



НАУЧНЫЙ
ФОРУМ
nauchforum.ru

ISSN: 2542-2162

№ 8(29)
Часть 1

НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ

СТУДЕНЧЕСКИЙ ФОРУМ





Электронный научный журнал

СТУДЕНЧЕСКИЙ ФОРУМ

№ 8 (29)
Апрель 2018 г.

Часть 1

Издается с февраля 2017 года

Москва
2018

Председатель редколлегии:

Лебедева Надежда Анатольевна – доктор философии в области культурологии, профессор философии Международной кадровой академии, г. Киев, член Евразийской Академии Телевидения и Радио.

Редакционная коллегия:

Арестова Инесса Юрьевна – канд. биол. наук, доц. кафедры биоэкологии и химии факультета естественнонаучного образования ФГБОУ ВО «Чувашский государственный педагогический университет им. И.Я. Яковлева», Россия, г. Чебоксары;

Ахмеднабиев Расул Магомедович – канд. техн. наук, доц. кафедры строительных материалов Полтавского инженерно-строительного института, Украина, г. Полтава;

Бахарева Ольга Александровна – канд. юрид. наук, доц. кафедры гражданского процесса ФГБОУ ВО «Саратовская государственная юридическая академия», Россия, г. Саратов;

Бектанова Айгуль Карибаевна – канд. полит. наук, доц. кафедры философии Кыргызско-Российского Славянского университета им. Б.Н. Ельцина, Кыргызская Республика, г. Бишкек;

Волков Владимир Петрович – канд. мед. наук, рецензент АНС «СибАК»;

Елисеев Дмитрий Викторович – кандидат технических наук, доцент, начальник методологического отдела ООО "Лаборатория институционального проектного инжиниринга";

Комарова Оксана Викторовна – канд. экон. наук, доц. доц. кафедры политической экономии ФГБОУ ВО "Уральский государственный экономический университет", Россия, г. Екатеринбург;

Лебедева Надежда Анатольевна – д-р филос. наук, проф. Международной кадровой академии, чл. Евразийской Академии Телевидения и Радио, Украина, г. Киев;

Маршалов Олег Викторович – канд. техн. наук, начальник учебного отдела филиала ФГАОУ ВО "Южно-Уральский государственный университет" (НИУ), Россия, г. Златоуст;

Орехова Татьяна Федоровна – д-р пед. наук, проф. ВАК, зав. кафедрой педагогики ФГБОУ ВО «Магнитогорский государственный технический университет им. Г.И. Носова», Россия, г. Магнитогорск;

Самойленко Ирина Сергеевна – канд. экон. наук, доц. кафедры рекламы, связей с общественностью и дизайна Российского Экономического Университета им. Г.В. Плеханова, Россия, г. Москва;

Сафонов Максим Анатольевич – д-р биол. наук, доц., зав. кафедрой общей биологии, экологии и методики обучения биологии ФГБОУ ВО "Оренбургский государственный педагогический университет", Россия, г. Оренбург;

Яковишина Татьяна Федоровна – канд. с.-х. наук, доц., заместитель заведующего кафедрой экологии и охраны окружающей среды Приднепровской государственной академии строительства и архитектуры, член Всеукраинской экологической Лиги.

С88 Студенческий форум: научный журнал. – № 8(29). Часть 1. М., Изд. «МЦНО», 2018. – 84 с. – Электрон. версия. печ. публ. – <https://nauchforum.ru/journal/stud/21>.

Электронный научный журнал «Студенческий форум» отражает результаты научных исследований, проведенных представителями различных школ и направлений современной науки.

Данное издание будет полезно магистрам, студентам, исследователям и всем интересующимся актуальным состоянием и тенденциями развития современной науки.

Оглавление

Рубрика «Биология»	6
ОВОСКОПИРОВАНИЕ СТРАУСИНЫХ ЯИЦ Копылова Кристина Дмитриевна	6
Рубрика «Искусствоведение»	10
КОНГРЕСС-ЦЕНТР КАК НОВЫЙ ТИП ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДАНИЯ Пылик Арина Анатольевна	10
Рубрика «Медицина и фармацевтика»	14
БИОХИМИЯ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА Алиновская Яна Александровна Афанасьева Татьяна Сергеевна Кодь Ричард Тадеушевич	14
ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ Алиновская Яна Александровна Афанасьева Татьяна Сергеевна Горбокоть Евгений Юрьевич	17
СУЩЕСТВУЕТ ЛИ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНЫЙ СИНДРОМ? Бондаревич Анна Владимировна Данкевич Ольга Александровна Енко Борис Олегович Круглова Татьяна Викторовна Лузикова Яна Сергеевна Майборода Алина Андреевна Метько Елизавета Евгеньевна	21
ВЗАИМОСВЯЗЬ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ БИОЛОГИЧЕСКИХ РИТМОВ И УСПЕВАЕМОСТИ У СТУДЕНТОВ Броницкая Анастасия Юрьевна Бондаренко Ксения Викторовна Куцепалова Ксения Александровна	24
ВЛИЯНИЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО МАССАЖА НА ОРГАНИЗМ СПОРТСМЕНА Гамов Александр Евгеньевич Андреева Ольга Викторовна	27
ФИЗИОЛОГИЯ ИЗМЕНЕНИЙ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА В РАЗНЫЕ ФАЗЫ СНА Данкевич Ольга Александровна Бондаревич Анна Владимировна Енко Борис Олегович Круглова Татьяна Викторовна Лузикова Яна Сергеевна Майборода Алина Андреевна Метько Елизавета Евгеньевна	30

ПЛЕЙОТРОПНОЕ ДЕЙСТВИЕ СТАТИНОВ	33
Енко Борис Олегович	
Лузикова Яна Сергеевна	
Майборода Алина Андреевна	
Круглова Татьяна Викторовна	
Метько Елизавета Евгеньевна	
Бондаревич Анна Владимировна	
Данкевич Ольга Александровна	
ПОСТГАСТРЭКТОМИЧЕСКОЕ ИСТОЩЕНИЕ	36
Заря Никита Александрович	
Бондаренко Ксения Викторовна	
Броницкая Анастасия Юрьевна	
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «ХИРУРГИЯ ОДНОГО ДНЯ» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ	39
Зыбко Ольга Ивановна	
Ремезов Роман Игоревич	
Серый Виктор Васильевич	
Петровский Илья Борисович	
Бобровнический Андрей Владимирович	
Бовтюк Николай Ярославович	
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ НА ОРГАНАХ МАЛОГО ТАЗА: АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ	42
Ковалевская Дарья Викторовна	
Петрова Екатерина Валентиновна	
ФИЗИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА СТАЛИ И ТИТАНА, КАК МАТЕРИАЛОВ КОСТНЫХ ФИКСАТОРОВ	45
Кодь Ричард Тадеушевич	
Горбокоть Евгений Юрьевич	
Алиновская Яна Александровна	
ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ	48
Круглова Татьяна Викторовна	
Майборода Алина Андреевна	
Лузикова Яна Сергеевна	
Енко Борис Олегович	
Метько Елизавета Евгеньевна	
Бондаревич Анна Владимировна	
Данкевич Ольга Александровна	
СТРУКТУРА И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДИСПЛАЗИИ ШЕЙКИ МАТКИ ПО МАТЕРИАЛАМ БИОПСИЙ	51
Круглова Татьяна Викторовна	
Майборода Алина Андреевна	
Лузикова Яна Сергеевна	
Енко Борис Олегович	
Метько Елизавета Евгеньевна	
Бондаревич Анна Владимировна	

АПЛАСТИЧЕСКАЯ АНЕМИЯ И БЕРЕМЕННОСТЬ	54
Лузикова Яна Сергеевна	
Енко Борис Олегович	
Майборода Алина Андреевна	
Круглова Татьяна Викторовна	
Метько Елизавета Евгеньевна	
Бондаревич Анна Владимировна	
Данкевич Ольга Александровна	
ОСОБЕННОСТИ РЕСПИРАТОРНОЙ ПОДДЕРЖКИ У НОВОРОЖДЁННЫХ ДЕТЕЙ С ДЫХАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ	57
Мательский Никита Александрович	
Саутин Олег Николаевич	
Гусаковский Дмитрий Владимирович	
Клемятич Евгений Юрьевич	
ДЕОНТОЛОГИЧЕСКАЯ ЭТИКА В МЕДИЦИНЕ	61
Метько Елизавета Евгеньевна	
Бондаревич Анна Владимировна	
Данкевич Ольга Александровна	
Енко Борис Олегович	
Лузикова Яна Сергеевна	
Майборода Алина Андреевна	
Круглова Татьяна Викторовна	
ФИЗИЧЕСКИЕ НАГРУЗКИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ПЕРВОГО ТИПА	64
Серова Анастасия Ренатовна	
Богдалова Евгения Юрьевна	
Рубрика «Педагогика»	67
ВОСПИТАНИЕ БАЗОВОЙ КУЛЬТУРЫ ЛИЧНОСТИ У РЕБЕНКА ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА СРЕДСТВАМИ ФИЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ	67
Волкова Анастасия Игоревна	
ФРАЗЕОЛОГИЧЕСКИЕ ЕДИНИЦЫ, ВЫРАЖАЮЩИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЧЕЛОВЕКА В АНГЛИЙСКОМ И ТУРЕЦКОМ ЯЗЫКАХ	71
Аслан Рената Шавкатовна	
Хисматуллина Люция Гумеровна	
Рубрика «Психология»	74
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КЛИЕНТОВ ТРЕТЬЕГО ВОЗРАСТА ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ДЛЯ НИХ ТУРОВ	74
Цвик Инна Аркадьевна	
Рубрика «Социология»	77
ФУНКЦИИ СОЦИАЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ В УСТРАНЕНИИ ОТРИЦАТЕЛЬНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ ДЕФОРМАЦИИ СЕМЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ В СОЦИАЛЬНО ОПАСНОМ ПОЛОЖЕНИИ В ГОРОДЕ АБАКАН (РЕСПУБЛИКА ХАКАСИЯ)	77
Малыхина Ольга Викторовна	
БЛОГГЕРСТВО: ЖУРНАЛИСТСКАЯ ПРОФЕССИЯ ИЛИ СПОСОБ СОЦИАЛЬНОЙ КОММУНИКАЦИИ	80
Оганян Агавни Манвеловна	

РУБРИКА «БИОЛОГИЯ»

ОВОСКОПИРОВАНИЕ СТРАУСИНЫХ ЯИЦ

Копылова Кристина Дмитриевна

*студент, Московская государственная академия
ветеринарной медицины и биотехнологии им. К.И. Скрябина,
Россия, г. Москва*

На сегодняшний день экзотические продукты пользуются спросом, но перед тем как пустить пищевой продукт на прилавки магазина, проводят ветеринарно-санитарную экспертизу. Яйцо страуса также подвергается исследованию. Для контроля за развитием эмбрионов и изъятия неоплодотворенных яиц в процессе инкубации проводят овоскопирование [1].

Применение овоскопа – это один из самых надежных методов определения патологии или брака пищевых яиц, которые не видны вооруженным взглядом. Принцип его работы заключается в просвечивании яркой лампой яиц, которые предварительно устанавливаются и фиксируются в соответствующих углублениях овоскопа (рисунок 1) [2].

При осмотре специалисты определяют оплодотворенность яиц, а также трещины на скорлупе.



Рисунок 1. Овоскоп

Простейший овоскоп для страусиного яйца я сделала своими руками. Для этого мне понадобилась строительная труба высотой 1 метр и лампа 75-100 ватт (этой мощности достаточно для получения интенсивной освещенности). В дне строительной трубы прорезала отверстие для того, чтобы цоколь электрической лампочки прошел через него, а сама лампа оставалась внутри. Овоскоп готов.

Для правильного проведения процедуры овоскопирования в домашних условиях следует выполнить несколько шагов:

- 1) Установить аппарат на ровной поверхности и включить его (исследование проводится в темном помещении);
- 2) Поместить яйцо в подходящую для него ячейку и просветить (яйцо необходимо держать в руке и проворачивать вдоль продольной оси. Для отметки воздушной камеры пометить простым карандашом (рисунок 2));
- 3) После каждого осмотра кольцо обеззараживается губкой, пропитанной специальным дезинфицирующим раствором.



Рисунок 2. Процесс овоскопирования страусиного яйца

После того как просветили яйцо, можно обнаружить такие браки, как:

- 1) мраморность скорлупы яйца: дефект пищевого яйца, вызванный чередованием светлых и темных пятен в структуре скорлупы из-за неравномерного отложения органических минеральных веществ;
- 2) кровавое кольцо яйца: технический брак пищевого яйца, при котором на поверхности желтка или в белке имеются кровяные включения;
- 3) присушка яйца: технический брак пищевого яйца, характеризующийся присохшим к скорлупе желтком;
- 4) большое пятно яйца: технический брак пищевого яйца, характеризующийся наличием под скорлупой яйца пятна размером более 1/8 поверхности всего яйца;
- 5) безжелтковое яйцо: пищевое яйцо с отсутствием желтка [3].

Страусиные яйца, также как и куриные, подразделяют на две группы. Диетические – реализуемые в течение 7 суток после снесения: дату наносят на поверхность скорлупы. Столовые – нереализованные диетические и другие свежие яйца, срок хранения которых не более 25 суток. Срок давности яйца определяют по воздушной камере в процессе овоскопирования яйца [1].

Метод проведения овоскопирования страусиного яйца. Материалы: овоскоп и яйцо страуса африканского (при покупке яйца, по словам фермера, ему было 11 дней после снесения). Данный метод заключался в том, чтобы наблюдать, с какой скоростью будет портиться яйцо и насколько будет увеличиваться воздушная камера, а также в обнаружении брака или патологии. В таблице 1 приведены данные по исследованию.

Таблица 1.

Порядок овоскопирования страусиного яйца

Число	Изменения в миллиметрах
3.10.2017	20
2.11.2017	22
10.12.2017	25
02.01.2018	27
11.02.2018	29
03.03.2018	31

По первому результату можно определить, что яйцо было не первой свежести, хотя, по словам продавца, возраст яйца составлял 11 дней. В норме воздушная камера должна быть 15 мл. Мы наблюдаем, что она значительно увеличена (рисунок 3). Дальнейшее хранение яйца только увеличивало воздушную камеру, таким образом, можно было убедиться, что яйцо портится (рисунок 4). Также наблюдаем, что у объекта обнаружен брак – присушка. На рисунке 5 можно заметить, что желток – у стенки скорлупы.

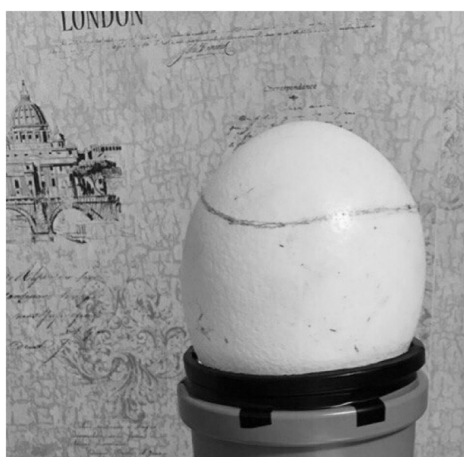


Рисунок 3. Воздушная камера

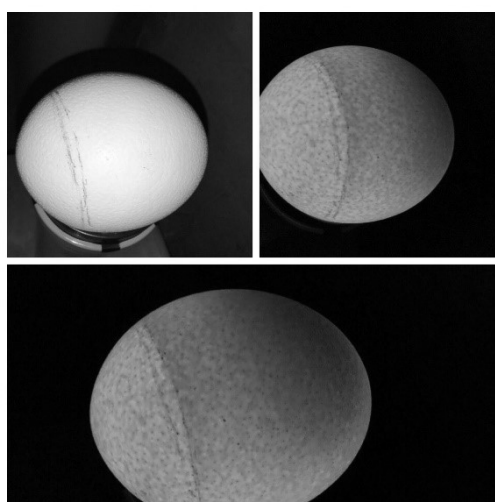


Рисунок 4. Повторное овоскопирование

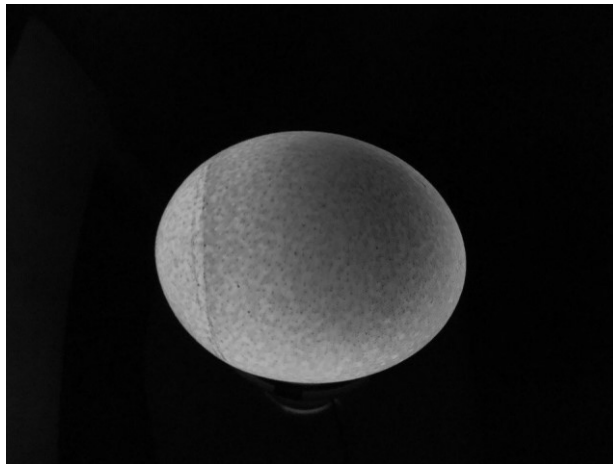


Рисунок 5. Брак страусиного яйца (присушка)

По данным исследования можем сделать вывод, что приобретенное страусиное яйцо было не первой свежести, к тому же с наличием брака. Употребление такого яйца в пищу недопустимо.

Список литературы:

1. Боровков М.Ф., Фролов В.П., Серко С.А. Ветеринарно-санитарная экспертиза с основами технологии стандартизации продуктов животноводства. – СПб., М., Краснодар: Лань, 2007. – С. 22-23
2. Васильев Д.А. Ветеринарно-санитарная экспертиза яиц. – Ульяновск: Ульяновская ГСХА, 2004. – 10 с.
3. ГОСТ 31654-2012 Яйца куриные пищевые. Технические условия [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/1200095479> (дата обращения: 25.04.2018).
4. Рахманов А.И. Разведение страусов. Содержание и уход. – М.: Аквариум-Принт, 2014. – С.15-18

РУБРИКА**«ИСКУССТВОВЕДЕНИЕ»****КОНГРЕСС-ЦЕНТР КАК НОВЫЙ ТИП ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДАНИЯ***Пылик Арина Анатольевна**магистрант, ФГБОУ ВО "Государственный университет по землеустройству",
Россия, Москва*

Проблема реагирования существующей архитектурной типологии зданий на общественные изменения является актуальной в современном мире, где каждый день происходят социальные, экономические и политические перемены. Высокий темп развития деловых отношений диктует необходимость появления нового типа общественного здания. Однако, в силу динамичности эволюции современных деловых отношений и статичности развития сформировавшихся типологических схем между ними наметилось явное несоответствие, то есть потребность в новом типе здания возникает быстрее, чем формируется конкретный тип.

Конгрессно-выставочная деятельность сегодня - одно из самых динамично развивающихся направлений в экономике. В настоящее время конгресс-центр становится новым типом общественного здания, представляющий из себя многофункциональную структуру, в которой объединяются различные функции: деловая, торговая, управленческая, спортивная, развлекательная, жилая и т. д. Иными словами, главной особенностью современного конгресс-центра, характеризующей его как наиболее актуальный и востребованный тип здания, является универсальность.

Конгресс-центр представляет собой форму определенной самоорганизации, определяющая формирование необходимого архитектурного пространства. Таким образом, конгресс-центр, как архитектурный тип определяется триединством его типологических составляющих: субъект - деятельность - пространство. В их основе лежит исходное деление сфер общественной жизни на «труд, быт, досуг», а именно:

- субъект - деловое сообщество - характеризуется категорией «досуга», как создание новых культурных сообществ, находящихся в оппозиции свойств «сохранения», разрушаемого и «изменения» застоявшегося социального развития общественных институтов;

- деятельность - социальная досугово-деловая функция - характеризуется категорией «труда» как умственный и физический труд, как оппозиция свойств «идеального» интеллектуального и «материальной» деятельности;

- пространство - архитектурный объект - характеризуется категорией «быта» как внешний формальный статус и внутренняя среда индивида, как оппозиция свойств «внешнего» композиционного и «внутреннего» интерьерного решения.

Другими словами, Конгресс-центр – это новый тип здания в архитектуре. Он связывает три важных действия человека, позволяя совершать их в едином пространстве комплекса.

Выбор оптимального решения для конгресс-центра зависит от следующих основных аспектов:

1. *Архитектурно-строительный аспект:*

1.1 Информативность фасада (использование современных медиафасадов);

1.2 Использование большепролетных конструкций;

1.3 Необходимость освоения и вариабельность решения подземного пространства.

2. *Планировочно-пространственный аспект:*

2.1. Возможность создания эффективных визуально-пространственных связей;

2.2. Интеграция архитектурного пространства в окружающую среду;

2.3. Разделение транспортных и пешеходных потоков;

2.4. Максимальная потенциальная площадь под озеленение, благоустройство и рекреацию.

3. *Социально-экономический аспект:*

3.1. Возможность поэтапного возведения и инвестирования;

3.2. Возможность создания камерного коммуникативного, рекреационного пространства;

3.3. Возможность круглогодичного автономного использования блоков различного функционального назначения (универсальность здания);

3.4. Обеспечение простых и понятных путей перемещения между блоками различного функционального назначения.

3.5 Транспортная доступность. Непосредственная близость расположения воздушного, морского, наземного и железнодорожного транспорта (главные магистрали, аэропорты, вокзалы, порты).

Конгрессные мероприятия, в отличие от выставочных, по масштабу часто не меньшие, но имеют более квалифицированный и требовательный состав участников. Этот факт необходимо учитывать при проектировании гостиничного комплекса для проживания участников конференций.

Важнейшее требование, предъявляемое организаторами к гостинице, - емкость номерного фонда, т. е. вместимость, достаточная для того, чтобы все собравшиеся на конгресс представители проживали в одном отеле. Это, простое на первый взгляд, условие становится непреодолимым препятствием для многих отелей. Иногда группа участников конгресса может составлять тысячу и более человек. Учитывая другие брони, а также тот факт, что деловые гости предпочитают одноместное размещение, можно сказать, что список гостиниц, соответствующих поставленным требованиям, становится предельно мал.

Время активизации конгрессно-выставочного туризма приходится на низкий сезон. Страны и регионы, ориентирующиеся на туризм, имеют развитую гостиничную сеть, рассчитанную на многомиллионные потоки туристов. В период спада активности рекреационного туризма возникают большие проблемы с загрузкой гостиничной базы. Поэтому данные страны ориентируются на организацию крупномасштабных конгрессов и конференций в сезон спада туризма.

В других случаях, при проектировании конгресс-центра необходимо предусмотреть отдельно расположенное, полностью автономное здание гостиницы на территории комплекса. Вместимость гостиничного комплекса должна перекрывать расчетную потребность в местах в период пикового сезона.

После принятия решения о местоположении будущего конгресс-центра встает вопрос об организации выбранной территории, создании на ней оптимальных условий для работы и функционирования конгресс-центра.

В статье проведен сравнительный анализ возможных схем – архитектурно-планировочных решений для конгресс-центров регионального уровня.

Были выделены из общего числа анализируемых планировочных решений существующих и строящихся конгресс-центров и рассмотрены следующие варианты (схемы) архитектурно-планировочных решений:

I. Компактная схема

II. Павильонная схема

III. Смешанная схема

Компактная схема представлена двумя вариантами:

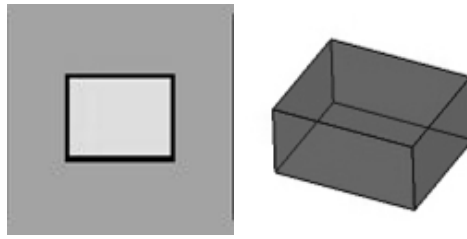


Рисунок 1.Центрическая

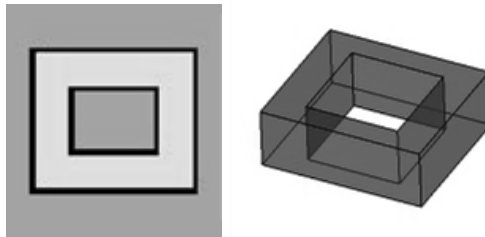


Рисунок 2.Периметральная

Павильонная схема включает в себя следующие схемы:

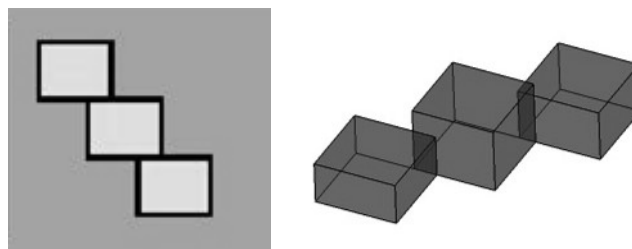


Рисунок 3.Блочная

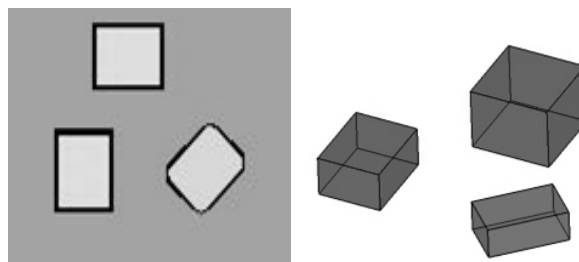
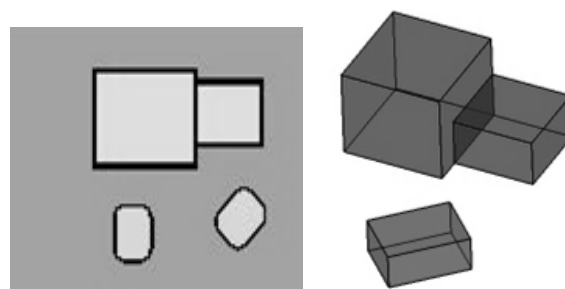


Рисунок 4.Дисперсная

Наконец, смешанная схема включает себя комбинации компактной и павильонной схем:



Лидирующую позицию заняли дисперсная и смешанная схемы. При выборе из двух указанных следует руководствоваться конкретными требованиями согласно техническому заданию, в зависимости от вида требуемой связи между блоками и мотивации создания дополнительных галерей, коридоров и тоннелей, отдавая предпочтение той или иной схеме.

Список литературы:

1. Архипова О.В. Конгрессно-выставочная деятельность. Учебное пособие. – Санкт-Петербурга, 2010
2. Гельфонд А.Л. Деловой центр как новый тип общественного здания. Монография. - Нижний Новгород - Н.Н.: - 2002.
3. Чимитдоржиева О.Г. Деловой туризм: методологические аспекты, статья в журнале Вестник ОрелГИЭТ, 2010, №2(12)

РУБРИКА**«МЕДИЦИНА И ФАРМАЦЕВТИКА»****БИОХИМИЯ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА***Алиновская Яна Александровна**студент, БГМУ,**Республика Беларусь, г. Минск**Афанасьева Татьяна Сергеевна**студент, БГМУ,**Республика Беларусь, г. Минск**Кодь Ричард Тадеушевич**студент, БГМУ,**Республика Беларусь, г. Минск*

Болезнь Альцгеймера (болезнь альцгеймеровского типа) является наиболее распространенной формой первичных дегенеративных деменций позднего возраста.

*Таблица 1.***Структура заболеваемости**

Возраст, лет	Процент заболевших
30-59	0,02
60-69	0,03
70-79	3,1
80-89	10,6

К проявлениям данного заболевания относятся:

- Нарушения памяти
- Расстройства речи
- Больные не могут вспомнить нужное слово и заменяют его другим, не вполне подходящим по смыслу

• Больной не ориентируется на местности, не узнает знакомых, не может определить время по часам

- Больной путается во времени
- Больные теряют способность к самообслуживанию и нуждаются в уходе

Объяснение возможных причин развития Болезни Альцгеймера отражено в трёх гипотезах:

1. Холинергическая гипотеза
2. Амилоидная гипотеза
3. Тау-гипотеза

Первой мы рассмотрим холинергическую теорию.

Наблюдается корреляция между выраженностью деменции и центральным холинергическим дефицитом — холинергической деафферентацией коры.

Степень холинергического дефицита в корковых отделах связана с уменьшением количества нейронов в базальных отделах головного мозга, где располагаются нейроны, которые продуцируют ацетилхолин.

Помимо ацетилхолинергической системы, некоторые изменения наблюдаются со стороны других нейротрансмиттерных систем, например, сейчас интенсивно изучаются глутаматергические расстройства.

Поддержка этой гипотезы ослабла, так как лекарственные средства, направленные на коррекцию дефицита ацетилхолина, имеют слабую эффективность.

Далее остановимся на амилоидной теории.

Более 20 лет основной гипотезой в области исследования болезни Альцгеймера оставалась амилоидная гипотеза.

A β образуется из белка APP (англ. Amyloid precursor protein) путем воздействия двух ферментов β - и γ -секретаз.

Считается, что к избыточному накоплению амилоида приводят ошибки фолдинга. **Фолдинг** – это процесс самопроизвольного скручивания полипептидной цепи в уникальную нативную пространственную структуру.

Новое исследование, которое было проведено в Калифорнийском университете в Сан-Диего, показывает, что бета-амилоид разрушает один из белков-антиоксидантов и предлагает способ защиты этого белка от повреждающего воздействия амилоида.

