

Учредитель АНО «Научно-внедренческий центр «Аркус»

Комплексная реабилитация: наука и практика
Российский научно-практический рецензируемый журнал
№ 1(9) 2010

Главный редактор – Заслуженный деятель науки Российской Федерации, профессор, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой неврологии педиатрического факультета Пермской государственной медицинской академии **Кравцов Юрий Иванович**

Заместитель главного редактора – доктор медицинских наук, директор Пермского краевого центра реабилитации инвалидов, профессор кафедры «Социальная работа» юридического факультета Пермского государственного университета, профессор кафедры общей психологии Института психологии Пермского государственного педагогического университета, эксперт по Восточной Европе в области реабилитации детей, больных детским церебральным параличом **Бронников Владимир Анатольевич**

Корректор **Гуляева Ю. С.**

Цена свободная

Тираж – 500 экземпляров

Адрес редакции: 614090, г. Пермь, ул. Лодыгина, д. 39

Адрес для писем: 614090, г. Пермь, а/я 2980, Надымовой Марине Сергеевне

Члены редакционной коллегии:

- Аникеева
Татьяна
Афанасьевна** главный эксперт Федерального государственного учреждения «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Пермскому краю» (г. Пермь)
- Бейн
Борис
Николаевич** доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой неврологии и нейрохирургии Кировской государственной медицинской академии (г. Киров)
- Блинков
Юрий
Андреевич** доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой социальной работы Курского государственного медицинского университета (г. Курск)
- Бобровницкий
Игорь
Петрович** доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора по научной работе Российского научного центра восстановительной медицины и курортологии Росздрава (г. Москва)
- Владимирский
Евгений
Владимирович** доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой факультетской терапии, клинической фармакологии, физиотерапии и традиционных методов лечения Пермской государственной медицинской академии (г. Пермь)
- Волочков
Андрей
Александрович** доктор психологических наук, профессор, заведующий кафедрой практической психологии, заместитель директора Института психологии Пермского государственного педагогического университета по научной и учебной работе (г. Пермь)
- Гайнетдинова
Дина
Дамировна** доктор медицинских наук, доцент кафедры неврологии с курсом медицинской генетики Казанского государственного медицинского университета (г. Казань)
- Евтушенко
Станислав
Константинович** доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный деятель науки и техники Украины, заведующий кафедрой детской и общей неврологии факультета постдипломного образования Донецкого государственного медицинского университета (г. Донецк, Украина)
- Замараева
Зинаида
Петровна** доктор социологических наук, заведующая кафедрой социальной работы юридического факультета Пермского государственного университета (г. Пермь)
- Зозуля
Татьяна
Викторовна** доктор медицинских наук, профессор кафедры социальной медицины, рекреации и адаптивной физической культуры Российского государственного социального университета, профессор кафедры психологии Российского университета инноваций (г. Москва)
- Зыков
Валерий
Петрович
Иванович
Георгий
Александрович** доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой неврологии детского возраста Российской медицинской академии постдипломного образования (г. Москва)
- Исанова
Валида
Адимовна** доктор медицинских наук, профессор кафедры неврологии и нейрохирургии факультета повышения квалификации и постдипломной подготовки специалистов Казанского государственного медицинского университета (г. Казань)
- Козель
Арнольд
Израилович** доктор медицинских наук, профессор, академик Российской Академии лазерных наук, Заслуженный врач Российской Федерации, директор Челябинского государственного института лазерной хирургии (г. Челябинск)
- Лысенко
Александр
Евгеньевич** профессор, заведующий кафедрой реабилитологии и реабилитационной индустрии Института переподготовки и повышения квалификации руководящих кадров и специалистов системы социальной защиты населения города Москвы, член-корреспондент РАМТН, член Совета по делам инвалидов при Председателе Совета Федерации, член координационного совета по делам инвалидов при Мэре Москвы, эксперт проекта «Система реабилитационных услуг для людей с ограниченными возможностями в Российской Федерации» Программы сотрудничества ЕС и России (г. Москва)

Магжанов Рим Валеевич	доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный врач Республики Башкортостан и Российской Федерации, заведующий кафедрой неврологии с курсом нейрохирургии и медицинской генетики Башкирского государственного медицинского университета (г. Уфа)
Мальцев Сергей Борисович	кандидат медицинских наук, доцент кафедры восстановительной медицины факультета повышения квалификации Санкт-Петербургской государственной медицинской академии (г. Санкт-Петербург)
Марголина Татьяна Ивановна	кандидат психологических наук, полномочный представитель президента Российской Федерации по правам человека по Пермскому краю (г. Пермь)
Мартынюк Владимир Юрьевич	доктор медицинских наук, директор Украинского медицинского центра реабилитации детей с органическими поражениями нервной системы, главный детский невролог Министерства здравоохранения Украины (г. Киев, Украина)
Петрухин Андрей Сергеевич	доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой неврологии педиатрического факультета Российского государственного медицинского университета (г. Москва)
Преображенский Виктор Николаевич	доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой восстановительной медицины и реабилитации Российской академии последипломного образования (г. Москва)
Прусаков Владимир Федорович	доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой детской неврологии Казанской государственной медицинской академии (г. Казань)
Рыболовлев Евгений Владимирович	доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора Уральского межрегионального центра курортологии и физиотерапии (г. Пермь)
Сакович Валерий Петрович	доктор медицинских наук, профессор, руководитель Уральского нейрохирургического центра, заведующий кафедрой нервных болезней Уральской государственной медицинской академии (г. Екатеринбург)
Сиротин Александр Борисович	кандидат медицинских наук, заведующий кафедрой физической культуры Пермской государственной медицинской академии, заведующий отделением спортивной медицины Пермского краевого врачебно-физкультурного диспансера (г. Пермь)
Смыгчѣк Василий Борисович	доктор медицинских наук, профессор, директор Белорусского государственного учреждения «Научно-исследовательский институт медико-социальной экспертизы и реабилитации» (г. Минск, Беларусь)
Тверская Ольга Николаевна	кандидат педагогических наук, заведующая кафедрой логопедии Пермского государственного педагогического университета (г. Пермь)
Трошин Владимир Дмитриевич	Заслуженный деятель науки Российской Федерации, доктор медицинских наук, профессор кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики Нижегородской государственной медицинской академии (г. Нижний Новгород)
Шестаков Владимир Васильевич	доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой неврологии с курсом нейро-реабилитации факультета постдипломного образования врачей Пермской государственной медицинской академии (г. Пермь)
Шоломов Илья Иванович	доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой нервных болезней Саратовского государственного медицинского университета (г. Саратов)
Ярская- Смирнова Елена Ростиславовна	доктор социологических наук, профессор кафедры социальной антропологии и социальной работы Саратовского государственного технического университета, научный руководитель Центра социальной политики и гендерных исследований (г. Саратов), профессор Государственного университета – Высшей школы экономики (г. Москва)



Уважаемые коллеги!

Перед Вами новый выпуск журнала «Комплексная реабилитация: наука и практика». В этом году он будет выходить по мере поступления статей, ожидаем 6 – 10 выпусков.

В этом номере журнала предоставлены статьи, раскрывающие научно-практический опыт регионов России, обозначены основные проблемы медико-социальной экспертизы и реабилитации больных, травмированных и инвалидов, социальной реабилитации граждан, нуждающихся в помощи медицинских, педагогических, социальных и других работников для повышения (восстановления) качества их жизни.

На страницах журнала рассматриваются вопросы функционирования деятельности специализированных учреждений, публикуются оригинальные статьи, посвященные современным медицинским технологиям, методам психосоциальной и психокоррекционной помощи.

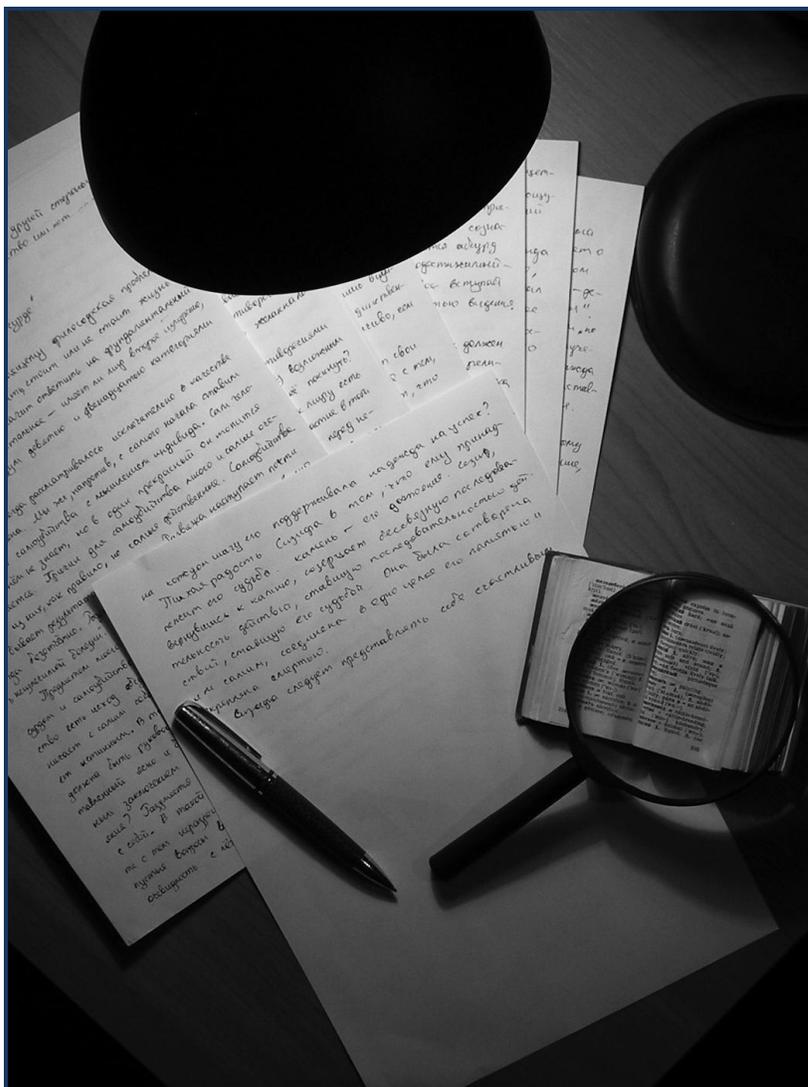
Большое значение в журнале уделяется публикациям новых законодательных, правовых, информационных материалов по вопросам, связанным с различными аспектами реабилитации. В ближайших выпусках планируется разместить анонсы диссертационных работ по основным направлениям журнала, а также публиковать материалы о известных личностях, имеющих ограничения жизнедеятельности.

С уважением и надеждой
на дальнейшее сотрудничество,

A handwritten signature in blue ink on a yellow background. The signature appears to be 'Kravtsov'.

Кравцов Ю. И.

Часть 1



Вопросы организации

Патентная защита интеллектуальных продуктов и технических средств реабилитации инвалидов

Слыхов А. А., Терешкина Т. М.

*Компания патентных поверенных «ЗнакЪПатента»,
г. Москва*

Чтобы создать не только функционально пригодные, но и привлекательные по дизайну и конкурентоспособные технические средства реабилитации людей с ограничениями жизнедеятельности, нужны новые реабилитационные технологии и соответствующие им новые конструктивные принципы и интеллектуальные разработки, касающиеся как самих материальных объектов, так и способов изготовления и применения этих объектов.

Ключевые слова: *новые реабилитационные технологии, интеллектуальный продукт.*

To create not only functionally suitable, but also attractive on design and competitive means of rehabilitation of people with restrictions of ability to live, new rehabilitation technologies and new constructive principles corresponding them and the intellectual development concerning both material objects, and ways of manufacturing and application of these objects are necessary.

Key words: *new rehabilitation technologies, intellectual development.*

Что бы ни говорили, а можно отметить, что в последнее время все-таки больше внимания стали уделять проблемам инвалидов и людей с ограниченными возможностями. Начали появляться различные устройства и приспособления для адаптации этих людей к обычным процессам жизнедеятельности для облегчения повседневной жизни людей с инвалидностью и другими ограничениями.

Естественно, чтобы создать не только функционально пригодные, но и привлекательные по дизайну и конкурентоспособные технические средства реабилитации людей с ограничениями жизнедеятельности, нужны новые реабилитационные технологии и соответствующие им новые конструктивные принципы и интеллектуальные разработки, касающиеся как самих материальных объектов, так и способов изготовления и применения этих объектов.

В России существуют две традиционные проблемы стратегического значения:

- первая – в России слишком много идей, много разработок, но мало их достигает стадии реализации, а если и достигает, то имеет часто неприглядный дизайн и неудовлетворительные эксплуатационные показатели из-за небрежного воплощения прогрессивных решений,
- вторая – отсутствие желания заниматься патентно-правовой защитой своих интеллектуальных и технических достижений.

Такое отношение приводит к тому, что наши незапатентованные решения патентуются за рубежом и даже в России зарубежными фирмами, что приводит к запрету производства и реализации во многих странах созданных у нас же технических решений.

При этом, типична такая практическая ситуация, когда отечественная фирма разработала серию объектов, а в Америке запатентовали четыре из них, руководитель спокойно сказал: «Ну и пусть, а мы разработали еще три более совершенных». В результате конкуренты сделали изделия по устаревшим патентам с высокими эргономическими и экологическими показателями, прекрасным дизайном, малым весом, а отечественные разработчики сделали по более совершенной идее изделия с противоположными качествами, такими, например, что для удержания в руке и манипулирования этим устройством пришлось через блок к нему прикрепить противовес. Не вызывает сомнения, какой аппарат победил в конкурентной борьбе.

Зарубежные исследователи, разработчики, производители и продавцы продукции патентуют все – научные результаты, конструкции, методики, технологию, товарные знаки (бренды, логотипы) на изделия и т. д. Поэтому их интеллектуальная и промышленная собственность защищена национальным и международным законодательством. За нарушение исключительных прав патентообладателей в мире выплачиваются миллиардные неустойки, а обладатели патентов имеют предпочтения перед другими при проведении тендеров.

Наличие патентов и зарегистрированных товарных знаков для иностранных партнеров имеет первостепенное значение, поэтому иностранный партнер перед заключением договора с отечественной фирмой просит положить все патенты на стол, чтобы принять окончательное решение.

В России до сих пор сохраняется советское отношение к патентованию интеллектуальных достижений, когда все изобретения считались всенародным достоянием, выдава-

лись соответствующие авторские свидетельства, которые мог использовать любой желающий без спроса у владельца и автора.

Однако, оставшаяся с тех времен привычка в настоящее время приводит к очень серьезным последствиям, поскольку сейчас в России на интеллектуальные достижения данного вида выдаются только патенты исключительного права и, каждый, использовавший патент без согласия патентообладателя несет материальные и моральные убытки. Поэтому многие удивляются тому, что их привлекают к суду за неразрешенное использование запатентованных объектов. За подобные нарушения предусмотрены суровые меры наказания вплоть до лишения свободы.

В настоящее время ситуация усугубилась из-за отсутствия на многих предприятиях квалифицированных патентных работников в результате ликвидации патентных отделов и существовавшей в СССР системы, охватывающей изобретателей, конструкторов, патентоведов, Бюро рационализаторов и изобретателей (БРИЗ), Всесоюзное общество изобретателей и рационализаторов (ВОИР), систему учета показателей работы предприятия и т. д.

В связи с изложенным вызывает озабоченность и снижение научно-исследовательской активности в России. Аналитики агентства Thomson Reuters в статье «Китай вышел в лидеры по темпам научного прогресса, а Россия отстала» (сайт <http://www.rb.ru/topstory/science/2010/01/26/145713.html> [3]) полагают, что этот «шокирующий» спад для страны, долгое время являвшейся одним из лидеров в мировой научной жизни, связан не только с утечкой мозгов и тяжелым периодом 1990-х, но и с падением интереса к науке в целом, которое наблюдается в России.

Как пишет газета Financial Times (Wednesday Jan 27 2010 All times are London time)

[8], если 20 лет назад, перед распадом СССР, Россия была научной супердержавой, где осуществлялось на порядок больше научных исследований, чем в Китае, Индии и Бразилии вместе взятых, то теперь она «тащится» в хвосте.

Вызывает опасение и массовое получение российских патентов иностранными фирмами, которые сокращают поле свободных исследований и разработок отечественным предприятиям и авторам, вынужденным творить в ограниченном интеллектуальном пространстве.

При этом следует учитывать, что проблема патентной защиты своих достижений не завладела умами руководителей отечественных предприятий. В этом можно также убедиться и на опыте производителей технических средств реабилитации людей с ограничениями жизнедеятельности. Так, в просмотренных сайтах предприятий, выпускающих продукцию более 12 лет в качестве рекламы указано все: и внешний вид, и качество, и сертификаты, и то, что фирма ведет постоянно исследования и разработки, но не указано, что фирма имеет хотя бы один патент на эти разработки или зарегистрированный товарный знак. Что мешает иностранным фирмам запатентовать их разработки в своих странах и запретить в России производство, выпуск и продажу указанных изделий истинному разработчику? Как показывает практика, отечественные разработчики практически не просматривают и не изучают патенты в исследуемой области и нередко не знают мировых тенденций из перспективного уровня техники по патентам, опережающим достигнутый уровень развития на 10 – 15 лет.

Нарушением исключительного права патентообладателя признается несанкционированное изготовление, применение, ввоз,

предложение к продаже, продажа и иное введение в хозяйственный оборот или хранение с этой целью продукта, содержащего запатентованное изобретение, полезную модель, промышленный образец, зарегистрированный товарный знак.

В области технических средств реабилитации людей с ограничениями жизнедеятельности известно, что разрабатывать и что патентовать, и даже есть прямые правительственные указания по этому поводу. Так, в Распоряжении Правительства Российской Федерации от 21.10.2004 № 1343-Р [6] установлен следующий Федеральный перечень реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду: восстановительная терапия; реконструктивная хирургия; санаторно-курортное лечение; протезирование и ортезирование; обеспечение профессиональной ориентации инвалидов. Там же определены и виды технических средств реабилитации:

- трости опорные и тактильные, костыли, опоры;
- кресла-коляски с ручным приводом (комнатные, прогулочные);
- кресла-коляски малогабаритные;
- абсорбирующее белье, памперсы;
- специальные средства при нарушениях функций выделения при противоестественных отверстиях – стомах;
- кресла-стулья с санитарным оснащением;
- собаки-проводники с комплектом снаряжения;
- приборы для письма рельефно-точечным шрифтом Брайля;
- книги со специальным рельефно-точечным шрифтом Брайля;
- слуховые аппараты;

- декодеры для приема телепрограмм с субтитрами;
- протезы, в том числе эндопротезы, и ортезы;
- ортопедическая обувь, специальная одежда.

Однако данный перечень не может охватить все разнообразие интеллектуально-технических разработок в области социальной интеграции инвалидов и реабилитационной медицины, поэтому возможно появление новых методов и средств и развитие таких направлений как, например, техника для восстановительной медицины.

В России правовая защита распространяется на объекты интеллектуальной собственности и также регламентируется законами и нормативными документами.

Согласно Парижской конвенцией по охране промышленной собственности от 20 марта 1883 года (далее Конвенция) [5] интеллектуальная собственность, которая является творением человеческого разума, результатом творческого труда условно охватывает две сферы прав – права промышленной собственности и авторские права на произведение науки, литературы и искусства, хотя, фактически все виды интеллектуальной собственности, в том числе изобретения, полезные модели, промышленные образцы и т. д. имеют автора, т. е. являются объектами как патентного, так и авторского права.

