нервной системы за счет повышения степени активации центрального контура, усиления централизации управления сердечным ритмом, снижения активности вазомоторного центра, уменьшения эфферентной симпатической активности.

Выводы. В количественном соотношении Э:Н:Л нами отмечены выраженные изменения: увеличение количества нейтрофилов и лимфоцитов и снижение эпителиальных клеток в десневой жидкости. Такие результаты, связаны с включением защитно-приспособительных механизмов, прежде всего со стороны факторов неспецифической защиты, как наиболее чувствительных, первыми отвечающими на воспаление в тканях пародонта изменением своей концентрации.

Отмечалось повышение содержания иммуноглобулинов IgG и IgM, вследствие увеличения проницаемости сосудистой стенки при воспалении и носило, по-видимому компенсаторный характер. Содержание IgA напротив было понижено в 2 раза. Снижение уровня IgA при пародонтите в разгар болезни расценивается как результат расщепления его бактериальными протеазами или агрегирование IgA в условиях повышенного образования экссудата. При снижении IgA, возможно, увеличивается количество и агрессивность условно патогенной флоры полости рта. Кроме того, создается возможность соединения антигенов с IgG и IgM, что приводит к лизису антигена и повреждению соприкасающихся с ними тканей после присоединения комплемента.

У больных ХГП на фоне МС и ожирения по сравнению с больными ХГП на фоне АГ имеется нарушение баланса симпатической и парасимпатической нервной системы. Усиление активности приводит к повышению сосудистого тонуса, развитию дистрофических изменений в тканях пародонта.

Библиографический список

1. Радышевская Т. Н. Особенности стоматологического статуса у детей с различными типами вегетативных регуляций: автореферат дис. ... канд. мед. наук . - Волгоград, 1999. - 17 с.
2. Старикова И. В. Эффективность эфферентных методов детоксикации в комплексном лечении больных хроническим генерализованным пародонтитом на фоне метаболического синдрома : дисс. ... канд. мед. наук.- Волгоград, 2009.- 129 с.

3. Старикова И. В., Патрушева М. С., Алешина Н. Ф., Триголос Н.Н. Оценка иммунограммы десневой жидкости у больных пародонтитом на фоне метаболического синдрома. В сборнике: Современные тенденции в образовании и науке сборник научных трудов по материалам Международной научно-практической конференции: в 14 частях. 2014.С.131-132.
4. Триголос Н. Н., Македонова Ю. А., Фирсова И. В., Старикова И. В., Питерская Н. В., Марымова Е. Б., Поройская А. В. Содержание иммуноглобулинов в периферической венозной крови и десневой жидкости у больных генерализованным пародонтитом на фоне метаболического синдрома // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета.-2015.- № 1 (53).- С. 93-96.
5. Старикова И. В., Чаплиева Е. М., Патрушева М. С., Триголос Н. Н., Радышевская Т. Н., Алешина Н. Ф. Сравнительная характеристика местного иммунитета у больных хроническим генерализованным пародонтитом на фоне артериальной гипертензии и метаболического синдрома // Современные проблемы науки и образования.-2015. – № 3. С.241.
6. Триголос Н. Н., Фирсова И. В., Македонова Ю. А., Старикова И. В., Алешина Н. Ф. Состояние иммунологической реактивности и вегетативной регуляции у больных хроническим верхушечным периодонтитом// Эндодонтия Today.- 2015.-№3.- С.25-27.
7. Темкин Э. С., Триголос Н. Н. Механизмы воспалительного процесса при верхушечном периодонтите и патогенетическое обоснование лечения. – Волгоград, 2008. – 142 с.
8. Шульгина О. А. Гемодинамические эффекты винаприла и моксонидина у больных артериальной гипертензией и метаболическим синдромом: дисс. ... канд.мед.наук.- Волгоград,2004.-162 с.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ДЕНТИН-ГЕРМЕТИЗИРУЮЩЕЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФТОРСОДЕРЖАЩИХ ПРЕПАРАТОВ

Г. Л. Снигур
М. С. Патрушева
А. С. Патрушев

*Доктор медицинских наук, доцент,
кандидат медицинских наук, ассистент,
студент,
Волгоградский государственный
медицинский университет,
г. Волгоград, Россия*

Summary. The problem of hyperesthesia of teeth is widespread among dental patients. Its solution is promoted by fluorine-containing drugs, which differ in their effectiveness. It can be estimated from the depth of penetration of the drug into the dentinal tubules.