Установлено, что бета-амилоид и антиоксидантный фермент каталаза взаимодействуют. Их взаимодействие повреждает каталазу так, что она не становится способна выполнять свою физиологическую функцию – разложение перекиси водорода на кислород и воду.

При покрытии амилоида низкомолекулярным соединением, которое предотвращает его взаимодействие с другими белками, активность каталазы восстановилась, и уровень перекиси водорода вернулся к нормальным показателям.

Покрытие, использованное для исследования взаимодействия между амилоидом и каталазой, является кандидатом на роль лекарственного препарата. Это один из классов молекул, разработанных в лаборатории профессора Янга.

Тау-гипотеза.

Тау-белок – это белок ассоциированный с микротрубочками, функция которого состоит в стабилизации структур микротрубочек клетки. Синтез его происходит преимущественно в нейронах. При некоторых патологических процессах этот белок может вступать в процессы агрегации. При образовании таких агрегатов нарушается функция нейронов.

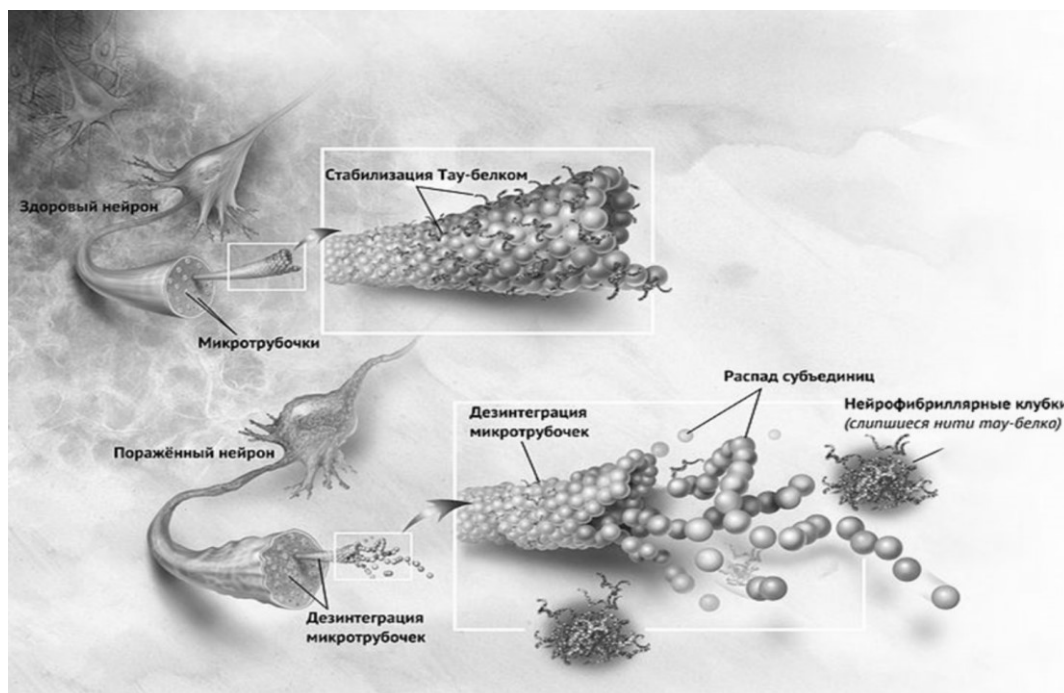


Рисунок 1. Структура тау-белка в здоровой и пораженном нейроне

В 17 хромосоме человека содержится ген тау-белка, который содержит 16 экзонов. Из этого следует, что альтернативный сплайсинг способствует образованию изоформ этого белка.

После синтеза молекула белка входит в посттрансляционный процессинг. Фосфорилирование (осуществляемое ферментом киназы гликогенсинтазы 3) в данном процессе благоприятствует взаимодействию тау-белка с тубулином и стабилизации микротрубочек.

Взаимодействия тау-белка и Аβ:

Результаты нового исследования, которые были опубликованы в журнале *Neurobiology of Aging*, предполагают вероятность того, что патологические формы двух белков, тау-белка и бета-амилоида, которые являются признаками патологии мозга при болезни Альцгеймера – бляшки и нейрофибриллярные клубки – могут действовать совместно, при этом повреждая митохондрии и, следовательно, снижая выживаемость нейронов.

Клетка с поврежденными митохондриями не может продуцировать необходимое количество энергии для поддержания своей жизнедеятельности, не способна поддержать нужный уровень кальция и, как следствие, *вырабатывает повышенное количество повреждающих ее молекул-окислителей*.

Самые сильные изменения в митохондриях наблюдались, когда бета-амилоид и процессированный тау находились в клетке вместе. В присутствии усеченного тау и бета-амилоида они слипались в частях нейронов и не могли попасть в синапсы, как это должно происходить без патологии.

На основании этих данных можно сделать следующие выводы:

1. Несмотря на огромную работу, проделанную учеными в данном направлении, механизм биохимических процессов болезни Альцгеймера по-прежнему неясен, однако наиболее вероятная теория связана со взаимодействием патологических форм тау-белка и Аβ.

2. Не установлена взаимосвязь между нейродегенеративными изменениями Аβ и гиперфосфорилированными тау-белком, если она имеется.

Список литературы:

1. Довидченко Н. В., Леонова Е. И., Галзитская О. В. Механизмы образования амилоидных фибрилл // *Успехи биологической химии*. – 2014. – Т. 54. – С. 203-230.
2. Комлева Ю. К. Современные представления о патогенезе болезни Альцгеймера: новые подходы к фармакотерапии (обзор) // *Современные технологии в медицине*. – 2015. – Т. 7, № 3. – С. 138-148.
3. Лобзин В. Ю. Значение определения белков-маркеров амилоидоза и нейродегенерации в цереброспинальной жидкости в диагностике когнитивных расстройств сосудистого и нейродегенеративного генеза // *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. – 2013. – № 4. – С. 21-27.
4. Науменко А. А. Диагностика и лечение болезни Альцгеймера // *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. – 2016. – Т. 8, № 4. – С. 91-97.
5. Татарникова О. Г., Орлов М. А., Бобкова Н. В. Бета-амилоид и Тау-белок: структура, взаимодействие и прионоподобные свойства // *Успехи биологической химии*. – 2015. – Т. 55. – С. 351–390.

ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ**Алиновская Яна Александровна**студент, БГМУ,
Республика Беларусь, г. Минск**Афанасьева Татьяна Сергеевна**студент, БГМУ,
Республика Беларусь, г. Минск**Горбоконь Евгений Юрьевич**студент, БГМУ,
Республика Беларусь, г. Минск

Туберкулез (ТБ) занимает девятое место среди ведущих причин смертности в мире и является ведущей причиной смерти от какого-либо одного возбудителя инфекции, опережая ВИЧ/СПИД. В 2016 г. от ТБ, согласно оценкам, умерли 1,3 миллиона ВИЧ-негативных лиц (это меньше, чем 1,7 миллиона умерших в 2000 г.), кроме того, 374 000 случаев смерти было зарегистрировано среди ВИЧ-позитивных лиц. Число заболевших ТБ в 2016 г. оценивается на уровне 10,4 миллиона человек: из них 90% составляли взрослые, 65% – мужчины, 10% – люди, живущие с ВИЧ (в Африке 74%), и 56% – жители пяти стран: Индии, Индонезии, Китая, Филиппин и Пакистана.

Сохраняется угроза лекарственно-устойчивого ТБ. В 2016 г. произошло 600 000 новых случаев ТБ с устойчивостью к рифампицину (РУ-ТБ), самому эффективному препарату первой линии, из которых 490 000 были случаями ТБ с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ). Почти половина (47%) этих случаев произошла в Индии, Китае и Российской Федерации.

Смертность от ТБ в глобальных масштабах снижается примерно на 3% в год. Заболеваемость ТБ уменьшается приблизительно на 2% в год; при этом 16% туберкулезных пациентов умирают от этого заболевания; к 2020 г. эти показатели должны быть улучшены и доведены до, соответственно, 4–5% в год и 10%, что позволит достичь контрольных показателей первого этапа (2020 г.) Стратегии по ликвидации ТБ.

Большинство смертей от ТБ можно было предотвратить путем ранней диагностики и надлежащего лечения. Каждый год ТБ диагностируется и успешно излечивается у миллионов людей, что позволяет спасти жизни миллионов людей (53 миллиона с 2000 по 2016 год), однако в работе по выявлению и лечению заболевания все еще наблюдаются значительные пробелы. В 2016 г. было зарегистрировано 6,3 миллиона новых случаев ТБ (что выше 6,1 миллиона в 2015 г.), это соответствует 61% от расчетного уровня заболеваемости, составляющего 10,4 миллиона случаев; при этом показатель успешного лечения ТБ, согласно последним данным, составляет 83%, то есть примерно столько же, сколько и в последние годы. *Среди ВИЧ-позитивных людей было зарегистрировано 476 774 случаев заболевания ТБ (46% расчетного уровня заболеваемости), из которых 85% заболевших получали антиретровирусную терапию (АРТ).*

Лечение от лекарственно-устойчивых форм ТБ начали в общей сложности 129 689 человек; это немного больше, чем 125 629 человек в 2015 г., но составляет лишь 22% от расчетного уровня заболеваемости; показатель успешного лечения при этом остается низким и составляет 54% в глобальном масштабе.

Согласно глобальным оценкам, доля случаев МЛУ/РУ-ТБ в 2016 году составила 4,1%, среди новых случаев и 19% среди ранее пролеченных случаев.

В 2016 г. тестированием на устойчивость к рифампицину были охвачены 33% новых больных ТБ и 60% ранее пролеченных больных, при общем охвате в 41% (рост по сравнению с 31% в 2015 г.). В 2016 г. 57% зарегистрированных больных с ТБ во всем мире имели

документированный результат теста на ВИЧ, что выше 55% в 2015 году. В Африканском регионе, где бремя ВИЧ-ассоциированного ТБ является наибольшим, документированный результат теста на ВИЧ имели 82% больных (что выше 81% в 2015 г.). Показатель успешного лечения ВИЧ-ассоциированного ТБ (когорта 2015 г.) составил 78%, а ТБ с широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ-ТБ) — 30% (когорта 2014 г.).

Не менее 35 стран ввели короткие схемы лечения МЛУ/РУ-ТБ. В рамках усилий по улучшению результатов лечения МЛУ/ШЛУ-ТБ 89 стран и территорий к июню 2017 г. начали использовать бедаквилин, а 54 страны и территории применяли деламамид.

В нашем исследовании мы хотели изучить состояние проблемы МЛУ-ТБ в Республике Беларусь на момент внедрения новой стратегии (END TB STRATEGY).

В задачи входило следующее:

1. Определить проблему социальной дезадаптации лиц с лекарственно-устойчивым ТБ;
2. Определить особенности МЛУ-ТБ среди впервые выявленных и повторно-леченных пациентов;
3. Определить спектр устойчивости *Mycobacterium tuberculosis* (МБТ) к противотуберкулезным средствам.

Материалом исследования служили 120 карт стационарного больного отделения лекарственно-устойчивого туберкулеза ГУ «РНПЦ Пульмонологии и фтизиатрии», завершивших лечение в 2015 году.

Метод исследования – статистический.

Для начала охарактеризуем выборку по возрастной и гендерной структуре:

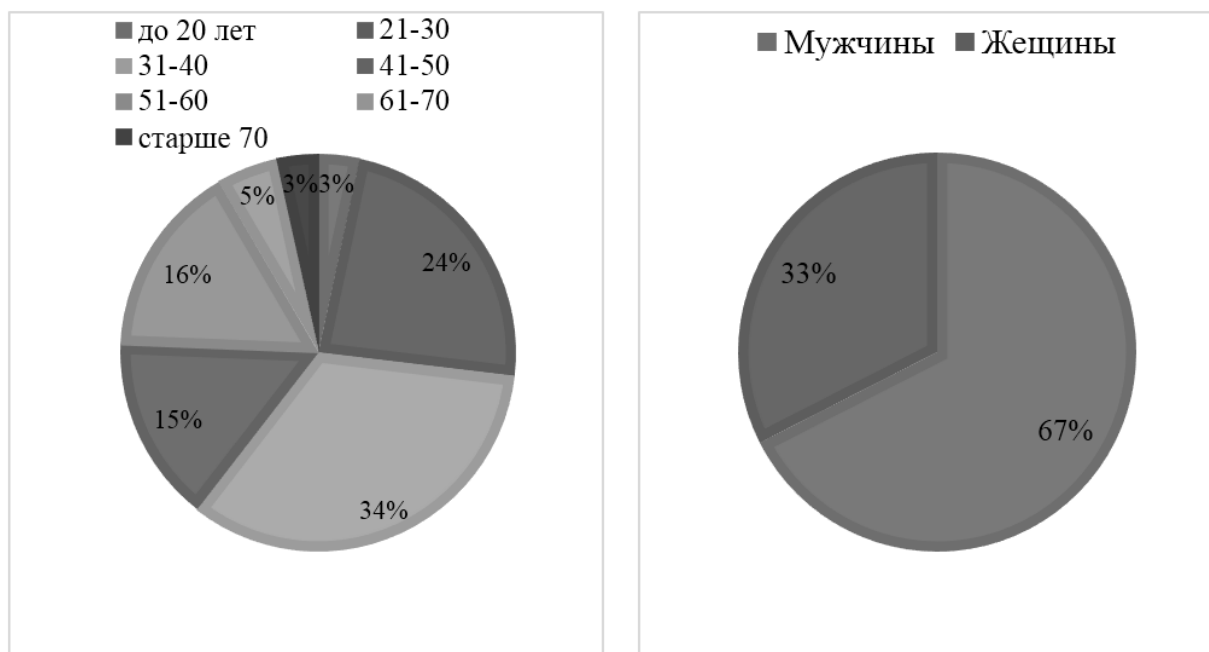


Рисунок 1. Возрастная структура Рисунок 2. Гендерная структура

Далее нами были выделены следующие категории пациентов: впервые выявленные (85 человек – 71%), неудача в лечении (26 человек – 22%), рецидив (5 человек – 4%), отрыв от лечения (4 человека – 3%). В дальнейшем 3 последних группы объединялись в группу повторно леченых пациентов.

Проанализировали клинические формы туберкулеза среди впервые выявленных и повторно леченых пациентов.

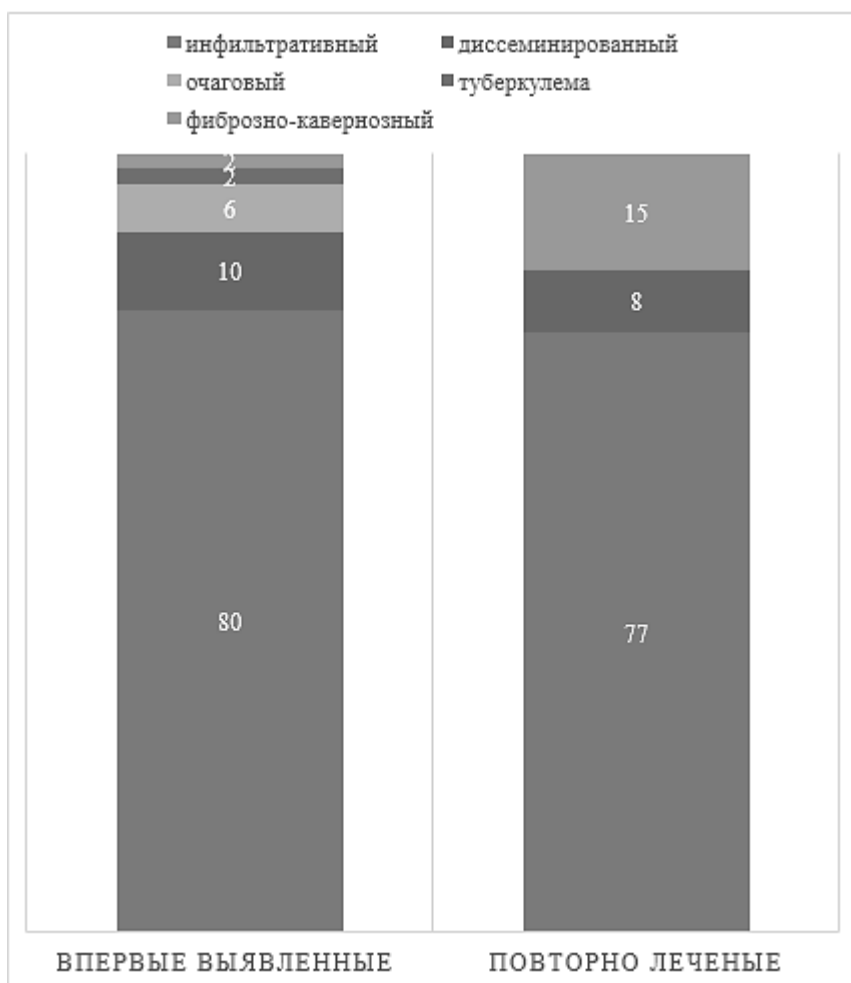


Рисунок 3. распределение клинических форм ТБ

Среди всех пациентов 69% (83 человека) курили, и 30% (36 человек) злоупотребляли алкоголем.

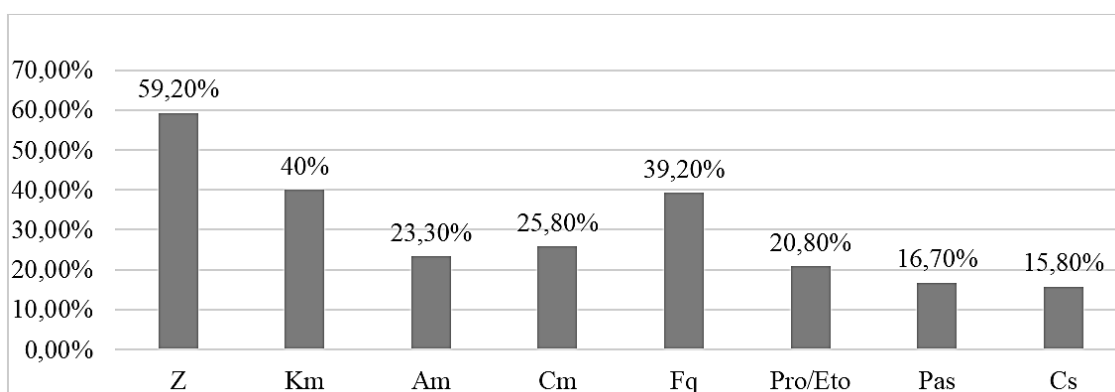


Рисунок 4. Устойчивость к противотуберкулезным препаратам у всех пациентов

Выводы:

1. МЛУ/ШЛУ-ТБ - это проблема лиц трудоспособного возраста, часто имеющих вредные привычки;
2. При включении в схемы инъекционных препаратов предпочтение следует отдавать капреомицину или амикацину.

Список литературы:

1. Фтизиатрия: нац. рук. [Текст] / гл. ред. М. И. Перельман; Рос. о-во фтизиатров, АСМОК. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 512 с.
2. Мишин В.Ю., Завражнов С.П., Митронин А.В. и др. Фтизиатрия: учебник. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 520.
3. Туберкулез // Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/ru/>
4. Доклад о глобальной борьбе с туберкулезом 2017 г. // Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения.

СУЩЕСТВУЕТ ЛИ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНЫЙ СИНДРОМ?

Бондаревич Анна Владимировна

*студент Белорусского государственного медицинского университета,
Белоруссия, г. Минск*

Данкевич Ольга Александровна

*студент Белорусского государственного медицинского университета,
Белоруссия, г. Минск*

Енко Борис Олегович

*студент Белорусского государственного медицинского университета,
Белоруссия, г. Минск*

Круглова Татьяна Викторовна

*студент Белорусского государственного медицинского университета,
Белоруссия, г. Минск*

Лузикова Яна Сергеевна

*студент Белорусского государственного медицинского университета,
Белоруссия, г. Минск*

Майборода Алина Андреевна

*студент Белорусского государственного медицинского университета,
Белоруссия, г. Минск*

Метько Елизавета Евгеньевна

*студент Белорусского государственного медицинского университета,
Белоруссия, г. Минск*

Предменструальный синдром (ПМС) широко признается как медицинская действительность, которая, как полагают, затрагивает большинство женщин и девочек репродуктивного возраста. Помимо физических симптомов, таких как судороги, ПМС связана с негативными настроениями, включая грусть, беспокойство и раздражительность. Но разве исследования поддерживают четкую связь между предменструальной фазой и негативным настроением? Или ПМС больше из области научной фантастики, чем доказанный факт?

Большинство женщин репродуктивного возраста имеют один или несколько эмоциональных или физических симптомов в предменструальной фазе менструального цикла. Симптомы слабовыраженные, но у 5-8% есть умеренные или тяжелые симптомы, которые связаны со значительным расстройством или функциональным ухудшением.

«Культурный багаж» ПМС

Тенденция окружения женских репродуктивных функций мифами и дезинформацией имеет давнюю историю, датируемую еще Гиппократом, который предположил, что матка у женщины способна свободно путешествовать по всему телу (явление, которое он называл «блуждающей маткой»), вызывая депрессию и безумие. Однако только в начале 1930-х годов предменструальная фаза была конкретно определена как причина негативного настроения у женщин.

Многие женщины считают само собой разумеющимся, что предменструальная фаза вызывает изменения в эмоциональной сфере в негативную сторону, но эта связь не является универсальной. Женщины, живущие в странах, где связь между негативным настроением и предменструальной фазой менее культурно укоренена, таких как Индия и Китай, с меньшей

вероятностью сообщают о возникновении симптомов отрицательного настроения во время предменструальной фазы. Недавний обзор опубликованных статей, измеряющих связь между настроением и женскими менструальными циклами показал, что только 15% исследований свидетельствуют об исключительной связи между предменструальной фазой и отрицательным настроением. Эти результаты и другие новые исследования бросают вызов убеждению, что предменструальная фаза вызывает у большинства женщин угнетение.

Доказательство

Исследование, проведенное Канадским институтом исследований в области здоровья в повседневной жизни, изучало, в какой зависимости находится настроение женщины от менструального цикла и уровня репродуктивных гормонов. Было отобрано более 10 здоровых женщин, не подозревающих, что исследование касалось настроения и менструального цикла, которым были предоставлены смартфоны. В них исследуемых попросили записать их негативные и позитивные настроения в течение шести месяцев, предоставив исследователям данные о настроениях в режиме реального времени. В конце исследования учёные обнаружили, что у исследуемых женщин, которые не были введены в курс исследования (не получили информацию о том, что исследование связано с настроением и менструальным циклом) здоровое окружение, физическое здоровье, воспринимаемый стресс и социальная поддержка были намного более сильными предикторами настроения, чем любая фаза менструального цикла.

Помимо ежедневной записи данных о настроении, исследуемым проводили замеры уровня эстрогена и прогестерона ежедневно в течение шести недель, что привело к двум важным результатам. Во-первых, эти гормоны незначительно повлияли на женские настроения. И, во-вторых, выяснилось, что количество времени, проведенного женщинами в каждой фазе менструального цикла, варьировалось настолько, что было невозможно точно предсказать уровни гормонов у женщин, просто пересчитав их с начала менструального цикла. Это может говорить о том, что проведенные ранее исследования в данной области, которые выявили связь между менструальным циклом и настроением без измерения репродуктивных гормонов, могут неправильно интерпретировать культурные факторы к биологии.

Итак, как мы пришли так, чтобы связать негативное настроение так сильно с предменструальной фазой? В предыдущих исследованиях исследователи часто не спрашивали о положительных настроениях, предполагая, что предменструальный этап будет связан с отрицательными настроениями. В других исследованиях участники были осведомлены тем фактом, что они участвовали в исследовании о настроении и ПМС. Как указывает команда MiDL, если «отношение к менструации является широко отрицательным, ожидания женщин о себе во время менструации также могут быть отрицательными». Исследователи также использовали данные от женщин, ищущих клиническую помощь для настроения, в качестве доказательства для существования ПМС. Текущие исследования показывают, что между 1,3% -9% женщин имеют уже диагностированное ранее предменструальное дисфорическое расстройство. Однако, поскольку популяция в исследовании была случайно выбранной, настроения женщин, не обращающихся за помощью, гораздо более подвержены влиянию психосоциальных факторов, чем ПМС.

Большинство исследований, посвященных распространенности предменструальных жалоб, основаны на ретроспективных отчетах, которые по своей природе могут привести к уклонению от ответа. Однако результаты этих исследований согласуются с результатами нескольких эпидемиологических исследований, в которых использовались предполагаемые оценки симптомов. Результаты перспективных и ретроспективных исследований показывают, что 5-8% женщин с гормональными циклами имеют умеренные или тяжелые симптомы. Однако некоторые исследования показывают, что до 20% всех женщин фертильного возраста имеют предменструальные жалобы, которые можно считать клинически значимыми.

Вывод

Культурные убеждения о ПМС, похоже, повлияли на ожидания женщин и исследователей на предменструальный период, но новые исследования разведали существование негативного настроения, вызванного ПМС у общей женской популяции. Доказательства, имеющиеся на данный момент о ПМС, ограничены, и психосоциальные факторы, такие как физическое здоровье и социальная поддержка, по-видимому, более тесно связаны с настроением, чем любая фаза менструального цикла. Исследования, которые бросают вызов предположениям о биологических связях между предменструальной фазой и капризностью, могут в конечном итоге изменить то, как общество рассматривает женские настроения и менструации.

Список литературы:

1. Canadian Institutes of Health Research [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/48939.html> (Дата обращения: 19.04.18 г.);
2. US National Library of Medicine [Электронный ресурс].- Режим доступа: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3118460/> (Дата обращения: 19.04.18 г.);
3. Mengying Wu, Ying Liang, Qingguo Wang, Yan Zhao & Renlai Zhou. Emotion Dysregulation of Women with Premenstrual Syndrome // <https://www.nature.com> (Дата обращения: 19.04.18г.).

ВЗАИМОСВЯЗЬ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ БИОЛОГИЧЕСКИХ РИТМОВ И УСПЕВАЕМОСТИ У СТУДЕНТОВ

Броницкая Анастасия Юрьевна

*студент, Белорусский государственный медицинский университет,
Белоруссия, г. Минск*

Бондаренко Ксения Викторовна

*студент, Белорусский государственный медицинский университет,
Белоруссия, г. Минск*

Куцепалова Ксения Александровна

*студент, Белорусский государственный медицинский университет,
Белоруссия, г. Минск*

Одной из быстроразвивающихся наук XX века можно назвать биоритмологию, науку, изучающую циклические биологические процессы, которые имеются на всех уровнях организации системы жизни. Биологические ритмы — циклически изменяемые моменты максимальной и минимальной деятельности клеток, органов, систем органов и организма в целом, которые формируются под влиянием геофизических и социальных изменений среды обитания.

Геофизические факторы:

- Фотопериодика — смена света и темноты, что имеет значение для двигательной активности, следовательно, влияет на все процессы жизнедеятельности.
- Цикличность режимов питания, изменений температуры окружающей среды; цикличность фаз Луны.

Социальные факторы:

- Циклические режимы труда, отдыха, определяемые чередование светлого и темного времени суток, влияющих на деятельность организма.

Главным регулятором суточных ритмов у млекопитающих является супрахиазмальное ядро передней доли гипоталамуса, которое управляет выделением мелатонина в эпифизе. Активность нейронов СХЯ в течение суток изменяется периодически и зависит от внешних световых сигналов.

Учеными было выявлено, что в зависимости от различного и всегда индивидуального расположения акрофаз (пиков), людей можно разделить на три основные группы-хронотипы: жаворонки (утренние), голуби (дневные) и совы (вечерние) [1]. Их различия предопределяют функциональные возможности организма в определенные часы.

Особое внимание привлекают в этом плане студенты, для которых характерны резкие изменения ритма жизни, необходимость адаптироваться к новым условиям и формам учебы, чрезмерные и нерегулярные информационные нагрузки [2]. Время для определенных занятий, подобранное с учетом физиологических особенностей хронотипа, может способствовать увеличению работоспособности и как результат – повышению успеваемости.

Объект исследования — студенты 1-5 курсов ВУЗов Республики Беларусь (51 человек), возраст опрошенных — 17- 23 года. Исследование проводилось на студентах мужского пола в связи с риском получения неоднозначных результатов у девушек.

Для определения биологических ритмов использован тест-опросник Д.Хорна - О. Эстерберга [3], содержащий 19 вопросов, касающихся временной организации режимных процессов человека в течение дня (наиболее оптимальное время для сна, приема пищи, физических упражнений и умственного напряжения). Вопросы составлены таким образом, чтобы выявить индивидуальное время наилучшей работоспособности. Тип темперамента определен с помощью опросника Айзенка. Тест позволяет определить один из 4 типов

темперамента: холерик, сангвиник, меланхолик и флегматик. Уровень умственной работоспособности — продуктивность, точность и устойчивость — оценивался с помощью корректурной пробы. Испытуемому необходимо, просматривая бланк, ряд за рядом, вычёркивать из него указанные в инструкции символы в течение определенного времени. Пробу проводят дважды: первый раз в привычное время, которое студент обычно использовал для подготовки к занятиям, второй раз во время наилучшей работоспособности по хронотипу.