Промышленная собственность – это собирательный правовой термин, касающийся коммерческой и производственной деятельности, который используется для обозначения исключительного права на нематериальные ценности.

К объектам охраны промышленной собственности относятся патенты на изобретения, полезные модели, промышленные образ-

цы, а также свидетельства исключительного права на средства индивидуализации товаров и услуг (товарные знаки, знаки обслуживания, фирменные наименования, коммерческие обозначения, и наименования мест происхождения товаров), программы для ЭВМ, базы данных и топологии интегральных микросхем.

Промышленная собственность защищается на международном уровне в соответствии с Конвенцией Всемирной организацией интеллектуальной собственности (ВОИС), наиболее значимым проектом которой является Договор о патентной кооперации (РСТ – Patent Cooperation Treaty), участниками которого настоящее время являются 139 стран мира [2].

Правовая охрана промышленной собственности осуществляется путем подачи национальных заявок на объекты промышленной собственности для получения патентов или свидетельств. Эти охранные документы удостоверяют исключительное право обладателя охранного документа на использование зарегистрированного объекта промышленной собственности на территории России, которое, например, для товарных знаков маркируется значком ®, а для объектов авторского права – значком ©, copyright.

Основная цель патентования – получение коммерческой выгоды от беспрепятственного выпуска запатентованного изделия и возможности монополизировать рынок, выгоды от продажи своей запатентованной идеи, а также от разрешения на использование патента по лицензионному договору или продаже патента (уступки в порядке добровольного коммерческого отчуждения).

Кроме того, патенты и свидетельства на товарные знаки как нематериальные активы можно внести в уставной капитал создаваемо-

го предприятия, а права на владение ими можно продать.

Еще одна опасность подстерегает отечественных производителей из-за традиционного пренебрежения патентными правами на технические решения других разработчиков – это нарушение патентной чистоты.

Патентная чистота – это юридическое свойство объекта, обеспечивающее возможность свободного использования продукта в данной стране без опасности нарушения действующих на ее территории патентов исключительного права, принадлежащих третьим лицам. Патентная чистота распространяется как на разработанные технические объекты, так и на техническую документацию, по которой они выпускаются. Фактически патентная чистота – это, образно говоря, «чужой забор» на охраняемой территории со всеми, вытекающими из этого последствиями, в то время, как обладание патентами равноценно забору, ограждающему свою территорию от посягательств.

Патентная чистота устанавливается системой стандартов единой системы конструкторской документации (ЕСКД), разработки и постановки продукции на производство (стандарты: ГОСТ Р 15.011-96 «Система разработки и постановки продукции на производство, патентные исследования» и ГОСТ 15.012.84 «Система разработки и постановки продукции на производство. Патентный формуляр»).

Таким образом, патентно-правовая защита объектов промышленной собственности осуществляется по двум направлениям: «патентоспособность» – патентами и свидетельствами исключительного права и «патентная чистота» – патентным формуляром, являющимся обязательным документом в при экспортных операциях.

Для отечественных заявителей патентование своих достижений в виде объектов промышленной собственности за рубежом преследует цели защиты своей продукции от претензий третьих лиц в странах, куда она будет поставляться, и от подделок недобросовестными конкурентами в станках-производителях аналогичной продукции.

Для целей экспорта используется зарубежное патентование, которое может быть осуществлено разными путями: национальное патентование (подача патентной заявки непосредственно в выбранную страну); региональное патентование (подача заявок в международные организации, включающие в свой состав несколько стран, например, Европейская патентная организация (ЕПО) – для стран ЕЭС, Евразийская патентная организация (ЕАПО) – для стран СНГ; международное патентование под эгидой ВОИС (РСТ – Договор о патентной кооперации) – по изобретениям и полезным моделям, Мадридское соглашение 1891 года [4] – по товарным знакам, распространяющееся на 56 стран.

Зарубежное патентование может осуществляться как юридическими, так и физическими лицами (авторами), причем для индивидуальных авторов предусмотрена 75% скидка на уплату пошлин.

Выбор процедуры патентования объектов промышленной собственности за рубежом должен учитывать как свои финансовые возможности, так и техническое развитие зарубежных стран.

В Российской Федерации патентное законодательство по своему уровню соответствует аналогичным законам передовых стран.

Вопросам защиты интеллектуальной собственности посвящена IV часть Гражданского кодекса РФ [1], касающаяся авторского права, возникающего объективно в результате

«обнародования» произведения и патентного права, где исключительные права на объекты промышленной собственности возникают не по факту создания объекта, а только в связи с его регистрацией в государственном реестре.

В соответствии с ГК РФ подтверждением исключительных прав на изобретение, полезную модель, промышленный образец является патент, а на товарный знак, наименование места происхождения, программу для ЭВМ, базу данных – свидетельство, выдаваемые монополично Федеральной службой по интеллектуальной собственности, патентам и товарным знакам (Роспатент).

В последнее время отмечается бурная коммерциализация в области товарных знаков. Регистрация товарного знака необходима для охраны прав его владельца (юридического лица или индивидуального предпринимателя) от недобросовестной конкуренции.

Владелец зарегистрированного товарного знака имеет исключительное право:

- пользоваться и распоряжаться товарным знаком, а также запрещать его использование другими лицами;
- запрещать ввоз и вывоз конкурентами товаров под Вашей маркой через таможенную;
- являться собственником нематериальных активов;
- вкладывать свою интеллектуальную собственность (товарный знак) во вновь учреждаемые предприятия;
- не давать иным лицам под каким-либо предлогом зарегистрировать его товарный знак и предъявлять ему претензии;
- активно рекламировать свой товарный знак на рынке страны;

- наращивать его узнаваемость и стоимость,
- имеет широкие возможности для судебной защиты товарного знака.

Нарушение исключительных прав владельца товарного знака влечет за собой гражданскую, административную и уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Запатентованные объекты – это интеллектуальная собственность, имеющая конкретного владельца, который обладает исключительным правом распоряжаться ей по своему усмотрению. Эта собственность нематериальна, но, тем не менее, она может быть оценена, продана, уступлена, заложена, внесена в качестве паевого взноса. Это же относится и к объектам авторского права, распространяющегося на произведение науки, литературы и искусства, в том числе дизайнерские решения, методики, схемы, чертежи, сборники, эскизы товарных знаков, альбомы и т. п.

Принципиальными отличиями охраны этих объектов от возникновения исключительных прав на объекты промышленной собственности является то, что объекты авторского права охраняются без регистрации с момента обнародования (создания).

За последнее время на стыке авторского и патентного права возникло целое направление патентной правовой охраны объектов, являющимися объектами не патентного, а авторского права. Это касается программного обеспечения, которое защищается авторским правом и имеет предупредительную маркировку «©, copyright».

Фактически путем патентных приемов происходит подмена авторской защиты программного обеспечения запатентованными конструктивными признаками компьютеров в увязке с признаками аппаратного процесса

использования этого программного обеспечения. Такая защита, называемая «софтверные патенты», возникла и официально распространилась в США, теперь она внедряется в Европе и появляется в России.

Софтверный патент – это патент не на действия компьютера (являющиеся особым видом изобретения «способ»), а на технические решения в конструкции компьютера, налагающие косвенную защиту и на компьютерные программы, что обеспечивает исключительные права на некоторые приемы программирования. В Европе и России ведется борьба с этим явлением, но софтверные патенты уже появились.

В непростой ситуации, связанной с защитой интеллектуальной (промышленной) собственности, в помощь исследователям, разработчикам и авторам в России воссоздан институт патентных поверенных Федеральным законом № 316-ФЗ от 30.12.08 «О патентных поверенных» [7].

Каждый патентный поверенный зарегистрирован в Роспатенте после аттестации по программе, утвержденной Советом Министров РФ, имеет свидетельство о государственной регистрации с присвоенным регистрационным номером, обладает значительным опытом практической работы в патентной сфере, в том числе экспертами Роспатента.

По действующему патентному законодательству любое иностранное лицо может подать заявку в Роспатент только через патентного поверенного. То есть для иностранцев обращение к патентному поверенному является обязательным. Любое российское (или приравненное к российскому) лицо может подать заявку как самостоятельно, так и через патентного поверенного.

Однако, как показывает опыт последних лет, отечественному заявителю также выгодно

оформлять правовую защиту своих достижений через патентных поверенных за счет быстрого, профессионального и качественного выполнения работ и знания ими всех технологических процессов и тонкостей экспертизы. К патентным поверенным обращаются как крупные предприятия, имеющие свои патентные и юридические отделы, так и индивидуальные авторы.

Одной из причин бурного развития патентного дела в России послужило массовое нарушение авторских и патентных прав, рассматриваемое в судебном порядке. Это обусловлено ощущением возможности и практикой защиты своих зарегистрированных прав в суде, которые, несмотря на отсутствие специалистов со знанием вопросов интеллектуальной собственности, успешно решают дела с привлечением специалистов Роспатента и патентных поверенных.

Совершенствуется и защита авторов в судебном порядке, которые зачастую не знают своих прав, а работодатели тоже и по незнанию, и умышленно не оформляют всех правоустанавливающих документов, в результате чего и сами несут убытки.

Обобщая изложенное, можно однозначно сказать, что права на промышленную собственность принадлежат только владельцу документа исключительного права, при этом владельцами патентов могут быть и юридические и физические лица, а владельцами свидетельств на средства индивидуализации – только юридические лица и индивидуальные предприниматели.

По словам Джонатана Адамса [3], директора отдела исследований агентства Thomson Reuters, несмотря на массовый исход подающих надежды ученых из России после распада СССР, в стране осталось еще много талантливых ученых и в интересах всего ми-

рового сообщества способствовать усилению научного знания в России путем проектов по совместному финансированию. Таким образом, в России изобретатели есть, разработки

есть, современное патентное законодательство есть, осталось осуществлять правовую защиту своих интеллектуальных достижений и соблюдать законы.

Список литературы

1. **Гражданский Кодекс** Российской Федерации, ч. 4, раздел VII, 2008.
2. **Договор** о патентной кооперации (РСТ), ВОИС / официальный русский текст. – Женева, 1986.
3. **Китай** вышел в лидеры по темпам научного прогресса, а Россия отстала. – <http://www.rb.ru/topstory/science/2010/01/26/145713>
4. **Мадридское соглашение** // Сборник Международные договоры и соглашения в области охраны промышленной собственности. – М.: Роспатент, 1994.
5. **Парижская Конвенция** по охране промышленной собственности от 20.03.1883 // Сборник Международные договоры и соглашения в области охраны промышленной собственности. – М.: Роспатент, 1994.
6. **Распоряжение** Правительства РФ от 21.10.2004 №1343-Р
7. **Федеральный закон** № 316-ФЗ от 30.12.08 «О патентных поверенных»
8. **Financial Times**. – Wednesday, Jan 27, 2010 (All times are London time)

Компания патентных поверенных ЗнакъПатента



Компания патентных поверенных ЗнакъПатента (Znakpatenta) оказывает услуги по правовой защите изобретений, полезных моделей, промышленных образцов, товарных знаков. Рекомендации конструкторам и изобретателям по обеспечению патентоспособности и «обхода чужих» патентов. Патентные права работодателей и авторов, патентно-лицензионные договоры.

Среди наших партнеров отечественные научно-исследовательские и проектно-конструкторские предприятия, заводы и бизнес-фирмы, автомобильной промышленности, строительства и строительных материалов, наземного, водного и воздушного транспорта, радио-электротехники, химического машиностроения, нефтегазовой отрасли, легкой промышленности, медицинской техники и других отраслей, а также рекламные и PR компании. Конфиденциальность и качество гарантируются.

В компании работают два патентных поверенных России (один из них – Евразийский патентный поверенный), обладающие большим опытом практической работы в:

- ✓ государственной патентной экспертизе и отраслевых патентных службах;
- ✓ конструкторско-исследовательской, сертификационно-испытательной и аналитической областях;
- ✓ оказании с 1994 года патентных услуг известным отечественным и зарубежным фирмам и предприятиям различного профиля деятельности ;
- ✓ являются авторами изобретений и имеют свыше 50 печатных трудов в области научных исследований, конструирования, испытаний, сертификации и патентного дела

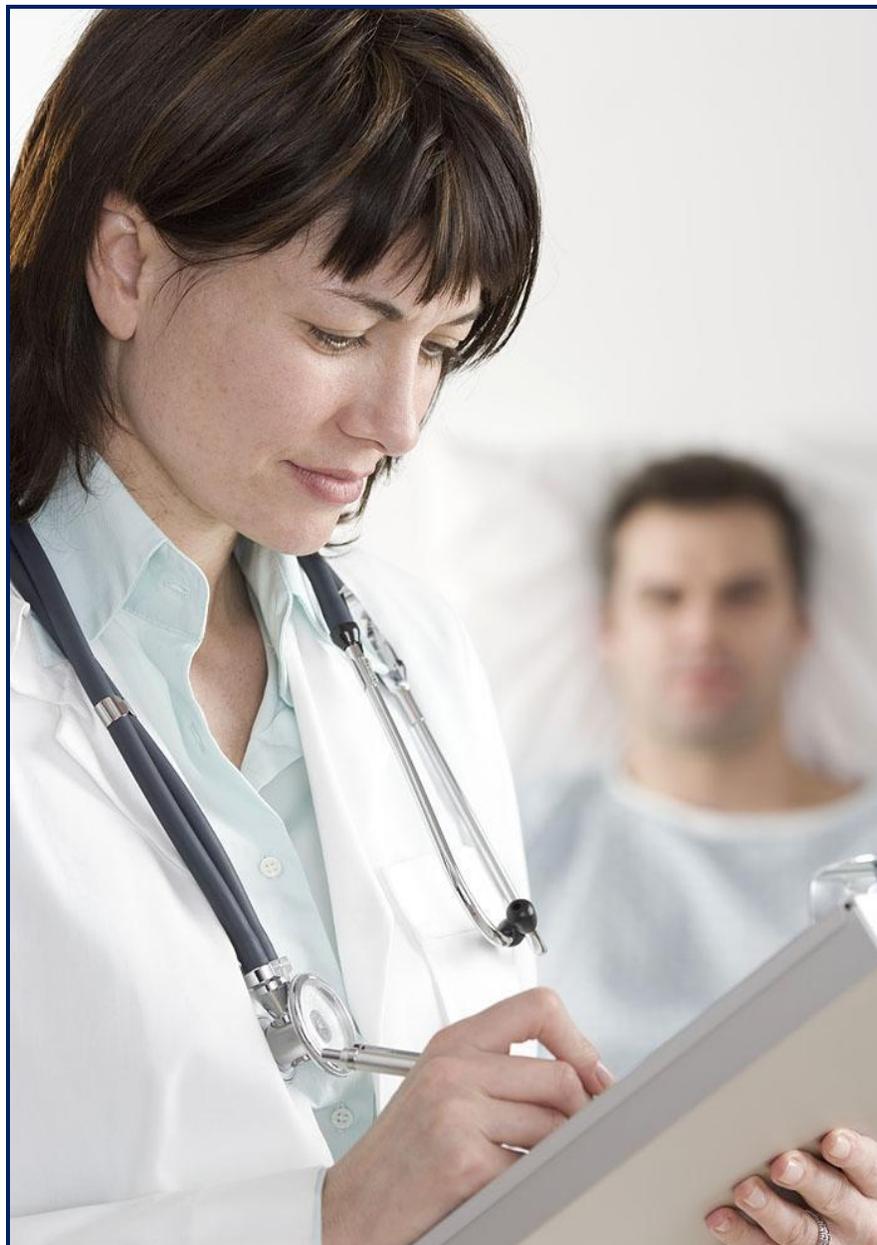
Контакты: Россия, 109382, г. Москва, а/я (post box) № 16, Слыхову А. А.

Тел/факс: (495) 351-2075, моб.тел.: (916) 357-7660, (916) 357-7674.

Эл почта: par136@rambler.ru; par54@rambler.ru; evrapat238@mail.ru.

Сайт: <http://www.znakpatenta.ru>

Часть 2



Медицинский этап реабилитации

УДК 616.72-07-089.168

Концептуальный подход к диагностике, выбору адекватного способа операции с обеспечением благоприятных исходов в реабилитации больных с псевдоартрозами

*Бауэр И. В., Казарезов М. В., Королева А. М.,
Жиленко В. Ю., Экиаров А. Г., Бгатова Н. П.
ООО «Лечебно-оздоровительный научный центр»,
Государственная областная клиническая больница,
Городская клиническая больница № 34
г. Новосибирск*

В работе представлены результаты лечения 754 больных с псевдоартрозами различных локализаций опорно-двигательного аппарата. За основу результативности взята диагностика нарушений репаративного процесса в области нарушенного остеогенеза. А выявленный вид псевдоартроза, обеспечивал выбор дифференцированного способа оперативного лечения. Сравнительное изучение исходов лечения в исследуемой и контрольной группах, выявило хорошие и удовлетворительные результаты в первой у 97,9% , а в контрольной у 86,8% больных. Результаты подтверждены статистической обработкой.

Таким образом, главным в обеспечении хороших результатов лечения больных с ложными суставами, является определение вида несращения и выбор дифференцированного способа оперативного лечения.

Ключевые слова: *пациенты с псевдоартрозами.*

Treatment results of 754 patients with pseudoarthrosis of various localizations in locomotive system, which were divided into two groups (both the investigated and control groups included 377 patients) has been presented at this paper. The diagnosis of impairments of reparative process in the sphere of damaged osteogenesis in the investigated group with identification of false joint has been taken as the basis of effectiveness. The revealed type of pseudoarthrosis in the investigated group under the authorized diagnosis method provided the choice of differential surgery method. The result study in both the investigated and control groups showed good and satisfactory results in 97,9 % patients in the investigated and 86,8 % in control groups.

The definition of healing failure type and the choice of differential surgery method have been the key conditions in providing good results.

Key words: *patients with pseudoarthrosis.*

Введение. Ложные суставы при переломах костей, являются одним из наиболее частых и серьезных осложнений, приводящих к инвалидности от травм опорно-двигательного аппарата [1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9].

Отсутствие достоверных методов диагностики и причин возникновения ложного сустава

и возможностей влияния на регенерацию кости, как при консервативном так и при оперативном лечении переломов вынуждает на проведение исследований в этом направлении.

Материалы и методы. Среди изученных нами больных было 596 (79 %) мужчин и 158 (21 %) женщин. Наша работа основана на изу-

чении 754 больных с несросшимися переломами и ложными суставами костей опорно-двигательного аппарата, распределение которых приведено в табл. 1.

Для определения вида псевдоартроза проведены различные исследования, в т. ч. и предложенным нами способом [2], а также световая и электронная микроскопия, которые позволили систематизировать выявленные признаки, характерные для определенного вида псевдоартроза. Все клинические, рентгенологические, флебографические и морфологические признаки основных видов несращения (гипертрофический, атрофический, нормотрофический) были сгруппированы в единую таблицу для их идентификации. Диагностические признаки и критерии различных видов ложных суставов отражены в табл. 2.

Имея набор названных признаков довольно легко провести диагностику вида ложного сустава. Все больные исследуемой и контрольной групп распределены соответственно выявленных нарушений в зоне несращения. Особенно строгим подход к выявлению признаков репаративных нарушений в каждой из обозначенных видов псевдоартрозов был в исследуемой группе, когда для достижения результата лечения за основу признавался вид ложного сустава. Распределение больных по видам несращений отражено в табл. 3.