Keywords: hyperesthesia; fluorine-containing drugs; penetration of dentinal tubules.

Введение.

Гиперестезия зубов, сопровождающая большинство стоматологических заболеваний, по данным Э. М. Кузьминой встречается у более чем 40 % населения всего мира, в связи с чем является частой жалобой стоматологических пациентов [3, с. 93].

Существует несколько теорий возникновения гиперестезии зубов, ведущей из которых в настоящее время является гидродинамическая теория. Согласно данной теории гиперестезия связана с оголением дентинных канальцев, вызванным кариозными или же некариозными поражениями зубов (травма, эрозия твердых тканей). Дентинные канальцы содержат отростки чувствительных клеток – одонтобластов, заполняющих дентинный каналец всего на 10–15 % его длины, что позволяет предполагать, что передача раздражающего фактора не происходит непосредственно через отростки этих клеток. Возбуждение одонтобластов связывают с передачей колебаний жидкости, заполняющей свободную от отростков клеток часть канальцев, смещая ядра одонтобластов и возбуждая чувствительные окончания пульпы зуба [3, с. 94].

Решением проблемы гиперестезии является запечатывание оголенных дентинных канальцев, для чего наилучшими препаратами согласно литературе признаны фторсодержащие средства, представленные в различных формах [2, с. 9]. Однако их эффективность различна, что можно объяснить разной проникающей способностью препаратов, связанной с вязкостью, плотностью, однородностью той или иной формы фторида.

Наиболее распространенной и давно используемой формой фторсодержащих препаратов является фтор-лак, однако из-за высокой обращаемости пациентов с жалобами на гиперестезию стали широко применяться средства с упрощенной схемой нанесения и экспозиции, представленные в виде гелей и пенки. Изменение привычных форм фторсодержащих препаратов ставит вопрос об эффективности их герметизирующей способности.

Цель исследования: сравнение дентин-герметизирующей эффективности различных лекарственных форм фторсодержащих препаратов (СНОУ гель 60 секунд и СНОУ пенка Флоам).

Материалы и методы. Исследование проводилось на шлифах удаленных зубов. Для имитации дефекта твердых тканей с обнажением дентина осуществлялось предварительное удаление эмали.

Было выполнено исследование двух групп шлифов зубов. Каждая группа была представлена 10 шлифами. Зубы первой группы после сошлифовывания эмали покрывались фторсодержащим препаратом СНОУ гель с выдерживанием экспозиции препарата, согласно инструкции, в течение 1 минуты.

Покрытие зубов второй группы проводилось с применением фторсодержащей СНОУ пенки Флоам с соблюдением времени экспозиции, указанным в инструкции к препарату и равным 1 минуте.

Для исследования были подобраны фторсодержащие препараты, в состав которых входит фторид натрия с одинаковой концентрацией ионов фтора (1,23 %).

После выдерживания экспозиции препараты удалялись, корни зубов обеих групп отрезались, а дентин окрашивался 30 % раствором нитрата се-

ребра, который также имеет способность проникать в дентинные каналы. Окрашивание проводилось с наружных поверхностей и со стороны пульпарной камеры для последующей визуализации препарата под микроскопом.

Контрольная группа (10 шлифов) представлена аналогичным образом подготовленными зубами, но без покрытия их поверхности фторсодержащим препаратом.

Коронки зубов распиливались в продольном направлении сепарационным диском. Полученная половина зуба укреплялась на предметном стекле. Дальнейшее получение шлифа зуба осуществлялось с помощью устройства для получения шлифов твердых тканей (Патент №117682) [4] согласно оригинальной методике («ноу-хау» ФГБОУ ВО ВолгГМУ № 11 от 02.06.15) [5]. Предметное стекло со срезом зуба фиксировали в устройстве, выравнивали по плоскости со шлифовальной поверхностью, представленной сепарационным диском, которым сошлифовывали твердые ткани зуба путем ручной подачи на заданную величину от 1 до 50 мкм [6 с. 146]. После чего шлифы исследовали при помощи микроскопа Axioskop-40 «Carl Zeiss» при увеличении $\times 1$, $\times 100$, $\times 200$, $\times 400$. Полученные результаты фотопротоколировали.