Хронотип	Пробуждение	Период физической активности	Пики и спады интеллектуальной активности	Отход ко сну
«Жаворонки»	Самостоятельное — в 6-7 часов или ранее, по будильнику — быстрое, лёгкое, не требует тонизирующих средств. С утра хороший аппетит.	От момента пробуждения до 12-13 часов	Два пика, первый — от 8-9 до 12-13 часов, затем спад (вялость, сонливость) до 16 часов, второй пик — с 16 до 18 часов	21-22 часа, засыпание быстрое и лёгкое
«Совы»	Самостоятельное — 10-11 часов или позднее, по будильнику ранее — медленное и затруднённое, для активизации требуются тонизирующие средства, такие как крепкий кофе, чай, контрастный душ, двигательная активность, при этом сонливость всё равно может сохраняться. Иногда просыпаются рано утром, но через короткое время снова засыпают. Аппетита по утрам нет, он появляется к обеду.	14 часов — 21 час	Три пика: с 13 до 14 часов, с 18 до 20 часов, с 23 до 1 часа	24 часа и позже, возможны трудности с засыпанием.
«Голуби»	7-9 часов, по будильнику — достаточно лёгкое	Весь день, от пробуждения до 18 часов, но в течение дня может быть резкий спад, приблизительно на час.	Равномерная активность в течение дня, без явных пиков	22-23 часа.

Рисунок 1. Хронотипы и биоритмы работоспособности человека

Для обработки полученных данных использовали пакет программ Excel и Statistica 10.

После статистической обработки данных и анализа результатов были выявлены следующие особенности биологических суточных ритмов: к хронотипу «жаворонки» принадлежат 17,60%, «голуби» — 58,80%, «совы» — 23,60%. Полученные результаты свидетельствуют о преобладании среди студентов индифферентного («голуби») хронотипа, что согласуется с литературными данными. Среди обследуемого контингента молодежи представлены все типы темпераментов: холерики (56,86%), сангвиники (15,69%), флегматики (19,60%) и меланхолики (7,85%).

Интересным является выявление взаимосвязи между биоритмами человека и типом его темперамента. Анализ показал, что среди «голубей» больше всего холериков (56,6%), сангвиники и меланхолики представлены практически в равном количестве (16,7% и 20%), флегматиков — 6,7%. Среди «жаворонков» холерики и сангвиники приблизительно в равном количестве (соответственно 4,4% и 3,3%) и по 1,1% — жаворонок-меланхолик и жаворонок-флегматик. Среди «сов» сангвиников выявлено не было, больше всего холериков — 67%, 25% меланхоликов и 8% сов-флегматиков.

В обследуемой группе студентов наибольшее количество было выявлено голубей-холериков.

Наиболее успешными в учебе оказались «жаворонки». При подготовке в привычное время без учета хронотипических особенностей средний балл успеваемости 7 и выше имели 55,5% хронотип «жаворонки», 26,7% «голуби» и 33,3% «совы». При подготовке в

предпочтительное по хронотипу время 77,7% жаворонков, 53,3% голубей, 66,6% сов получили балл 7 и выше.

Таким образом, было установлено, что большая часть обследованных студентов принадлежит к индифферентному хронотипу. Наиболее успешными в учебе являются «жаворонки», поскольку время наилучшей работоспособности для этого хронотипа как раз приходится на утренние часы, когда у большинства студентов проходят занятия в ВУЗах. Подготовка студентов в предпочтительное время по хронотипу позволила значительно улучшить показатели работоспособности и как результат успеваемость.

Знание своего индивидуального ритма, типа ВНД каждым студентом позволит оптимально организовать свою профессиональную деятельность и отдых согласно индивидуальным особенностям своего биологического ритма.

Представляется перспективным проведение анкетирования студентов начальных курсов с целью определения их биоритмологических особенностей и дальнейшего получения ими рекомендаций для оптимизации учебного процесса.

Список литературы:

1. Балбатун О. А. Методы диагностики и значение хронотипов человека/ О. А. Балбатун // Медицинские знания. — 2011. — №1. — С. 24-26.
2. Барбараш Н. А. Оцените свое здоровье сами / Н. А. Барбараш, В. И. Шапошникова. — СПб, 2003. — 256 с.
3. Ваёнер Э. Н. Валеология / Э. Н. Вайнер. — М.: Флинта: Наука, 2010. — 232 с.

ВЛИЯНИЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО МАССАЖА НА ОРГАНИЗМ СПОРТСМЕНА

Гамов Александр Евгеньевич

*студент, институт заочного обучения,
Магнитогорский государственный технический университет им. Г.И. Носова,
РФ, г. Магнитогорск*

Андреева Ольга Викторовна

*канд. пед. наук, доцент,
Магнитогорский государственный технический университет им. Г.И. Носова,
РФ, г. Магнитогорск*

Массаж – профилактический и лечебный метод воздействия на организм человека. Он представляет собой совокупность приемов дозированного механического воздействия на различные участки тела руками массажиста, пациента или различными специальными аппаратами [5, с. 65].

А.А. Бирюков, В.И. Дубровский отмечают, что под его влиянием происходят функциональные изменения в центральной и периферической нервной системе, а также в дыхательной, пищеварительной и сердечно-сосудистой системах, ускоряются окислительно-обменные процессы.

Массаж очень быстро позволяет снять любое напряжение, утомление от спортивной нагрузки. Таким образом, является эффективным, но в то же время простым и доступным средством.

Спортивный массаж включает в себя следующие виды: гигиенический, тренировочный и восстановительный. Применяется в зависимости от периода и задач тренировочного процесса [4].

Восстановительный массаж используется после тренировок, он позволяет быстро привести мышцы в тонус, снять напряжение, нормализует общее состояние всего организма, стимулирует окислительно-восстановительные процессы, улучшает кровообращение [2].

С точки зрения И.М. Саркизов-Серазини «восстановительный массаж является одним из главных средств восстановления повышения спортивной работоспособности» [3].

После больших физических нагрузок он носит щадящий характер, а в дни отдыха – более глубокий. Частота применения восстановительного массажа зависит от степени утомления, этапа подготовки и других факторов.

Восстановительный массаж используется в спортивных играх как кратковременная форма в период длительных замен или в перерывах между периодами, в единоборствах такой массаж обычно используется между выступлениями и поединками, в лёгкой атлетике – между забегами или сериями и т.д. Вначале массируется спина, далее задняя поверхность ног, грудная клетка, верхние конечности, живот и передняя поверхность ног.

Рекомендуется следующая последовательность восстановительного массажа (таблица 1).

Таким образом, восстановительный массаж в кратковременных перерывах от 1 до 5 минут способствуют устранению какого-либо напряжения (мышечного, психического), повышает работоспособность всего организма, устранить болевые ощущения.

Для того, чтобы решить указанные проблемы, применяется необходимая методика сеанса массажа, которая зависит от вида спорта, которым занимается спортсмен, от индивидуальных особенностей организма, от степени его утомления. Чтобы снять мышечное и психическое напряжение, применяют комбинированное поглаживание, потряхивание, встряхивание. Затем делают массаж работающих (в данном раунде, схватке, прыжке) мышц.

Таблица 1.

Последовательность выполнения восстановительного массажа

Характеристика	Продолжительность	Особые условия
Первый сеанс		
Кратковременный массаж	3-7 или 10-15 мин в зависимости от длительности перерыва	При перерывах 10-12 ч и более длительность общего сеанса восстановительного массажа 40-60 мин (при массе тела до 40 кг - 40 мин, до 75 - 50 мин, до 100 - 60 мин). Наибольший эффект достигается в тех случаях когда применяется лёгкий массаж всего тела через 15-20 мин после тренировки длительностью 10-15 мин.
Второй сеанс		
Основной массаж через 2-4 ч после тренировки	40 - 60 мин	Направлен на восстановление мышц, устранения усталости. Массаж оказывает стимулирующее действие на весь организм. Примерное распределение времени: растирание 25%, разминание 70%, остальные приёмы 50%

Во всех случаях сеанс кратковременного восстановительного массажа должен быть щадящим, легким, глубоким, но не должен вызывать болевых ощущений.

Восстановительный массаж от 5 до 20 минут проводится в перерывах между состязаниями спортсменов, в зависимости от вида спорта, времени между нагрузками, степени утомления и характера напряжения.

Восстановительный массаж в перерывах от 20 мин до 6 часов должен способствовать работоспособности организма до повторного занятия или выступления.

Методика сеанса восстановительного массажа определяется продолжительностью перерыва, состоянием спортсмена, особенностями вида спорта и т.д.; во всех случаях следует сразу после соревнований или тренировочного занятия принять теплый или контрастный душ и, если есть возможность, посетить суховоздушную баню. Если, например, повторные выступления состоятся через 1-2 часа после первого, то возможны следующие варианты восстановления.

При перерыве продолжительностью 3 часа и более рекомендуются использовать массаж, который состоит из двух фаз. В процессе первой фазы необходимо устранить молочную кислоту, образующуюся в результате работы в мышцах. Массаж делается на те группы мышц, которые были задействованы больше всего. В процессе второй фазы делается общий массаж, позволяющий восстановить организм и вынести продукты утомления из частей тела, куда они попали в результате циркуляции крови.

Большую роль восстановительный массаж играет во время соревнований (в борьбе, боксе, лыжном спорте, фигурном катании на коньках), когда необходимо быстро восстановить организм между первым и вторым днём выступлений. Иначе утомление накапливается, что не позволяет спортсмену быстро восстановиться. Качество выступлений (тренировок) снижается.

В данном случае учитывается общее состояние спортсмена, уровень нагрузки специфики вида спорта и времени окончания выступления (тренировки). К каждому случаю подбирается своя методика.

Начальный этап массажа проводится сразу после выступления (через 10 – 12 минут). Большую пользу для спортсмена оказывает 5-7-минутный душ или 7-10-минутная суховоздушная парная с температурой воздуха +80...+100°C (два захода по 3-5 мин). Если баня влажная, то пребывание в ней уменьшается до 5 мин (первый заход - 3 мин, второй - 2 мин).

Если после горячего душа (а лучше после бани) спортсмен принимает холодный душ в течение 3-4 с или ванну с холодной водой (+10...+14°C), то восстановление работоспособности протекает значительно быстрее. Необходимо поочередно принимать горячую баню и холодный душ, после чего лучше всего провести восстанавливающий массаж, если такой возможности нет, то баню и холодный душ можно повторить ещё несколько раз.

Для проведения восстановительного массажа важно и время, когда закончилась тренировочное занятие. Если до обеда (до 14-16 ч), то второй сеанс (20-40 мин) восстановительного массажа проводят спустя 2-3 ч после выступления или тренировки. При этом массажист использует растирки, которые используются для тех мышц, которые больше всего пострадали.

При массаже следует использовать такие движения как выжимания, потряхивание, но большую часть времени (70 %) отводится разминанию.

В вечернее время массаж будет длиться 7 – 12 минут (первый этап) и перед сном 10 – 20 минут (второй этап).

В заключении хорошо использовать поглаживание спины, груди и встряхивания конечностей. Перед сном спортсмену проводится успокаивающий массаж, позволяющий нормализовать сон. В качестве основных движений используют поглаживание, лёгкое сжимание, разминание, заканчивая массаж на спине, шее и голове.

Перед днём отдыха спортсмену необходимо сделать общий лёгкий массаж продолжительностью до 20 минут, направленный на группу мышц, которую выполняли основную нагрузку. При этом хорошо использовать кратковременную (5-8 мин) суховоздушную парную с температурой воздуха +80...+100°C.

В выходной день спортсмен старается восстановить силы и повысить уровень работоспособности, утраченный за неделю тренировок. Этому будут способствовать массаж, парная, прогулка на свежем воздухе, эмоциональные игры - футбол, баскетбол и т.д.

После соревнований начинается восстановительный этап, который начинается с первых часов после выступлений и длится до начала следующих соревнований. После соревнований необходимо посетить баню в несколько приёмов, длительность каждого пребывания не должна превышать 10-15 минут. Во второй прием можно использовать гидромассаж (5-7 мин), или вибромассаж (7-10 мин), или 10-15-минутный лёгкий ручной массаж [1].

Таким образом, на основе вышесказанного можно отметить, что под восстановительным понимается такой вид спортивного массажа, который применяется после любого рода нагрузки (физической или умственной) и при любой степени утомления с целью максимально быстрого восстановления различных функций организма, а также с целью повышения его работоспособности.

Список литературы:

1. Бирюков А.А. Спортивный массаж // Лечебная физкультура и спортивная медицина. 2011. № 2. С. 11-16.
2. Васичкин В.И. Справочник по массажу. - СПб.: ПитерКом, 2001. 236 с.
3. Саркизов-Серазини И.М. Спортивный массаж. - М.: Физкультура и спорт, 2003. 223 с.
4. Тапхаров М.В. Массаж и самомассаж как основное средство восстановления организма после физической нагрузки // Вестник Бурятского государственного университета. 2014. № 13-1. С. 169-173.
5. Ходарев С.В., Тертышная Е.С., Щекинова А.М. Возможности медицинской реабилитации у детей, занимающихся физической культурой и спортом // Главный врач Юга России. 2014. № 2 (39). С. 59-66.

ФИЗИОЛОГИЯ ИЗМЕНЕНИЙ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА В РАЗНЫЕ ФАЗЫ СНА

Данкевич Ольга Александровна

*студент Белорусского государственного медицинского университета,
Белоруссия, г. Минск*

Бондаревич Анна Владимировна

*студент Белорусского государственного медицинского университета,
Белоруссия г. Минск*

Енко Борис Олегович

*студент Белорусского государственного медицинского университета,
Белоруссия, г. Минск*

Круглова Татьяна Викторовна

*студент Белорусского государственного медицинского университета,
РБ, г. Минск*

Лузикова Яна Сергеевна

*студент Белорусского государственного медицинского университета,
Белоруссия, г. Минск*

Майборода Алина Андреевна

*студент Белорусского государственного медицинского университета,
Белоруссия, г. Минск*

Метько Елизавета Евгеньевна

*студент Белорусского государственного медицинского университета,
Белоруссия, г. Минск*

Структура сна

Существует два типа сна: медленный и быстрый. В свою очередь, медленный сон делят на 4 фазы в зависимости от его глубины. Каждый из них имеет уникальные характеристики, включая различия в моделях мозговых волн, движениях глаз и мышечном тоне. Циклы сна изучаются с использованием электроэнцефалографии (ЭЭГ), которая отслеживает электрическую активность головного мозга.

В процессе сна медленный и быстрый сон сменяются циклически. Механизм перехода одного типа в другой еще не понятен, но нерегулярные циклические или отсутствующие стадии сна связаны с определенными нарушениями. Например, вместо засыпания через фазу медленного сна, как это обычно бывает, люди с нарколепсией входят непосредственно в быстрый сон.

Циклы сна

Засыпание начинается с 1й фазы медленного сна – дремоты, затем следуют 2ая фаза – сонные веретена, 3ая – дельта-сон, после 4ая – глубокий сон и, наконец, наступает быстрый сон, который циклически снова меняется на медленный, что продолжается до момента пробуждения. Медленный сон составляет 75-80% общего времени, проведенного во сне, а быстрый составляет оставшиеся 20-25%. Средняя продолжительность первого цикла сна медленный-быстрый сон составляет 70-100 минут. Второй и более поздние циклы более продолжительны – примерно 90-120 минут. С течением ночи в норме у взрослых длительность быстрого сна увеличивается и составляет последнюю треть цикла, 2ая фаза

медленного сна становится наиболее длительной, а фазы 3 и 4 медленного сна иногда могут вообще исчезнуть.

Фазы медленного сна

Четыре этапа сна медленного сна связаны с разной активностью мозга и физиологией.

Фаза 1 – дремота – выполняет переходную роль в циклическом режиме сна. Помимо новорожденных и лиц с нарколепсией и другими специфическими неврологическими расстройствами, эпизод сна здорового человека начинается с дремоты. Этот этап обычно длится от 1 до 7 минут в начальном цикле, составляя 2-5% от всего сна, и он легко прерывается громким звуком. Активность мозга на ЭЭГ в первой стадии переходит от бодрствования с бета-ритмом, к альфа-ритму (сразу после закрытия глаз), а после к тета-ритму, который характеризуется частотой 3-8Гц и амплитудой до 150 мкВ.

Фаза 2 – сонные веретена

Данная фаза длится 10-25 минут в первом цикле и удлиняется с каждым последующим циклом, в конечном счете составляя 45-55% сна. Человек, находящийся в фазе 2, требует более интенсивных стимулов, чем на 1й фазе, чтобы проснуться. Активность мозга на ЭЭГ показывает появление короткие периоды альфа-ритма, сменяемого медленными волнами большой амплитуды (K- комплексы).

Фаза 3 – дельта-сон

Чаще она наблюдается в течение первой трети ночи. Дельта-сон в начальный цикл длится всего несколько минут, а от всего сна составляет 3-8%. ЭЭГ показывает дельта-волны частотой 2Гц и амплитудой до 160 мкВ.

Фаза 4 – глубокий сон, который длится приблизительно 20-40 минут в первом цикле и составляет около 10-15% сна. Порог возбуждения является самым высоким для всех стадий медленного сна. Этот этап характеризуется устойчивым дельта-ритмом частотой 0,5-2Гц и высокой амплитудой на ЭЭГ.

Быстрый сон

Определяется наличием десинхронизированной (низкоамплитудной) активности мозга, мышечной атонии и быстрых движений глаз. Во время начального цикла период быстрого сна может длиться 1-5 минут; однако он постепенно увеличивается в течении сна.

Физиологические изменения во время медленного и быстрого сна

Во время медленного сна (по сравнению с бодрствованием):

- мозговая активность снижается;
- замедляется ритм сердца;
- снижается артериальное давление;
- мышечный тонус не изменяется;
- температура тела снижается;
- сексуальное возбуждение случается редко.

Во время быстрого сна (по сравнению с медленным сном):

- повышается тонус моторных и сенсорных областей;
- повышается давление;
- растет частота сердечных сокращений;
- незначительно повышается температура тела;
- возможность сексуального возбуждения повышается.

В дополнение к данным физиологическим изменениям, существуют другие изменения систем организма, которые возникают во время сна. Как правило, они благоприятно переносятся у здоровых людей, но они могут подвергать опасности людей с различными патологическими состояниями. Физиологические изменения происходят в следующих системах:

Сердечно-сосудистая: изменения артериального давления и частоты сердечных сокращений возникают во время сна и, в основном, определяются вегетативной деятельностью нервной системы. Кроме того, существует повышенный риск инфаркта

миокарда утром из-за резкого увеличения частоты сердечных сокращений и артериального давления, которые сопровождают пробуждение.

Активность симпатического нерва: снижается в процессе медленного сна; также происходит всплеск активности симпатического нерва из-за кратковременного повышения артериального давления и частоты сердечных сокращений, следующих за К-комплексами. По сравнению с бодрствованием наблюдается повышение активности во время быстрого сна.

Дыхание: во время сна особенно учащается во время быстрого сна. Данные о вентиляции во время быстрого сна неясны, но они предполагают, что гиповентиляция (недостаточная вентиляция легких, приводящая к уменьшению содержания кислорода и увеличению содержания углекислого газа в крови) происходит аналогично тому, как во время медленного сна. Этому способствует снижение мышечного тонуса глотки. Кроме того, во время быстрого сна происходит уменьшение движений грудной клетки и повышение сопротивления верхних дыхательных путей из-за потери тонуса в межреберных мышцах и мышцах дыхательных путей. В более обобщенном плане, вентиляция и дыхательный поток проявляют менее выраженные адаптивные реакции во время сна. Кашлевой рефлекс, который обычно реагирует на раздражители в дыхательных путях, подавляется во время сна.

Церебральный кровоток: медленный сон связан со значительным снижением кровотока и метаболизма, тогда как общий кровоток и метаболизм в период быстрого сна сравнимы с бодрствованием.

Почечная недостаточность: снижается выделение натрия, калия, хлора и кальция во время сна, что продуцирует более концентрированную и малую по объему мочу. Изменения, которые происходят во время сна в функции почек, являются сложными и включают изменения в почечном кровотоке, клубочковой фильтрации, секреции гормонов и симпатической нейрорегуляции.

Эндокринная система: эндокринные функции, такие как секреция гормона роста, гормонов щитовидной железы и мелатонина, находятся под влиянием сна. Секреция гормона роста обычно происходит в течение первых нескольких часов после начала сна, тогда как секреция гормонов щитовидной железы происходит поздним вечером. Мелатонин, который вызывает сонливость, вероятно, уменьшая эффект супрахиазматического ядра, зависит от цикла день-ночь и подавляется днем.

Список литературы:

1. Физиология человека: учеб. пособие. В 2ч. Ч.2/Ф50 А.И.Кубарко [и др.] Минске: Выш.шк.,2011.-625с. ISBN 978-985-06-1954-9.
2. Harvey R Colten and Bruce M Altevogt. Sleep Disorders and Sleep Deprivation: An Unmet Public Health Problem.//<https://www.ncbi.nlm.nih.gov> URL:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK19956/>
3. Mark Wu. The Science of Sleep: Understanding What Happens When You Sleep.//<https://www.hopkinsmedicine.org> URL:<https://www.hopkinsmedicine.org/health/healthy-sleep/sleep-science/the-science-of-sleep-understanding-what-happens-when-you-sleep>

ПЛЕЙОТРОПНОЕ ДЕЙСТВИЕ СТАТИНОВ

Енко Борис Олегович

*студент, Белорусский государственный медицинский университет,
Беларусь, г. Минск*

Лузикова Яна Сергеевна

*студент, Белорусский государственный медицинский университет,
Беларусь, г. Минск*

Майборода Алина Андреевна

*студент, Белорусский государственный медицинский университет,
Беларусь, г. Минск*

Круглова Татьяна Викторовна

*студент, Белорусский государственный медицинский университет,
Беларусь, г. Минск*

Метько Елизавета Евгеньевна

*студент, Белорусский государственный медицинский университет,
Беларусь, г. Минск*

Бондаревич Анна Владимировна

*студент, Белорусский государственный медицинский университет,
Беларусь, г. Минск*

Данкевич Ольга Александровна

*студент, Белорусский государственный медицинский университет,
Беларусь, г. Минск*

В современном мире неуклонно растёт смертность среди лиц трудоспособного возраста, с тенденцией омоложения, от заболеваний сердечно-сосудистой системы, которые находятся в прямой зависимости от атеросклероза. Атеросклероз – это мультифакториальное заболевание сопровождающееся поражением артерий, приводящее к повреждению сосудистой стенки, её уплотнению, морфологической стадийностью течения процесса завершающееся формированием атеросклеротической бляшки, приводящее к стойкому уменьшению просвета сосуда, с риском полной окклюзии. Существуют две основные теории развития атеросклероза: «ответ на повреждение» и липидно-инфильтрационная теория, которые во многом друг друга дополняют и не противоречат. Исходя из этих теорий, патогенез сводится к повреждению сосудистого эндотелия в результате оксидантного стресса с инфильтрацией внутренних слоёв сосуда липидами и липопротеидами.

К факторам способствующим развитию окислительных процессов относятся дислипидемия, курение, артериальная гипертензия, абдоминальное ожирение, гипергликемия, инсулинорезистентность, повышенный уровень мочевой кислоты, субклиническое воспаление. Все эти нарушения на сегодняшний день объединены в метаболический синдром.

Наиболее интенсивный синтез холестерина происходит в гепатоцитах. Ацетил-КоА, который является ключевым источником холестерина, под действием гидроксиметилглутарил-КоА-редуктазы превращается в мевалоновую кислоту. Данная реакция позволила найти точку приложения в блокировании синтеза молекулы холестерина.

В фармакологическом спектре гиполипидемических препаратов особое место занимает группа статинов, относящаяся к ингибиторам 3-гидрокси-3-метилглутарил-СоА редуктазы.

Схожесть лактонового кольца статинов с ГМГ-КоА-редуктазой позволило им конкурентно ингибировать синтез холестерина. Другая же часть молекулы подавляет превращение гидрометилглутарата в мевалонат, который является предшественником холестерина. Основное действие холестерина обеспечивается снижением холестерина за счёт фракции липопротеинов низкой плотности. Данную группу препаратов подарила миру известная американская компания Merck Sharp and Dohme.

Представители данной группы препаратов имеют четыре поколения: к первому относятся симвастатин, ловастатин, правастатин; флувастатин ко второму; аторвастатин и церивастатин представители третьего поколения, и розувастатин и питавастатин относятся к четвёртому поколению. При своём большом количестве плюсов препараты имеют ряд побочных эффектов и противопоказаний к применению. Имеются данные, которые рекомендуют не комбинировать статины с фибратами, никотиновой кислотой, антибиотиками из группы макролидов, циклоспоринами, азольными производными противогрибковых средств, амиодароном, верапамилом и ингибиторами протеаз ВИЧ в связи с высоким риском развития основных побочных эффектов, таких как миозиты и рабдомиолиз, и мощным гепатотоксическим эффектом. Риск развития побочных эффектов увеличивается у людей преклонного возраста, при недостаточном питании, наличии полипрогмазии и печёночной недостаточности, избыточного потребления алкоголя. При наличии факторов увеличивающих риски стоит относиться более внимательно к показаниям назначения данной группы препаратов, а также обеспечить более тщательный контроль функции печени путём оценки её ферментативной функции биохимическим анализом крови. Имеются и различия в чувствительности к донной группе препаратов среди населения, отмечено, что монголоидная раса более восприимчива к статинам, соответственно у данной группы людей в терапии должны использоваться более низкие дозировки препаратов.

Положительные эффекты статинов имеют многопрофильный характер. Гиполипидемический эффект заключается в блокаде синтеза мевалоновой кислоты. Статины улучшают функцию эндотелия, способствуя нормальному вазомоторному ответу коронарных и периферических артерий. Функция эндотелия нормализуется посредством восстановления липидного спектра, а также в результате увеличения продукции NO эндотелиальной клеткой, что приводит к расширению сосуда и блокированию констриктивных воздействий. Статины также влияют на проницаемость сосудистой стенки. Доказан эффект статинов в отношении свёртывающей-противосвёртывающей системы крови.

Например, симвастатин блокирует продукцию тканевых факторов моноцитами и также снижая количество фрагментов тромбина увеличивает активность фибринолитической системы, что имеет положительный эффект у пациентов с корональными рисками. Действие статинов на мембраны тромбоцитов объясняется снижением в ней количества молекул холестерина. Увеличением выброса NO эндотелиальной клеткой обеспечивается ингибирование агрегации тромбоцитов. Подавление окислительных процессов достигается путём связывания статинов с фосфолипидами клеток, блокируя при этом каскад окислительного стресса, а значит и обеспечивается защита эндотелиальной клетки от альтерации. Имеются многочисленные данные о противовоспалительном эффекте статинов. Так в исследованиях было доказано, что их назначение в среднетерапевтических дозировках позволяло снизить СРБ на 40% от исходного количества. Кроме влияния на СРБ, доказан эффект взаимодействия на такие провоспалительные агенты как натрийуретический пептид, эндотелин, интерферон- γ и метаболиты NO.

Дополнительные метаболические эффекты статинов включают в себя влияние на инсулинорезистентность, артериальную гипертензию, нарушения углеводного и пуринового обмена, гипертриглицеридемию и другие.

Доказано, что эндогенная гиперинсулинемия превносит свои особенности в формирование атеросклероза. Она активизирует каскад реакций, способствующие митозу эндотелиоцитов и миоцитов сосудов. Эти процессы приводят к ремоделированию

сосудов. Повышенное содержание инсулина приводит к быстрой утилизации экзогенного холестерина, что увеличивает продукцию собственного. Стоит отметить, что статины способствуют развитию инсулинорезистентности, ряд авторов отмечают возникновение новых случаев сахарного диабета в результате приёма статинов. И всё же польза при приёме статинов превышает риск негативных реакций. Недавно выявленное противовоспалительное и иммуномодулирующее свойство ингибиторов 3-гидрокси-3-метилглутарил-КоА-редуктазы позволило использовать их при наличии аутоиммунного заболевания, таких как, например, ревматоидный артрит, описываются случаи обоснования применения статинов при трансплантациях сердца у реципиентов.

Исходя из вышеизложенного, гиполипидемическое свойство статинов является не единственным их эффектом, поэтому стоит принять во внимание дополнительное плейотропное действие статинов. Данные метаболические эффекты позволяют провести не только лечение атеросклероза, но и обеспечить профилактическую направленность терапии на всех стадиях развития заболевания.