Полученные результаты исследований позволили выработать стандарты оперативных вмешательств, при выявлении определенного вида ложного сустава, независимо от локализации и причин его возникновения.

Подбор объема и характера операций в исследуемой группе осуществлялся в зависимости от вида выявленного несращения. В исследуемой группе не выполнялись операции с низкой результативностью (операция Бека, погружной металлосинтез без декорткации и

костной пластики). Значительно увеличился внеочаговый компрессионно-дистракционный остеосинтез (ВКДО) с костной аутопластикой, билочального варианта ВКДО, погружных остеосинтезов с остеопериостальной декорткацией. В исследуемой группе внедрены новые операции. Оперативные вмешательства, проведенные в исследуемой и контрольной группах больных, отражены в табл. 4.

Таблица 1. Распределение больных с ложными суставами в зависимости от локализации

<i>Локализация</i>	<i>Число больных</i>	<i>Удельный вес</i>
Ключица	38	5,0 %
Плечо	67	8,9 %
Обе кости предплечья	27	3,6 %
Локтевая кость	57	7,5 %
Лучевая кость	56	7,4 %
Ладьев. кость кисти	26	3,4 %
Пястные кости	2	0,2 %
Бедро	171	22,8 %
Надколенник	4	0,5 %
Голень	291	38,7 %
Лодыжки	15	2,0 %
Всего	754	100 %

Результаты. Результаты лечения псевдоартрозов проанализированы в сравнении, по периодам лечения, и здесь мы выявили значительные различия, о чем свидетельствуют данные табл. 5. Хорошие и удовлетворительные анатомо-функциональные исходы лечения в исследуемой группе получены у 97,9 % больных. Для сравнительной статистической обработки результатов повышен объем выработки (табл. 6). Статистическая обработка результатов лечения 754 больных проведена с использованием компьютерной программы «Статистика» и дисперсионного анализа непараметрическим методом с использованием критерия χ^2 и метода Фишера (табл. 7).

Таблица 2. Диагностические признаки различных видов ложных суставов

	<i>Виды ложных суставов</i>		
	<i>гипертрофический</i>	<i>атрофический</i>	<i>нормотрофический</i>
I. Клинические признаки			
кожные покровы	гиперемия, цианоз	бледные, цианоз	обычной окраски
трофические нарушения	гиперплазия тканей всего сегмента	атрофия тканей	не выражены
отечность	умеренная	постоянная	неактивная
патологическая подвижность	тугоподвижность	дистального отдела выраженная	отчетливая
опорная функция	нарушена умеренно	нарушение выражено	нарушение
II. Рентгенологические признаки			
	Гиперплазия кости, наличие замыкат пластинок, склероз отломков, сохранность регенеративного процесса	Атрофия кости с заострением отломков, замыкательные пластинки, остеопороз с остеонекрозом или выраженный склероз: репаративный проц. резко угнетен.	Незначительное нарушение структуры кости, репаративн. процесс сохран. наличие замык. пластинок с интерпозицией тканей
III. Флебोगрафические			
	ЦВК извит, дополнительные признаки. колена хорошее периостальное кровообращение сохранены в/костные сосуды протяженность склероза менее 5 мм	Выраженные изменения ЦВК, с-м «контрастного озера», с. «мраморного рисунка» с. «ампутации вен» бессосудистая зона и склероз более 10мм.	Умеренное изменение ЦВК сохранено периостальное кровообращение, бессосудистая зона и склероз до 5мм
IV. Световая микроскопия			
	Частое расположение капилляров с открытыми просветами. Поверхность костных отломков покрыта гиалиновым хрящем с высокодифференцированными хондроцитами. Встречаются митотически делящиеся и гипертрофические клетки. На границе с костной тканью широкая зона кальцификации.	Слабая васкуляризация, стаз эритроцитов. Капсула сустава фибрирована с зонами некроза. На поверхности костных отломков хрящевая ткань представленная малодифференцированными хондроцитами и волокнистыми структурами. Пенетрация сосудов отсутствует.	Промежуточное положение Достаточное кол-во открытых просветов капилляров. Хрящевая выстилка имеет гетерогенное строение. В зонах нагрузки широкие пласты высоко дифференц. хряща. Костная ткань представлена склерозированными балками

V. Электронная микроскопия

В эндоцитах увеличение численной плотности митохондрий, увеличение объемной плотности эндоплазматического ретикулула, увеличение численной плотности прикрепленных рибосом. Высокая концентрация в фибропластах всех цитоплазматических органоидов	В эндотелиоцитах снижение концентрации внутренней мембраны митохондрий, уменьшение численной плотности прикрепленных и свободных рибосом. Уменьшение микропиноцитозных везикул и увеличение лизосом. Низкая концентрация в фибропластах всех цитоплазматических органоидов	В эндотелиоцитах хорошо представлены все цитоплазматические органоиды и микропиноцитозные везикулы. В фибропластах также хорошо представлены все цитоплазматические органоиды, но наблюдается набухание цистерн гранулярного эндоплазматического ретикулула и митохондрий
--	--	---

Таблица 3. Распределение больных по видам несращения костей

<i>Вид несращения</i>	<i>Все больные</i>		<i>Контрольная группа</i>		<i>Исследуемая группа</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Замедленная консолидация	6	0,8	6	1,6	-	-
Неконсолидированный перелом	63	8,3	53	14,1	10	2,7
Атрофический псевдоартроз	272	36,1	146	38,7	126	33,4
Гипертрофический псевдоартроз	195	25,8	113	30,0	82	21,7
Нормотрофический псевдоартроз	98	13,0	-	-	98	26,0
Инфицированный псевдоартроз	67	8,9	37	9,8	30	8,0
Псевдоартрозы и костн. дефекты	48	6,4	20	5,3	28	7,4
Врожденные псевдоартрозы	5	0,7	2	0,5	3	0,8
Итого	754	100	377	100	377	100

Таблица 4. Оперативные вмешательства, выполненные больным в контрольной и исследуемой группах

<i>Виды оперативных вмеша- тельств</i>	<i>Всего больных</i>		<i>Контрольная группа</i>		<i>Исследуемая группа</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
ВКДО	235	24,7	151	31,3	84	17,9
Билокальный остеосинтез по Илизарову	48	5,1	14	2,9	34	7,2
ВКДО + аутопластика	62	6,5	20	4,1	42	9,0
Погружной металлоosteосинтез с резекцией концов отломков и декортикацией	122	12,8	43	8,9	79	16,9
Погружной металлоosteосинтез с аутопластикой	154	16,2	75	15,5	79	16,8
Погружной металлосинтез	30	3,2	30	6,2	-	-
Операция Олби-Хахутова	28	2,9	26	5,4	2	0,4
Костная ауто-аллопластика	28	2,9	25	5,2	3	0,6
Закрытый остеосинтез с рас- сверливанием канала	8	0,8	4	0,8	4	0,8
Операция Бека	15	1,6	15	3,2	-	-
Замещение дефекта никелид- титаном или костным цемен- том	4	0,4	-	-	4	0,8
Коррекция ХВН	15	1,6	-	-	15	3,2
Катетеризация артерий	38	4,0	10	2,1	26	5,5
Эндопротезирование	16	1,7	4	0,8	12	2,6
Транспозиция малоберцовой кости по Илизарову	4	0,4	-	-	4	0,9
Свободная кожная пластика	19	1,9	8	1,6	11	2,3
Пластика лоскутами на ножке	9	0,9	2	0,4	7	1,5
Секвестрэктомия	77	8,1	47	9,8	30	6,4
Микрохирургические опера- ции	15	1,6	0	-	15	3,2
Погружной металлосинтез	11	1,2	0	-	11	2,4
Ампутация	8	0,8	6	1,2	2	0,4
Прочие операции	6	0,6	3	0,6	3	0,6
Всего	952	100	483	100	467	100
Вспомогательные операции	157	15,6	26	4,9	89	18,7

Таблица 5. Результаты лечения больных с псевдоартрозами в исследуемой и контрольной группах

Локализация	Контрольная группа				Исследуемая группа			
	всего	хор.	удовл.	неуд.	всего	хор.	удовл.	неуд.
Голень	146	97	32	17	145	121	22	2
Бедро	85	58	16	11	86	68	15	3
Плечо	34	23	7	4	33	23	9	1
Локтевая кость	28	18	6	4	29	26	3	-
Лучевая кость	28	20	5	3	28	23	4	1
Ключица	19	11	5	3	19	14	5	
Обе кости пред- плечья	14	9	3	2	13	10	2	1
Ладьевидная кость кисти	13	7	2	4	13	11	2	-
Лодыжки	7	4	1	2	8	6	2	-
Надколенник	3	2	1	-	1	1	-	-
Пястные кости					2	2		
Итого n	377	249	78	50	377	305	64	8
%	100 %	66,0 %	20,8 %	13,2 %	100 %	81,0 %	16,9 %	2,1 %

Таблица 6. Результаты лечения больных с псевдоартрозами после повышения объема выборки

Локали- зация	Контрольная г руппа (абс.)		Исследуемая группа (абс.)	
	хор.+удовл.	неуд.	хор.+удовл.	неуд.
Голень	134	19	151	2
Бедро	77	11	84	3
Плечо	46	7	51	1
Предплечье	61	9	68	2
Кисть	9	4	15	0
Итого	327	50	369	8

Таблица 7. Данные статистической обработки результатов лечения псевдоартрозов различных локализаций

Локализация	Контрольная группа (%)		Исследуемая группа (%)		Достоверность различий (p)
	хор.+удовл.	неуд.	хор.+удовл.	неуд.	
Голень	87,6 ± 2,7	12,4 ± 2,7	98,7 ± 0,9	1,3 ± 0,9	0,0001
Бедро	87,5 ± 3,5	12,5 ± 3,5	96,5 ± 2,0	3,5 ± 2,0	0,03
Плечо	86,8 ± 4,7	13,2 ± 4,7	98,0 ± 2,0	2,0 ± 2,0	0,03
Предплечье	87,1 ± 4,0	12,9 ± 4,0	97,1 ± 2,0	2,9 ± 2,0	0,03
Кисть	69,2 ± 12,8	30,8 ± 12,8	100,0	-	0,03
Итого	86,7 ± 1,7	13,3 ± 1,7	97,6 ± 0,9	2,4±0,9	0,000001

С достоверностью 99,9 %, результаты лечения в исследуемой группе оказались лучше, чем в контрольной. Отрицательные результаты в исследуемой группе составили $2,4 \pm 0,9$ %, в контрольной – $13,3 \pm 1,7$ %.

Таблица 8. Отдаленные результаты лечения больных в исследуемой группе, оцененные по 5 -балльной системе

Баллы	Число больных	Удельный вес
5	121	32,1 %
4	132	35,0 %
3	63	16,7 %
2	53	14,1 %
1	8	2,1 %
Всего	377	100,0 %

Отдаленные результаты лечения больных прослежены в сроки от 1 до 10 лет у всех больных исследуемой группы. Оценка отдаленных результатов проводилась по 5-балльной системе [8] с изучением динамики инвалидности. Отдаленные результаты лечения по 5-балльной системе представлены в табл. 8.

Таким образом, занятая позиция изучения диагностических признаков и выбора операции в зависимости от вида псевдоартроза, позволили получить хорошие результаты в реабилитации больных с довольно сложной патологией.

Выводы:

1. Получение хороших результатов в лечении больных с псевдоартрозами зависит от определения состояния кровоснабжения в области нарушенного остеогенеза, с выявлением вида ложного сустава и подбора дифференцированного способа лечения.

2. Комплекс признаков, определяющий вид псевдоартроза, позволяет выбрать оптимальный вид (стандарт) оперативного лечения, в зависимости от характера несращения, выявленного предложенным авторами способом диагностики.

3. Занятая позиция в реабилитации больных с ложными суставами различных локализаций позволила получить очень хорошие результаты в лечении и реабилитации больных с осложненным течением переломов костей.

Список литературы

1. **Барабаш, А. А.** Клиническое применение костнопластической стимуляции компрометированного костеобразования / А. А. Барабаш, Ю. А. Барабаш // VII съезд травматологов-ортопедов России: Тез. докл. – Новосибирск, 2002. – С. 323 – 324.
2. **Бауэр, И. В.** Способ диагностики псевдоартроза: пат. РФ № 2003283 от 30.11.93 / И. В. Бауэр, М. В. Казарезов
3. **Бауэр, И. В.** Статистическая характеристика больных с ложными суставами / И. В. Бауэр, А. М. Королева, М. В. Казарезов [и др] // Морфология и хирургия – Новосибирск, 2003. – С. 45 – 47.
4. **Казарезов, М. В.** Лечение и реабилитация больных с тяжелыми повреждениями костей и мягких тканей конечностей, осложненными гнойно-воспалительным процессом: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Новосибирск, 1998. – 41 с.

5. **Леонова, С. Н.** Минеральная плотность костной ткани – интегральный показатель состояния процесса регенерации / С. Н. Леонова, А. В. Рехов, Е. С. Шигаев // VII съезд травматологов-ортопедов России: Тез. докл. – Новосибирск, 2002. – С. 334.
6. **Тюрчин, А. Н.** Анализ и лечение осложнений накостного остеосинтеза в отделении травматологии / А. Н. Тюрчин, М. И. Кузнецов, О. В. Павлова // Современные проблемы травматологии и ортопедии. – Воронеж, 2004. – С. 329 – 331.
7. **Шафит, С. Е.** Оптимизация лечебной тактики и прогнозирования исходов на основе сравнительной оценки эффективности различных способов лечения больных с ложными суставами большеберцовой кости: Автореф. дис. д-ра мед. Наук. – Н. Новгород, 2000. – 40 с.
8. **Шевцов, В. И.** Дефекты костей нижних конечностей / В. И. Шевцов, В. Д. Макушин, Л. М. Куфтырев. – Курган, 1996. – 502 с.
9. **Шевцов, В. И.** Лечение и профилактика осложнений при лечении больных с дефектами и псевдоартрозами длинных трубчатых костей верхней конечности аппаратом Илизарова / В. И. Шевцов, В. Д. Макушин, Ю. П. Солдатов // Современные технологии в травматологии и ортопедии. – М., 2004. – С. 195 – 196.

Аппаратно-медикаментозная реабилитация женщин с хроническим рецидивирующим циститом в постменопаузе

Глыбочко П. В., Салов И. А., Райгородский Ю. М., Дуганова М. О., Карагезян К. М.

Саратовский государственный медицинский университет, ООО "ТРИМА"

г. Саратов

С целью обоснования возможности местной терапии хронического рецидивирующего цистита (ХРЦ) у женщин в постменопаузе обследовано 76 пациенток со средним возрастом 66,4. В контрольной группе наряду с традиционной терапией использовалась местная заместительная гормонотерапия. В основной группе местная гормонотерапия дополнялась вагинальной вибромагнитотерапией, традиционная системная антибактериальная заменялась местной (ионофорез). Вся физиотерапия проводилась с помощью отечественного аппарата АМУС-01-«Интрамаг» с приставкой «Ректомассажер». Иммунологический анализ влагалищного отделяемого, бактериальные и клинические исследования выявили преимущества местной терапии с использованием физиовоздействий. Интегральный показатель эффективности лечения в основной группе в 1,8 раза превосходил соответствующее значение в контрольной.

Ключевые слова: *хронический цистит, вагинальная вибромагнитотерапия, ионофорез.*

Рост инфекционно-воспалительных заболеваний мочеполовой сферы, который наблюдается в настоящее время, характеризуется вялым рецидивирующим течением, устойчивым к антибактериальной терапии. Наиболее распространенным из них является цистит. Рецидивирующий характер хронического цистита обусловлен как персистенцией инфекции, так и реинфицированием ввиду близости расположения входов влагалища и уретры.

Эта проблема усугубляется в период постменопаузы. Известно, что при недостатке эстрогенов в этот период флора влагалища обедняется лактобактериями. Это повышает уровень вагинального рН и увеличивает колонии уропатогенов [15].

Это подтверждается и эпидемиологическими исследованиями. Так среди женщин до 55 лет рецидивы цистита выявляются у 36 % больных в течение года, а среди женщин более старшего возраста – у 53 % [2]. В России рас-

пространенность цистита составляет 26 – 36 млн случаев в год.

С одной стороны, цистит часто возникает как вторичная патология, а с другой, – осложняет течение имеющихся заболеваний половых органов, уретры, почек и самого мочевого пузыря [14]. Создаются благоприятные условия для хронизации процесса. Известно, что при хронических заболеваниях возникает транзиторная дисфункция иммунной системы [5]. Это состояние усугубляется системной антибактериальной терапией.

Важнейшим звеном патогенетического лечения при цистите является иммуномодулирующая терапия [6]. В ее задачи входят стимуляция фагоцитарной активности, нормализация баланса Т-клеточного звена иммунитета, стимуляция интерферонового звена. Однако, медикаментозная коррекция Т-иммунитета (тималин, тимопотин, тимоген и др.) создает угрозу сложноконтролируемых аутоиммунных

процессов в связи с опасностью избыточной стимуляции Т-лимфо-цитов. При использовании липополисахаридов или индукторов интерферона стимуляция В-лимфоцитов и перегрузка макрофагов могут привести к повышенной продукции иммуноглобулинов и другим нарушениям, вследствие чего развиваются иммунопатологические состояния.

Все это диктует необходимость поиска новых безопасных и эффективных методов восстановления иммунитета и использование местной терапии как иммуномодулирующей так и антибактериальной, которая могла бы адекватно заменить системную.

У женщины в период постменопаузы вероятной причиной рецидивирующего течения цистита считают урогенитальную атрофию [6]. На ее фоне снижается бактериостатическая активность слизистой оболочки мочевого пузыря (МП), связанная с специфических мукополисахаридов и секреторного иммуноглобулина А (sIgA).

При нормальном функционировании иммунной системы в моче и отделяемом из цервикального канала могут содержаться интерлейкины (ИЛ) и интерфероны (ИНФ) [5]. Для преодоления атрофических изменений слизистой влагалища используют местное введение эстрогенов [4, 9]; известно иммуномодулирующее действие ряда физических факторов, в

частности вибрации и магнитного поля [1, 12]. С целью создания депо антибактериальных препаратов в слизистой МП разработаны методики внутрипузырного ионофореза [10].

Объединить эти разрозненные методы в единую комплексную тактику лечения позволяет отечественный аппаратный комплекс АМУС-01-«Интрамаг».

Целью работы является клинико-иммунологическое обоснование возможности местной терапии хронического рецидивирующего цистита у женщин в постменопаузе.

Материалы и методы. В исследование были включены 76 пациенток в возрасте от 52 до 78 лет (средний возраст 66,4 года) в постменопаузе, с хроническим рецидивирующим циститом. При осмотре эпителий влагалища выглядел бледным и истонченным, наблюдалась потеря складок и эластичности. В области наружного отверстия уретры заметна сухость и раздражение.

Больные предъявляли жалобы типичные при цистите (табл. 1). Бактериурия по результатам исследования средней порции мочи (с подсчетом колоний микроорганизмов) наблюдалась в 62 (81,5 %) случаях. Соскоб из уретры и цервикального канала на атипичные возбудители выявил у ряда больных *U. Urealyticum* – 7,8 %, *U. hominis* – 2,6 %, *Chl. Trachomatis* – 5,2 % (табл. 2).