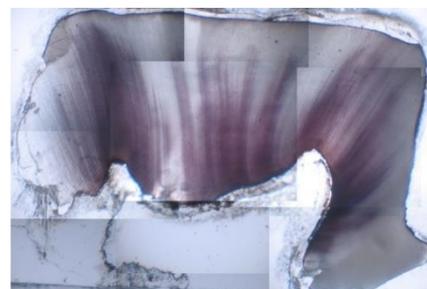


Рис. 1



Рис. 2



Рис. 3

Изображения шлифов зубов, полученные в компьютерной программе Adobe Photoshop 5.0 путем объединения фотографий, сделанных под увеличением микроскопа $\times 1$ и показывающих только часть поверхности шлифа зуба, анализировались в программе ImageTool 2.00. На каждом шлифе вычислялась площадь проникновения нитрата серебра в дентинные каналы и общая площадь шлифа. Статистические исследования полученных данных проводились в компьютерной программе Microsoft Excel – оценивалось соотношение площади прокрашивания к общей площади шлифа зуба.

Результаты и обсуждение. Визуализация глубины проникновения фторсодержащих препаратов осуществлялась благодаря прокрашиванию негерметизированной части дентинных трубочек нитратом серебра, который проникал до границы фторсодержащих препаратов.

Согласно полученным данным в контрольной группе (рис.1) соотношение площади прокрашивания нитратом серебра к общей площади

шлифа составляет $0,58 \pm 0,08$, проникая с поверхности околопульпарного дентина. Проникновения нитрата серебра с наружной поверхности зуба не происходило, что, согласно литературе, связано с уменьшением плотности расположения и диаметра дентинных канальцев от пульпарного конца к эмалево-дентинной границе [1, с. 78].

Проникновение фторсодержащих препаратов с наружной поверхности шлифа можно обосновать меньшим размером молекул фторида натрия, входящего в состав исследуемых препаратов.

При исследовании шлифов под микроскопом определялось равномерное проникновение препарата в твердые ткани.

В первой группе (рис.2) исследования среднее значение соотношения площади прокрашивания нитратом серебра к общей площади шлифа составило $0,13 \pm 0,06$, во второй (рис.3) - $0,38 \pm 0,14$ (различия между группами статистически достоверны, $p < 0,05$) (рис. 4).