Список литературы:

1. Яковенко Е. И., Мамедов М. Н. Влияние метаболических эффектов статинов на клинические проявления атеросклероза // Российский кардиологический журнал № 2 (94) 2012 С. 85-90.
2. Ратникова Л.А., Метельская В.А., Мамедов М.Н., Косматова О.В., Перова Н.В. Влияние комбинированной гиполипидемической и антигипертензивной терапии на систему гемостаза у больных с метаболическим синдромом. //Российский кардиологический журнал № 2 (58) / 2006 С.32-35
3. Шевченко А.О, Халилулин Т.А, Шевченко О.П Механизмы нелипидного действия статинов у реципиентов сердца.//Вестник трансплантологии и искусственных органов том XV № 2–2013 с142-147
4. Ширинский И.В., Козлов В.А., Ширинский В.С. Влияние статинов и биологических препаратов на активацию митогенактивированных протеинкиназ у больных ревматоидным артритом//Медицинская Иммунология 2009, Т. 11, № 1, стр. 71-78

ПОСТГАСТРЭКТОМИЧЕСКОЕ ИСТОЩЕНИЕ

Заря Никита Александрович

студент, Белорусский государственный медицинский университет,
Беларусь, Минск

Бондаренко Ксения Викторовна

студент, Белорусский государственный медицинский университет,
Беларусь, Минск

Броницкая Анастасия Юрьевна

студент, Белорусский государственный медицинский университет,
Беларусь, Минск

Гастрэктомия – оперативное вмешательство, направленное на полное удаление желудка с образованием пищеводно-кишечного анастомоза, преимущественно с целью радикального лечения злокачественных новообразований желудка. Эпидемиологически удельный вес послеоперационных осложнений после гастрэктомий составляет 34% [1], а в последующем качество жизни прооперированных пациентов значительно снижается в результате проявления постгастрэктомического синдрома.

Наиболее распространенный способ гастрэктомии — эзофагоеюноанастомоз с формированием брауновского соустья. Брауновское соустье представляет собой еюно-еюноанастомоз, назначение которого – снижение вероятности заброса химуса тощей кишки в пищевод и сохранение 12 перстной кишки как важной рефлекторной зоны ЖКТ.

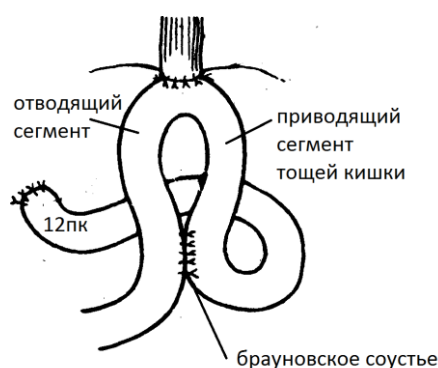


Рисунок 1. Анатомические отношения в ЖКТ после гастрэктомии

По Аскерханову Р.Г. (и соавт.), организменные нарушения после гастрэктомии как частного случая болезней оперированного желудка можно разделить на органические и функциональные. Наиболее значимые постгастрэктомические расстройства приведены в таблице 1.

Таблица 1.

Основные постгастрэктомические расстройства

Органические	Функциональные
Несостоятельность пищеводно-кишечных анастомозов	Постгастрэктомическое истощение
Послеоперационный панкреатит	Постгастрэктомическая анемия
Хронический анастомозит	Щелочной рефлюкс-эзофагит
	Демпинг синдром
	Диарея

Функциональные расстройства развиваются вследствие новых анатомо-физиологических взаимоотношений после удаления желудка. Органические нарушения в основном обусловлены техническими нюансами во время операции. Наиболее опасные осложнения гастрэктомии – несостоятельность пищеводно-кишечных анастомозов и послеоперационный панкреатит. Частота несостоятельности пищеводно-кишечных анастомозов в зависимости от выбора метода формирования соустья колеблется от 4,5 до 9,63%, послеоперационных панкреатитов – до 15,4%.

Исследование основных клинических проявлений постгастрэктомического синдрома проводилось на базе УЗ «6 ГКБ» г. Минска в 2017 — 2018 гг.

Критерии включения в исследование: гастрэктомия по поводу злокачественного новообразования желудка, отсутствие других оперативных вмешательств на ЖКТ в анамнезе.

Критерии исключения: отсутствие других оперативных вмешательств на ЖКТ в анамнезе, отсутствие внеплановых госпитализаций после операции гастрэктомии.

Дизайн исследования: основные постгастрэктомические расстройства будут рассмотрены с учетом собранных жалоб, анамнеза заболевания и истории болезни пациента А, а также материалов 5 историй болезни пациентов, перенесших гастрэктомию (3 мужчины и 2 женщины, от 1,5 до 12 лет после операции).

1. Структура причины госпитализации:

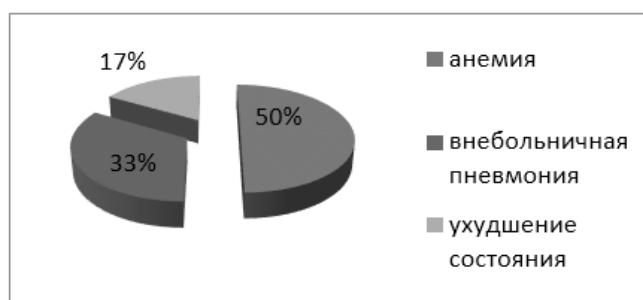


Рисунок 2. Причина госпитализации

2. анти-НСV– антитела

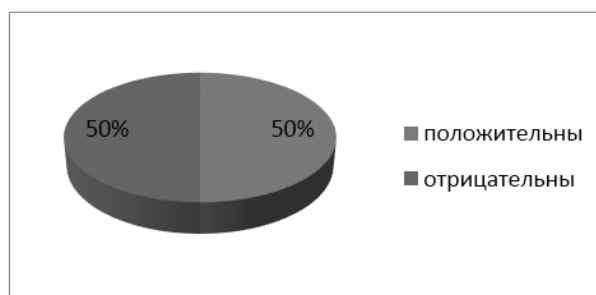


Рисунок 3. Серодиагностика гепатитов

Примечательно, что 3 из 6 пациентов положительны на анти-НСV, в том числе и пациент А.

Пациент А – мужчина 52 лет, перенес гастрэктомию (комбинированная со спленэктомией) в январе 2012 (6 лет назад) с целью радикального лечения злокачественного новообразования тела желудка с врастанием в левую долю печени (Т_{4а}Н₂М₀). На данный момент является инвалидом 2 группы, но работает наладчиком контрольно-измерительных приборов. Поступил в 6 ГКБ после длительного лечения пневмонии по поводу постгастрэктомического синдрома. Сопутствующие заболевания: гепатит С, ХОБЛ.

3. Хронический анастомозит, приводящий к рубцовому сужению анастомоза, был отмечен в историях болезни у 3 из 6 пациентов, перенесших гастрэктомию.

Постгастрэктомическое истощение —

развивается вследствие утраты желудочно-кишечным трактом желудка как первичного нутритивного резервуара и источника пищеварительных соков и ферментов. Вследствие компенсаторной гиперфункции поджелудочной железы ее резервы быстро лимитируются, что создает почву для развития синдромов мальдигестии и мальабсорбции, а также приводит к инсулинонедостаточности, на фоне и по причине которых и наступает дисметаболическое постгастрэктомическое истощение пациентов.

По данным истории болезни одной из пациентов, гастрэктомию которой проводилась за 1,5 года до настоящей госпитализации, была проведена оценка гликемического профиля, выявившая нарушение толерантности к глюкозе. Также у 2 пациентов среди сопутствующих заболеваний указан сахарный диабет.

Гипопротеинемия и гипоальбуминемия была выявлена у 4 из 6 пациентов.

Среди рассмотренных историй болезни дефицит массы тела имеют 4 пациента, причем у двух пациентов выраженный дефицит массы тела (ИМТ - 15,6), еще у двух – 17,0 и 17,3. У 2 пациентов ИМТ немного выше нижней границы нормы (19,1 и 19,5). Среднее значение ИМТ – 17,35.

Масса пациента А составляла 45 кг при росте 170 см (ИМТ = 15,6) (рис.2). До операции его масса составляла 60 кг (ИМТ = 18,5). В послеоперационном периоде масса тела снижалась, однако пациент выполнял рекомендации по питанию, и его максимальная масса после гастрэктомии составила 55 кг. После длительной болезни (пневмонии) масса тела упала до 45 кг. Следует упомянуть, что данный пациент положителен на анти-НСV. Количество общего белка при поступлении было равно 54 г/л, альбумины составляли 26 г/л.

Таким образом, гастрэктомия существенно влияет на качество жизни пациента. У всех пациентов, упомянутых в этом исследовании, в той или иной мере был выражен постгастрэктомический синдром. Наиболее распространенным нарушением признано постгастрэктомическое истощение (у 4 из 6 пациентов), повлекшее за собой существенные дисметаболические (гипо- и дис- протеинемия) и нейроэндокринные нарушения (сахарный диабет и нарушение толерантности к глюкозе).

Список литературы:

1. Черноусов А.Ф. Хирургия рака желудка/ А.Ф. Черноусов, С.А. Поликарпов, Ф.А. Черноусов. М.: Москва, 2004. 560 с.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА «ХИРУРГИЯ ОДНОГО ДНЯ» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Зыбка Ольга Ивановна

*студент, УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
Республика Беларусь, г. Минск*

Ремезов Роман Игоревич

*студент, УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
Республика Беларусь, г. Минск*

Серый Виктор Васильевич

*студент, УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
Республика Беларусь, г. Минск*

Петровский Илья Борисович

*студент, УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
Республика Беларусь, г. Минск*

Бобровнический Андрей Владимирович

*студент, УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
Республика Беларусь, г. Минск*

Бовтюк Николай Ярославович

*канд. мед. наук, доцент кафедры «Общая хирургия»
УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
Республика Беларусь, г. Минск*

Паховые грыжи - одно из наиболее распространенных заболеваний в хирургии, занимающее первое место среди наружных грыж живота. Единственным методом лечения паховых грыж на сегодняшний день является хирургическое вмешательство.

Методика хирургии с краткосрочным пребыванием пациентов в стационарных условиях была впервые опубликована в 1909 году хирургом Дж. Никодем, который огласил результаты лечения свыше трехсот пятидесяти пациентов с ранней выпиской. Термин "однодневная хирургия" (day care surgery) был впервые применен в 1964 г. Р. Лурье, который успешно применял данную технологию на протяжении десятков лет. Многие годы шли дискуссии о преимуществах и недостатках данной концепции. Итогом дискуссий стало проведение в 1990-2010 гг. многоцентровых мировых двойных слепых исследований по проверке незыблемых стереотипов в методах подготовки и ведения пациентов хирургического профиля. Одним из результатов исследований стало формирование и научное обоснование концепции Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) – «повышение (расширение) возможности восстановления после хирургического лечения» (другие названия: Fast Track Recovery – «ускоренный путь (направление) восстановления (выздоровления)» или Fast Track Surgery – «хирургия ускоренного выздоровления»). В пределах данной концепции разработано большое количество технологий, отличия между которыми основываются на возможных путях сокращения сроков пребывания пациентов в стационарных условиях. В русскоязычной литературе наиболее известна технология «хирургии одного дня» (ХОД). Данная концепция позволяет максимально снизить психоэмоциональную нагрузку на пациента, уменьшить количество послеоперационных осложнений, проводить практически бескровные и безболезненные операции, сэкономить значительную часть бюджетных средств за счет оптимизации работы стационара и увеличения количества койкомест.

Целью данной работы: изучить факторы, которые ограничивают применение технологии «хирургия одного дня» при лечении грыж передней брюшной стенки.

Задачами работы были:

1. Проанализировать содержание понятия технологии «хирургия одного дня» на основе зарубежной и русскоязычной литературы.

2. Провести анализ лечения пациентов с грыжами передней брюшной стенки за 2015 год и определить факторы, наиболее часто ограничивающие применение ХОД.

3. Установить патогенетические аспекты влияния установленных факторов.

Произведен проспективно-ретроспективный анализ лечения 226 пациентов в хирургическом отделении УЗ "ЗГКБ им Е. В. Клумова г Минска" за 2015 г. Всем пациентам были выполнены различные виды пластик.

Результаты работы и их обсуждение:

Первую группу (n=130) составили пациенты с различными паховыми грыжами.

Пациентов женского пола было 17(13,1%), а мужского пола – 113(86,9%), при этом 10(58,8%) женщин и 61(54,0%) были трудоспособного возраста. Из них по технологии ХОД пролечено 95(73,1%) пациентов. В числе самых распространенных факторов, которые ограничивали применение ХОД были: применение натяжных видов пластика - 29(22,3%), сопутствующая патология в возрасте 60 лет и более - 20(15,4%), психологическая неподготовленность пациентов к ранней выписке - 13(10,0%) (рис.1)

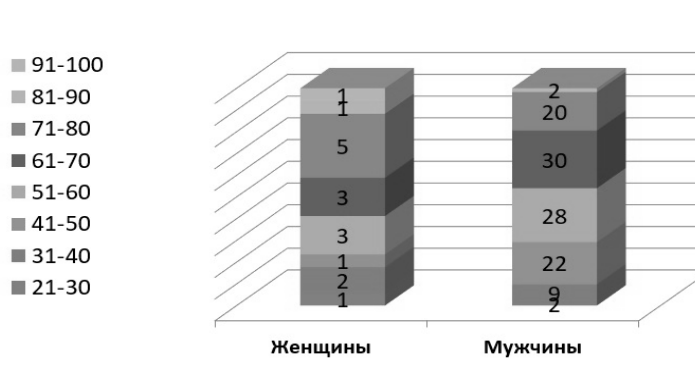


Рисунок 1. Распределение пациентов по полу и возрасту

Вторую группу (n=52) составили пациенты с пупочными грыжами и грыжами белой линии живота. Пациентов женского пола было 24(46,2%), а мужского пола – 28(53,8%), при этом 14(58,3%) женщин и 17(60,7%) мужчин были трудоспособного возраста. Из них по технологии ХОД пролечен 31(59,6%) пациент.

Ограничивающими факторами применения ХОД являлись: применение натяжных видов пластика 11(21,2%), сопутствующая патология в возрасте 60 лет и более - 9(17,3%), симультанные операции с применением общей анестезии - 5(9,6%) (рис.2)

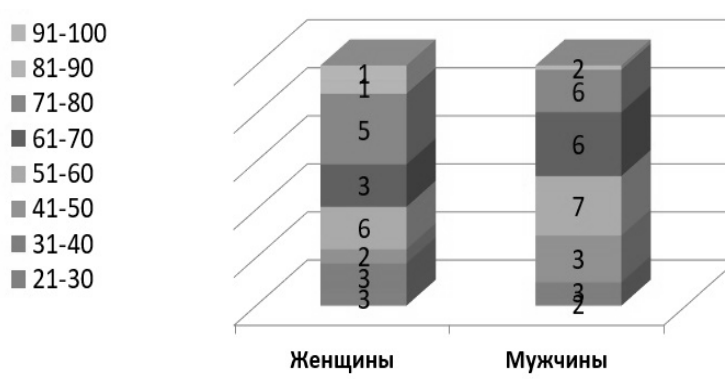


Рисунок 2. Распределение пациентов по полу и возрасту

Третья группа (n=40) - пациенты с вентральной грыжей. Пациентов женского пола было 34(85,0%), а мужского пола – 6(15,9%), при этом 12(35,3%) женщин и 4(66,7%) мужчины были до 60 лет.

Из них с применением ХОД прооперировано 12(30,0%) человек.

Факторами, которые ограничивали применение ХОД являлись: сопутствующая патология в возрасте 60 лет и более - 19(47,5%), грыжи больших и средних размеров, локализованные в верхних отделах с применением общей анестезии, у которых сохранился болевой синдром - 18(45,0%), применение натяжных видов пластики - 11(27,5%).

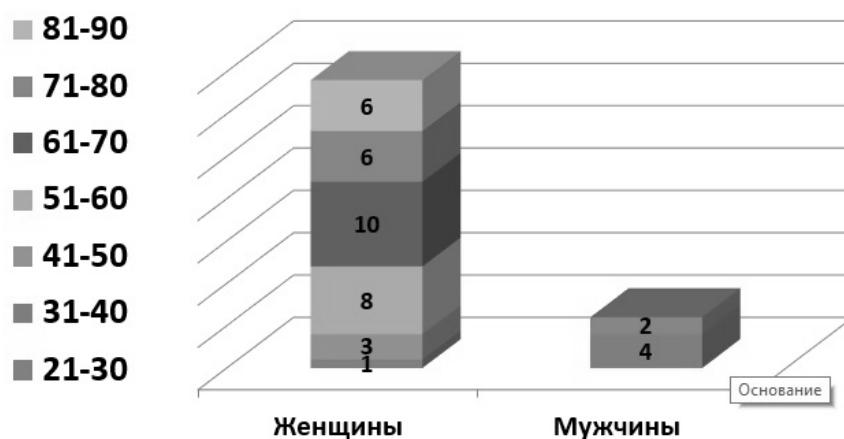


Рисунок 3. Распределение пациентов по полу и возрасту

Выводы данного исследования:

1. Наиболее частыми факторами, ограничившими применение технологии «хирургия одного дня» в изученных группах были: наличие сопутствующей патологии, применение натяжных видов пластики, психоэмоциональное состояние пациентов, эндотрахеальный наркоз.

2. Для снижения отрицательного влияния указанных факторов на возможность применения технологии ХОД необходимы:

- 1) Максимальная коррекция сопутствующей патологии на дооперационном этапе,
- 2) Психологическая подготовка, особенно у пациентов с рецидивными грыжами.
- 3) Широкое внедрение ненатяжных видов пластики с применением сетчатых протезов и собственных тканей.
- 4) Индивидуальный подход в подборе способа анестезии.

Список литературы:

1. Бараев И.А. Хирургический стационар одного дня. Первый опыт работы / И.А. Бараев, С.И. Кузнецов // Медицинский информационный вестник. - 2010. - № 29. – С. 31-33.
2. Воробьев В.В Хирургическое лечение паховых грыж в амбулаторных условиях / В.В. Воробьев, К.В. Новиков // Герниология. - 2008. - № 6. – С. 14-16.
3. Егиев В.Н, Грыжи / В.Н. Егиев, П.К. Воскресенский. – М.: Медпрактика-М, 2015. – 486 с.
4. Шимко В.В. Грыжи живота / В.В. Шимко, А.А. Сысолятин. - Благовещенск: ГЭОТАР-МЕДИА, 2010. - 150 с.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ НА ОРГАНАХ МАЛОГО ТАЗА: АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ

Ковалевская Дарья Викторовна

*студент, Белорусский государственный медицинский университет
Республика Беларусь, г. Минск*

Петрова Екатерина Валентиновна

*канд. мед. наук, доцент, Белорусский государственный медицинский университет, кафедра
акушерства и гинекологии, УЗ «1-я городская клиническая больница»,
Республика Беларусь, г. Минск*

Введение. В настоящее время отмечается тенденция к смещению выполнения репродуктивной функции супружескими парами в более поздний возрастной период, что способствует увеличению доли пациенток с различной гинекологической и экстрагенитальной патологией. Гинекологическая патология в зависимости от вида требует не только консервативной, но и хирургической терапии: одним из методов лечения пациенток является оперативное вмешательство. При наличии условий, методом выбора является лапароскопический доступ ввиду меньшей травматичности, продолжительности оперативного вмешательства и меньшей частоты возникновения осложнений по сравнению с лапаротомическим доступом [4]. Отмечается лучшее восстановление регуляторно-адаптивных возможностей женского организма после операций с использованием лапароскопического доступа [1, 2, 3]. Раннее и наиболее полное восстановление после оперативного лечения гинекологических заболеваний становится всё более актуальным не только в связи с непосредственным влиянием на репродуктивное здоровье и возможности женщины, но и в связи с возрастающей долей экстрагенитальной сопутствующей патологии у пациенток гинекологического профиля [4].

Цель исследования. Проанализировать структуру оперативных вмешательств, выполненных на органах малого таза при лапароскопическом доступе, у пациенток различных возрастных групп.

Материалы и методы. Выполнен ретроспективный анализ историй болезни 76 пациенток, которым было выполнено оперативное вмешательство на органах малого таза лапароскопическим доступом на базе УЗ "1-я ГКБ" в 2017 году.

Результаты и их обсуждение. Пациентки были разделены на 2 группы в зависимости от возраста: I группа 19-34 года – 52 (68,4%) и II группа 35-45 лет – 24 (31,6%) пациенток. В анамнезе беременности были соответственно в I и II группах у 29 (55,8%) и у 17 (70,8%) пациенток, в том числе роды - у 18 (34,6%) и у 15 (62,5%) пациенток, аборт - у 4 (7,7%) и у 4 (16,7%) пациенток, выкидыши - у 1 (1,9%) и у 4 (16,7%) пациенток, неразвивающаяся - у 2 (3,8%) и у 2 (8,3%) пациенток и внематочная беременность - у 6 (11,5%) и 4 (16,7%). Операции в анамнезе имели 24 (46,1%) и 14 (58,3) пациенток, среди выполненных оперативных вмешательств в I и II группах: аппендэктомия – у 7 (13,5%) и у 6 (25%), сальпингоэктомия – у 3 (5,8%) и у 1 (4,2%), КС – у 6 (11,6%) и у 4 (16,7%), РДВ – у 2 (3,8%) и у 5 (20,8%), КЦ – у 2 (3,8%) и у 4 (16,7%), ДЭК – у 5 (9,6%) и у 2 (8,4%) пациенток соответственно. Также у пациенток I группы были выполнены: холецистэктомия – 2 (3,8%) пациентки, пластика маточных труб – 2 (3,8%) пациентки, аспирационная биопсия эндометрия – 3 (5,7%) пациентки и по 1 (1,9%) пациентке, которым выполнялись консервативная миомэктомия и лечение эктопии шейки матки. По 1 (4,2%) пациентки II группы имели в анамнезе цистэктомию и диагностическую лапароскопию.

Наиболее значимые формулировки диагноза направившего учреждения представлены на рисунке 1, а клинического диагноза – на рисунке 2. Совпадение диагноза направившего учреждения и клинического диагноза наблюдалось в 56,9 % случаев.

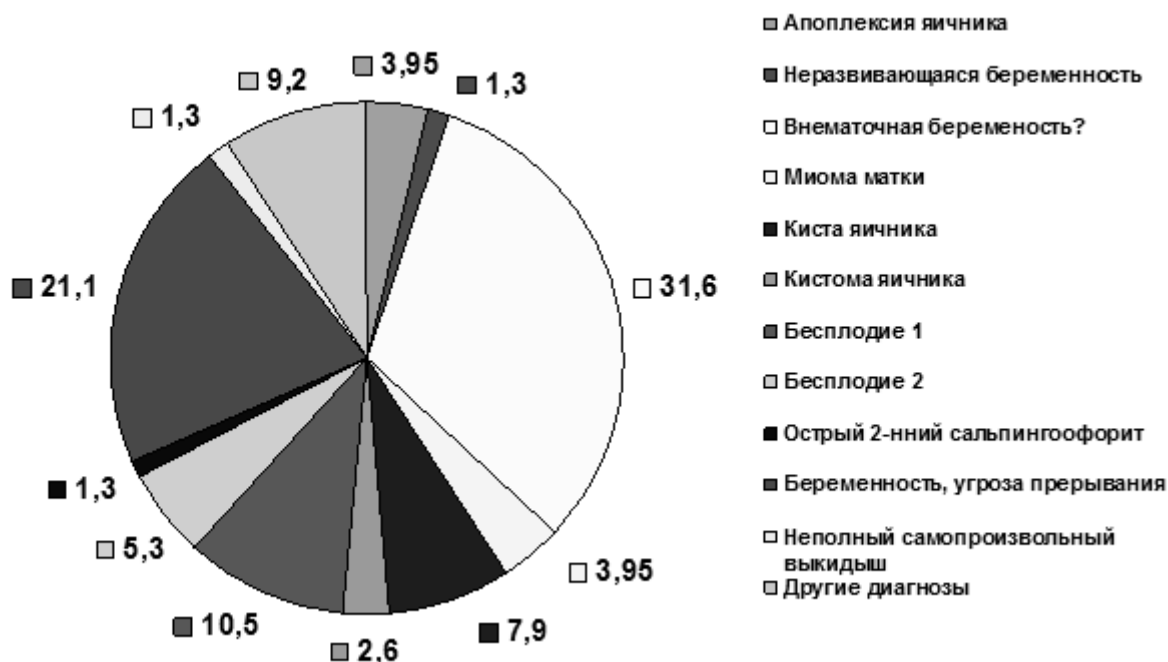


Рисунок 1. Распределение по диагнозу направившего учреждения, в процентах

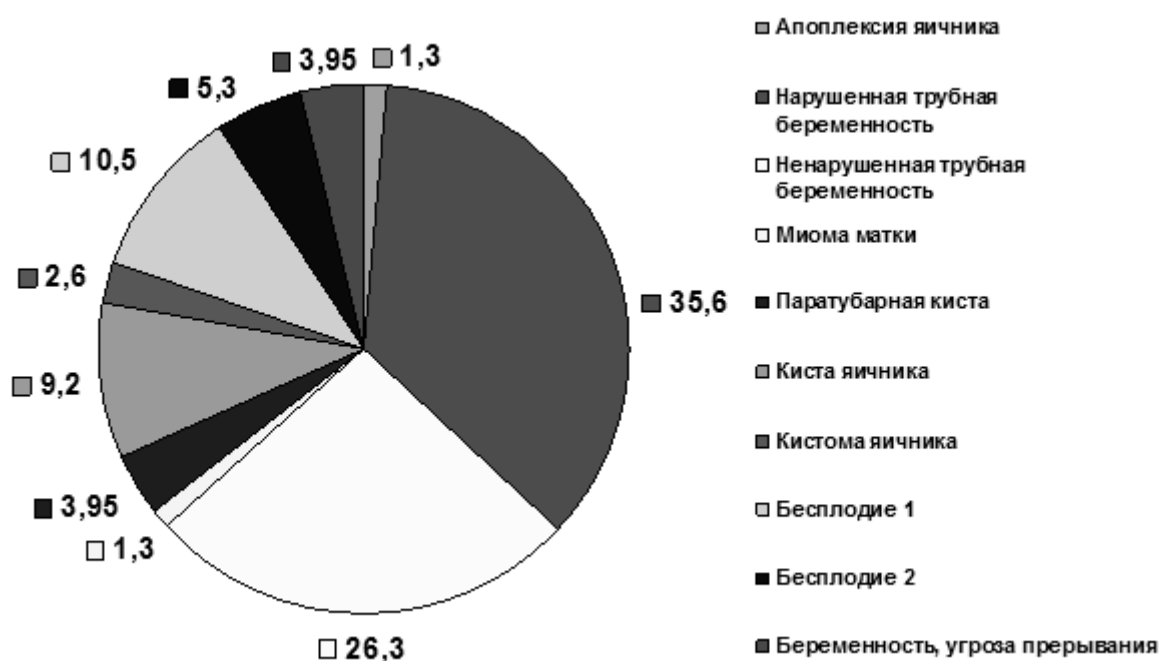


Рисунок 2. Распределение по клиническому диагнозу, в процентах

Были выполнены следующие оперативные вмешательства у пациенток I и II групп соответственно: сальпингэктомия - у 27 (51,9%) и 17 (70,8%) пациенток, фимбриопластика - у 2 (3,8%) и 1 (4,2%) пациенток, удаление плодного яйца - у 8 (15,4%) пациенток I группы, сальпингостомия - у 2 (3,8%) пациенток I группы, сальпингоовариолизис и адгезиолизис - у 15 (28,8%) и 5 (20,8%) пациенток, цистэктомия - у 5 (9,6%) и 4 (16,7%) пациенток, миомэктомия - у 2 (3,8%) и 4 (16,7%) пациенток, ХСС - у 2 (3,8%) пациенток I группы, диагностическая ЛС - у 5 (9,6%) и 3 (12,5%) пациенток соответственно, аднексэктомия - по 1 пациентке в обеих группах (1,9% и 4,2% соответственно), каутеризация яичников и удаление

паратубарной кисты - у 5 (9,6%) и 4 (7,7%) пациенток I группы соответственно. Также у 1 (4,2%) пациентки II группы при выполнении лапароскопии по поводу множественной миомы матки возникла необходимость лапаротомного доступа для последующей экстирпации матки в связи с выраженным спаечным процессом. Показаниями к оперативному вмешательству явились у пациенток I и II групп соответственно: ненарушенная внутриматочная – у 14 (26,9%) и у 4 (16,7%) пациенток и нарушенная внутриматочная беременность – у 18 (34,6%) и у 9 (37,5%) пациенток, в том числе с внутрибрюшным кровотечением - у 4 (7,7%) пациенток I группы; кистозные образования яичников - у 9 (17,3%) и у 7 (29,2%) пациенток, бесплодие I - у 11 (21,1%) и у 3 (12,5%) пациенток и бесплодие II - у 3 (5,7%) и у 4 (16,7%) пациенток, хронический сальпингоофорит - у 20 (38,5%) и у 8 (33,3%) пациенток с образованием гидросальпинксов - у 2 (3,8%) и у 5 (20,8%) пациенток.