Таблица 1. Распределение больных по клинической симптоматике

<i>Жалобы</i>	<i>Число больных</i>	
	<i>абс.</i>	<i>%</i>
Учащенное болезненное мочеиспускание	71	93,4
Ургентное недержание мочи	28	36,8
Интерактивные позывы на мочеиспускание	36	47,3
Ощущение сухости и зуда в области влагалища	54	71,0
Диспареуния	31	40,7

Таблица 2. Результаты бактериального посева, культуральной и ПЦР-диагностики

Возбудители	Число случаев	
	абс.	%
E-coli (КОЕ = 10^5)	28	36,7
Proteus mirabilis (КОЕ = 10^3)	16	21,0
C. albicans (КОЕ = 10^4)	14	18,4
Ent. faecalis (КОЕ = 10^3)	8	10,5
St. aureus (КОЕ = 10^6)	8	10,5
St. epidermalis (КОЕ = 10^4)	6	7,8
U. urealyticum	6	7,8
M. hominas	2	2,6
U. urealyticum + Chl. trachomatis	4	5,2

Из исследования исключались пациентки с травматическими и предраковыми состояниями шейки матки, с обнаруженными на УЗИ камнями, опухолями мочевого пузыря, с гиперактивным МП, с наличием тяжелой соматической патологии, а также с необходимостью проведения системной заместительной гормонотерапии.

Иммунологические тесты проводили стандартизованными методами. Забор влагалищного отделяемого осуществляли во время клинико-инструментального обследования в пробирки Эппендорфа без использования ферментных препаратов. Уровень секреторного иммуноглобулина А (sIgA) во влагалищном отделяемом определяли методом ИФА с использованием тест-систем sIgA-ИФА-БЕСТ-СТРИП (ЗАО «Вектор-Бест»).

Для выявления лизоцимной активности вагинального секрета использовали стандартный микролизисный тест, основанный на способности антибактериального фермента муромидазы вызывать задержку роста *Micrococcus lysodeicticus*. При отмеривании необходимого

объема отделяемого расчет sIgA производили на 1 г общего белка, определяемого по биуретовой реакции.

Дополнительно в отделяемом определяли содержание интерлейкинов (ИЛ-1 α ; ИЛ-1 β ; ИЛ-8) и интерферона γ (ИНФ- γ) методом иммуноферментного анализа с использованием коммерческих наборов ООО «Цитокин» (Санкт-Петербург). Результаты иммунологического исследования сравнивались с показателями у здоровых женщин (n = 16).

В ходе исследования больные заполняли дневник мочеиспусканий, проводилась проба с натуживанием, уретроцистоскопия, уродинамическое исследование, исследование рН с помощью индикаторных полосок.

Все исследования выполнялись до лечения и спустя 2 недели после. Контрольное обследование – через 2 месяца (срок необходимый для адекватной реакции тканей нижнего отдела урогенитального тракта на местное введение эстриола [9]).

Больные случайным образом были разделены на 2 группы.

Первая, контрольная, группа (n = 36) получала традиционное лечение (системная антибактериальная терапия фторхинолонами, уросептики, спазмолитики) и местную заместительную гормонотерапию (интравагинальное введение эстриола, в виде крема «Овестин» в количестве 0,5 г). Крем вводился ежедневно на ночь в течение 2 недель, а затем в поддерживающей дозе 2 раза в неделю до контрольного обследования [4, 9].

Больные второй, основной, группы (n = 40) также получали заместительную гормонотерапию с использованием крема «Овестин».

При этом крем вводился непосредственно перед физиотерапией в виде вибромагнитного воздействия вагинально, а антибактериальная терапия проводилась местно в виде ионофореза внутривагинально трансуретральным доступом. Одновременно с ионофорезом проводилась магнитотерапия бегущим магнитным полем по надлобковой методике – расположение излучателей магнитного поля в проекции мочевого пузыря. При выявлении у больной атипичных возбудителей проводился вагинально-цервикальный ионофорез соответствующих препаратов.

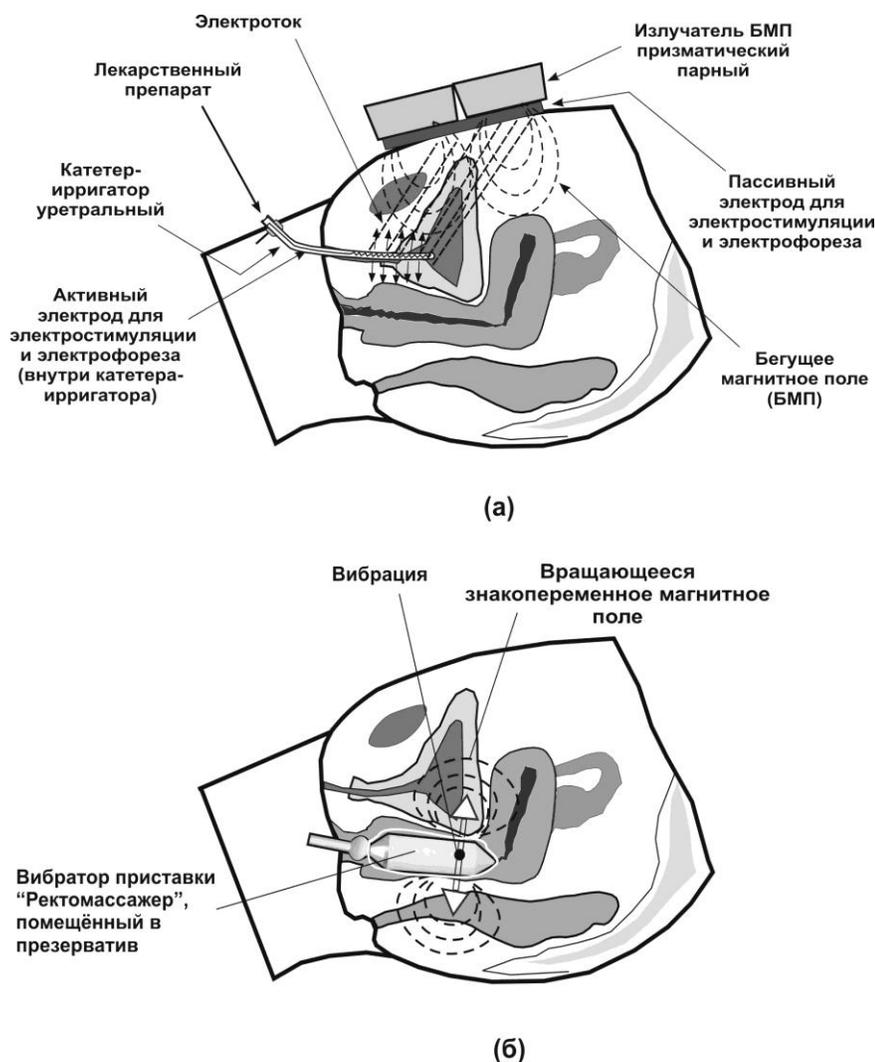


Рис. 1. Схема проведения вагинального внутривагинального ионофореза (а) и вибромагнитного массажа (б) в присутствии крема «Овестин» с помощью аппарата АМУС-01-«Интрамаг» и приставки «Ректомассажер»

Физиотерапевтическая процедура проводилась в два последовательных этапа: сначала антибактериальное воздействие с помощью ионофореза, затем, спустя 15 – 20 мин, – вибромагнитное в присутствии крема «Овестин». Экспозиция первого этапа – 15 мин, второго – 5 – 7 мин.

Первый этап воздействия проводился с помощью аппарата АМУС-01-«Иинтрамаг», второй – с использованием приставки к нему «Ректомассажер» (рег. удост. № 29/06070902/4566-02, производство ООО «ТРИМА»). Для удобства проведения вибромагнитного воздействия вибратор приставки «Ректомассажер» помещался в презерватив (рис. 1).

Статистический анализ данных проводили с помощью пакета программ «Statistika for Windows» с использованием критерия Стьюдента для независимых выборок при попарном сравнении средних значений. Критический уровень значимости (p) при проверке статистических гипотез принимался равным 0,05.

Результаты. Исходное содержание секроторного IgA во влагалищном отделяемом у

наших пациенток оказалось в 1,6 – 1,8 раз ниже соответствующих значений у здоровых женщин в постменопаузе.

Проведенное сравнение содержания sIgA после лечения различными методами выявило статистически значимое различие его средних величин (табл. 3).

Спустя две недели традиционного лечения на фоне местной заместительной гормонотерапии у пациенток первой группы наблюдалось увеличение содержания sIgA на 16,4 %, в то время как дополнительное использование местной физиотерапии по предлагаемой схеме дало прирост содержания sIgA во влагалищном отделяемом на 56,7 % (до $254,8 \pm 16,3$ мкг/г белка). Через 2 месяца достоверных изменений полученных значений не выявлено.

Анализ системы цитокинов до лечения выявил увеличение ИЛ-8 как медиатора воспаления, при этом содержание ИЛ-1 α , ИЛ-1 β и ИНФ- γ оставалось сниженным по сравнению с показателями у здоровых женщин в среднем на 40,8 %.

Таблица 3. Уровни sIgA (в мкг/г белка) и цитокинов (в нг/мл) во влагалищном отделяемом у женщин с хроническим циститом на фоне постменопаузы до и после лечения

Показатель	Здоровые ($n = 16$)	Контрольная группа ($n = 36$)		Основная группа ($n = 40$)	
		до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
sIgA	$289,6 \pm 99,8$	$176,2 \pm 19,8^*$	$205,1 \pm 24,3$	$162,3 \pm 24,1^*$	$254,8 \pm 16,3^{**}$
ИЛ-1 α	$3,45 \pm 0,51$	$2,61 \pm 0,04$	$2,98 \pm 0,05$	$2,44 \pm 0,03^*$	$3,22 \pm 0,06^{**}$
ИЛ-1 β	$2,44 \pm 0,61$	$1,22 \pm 0,15^*$	$1,56 \pm 0,12$	$1,48 \pm 0,13$	$2,51 \pm 0,15$
ИНФ- γ	$0,041 \pm 0,003$	$0,015 \pm 0,002^*$	$0,026 \pm 0,002$	$0,018 \pm 0,003^*$	$0,034 \pm 0,003^{**}$
ИЛ-8	$0,36 \pm 0,15$	$1,03 \pm 0,07^*$	$0,78 \pm 0,05$	$1,14 \pm 0,06^*$	$0,53 \pm 0,05^{**}$

Примечание: * - $p < 0,05$ по сравнению со здоровыми,
** - $p < 0,05$ по сравнению с контролем.

В результате первого обследования после лечения (спустя 2 недели) выявлено достоверное увеличение ИЛ-1 α в первой группе на 14,1 % и во второй группе на 31,9 % (до $3,22 \pm 0,06$ нг/мл), что соответствует значениям у здоровых. Увеличение содержания ИЛ-1 β и ИНФ- γ во второй группе составило соответственно 69,5 % и 88,8 %, что соответственно в 1,8 и 1,2 раза выше по сравнению с контрольной группой.

Спустя 2 месяца содержание ИЛ-1 β и ИНФ- γ несколько уменьшилось (в среднем на 12,5 %), оставаясь близким к нормальным значениям. В первой группе спустя 2 месяца содержание ИЛ-1 β и ИНФ- γ , напротив, несколько выросло (на 10,3 %), но не достигло значений группы 2. Можно предположить, что некоторое снижение эффекта от физиотерапии в группе 2 было скомпенсировано нарастанием эффекта от действия эстрогенов.

Противовоспалительные цитокины являются медиаторами местной воспалительной реакции и острофазного ответа на уровне как целостного организма, так и репродуктивного тракта. Проявление иммуномодулирующих свойств физических воздействий, в частности магнитотерапии, согласуется с данными других авторов [3, 7].

Результаты бактериологических исследований выявили различную эффективность антибактериальной терапии в первой и второй группах. Так число больных с бактериурией в первой группе после лечения (через 2 недели) снизилось с 83,3 % до 27,7 %, а во второй группе – с 87,5 % до 7,5 %. При этом атипичные возбудители не были обнаружены во второй группе, а в первой – оставались у 3-х больных (*U. urealyticum* + *Chl. trachomatis*).

Мы принимали во внимание низкий уровень (10^3 КОЕ/мл) бактериурии, поскольку у всех пациенток имели место клинические

проявления. На важность учета «малой бактериурии» обращают внимание и другие исследователи [11].

Реакция рН влагалищного содержимого (среднее значение) в первой группе снизилось с $6,2 \pm 1,3$ до $4,3 \pm 0,85$, во второй группе – с $5,9 \pm 1,4$ до $3,4 \pm 1,2$ (при норме $3,5 \pm 1,5$). Через 2 месяца значения рН в первой группе достигли значений $3,9 \pm 0,6$, а во второй – оставались в пределах нормы.

Уменьшение ургентной симптоматики отмечено в обеих группах. Однако через 2 недели после лечения полное купирование симптомов отмечено во второй группе у 15 пациенток (37,5 %), в первой – у 5 (13,8 %). При этом среднее число мочеиспусканий за сутки в первой группе снизилось с $14,8 \pm 1,7$ до $11,7 \pm 1,6$ (на 20,9 %), во второй – $15,2 \pm 1,8$ до $9,1 \pm 1,4$ (на 40,1 %).

Отдаленные результаты, которые удалось проследить в течение одного года у половины женщин в обеих группах свидетельствуют о снижении числа рецидивов в группе 2 по сравнению с контролем. Среднее число рецидивов на одну больную во второй группе составило 0,42 против 1,2 в первой группе.

Больные хорошо переносили процедуры физиотерапии. Обострений и побочных эффектов не обнаружено.

Обсуждение и заключение. Локальное развитие инфекционного процесса в нижних отделах урогенитального тракта во многом обусловлено структурно физиологическими особенностями *vagina* и анатомической близостью ее к уретре. В связи с этим важно учитывать роль слизистой влагалища в способности секреции защитных факторов на внедрившийся патоген.

Обнаруженные нами сдвиги среди факторов местного иммунитета свидетельствуют об истощении защитных свойств клеток эпи-

теля влагалища на фоне урогенитальной атрофии в период постменопаузы.

Использование эстрогенов при местном введении направлено на компенсацию урогенитальной атрофии. На этом фоне наблюдаются и положительные иммунологические сдвиги, которых недостаточно для эффективного лечения. Совместное использование эстрогенов и вибромагнитного воздействия вагинально дало более высокий клинический и этиологический результат. Ряд показателей, такие как содержание sIgA, увеличился в 3,5 раза по сравнению с контролем. Это можно объяснить не только иммунокорректирующим действием вибрации и магнитного поля [7, 12], но и вазоактивным действием магнитотерапии, особенно в динамическом (бегущем) режиме [8, 13]. Улучшение микроциркуляции

ускоряет регресс признаков атрофии, повышает чувствительность тканей к нейротрансмиттерам, нормализует сократимость мочевого пузыря и тонус уретры.

Сочетание такого воздействия с местной антибактериальной терапией не ведет к общей иммуносупрессии, как в случае системной терапии и создает благоприятный фон для нормализации биоценоза влагалища и МП.

Проведение ионофореза во внешнем магнитном поле позволяет дополнительно увеличить концентрацию препарата в зоне поражения за счет магнитофореза.

Доступная цена используемой аппаратуры (АМУС-01-«ИНТРАМАГ» с приставкой «Ректомассажер») и простота применения позволяют широко использовать предлагаемый метод в амбулаторной практике.

Список литературы

1. **Андреева, В. О.** Динамическая магнитотерапия в комплексном восстановительном лечении бактериального вагиноза / В. О. Андреева, Н. В. Болотова, Е. В. Владимирова, Ю. М. Райгородский // Акуш и гинекол. – 2009. – № 4. – С. 50 – 54.
2. **Баткаев, Э. А.** Проблемы лечения урогенит. хламидиоза / Э. А. Баткаев, Д. В. Рюмин // Вестн. постдипл. мед. обр. – 2003. – № 1. – С. 11.
3. **Глыбочко, П. В.** Магнитотерапия в комплексном лечении уретропростатитов хламидийной этиологии / П. В. Глыбочко, Ю. Ю. Елисеев, Е. Б. Гольбрайх [и др] // Вестник дерматологии. – 2005. – № 6. – С. 68 – 71.
4. **Давидов, М. И.** Лечение хронического цистита у женщин в постменопаузе / М. И. Давидов, А. И. Петруняев, Н. Е. Бунова // Урология. – 2009. – № 4. – С. 14 – 18.
5. **Змушко Е. И.** Клиническая иммунология / Е. И. Змушко, Е. С. Белозеров, Ю. А. Минин. – СПб.: Питер, 2001.
6. **Лоран, О. Б.** Диагностика и лечение различных форм цистита у женщин // О. Б. Лоран, А. В. Зайцев, Б. Н. Горбунов [и др]. – М., 2002. – 40 с.
7. **Неймарк, А. И.** Аффферентная и квантовая терапия в урологии / А. И. Неймарк, Б. А. Неймарк. – М.: МИА, 2003. – 228 с.
8. **Пономаренко, Г. Н.** Физиотерапия в репродуктивной гинекологии / Г. Н. Пономаренко, Е. С. Силантьева, Е. Ф. Кондрина. – СПб.: ИИЦ ВМА, 2008. – 192 с.

9. **Прилепская, В. Н.** Заместительная местная гармонотерапия у женщин старшего возраста / В. Н. Прилепская // Проблемы здоровья женщин позднего и старшего возраста: Тезисы докладов. – М., 1995 – С. 11 – 14.
10. **Пушкарь, Д. Ю.** Внутрипузырный ионофорез лекарственных препаратов / Д. Ю. Пушкарь, И. Л. Корсунская, К. П. Тевлин // Урология. – 2004. – № 6. – С. 26 – 29.
11. **Россихин, В. В.** Цистит / В. В. Россихин, А. В. Бухмин. – Харьков, 2005.
12. **Салов, И. А.** ... / И. А. Салов, Н. Ф. Хворостухина, Т. Г. Биньяш [и др] // Акушерство и гинекология. – 2009. – № 6. – С. 52 – 56.
13. **Серов, В. Н.** Методы физиотерапии в предгестационной подготовке эндометрия / В. Н. Серов, Е. С. Силантьева, Г. Н. Пономаренко [и др] // Вопросы курортологии. – 2007. – № 2 – С. 21 – 26.
14. **Цистит у женщин** / С. В. Филипович, Н. В. Московенко, С. Б. Новиков, Г. А. Генне; Под ред. Г. Б. Безнощенко. – М., Мед. книга, 2004.
15. **Chan, R. C.** Competitive exclusion of uropathogens from human uroepilelial cells by lactocillus whole cells and cell wall fragments / R. C. Chan, G. Reid, R. T. Irvin [et al] // Infect. and Immun. – 1985 – Vol. 47. – P. 84 – 89.



www.fotofragment.ru

ФОТОУСЛУГИ
ВИДЕОУСЛУГИ
СУВЕНИРЫ
ПОЛИГРАФИЯ

ФРАГМЕНТ

г. Пермь, ул. Мира 85
8-909-729-19-09
8-909-727-33-43
www.fotofragment.ru

О жизни без слов...

Капуста, морковь, свекла, картофель от производителя

Тел. 8 902 47 987 61

Фермерское хозяйство расположено в экологически чистом районе, вдали от автомобильных дорог, высоковольтных линий электропередач, газо- и нефтепроводов

Сравнительная эффективность вазоактивной медикаментозной и физиотерапии в реабилитации больных глаукомой

*Каменских Т. Г., Веселова Е. В., Колбнев И. О., Мышкина Е. С.
ГОУ ВПО Саратовский государственный медицинский университет
г. Саратов*

С целью реабилитации больных с первичной открытоугольной глаукомой (ПОУГ) воздействовали бегущим магнитным полем на проекцию шейных симпатических ганглиев. Анализировали параметры гемодинамики в задних коротких цилиарных артериях, центральной артерии сетчатки, параметры зрительных вызванных потенциалов, границы полей зрения и остроту зрения. Показано, что магнитотерапия с помощью аппарата «АМО-АТОС» эффективнее медикаментозной (препаратом Трентал) по всем параметрам в случае ПОУГ I и II стадии.