Соотношение площадей прокрашенных и непрокрашенных участков шлифов

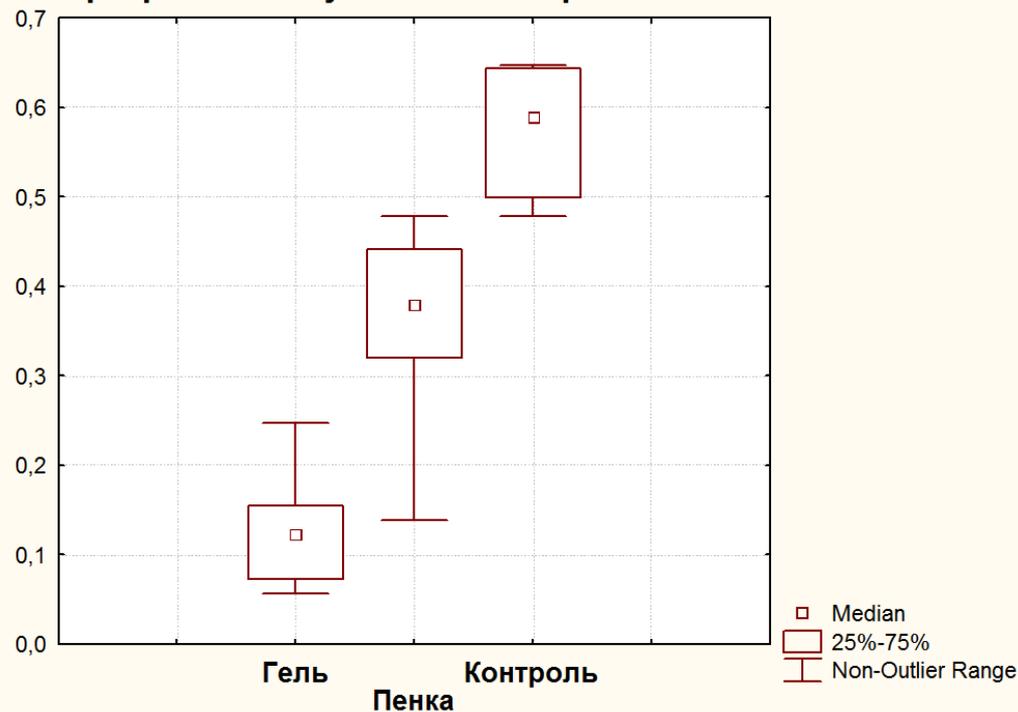


Рис. 4

Выводы. Результаты проведенного исследования показали, что фторсодержащие препараты как в форме геля, так и в форме пенки обладают выраженной дентин-герметизирующей активностью, однако эффективность гелевых форм более чем в 2 раза превышает эффективность пенки, что может быть связано с большей вязкостью, плотностью, однородностью препаратов гелевой формы по сравнению с препаратами пенообразной текстуры, которые при том же объеме имеют меньшее количество по-

ступающих в дентин ионов фтора, а площадь их контакта с поверхностью дентина снижена из-за большого количества пузырьков воздуха.

Библиографический список

1. Быков В. Л., Гистология и эмбриология органов полости рта человека // СПб. – Специальная Литература. – 1996. – 248с.
2. Жолудев С. Е., Димитрова Ю. В., Современные методы профилактики и лечения постоперативной гиперестезии в ортопедической стоматологии // Проблемы стоматологии. – 2013. – №1. – с. 8-15.
3. Журбенко В. А., Применение десенситайзеров при повышенной чувствительности зубов // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. – 2016. – № 3-5. – С. 93-95.
4. Патент на полезную модель РФ №2010151516/15/, 22.03.2011 Порошин А. В., Воробьев А. А., Михальченко В. Ф., Снигур Г. Л., Михальченко Д. В. Устройство для получения шлифов твердых тканей// Патент России №117628. – 2012.
5. Снигур Г. Л., Михальченко Д. В., Патрушева М. С., Патрушев А. С., ноу-хау №11 от 02.06.15 «Методика изготовления шлифов твердых тканей».
6. Снигур Г. Л., Патрушева М. С., Патрушев А. С., Оптимизированная методика изготовления шлифов твердых тканей зуба // Сборник трудов научно-практической конференции профессорско-преподавательского коллектива, посвященный 80-летию Волгоградского государственного медицинского университета. – 2015. – С. 146-147.

СОСТОЯНИЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАКТИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВЕРХУШЕЧНЫМ ПЕРИОДОНТИТОМ

Н. Н. Триголос
И. В. Старикова
М. С. Патрушева
Е. М. Чаплиева

*Кандидат медицинских наук, доцент,
кандидат медицинских наук,
кандидат медицинских наук,
кандидат медицинских наук,
Волгоградский государственный
медицинский университет,
г. Волгоград, Россия*

Summary. To assess the immunological reactivity of the organism in patients with chronic periodontitis, venous blood samples were studied in 44 patients with this pathology. The obtained results testify to the activation of the humoral immunity in patients with destructive forms of periodontitis.

Keywords: destructive forms of periodontitis; humoral immunity; immunological reactivity.

Пациенты с различными формами периодонтита составляют 45–50 % в возрасте до 44 лет из общего числа обратившихся за стоматологической помощью. Следствием несвоевременной диагностики и неадекватного ле-

чения хронических очагов инфекции в периапикальной области могут быть гнойно-воспалительные заболевания челюстей [5, с. 327].

Периапикальное поражение эндодонтического происхождения представляет собой воспалительный ответ организма на микрофлору корневых каналов с некротизированной пульпой [1, с. 197; 2, с. 43]. Воспалительный ответ является попыткой предотвратить распространение инфекции из корневых каналов в периапикальные ткани. Т-лимфоциты главный компонент ответной реакции при хроническом воспалении в периапикальной области. Два типа клеток ответственны за резорбционную активность в периапикальных поражениях человека: активированные Т-лимфоциты и активированные макрофаги.