Выводы. У пациенток позднего репродуктивного периода преимущественно чаще хронический воспалительный процесс сопровождается образованием гидросальпинксов, что требует радикальных методов лечения. Также у данной группы пациенток среди показаний к оперативному вмешательству кистозные образования яичников наблюдаются значительно чаще, чем в раннем репродуктивном периоде, что связано, вероятно, с увеличением доли перенесенных гинекологических заболеваний и, соответственно, требует более щадящих методов лечения и по возможности сохранения репродуктивного потенциала у пациенток данной возрастной группы. Внематочная беременность преимущественно регистрируется у пациенток раннего репродуктивного периода, что требует выполнения органосохраняющих оперативных вмешательств. Правильная тактика ведения пациенток в зависимости от возрастной категории позволит сохранить репродуктивный потенциал женского населения.

Список литературы:

1. Гинекология. Национальное руководство. Краткое издание / под редакцией акад. РАМН Г.М. Савельевой, акад. РАМН Г.Т. Сухих, проф. И.Б. Манухина. - Москва, «ГОЭТАР-Медиа», 2013. - с. 100.
2. Гинекология. Четвертое издание / под редакцией академика РАМН, профессора Г.М. Савельевой, профессора В.Г. Бреусенко. - Москва, «ГОЭТАР-Медиа», 2012. - с. 329.
3. Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний / под редакцией академика РАМН, д.м.н., профессора Г.Т. Сухих, академика РАМН, д.м.н., профессора Л.В. Адамян. - Москва, «МЕДИ Экспо», 2010. - с. 126, 144, 145.
4. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению: руководство / под ред. Г.Т.Сухих, Т.А.Назаренко. 2-е изд. испр. и доп. - Москва, «ГЭОТАР-Медиа», 2010. - с. 784.

ФИЗИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА СТАЛИ И ТИТАНА, КАК МАТЕРИАЛОВ КОСТНЫХ ФИКСАТОРОВ

Кодь Ричард Тадеушевич

*студент, БГМУ,
Беларусь, г. Минск*

Горбокоть Евгений Юрьевич

*студент, БГМУ,
Беларусь, г. Минск*

Алиновская Яна Александровна

*студент, БГМУ,
Беларусь, г. Минск*

Введение

Материалом выбора для внутренней фиксации на сегодняшний день остается металл, который обеспечивает высокую жесткость и прочность, достаточную пластичность и обычно хорошо переносится биологически.

Металлические имплантаты производят из нержавеющей стали (НС), технически чистого титана (Ti) или сплавов титана. В последнее время в особых случаях стали применять титан-молибден. Также используют керамику, полимеры, углеродные композиты и биodeградируемые материалы, хотя их применение ограничено в основном специальными показаниями [1].

Материалы имплантатов для внутренней фиксации должны отвечать базовым требованиям, наиболее важными из которых являются надежное функционирование и минимальные побочные эффекты; к следующим по значимости относится легкость в обращении.

Свойства материала

1) Жесткость

Жесткость - это способность материала противодействовать деформации, она измеряется как соотношение приложенной силы и возникающей эластической деформации. Присущая материалу жесткость определяется как модуль его эластичности. Жесткость имплантата зависит от модуля эластичности материала, а также от формы и размеров самого имплантата. Например, модуль эластичности Ti равен примерно половине модуля эластичности (НС); следовательно, при сходных нагрузках Ti будет деформироваться в два раза сильнее, чем сталь (рис. 1). Размеры имплантата влияют на жесткость, поэтому увеличение толщины стандартной пластины из Ti на несколько десятых миллиметра увеличит ее жесткость на сгибание. [2]

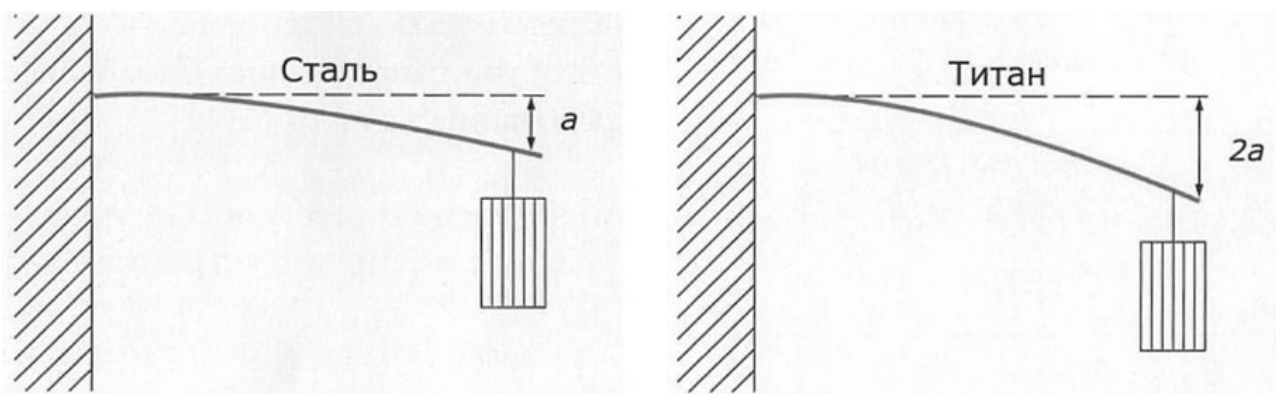


Рисунок 1. Деформация титана и стали под одинаковой нагрузкой

2) Прочность

Прочность - это способность материала противостоять нагрузкам, не подвергаясь деформации. Прочность определяет величину нагрузки, которую может выдержать имплантат. Прежде чем произойдет разрыв, металл может необратимо деформироваться (т.н. пластическая деформация), поэтому размеры имплантата часто более важны, чем прочность материала. Прочность Ti примерно на 10% меньше, чем прочность стали (таб. 1), но увеличение толщины имплантата будет компенсировать различия в прочности материала. Прочность определяет предел нагрузки (силы на единицу площади), которая приводит к деформации. [3]

Для внутренней фиксации критическое значение имеет устойчивость имплантата к повторяющимся нагрузкам, которые могут приводить к усталостным повреждениям. По сравнению со сталью Ti несколько менее устойчив к однократным нагрузкам, но лучше переносит действие циклических повторяемых нагрузок [4].

Таблица 1.

Прочность материалов, применяемых для производства винтов

	Международный стандарт	Максимальная сила натяжения (МСН), МПа	Относительное удлинение, %
Нержавеющая сталь (холоднообработанная)	ISO 5832-1	960	15
Нелегированный (технически чистый) титан с Ti степени 4B (холоднообработанный)	ISO 5832-2	860	18
Ti-6Al-7Nb	ISO 5832-11	106	15

3) Пластичность

Пластичность материала - это степень пластической деформации, которую он выдерживает до возникновения разрыва. Пластичность материала определяет степень, до которой имплантат, например, пластина, может быть контурирован. Как правило, материалы с высокой прочностью, такие как сплавы титана или чистый холоднообработанный Ti, имеют меньшую пластичность, чем сталь. Пластичность дает некоторое время выдерживать деформацию (обеспечивает предупреждение), например, при введении винта. [5]

4) Устойчивость к коррозии

Коррозия - это электрохимический процесс, который приводит к деструкции металла вследствие высвобождения его ионов. Коррозия различна у имплантатов, состоящих из одного компонента, и у имплантатов, представляющих собой систему из нескольких компонентов. Нержавеющая сталь и Ti в виде одного элемента (напр. только пластина или только винт, а не их сочетание) при тестировании демонстрируют высокую устойчивость к коррозии даже в агрессивной среде жидкостей организма человека. Это объясняется формированием защитного пассивирующего слоя на их поверхности. Титан и титановые сплавы обладают очень высокой химической инертностью. На них образуется оксидный пассивирующий слой, который значительно устойчивее к коррозии и термодинамически стабильнее, чем слой оксида хрома на нержавеющей стали. Титановый пассивирующий слой формируется очень быстро и является электрически изолирующим, поэтому имплантат практически не подвергается коррозии. [6]

5) Структура поверхности

При установке имплантата в организм, адсорбция протеинов и адгезия клеток происходят в течение нескольких минут, после чего наблюдается либо адгезия мягких тканей, либо адгезия матрикса вплоть до минерализации [7]. В случае отсутствия адсорбции

протеинов и адгезии клеток при наличии микроподвижности происходит формирование фиброзной капсулы.

Исследования на кроликах *in vivo* показали, что простая модификация поверхности стальной фиксирующей пластины, создание шероховатости, индуцирует большее образование кости в направлении поверхности имплантата без формирования фиброзной ткани между ними. Эти результаты подтверждают гипотезу о том, что на поверхности имплантатов, имеющих выступающие неровности, костная интеграция увеличивается.

Подвижность между мягкими тканями и поверхностью имплантированной пластины может вызывать формирование фиброзной капсулы, окружающей заполненное жидкостью пространство на поверхности раздела. Данное пространство не васкуляризовано, что предрасполагает к развитию инфекции из-за отсутствия мобильных механизмов клеточной защиты.

Согласно клиническим наблюдениям формирование фиброзной капсулы более выражено при использовании стандартных пластин из нержавеющей стали, чем из Ti.

б) Совместимость с магнитно-резонансной томографией (МРТ)

Одобрённые АО имплантаты из cpTi являются полностью амагнитными, и выполнение магнитно-резонансной томографии (МРТ) у пациентов с такими имплантатами не представляет никаких сложностей [8]. Эти имплантаты вызывают меньше артефактов по сравнению с имплантатами из нержавеющей стали, в том числе тали с низким содержанием никеля. Одобрённые АО имплантаты из нержавеющей стали марки 316L классифицируются как парамагнитные или неферромагнитные. У пациентов с такими имплантатами выполнение МРТ безопасно [8].

Термином «МРТ-безопасный» обозначают оборудование, которое может быть использовано внутри или около МР-сканнера без риска для пациентов, но с возможным влиянием на качество изображения.

Термином «МРТ-совместимый» обозначают оборудование, которое и безопасно, и не влияет на диагностическую информацию. Внешние фиксирующие устройства могут содержать магнитные детали и противопоказаны для МРТ.

Список литературы:

1. Perren SM, Gasser B (2000) Materials in Bone Surgery. *Injury*; 31(Suppl 4).
2. Tonino AJ, Davidson CL, Klopper PJ, et al (1976) Protection from stress in bone and its effects. Experiments with stainless steel and plastic plates in dogs. *J Bone Joint Surg Br*; 58(1):107-113.
3. Gautier E, Cordey J, Mathys R, et al (1984) Porosity and Remodelling of Plated Bone after Internal Fixation: Result of Stress Shielding or Vascular Damage. Ducheyne P, Van der Perre G, Aubert AE (eds), *Biomaterials and Biomechanics*. 1st ed. Amsterdam New York: Elsevier Science Publisher, 195-200.
4. Perren SM, Pohler O, Schneider E (2001) Titanium as Implant Material for Osteosynthesis Applications. Brunette DM, Tengvall P, Textor M, et al (eds), *Titanium in Medicine*. 1st ed. Berlin Heidelberg New York: Springer-Verlag.
5. Haas N, Hauke C, Schutz M, et al (2001) Treatment of diaphyseal fractures of the forearm using the Point Contact Fixator (PC-Fix): results of 387 fractures of a prospective multicentric study (PC-Fix II).
 1. *Injury*; 32(Suppl 2):51-62.
6. Case CP, Langkamer VG, James C, et al (1994) Widespread dissemination of metal debris from implants. *J Bone and Joint Surg Br*; 76(5):701-712.
7. Davies JE (1998) Mechanisms of endosseous integration. *Int J Prosthodont*; 11(5):391-401.
8. Eschbach L (2003) 10 frequently asked questions about Magnetic Resonance Imaging in patients with metal implants. AO ASIF Materials Expert Group. Diibendorf: AO International/AO Publishing.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Круглова Татьяна Викторовна

*студент, Белорусский государственный медицинский университет,
Беларусь, Минск*

Майборода Алина Андреевна

*студент, Белорусский государственный медицинский университет,
Беларусь, Минск*

Лузикова Яна Сергеевна

*студент, Белорусский государственный медицинский университет,
Беларусь, Минск*

Енко Борис Олегович

*студент, Белорусский государственный медицинский университет,
Беларусь, Минск*

Метько Елизавета Евгеньевна

*студент, Белорусский государственный медицинский университет,
Беларусь, Минск*

Бондаревич Анна Владимировна

*студент, Белорусский государственный медицинский университет,
Беларусь, Минск*

Данкевич Ольга Александровна

*студент, Белорусский государственный медицинский университет,
Беларусь, Минск*

Алкоголизм – хроническое психическое прогрессирующее заболевание, являющееся разновидность токсикомании, характеризуется пристрастием к этиловому спирту с психической и физической зависимостью от него.

Синдром алкогольной зависимости включает в себя:

- сильную тягу к алкоголю;
- регулярное употребление спиртного;
- нарастающую резистентности к ранее употребляемым дозам и, как следствие, их повышение;
- абстинентный синдром.

Лечение синдрома зависимости от алкоголя включает в себя подавление влечения и стабилизацию состояния трезвости. Достигаются поставленные цели путём психотерапии и медикаментозного лечения. Как правило, терапия проводится в течение 6 месяцев. В психотерапевтическом лечении алкоголизма используются поведенческая терапия (помогает пациенту побороть свои поведенческие недостатки и выработать полезные навыки поведения), когнитивно-бихевиоральная терапия, психодинамическая терапия, гештальт-терапия, аутогенная тренировка и прогрессивная мышечная релаксация, гипносуггестивные методы, телесно-ориентированная терапия, а также их сочетание, в том числе, в групповой форме. Основными направлениями при проведении индивидуальной психотерапии являются сдерживание агрессии, психическая релаксация, методы управления стрессом. Основная задача психотерапии – помочь осознать пациенту проблему алкоголизма и его участие в ней. Одним из важных компонентов лечения является посещение групп самопомощи, например, общества «Анонимные алкоголики». Основу программы этого общества составляют так

называемые «Двенадцать шагов» (программа духовного переориентирования для зависимых от алкоголя). На ранней стадии выздоровления пациентам рекомендуется избегать не только неприятных ситуаций, учиться справляться с негативными эмоциями, но и резких жизненных перемен.

Препараты для лечения алкоголизма бывают снижающие влечение к алкоголю и те, после которых возникает отвращение к алкоголю.

Налтрексон – препарат, уменьшающий тягу к этиловому спирту за счёт снижения выраженности эйфории при алкогольном опьянении. Препарат назначается в инъекционной форме длительного действия для внутримышечного введения. Длительность лечения - не менее 6 месяцев. При хорошем эффекте налтрексона лечение рекомендуется продолжать неопределенно долго. Основными противопоказаниями к приему налтрексона являются острый гепатит и хронические гепатиты с повышением уровня АЛТ или АСТ более чем в 3 раза, приём опиоидов, беременность и детский возраст.

Дисульфирам – препарат, вызывающий аверсивный эффект на приём алкоголя (в том числе слабоалкогольных напитков), но он не снижает влечения к алкоголю. Аверсивный эффект проявляется слабостью, недомоганием, чувством жара, головной болью, одышкой, тошнотой, рвотой, потливостью, болью в груди, сердцебиением, артериальной гипотонией, обмороком, головокружением, спутанностью сознания и нечеткостью зрения, возможно развитие острой сердечной недостаточности, судорог, комы, остановки дыхания. Средняя суточная доза - 0,5 г. Перед первым приёмом дисульфирама должно пройти не менее 12 ч с момента последнего «глотка» алкоголя. Во время лечения дисульфирамом нельзя употреблять внутрь и наружно любые вещества, которые содержат этиловый спирт (в том числе кефир, безалкогольное пиво, соусы, уксус, духи, дезодоранты). При развитии вышеуказанной реакции непереносимости необходимо введение 1 г аскорбиновой кислоты внутривенно для остановки реакции превращения этанола в ацетальдегид, что способствует выведению неизмененного этанола; антигистаминные лекарственные средства (дифенгидрамин 25-50 мг) внутривенно, с детоксикационной целью – унитиол. Дисульфирам изменяет метаболизм многих лекарственных средств. Противопоказаниями являются: полинейропатия, цирроз печени, психические расстройства, беременность и кормление грудью, суицидальные наклонности, депрессия, детям до 18 лет. Таблетки на основе дисульфирама - Тетурам, Эспераль, Лидевин. Препарат «Лидевин» помимо дисульфирама содержит еще витамины группы В. Препараты для подкожной имплантации (таблетки и гель «Эспераль», инъекции «Торпедо», таблетки или суспензия «Тетлонг-250»).

Цианамид – вещество, так же обладающее аверсивным эффектом. На его основе препарат «Колме». Цианамид действует на организм мягче за счёт более позднего и плавного наступления эффекта. Само вещество не вызывает побочных эффектов.

Вышеуказанные препараты категорически запрещается принимать без ведома пациента, так как это может привести к непоправимым последствиям!

Эффект снижения влечения к алкоголю замечен и за *противосудорожными* препаратами (карбамазепин, топирамат, габапентин, прегабалин), *селективные ингибиторы обратного захвата серотонина* (сертралин, пароксетин, эсциталопрам и др). Так же возможно дополнительное использование таких препаратов, как:

1) *Пропротен-100* - модифицирует активность мозгоспецифического белка S-100, обеспечивающего сопряжение функциональных и метаболических процессов мозга, нормализует деятельность ЦНС, уравнивает эмоциональную сферу, уменьшает психопатологические и соматовегетативные симптомы алкогольного абстинентного синдрома.

2) *Метадоксил* – гепатопротектор, обеспечивающий повышение устойчивости гепатоцитов к действию перекисного окисления липидов, активация ферментов печени, участвующих в метаболизме этанола, как следствие быстрое выведение этанола и ацетальдегида из организма, замедление процесса формирования цирроза печени, снижение психических и соматических проявлений, уменьшает время купирования абстинентного

синдрома, улучшение функции мышления и короткой памяти, препятствие возникновению двигательного возбуждения, неспецифическое антидепрессивное и анксиолитическое действие, снижает влечение к алкоголю.

Безусловно в настоящее время медикаментозная терапия занимает лидирующее место в лечении соматических заболеваний, однако в психиатрической практике предпочтение стоит отдать психотерапии. Важно помнить, что лечение алкоголизма не приведёт к успеху без приверженности пациента, поэтому большую часть времени в работе нарколога с пациентом надо отдать на различные методы психотерапии, психологическое консультирование членов его семьи. Не смотря на возникновение вследствие продолжительного алкогольного стажа деградации личности, потери логических связей, жизненных, общечеловеческих ценностей, насильственных действий над пациентом, пусть и во благо, совершать нельзя. Таким образом успех терапии стоит на «трёх китах»: психотерапия, медикаменты и согласие пациента!

Список литературы:

1. КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ оказания медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами. Приложение к приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь 31 декабря 2010 г. № 1387. // Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр психического здоровья». – 2011г.- 374 с.
2. Наркология [Текст] : нац. рук. / под ред. Н. Н. Иванца, И. П. Анохиной, М. А. Винниковой; АСМОК, Национальное наркологическое о-во. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 720 с.
3. Алкоголизм, наркомании, токсикомании [Текст] : учеб. пособие / Л. М. Барденштейн [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 64 с.

СТРУКТУРА И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДИСПЛАЗИИ ШЕЙКИ МАТКИ ПО МАТЕРИАЛАМ БИОПСИЙ

Круглова Татьяна Викторовна

*студент, Белорусский государственный медицинский университет,
Беларусь, Минск*

Майборода Алина Андреевна

*студент, Белорусский государственный медицинский университет,
Беларусь, Минск*

Лузикова Яна Сергеевна

*студент, Белорусский государственный медицинский университет,
Беларусь, Минск*

Енко Борис Олегович

*студент, Белорусский государственный медицинский университет,
Беларусь, Минск*

Метько Елизавета Евгеньевна

*студент, Белорусский государственный медицинский университет,
Беларусь, Минск*

Бондаревич Анна Владимировна

*студент, Белорусский государственный медицинский университет,
Беларусь, Минск*

Дисплазия шейки матки(ДШМ) – это пролиферация многослойного плоского эпителия с нарушением созревания клеток и появлением клеточной атипии. Чаще ДШМ встречается в возрасте 25-35 лет - 1,5 случая на 1000 женщин. Опасность дисплазии заключается в отсутствии симптомов заболевания. Женщина долгое время чувствуя себя здоровой и не подозревая о наличии болезни, а обратившись к врачу только в случае появления воспалительного процесса с неприятными выделениями, который может быть в составе других синдромов, не относящихся к дисплазии, или при появлении кровянистых выделений во время или после полового акта, может столкнуться с таким, мягко говоря, неприятным диагнозом. Появление вышеуказанной симптоматики указывает, как правило, на запущенную стадию дисплазии шейки матки. Именно для раннего распознавания дисплазии шейки матки и лечения очень важно минимум раз в год проходить классический полный осмотр у врача-гинеколога. Причины возникновения дисплазии шейки матки:

- экзогенные (ВПЧ, ВПГ и др.);
- эндогенные (хроническое воспаление органов малого таза и мочеполовых органов, гормональные нарушения, иммуносупрессия и др.);
- смешанные факторы.

Исследованиями, проводимыми ранее было доказано, что в 50-80% образцов умеренной и тяжелой дисплазии эпителия шейки матки обнаружен ВПЧ высокой степени онкогенного риска (преимущественно 16 и 18 типов).

Однако до развития дисплазии в большинстве случаев имеются, так называемые, доброкачественные фоновые заболевания. К их числу относят дисгормональные, посттравматические и воспалительные процессы. Гормональные нарушения включают в себя эктопию цилиндрического эпителия (эндоцервикоз, псевдоэрозия - смещение эпителия цервикального канала на влагалищную часть шейки матки), доброкачественные полипоподобные разрастания, эндометриоз (разрастание клеток эндометрия вне своего

нормального положения, папилломы). К травматическим повреждениям и их последствиям относят разрывы шейки матки, эктропион - выворот слизистой канала шейки матки в полость влагалища, рубцовые изменения шейки матки, шеечно-влагалищные свищи. К воспалительным же относятся истинная эрозия (дефект слизистой оболочки, выстилающей влагалищную часть шейки матки) и цервицит (непосредственно воспаление шеечного канала).

Различают 3 степени дисплазий:

- CIN I(лёгкая) - изменённые клетки занимают нижнюю треть эпителиального пласта;
- CIN II(умеренная) – изменения захватывают 2/3 эпителиальной выстилки;
- CIN III(тяжёлая) – изменения эпителия занимают более 2/3 пласта либо распространяются на всю его толщу, но не проникают за базальную мембран (рак in situ).

Микроскопически CIN характеризуется усилением пролиферации и нарушением дифференцировки многослойного плоского эпителия, появлением клеточной атипии, которая проявляется повышением ядерно-цитоплазматического отношения, гиперхромностью и полиморфизмом ядер с неравномерным распределением хроматина, могут наблюдаться патологические митозы. Пролиферация начинается в базальном и парабазальном слоях с появления незрелых клеток, которые проникают в поверхностные слои. Нарушение созревания характеризуется потерей полярности и дезорганизацией клеток. Цитопатический эффект папилломавируса на многослойный плоский эпителий проявляется крупными, гиперхромными ядрами с утолщённой ядерной мембраной и широким ободком просветлённой цитоплазмы вокруг ядра. Такие клетки называются койлоцитами.

Целью проведенного исследования являлось изучение частоты и морфологических проявлений ДШМ.

Материалами для работы послужили биопсийные карты и гистологические препараты шейки матки женщин, которым была сделана операция по поводу дисплазии. Всего просмотрено 204 случая в отделении онкоморфологии ГПАБ г.Минска за 2011-2015 гг. Возраст женщин был от 22 лет до 81 года. Средний возраст - 43 года.

Результаты исследования получились следующими: наибольшее количество пациенток относится к группе 31-35 лет - 38(18,6%) случаев. У 56(27,5%) женщин ДШМ протекала на фоне вирусной инфекции. Все исследования были разделены на следующие группы: CIN I - 7(3,4%) заключений; CIN II - 22(10,8%);CIN II-III - 57(27,9%);CIN III отмечена нами в 118(57,9%) случаях.



Рисунок 1. Распределение случаев CIN в зависимости от стадии

Средний возраст женщин с CIN III составил 45 лет. Согласно исследованию CIN III(57,9%), которая в настоящее время расценивается как рак на месте, преобладает во всех возрастных группах

Данная работа в который раз указывает на важность профилактических осмотров у гинекологов тем фактом, что пик обнаружения ДШМ приходится на молодой детородный

возраст(31-35 лет), а так же то, что, к сожалению, обнаружение данной патологии происходит уже на третьей стадии заболевания.

В заключение нужно отметить, что каждая женщина в любом возрасте должна регулярно 1-2 раза в год посещать гинеколога, дабы обойти стороной серьезные проблемы со здоровьем. Ждать проявления симптомов не следует. Согласно медицинской статистике 8–10% женщин с гинекологическими заболеваниями разной степени тяжести, в том числе онкологическими, выявляются именно на профилактических осмотрах, хотя пациентки ни на что не жалуются и утверждают, что чувствуют себя совершенно здоровыми, поэтому очень важны их своевременная диагностика и дальнейшее лечение.

Список литературы:

1. Патологическая анатомия: учебник/ М.К.Недзьведь, Е.Д.Черствый.- Минск: Высшая школа, 2015.- 678с.
2. Основные вопросы онкогинекологии.// Е.Ф. Кира, С.П. Синчихин, Л.В. Степанян, О.Б. Мамиев.- Москва: «ГЭОТАР – Медиа», 2018.- 288с.
3. Практическая кольпоскопия. Библиотека врача-специалиста.// Роговская С.И. - Москва: «ГЭОТАР – Медиа», 2018.- 256с.

АПЛАСТИЧЕСКАЯ АНЕМИЯ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Лузикова Яна Сергеевна

*студент, Белорусский государственный медицинский университет,
Беларусь, г. Минск*

Енко Борис Олегович

*студент, Белорусский государственный медицинский университет,
Беларусь, г. Минск*

Майборода Алина Андреевна

*студент, Белорусский государственный медицинский университет,
Беларусь, г. Минск*

Круглова Татьяна Викторовна

*студент, Белорусский государственный медицинский университет,
Беларусь, г. Минск*

Метько Елизавета Евгеньевна

*студент, Белорусский государственный медицинский университет,
Беларусь, г. Минск*

Бондаревич Анна Владимировна

*студент, Белорусский государственный медицинский университет,
Беларусь, г. Минск*

Данкевич Ольга Александровна

*студент, Белорусский государственный медицинский университет,
Беларусь, г. Минск*

Апластическая анемия (АА) является опасным для жизни заболеванием, течение которого осложняется во время беременности. Данная патология проявляется панцитопенией в результате угнетения всех трех ростков костного мозга. Заболеваемость составляет от одного до двух случаев на миллион в год. Беременность в сочетании с АА является редким, но тяжелым заболеванием, которое связано со значительной фетальной, неонатальной и материнской заболеваемостью и смертностью. Наблюдается задержка роста плода, а неонатальный сепсис чаще встречается среди младенцев, рожденных у матерей с АА. Осложнения встречаются с частотой от 12% до 33%. Кроме того, при наличии тромбоцитопении, геморрагические осложнения в перинатальном периоде, требующие переливания крови, встречаются с частотой до 75%.

АА у взрослого человека может быть идиопатической (более 80% случаев), индуцированной лекарственными средствами, инфекциями (особенно гепатитом). Прямое повреждение может быть вызвано лучевой терапией и цитотоксическими агентами, тогда как косвенное повреждение связано с иммунологическими путями, которые отвечают за идиопатические случаи. Аутореактивные Т-лимфоциты продуцируют провоспалительные цитокины, включая $TNF\alpha$ и $IFN\gamma$. Оба цитокина индуцируют апоптоз, уменьшая образование колоний гемопоэтических клеток-предшественников. Помимо аномального клеточного иммунитета, в патогенез АА вовлечены другие факторы: имеются данные о врожденном угнетении НК-клеток и мутациях в генах теломеразного комплекса, что приводит к снижению пролиферации и устойчивости гемопоэтических клеток-предшественников.

Кровопотеря и сепсис являются основными причинами смерти у беременных женщин с АА. Беременность осложняет течение АА, сообщается о снижении количества тромбоцитов

почти у всех женщин с АА, предшествующей беременности. Факторы, ответственные за наблюдаемую тромбоцитопению у беременных пациенток с АА, еще предстоит окончательно выяснить.

Принципы лечения АА во время беременности включают выявление возможной причины и лечение цитопении при одновременной минимизации побочных эффектов терапии для матери и плода. Прерывание беременности показано при тяжелой панцитопении, учитывая высокую вероятность угрожающих жизни осложнений. В недавнем исследовании из 61 женщины с АА у пациенток с более тяжелой тромбоцитопенией частота осложнений (преэклампсия / эклампсия, преждевременные роды, задержка внутриутробного роста и смерть плода и новорожденного) была выше в шесть раз; было выявлено одиннадцатикратное увеличение риска сепсиса, трансплантации костного мозга и трансфузионной зависимости после родов,

Наиболее распространенными осложнениями АА при беременности, в дополнение к послеродовому кровотечению, являются преждевременное излитие околоплодных вод, эндометрит, субхорионическая гематома и отслойка плаценты.