Ключевые слова: глаукома, магнитотерапия, симпатические шейные ганглии.

Патогенез первичной открытоугольной глаукомы (ПОУГ) включает множество факторов, из которых два основных: повышение внутриглазного давления (ВГД) и развитие специфической атрофии зрительного нерва [4]. Даже при нормализации ВГД до целевого уровня (с помощью медикаментозного или хирургического лечения), зрительные функции продолжают снижаться за счет инволюционных и метаболических нарушений [3].

Современные методы исследования, например конфокальная лазерная сканирующая томография или оптическая когерентная томография, позволяют выявить патологические изменения на самых ранних стадиях и оценить динамику процесса. Функциональные нарушения, например гемодинамические расстройства, как правило, предшествуют необратимым изменениям. В связи с этим, изучение гемодинамических нарушений и развитие методов их коррекции при ПОУГ занимает особое место в лечении данного заболевания [2].

Хроническая ишемия и гипоксия, связанные с нарушениями гемодинамики и реологии крови, усугубляют потерю клетками

питательных веществ, накопление свободных радикалов и продуктов метаболизма, в итоге инициируют апоптоз ганглиозных клеток сетчатки. С целью предупреждения или замедления процессов апоптоза и развития глаукомной оптической нейропатии возникает необходимость применения антиоксидантных, ноотропных, вазоактивных, а также препаратов, обладающих нейропротекторными свойствами. Из группы сосудорасширяющих препаратов чаще других применяется Трентал. Его действие способствует расширению мелких артериальных сосудов на диске зрительного нерва (ДЗН) и улучшению трофики и оксигенации нервной ткани.

Однако избыточная активность симпатического звена вегетативной нервной системы, которая часто развивается у больных глаукомой, не позволяет добиться достаточной гемодинамики и питания зрительного нерва.

Существующая методика [1] локального воздействия импульсами электрического тока на зоны шейных ганглиев с целью активации мозгового и внутриглазного кровотока обладает рядом побочных эффектов (гипотония,

плохая переносимость, болевые ощущения). Это обуславливает поиск новых методов воздействия на данные зоны, одним из которых является динамическая магнитотерапия, вазоактивное действие которой хорошо изучено в отношении зоны приложения магнитного поля и в частности при транскраниальном воздействии [5].

Однако данная методика не позволяет воздействовать непосредственно на регулирующие центры симпатической активности и не дает достаточно выраженного усиления внутричерепного кровотока у больных глаукомой. Воздействие магнитного поля в проекции шейных симпатических ганглиев с целью снижения активности симпатoadренальной системы представляется перспективным с точки зрения коррекции гемодинамических нарушений в комплексном лечении глаукомной оптической нейропатии.

Целью работы явился анализ эффективности магнитотерапии бегущим магнитным полем, путем воздействия на шейные симпатические ганглии в комплексном фармакофизиотерапевтическом лечении больных компенсированной первичной открытоугольной глаукомой.

Под наблюдением находилось 60 больных (116 глаз) в возрасте от 60 до 75 лет, из них 36,0 (60 %) – женщины, 24 (40,0 %) – мужчины, с установленным диагнозом ПОУГ и достигнутым уровнем целевого ВГД. Длительность заболевания у больных составляла от 6 месяцев до 10 лет.

В зависимости от получаемого лечения больные были разделены на 2 группы. В группу 1 вошли пациенты, получавшие магнитотерапию с воздействием на шейные симпатические ганглии (32 больных, 62 глаза); в группу 2 – пациенты, получавшие препарат «Трентал» в дозировке 0,5 мл 1,0 % раствора парабульбар-

но и 4,5 мл 1,0 % раствора для внутривенного введения (29 больных, 54 глаза).

В зависимости от стадии глаукомы в каждой группе были выделены подгруппы. Подгруппа 1А (10 больных, 20 глаз) включала пациентов с I стадией ПОУГ, в подгруппу 1Б (11 человек, 22 глаза) вошли больные со II стадией глаукомы, в подгруппу 1С (10 человек, 20 глаз) – больные с III стадией глаукомы. Подгруппу 2А (8 человек, 15 глаз) составили больные с I стадией ПОУГ, подгруппу 2Б (11 человек, 20 глаз) – больные со II стадией глаукомы, подгруппу 2С (10 человек, 19 глаз) – больные с III стадией глаукомы.

Магнитотерапия проводилась на аппарате «АМО-АТОС» с приставкой-излучателем бегущего магнитного поля для воздействия на шейные симпатические ганглии. При проведении магнитотерапии приставка излучатель фиксируется на шее больного. Курс терапии включал в себя 10 сеансов по 10 минут на частоте сканирования поля вокруг шеи 10 Гц в регулярном и стохастическом режимах (стохастический режим включался на 3-х последних сеансах для предотвращения адаптации к воздействию).

Всем пациентам до и после лечения проводили клинические исследования: визометрию, офтальмомобиомикроскопию, суточную и трехчасовую тонометрию по Маклакову; тонографию; гониоскопию; исследование периферического поля зрения (компьютерная статическая периметрия на аппарате «Перискан», ООО «Трима»); электрофизиологическое исследование – корковые зрительные вызванные потенциалы (ЗВП) с отведением потенциала от затылочной области на вспышку и на электрический импульс.

Исследование внутриглазного кровотока методом ультразвукового цветового доплеровского картирования проводили на много-

функциональной ультразвуковой системе Voluson 730 Pro, при этом оценивали спектральные скоростные показатели гемодинамики: максимальную систолическую скорость (V_{max}), конечную диастолическую скорость (V_{min}) и индекс периферического сопротивления (R_i). Показатели внутриглазного кровотока каждого больного определяли трижды в течение суток, полученные данные усредняли. Обследование проводили до и после лечения, а так же через 1 и 3 месяца после проведенной терапии.

Критериями оценки эффективности терапии служили: острота зрения, суммарные по 8 меридианам границы полей зрения, амплитуда ЗВП, показатели скорости кровотока в позвоночных, задних коротких цилиарных артериях (ЗКЦА) и центральной артерии сетчатки (ЦАС).

Статистическую обработку данных проводили с использованием стандартных методов параметрической и непараметрической статистики в рамках программы Statistica, версия 7,0.

У всех находившихся под наблюдением больных (30 пациентов, 56 глаз) с I, II и III стадиями ПОУГ внутриглазное давление было нормализовано медикаментозно, с помощью лазерной или хирургической операции. Уровень тонометрического давления составлял 18 – 22 мм рт. ст. По данным Котляра К. Е. и соавт., у больных данного возраста статистической нормой является снижение максимальной систолической скорости кровотока в ЦАС до $9,3 \pm 2,0$ см/сек и максимальной диастолической – до $3,0 \pm 0,9$, в ЗКЦА соответственно до $12,8 \pm 2,4$ и $4,3 \pm 1,2$ см/сек.

У большинства больных наблюдалось нарушение гемодинамики в бассейне *aa. ophthalmica et vertebralis*. У 26 больных (43,0 %) наблюдались умеренные изменения гемодина-

мических показателей, у 34 пациентов (57,0 %, преимущественно больные II и III стадией глаукомы) – выраженные. В группе больных со значительными нарушениями гемодинамики наблюдался недостаточный эффект от традиционного лечения, в некоторых случаях даже отрицательная динамика зрительных функций.

Снижение максимальной систолической и конечной диастолической скорости кровотока и повышение индекса периферического сопротивления наблюдалось во всех подгруппах, но было более выражено в подгруппах 1С и 2С.

До лечения среднее значение остроты зрения у больных с I стадией глаукомы (больные подгрупп 1А и 2А) составляло $0,8 \pm 0,06$; среднее значение суммарного поля зрения на белый цвет по 8 основным меридианам – $510^\circ \pm 20^\circ$, на красный цвет – $140^\circ \pm 10^\circ$. Амплитуда ЗВП была снижена у всех пациентов, в среднем до $8,4 \pm 0,6$ мкВ. У больных данных подгрупп наблюдался наименьший дефицит кровообращения в исследуемых сосудах. Максимальная систолическая и диастолическая скорость кровотока в позвоночной, ЗКЦА и ЦАС незначительно отличалась от возрастной нормы пациентов. Отмечалось небольшое повышение индекса периферического сопротивления в ЗКЦА, в то время как в позвоночных артериях и ЦАС индекс соответствовал возрастной норме (табл. 1).

Среднее значение остроты зрения у больных подгрупп 1Б и 2Б (II стадия ПОУГ) составляло $0,6 \pm 0,04$; среднее значение суммарного поля зрения на белый цвет не превышало $310^\circ \pm 15^\circ$, на красный цвет – $65^\circ \pm 8^\circ$. Среднее значение амплитуды ЗВП составило $7,8 \pm 0,5$ мкВ.

В группе больных со II стадией глаукоматозного процесса было выявлено умеренное

снижение максимальной систолической скорости кровотока в позвоночной артерии, ЗКЦА и ЦАС; а также диастолической скорости в позвоночной артерии и ЗКЦА при нормальных цифрах в ЦАС. Небольшое повышение индекса резистентности отмечалось в ЗКЦА, однако в позвоночных артериях и ЦАС индекс соответствовал возрастной норме.

Таблица 1. Динамика средних значений гемодинамических показателей в группах больных с различными стадиями ПОУГ

<i>Исследуемые сосуды</i>	<i>Показатели гемодинамики</i>	<i>До лечения</i>	<i>После лечения</i>	
I-я стадия ПОУГ		(Подгруппы 1А и 2А)	Подгруппа 1А	Подгруппа 2А
ЗКЦА	Vmax, см/сек	14,61±0,03*	15,91±0,05*	16,11±0,06*
	Vmin, см/сек	4,22±0,1*	5,49±0,09*	5,12±0,07*
	Ri	0,71±0,02*	0,59±0,04	0,59±0,05
ЦАС	Vmax, см/сек	13,31±0,05*	13,81±0,06*	15,61±0,07*
	Vmin, см/сек	5,19±0,03*	4,24±0,04*	6,26±0,04*
	Ri	0,61±0,04*	0,51±0,02*	0,45±0,03*
Позвоночн. арт.	Vmax, см/сек	35,42±0,02*	33,3±0,04*	38,52±0,03*
	Vmin, см/сек	23,03±0,03*	19,46±0,02*	24,23±0,06*
	Ri	0,35±0,05*	0,71±0,04*	0,28±0,02*
II-я стадия ПОУГ		(Подгруппы 1Б и 2Б)	Подгруппа 1Б	Подгруппа 2Б
ЗКЦА	Vmax, см/сек	11,96±0,05*	8,64±0,05*	9,76±0,06*
	Vmin, см/сек	3,3±0,06*	6,4±0,07*	3,0±0,04*
	Ri	0,78±0,05*	0,57±0,04	0,59±0,05
ЦАС	Vmax, см/сек	11,39±0,02*	12,75±0,03*	15,59±0,07*
	Vmin, см/сек	5,36±0,03	5,26±0,06	4,78±0,09
	Ri	0,62±0,04*	0,84±0,07*	0,29±0,04*
Позвоночн. арт.	Vmax, см/сек	30,11±0,04*	46,16±0,06*	36,01±0,02*
	Vmin, см/сек	12,45±0,04*	12,55±0,04*	15,55±0,06*
	Ri	0,68±0,03*	0,78±0,02*	0,89±0,04*
III-я стадия ПОУГ		(Подгруппы 1С и 2С)	Подгруппа 1С	Подгруппа 2С
ЗКЦА	Vmax, см/сек	9,7±0,06*	11,2±0,02*	9,93±0,06*
	Vmin, см/сек	2,57±0,05*	3,47±0,07*	4,57±0,04*
	Ri	0,83±0,04*	0,71±0,04*	0,89±0,05
ЦАС	Vmax, см/сек	10,07±0,02*	12,37±0,05*	10,21±0,07*
	Vmin, см/сек	5,09±0,03*	6,16±0,04	6,15±0,09
	Ri	0,72±0,04*	0,88±0,06	0,93±0,07
Позвоночн. арт.	Vmax, см/сек	31,29±0,03*	34,39±0,06*	31,4±0,02*
	Vmin, см/сек	9,09±0,02*	7,89±0,04*	6,59±0,03*
	Ri	0,71±0,04*	0,43±0,04*	0,52±0,06*

Примечание: * – различия между группами значимы ($p < 0,05$)

У больных подгрупп 1С и 2С (III стадия ПОУГ) острота зрения составила в среднем $0,08 \pm 0,04$; среднее значение суммарного поля зрения на белый составило $210 \pm 9^\circ$, на красный цвет – $37 \pm 8^\circ$, средняя амплитуда ЗВП составляла $6,1 \pm 0,39$ мкВ.

У данных больных снижение максимальной систолической и диастолической скорости кровотока в позвоночной артерии, ЗКЦА и ЦАС было резко выражено. Индекс периферического сопротивления в данных сосудах так же превышал возрастную норму. После проведенной терапии положительная динамика отмечалась во всех группах больных.

В подгруппе больных с I стадией глаукомы, получавших магнитотерапию в проекции шейных симпатических ганглиев, после проведенного курса лечения средняя острота зрения возросла на 0,1; суммарное поле зрения по 8 основным меридианам на белый цвет расширилось в среднем на 35° , на красный цвет – на 50° . У больных наблюдалось небольшое увеличение максимальной систолической скорости кровотока в позвоночной артерии, ЗКЦА и ЦАС (в среднем на 9,5 %). Диастолическая скорость кровотока в задних коротких цилиарных артериях так же несколько возросла, в то время как в позвоночной артерии и ЦАС умеренно снизилась. В ЗКЦА наблюдалось небольшое снижение индекса периферического сопротивления, однако в позвоночной артерии отмечалось умеренное повышение индекса.

При повторном обследовании через 1 месяц наблюдалось небольшое снижение индекса периферического сопротивления в позвоночной артерии и ЦАС (на 5,3 %). При обследовании через 3 месяца у пациентов сохранялся достигнутый уровень гемодинамических показателей (табл. 1). Амплитуда ЗВП возросла в среднем на 12,3 % (табл. 2).

Таблица 2. Динамика показателей ЗВП у больных с различными стадиями ПОУГ

Подгруппы больных ПОУГ	ВП (мкВ)	
	до	после
I ст.	1А	9,43 ± 0,46
	2А	8,4 ± 0,6
II ст.	1Б	8,56 ± 0,53
	2Б	7,8 ± 0,5
III ст.	1С	6,72 ± 0,42
	2С	6,1 ± 0,39

Примечание: * – различия между группами значимы ($p < 0,05$)

Динамика показателей у больных с I стадией ПОУГ, получавших медикаментозную терапию, была менее выражена. Острота зрения возросла в среднем на 0,08. Суммарное расширение поля зрения по 8 основным меридианам на белый цвет составило в среднем 24° , на красный цвет – 30° . В данной группе больных наблюдалось небольшое увеличение максимальной систолической скорости кровотока в позвоночной артерии на 8,8 %, ЗКЦА и ЦАС соответственно на 10,3 % и 17,3 %. Диастолическая скорость кровотока в задних коротких цилиарных артериях и ЦАС осталась прежней. В позвоночной артерии и ЦАС отмечалось снижение индекса периферического сопротивления в среднем на 23,2 %. У данных больных отмечалось умеренное повышение амплитуда ЗВП (в среднем на 7,1 %). При повторном обследовании через 1 месяц наблюдалась небольшая отрицательная динамика, у большинства пациентов показатели гемодинамики были незначительно выше исходного уровня. Через 3 месяца у большинства больных показатели были на исходном уровне или ниже ($p > 0,05$).

В подгруппе больных со II стадией глаукомы, получавших магнитотерапию, наблюдалось повышение остроты зрения в среднем на 0,07. Суммарное расширение поля зрения по 8 основным меридианам на белый цвет составило в среднем 84° , на красный цвет – 23° . Отмечалось увеличение на 11,9 % максимальной систолической скорости кровотока в ЦАС и на 53,3 % – в позвоночной артерии, и снижение на 28,2 % данного показателя в задних коротких цилиарных артериях. Диастолическая скорость кровотока не изменилась в позвоночных артериях и увеличилась на 93,0 % в ЗКЦА. Повышение амплитуды ЗВП составило в среднем 11,0 %. При обследовании через 1 месяц наблюдалось небольшое повышение максимальной систолической скорости кровотока ЗКЦА, изменение остальных показателей было незначительным. При повторном обследовании через 3 месяца у 8 пациентов не было отмечено отрицательной динамики.

У больных со II стадией ПОУГ, получавших препарат Трентал, повышение остроты зрения составило в среднем 0,06. Суммарное расширение поля зрения на белый цвет составило в среднем 68° , на красный цвет – 18° . Отмечалось увеличение максимальной систолической скорости кровотока в ЦАС на 33,3 %, в позвоночной артерии – на 19,5 %, а также снижение на 18,4 % – в ЗЦКА. Диастолическая скорость кровотока в среднем увеличилась на 24,9 % в позвоночных артериях и снизилась на 9,1 % – в ЗКЦА и на 10,9 % – в ЦАС. В ЗКЦА и ЦАС наблюдалось снижение индекса периферического сопротивления на 24,3 % и 53,2 % соответственно, однако в позвоночной артерии отмечалось повышение индекса на 30,9 %. Амплитуда ЗВП возросла в среднем на 0,67 мкВ (3,4 %). При обследовании через 1 и 3

месяца наблюдалась умеренная отрицательная динамика, у большинства пациентов показатели были чуть ниже исходного уровня.

В группе больных с III стадией глаукомы, получавших магнитотерапию в проекции шейных симпатических ганглиев, среднее увеличение остроты зрения составило 0,05. Поле зрения расширилось в среднем на 55° на белый цвет и 14° на красный цвет. Максимальная систолическая скорость кровотока увеличилась на 15,5 % в ЗКЦА и на 22,8 % в ЦАС, и на 19,9 % возросла в позвоночных артериях. Наблюдалось увеличение диастолической скорости кровотока в ЗКЦА и в ЦАС на 35 и 21 %. В позвоночной артерии наблюдалось снижение индекса периферического сопротивления на 39,6 %, а в ЗКЦА и ЦАС – повышение данного показателя на 14,5 и 22,2 % соответственно. Через месяц наблюдалось умеренное снижение показателей гемодинамики, а через 3 месяца показатели почти достигли исходного уровня. Увеличение амплитуды ЗВП составило 0,62 мкВ (10,1 %)

У больных с III стадией глаукомы, получавших медикаментозную терапию, среднее увеличение остроты зрения – 0,03. Суммарное расширение поля зрения по 8 основным меридианам на белый цвет составило в среднем 42° , на красный цвет – 8° . Показатели гемодинамики значимо не изменились. При повторном обследовании через 1 месяц показатели были на уровне или ниже исходных, через 3 месяца наблюдалась даже небольшая отрицательная динамика. Увеличение амплитуды ЗВП составило 0,43 мкВ (7,0 %).