Существует много доказательств, что повышенная Т-клеточная активность может вызвать резорбцию костной ткани и цемента корня зуба через продукцию так называемого ИЛ – 1 β и ФНО- β . Активация остеокластов этими цитокинами может быть отчасти опосредована образованием продуктов циклооксигеназного пути, такими как простагландины [3, с. 92; 4, с. 128].

Целью данной работы явилось изучение иммунологической реактивности у больных хроническим периодонтитом.

Материалы и методы.

Было проведено иммунологическое обследование 44 пациентов в возрасте от 18 до 31 года, у которых был диагностирован хронический верхушечный периодонтит. Контрольную группу составили 15 здоровых доноров в возрасте от 18 до 25 лет без патологии периапикальных тканей.

Для оценки общего иммунитета исследовалась кровь из локтевой вены, определялось число лейкоцитов и лейкоцитарная формула крови, содержание Т-лимфоцитов, В-лимфоцитов, теофилин-резистентных лимфоцитов, фагоцитарный индекс и фагоцитарное число, уровень сывороточных иммуноглобулинов IgA, G, M.

Результаты исследований и их обсуждение.

При сравнении иммунограмм больных с хроническим верхушечным периодонтитом и здоровых доноров выявлено достоверное ($P < 0,05$) снижение процентного содержания Т-лимфоцитов в периферической крови.

У больных с хроническим периодонтитом процентное содержание Т-лимфоцитов в периферической крови составляло $58,30 \pm 3,47$, в группе доноров – $68,40 \pm 3,36$.

У больных с хроническим периодонтитом процентное содержание теофиллин-резистентных (Тфр) лимфоцитов достоверно ($P < 0,001$) снижено по сравнению с здоровыми донорами ($44,70 \pm 4,83$ у больных с верхушечным периодонтитом, против $63,45 \pm 3,26$ у здоровых доноров без периапикальной патологии). Фагоцитарный индекс достоверных различий не имел ($51,58 \pm 4,33$ % у больных хроническим периодонтитом и $51,67 \pm 3,22$ в группе сравнения ($p > 0,05$)). Фагоцитарное число у больных с хроническим пе-

риодонтитом было достоверно ниже чем у здоровых пациентов ($3,37 \pm 0,23$ против $4,30 \pm 0,52$ ($P < 0,05$)).

При анализе показателей концентрации иммуноглобулинов в периферической крови было выявлено достоверное ($P < 0,05$) повышение содержания IgG у больных с хроническим верхушечным периодонтитом ($16,93 \pm 1,74$ г/л) по сравнению с данными группы здоровых доноров ($11,97 \pm 0,90$ г/л). Полученные результаты свидетельствуют об активации гуморального звена иммунитета при деструктивных формах периодонтита. Таким образом, хронический верхушечный периодонтит вызывает достоверное снижение процентного содержания Т-лимфоцитов, теофиллин-резистентных лимфоцитов, повышение уровня IgG.

Библиографический список

1. Березин К. А. Клинико-иммунологическая характеристика хронического апикального периодонтита / К. А. Березин, С. Л. Блашкова, Е. Ю. Старцева // Всероссийская научно-практическая конференция, посвященная 85-летию со дня рождения профессора Г. Д. Овруцкого. - Казань, 2015. - С. 196-201
2. Мануйлова Э. В., Патрушева М. С., Михальченко В. Ф., Яковлев А. Т. Клинико-иммунологическая оценка применения кальцийсодержащих препаратов при лечении больных хроническим верхушечным периодонтитом// Волгоградский научно-медицинский журнал. -2009.- № 3 (23). -С. 42-43.
3. Михальченко В. Ф., Триголос Н. Н., Рукавишникова Л. И., Попова А. Н., Темкин Э. С., Чижикова Т. С., Чаплиева Е. М. Лечение верхушечного периодонтита. – Волгоград, 2011. – 84 с.
4. Темкин Э. С., Триголос Н. Н. Механизмы воспалительного процесса при верхушечном периодонтите и патогенетическое обоснование лечения. – Волгоград, 2008. – 142 с.
5. Триголос Н. Н., Чаплиева Е. М., Попова А. Н., Крайнов С. В., Старикова И. В., Алешина Н. Ф., Радышевская Т. Н. Немикробные эндодонтические поражения//Современные проблемы науки и образования. – 2015. - №4.-327