Для лечения АА применяется трансплантация гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК) и использование иммунодепрессантов. Не смотря на то, что ТГСК связана с высокими 5-летними показателями выживаемости, она противопоказана при беременности в связи с тератогенностью в результате приема иммунодепрессантов.

Оптимальное лечение АА зависит от многих факторов, включая возраст пациентки, количество нейтрофилов и наличие сопутствующих заболеваний. Для лечения АА используются специфические колониестимулирующие факторы, антитимоцитарный глобулин (АТГ), циклоспорин и метилпреднизолон. АТГ - относительно безопасный препарат, побочные эффекты которого в основном связаны с аллергическими реакциями, тошнотой, рвотой и диареей. Нет сообщений о побочных эффектах для плода, связанных с АТГ, недостаточная масса тела при рождении может быть результатом сопутствующих заболеваний, а не токсичности препарата.

При использовании кортикостероидов, предпочтение отдается тем, которые не проходят через плацентарный барьер, а именно преднизолон и гидрокортизон. Все кортикостероиды могут увеличить риск толерантности к глюкозе, гестационного сахарного диабета, что ограничивает их выбор. Наконец, циклоспорин, иммунодепрессант, рекомендуемый для лечения АА, связан с преждевременными родами и недостаточной массой тела при рождении, хотя представляет сложность разобраться, связано ли это с лекарственным средством или состоянием матери. Было показано, что использование колониестимулирующих факторов являются безопасной и эффективной терапией и может быть рекомендовано при значительной нейтропении.

Переливание препаратов крови является основой симптоматического лечения АА, связанной с беременностью, однако это может привести к осложнениям, включая гемохроматоз и (в большинстве случаев) аллоиммунизации HLA. Аутоантитела против тромбоцитов человека вызывают рефрактерность трансфузий тромбоцитарной массы.

Следует подойти к вопросу о способе родоразрешения весьма ответственно. Родоразрешение через естественные пути предпочтительно, так как даже при значительной тромбоцитопении гемостаз может быть достигнут при соответствующем сокращении матки после родов. Количество тромбоцитов $> 20 \times 10^9$ /л считается приемлемым для естественных родов и $> 50 \times 10^9$ /л для кесарева сечения. Инфекционные осложнения представляет собой опасную проблему у пациентов с АА, особенно при наличии нейтропении. Необходимо соблюдать меры предосторожности при выполнении таких процедур, как венозный доступ, интубация трахеи и т.д. Назначение антибиотиков перед операцией кесарева сечения также обязательно.

Таким образом, апластическая анемия представляет собой тяжелое заболевание, требующее комплексного подхода, основанного на работе многопрофильной команды, включающей специалистов акушерского, гематологического, анестезиологического и

неонатального профиля, для разработки плана ведения беременности, родов, лечения заболевания и прогнозирования осложнений в перинатальном периоде.

Список литературы:

1. Riveros-Perez E, Hermesch AC, Barbour LA, Hawkins JL. Aplastic anemia during pregnancy: a review of obstetric and anesthetic considerations // International journal of women's health. – 2018. - № 10. – С.117-125.
2. Killick SB, Bown N, Cavenagh J, et al. Guidelines for the diagnosis and management of adult aplastic anaemia // British Journal of Haematology. – 2016. - № 172(2). – С.187-207.
3. Deka D, Malhotra N, Sinha A, Banerjee N, Kashyap R, Roy KK. Pregnancy associated aplastic anemia: maternal and fetal outcome // Journal of Obstetrics and Gynaecology Research. – 2003. - № 29(2). – С.67-72.

ОСОБЕННОСТИ РЕСПИРАТОРНОЙ ПОДДЕРЖКИ У НОВОРОЖДЁННЫХ ДЕТЕЙ С ДЫХАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Мательский Никита Александрович

*студент, Белорусский государственный медицинский университет,
Белоруссия, г. Минск*

Саутин Олег Николаевич

*студент, Белорусский государственный медицинский университет,
Белоруссия, г. Минск*

Гусаковский Дмитрий Владимирович

*студент, Белорусский государственный медицинский университет,
Белоруссия, г. Минск*

Клемятич Евгений Юрьевич

*студент, Белорусский государственный медицинский университет,
Белоруссия, г. Минск*

Актуальность. Необходимость в проведении респираторной поддержки новорождённым, особенно недоношенным с экстремально низкой массой тела (далее ЭНМТ), несомненно требует от врача определённых навыков. Это обусловлено тем, что зачастую у таких детей присутствует сопутствующая патология, например наличие бронхолегочной дисплазии (далее БЛД) или респираторного – дистресс синдрома новорожденных (далее РДСН). БЛД – хроническое заболевание легких, развивающееся преимущественно у недоношенных детей в периоде новорожденности, после острого эпизода дыхательных расстройств, при длительном использовании в их лечении высоких концентраций кислорода и проведении длительной искусственной вентиляции легких (ИВЛ) [1,2]. Средние затраты при первичной госпитализации на медикаментозную терапию в США составляют 26871 доллар, в Турции — 4345 долларов, в РФ - 2131 доллар. Стоимость медицинской помощи одному такому ребенку в США достигает 170000 долларов в год и более. Частота развития БЛД составляет 30% новорожденных детей, нуждающихся в ИВЛ. Смертность у детей от данной патологии на первом году жизни составляет 11% [3,4].

Неинвазивная искусственная вентиляция легких (далее НИВЛ) является вариантом респираторной поддержки без эндотрахеального доступа (через носовые или лицевые маски, шлемы), используется в обеспечении респираторной поддержки у пациентов с острой и хронической дыхательной недостаточностью. Известно, что НИВЛ позволяет избежать осложнений, связанных с ларингоскопией и интубацией трахеи, длительное пребывание интубационной трубки в трахеи, осложнений после экстубации, в том числе и возникновение БЛД. НИВЛ может быть использована для раннего отлучения больных от респиратора для того, чтобы сократить время отлучения пациента от инвазивной механической вентиляции. Нозокомиальная пневмония относится к частым осложнениям вентиляции легких и является важнейшим фактором, определяющим исход больного. При НИВЛ не происходит прямого контакта с трахеей (интубационная трубка, аспирационный катетер), пациент может сам экспекторировать мокроту после снятия маски. Кроме того, в отличие от ИВЛ, при НИВЛ голосовые связки сохраняют свою естественную подвижность, что снижает риск развития аспирации — ведущего фактора риска развития вентиляционной пневмонии. Одним из часто используемых режимов достижения положительного давления конца выдоха является nCPAP (неинвазивная вентиляция с постоянным положительным давлением в дыхательных путях) и nSIMV (неинвазивная вентиляция с синхронизированной перемежающейся принудительной вентиляцией), рассмотренные в данном исследовании. **Цель.** Изучение взаимосвязи параметров и режимов ИВЛ с тяжесть развивающейся БЛД у недоношенных

детей с экстремально низкой массой тела. **Материалы и методы.** Проанализировано 32 медицинские карты детей с ЭНМТ, которые находились в отделении анестезиологии и реанимации с палатами для новорожденных детей ГУ РНПЦ «Мать и дитя». Статистическая обработка данных проведена при помощи программы «StatSoft Statistica 10.0». Используются методы описательной статистики, а также критерий Манна-Уитни. В исследование вошли 32 пациента, среди них 16 (50%) мальчиков и 16 (50%) девочек. Оценка по шкале Апгар была следующей: 8 баллов – 3 случая (9,375%), 7 баллов – 1 (3,125%), 6 баллов – 9 (28,125%), 5 баллов – 8 (25%), 4 балла – 3 (9,375%), 3 балла – 6 (18,75%), 2 балла – 1 (3,125%), 1 балл – 1 (3,125%). 20 (62,5%) младенцев были рождены в результате первых родов, 9 детей (28,1%) - вторых, 3 (9,4%) пациента третьих и последующих. Путем кесарева сечения были рождены 28 детей (87,5%), через естественные родовые пути – 4 (12,5%).

В первую группу включены 22 ребенка (68,8%) с БЛД средней степени, во вторую - 10 детей (31,2%) с БЛД тяжелой степени. Дети не отличались по средним показателям гестационного возраста и массе тела при рождении.

Результаты и их обсуждение. Средняя продолжительность искусственной вентиляции легких (ИВЛ) составила 29,0 (9,0; 47,0) дней, при этом у детей с тяжелой БЛД она была достоверно длиннее ($p=0,004$) - 60,0 (47,5; 64,5) дней против 17,0 (7,0; 27,0) дней у детей с БЛД средней степени тяжести.

Далее описывается (рис. 1) длительность применяемых инвазивных режимов вентиляции.

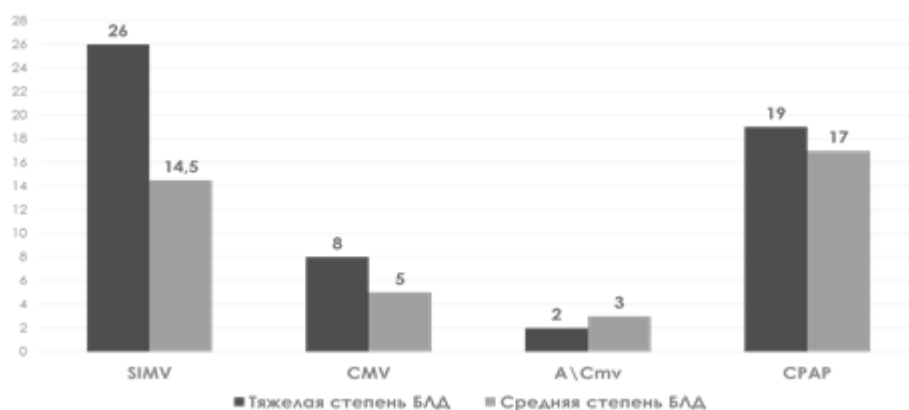


Рисунок 1. Характеристика длительности применяемых режимов и ИВЛ в группе с тяжёлой и средней степенью тяжести

Далее мы попытались проанализировать параметры ИВЛ в течение первых 7 дней с момента рождения: пиковое давление на вдохе (PIP) (рис.2), среднее давление в дыхательных путях (MAP) (рис.3), положительное давление в конце выдоха (PEEP) (рис.3), частоту дыхания (ЧД) (рис.4) и фракцию вдыхаемого кислорода (FiO_2) (рис.5).

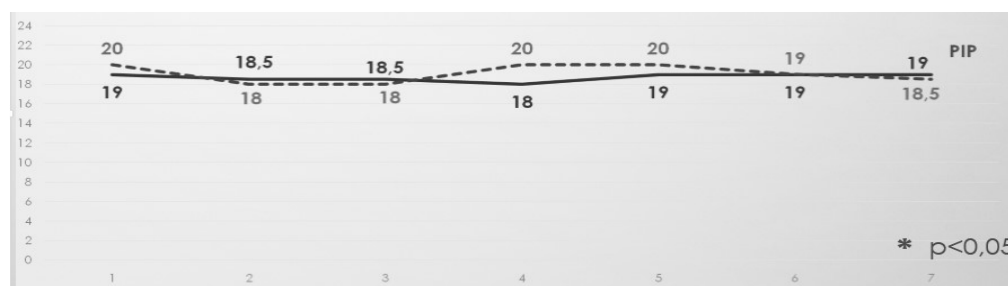


Рисунок 2. Характеристика PIP в группе с тяжёлой и средней степенью тяжести

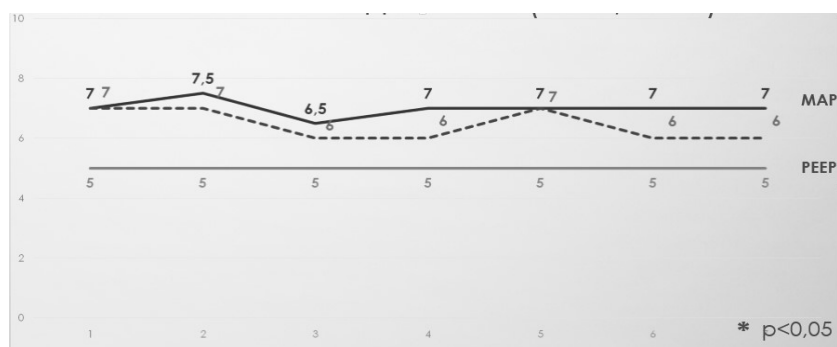


Рисунок 3. Характеристика MAP, PEEP в группе с тяжёлой и средней степенью тяжести

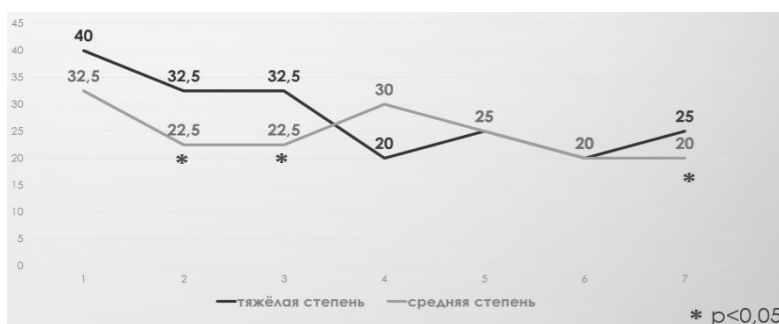


Рисунок 4. Характеристика ЧД в группах наблюдения

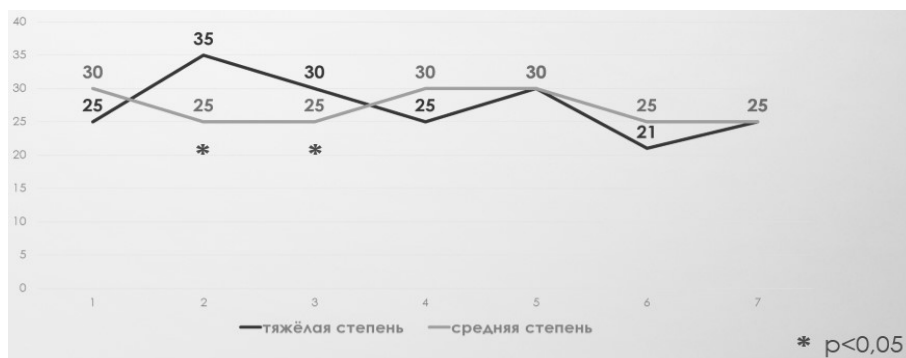


Рисунок 5. Характеристика FiO2 в группах наблюдения

Всем пациентам в проводимую терапию был включён сурфактант (Kugosurf) в различных дозировках (рис.6).

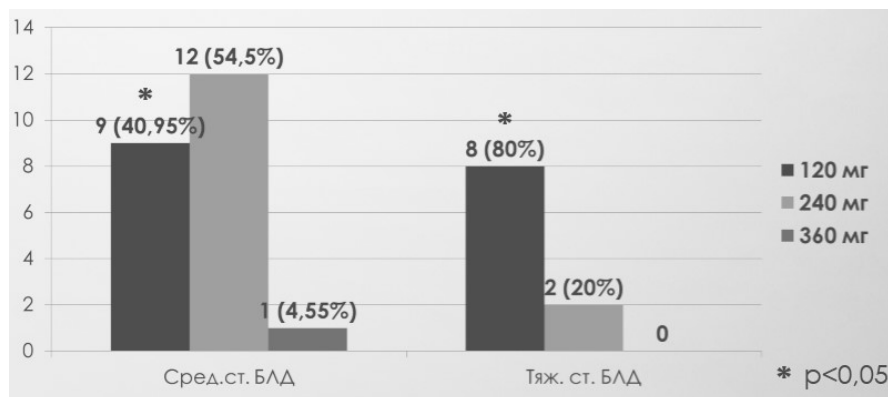


Рисунок 6. Количество вводимого сурфактанта в исследуемых группах

Как видно из данного рисунка, в группе со средней степенью БЛД терапия сурфактантом проводилась в больших дозах в сравнении со второй группой (тяжёлая степень БЛД).

Выводы. Детям с тяжелой степенью бронхолегочной дисплазии требовалась более продолжительная искусственная вентиляция легких и более длительно проявлялась кислородозависимость. Для детей с развившейся тяжелой БЛД были выявлены более высокие величины аппаратной ЧД на вторые сутки жизни (более 30), на третьи и седьмые сутки жизни (более 35). Они характеризовались повышением вдыхаемого FiO₂ на вторые сутки (более 30%). Отмечались более высокие величины среднего давления в дыхательных путях (МАР) (более 7 мм. вод. ст.) Более того, дети с тяжелой степенью БЛД получали достоверно меньшую дозировку препаратов экзогенного сурфактанта.

Список литературы:

1. Основные принципы интенсивной терапии новорожденных: Учебно-методическое пособие / Слинко С.К., Курек В.В., Кулагин А.Е., Васильцева А.П., Д.А.Фурманчук. – Мн.: БелМАПО, 2003. – 38 с.
2. Чернов Б. Фармакотерапия неотложных состояний: Справочник / Пер. с англ. Под ред. М.К.Кевры, Ю.В.Алексеевко. –М.: Медицинская литература, 1999. – 368 с.
3. Clinical anesthesia / Ed. by P.G.Barash, B.F.Cullen, R.K.Stoelting. – 2nd ed. – Philadelphia. – 1992. – P. 413–438.
4. Pediatric Anesthesia / Edited by George A. Gregory. – New York, Edin-burg, London, Madrid, Melbourne, Tokyo. – 1994. – P. 30–32.
5. Курек В.В. Руководство по неотложным состояниям у детей / В.В. Курек, А.Е. Кулагин. Второе издание – М.: Мед лит, 2012. – 624 с.: ил.
6. Курек В.В. Анестезиология и интенсивная терапия детского возраста / В.В. Курек, А.Е. Кулагин. Практическое руководство. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2009. – 992 с.: ил.
7. Синдромы в педиатрии и анестезиологическое обеспечение: Учебно-методическое пособие / В.В.Курек, А.П.Васильцева, А.Е.Кулагин,. – Мн.: Бест-принт, 1999. – 94 с.
8. Textbook of pediatric intensive care / Editor. Mark C.Rogers. –2nd ed. – Baltimore, Hong Kong, London, Munich, Philadelphia, Sydney, Tokyo. –1992.

ДЕОНТОЛОГИЧЕСКАЯ ЭТИКА В МЕДИЦИНЕ

Метько Елизавета Евгеньевна

*студент, Белорусский государственный медицинский университет,
Беларусь, г. Минск*

Бондаревич Анна Владимировна

*студент, Белорусский государственный медицинский университет,
Беларусь, г. Минск*

Данкевич Ольга Александровна

*студент, Белорусский государственный медицинский университет,
Беларусь, г. Минск*

Енко Борис Олегович

*студент, Белорусский государственный медицинский университет,
Беларусь, г. Минск*

Лузикова Яна Сергеевна

*студент, Белорусский государственный медицинский университет,
Беларусь, г. Минск*

Майборода Алина Андреевна

*студент, Белорусский государственный медицинский университет,
Беларусь, г. Минск*

Круглова Татьяна Викторовна

*студент, Белорусский государственный медицинский университет,
Беларусь, г. Минск*

Этика является важной отраслью в медицине, сопутствуя хорошей медицинской практике. Он касается моральных дилемм, возникающих из-за конфликтов в обязанностях / обязательствах и связанных с ними последствий. Они основаны на принципах автономности, благодеяния и справедливости. Большая часть современной медицинской этики касается моральных дилемм, возникающих в контексте автономии пациента и основополагающих принципов информированного согласия и конфиденциальности.

Этика касается выбора, решений, действий в интересах пациента. Этическая практика является систематическим подходом к внедрению принципов при принятии решений.

Исключения возникают в каждом из вышеназванных принципов в ходе клинической практики. Например, когда врач обязан как пациентам, так и обществу, могут возникнуть неприятные ситуации с конфиденциальностью личной информации пациента. Аналогичным образом, практика основополагающих принципов автономии и осознанного согласия может быть нарушена при уходе за новорожденными, умственно отсталыми или пациентами в постоянном вегетативном состоянии.

В практической этике в процессе принятия решений существуют два оружия мысли: *утилитарное и деонтологическое*. В утилитарной этике результаты оправдывают средства или способы ее достижения, тогда как в деонтологической этике обязанности имеют первостепенное значение (т. е. результаты могут не оправдывать средства).

В *утилитарном* подходе решения выбираются исходя из наибольшего количества пользы, полученных для наибольшего числа людей. Такой подход может привести к нанесению вреда некоторым лицам, в то время как результат - максимальная польза.

Этот подход обычно ориентируется на расчёт выгоды или вреда при вмешательствах на основе доказательств и исследованиях. Несколько примеров утилитарного подхода в медицинской помощи включают: постановку задачи больницами для реанимации недоношенных новорожденных (гестационный возраст) или лечения пациентов с ожогами (степень травматизма) в зависимости от наличия времени и ресурсов.

Закон утилитаризма посвящен решениям, принятым для каждого отдельного случая, анализируя выгоды и вред, способствующие *общим* лучшим последствиям. Часто решение, принятое для каждого пациента, сталкивается с измерением баланса выгоды и вреда. Такой метод привел бы к огромным потерям времени и энергии в процессе принятия решений и склонен к предвзятости. В правилах утилитаризма не производится прогнозирование или расчет выгод или вреда.

Эти решения руководствуются предварительно сформированными правилами, основанными на доказательствах, и, следовательно, обеспечивают лучшее управление в принятии решений.

Накопление большого экспериментального и теоретического материала, совершенствование методов исследования резко повысили и значение этической нормы доказательности. Наука должна основываться только на доказательствах, этическая норма доказательности побуждает ученого-медика быть требовательным к себе, самокритичным. Она предостерегает, в частности, от поспешности публикации научных трудов. [3]

Согласно правилу утилитаризма, морально правильное решение - это действие, соответствующее моральным правилам, ведущим к общим лучшим последствиям.

Хотя эти концепции выглядят привлекательными, пациенты чувствуют себя ограниченными, когда клиницисты принимают решения, используя основополагающие этические принципы. Эти этические проблемы могут быть учтены при работе с пациентами, которые компетентны в принятии решений. Одновременно ставя моральные дилеммы в ситуациях с пациентами, которые некомпетентны, например, пациенты находящиеся постоянно в вегетативном состоянии, или принятие решений в отношении изъятия органов и т. д.

В приведенном выше сценарии дилеммы могут быть рассмотрены этически и юридически, если пациенты разработали директивы о принятии решения об их жизни.

В отличие от утилитарной концепции, *деонтология* - это этика долга, когда мораль действия зависит от характера действия, т. е. вред неприемлем, независимо от его последствий. Эта концепция была введена философом Иммануилом Кантом и, следовательно, широко известна как кантовская деонтология.

Деонтология – тоже слово греческое, означающее: учение о должном. Деонтология – раздел этики, рассматривающий проблемы долга и должного, учение о юридических, профессиональных и моральных обязанностях, о правилах поведения медицинского работника, главным образом по отношению к больному, рассматривающей врачебный долг, как комплекс исторически сложившихся норм и требований, регулирующих отношения врача и больного, врачей между собой, врача и общества.[2]

Решения деонтологии могут быть подходящими для человека, но не обязательно дают хороший результат для общества. Врач-пациент взаимодействие или отношения по природе, деонтологические, поскольку практика медицинского обучения прививает эту традицию, и когда эта деонтологическая практика нарушается, возникает медицинская халатность.

Эта традиция побуждает клиницистов делать добро пациентам, укрепляя связь между врачом и пациентом. Деонтологические идеологи (врачи и другие медицинские работники) обычно приходят к утилитарному подходу со стороны специалистов общественного здравоохранения, менеджеров больниц и политиков (утилитарных идеологов).

С утилитарной точки зрения, ресурсы системы здравоохранения, энергия, деньги и время ограничены и должны быть надлежащим образом приспособлены для достижения наилучшего ухода за обществом. Они выполняются с предоставленными правилами и рекомендациями. При достижении лучшего для наибольшего числа людей, мало вреда

(ятрогенного) приемлемо для утилитарных идеологов. Например, несколько случаев вакцино-индуцированного паралитического полиомиелита после пероральной вакцинации против полиомиелита.

С деонтологической точки зрения утилитаристы обобщают руководящие принципы или правила, в то время как могут быть и исключительные случаи. Отклонение действий от руководящих принципов способствует медицинской халатности. Такие конфликты обычно встречаются в существующих системах здравоохранения. Точно так же участие сторонних платежных систем (медицинского страхования) влияет на конфиденциальность отношений между врачом и пациентом.

Традиционные нравственные аналитические исследования показали, что деонтологические и утилитарные наклонности являются взаимоисключающими.

В заключение, как утилитарная, так и деонтологическая перспективы имеют свое собственное значение в медицинской этике. В текущем сценарии мы видим, что утилитарная перспектива противопоставляет деонтологическую перспективу и, следовательно, и этические и моральные дилеммы. Баланс между этими двумя перспективами принесет лучшую гармонию и справедливость в медицинской практике.

Давайте помнить: «Светя другим – сгораю сам».

Список литературы:

1. Jharna Mandal, Dinoop Korol Ponnambath, and Subhash Chandra. Utilitarian and deontological ethics in medicine. *Trop Parasitol*. 2016 Jan-Jun; 6(1): 5–7.
2. С.А. Калинина Поговорим о деонтологии. Научный центр реконструктивной и восстановительной хирургии СО РАМН (Иркутск). Бюллетень ВСНЦ СО РАМН, 2011, №4 (80) Приложение. с.54-57
3. Н.Г.Луд, А.П.Солодков, В.А. Косинец. Деонтология в медицинской науке. ВЕСТНИК ВГМУ, 2006, Том 5, №2. С.1-6

ФИЗИЧЕСКИЕ НАГРУЗКИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ПЕРВОГО ТИПА

Серова Анастасия Ренатовна

*студент, Оренбургский государственный медицинский университет – ОРГМУ,
РФ, г. Оренбург*

Богдалова Евгения Юрьевна

*старший преподаватель, Оренбургский государственный медицинский университет – ОРГМУ,
РФ, г. Оренбург*

Введение. Каждый, кто хочет оставаться здоровым, должен заниматься каким-либо видом физических упражнений. Организм, находящийся в хорошем общем состоянии, способен легче переносить трудности.

Что же касается больных сахарным диабетом, то контролируемые исследования не смогли показать, что физические упражнения улучшают контроль диабета. Но это лишь свидетельствует о том, что физические упражнения не являются методом лечения диабета, что зачастую приводит в заблуждение больных, особенно на начальном этапе заболевания.

Материалы и методы. Тем не менее, для людей с сахарным диабетом, как и для всех прочих, просто необходимо регулярное участие в любых видах физической активности, будь это только езда на работу или из школы на велосипеде или просто пешая прогулка. Регулярные физические упражнения снижают риск сердечно-сосудистых заболеваний у больных сахарным диабетом. А длительное отсутствие упражнений и мышечной активности способствует повышению инсулинорезистентности (состояние, когда обычная доза инсулина менее эффективна, «не работает»), тенденции к появлению лишнего веса и ухудшению контроля уровня глюкозы крови.

Благотворное влияние физических упражнений на организм людей с сахарным диабетом объясняется следующим образом. Когда мышцы работают, первыми используются запасы глюкозы в мышцах (у взрослого человека масса гликогена мышц составляет приблизительно 400 грамм). После этого в качестве энергии используется глюкоза из печени и жирные кислоты (продукты распада жиров). Физические упражнения снижают уровень глюкозы крови за счет повышенного поглощения глюкозы клетками мышц без увеличения количества необходимого инсулина. После занятий мышцы имеют повышенную чувствительность к инсулину в течение 1-2 дней. Это означает, что регулярные физические упражнения (3-4 раза в неделю) приводят к повышенной чувствительности к инсулину даже между тренировками, и общая доза инсулина может заметно снизиться.

Установлено, что при нагрузке на мышцы ног, инсулин, введенный в бедро, всасывается быстрее даже из подкожно-жировой клетчатки. Есть риск, что если инъекция инсулина введена достаточно глубоко, дойдя до мышцы, то инсулин всосется значительно быстрее и может развиться гипогликемия (низкий уровень глюкозы крови). Важно помнить, что одни физические упражнения сами по себе не снизят уровень глюкозы крови. Чтобы это произошло, в организме должен присутствовать инсулин. Чтобы проникнуть в клетки мышц, глюкозе из кровотока необходим инсулин.

Скорость поглощения глюкозы мышцами у взрослого человека приблизительно 8-12г/час, когда тренировки проходят в обычном режиме, скорость удваивается во время очень интенсивных физических нагрузок. Уровни гормонов адреналина, глюкагона и кортизола в кровотоке во время физических упражнений повышаются. Глюкоза выделяется из «резервного запаса глюкозы» в печени, и новая глюкоза продуцируется в печени из белков. Если печень не способна увеличить продукцию глюкозы, уровень глюкозы крови будет падать во время упражнений приблизительно на 0,1 ммоль/л в минуту, вскоре приведя к гипогликемии. Высокий уровень инсулина в крови противодействует продукции глюкозы в

печени, что в свою очередь, повышает риск гипогликемии. Уровень инсулина в крови у здоровых людей (без диабета) во время упражнений падает.