У всех больных, получавших магнитотерапию с воздействием на шейные ганглии, отмечалась хорошая переносимость лечения, легкое ощущение эйфории после 6-7 минуты процедуры (у 18 больных); небольшое ощу-

шение дискомфорта после 8 минуты процедуры (у 6 человек), исчезавшее после 5 процедуры; 6 пациентов не отметили каких-либо субъективных ощущений.

Одним из факторов нормализации регуляции сосудистого тонуса и гемодинамики глаза в целом является гармонизация работы симпатической и парасимпатической системы. С этой целью возможна не только медикаментозная коррекция дефицита внутриглазного кровотока, но и действие на область симпатических ганглиев, обеспечивающих иннервацию данных структур.

В результате проведенного нами лечебного воздействия бегущим магнитным полем на шейные ганглии пациентов с первичной открытоугольной глаукомой при достижении целевого внутриглазного давления, отмечено улучшение не только гемодинамики, но также

и основных функциональных показателей. Следует отметить повышение биоэлектрической активности зрительной коры, что свидетельствует о системном эффекте терапии.

Таким образом, магнитотерапия на область шейных симпатических узлов оказывает выраженное вазоактивное действие. Различная эффективность магнитной симпатокоррекции у больных ПОУГ в зависимости от стадии позволяет рекомендовать включение магнитотерапии с воздействием на шейные ганглии в комплексное лечение больных глаукомой, особенно на I и II стадии процесса.

Можно предположить, что на III стадии процесса имеет смысл сочетание медикаментозной терапии вазоактивными препаратами с предлагаемой магнитной симпатокоррекцией.

Список литературы

1. **Бадтиева, В. А.** [и др] / *Вопр. курортол.* – 2006. – № 6. – С. 7 – 11.
2. **Егоров, Е. А.** Роль сосудистого фактора в патогенезе глаукоматозной оптической нейропатии / Е. А. Егоров, С. Б. Тагилова, Ж. Ю. Алябьева // *Клиническая офтальмология.* – 2002. – Т. 3. – № 2. – С. 61 – 65.
3. **Курьшева, Н. И.** Глаукомная оптическая нейропатия / Н. И. Курьшева.– М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 136 с.
4. **Нестеров, А. П.** Глаукома / А. П. Нестеров – М.: Медицина, 1995. – 242 с.
5. **Физиотерапия** / Под ред. Г. Н. Пономаренко. – М.: Гозтар-Медиа, 2009. – С. 146 – 148.

СанСпецСтрой

г.Пермь, ул. 9 Января 16

8 (342) 298-76-57, 238-60-62

Компания "СанСпецСтрой" разрабатывает, изготавливает и поставляет специальное технологическое рабочее оборудование и принимает заказы на выполнение работ по санированию уложенных трубопроводов методами нанесения внутренних защитных цементно-песчаных покрытий и протяжки новых полиэтиленовых труб внутри ремонтных, обеспечивает обучение и стажировку технического персонала, производит пусконаладочные работы поставляемого оборудования
www.pipeservice.narod.ru



Общество с ограниченной ответственностью

УралРегионСтрой

строительная компания

614036, г. Пермь, ул. Шоссе Космонавтов, д. 111, оф. 407,
тел./факс (342) 220-18-96, e-mail: ursperm@mail.ru

Физиотерапевтическая реабилитация с помощью аппарата «АМО-АТОС-Э» при нарушениях в репродуктивной системе у девочек с ожирением

*Лазебникова С. В., Чичёва Г. В.,
Райгородская Н. Ю., Болотова Н. В.*

*Саратовский государственный медицинский университет
им. В. И. Разумовского*

Путем исследования гормонального статуса, липидного и углеводного обмена у 80 девочек пубертатного возраста обосновано использование сочетанной методики транскраниальной магнитотерапии и мезодиэнцефальной модуляции с помощью аппарата "АМО-АТОС-Э".

В результате лечения менструальный цикл нормализовался в 86,3% случаев на фоне снижения массы тела на $9,26 \pm 4,28$ кг в течение 3-х месяцев.

Ключевые слова: *репродуктивная система девочек, ожирение, транскраниальная физиотерапия.*

Ожирение – хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся избыточным накоплением жировой ткани в организме и широко распространенное в настоящее время. В начале периода полового созревания ожирение может быть продолжением заболевания с детства или является следствием избыточной феминизации девочки [5].

В патогенезе ожирения ведущую роль играет нарушение взаимосвязи гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси с развитием многочисленных метаболических, вегетативных и нейроэндокринных нарушений.

Ожирение ассоциировано с высокой частотой нарушений становления менструального цикла (в 4 раза чаще, чем у женщин с нормальной массой тела), бесплодием, различными гиперпластическими процессами (гиперплазия и аденоматоз эндометрия).

Частота ранних потерь беременности возрастает при ожирении до 40 – 50% [3, 10, 11], риск развития злокачественных новообразований яичников, молочных желез у

женщин с ожирением повышается в 2 и более раз [11].

Лечение ожирения – трудная задача, так как требует применения волевых усилий в изменении стереотипа питания и образа жизни, а медикаментозных препаратов для лечения ожирения, особенно в детском возрасте, практически не существует. В связи с этим возникает необходимость поиска немедикаментозных методов коррекции различных нарушений, возникающих при ожирении у детей.

Основную роль в регуляции энергетического баланса организма играет гипоталамус. Повреждение его вентромедиальной области или паравентрикулярных ядер сопровождается повышением аппетита, снижением расхода энергии и повышением массы тела. Поэтому ключевым звеном в патогенезе ожирения является нарушение гормональной связи между жировой тканью, вырабатывающей гормон лептин и гипоталамусом. Также выявлены связи между лептином и орексигенным нейропептидом Y, ко-

торый участвует в регуляции аппетита [7]. Основой репродуктивной системы женщин является ось гипоталамус-гипофиз-яичники.

В этой связи патогенетически обоснованным является включение в комплекс коррекции нарушений в репродуктивной системе трансцеребральных методик физиотерапии. Наиболее изученными из них являются транскраниальная магнитотерапия (ТкМТ) и транскраниальная электростимуляция (ТЭС) [1, 4, 9].

В последние годы разрабатываются методики сочетанного применения обоих воздействий, как наиболее перспективные [6].

Цель работы – оценить эффективность различных вариантов транскраниального воздействия в коррекции репродуктивного статуса у девочек пубертатного возраста с ожирением.

Материалы и методы. В исследование вошло 80 девочек периода полового созревания в возрасте от 11 до 16 лет, страдающих ожирением различной степени. Группу сравнения составили 20 девочек-подростков без ожирения и, практически здоровых. Обследование включило изучение анамнеза, оценку физического развития по центильным таблицам, определение индекса массы тела (индекс Кетле) и отношения окружности талии (ОТ) к окружности бедер (ОБ), характеризующего тип ожирения (абдоминально-висцеральный и глютео-фemorальный), измерение артериального давления. Половое развитие оценивалось по Таннеру. Обращалось внимание на сроки и последовательность появления вторичных половых признаков.

Для выявления метаболического синдрома проводился стандартный пероральный тест толерантности к глюкозе, оценивался биохимический анализ крови (глюко-

за, липидный спектр крови: общий холестерин (ОХ), липопротеиды низкой плотности (ЛПНП), липопротеиды высокой плотности (ЛПВП), триглицериды (ТГ), мочевиная кислота), исследовался иммунореактивный инсулин (ИРИ) с расчётом индекса НОМА.

В оценку репродуктивной системы входили: осмотр гинеколога, ультразвуковое исследование гениталий, определение гормонального профиля (лютеинизирующего гормона (ЛГ), фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), эстрадиола (Е), прогестерона (П), тестостерона (Т), пролактина (Пр)) на 5-й день менструального цикла, методами иммуноферментного и радиоиммунного анализа. Для гормонального тестирования использовались наборы РИО-Т4-ПГ, ИБОХ (Беларусь), FSH IRMA, LH IRMA, PROLAKTIN IRMA (Чехия).

С целью коррекции нейроэндокринных нарушений использовалась ТкМТ, ТЭС и их сочетание от аппарата «АМО-АТОС-Э».

Учитывая, что физическое воздействие лучше усваивается организмом, если его частотные параметры близки к частотам функционирования той или иной системы организма (1 – 1,5 Гц – частота нормального сердечного ритма и 8 – 10 Гц – частота альфа-ритма электроэнцефалограммы мозга), частоты сканирования (модуляции) магнитного поля выбирались в диапазоне 1 – 12 Гц.

Сеансы осуществлялись приставкой «Оголовье» в положении больного сидя или лежа с индукцией на поверхности излучателя 20 – 45 мТл (в зависимости от возраста), движение поля от височной доли к затылочной синхронно на оба полушария мозга в течение 7 – 12 мин (по битемпоральной методике). Частоту модуляции и время экспозиции с каждой процедурой постепенно увеличивали, начиная с минимального значения. В конце курса (2 – 3 последних сеанса) режим регу-

лярного сканирования заменялся на режим «СТОХАС» – включение соленоидов по случайному закону для предотвращения адаптации тканей мозга к воздействию.

Транскраниальная электростимуляция применялась с выходным напряжением 15 – 20В и средним током не более 25 мА. Частота следования пачек импульсов – 50 – 77 Гц. Методика лобно-сосцевидная.

Для определения наиболее эффективных методов коррекции выявленных гормональных нарушений все дети были разделены на 4 группы, сопоставимых по возрасту, тяжести и давности заболевания. 1-я группа (20 пациентов) получала ТкМТ; 2-я группа (18 девочек) – курс ТЭС; 3-я группа (22 подростка) – сочетанное воздействие ТкМТ + ТЭС головного мозга; 4-я группа (20 детей) – плацеботерапию. Общее количество сеансов во всех группах – 14. Повторное обследование проводилось чрез 1 мес после окончания курса с учетом отсроченного действия магнитотерапии [4, 9]. Лечение проводилось на фоне соблюдения гипокалорийной диеты.

Статистическая обработка собранной информации, предварительно занесённой в специально созданную компьютерную базу данных (MS Access), проводилась при помощи прикладных компьютерных программ (MS Access, MS Excel, Statistica for Windows). Для сравнения межгрупповых дисперсий использован дисперсионный анализ при 95%-ом уровне значимости ($p < 0,05$).

Результаты. При поступлении в стационар все девочки предъявляли жалобы на избыточную массу тела, снижение настроения и работоспособности. Каждая третья девочка предъявляла жалобы на нарушение сна, головные боли. При изучении анамнеза обращала на себя внимание высокая частота

антенатальной и перинатальной патологии в анамнезе больных ожирением. Неблагополучное течение беременности и родов отмечалось у 72 (90%) матерей девочек с ожирением. Наиболее частыми осложнениями беременности были угроза невынашивания, анемия, ОПГ-гестоз – факторы, приводящие к развитию внутриутробной гипоксии плода.

Гипоксическое поражение центральной нервной системы, как следствие осложненного течения беременности и родов у матерей, наблюдалось у 39 детей (48, 75%); родовую травму шейного отдела позвоночника перенесли 40 новорожденных (50%). Развитие гипертензионно-гидроцефального синдрома на первом году жизни, как результат гипоксически-травматического поражения ЦНС наблюдалось в 38 случаях, (47, 5 %). Подобные ante- и перинатальные нарушения в группе сравнения выражены в 1, 5-2 раза реже (5 детей, 25 %).

При объективном обследовании выявлено, что все девочки в основных группах имели ожирение II – III степени выраженности, индекс массы тела в среднем составил $32, 7 \pm 2, 9$ кг/м², SDS ИМТ $4,52 \pm 0,68$. Характерным было наличие стрий на коже розового цвета различной локализации (80 %), артериальная гипертензия была отмечена у 40 % обследуемых, гирсутизм выявлен у 25 % девочек, фолликулит – у 60 %.

У подавляющего большинства пациентов (95 %), показатель окружности талии превышал 80 см и в среднем составил $91,5 \pm 7,2$ см. Половое развитие характеризовалось ранним его началом (в среднем $10,8 \pm 0,8$ лет). Нарушения менструального цикла были обнаружены у 70 % обследуемых девочек, наиболее часто (60 %) по типу опсоменореи и вторичной аменореи.

Доля пациенток с альгоменореей и олигоменореей была одинаковой (по 20%).

При анализе лабораторных данных выявлено, что состояние липидного спектра у девочек-подростков с ожирением, в отличие от группы сравнения, характеризовалось более высокими показателями содержания в сыворотке крови атерогенных фракций липидов: ОХ $5,4 \pm 0,9$ против $4,5 \pm 0,9$ ммоль/л в группе сравнения ($p=0,001$), ЛПНП – $3,5 \pm 0,8$ против $2,6 \pm 0,9$ ммоль/л ($p<0,001$), ТГ – $1,8 \pm 0,8$ против $0,8 \pm 0,3$ ммоль/л ($p<0,001$) и низкими показателями антиатерогенных фракций ЛПВП – $1,2 \pm 0,4$ против $1,5 \pm 0,5$ ммоль/л ($p=0,005$).

Нарушения углеводного обмена обнаружены у всех обследуемых пациенток: в ходе проведения перорального глюкозотолерантного теста в 100% случаев выявлены низкие показатели гликемии «плоская кривая», указывающая на стимулированную гиперинсулинемию. Тощаковая гиперинсулинемия и инсулинорезистентность наблюдалась у 33,7 % и 77,5 % у подростков соот-

ветственно. Метаболический синдром (МС) нами был диагностирован у 56 (70 %) обследованных девочек.

Данные УЗИ половых органов характеризовались наличием уплотнения стромы и белочной оболочки, мелкокистозными включениями, отсутствием доминантного фолликула у 42 (52, 5 %) пациенток с ожирением.

При изучении гормонального статуса отмечалось снижение содержания ФСГ и повышение уровня других тропных гормонов (ЛГ, индекса ЛГ/ФСГ, пролактина), а так же андрогенов, эстрогенов, инсулина и ИР, что свидетельствует об активации нейроэндокринной системы.

После проведенного курса лечения во всех группах отмечалось снижение уровня тестостерона, при этом наиболее выраженным оно было в группе 3 ($1,9 \pm 0,4$ нмоль/л). Наблюдалась нормализация соотношения ЛГ/ФСГ. Также в группе 3 ($1,0 \pm 0,4$). Это наблюдалось и в отношении эстрадиола ($726,2 \pm 61,2$ пмоль/л) (табл. 1).

Таблица 1. Показатели гормонального статуса девочек-подростков с ожирением до и после лечения

Показатель	Группа 1 (n=20)		Группа 2 (n=18)		Группа 3 (n=22)		Группа 4 (n=20)	
	До ТкМТ	После ТкМТ	До ТЭС	После ТЭС	До ТкМТ + ТЭС	После ТкМТ + ТЭС	до плацебо	после плацебо
ФСГ, МЕ/л	4,9±1,6	5,0±0,8	4,8±1,9	5,3±1,1*	4,9±1,1	5,8±0,7*	5,3±1,6	5,6±2,1
ЛГ, МЕ/л	5,9±3,5	5,0±1,1*	6,0±3,1	5,3±0,9*	5,5±2,4	4,2±0,6*	5,4±2,8	5,9±3,9
ЛГ/ФСГ	1,3±0,9	1,2±0,5	1,6±0,9	1,4±0,6*	1,4±1,1	1,0±0,4*	1,1±0,9	1,3±1,1
Е, пмоль/л	926,7±62,6	850,3±46,3*	906,7±92,6	903,9±60,3*	908,7±82,6	726,2±61,2*	919,7±72,6	911,7±85,9
Тестостерон, нмоль/л	2,4±1,8	2,3±1,1	2,4±1,8	2,0±0,9*	2,9±2,0	1,9±0,4*	2,6±2,1	2,3±1,8
ИРИ, мкЕД/мл	28,9±10,2	26,9±5,2	27,1±9,2	25,3±3,9*	26,6±7,2	24,6±2,1*	22,6±8,2	18,9±9,6

Примечание: * – достоверность различий по сравнению с соответствующим показателем до лечения ($p<0,005$)

Во второй группе детей, получавших ТЭС-терапию клиническое улучшение наступило у 8 (44,4%) детей. Масса тела снизилась у 9 (50%) подростков в среднем на $5,06 \pm 3,25$ кг от исходных значений. Отмечалось достоверное уменьшение ИМТ, ОТ ($p=0,026$). Улучшение показателей углеводного обмена отмечено у 7 (38,8%), что привело к нормализации чувствительности к инсулину, у 8 (44,4%) девочек, кроме нормализации уровня тестостерона ($2,0 \pm 0,9$), отмечено снижение соотношения ЛГ/ФСГ ($1,1 \pm 0,9$), и снизился уровень эстрогенов. Менструальная функция восстановилась у 9 (50%) пациенток.

В третьей группе детей, получавших сочетанное воздействие магнитотерапии и электростимуляции транскраниально, получены наилучшие результаты. В этой же группе на фоне проводимой терапии у 18 (81,8%) подростков вес снизился в среднем на $8,06 \pm 4,28$ кг от исходных значений. От-

мечалось достоверное уменьшение ИМТ, ОТ ($p=0,026$) у 17 (77,2%) девочек. У 17 подростков отмечалось достоверное уменьшение показателей углеводного обмена, что привело к нормализации чувствительности к инсулину, уровней тощачковой и стимулированной гликемии. У всех девочек, кроме нормализации уровня тестостерона ($1,9 \pm 0,8$), снижалось соотношение ЛГ/ФСГ ($1,0 \pm 0,8$), и нормализовался уровень эстрогенов. Менструальная функция восстановилась у 81,8% пациенток.

В группе детей, получавших физиотерапию в виде плацебо процедур, клиническое улучшение наступило лишь у 20%. Улучшение настроения отметили 4 ребенка (20%). Повышение работоспособности – 4 (20%). Снижение массы тела зарегистрировано у 4 (20%) девочек, в среднем на $3,04 \pm 1,07$ кг от исходных значений. При изучении лабораторных данных изменения зарегистрированы не были.

Таблица 2. Эффективность терапии по группам

Симптомы	Группа 1 (n=20)		Группа 2 (n=18)		Группа 3 (n=22)		Группа 4 (n=20)	
	До ТкМТ	После ТкМТ	До ТЭС	После ТЭС	До ТкМТ + ТЭС	После ТкМТ + ТЭС	до плацебо	после плацебо
Жалобы								
Головная боль (число детей)	6	3*	7	3*	5	1*	6	5
Антропометрические данные								
Масса тела (кг)	87,5±4,9	81,2±2,4	81,2±2,9*	78,2±2,6*	88,2±3,6	80,3±3,1*	86,6±2,6	83,7±3,6
ИМТ (кг/м ²)	29,68±2,7	26,68±1,1*	28,32±0,8	27,26±0,4	29,12±3,1	26,56±0,9*	28,57±1,1	28,25±1,3
ОТ (см)	90,45±6,3	86,5±5,3	86,5±3,5	81,4±2,6*	91,5±4,7	87,6±3,4*	88,3±4,5	87,5±3,6
Артериальное давление (мм.рт.ст.)	130,4±6,6	121,6±5,3*	127,6±5,3	122,5±6,2	129,6±7,1	119,4±6,2*	125,4±6,2	126,7±5,4
Параклинические данные								
Уровень холесте- рина (ммоль/л)	5,8±0,8	4,8±0,8*	5,7±0,5	5,5±0,3*	5,9±0,3	5,2±0,8*	5,6±0,9	5,7±0,8
ЛПНП (ммоль/л)	3,9±0,4	3,3±0,2*	3,8±0,5	3,4±0,1	3,7±0,3	3,0±0,2*	3,9±0,4	3,8±0,5
ЛПВП (ммоль/л)	1,0±0,5	1,4±0,3*	1,1±0,4	1,3±0,2	1,1±0,6	1,5±0,4*	1,0±0,3	1,1±0,2

Обсуждение. Транскраниальные методики физиотерапии и, в частности ТкМТ, можно рассматривать как вариант общей магнитотерапии с присущим ей свойством синхронизировать функции различных систем организма [8], включая ось гипоталамус–гипофиз–яичники. С другой стороны не раз отмечалась восприимчивость эндокринной системы к внешним физическим факторам общего характера (бальнеотерапия, гипокситерапия и др.), повышающих чувствительность тканей к инсулину [3]. К таким воздействиям относятся и транскраниальные методики с непосредственным приложением к ЦНС.