**ПЛАН МЕЖДУНАРОДНЫХ КОНФЕРЕНЦИЙ, ПРОВОДИМЫХ ВУЗАМИ
РОССИИ, АЗЕРБАЙДЖАНА, АРМЕНИИ, БОЛГАРИИ, БЕЛОРУССИИ,
КАЗАХСТАНА, УЗБЕКИСТАНА И ЧЕХИИ НА БАЗЕ
VĚDECKO VYDAVATELSKÉ CENTRUM «SOCIOSFÉRA-CZ»
В 2017 ГОДУ**

| Дата | Название |
|------------------------|--|
| 13–14 мая 2017 г. | Культура толерантности в контексте процессов глобализации: методология исследования, реалии и перспективы |
| 15–16 мая 2017 г. | Психолого-педагогические проблемы личности и социального взаимодействия |
| 20–21 мая 2017 г. | Текст. Произведение. Читатель |
| 22-23 мая 2017 г. | Профессиональное становление будущего учителя в системе непрерывного образования: теория, практика и перспективы |
| 25–26 мая 2017 г. | Инновационные процессы в экономической, социальной и духовной сферах жизни общества |
| 1–2 июня 2017 г. | Социально-экономические проблемы современного общества |
| 5–6 июня 2017 г. | Могучая Россия: от славной истории к великому будущему |
| 10–11 сентября 2017 г. | Проблемы современного образования |
| 15–16 сентября 2017 г. | Новые подходы в экономике и управлении |
| 20–21 сентября 2017 г. | Традиционная и современная культура: история, актуальное положение и перспективы |
| 25–26 сентября 2017 г. | Проблемы становления профессионала: теоретические принципы анализа и практические решения |
| 28–29 сентября 2017 г. | Этнокультурная идентичность – фактор самосознания общества в условиях глобализации |
| 1–2 октября 2017 г. | Иностранный язык в системе среднего и высшего образования |
| 5–6 октября 2017 г. | Семья в контексте педагогических, психологических и социологических исследований |
| 12–13 октября 2017 г. | Информатизация высшего образования: современное состояние и перспективы развития |
| 13–14 октября 2017 г. | Цели, задачи и ценности воспитания в современных условиях |
| 15–16 октября 2017 г. | Личность, общество, государство, право: проблемы соотношения и взаимодействия |
| 17–18 октября 2017 г. | Тенденции развития современной лингвистики в эпоху глобализации |
| 20–21 октября 2017 г. | Современная возрастная психология: основные направления и перспективы исследования |
| 25–26 октября 2017 г. | Социально-экономическое, социально-политическое и социокультурное развитие регионов |
| 28–29 октября 2017 г. | Наука, техника и технология в условиях глобализации: парадигмальные свойства и проблемы интеграции |
| 1–2 ноября 2017 г. | Религия – наука – общество: проблемы и перспективы взаимодействия |
| 3–4 ноября 2017 г. | Профессионализм учителя в информационном обществе: проблемы формирования и совершенствования. |
| 5–6 ноября 2017 г. | Актуальные вопросы социальных исследований и социальной работы |
| 7–8 ноября 2017 г. | Классическая и современная литература: преемственность и перспективы обновления |
| 10–11 ноября 2017 г. | Формирование культуры самостоятельного мышления в образовательном процессе |
| 15–16 ноября 2017 г. | Проблемы развития личности: многообразие подходов |
| 20–21 ноября 2017 г. | Подготовка конкурентоспособного специалиста как цель современного образования |
| 25–26 ноября 2017 г. | История, языки и культуры славянских народов: от истоков к грядущему |
| 1–2 декабря 2017 г. | Практика коммуникативного поведения в социально-гуманитарных исследованиях |
| 3–4 декабря 2017 г. | Проблемы и перспективы развития экономики и управления |
| 5–6 декабря 2017 г. | Безопасность человека и общества как проблема социально-гуманитарных наук |