Однако, в отличие от здоровых людей, у больных сахарным диабетом первого типа во время физических упражнений не всегда происходит снижение уровня глюкозы крови. Когда в организме имеется недостаток инсулина, уровень глюкозы крови во время физических упражнений повышается. Это происходит, когда клетки мышц имеют дефицит глюкозы после тренировки при высоком уровне глюкозы крови. Гликоген мышц уже использован, а дефицит инсулина не позволяет новой глюкозе войти в клетки. Тогда гормональные сигналы сообщают печени, что надо выделить больше глюкозы из её «хранилища» гликогена. Сигналы в печень передают гормоны глюкагон и адреналин. Повышенное количество глюкозы выходит в печень как вследствие распада гликогена печени, так и за счет продукции глюкозы печенью. В то же время, при дефиците инсулина будет происходить распад жиров до жирных кислот, которые трансформируются в кетоны печенью. В этом случае повышается риск развития кетоацидоза (высокой концентрации глюкозы и кетоновых тел в крови (значительно превышающей физиологические значения), образованных в результате нарушения обмена жирных кислот (липолиза) и дезаминирования аминокислот, если нарушения углеводного обмена не купируются своевременно — развивается диабетическая кетоацидотическая кома).

Результаты и их обсуждение. Таким образом, влияние физических упражнений на уровень глюкозы крови больных сахарным диабетом первого типа заключается в следующем: упражнения повышают скорость всасывания инсулина из мест инъекций; физическая нагрузка повышает потребление глюкозы без увеличения потребности в инсулине; инсулина должно быть достаточно, иначе мышечные клетки не смогут поглощать глюкозу.

Подводя итоги можно точно утверждать, что физические упражнения при сахарном диабете не только полезны, но и необходимы. Однако, больным сахарным диабетом первого типа необходимо знать и неуклонно соблюдать некоторые правила контроля состояния организма до начала физических нагрузок, быть предельно внимательными к себе, вести дневник самоконтроля для правильного прогнозирования уровня глюкозы крови во время физических упражнений в будущем. Некоторые рекомендации для людей с сахарным диабетом приведены в Таблице.

Таблица 1.

Правила самоконтроля при физических упражнениях для людей с сахарным диабетом первого типа

Правила самоконтроля при физических упражнениях для людей с сахарным диабетом первого типа	
1	Планировать физические упражнения нужно заранее, чтобы поесть и ввести инсулин на еду за 1-2 часа до начала упражнений, иначе в самом начале тренировки действие инсулина по снижению глюкозы крови будет максимальным. Если Вы собираетесь заниматься в течение 1-2 часов после инъекции, дозу короткого инсулина перед едой рекомендуется уменьшить на 1-2 единицы.
2	Обязательно проверять уровень глюкозы крови перед началом упражнений. Если он ниже 5-6 ммоль/л следует поесть до старта. Если при этом есть кетоны в крови или моче, это признак «голодания» клеток. Начинать упражнения можно после повышения уровня глюкозы крови.
3	Если уровень глюкозы крови выше 15-16 ммоль/л, то прежде чем начать упражнения, следует проверить кетоны. Если их уровень высок, не рекомендуется заниматься в течение 1-2 часов после введения дополнительного инсулина (0,05-0,1 единицы/кг).

4	Если тренировка длится более 30 минут, во избежание гипогликемии, съешьте что-нибудь дополнительно. Обычно достаточно продукта с содержанием 10-20 грамм глюкозы. Наблюдайте за своим организмом. Проводите контроль уровня глюкозы крови во время упражнений и записывайте их в свой дневник для прогнозирования уровня глюкозы во время упражнений в будущем.
5	После упражнений желательно съесть продукты с высоким содержанием углеводов.
6	Уменьшайте следующие за тренировкой дозы инсулина на 1-2 единицы. При регулярных тренировках (более 3-4 раз в неделю) повышенная чувствительность к инсулину, вызванная активной физической нагрузкой, может длиться «круглые сутки», поэтому суточная доза инсулина может уменьшиться.
7	При занятиях, направленных на снижение массы тела, важно уменьшать дозу инсулина перед едой, тогда после физической нагрузки потребность в еде, обусловленная возможностью гипогликемии, также уменьшится.

Заключение. Итак, сахарный диабет не является препятствием для занятий спортом и уж, тем более, физическими упражнениями. Компенсировать диабет можно практически в любых условиях, если грамотно и достаточно часто проводится контроль уровня глюкозы крови и обеспечено рациональное питание. Занимайтесь спортом и тогда даже с сахарным диабетом вы будете чувствовать себя сильными, крепкими и здоровыми!

Список литературы:

1. «Диабет 1 типа у детей, подростков и молодых людей. Как стать экспертом в своем диабете», Первое русское издание, Рагнас Ханас, Издательство «Арт-Бизнес-Центр», г. Москва, 2005 год.
2. Ежемесячное специализированное издание «ДиаНовости», №7-№12, 2003 год, №1-№12, 2004 год.

РУБРИКА**«ПЕДАГОГИКА»****ВОСПИТАНИЕ БАЗОВОЙ КУЛЬТУРЫ ЛИЧНОСТИ У РЕБЕНКА
ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА СРЕДСТВАМИ
ФИЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ***Волкова Анастасия Игоревна**магистрант, Курский Государственный Университет,
РФ, г. Курск*

Воспитание базовой культуры личности – это, на наш взгляд, одна из актуальнейших проблем нашего времени. И проблему эту необходимо решать всем, кто имеет отношение к воспитанию детей в какой-либо мере. Важно понимание того факта, что то, что мы заложим в душу ребенка сегодня, сейчас, проявится завтра, потом, и станет нашей с вами жизнью.

Всем давно известно, что такое культура, все говорят об общей культуре человека, но гораздо реже задумываются о том, как она формируется. При воспитании ребенка мы закладываем его культуру с самого его появления на свет. Потом эта культура затем усваивается им в ходе жизни ребенка. Мы согласны с мнением, что именно дошкольный возраст – это самая наилучшая пора для закладывания нравственности, духовности, эмоционально-волевых качеств, основ всей базовой культуры.

О.Л.Князева и многие другие авторы предполагают, что назначение дошкольного периода заключается не только в овладении знаниями, а также в становлении базовых качествах его личности: самооценки, эмоционально – волевой сферы, духовных и нравственных ценностей. Мотивационно-ценностная сфера составляет базовую часть культуры личности и задает ту самую ценностную направленность, которая в дальнейшем будет базой культуры личности.

В основные сферы базовой культуры личности входят ориентирование ребенка в бытовых предметах и природе, в явлениях нашего общества, в событиях его личной жизни. Базовая культура личности – это и есть человеческое начало в ребенке, взаимодействие понятий о нормах и ценностях (добро, красота, эмпатия и сочувствие, здоровье.) с жизненными ситуациями в жизни ребенка. Базовая культура личности ребенка - это такое качество личности, которое закладывается именно в детстве. Для закладки основ культуры дошкольника разработана модель, которая состоит из следующих компонентов:

- Физический; - Коммуникативный; - Познавательный; - Нравственный; - Трудовой; - Самооценка; - Мотивационно-ценностный; -Эмоционально-волевой.

Дошкольный возраст характеризуется большими возможностями для нравственного воспитания детей: в различной деятельности формируются способы управления своим поведением, рефлексия, активность и самостоятельность, интерес к социуму и близкому окружению.

В период дошкольный период начинают проявляться такие индивидуальные особенности, как склонность к определенным видам деятельности (спорту, рисованию, пению и пр.) желание быть в кругу сверстников или играть в одиночку, выявляется умение подчиняться требованиям взрослых или нежелание подчиняться им и т.д. Именно поэтому в этот период родителям и воспитателям нужно постараться выявить способности дошкольника и не упустить такой чудесный способ воздействия на формирование базовой культуры личности дошкольника, как стремление и предрасположенности к определенному виду деятельности. Руководя деятельностью ребенка, воспитатель закладывает у него такие важные зачатки

базовой культуры личности, как любовь к себе и людям, уважение к труду людей, желание помогать им, активность и инициативность в собственной деятельности.

Одной из таких «деятельностей» является физкультурно-оздоровительная деятельность. В ходе научения двигательным действиям раскрываются коммуникативные, познавательные, эмоционально-волевые качества ребенка, идет формирование его двигательных навыков. Обучение движениям оказывает влияние на внутренний мир ребёнка – на его чувства, мысли, взгляды, духовные и нравственные качества. В процессе физкультурно-оздоровительной деятельности у детей развиваются волевые качества: настойчивость, выдержка, а также смелость и решительность. Полноценное физическое развитие дошкольника – это, прежде всего, своевременное формирование двигательных навыков и умений, развитие интереса к различным, доступным ребёнку видам движений, воспитание положительных нравственно-волевых черт личности [2]. Содержание воспитания составляют физические упражнения, в том числе и сюжетные, и подвижные игры.

Мы считаем, что в период дошкольного детства перед психологом-педагогом стоят задачи более широкие, чем просто воспитание ребенка. Ведь мы сталкиваемся с таким возрастом, когда возможно более эффективно воспитать познавательные и коммуникативные возможности ребенка, сформировать у него любопытство и любознательность, а также умение учиться, можно научить его общаться плодотворно – со взрослыми и детьми.

Методик раннего развития в наше время конечно существует большое количество, но мы считаем, что одним из действительно действенных методов воспитания базовой культуры личности ребенка является именно воспитание в физкультурно-оздоровительной деятельности. Например, в плавании, т.к. водная среда является мощнейшим стимулом для восприятия и сенсорного развития. И конечно же надо знать, какие еще изменения происходят с малышом, ведь мы в первую очередь опираемся на возрастные особенности детей.

В этом возрасте дети накапливают первый опыт нравственного поведения, у них вырабатываются основные навыки дисциплинированного поведения, навыки хороших отношений с другими детьми и взрослыми, навыки самостоятельности, умения занять себя интересной и полезной для них деятельностью, поддерживать порядок и чистоту окружающей его обстановки. Эти навыки постепенно закрепляются и затем переходят в привычку. Мы считаем, что физкультурно-оздоровительная деятельность может внести свой вклад в развитие базовой культуры личности, т.к. формирование физических качеств, двигательных навыков и умений тесно связаны с воспитанием нравственно - волевых черт личности. Воспитатель учит ребенка тому, что физически крепкий и здоровый человек должен быть добрым, терпеливым, должен суметь прийти на помощь к тем, кто в ней нуждается и направлять свою силу только на хорошие дела.

Путь нравственного воспитания должны направляться не только на осознание своих чувств и переживаний, на усвоение общественно-важных правил и норм поведения, но и на развитие чувства общности с другими людьми, формирование доброго отношения к людям. И такую задачу нравственного воспитания детей в дошкольном возрасте способна решить игра. Именно в динамичной игре ребенок знакомится с разными видами деятельности, приобретает улучшенные навыки общения, пытается выражать свои чувства и понимать чувства и эмоции других людей. В игре ребенок, оказываясь в ситуации, когда необходимо уступать и сотрудничать, он накапливает первоначальные нравственные представления и пробует сопоставить их и свои действия, пробует следовать тем нравственным правилам, которым его воспитали. Мы знаем, что ребенок обладает огромным потенциалом восприятия и переработки многообразной информации. Русский философ И.А. Ильин говорил, что «воспитание детей есть именно побуждение их бессознательного чувствилища к национальному духовному опыту...» [5, с. 202]. К.Д. Ушинский указывал на большое значение произведений устного народного творчества в воспитании и обучении детей и рекомендовал широко использовать в работе с детьми дошкольного возраста народные игры.

Детство неотделимо от игры. Чем большее значение придаётся детству в нашей культуре, тем важнее игра для развития социальных отношений. Именно в игровой деятельности ребенок познает окружающий мир, его законы и его особенности [3]. Двигательная активность является отличной основой для формирования духовно-нравственных качеств дошкольников. С этой целью следует специально создавать условия, в которых дети будут проявлять свое отношение к деятельности, к другим детям и к педагогу. К примеру, в некоторых подвижных играх нужно будет соблюдать правила безопасности в игре, т.к. дети, увлекаясь игрой могут нанести друг другу вред и, например, если игра в воде, случайно утянуть друг друга под воду. Рассчитывая силу, ребенок тем самым учится бережно относиться к другим детям.

Важно помнить тот факт, что в жизни ребенка очень важную роль находят эмоции, т.к. они помогают ему правильно отреагировать на окружающую действительность и сформировать свое отношение к этой действительности. Игры в воде, плавание создают положительные эмоции. Игры с водой также создают ощущение комфорта и радости от общения.

Здесь и закладываются первые привычки здорового образа жизни. Мы считаем, что игры в воде способствуют воспитанию у детей смелости, решительности, уверенности в своих силах, и конечно инициативности. Ведь для того чтобы достать игрушку со дна бассейна нужно преодолеть и свой страх. При обучении дошкольников плаванию используют игровые упражнения, игры с элементами соревнования, которые воспитывают честность и упорство. Обучение детей элементам плавания и игровые упражнения вырабатывают ответственное отношение к своим поступкам, к взаимоотношениям со старшими. Например, игровое упражнение «Помощь уставшему ребенку» в плавании, где важно быть внимательным к партнеру.

Развитие всех сфер и качеств ребенка является основной целью воспитания базовой культуры личности как педагогического процесса. Дошкольная воспитательная работа, основанная на физкультурно-оздоровительной деятельности должна быть направлена на создание максимально благоприятных условий для раскрытия физических, психических и духовных возможностей детей.

Формировать и совершенствовать общую культуру личности, ценности человеку необходимо на протяжении всей его жизни. Ясно, что процесс становления личности ребёнка начинается задолго до школы. Вероятно, он начинается с рождения ребёнка (а, некоторые стороны общей культуры -возможно, и до его рождения), но именно в дошкольном детстве (а далее и в школе), этот процесс может приобрести устойчивые очертания и стать целенаправленным. Важно учитывать, что только признаваемая в результате осознания, переживания и оценки ценность способна выполнить функцию ориентира в поведении человека. В результате объекты-ценности трансформируются в субъективные ценности.

Воспитание достигает развивающего эффекта при умелом руководстве собственной деятельностью ребенка. Как отмечал С.Л.Рубинштейн, "всякая попытка воспитателя-учителя "внести" в ребенка познание и нравственные нормы, минуя собственную деятельность ребенка по овладению ими, подрывает... самые основы здорового умственного и нравственного развития ребенка, воспитания его личностных свойств и качеств" [8]. При этом должна иметь место организация социально-открытого пространства, в котором есть и нравственный пример педагога, и социально-педагогическое партнерство семьи и образовательных учреждений, и социальная востребованность воспитания.

Формирование социально-психологических новообразований в структуре личности, решение воспитательных задач происходят в процессе активной деятельности: физическое развитие – через физические упражнения; нравственное – через ориентацию на самочувствие другого человека; интеллектуальное – через мыслительную активность, решение интеллектуальных задач; эстетическое – через активное взаимодействие с красотой, будь это восприятие, воссоздание или изучение красоты.

Речь идет не о разделении целей воспитания на различные виды, а об акцентировании идеи целостного их рассмотрения. Она предусматривает индивидуализацию, гармонизацию личности. Ведь важно в любую деятельность вносить духовно-нравственное начало, стремиться быть творцом своей жизни.

Отметим, что каждый возрастной период характеризуется неповторимыми особенностями, которые необходимо знать и учитывать для достижения эффективных результатов в этой области. При этом важным условием эффективного формирования духовно-нравственных ценностей является и индивидуальный подход, поскольку индивидуальные свойства личности ребёнка нужно учитывать и развивать в данном контексте.

Таким образом, воспитание базовой культуры личности в дошкольном возрасте - одна из главнейших задач педагогов и родителей. Важно не упустить данный возрастной период и вовремя выявить ту деятельность, через которую педагогу проще и удобнее будет закладывать в ребенка зачатки общечеловеческой культуры. Ведь именно в дошкольном детстве человек приобретает основы личностной культуры, ее базис, соответствующий общечеловеческим духовным ценностям.

Проведенный анализ воспитания базовой культуры личности дошкольника позволяет сделать вывод о том, что физкультурно-оздоровительный фактор является основным в воспитании базовой культуры личности. Мы принимаем данную позицию и полностью соглашаемся с тем, что значение выполнения цели развития базовой культуры личности с помощью средств физкультурно-оздоровительной деятельности в дошкольной образовательной системе нельзя недооценивать. В связи с этим развитие базовой культуры личности, с помощью средств физкультурно-оздоровительной деятельности разумно рассматривать в качестве цели современного педагогического процесса во всех дошкольных образовательных системах.

ФРАЗЕОЛОГИЧЕСКИЕ ЕДИНИЦЫ, ВЫРАЖАЮЩИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЧЕЛОВЕКА В АНГЛИЙСКОМ И ТУРЕЦКОМ ЯЗЫКАХ

Аслан Рената Шавкатовна

*магистрант, КФУ,
РФ, г. Казань*

Хисматуллина Люция Гумеровна

*канд. филол. наук. доцент, КФУ,
РФ, г. Казань*

Восприятие и интерпретация реалий, окружающих нас, существенно отличается среди представителей различных наций мира. Сравнительно сопоставительный анализ выражающие эмоционально состояние человека в английском и турецком языках могут выявить некоторые аспекты национального образа мышления, лингвистические и культурные особенности двух национальностей.

Фразеологизмы содержат символы, стереотипы сознания людей, покрывающую большую часть человека и несущий лингвокультурологический код нации. Они отражают многовековую историю, религиозные веры, мудрость людей, его моральные ценности, которые охватывают главные компоненты национальной культуры. Как полагает В. Н. Телия: «что фразеологизмы ассоциированы с культурно-национальными стандартами, стереотипами, мифами, и так далее и будучи использованным в речи, они отражают характеристику образа мышления для определенного лингвокультурологического общества».[6] Проблемы языкового выражения эмоций не раз привлекали внимание отечественных и зарубежных ученых. Экспериментально доказано, что национальные языки являются ключевым компонентом вербализации эмоций. Иначе говоря, родной язык предоставляет его носителям определенный способ выражения эмоций посредством конкретных языковых привычек. Труды таких ведущих отечественных и зарубежных лингвистов как А. Вербицкая, В.И. Шаховский, Н.А. Красавский и др., занимающихся вопросами языкового выражения эмоций, позволяют утверждать, что проблема взаимосвязи языка и эмоции является одним из приоритетных направлений современной лингвистической науки.

Вопросами сопоставления фразеологических единиц в турецком языке занимались такие ученые как Д. Аксан, О.А. Аксой, Л.С. Т. Доганай, А. Пюскюлюоглу. В последнее время стало уделяться внимание внутреннему миру и психологическому состоянию носителя языка, что привело к осознанию необходимости разработки и изучению проблемы языковой концептуализации и вербализации эмоций через фразеологизмы.

Фразеологизмы справедливо считаются одним из наиболее ярких проявлений национально-культурной специфики языка. Однако вопрос о том, в чём проявляется эта специфика, не перестаёт оставаться предметом дискуссий. Само соотношение культуры и языка трактуется неоднозначно. Но если понимать культуру, т.е. всё, что создано человеком, в противопоставлении природе, натуре, т.е. то, что существует помимо человека, то и сам язык следует признать одним из важнейших элементов культуры, так как он создан определённым человеческим обществом. Поэтому, когда говорят об отражении культуры в языке народа, то подразумевают, отражение в нём внеязыковой культуры, поскольку сам язык является компонентом культуры. Как утверждает Кунин А.В., фразеологизмы представляют собой сгусток культурной информации и позволяют сказать многое, экономя языковые средства, добираясь до глубины народного духа, культуры.[3] Таким образом, раздел фразеологии является особой частью богатства каждого языка, в которой больше, чем в других его сферах, проявляются своеобразие и уникальность самого языка и народа— его носителя. [8] Поэтому сопоставительное изучение фразеологии представляет значительный интерес для широкого круга многих ученых в различные периоды истории. Сопоставляются

отдельные аспекты фразеологического значения, способы их реализации в речи, структурно-грамматические особенности и особенности компонентного состава фразеологических единиц (ФЕ) отдельных языков. Сопоставительному изучению подвергаются разные аспекты парадигматических и синтагматических отношений ФЕ как в родственных, так и неродственных языках. Проблемы сопоставительной фразеологии нашли своё отражение в трудах Ю.А.Долгополова, В.М.Мокиенко, Д.О.Добровольского, Э.М.Солодухо, А.Д.Райхштейна, В.Н.Телии и многих других ученых.

Настоящая статья посвящена освещению результатов сопоставительного анализа фразеологических единиц, выражающих эмоциональное состояние человека в английском и турецком языках.

Все стороны характера человека находят отражение во фразеологическом фоне сопоставляемых языков. Фразеологические единицы, которые отражают эмоциональное состояние человека, являются обширной и разнообразной по семантике. Они выражают радость, хорошее настроение, удивление, тревогу, душевные страдания, гнев, равнодушие, удивление.

Анализируя фразеологизмы двух языков, выражающие чувства, настроение, эмоциональное и душевное состояние человека, выявлено 60 фразеологизмов, вот некоторые из них:

1. Фразеологизмы, выражающие радость, хорошее настроение:

- grin from ear to ear (анг.) / kulaklari agzina varmak (тур.) - рот до ушей;
- get into a good mood (анг.) / moral vermek (тур.) - приходиться в хорошее настроение;
- face lit up (анг.) / mutluluktan parlamak (тур.) - сиять от счастья;
- jump for joy (анг.) / sevinçten zıplamak (тур.) - прыгать от радости;
- be on cloud seven (анг.) / sevinçten havalara uçmak (тур.) - быть на седьмом небе от

счастья;

2. Фразеологизмы, выражающие переживания, тревогу, душевное страдание, грусть:

- heart is breaking (анг.) / yürek parçalanmak (тур.) - душа разрывается;
- wound smb's heart (анг.) / kalbine vurmak (тур.) - ранить сердце;
- heart is burning (анг.) / yaralı kalp (тур.) - сердце обливается кровью;
- have a face like a wet weekend (анг.) / yüzünden düşen bin parça (тур.) - выглядеть

печально;

- heart sinks (анг.) / neşesi kaçmak (тур.) - сердце замерло;

3. Фразеологизмы, выражающие страх, ужас, боязнь:

- my heart failed me (анг.) / canım basıma sıçradı (тур.) - сердце оборвалось;
- break one's heart (анг.) / kalbini kırmak (тур.) - разбить сердце;
- get cold feet (анг.) / gözünü yememek (тур.) - испугаться в последнюю минуту;
- push the panic button (анг.) / paçasını tutuşmak (тур.) - терять самообладание;
- to have kittens (анг.) / tepesi atmak (тур.) - глаза на лоб полезли;

4. Фразеологизмы выражающие удивление, возмущение, недоумение:

- he could not believe his ears (анг.); afal afal bakmak (тур.) - не верить своим ушам;
- a bolt from the blue (анг.) / bir anda meydana gelen (тур.) - гром среди ясного неба;
- bristle with rage (анг.) / nefretle dolmak (тур.) - быть в ярости;
- come as no surprise (анг.) / sürpriz olmamak (тур.) - не вызывать удивление;

5. Фразеологизмы выражающие любовь, влюбленность:

- be head over heels (анг.) / deli gibi sevmek (тур.) - влюбиться по уши
- have the hots for someone (анг.) / çok çekici bulmak (тур.) - считать кого-либо

привлекательным

- on the rocks (анг.) / cebidelik (тур.) - отношения «на камнях»
- Love is blind (анг.) / Aşkın gözü kördür (тур.) - любовь слепа
- Love at first sight (анг.) / İlk görüşte aşk (тур.) - любовь с первого взгляда

Следует отметить, что в турецком языке фразеологизмы экспрессивнее и эмотивнее выражают эмоции говорящего в определенный момент и по количественному соотношению превосходят своих английских эквивалентов.

Подводя итог, можно сделать вывод что эмоции, являясь неотъемлемой частью жизни человека, до сих пор не нашли полного отражения в психологических исследованиях, в фразеологии на результаты которых можно было бы опираться в лингвистических изысканиях. Причина заключается в трудности распознавания порой неуловимых чувств и эмоций человека и их разграничения. Языковое же выражение эмоций имеет материально выраженную форму, зафиксированную в языке. Фразеология отражает человеческую психологию во всех его представлениях и особенностях, симулирует вероятные варианты человеческого поведения, дает "recipies (рецепти)" ситуаций, и т.п. Мы можем обнаружить много сходств и отличий во фразеологических единицах обоих разноструктурных языков, отражающие эмоциональное состояние человека.

Список литературы:

1. Вежбицкая А. Язык. Культура. Познание. М., 1997
2. Гарифуллина А.М. Фразеологические единицы, выражающие эмоции и чувства человека, в турецком и английском языках: дис. ... канд. филол наук. – Казань, 2005. – 458 с.
3. Додонов Б. И. Классификация эмоций при исследовании эмоциональной направленности личности // Вопросы психологии. 1975. № 6
4. Ильин Е.П. Эмоции и чувства. – СПб.: Изд. дом «Питер», 2001. – 749 с
5. Кунин, А. В. Курс фразеологии современного английского языка. – М.: Высш. шк., 1986.
6. Телия В. Н. Русская фразеология / В. Н. Телия // – М., 1996. – 284 с.
7. Торсуева И. Г. Эмоциональность в речи // Смысловое восприятие речевого сообщения. М., 1976.
8. Щека Ю.В. Практическая грамматика турецкого языка.-М.,2007.-С.294-318.
9. Aksoy, O. A. Deyimler Sözlüğü. İstanbul: Kitabevi, 1997.
10. Edebiyat Dunyasi <http://www.edebiyatdunyasi.com/deyimler.htm>
11. KulturTürkiye http://www.kultur.gov.tr/portal/kultur_tr.asp?belgeno=4441
12. TurkceForsnet http://www.elele.gen.tr/turk_dili/anlambilim/deyimler.htm
13. <http://tureng.com>

РУБРИКА «ПСИХОЛОГИЯ»

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КЛИЕНТОВ ТРЕТЬЕГО ВОЗРАСТА ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ДЛЯ НИХ ТУРОВ

Цвик Инна Аркадьевна

*магистрант, Санкт-Петербургского государственного института культуры,
РФ, г. Санкт-Петербург*

Туристический рынок, ориентированный на туристов третьего возраста, получил в последнее время повышенное внимание специалистов различного профиля, поскольку важность этого сегмента рынка становится все более очевидной. Однако до сих пор не было привлечено значительное внимание к пониманию психологических аспектов возрастных туристов. «Третий возраст» - это условное название первых лет пенсионного возраста, приближающего человека к старости. Это период активной деятельности, благоприятный для путешествий, новых интересов и возможностей. К «третьему возрасту» можно отнести период с 55 до 75 лет - у женщин, и с 60 до 75 лет - у мужчин.

Изучением проблем «третьего возраста» как потребителей туристских услуг занимаются отечественные и западные ученые, специалисты и социологи.

Особенностью туризма третьего возраста, делающей его крайне привлекательным для специалистов, является отсутствие ярко выраженной сезонности. При выборе времени туристской поездки туристы «третьего возраста» не ограничены рамками отпускного периода. Потенциал туризма лиц пожилого возраста огромен, но ограничен финансовыми возможностями и состоянием здоровья. В Европе данный сегмент является самым быстрорастущим.

Что же движет туристами третьего возраста при выборе путешествий? В первую очередь это мотивация. Мотивация часто определяется как внутреннее состояние, которое направляет и активизирует. Также мотивация рассматривается как стремление удовлетворить как физиологические, так и психологические потребности людей. Morrison (2002) в своих исследованиях отмечает, что мотивация к путешествиям возникает тогда, когда у индивида возникает потребность в путешествии, но при этом уже реализованы базовые потребности в соответствии с пирамидой Маслоу. Интересен тот факт, что принципы пирамиды Маслоу вполне себе эффективно работают и в сфере туристической индустрии. Поведение индивида определяется определенными сознательными или бессознательными потребностями, которые создают мотивацию для дальнейшего поведения. Теория Маслоу, похоже, общепринята в индустрии туризма, хотя некоторые исследователи, в том числе Гебель и Браун (2011), указали потенциальные недостатки этой теории.

Туризм активизирует психологические особенности, и люди ищут психологические выгоды или вознаграждения в рамках туристической активности.

Поведение путешественников обычно может быть предопределено их намерением. Намерение иногда считается более эффективным, чем поведение. Как объяснил Day (1969), преднамеренная мера более эффективна во многих случаях, чем поведенческая мера при «борьбе» за способ мышления потребителей, поскольку пользователи могут совершать покупки вследствие их пристрастий вместо реальных предпочтений. Этот вывод указывает на важность измерения намерения путешественников точно изучить, что они могут сделать или получить во время туристической поездки. Еще один важный фактор, который помогает понять психология путешественника заключается в том, что путешествия - это мотивация как ключевая движущая сила поведения путешественника (Crompton, 2009).