Устранение инсулинорезистентности в свою очередь привело к подавлению повышенных уровней Т, ЛГ и ИРИ с увеличением продукции ФСГ, что принципиально с точки зрения формирования у девочек синдрома поликистозных яичников и бесплодия в будущем.

Таким образом, у девочек-подростков, страдающих ожирением, выявлены значительные нарушения в репродуктивной системе, связанные с изменением гормонального фона и требующие назначения соответствующей коррекции.

Применение различных вариантов транскраниального физиотерапевтического воздействия у девочек с ожирением привело к улучшению гормонального статуса и клинических проявлений по сравнению с группой плацебо интегрально по количеству детей с улучшением: - на 50% при использовании ТкМТ, - на 44% при использовании ТЭС и на 81% при сочетании обоих методов транскраниального воздействия (ТкМТ + ТЭС).

Методика просто реализуется в условиях поликлиники, имеет минимальное число противопоказаний и хорошо переносится больными.

Список литературы

1. **Болотова, Н. В.** [и др] Вопросы курортологии и физиотерапии. – 2006. – № 2. – С.24 – 26.
2. **Демецкий, А. М.** Искусственные магнитные поля в медицине / А. М. Демецкий, А. Г. Алексеев. – Минск: Беларусь, 1981. – 93 с.
3. **Манухин, И. Б.** Клинические лекции по гинекологической эндокринологии / И. Б. Манухин, Л. Г. Тумилович, М. А. Геворкян. – М.: Гозтар-Медиа, 2006.
4. **Райгородская, Н. Ю.** Использование битемпоральной низкоинтенсивной магнитотерапии в комплексном лечении гипоталамического синдрома пубертатного периода у детей: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – Саратов, 2004. – 25 с.
5. **Серов, В. Н.** [и др] Журнал Российского общества акушеров-гинекологов. – 2004. – № 3. – С.43 – 46.
6. **Сочетание физических факторов при различных заболеваниях.** Пособие для врачей / А. А. Миненков, Э. М. Орехова, Ф. Е. Горбунов [и др] //Вопросы курортологии. – 2006. – № 1 – С.47 – 51.
7. **Строев, Ю. И.** Ожирение у подростков / Ю. И. Строев, Л. П. Чурилов. – СПб., 2003.

8. **Улащик, В. С.** Вопросы курортологии и физиотерапии. – 2001. – № 5. – С.3 – 8.
9. **Физиотерапия:** Национальное руководство / Под ред. Г. Н. Пономаренко. – М.: Гэотар-Медиа, 2009. – С. 146 – 148.
10. **Linne, Y.** Obes Rew. – 2004. – N 5. – P. 137 – 143.
11. **Wong, T. X.** [et al] Obes Rew. – 2002. – N 10. – P. 551 – 554.

Результаты оперативной коррекции эквинусной деформации стоп у пациентов с детским церебральным параличом при использовании медицинской технологии «Поэтапная фибротомия в ортопедии»

*Назаркин А. Я., Черешнев А. И.
Институт клинической реабилитологии
г. Тула*

Проведено обследование 480 детей с ДЦП в возрасте 4 – 15 лет, имеющих эквинусную деформацию стоп: клиническо-ортопедическое, ангулометрия, плантография, рентгенография, альгометрия. Катamnез от 2 до 13 лет. У всех пациентов выявлены органические мышечные контрактуры (ОМК) в области голени. Для коррекции эквинусной деформации стоп проведено оперативное устранение ОМК с использованием технологии «Поэтапная фибротомия в ортопедии», разработанной профессором Ульзибатов В. Б. и реализуемой с помощью скальпеля специальной конструкции.

После лечения у всех пациентов увеличилась амплитуда движений в голеностопном суставе, улучшилась способность к передвижению. Хороший результат получен у 94,8 % детей, удовлетворительный – у 5,2 %. Данные дополнительных исследований (ангулометрия, плантография, рентгенография, альгометрия) подтвердили эффективность технологии. Лучшие результаты отмечены у детей 5 – 7 лет, имеющих двигательные нарушения средней тяжести и умеренно выраженные суставные изменения.

Ключевые слова: поэтапная фибротомия в ортопедии, детский церебральный паралич, эквинусная деформация стоп.

Коррекция двигательных нарушений при детском церебральном параличе (ДЦП) является сложной задачей. Эквинусная деформация стоп занимает одно из ведущих мест в формировании двигательных нарушений у больных с ДЦП и является наиболее часто выявляемой, возникая на ранних этапах развития заболевания. Развитие деформации стоп при ДЦП обусловлено фиброзной дегенерацией мышц, связок и капсул суставов [2, 3, 4, 5, 6, 8].

В патогенезе ДЦП важными звеньями являются формирование органических мышечных контрактур (ОМК) и наличие миофасциального болевого синдрома (МБС). Медицинская технология профессора Ульзибата В. Б. «Поэтапная фибротомия в ортопедии» –

это хирургический способ лечения, основанный на устранении ОМК и МБС с помощью специального скальпеля с целью улучшения функции мышц [1, 7, 8].

Проведено обследование 480 детей с ДЦП в возрасте 4 – 15 лет, имеющих эквинусную деформацию стоп: клиническо-ортопедическое, ангулометрия, плантография, рентгенография, альгометрическое тестирование, электромиография.

Среди пациентов преобладали мальчики (62,5 %). Дети в возрасте 4 – 7 лет составил 53,3 %, 8 – 10 лет – 28,1 %, 11 – 15 лет – 18,6 %. Катamnез – от 2 до 13 лет.

Все пациенты до лечения указанным методом систематически получали традиционную консервативную терапию, 46-ти детям

(9,6 %) в возрасте 8 – 15 лет ранее проведены операции по методике Страйера. Однако на фоне проводимого лечения не произошло коррекции эквинусной деформации стоп, улучшение носило временный характер.

При клинико-ортопедическом обследовании у всех детей выявлена эквинусная деформация стоп, при пальпации в области голени и стоп определялись мышечные контрактуры, наличие органической стадии контрактур подтверждено релаксационной пробой. Отмечено, что степень тяжести эквинусной деформации стоп, как правило, нарастала с увеличением возраста пациентов. По данным рентгенологического исследования и ангулометрии, до операции величина берцово-стопного угла составляла 91 – 109° в 30,0 %, 110 – 135° – в 41,5 %, более 135° – в 28,5 %. При проведении плантографии 4-я степень нарушения опороспособности стоп выявлена у 25,1 % детей, 3-я степень – у 28,5 %, 2-я – у 30,0 %, 1-я – у 16,4 % пациентов. Альгометрическое тестирование с применением шкалы Очера показало, что локальный МБС в области голени и стоп слабой интенсивности выявлен в 63,1 % случаях, средней интенсивности – в 19,8 %, сильной интенсивности – в 17,1 %.

Для коррекции эквинусной деформации стоп проведено оперативное устранение контрактур в камбаловидной и/или икроножной мышцах, при необходимости проводились операции в области подошвенного апоневроза. Использована медицинская технология профессора Ульзибата В. Б. «Поэтапная фибротомия в ортопедии», реализуемая с помощью скальпеля специальной конструкции, без разреза кожи и применения послеоперационной гипсовой иммобилизации.

Лечение проведено в хирургическом «стационаре одного дня».

В результате лечения у всех пациентов увеличилась амплитуда активных и пассивных движений в голеностопных суставах. Хороший клинический результат получен у 94,8 % детей, удовлетворительный – у 5,2 % пациентов. У большинства больных улучшилась способность к передвижению: 20,4 % детей начали ходить самостоятельно, 17,7 % – освоили ходьбу с поддержкой или опорой, у 56,7 % детей существенно улучшилась походка, 5,2 % – стали уверенно стоять у опоры. Рентгенография голеностопных суставов и стоп 109 больных подтвердила уменьшение степени эквинуса после указанного метода лечения в 100 % случаях.

По данным ангулометрии голеностопного сустава, после операции берцово-стопный угол уменьшился до 90° и менее у 96,2 % детей, до 91 – 109° – в 3,8 % случаев (до операции у этих пациентов берцово-стопный угол превышал 135°). После операции, по данным плантографии, опороспособность стоп увеличилась до 100 % в 95,6 % случаев, до 75 – 95 % площади стопы – в 4,4 %. Альгометрическое тестирование с применением шкалы Очера показало, что локальный болевой синдром в области голени и стоп в 96,2 % случаев был полностью устранен, у 3,8 % пациентов – значительно уменьшился. Отмечена более высокая эффективность лечения у пациентов 5 – 7 лет со среднетяжелыми двигательными расстройствами при минимальных изменениях в суставах.

На рис. 1 и 2 представлены фотографии пациенток С. (история болезни № 5012) и В. (история болезни № 18681) соответственно. Фотографии демонстрируют результаты оперативной коррекции эквинусной деформации стоп с использованием медицинской технологии профессора Ульзибата В. Б. «Поэтапная фибротомия в ортопедии».

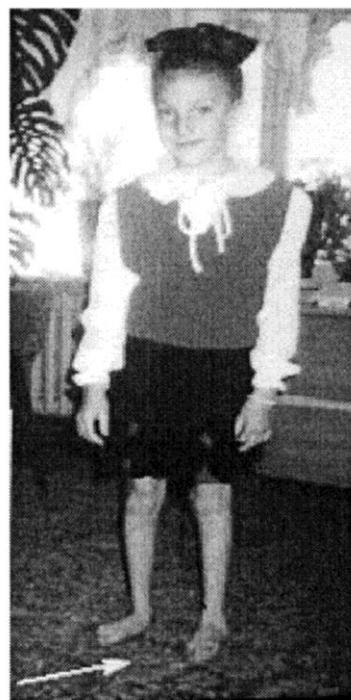


Рис. 1. Фото пациентки С. до и после лечения



Рис. 2. Фото пациентки В. до и после лечения

Кроме эквинусной деформации стоп у пациентов установлено наличие сгибательно-приводящих контрактур тазобедренных суставов (67,8 %) и сгибательных контрактур коленных суставов (42,1 %), степень выраженности которых существенно уменьшилась после проведения поэтапной фибротомии.

Для более точного количественного анализа эффективности проведенного оперативного лечения проведено клинико-инструментальное обследование 258 детей с ДЦП в форме спастической диплегии в возрасте от 5 до 15 лет, поступивших на лечение в период с января по май 2005 года. Данные,

полученные в результате клинического исследования активных и пассивных движений в суставах, фиксировались измерением амплитуды движений в суставах нижних конечностей (голеностопных, коленных, тазобедренных) с помощью угломера. Ангулометрия проводилась в палате до премедикации, а также дважды в операционной (до и после операции), когда больной находился в условиях хирургической стадии наркоза.

В результате исследований установлено, что после проведения оперативного лечения у всех детей произошло увеличение амплитуды движений в суставах нижних конечностей: увеличение угла разгибания в голеностопном суставе в среднем на 28° , угла отведения в тазобедренном суставе – на 19° , угла сгибания в тазобедренном суставе – на 24° .

Катамнестические наблюдения в течение 4 лет и повторные клинические инструментальные исследования показали, что после оперативного лечения у всех больных отмечено улучшение двигательного развития: 15 % детей начали сидеть самостоя-

тельно, 19 % – освоили ползание, 37 % – стали ходить с поддержкой и 26 % пациентов начали ходить самостоятельно (процент от числа больных, не владевших навыком).

У остальных пациентов существенное улучшение двигательных функций наблюдалось в пределах одного уровня моторного развития. Проведение ангулометрии в динамике показало, что после операции изменения объема движений в суставах носили стойкий характер в 92 %. Лучшие клинические результаты отмечены у детей 5 – 7 лет, имеющих двигательные нарушения средней тяжести и слабо выраженные суставные изменения.

Таким образом, использование медицинской технологии профессора Ульзибата В. Б. «Поэтапная фибротомия в ортопедии» в лечении пациентов с эквинусной деформацией стоп при ДЦП позволяет за счет устранения органических мышечных контрактур и МБС улучшить функцию мышц, увеличить амплитуду движений, предупредить развитие суставных изменений.

Список литературы

1. **Бударин, В. И.** Хирургическое лечение больных детей с синдромом мышечно-фасциальных болей / В. И. Бударин, А. А. Репетунов, С. В. Шишов, В. Б. Ульзибат // Избранные вопросы амбулаторной ортопедии. – Тула, 2001. – С. 96 – 101.
2. **Журавлев, А. М.** Эквинусная деформация стопы у больных ДЦП и ее хирургическое лечение / А. М. Журавлев, И. С. Перхурова, Б. М. Горчиев // Травматология, ортопедия и протезирование. – 1992. – № 3. – С. 32 – 34.
3. **Гафаров, Х. З.** Лечение деформаций стоп у детей. – Казан, 1990. – 180 с.
4. **Краснов, А. Ф.** Способ лечения эквинусной стопы / А. Ф. Краснов, А. П. Чернов, И. И. Лосев // Травматология, ортопедия и протезирование. – 1991. – № 4. – С. 54 – 55.
5. **Ортопедия и травматология детского возраста: Руководство для врачей** / Под ред. М. В. Волкова, Г. М. Тер-Егизарова. – М., 1983. – 464 с.

6. **Перхурова, И. С.** Регуляция позы и ходьбы при детском церебральном параличе и некоторые способы коррекции / И. С. Перхурова, В. М. Лузинович, Е. Г. Сологубов. – М., 1996.
7. **Ульзибат, В. Б.** Способ лечения мышечно-фасциальных болей. Патент № 1621901 от 01.07.1991.
8. **Ульзибат, В. Б.** Организация амбулаторного хирургического лечения больных с патологией опорно-двигательного аппарата. Дис. ... канд. мед. наук. – М., 1996. – 174 с.

Гендерно-возрастные изменения variability сердечного ритма у лиц молодого возраста с учетом доминирования отдела вегетативной нервной системы

Спицина Т. А., Спицин А. П.

*Кировская государственная медицинская академия
г. Киров*

Актуальность. Учебный процесс, протекающий в вузе, можно разделить на несколько составляющих, каждая из которых вносит свой вклад как в психоэмоциональное состояние, так и в функциональное состояние ведущих физиологических систем. Считается, что адаптация организма к факторам эмоционального напряжения осуществляется взаимодействием симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы. Variability ритма сердца (ВРС) позволяет объективизировать влияние психологического стресса на организм.

Цель. Изучить связь ВРС с процессом обучения у студентов-медиков с учетом типологических особенностей вегетативной нервной системы.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 163 человека: 127 студентов младших (2) курсов и 65 студентов старших (5) курсов. Исследование ВРС на основании записи электрокардиограммы при помощи аппарата «Ритм-Орто» проводилось в условиях обычной учебной нагрузки.

Результаты. В ходе исследования выявлены достоверные различия как во временных так и в спектральных показателях сердечного ритма в зависимости от доминирования отдела ВНС и срока обучения. При доминировании симпатического отдела ВНС характерны высокие значения АМо и ИН, а также снижение мощности во всех частотных диапазонах, свидетельствующие об усилении гуморальных и центральных влияний на сердечный ритм, которые усиливаются в процессе обучения. При исходном доминировании парасимпатического отдела ВНС в процессе обучения происходит сдвиг в сторону доминирования симпатической активности. Анализ ВРС позволил оценить состояние общей активности регуляторных механизмов, нейрогуморальной регуляции сердца, соотношения между симпатическим и парасимпатическим отделами автономной нервной системы у студентов в процессе обучения.

Ключевые слова: студенты, адаптация к учебной деятельности, variability ритма сердца

Topicality. The educational higher school process can be subdivided into several parts. Each of the above parts contributes both to psychoemotional and functional conditions of the leading physiological systems. It is considered that adaptation of the organism to factors of emotional tension is realized by means of interrelation of sympathetic and parasympathetic parts of the vegetative nervous system. Variability of heart rhythm allows to analyze objectively the influence of psychological stresses on the human organism.

Purpose. *The purpose of the current study was to investigate interrelation of the variability of heart rhythm and educational processes in medical students taking into consideration typological peculiarities of the vegetative nervous system.*

Materials and methods. *163 students were studied. Of them, there were 127 junior second-year medical students and 65 senior fifth-year medical students. The investigation of variability of heart rhythm was carried out by means of electrocardiography with the "Rhythm-Orto" ECG device. The study was performed in the conditions of usual educational load.*

Results. *The current investigation revealed reliable differences both in temporal and spectral parameters of heart rhythm depending on domination of the part of the vegetative nervous system and duration of the course of studies. In case of domination of the sympathetic part of the vegetative nervous system, high values of AMo and Si as well as decrease of all frequent ranges were noted. The above findings showed increase of humoral and central influence on heart rhythm. It increases during educational processes. In case of primary domination of the parasympathetic part of the vegetative nervous system, changes towards domination of the sympathetic activity occur. The above analysis of variability of heart rhythm allowed us to evaluate and estimate the condition of general activity of regulation mechanisms, neurohumoral regulation of the heart, co-relation between the sympathetic and parasympathetic parts of the autonomous nervous system in medical students during their studies.*

Key words: *students, adaptation to educational processes, variability of heart rhythm*

Введение. Студенты представляют особую социальную группу, характеризующуюся определенным возрастом, специфическими условиями труда и жизни. Они относятся к группе повышенного риска вследствие высокого и длительного психоэмоционального напряжения [2 – 4], которое значительно выше, чем у их сверстников из других социальных групп [5]. Весь учебный процесс, протекающий в вузе, можно разделить на несколько составляющих, каждая из которых вносит свой вклад как в психоэмоциональное состояние, так и в функциональное состояние ведущих физиологических систем. Адаптация студентов к учебному процессу определяется обычно двумя группами факторов: внешними и внутренними. К внешним факторам можно отнести информационную насыщенность рабочего учебного плана, особенности расписания, бытовые условия, материальную обеспе-

ченность и прочее. К внутренним факторам, среди прочих, относится функциональное состояние центральной нервной системы.

Наиболее общей реакцией на стрессовое воздействие со стороны сердечно-сосудистой системы (ССС) является увеличение частоты сердечных сокращений (ЧСС), изменение структуры ее variability и связанных с ЧСС показателей гемодинамики [1, 2, 5].

Среди современных методологических подходов к оценке состояния сердечно-сосудистой системы и организма в целом существенное место принадлежит анализу variability сердечного ритма (СР). Спектральный анализ variability ритма сердца (ВРС) позволяет объективизировать выраженность психологического стресса и оценить соотношение симпатических и парасимпатических влияний на организм, в том числе и при информационной нагрузке [6 – 11].

Целью настоящего исследования явилась оценка влияния срока обучения в вузе на изменения показателей кардиоинтервалографии и вариабельности ритма сердца организма студентов с учетом типологических особенностей вегетативной нервной системы.