ИНФОРМАЦИЯ О НАУЧНЫХ ЖУРНАЛАХ

| Название | Профиль | Периодичность | Наукометрические базы | Импакт-фактор |
|---|------------------------|-------------------------------|---|--|
| Научно-методический и теоретический журнал «Социосфера» | Социально-гуманитарный | Март, июнь, сентябрь, декабрь | <ul style="list-style-type: none"> • РИНЦ (Россия), • Directory of open access journals (Швеция), • Open Academic Journal Index (Россия), • Research Bible (Китай), • Global Impact factor (Австралия), • Scientific Indexing Services (США), • Cite Factor (Канада), • International Society for Research Activity Journal Impact Factor (Индия), • General Impact Factor (Индия), • Scientific Journal Impact Factor (Индия), • Universal Impact Factor, • CrossRef (США) | <ul style="list-style-type: none"> • Global Impact Factor – 1,687, • Scientific Indexing Services – 1,5, • Research Bible – 0,781, • Open Academic Journal Index – 0,5, • РИНЦ – 0,279. |
| Чешский научный журнал «Paradigmata poznání» | Мультидисциплинарный | Февраль, май, август, ноябрь | <ul style="list-style-type: none"> • Research Bible (Китай), • Scientific Indexing Services (США), • Cite Factor (Канада), • General Impact Factor (Индия), • Scientific Journal Impact Factor (Индия), • CrossRef (США) | <ul style="list-style-type: none"> • General Impact Factor – 1,7636, • Scientific Indexing Services – 1,04, • Global Impact Factor – 0,844 |
| Чешский научный журнал «Ekonomické trendy» | Экономический | Март, июнь, сентябрь, декабрь | <ul style="list-style-type: none"> • Research Bible (Китай), • Scientific Indexing Services (США), • General Impact Factor (Индия), • CrossRef (США) | <ul style="list-style-type: none"> • Scientific Indexing Services – 0,72, • General Impact Factor – 1,5402 |
| Чешский научный журнал «Aktuální pedagogika» | Педагогический | Февраль, май, август, ноябрь | <ul style="list-style-type: none"> • Research Bible (Китай), • Scientific Indexing Services (США), • CrossRef (США) | <ul style="list-style-type: none"> • Scientific Indexing Services – 0,832, |
| Чешский научный журнал «Akademická psychologie» | Психологический | Март, июнь, сентябрь, декабрь | <ul style="list-style-type: none"> • Research Bible (Китай), • Scientific Indexing Services (США), • CrossRef (США) | <ul style="list-style-type: none"> • Scientific Indexing Services – 0,725, |
| Чешский научный и практический журнал «Sociologie člověka» | Социологический | Февраль, май, август, ноябрь | <ul style="list-style-type: none"> • Research Bible (Китай), • Scientific Indexing Services (США), • CrossRef (США) | <ul style="list-style-type: none"> • Scientific Indexing Services – 0,75, |
| Чешский научный и аналитический журнал «Filologické vědomosti» | Филологический | Февраль, май, август, ноябрь | <ul style="list-style-type: none"> • Research Bible (Китай), • Scientific Indexing Services (США), • CrossRef (США) | <ul style="list-style-type: none"> • Scientific Indexing Services – 0,742, |

**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,
- присвоение ISBN,
- присвоение doi,
- печать тиража в типографии,
- обязательная отсылка 5 экземпляров в ведущие библиотеки Чехии или 16 экземпляров в Российскую книжную палату,
- отсылка книг автору.

Возможен заказ как отдельных услуг, так как полного комплекса.

**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,
- ISBN assignment,
- doi assignment,
- Print circulation in typography,
- 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.

It is possible to order different services as well as the full range.

Vědecko vydavatelské centrum «Sociosféra-CZ»
Penza State Technological University
Tashkent Islamic University

HUMAN HEALTH AS A PROBLEM OF MEDICAL SCIENCES AND HUMANITIES

Materials of the III international scientific conference
on April 20–21, 2017

Articles are published in author's edition.
The original layout – I. G. Balashova

Do sazby 05.05.2017
Formát 60x84/16
Papír bílý standardní
Počet tiskových archů 8,14.
Tiráž 100 ks

Vědecko vydavatelské centrum «Sociosféra-CZ», s.r.o.:
Identifikační číslo 29133947 (29.11.2012)
U dálnice 815/6, 155 00, Praha 5 – Stodůlky, Česká republika.
Tel. +420608343967,
web site: <http://sociosfera.com>,
e-mail: sociosfera@seznam.cz