Мотивация дает подсказки относительно того, почему пожилые люди путешествуют. Подтверждающее доказательство можно найти в исследовании Хагана и Уйсала (2011), где они исследовали большую когорту пожилых людей США и сообщили о том, что возможности для социализации в новых ситуациях, и избавление от стрессовой повседневной жизни были основными ведущими мотивами для путешествий среди этих людей.

По словам Пирса и Кальтабиано (1983), мотивация путешественника является одной из основных переменных, которые могут объяснить тягу к путешествиям. С этой точки зрения, важно, чтобы туристический маркетолог понимал запрос пожилого туриста для удовлетворения его потребностей. Еще один важный, но долгосрочный фактор при исследованиях возрастных путешественников относится к явлению аффекта. Аффект часто определяется как класс психических явлений, которые однозначно характеризуется субъективно пережитым чувственным состоянием. Например, пожилые люди часто испытывают тоску при потере супруга, близких друзей или родственников, социальной активности, и начинают путешествовать, пытаясь эту тоску заместить. Печальные события жизни пожилых людей приводят к депрессии, страху и меланхолии. Поэтому для избегания этих эмоций, пожилые люди начинают путешествовать.

Статистика свидетельствует о том, что почти треть пожилых людей в Европе предпочитают путешествия внутри ЕС, что является существенным стимулом для разработки специальных программ для туристов «третьего возраста» именно в рамках ЕС [7]. Это позволяет аккумулировать турпотоки во внутреннем туризме Еврозоны, что вносит существенный вклад в устойчивое социально-экономическое развитие этого региона.

Как показывают исследования, более половины европейских жителей в возрасте 65 лет (52%) не участвуют в туризме. И это означает, что они не совершали никаких поездок в личных целях, по крайней мере, в последние 5 лет.

Туристы в возрасте 65+ имеют разные причины не путешествовать по сравнению с другими возрастными группами. 48% называют здоровье в качестве одной из основных причин, и это является одной из наиболее часто упоминаемых причин отказа для путешествий. Однако среди остальной части населения (туристы в возрасте от 15 до 64 лет) только 9% указывают на проблемы со здоровьем.

Кроме того, 27% туристов в возрасте 65+ не проявляют интереса к путешествиям, что почти вдвое больше, чем в других возрастных группах (в возрастной группе 15-64 лет этот показатель составляет 15%).

Финансовые причины являются одной из наиболее часто заявляемых причин для не путешествий людей в возрасте 15-64 лет (59%), тогда как только 37% людей в возрастной группе старше 65 лет ссылаются на финансовые соображения в качестве причины для того, чтобы не путешествовать.

Чтобы наблюдать, как изменяются сезонные закономерности путешествий с возрастом, сравнивалось распределение ночей, проведенных двумя возрастными группами 15-64 и 65+ в течение года.

Было установлено, что молодые люди склонны путешествовать во время школьных каникул и поэтому были представлены в летний сезон, а пожилые люди больше путешествуют в «плечевом сезоне», то есть в период путешествия между пиковыми и внепиковыми сезонами, с менее выраженным летним пиком. Разница между 65+ и более молодыми возрастными группами была наиболее выражена как раз перед летом (май, июнь) или ранней осенью (сентябрь), что означает, что более старые туристы расширяют пиковый туристический сезон.

Туристы в возрасте старше 65 лет более склонны совершать более длительные туристические поездки, поездки в пределах своей страны проживания (внутренние поездки) и поездки, проведенные в нежилых помещениях, например, в домах отдыха, которыми они владели

В результате полученных данных можно проследить общие тренды: цена и состояние здоровья являются наиболее значимыми факторами при отказе от покупки тура, а наиболее предпочтительными видами отдыха признаны лечебный, сельский и познавательный туризм.

Также некоторые лица третьего возраста, ведущие активный образ жизни, предпочитают ездить в туры на автобусе. Как правило, такие туры пользуются популярностью в межсезонье, когда на пляжах и в отелях нет сильной жары и не так людно, что очень важно для пожилых людей, да и заниженная цена на билет в такое время тоже играет для них немаловажную роль. Пенсионеры - очень любознательный народ, поэтому именно для этих туров разрабатывается программа, включающая в себя множественные экскурсии и походы по достопримечательностям.

Лица третьего возраста, как туристы, требуют особого подхода во время всего путешествия. И хотя геронтологи положительно относятся к отдыху граждан в возрасте от 60 лет и выше.

Формирования туров для пожилых туристов имеет свою специфику. ВТО посвятила одну из своих конференций вопросам развития туризма для «лиц третьего возраста», в ходе которой был разработан ряд рекомендаций для работников туристской индустрии, а именно: в программах для данной группы туристов предусмотреть дополнительные меры безопасности: медицинское обслуживание: диетическое питание: культурные мероприятия; прогулки; соответствующие возрасту физические нагрузки: предоставление ясной и четкой информации об организации отдыха.

Список литературы:

1. Григорьева Е.И., Трифонов Е.С. Особенности развития туристических программ для пожилых людей // Вестник ТГУ. 2011. №12 (104). С. 627-632.
2. Groshov I.V., Korchagin E.P. Рынок туристических услуг для людей зрелого возраста: проблемы и перспективы развития // Маркетинг в России и за рубежом. - 2012. - № 6 (92). - С. 47-56.
3. Groshov I.V., Korchagin E.P. Туристический бизнес для людей старшего возраста// ЭКО. Всероссийский экономический журнал. - 2012. - № 9. - С. 67.-75.
4. Кусков А.С. Социальный туризм//3-е издание стереотипное. 2011. С.392
5. Мосиенко И.В., Тихомиров С.В. Туризм России в зеркале международных сопоставлений // ЭКО. Всероссийский экономический журнал. - 2012. - № 9. - С. 49-55.
6. Об основах туристской деятельности: федеральный закон № 132 от 24.11.1996 [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_12462/, свободный (дата обращения 27.03.2017 г.)
7. Прогноз демографической структуры РФ на 2030 год [Электронный ресурс] // Сайт Федеральной службы государственной статистики. - Режим доступа: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/#.
8. Пуত্রик С. Ю. Развитие социального туризма в СССР и Российской Федерации (70-е г. XX в. - начало XXI в.) [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://elibrary.ru/download/elibrary_12883572_75209023.pdf, свободный (дата обращения 27.03.2017 г.).
9. Ржаницына Л. С. Как сегодня живут пенсионеры: исследование непопулярной темы // Вестник Института экономики РАН. 2012. №1. С. 44-61.
10. Росстат: официальный сайт [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/generation/ (дата обращения 23.03.2017 г.).
11. Сергиенко Л.В. Организационно-экономический механизм функционирования социального туризма. М., 2000.
12. Lynn Minnaert. Article «Social tourism participation: The role of tourism inexperience and uncertainty», New York [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.researchgate.net/publication/261879108>, свободный (дата обращения 24.03.2017 г.).

РУБРИКА «СОЦИОЛОГИЯ»

ФУНКЦИИ СОЦИАЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ В УСТРАНЕНИИ ОТРИЦАТЕЛЬНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ ДЕФОРМАЦИИ СЕМЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ В СОЦИАЛЬНО ОПАСНОМ ПОЛОЖЕНИИ В ГОРОДЕ АБАКАН (РЕСПУБЛИКА ХАКАСИЯ)

Малыхина Ольга Викторовна

*студент, Хакасский государственный университет им. Н.Ф. Катанова,
РФ, г. Абакан*

В уязвимом состоянии на современном этапе находится институт родительства и супружества. Социальные институты поддаются негативным веяниям, оказываются нестабильными. Связи с изменениями в обществе работники в сфере социальной защиты осуществляют профилактику и устранение негативных последствий деформации институтов супружества и родительства.

В исследовании было рассмотрена категория семей, находящихся в социально опасном положении и виды помощи, оказываемые этим семьям в Республике Хакасия в социальных учреждениях.

Прежде чем говорить о роли социальных учреждений в устранении деформации института семьи необходимо раскрыть определение социально опасное положение семьи – положение семьи, имеющей детей, находящихся в социально опасном положении, а так же семьи, где родители или законные представители несовершеннолетних не исполняют своих обязанностей по их воспитанию, обучению, содержанию и (или) отрицательно влияют на их поведение или жестоко обращаются с ними [1].

Наблюдается рост числа семей и детей, находящихся в социально опасном положении (СОП) и состоящих на учете в комиссии.

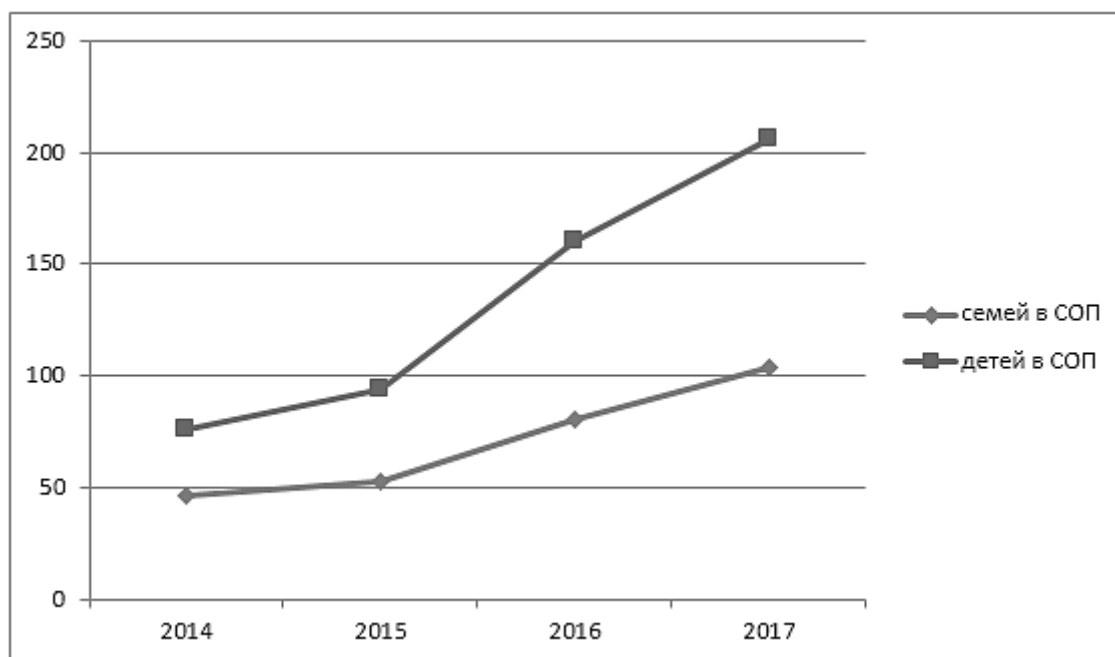


Рисунок 1. Число семей и детей, находящихся в социально опасном положении (СОП)

Основная причина, почему семья оказалась в социально опасном положении - это злоупотребление алкоголем, наркотическими веществами. В 2017 году в Абакане зафиксировано и направлено Комиссией по делам несовершеннолетних и защите их прав в ГБУЗ РХ в «Клинический наркологический диспансер» для получения врачебной помощи и кодирования направлено 167 родителей.

Выявление семей, находящихся в трудной жизненной ситуации и семей, находящихся в социально опасном положении, имеющих несовершеннолетних детей, проводится по звонкам граждан, сообщениям соседей, выявлением в ходе рейдов, обследований, по информации субъектов профилактики.

Только от органов системы профилактики в 2017 поступило 128 (2016г. – 145) информации о раннем неблагополучии в семье в ОДН УМВД России по г. Абакану для принятия мер административного и другого характера.

От субъектов профилактики и горожан в ГКУ РХ «УСПН г. Абакана» ежегодно поступает порядка 400 информации о детях, находящихся в социально опасном положении и требующих помощи государства.

Используются различные технологии работы с семьями в СОП:

Для диагностики семей, особенностей детско-родительских отношений психологами ГКУ РХ «УСПН г. Абакана», Службы сопровождения замещающих семей при отделе опеки и попечительства, Центра психолого-педагогической, социальной и медицинской помощи и социально-психологическими службами образовательных учреждений используются различные тесты. По итогам тестирования определяются необходимые виды поддержки и услуг, отслеживается их эффективность и результативность.

В зависимости от выявленных проблем, семьи посещаются ежемесячно либо ежеквартально. На каждую семью в социально опасном положении разработана программа индивидуальной профилактической работы, которая носит межведомственный характер.

Программа содержит мероприятия по оказанию различных видов социальной помощи для проведения реабилитационных мероприятий (социально-педагогической по воспитанию детей; социально-экономической, включая помощь в оформлении льгот и детских пособий; социально-правовой, социально-бытовой, социально-психологической, другой).

Семьям, находящимся в СОП, оказана помощь в 2017 году: получили консультации по оформлению мер социальной поддержки – 1601 (2016г. – 1899) семей; оказаны различные виды помощи - 1974 семьи; оказана благотворительная помощь (продуктами, канцелярскими товарами, вещами б/у, и т.д.) 215 (2016г. – 297) семьям;

В 2017 году оздоровление получили 52 (2016 – 66) несовершеннолетних из семей в СОП (от 6 до 18 лет), состоящих на учете в ГКУ РХ «УСПН г. Абакана». В загородных лагерях по бесплатным путевкам отдохнули 603 ребенка из семей, находящихся в трудной жизненной ситуации (ТЖС), в социозащитных учреждениях Министерства труда и социального развития РХ находилось 135 детей, получили санаторно-курортное лечение 303 ребенка в трудной жизненной ситуации.

В течение 2017 года субъектами профилактики было выявлено и помещено в учреждения системы профилактики безнадзорности и правонарушений 122 ребенка из семей, находящихся в социально опасном положении (СОП). 56 (2016г. – 90) детей помещено в реабилитационные центры.

ГКУ РХ «Центр занятости населения города Абакана» в 2017 году проводил индивидуальную профилактическую работу с 46 (2016г.-32) семьями, находящимися в СОП и трудной жизненной ситуации. Родителям оказаны услуги по содействию в трудоустройстве, выбору подходящей работы, регистрация с целью поиска работы.

По направлению КДН и ЗП в целях сохранения кровной семьи получили медицинское кодирование от алкоголя 7 матерей, имеющие малолетних детей. Пилотную программу ГБУЗ РХ «Клинический наркологический диспансер» «Пьющие родители» прошли 10 родителей. Для участия в республиканской программе «Точка трезвости» направлено 25 родителей.

В ГБУЗ РХ «Клинический наркологический диспансер» комиссией по делам несовершеннолетних для получения медико-психологической помощи в 2017 направлено 153 (2016 г. – 147) родителей, имеющие проблемы с алкоголем и наркотическими веществами.

В течение ряда лет в городе Абакане проводятся городские межведомственные операции «Семья», «Зима. Весна. Лето. Каникулы», «Хочу в лагерь!», «Дорога в школу», «Внимание! Неблагополучная семья», акция «Добра». В ходе операций посещаются все неблагополучные семьи. В рейдовых мероприятиях принимают участие специалисты ГКУ РХ «УСПН г. Абакана», отдела опеки и попечительства, образовательных организаций, отдела по делам несовершеннолетних УМВД, линейного отдела МВД по г. Абакану, ГБУЗ РХ «Абаканская межрайонная детская клиническая больница», Управления Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков, Уголовно-исполнительной инспекции, отдела молодежи УКМИС. Активно участвуют в работе с семьями старосты жилых районов, члены Советов общественности микрорайонов города и представители «Абаканской народной дружины».

За отчетный период проведено межведомственных рейда. В ходе рейдов было посещено более 400 семей.

Основой социальной работы с неблагополучными семьями остается патронаж. Данная форма предусматривает не только социальный мониторинг функционирования семей группы социального риска, их регулярное посещение, но и всестороннюю диагностику, подбор необходимых видов поддержки и услуг, отслеживание их эффективности и результативности.

Серьезной проблемой в работе с семьями такой категории становятся постоянные миграционные процессы. В город прибывают семьи из других территорий ранее состоявшие на учете. Как правило, это семьи с детьми не имеющие жилья, либо поселившиеся в непригодных помещениях. Субъектами профилактики выявлено в 2017 году 10 таких семей.

Таким образом, функции социальных учреждений заключаются в обеспечении социально-педагогической реабилитации несовершеннолетних и семей, находящихся в социально опасном положении, в том числе связаны с немедицинским употреблением наркотических средств и психотропных веществ, выявление семей в СОП. Обеспечение комплексного подхода в организации индивидуальной профилактической работе с несовершеннолетними, состоящими на профилактическом учете, семьями и детьми, оказавшимися в социально опасном положении, обеспечение межведомственного взаимодействия в работе по предупреждению социально-опасного положения, по выявлению и устранению причин.

Список литературы:

1. Федеральный закон от от 24 июня 1999 г. №120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» (с изменениями и дополнениями, вступившими в силу с 03.07.2016)

БЛОГГЕРСТВО: ЖУРНАЛИСТСКАЯ ПРОФЕССИЯ ИЛИ СПОСОБ СОЦИАЛЬНОЙ КОММУНИКАЦИИ

Оганян Агавни Манвеловна

*магистрант Самарского Национального исследовательского университета,
РФ, г. Самара*

Термин «блог» происходит от английского слова Weblog (веб-журнал), автором которого стал Дж. Барджер в 1997 году. Оксфордский словарь трактует блог как вебсайт, содержащий журнал или дневник на конкретную тематику, а в словаре К. Кобилт блог определяется как веб-сайт, на котором отдельные индивидуумы или их группа осуществляют регулярно продолжающуюся подачу информации [9]. Блоги обычно публичны и предполагают сторонних читателей, которые могут вступить в публичную полемику с автором. Людей, ведущих блог, называют блоггерами [6].

В связи с активным развитием блоггерства в последние годы широко дискутируемым является вопрос о том, является ли блоггер журналистом в смысле профессии или это полностью любительская деятельность. Чтобы ответить на данный вопрос, рассмотрим понятие «профессия». Подавляющее большинство словарей и энциклопедий определяет профессию как «род трудовой деятельности человека, владеющего комплексом специальных теоретических знаний и практических навыков, требующий специальной подготовки и являющийся, как правило, источником существования» [1; 2]. Данное сборное определение предусматривает наличие специальной подготовки, но не конкретизирует, что подготовка должна быть получена в учебных учреждениях.

Анализ профессиограммы журналиста, по Е. Романовой, показывает, что акцент делается на психологических качествах, умениях, навыках, способностях, видах деятельности, а также указываются учебные заведения, где можно получить данную профессию [14], но нигде не сказано, что журналистское образование, полученное на профильных факультетах, является определяющим условием. На одном из сайтов написано, что «освоить профессию можно на факультетах журналистики в вузах. Существуют также специализированные курсы. Хотя необходимо изначально владеть пером и словом, нельзя надеяться, что писать научат в институте. Поэтому желательно еще до поступления пробовать писать, участвовать в создании стенгазет, посылать свое творчество в различные издания» [11]. Таким образом, нельзя сказать, что наличие высшего журналистского образования является определяющим признаком профессии журналиста. В связи с этим рассмотрим взгляды различных исследователей на соотношение журналистики и блоггерства.

По мнению Ж. Бодрийера, СМИ авторитарны по своей сущности, поскольку реализуют одностороннюю коммуникацию. Возможность комментирования, предполагаемая блогами, производит переворот: комментарии пользователей способны повлиять на его восприятие другими пользователями [3].

Е.П. Прохоров сопоставляет функции традиционной журналистики и функциями блогов [12].

Таблица 1.

Сопоставление функции традиционной журналистики и функциями блогов

Функции	Традиционная журналистика	Блоги
Коммуникативная функция	Функция общения, налаживания контакта является исходной функцией журналистики, но осложняется односторонностью контакта.	Блоги по своей природе содержат в себе возможность коммуникации, которая происходит технически благодаря возможности комментирования записей дневника.

Непосредственно-организаторская функция	Подразумевает собой проведение журналистских мероприятий с привлечением массовой аудитории.	При помощи блога проводятся независимые опросы, флэшмобы, сборы подписей, акции. Собрать массовую аудиторию в блогосфере можно за более короткий промежуток времени, чем по каналам традиционных медиа.
Идеологическая функция	Связана со стремлением оказать глубокое влияние на мировоззренческие основы и ценностные ориентации аудитории, на самосознание людей, их идеалы и стремления.	Блог служит для журналиста доступной и безопасной площадкой для выражения собственного компетентного мнения, которое по причине редакционной политики не попадает в публикацию или эфир.
Культурно-образовательная функция	Традиционные медиа участвуют в пропаганде и распространении в жизни социума ценностей «высокой» культуры, а также воспитывают людей на образцах общемировой культуры, тем самым способствуя всестороннему развитию человека.	«Новые медиа» выстраиваются сегодня не столько на платформе «игровых принципов», сколько на базе привычных социальных принципов, определяющих человеческие отношения в среде «офлайн».
Рекламно-справочная функция	Масс-медиа информируют, консультируют потребителя по тем или иным вопросам с целью сбыта товара.	Блог является эффективной рекламной площадкой как в виде рекламных статей, так и в виде баннерной рекламы.
Рекреативная функция	«Традиционная» журналистика ориентирована на достижение стандартов объективности, просвещения, оперативного монологического оповещения	Блог-журналистика предполагает также следование нормам коммуникативного взаимодействия и принципу «удовольствия от текста».

Проведенное Е.П. Прохоровым сравнение показывает, что блоггерство довольно заметно отличается от традиционной журналистики по критериям возможности коммуникации, получения обратной связи, скорости распространения информации, внешнего контроля за контентом, следования определенным стандартам.

Е. Кучер отмечает, что, хотя активность и востребованность блогов и частичное выполнение ей функций журналистики несомненны, назвать блоги СМИ в профессиональном смысле нельзя. Отождествлению блогов со СМИ препятствует, в частности, расхождение их целей и задач. Блоги ведутся по желанию и в интересах самих авторов, а действия СМИ направлены на обслуживание общественного интереса. Объединению блогов и СМИ в единую группу препятствует недостаточная правовая разработанность функционирования данной сферы. Случается, что блоггеры в своих дневниках разжигают межнациональные конфликты, призывают к экстремизму, но привлечь к ответственности не сотрудника СМИ, а зарегистрированного пользователя в интернете, невозможно [6].

К.А. Орлова, К.А. Кирилин, А.В. Пустовалов, И.А. Березина пишут, что блоггеры не всегда соблюдают те требования к текстам, которые предъявляет профессиональная журналистика. Неограниченная свобода позволяет отменить понятие «формата», игнорировать такие обязательные принципы журналистики, как проверка достоверности информации, ссылка на источники, представление нескольких точек зрения [8; 13].

Н.И. Федосеева и Я.В. Кихтан отмечают, что факты, приводимые блоггерами, подвергаются только читательской проверке. Гражданским журналистам не нужно соблюдать определенные корпоративные, учредительские и редакционные принципы, а

системы наказаний для них практически не существует, в отличие от официальных изданий [15].

Д.С. Мамутова считает, что традиционная журналистика и блоггерство взаимосвязаны и взаимозависимы. Использование передовых авторских и писательских технологий – требование времени. Вместе с тем, журналистика блоггеров в значительной степени может заимствовать опыт традиционной, прежде всего в вопросах качества контента и ответственности за публикацию [7].

А.Г. Филатова делает вывод о том, что традиционные медиа и блогосфера тесно связаны между собой и, более того, конвергируют друг в друга, что позволяет обеспечить свободный обмен информацией и увеличивает скорость ее распространения по сети Интернет. Благодаря перемещению информации из традиционных СМИ в гражданские и наоборот увеличивается потенциальная аудитория контента. В таких условиях функция профессионального журналиста не теряется, а напротив, становится более важной. Развивается сложная система многоканальных дискуссий, мыслей и сотрудничества, когда опубликованная статья возвращается в блогосферу и дорабатывается там с учетом комментариев читателей. Таким образом, взаимодействие профессиональной и гражданской журналистики дает им возможность не конкурировать, а эффективно дополнять друг друга [16]. А. Попов считает, что блоги кардинально не меняют традиционную журналистику, но заставляют ее быть более оперативной, социально ответственной, интерактивной; они не совершают переворот в традиционной журналистике, а стимулируют ее развитие [10].

А. Васильев полагает, что публикации блоггеров в сравнении с традиционными СМИ – это как живопись импрессионистов в сравнении с греческими и римскими профилями в исполнении академических художников [5]. В. Варванин считает, что «никакой блогерской журналистики нет». «Блогов, претендующих на «журнализм», во всей вашей блогосфере – доли процента. И они ничем не отличаются от авторских колонок в обычных изданиях. Подавляющее большинство блогосферы – это абсолютно пустой треп, похмельные стоны и бесконечные препирательства... Только причем здесь журналистика?» [4].

Л.В. Эгардт отмечает, что «блоггерство и журналистика не так далеки друг от друга, как небо и земля, но и не похожи друг на друга, как две капли воды» [17, с. 223]. И блоггеры, и журналисты пишут тексты на социально значимые темы, которые читает определенная аудитория. Периодичность записок в блогах зависит от желания автора, а не от требований редакции. Как и СМИ, блоггерские статьи имеют определенное влияние на общество. Но ответственность журналистов перед законом, меньшая доля субъективности, проверенность информации создают огромное пространство между блоггерством и журналистикой. Это пространство не так уж огромно, но не считаться с ним невозможно, в связи с чем синонимичными эти два понятия назвать нельзя [17].

Итак, блоггерство или гражданская журналистика – социальный феномен, возникший в конце XX века. Блог создается самими обычными людьми и может быть сфокусирован на новостях, опыте или мнении. Он может быть личным или представлять какую-либо компанию, политическую партию. Единичные блоги, регулярно предоставляющие интересную общественности информацию и имеющие большое количество подписчиков, могут выполнять функцию средств массовой информации, а их авторы могут называться гражданскими журналистами, но в подавляющем большинстве случаев блоггерство представляет собой деятельность по созданию формы интернет-контента для обеспечения коммуникаций в сети между блоггером и подписчиками.

Список литературы:

1. Большая советская энциклопедия. URL: http://enc-dic.com/enc_sovet/Bolshaja-sovetskaja-jenciklopedija-113050 (Дата обращения: 16.02.2018)
2. Большой энциклопедический словарь. URL: http://enc-dic.com/enc_big (Дата обращения: 16.02.2018)

3. Вокуев Н.Е. Между дневником и масс-медиа: особенности блога как средства коммуникации // Аналитика культурологии. – 2011. - №19. – С. 156-163.
4. Интервью с Вячеславом Варваниным «Никакой блогерской журналистики нет». URL: <http://webplanet.ru/interview/business/2006/08/28/lenta.html> (Дата обращения: 18.11.2017)
5. Калмыков А. Интернет-журналистика. – М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2005.
6. Кучер Е. Блоги и СМИ: сходства и различия // Медиаальманах. – 2011. - № 3. - С. 55-63.
7. Мамутова Д.С. Блоги как форма общественной коммуникации // Вестник ВГУ. Серия: Филология. Журналистика. – 2012. - № 2. – С. 188-191.
8. Орлова К.А., Кирилин К.А. Блог как новая форма массовой коммуникации: особенности правового регулирования // Медиаисследования. – 2015. - № 2. – С. 192-201.
9. Петросян В.Г. Блоги: СМИ или платформа свободного выражения? // Фундаментальные и прикладные исследования в современном мире: материалы международной научно-практической конференции. – СПб., 2014. С. 134-138.
10. Попов А. Блоги – средство профессиональной журналистской коммуникации? // Медиаальманах. - 2011. - № 3. - С. 48-57.
11. Профессиограмма «журналист». URL: <http://profigrama.ru/profession/> журналист (Дата обращения: 22.02.2018)
12. Прохоров Е.П. Введение в теорию журналистики. - М., 2007.
13. Пустовалов А.В., Березина И.А. Новые формы журналистики во взаимодействии с гражданским обществом // Вестник Московского университета. Серия 10. Журналистика. - 2013. - № 1. – С. 40-51.
14. Романова Е. 99 популярных профессий. Психологический анализ и профессиограммы. – М., 2003.
15. Федосеева Н.И., Кихтан Я.В. Проблемы гражданской журналистики в России // Фундаментальные и прикладные научные исследования: актуальные вопросы, достижения и инновации: сборник статей победителей V Международной научно-практической конференции. – Пенза, 2017. С. 31-33.
16. Филатова О.Г. Блоги И СМИ, гражданская и традиционная журналистика: соотношение понятий // Вестник СПбГУ. Серия 9. - 2010. - № 4. – С. 281-288.
17. Экгардт Л.В. Блоггерство – гражданская журналистика или слухи? // Вестник ВГУ. Серия: Филология. Журналистика. – 2010. - №2. – С. 220-223.

Электронный научный журнал

СТУДЕНЧЕСКИЙ ФОРУМ:

№ 8 (29)
Апрель 2018 г.

Часть 1

В авторской редакции

Свидетельство о регистрации СМИ: ЭЛ № ФС 77 – 66232 от 01.07.2016

Издательство «МЦНО»
125009, Москва, Георгиевский пер. 1, стр.1, оф. 5
E-mail: studjournal@nauchforum.ru

16+