Объекты и методы исследования. В исследованиях приняли участие 177 студентов (юноши и девушки) 2 ($n = 122$) и 5 ($n = 65$) курсов медицинского ВУЗа, не предъявлявшие жалоб на момент исследования, без соматической патологии, с нормальным уровнем АД. Все испытуемые на основе показателей ритмограммы в покое были разделены на три группы. В первую группу вошли испытуемые, у которых среднее значение RRNN по ритмокардиограмме было меньше 700 мс (условно – «симпатотоники»). Во вторую группу – с значениями RRNN в диапазоне 700 – 900 мс (условно – «нормотоники»), и в третью – свыше 900 мс (условно – ваготоники).

Для регистрации ритмокардиограмм использовали программно-аппаратный комплекс «Ритм-Орто», разработанный на кафедре нормальной физиологии КГМИ (Спицин А. П., Чупраков П. Г., 1998). Стандартный промышленный электрокардиограф, ЭК1К-01, использованный в комплексе, обеспечивал сертифицированную электробезопасность пациента, а также технические характеристики, необходимые для неискаженного анализа формы электрокардиосигнала. Кардиоритмограмма регистрировалась по стандартной методике. Длительность регистрации кардиоинтервалограммы составляла 300 с (не менее 512 интервалов RR). В дальнейшем рассчитывали временные стандартизированные характеристики динамического ряда кардиоинтервалов: частота сердечных сокращений (ЧСС, уд/мин); среднеквадратичное отклонение последо-

вательных RR-интервалов (SDNN, мс); стандартное отклонение разности последовательных RR-интервалов (RMSSD, мс); частота последовательных RR-интервалов с разностью более 50 мс (pNN50, %); амплитуда моды (AMo, %); индекс напряжения (ИН, усл. ед.); показатель адекватности процессов регуляции (ПАПР, баллы). Условные обозначения показателей вариабельности сердечного ритма (BCP) представлены в соответствии с международными стандартами оценки BCP и используемыми ориентировочными нормативами (Михайлов В. М, 2000; Баевский Р. М. с соавт., 2001). Далее, на основе проведения спектрального анализа BCP рассчитывали и анализировали частотные параметры: общую мощность спектра (TP), мощности в высокочастотном (HF, 0.16-0.4 Гц), низкочастотном (LF, 0.05-0.15 Гц) и очень низкочастотном (VLF, <0.05 Гц) диапазонах. Кроме того, вычисляли коэффициент LF/HF, отражающий баланс симпатических и парасимпатических регуляторных влияний на сердце.

Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием программного пакета «Statistica 6.0». Применялись стандартные методы вариационной статистики: вычисление средних, стандартных ошибок средней. Проводился корреляционный анализ по Spearman. Достоверными считали различия показателей при $p < 0,05$

Результаты. Достоверных различий в изменениях средних значений R-R интервалов, rMSSD, pNN50, AMo у студентов младших и старших курсов не выявлено. Вместе с тем при симпатическом типе регуляции сердечного ритма на старших курсах происходило увеличение ЧСС. Одновременно наблюдается снижение SDNN и увеличение rMSSD. При этом вариабельность сердечного ритма незна-

чительно повышается (рNN50 увеличивается). У старшекурсников продолжается усиление влияния гуморальных влияний, на что указывает увеличение АМО. Параллельно отмечается уменьшение центральных влияний: ИЦ выше у студентов младших курсов (табл. 1).

Достоверные изменения выявлены по значению VLF, что также указывает на усиление центральных влияний в управление сердечным ритмом. У студентов старших курсов мощность в VLF диапазоне была достоверно ниже по сравнению со студентами младших

курсов (табл.1). Уменьшение абсолютных значений общей мощности спектра может быть обусловлено активацией высших вегетативных центров, что оказывает тормозящее воздействие на нижележащие уровни регуляции. Подобная активация может быть обусловлена усилением гипоталамо-гипофизарного уровня нервно-гуморальной регуляции, или активацией высших вегетативных центров в результате возбуждения корковых и подкорковых структур вследствие внешних стрессорных воздействий.

Таблица 1. Сравнительные показатели variability сердечного ритма ($M \pm m$) у студентов старших и младших курсов медицинского вуза с симпатическим типом регуляции сердечного ритма

<i>Показатели</i>	<i>Студенты младших курсов (n=24)</i>	<i>Студенты старших курсов (n=25)</i>	<i>P</i>
SDNN, мсек.	48,27 ± 5,6	43,57 ± 5,063	0,63
ИЦ, усл. ед.	1,24 ± 0,24	0,48 ± 0,076*	0,04
VLF, мс ²	284,06 ± 41,49	145,66 ± 28,6*	0,04
LF/HF	1,91 ± 0,44	0,94 ± 0,17*	0,04
ПАРС, усл. ед.	2,9 ± 0,330	3,141 ± 0,62	0,66

Примечание: * – межгрупповое различие параметров с уровнем достоверности $p < 0,05$

Характерны процентные изменения мощности спектра во всех частотных диапазонах, но наиболее значительное – высоких и очень низких частот. Мощность в VLF- диапазоне спектра снизилась с 18,7±2,54 % до 9,71±1,19; $p=0,025$. Также достоверные различия выявлены и в HF-диапазоне (50,54±5,75% на младших курсах и 68,59±3,4 % на старших; $p=0,04$. Отношение LF/HF, характеризующее сбалансированность отделов вегетативной нервной системы было выше на младших курсах, что указывает на значительное преобладание симпатических влияний.

При нормотоническом типе регуляции урежение ЧСС меньше по сравнению с симпатическим типом регуляции, хотя SDNN у старшекурсников заметно уменьшается по сравнению со студентами младших курсов. Характерно, что rMSSD, рNN50 практически не изменяется. На прежнем уровне сохраняется и variability сердечного ритма (табл. 2). У старшекурсников наблюдается незначительное усиление гуморальных влияний, на что указывает увеличение АМо с (44,92±2,08 %) до (52,69±3,24 %) на старших курсах.

Таблица 2. Сравнительные показатели variability сердечного ритма ($M \pm m$) у студентов старших и младших курсов медицинского вуза с нормотоническим типом регуляции сердечного ритма

<i>Показатели</i>	<i>Студенты младших курсов (n=67)</i>	<i>Студенты старших курсов (n=27)</i>	<i>P</i>
SDNN, мс.	63,46±3,19	54,51±4,31	0,10
pNN50,%	12,64±-1,02	12,14±-1,8	0,72
AMo, %	34,84±1,5	40,84±2,17*	0,019
VLF, мс ²	431,75±45,47	262,67±43,81*	0,016
LF, мс ²	836,7±81,66	559±-91,56*	0,049
HF, мс ²	2001,7±-259,7	2050,8±-446,8*	0,63
LF/HF	1,33±0,094	1,1±0,18	0,068
ПАРС, баллы	1,33±-0,094	1,16±-0,18*	0,024

*Примечание: * – межгрупповое различие параметров с уровнем достоверности $p < 0,05$*

Индекс напряжения регуляторных систем не претерпевает существенных изменений. Усиление центральных влияний на СР у старшекурсников проявляется в достоверном сдвиге первого коэффициента автокорреляционной функции с (0,59±-0,03 до (0,63±-0,02; $p=0,04$) на старших курсах.

Как и у симпатотоников, у нормотоников на старших курсах наблюдается снижение общей мощности спектра, очень низких (VLF) и низких частот (LF). Следует отметить, что мощность спектра высоких частот не изменяется (табл. 2). Средний индекс вегетативного равновесия (LF/HF) на старших курсах становится не значительно меньше (табл. 2). Одновременно отмечено и снижение величины показателя адекватности процессов регуляции, что указывает на снижение напряжения регуляторных систем у студентов старших курсов.

При доминировании парасимпатического отдела ВНС в регуляции наблюдается незначительное уменьшение длительности R-R

интервалов у старшекурсников, но SDNN существенно уменьшается. На усиление активности симпатического отдела ВНС указывает достоверное снижение величины rMSSD (табл. 3). У старшекурсников отмечено значительное снижение variability, на что указывает уменьшение pNN50 (табл.3). На старших курсах выявлено усиление влияния гуморальных влияний на сердечный ритм (АМО увеличивается с 27,91±1,36 на младших курсах до 33,95±3,06 на старших). Другие показатели сердечного ритма (RRNN, ИВР, ВПР, Мо) достоверно не изменяются. Одновременно обнаружено увеличение как индекса централизации, так и индекса активации подкорковых нервных центров (табл.3). На усиление симпатических влияний на сердечный ритм у старшекурсников также указывает и увеличение ПАПР с (29,29±0,06 до (36, 1±2,95 усл. ед; $p=0,043$).

Анализ изменений частотной мощности спектра R-R интервалов в диапазонах НЧ, СЧ и ВЧ показал следующее.

Таблица 3. Сравнительные показатели variability сердечного ритма ($M \pm m$) у студентов старших и младших курсов медицинского вуза с ваготоническим типом регуляции сердечного ритма

<i>Показатели</i>	<i>Студенты младших курсов (n=29)</i>	<i>Студенты старших курсов (n=13)</i>	<i>P</i>
SDNN, мсек.	82,17±4,77	68,94±7,27*	0,18
rMSSD, мсек.	85,0±5,23	64,04±11,34*	0,007
pNN50, %	24,21±1,28	15,75±2,37*	0,002
ИЦ, усл.ед.	0,44±0,041	0,67±0,097*	0,05
ИАП, усл.ед	2,06+-0,15	2,59+-0,25	0,039
HF, мс ²	3857±500,6	2870±1070,94*	0,048
LF/HF	0,63±0,06	1,41±0,20*	0,00099
ПАРС, усл.ед.	3,41±0,32	2,69±0,36*	0,046

Примечание: * – межгрупповое различие параметров с уровнем достоверности $p < 0,05$

Обнаружены достоверные изменения мощности в ВЧ – диапазоне (табл.3), хотя она остается достаточно большой. Одновременно происходит изменение процентных соотношений вклада VLF, LF, HF. Мощность в LF диапазоне увеличивается у старшекурсников с (18,47+-1,36%) до (26,2+-2,73%; $p=0,019$). Аналогичные изменения выявлены и в HF диапазоне (71,6+-2,09 % на младших курсах против 62,59+-3,66 у старшекурсников; $p=0,046$). Прирост симпатико-парасимпатического соотношения (LF/HF) отмечен также на старших курсах (0,62+-0,05 против 1,4 +- 0,2; $p=0,00099$).

Сопоставление временных и спектральных показателей сердечного ритма в зависимости от пола и сроков обучения с учетом доминирования отдела ВНС показало следующее. Достоверные различия между девушками 2 и 5 курсов с ваготоническим типом регуляции выявлены по следующим показателям как SDNN, rMSSD,

pNN50, AMo, ПАПР, ИН. По снижению rMSSD ($p=0,009$), pNN50 ($p=0,0036$) можно предполагать, что формируется относительное преобладание симпатического компонента над парасимпатическим у старшекурсниц. Это подтверждается также увеличением величины ВПР и ИВР. Одновременно характерно усиление гуморальных влияний на СР. AMo увеличивается (с 28,8+-1,7% до 39,23+-3,81%; $p=0,021$) у старшекурсниц. На возрастание централизации управления СР также указывает и увеличение ИН с 40,65+-4,9 усл. ед. против 65,7+- 9,6 усл. ед.; $p=0,043$. Характерно достоверное увеличение индекса активации подкорковых центров.

У мужчин 2 и 5 курсов с ваготоническим типом регуляции выявлены по большинству временных и спектральных показателей СР достоверных различий не установлено. Отмечено достоверное увеличение LF домена у старшекурсников (с 16,36+1,59%

до $26,32 \pm 4,94\%$; $p=0,043$), что можно рассматривать как смещение активности в сторону симпатического отдела ВНС. Это подтверждается приростом симпатико-парасимпатического соотношения (LF/HF) с $(0,55 \pm 0,07)$ до $(1,53 \pm 0,03$; $p=0,014$) у старшекурсников. LF и HF также возрастают с $(31,13 \pm 2,97)$ до $(49,18 \pm 6,06)$; ($p=0,019$).

Достоверные различия между девушками 2 и 5 курсов с нормотоническим типом регуляции выявлены по следующим показателям: AMo, Pvlf, Plf, Plf%, Phf, LF/HF и ИЦ. Увеличение AMo указывает на усиление гуморального канала регуляции у старшекурсниц (с $32,59 \pm 1,48\%$ до $39,35 \pm 2,89\%$; $p=0,033$). Выявлено существенное снижение мощности спектра CP как в диапазоне очень низких, так и низких частот.

У мужчин с нормотоническим типом регуляции различия выявлены только по индексу активации подкорковых центров (ИАЦ). У старшекурсников ИАЦ увеличивается с $1,5 \pm 0,18$ до $2,6 \pm 0,31$; $p=0,015$). Это можно рассматривать как возрастание роли надсегментарных структур мозга в управление CP.

У мужчин с доминированием симпатического отдела ВНС различия по временным и спектральным показателям CP между студентами старших и младших курсов выявлены по SDNN, вариационному размаху, Pvlf, Plf. Уменьшение SDNN указывает на снижение вариабельности сердечного ритма.

Достоверных различий между девушками 2 и 5 курсов с доминированием симпатического отдела ВНС не выявлено. Это можно рассматривать как сохраняющее напряжение в регуляции сердечного ритма на

протяжении всего периода обучения. Действительно в данных группах сохранялись низкие значения рNN50, высокие значения AMO, ИН. Мощность во всех диапазонах была низкой.

Выводы

1. Выявлены достоверные различия как во временных так и в спектральных показателях сердечного ритма в зависимости от исходного доминирования отдела ВНС и срока обучения.

2. При доминировании симпатического отдела ВНС характерны высокие значения AMO и ИН, а также снижение мощности во всех частотных диапазонах, свидетельствующие об усилении гуморальных и центральных влияний на сердечный ритм, которые усиливаются в процессе обучения. При исходном доминировании парасимпатического отдела ВНС в процессе обучения происходит сдвиг в сторону доминирования симпатической активности. Минимальные изменения отмечены при нормотоническом типе регуляции. Тем не менее в процессе обучения отмечается изменение вегетативного статуса в сторону усиления симпатических влияний.

3. Изменения временных и спектральных показателей сердечного ритма у лиц женского пола, по сравнению с мужчинами, более выражены. определяются типом доминирования отдела ВНС и усиливаются в процессе обучения.

4. С учетом перспективы эмоционального реагирования с пациентами в будущем показана психологическая коррекция по адаптации студентов к существующим учебным нагрузкам для минимизации эмоциональных трудностей профессии.

Список литературы

1. **Баевский, Р. М.** Математический анализ сердечного ритма при стрессе / Р. М. Баевский, О. И. Кириллов, С. З. Клецкин. – М.: Наука, 1984. – 221 с.
2. **Данилова, Н. Н.** Изменение variability сердечного ритма при информационной нагрузке / Н. Н. Данилова, С. М. Астафьев // Журн. высш. нерв. деятельности. – 1999. – Т. 49. – С. 28.
3. **Киселев, А. Р.** Диагностика нарушений сократимости миокарда на основе variability ритма в ходе проведения велоэргометрических проб / А. Р. Киселев, В. И. Гриднев, О. М. Колижирина [и др] // Кардиология. – 2005. – № 10. – С. 23 – 26.
4. **Рагози, А. Н.** Информативность спектральных показателей variability сердечного ритма / А. Н. Рагозин // Вестник аритмологии. – 2001. – № 22. – С. 37.
5. **Ушакова, Е. Г.** Волновая структура ритма сердца интровертов и экстравертов с различным уровнем нейротизма / Е. Г. Ушакова, И. Г. Нидеккер // Психологический журнал. – 2002. – Т. 18. – № 4. – С. 91 – 95.
6. **Aysin, B.** Effect of respiration in heart rate variability (HRV) analysis / B. Aysin, E. Aysin // Conf. Proc. IEEE Eng Med Biol Soc. – 2006. – N 1. – P. 1776 – 1779.
7. **Castro, M. N.** Heart rate variability response to mental arithmetic stress in patients with schizophrenia autonomic response to stress in schizophrenia / M. N. Castro, D. E. Vigo, H. Weidema, R. D. Fahrer, E. M. Chu, de Achaval [et al] // Schizophr Res. – 2008. – N 99 (1-3). – P. 294 – 303.
8. **Hansen, A. L.** Facets of psychopathy, heart rate variability and cognitive function / A. L. Hansen, B. H. Johnsen, D. Thornton, L. Waage, J. F. Thayer. // J Personal Disord. – 2007. – N 21(5). – P. 568 – 582.
9. **Hjortskov, N.** The effect of mental stress on heart rate variability and blood pressure during computer work / N. Hjortskov, D. Rissen, A. K. Blangsted [et al] // Eur. J. Appl. Physiol. – 2004. – V. 92. – N 1/2. – P. 84.
10. **Murakami, H.** Influence of attention manipulation on emotion and autonomic responses / H. Murakami, H. Ohira // Percept Mot Skills. – 2007. – 105 (1): 299 – 308.
11. **Salahuddin, L.** Ultra short term analysis of heart rate variability for monitoring mental stress in mobile settings / L. Salahuddin, J. Cho, M. G. Jeong, D. Kim // Conf. Proc. IEEE Eng Med Biol Soc. – 2007. – N 1. – P. 4656 – 4659.

**О результатах использования оперативной медицинской технологии
«Поэтапная фибротомия в ортопедии» в реабилитации пациентов с детским
церебральным параличом и патологией опорно-двигательного аппарата**

Цой Е. В.

Институт клинической реабилитологии

г. Тула

Медицинская технология «Поэтапная фибротомия в ортопедии», разработанная профессором В.Б.Ульзибатов, используется для оперативного лечения пациентов с врожденной и приобретенной патологией опорно-двигательного аппарата, в том числе с ДЦП. Данная технология предназначена для устранения органических мышечных контрактур и хронического миофасциального болевого синдрома с целью улучшения функции мышц. Достоинствами технологии являются: универсальность при разных видах ортопедической патологии, функциональность, минимальная травматичность, возможность использования в амбулаторных условиях.

Об эффективности применения медицинской технологии «Поэтапная фибротомия в ортопедии» свидетельствует успешная деятельность частного медицинского учреждения в течение 17 лет. За этот период принято на лечение более 30 000 пациентов, среди них 79% детей. Пациенты с ДЦП составили 82,3%. Положительный клинический эффект лечения отмечен в 97,2%.

Ключевые слова: *поэтапная фибротомия в ортопедии, детский церебральный паралич*

Значение нормального двигательного развития в жизни ребенка и формировании его личности трудно переоценить. Возникающее вследствие врожденной или приобретенной патологии опорно-двигательного аппарата стойкое ограничение двигательных возможностей пациента не только приводит к его инвалидности и социальной дезадаптации, но также негативно влияет на статус семьи инвалида, формируя множество долговременных устойчивых медико-социальных, морально-психологических и финансовых проблем.

Детский церебральный паралич (ДЦП) считается одним из наиболее тяжелых хронических заболеваний со стабильной распро-

страненностью в популяции и высоким уровнем инвалидизации пациентов вследствие нарушения двигательных функций. По современным статистическим данным, в мире насчитывается более 15 миллионов больных с ДЦП. Публикации последних лет свидетельствуют о росте числа детей и подростков с ДЦП в России [5].

По данным Федеральной службы государственной статистики РФ, за 10 лет (1995 – 2004 гг.) частота ДЦП у детей в возрасте до 14 лет увеличилась с 2,3 до 3,1 на 1000. По обращаемости в Бюро медико-социальной экспертизы за пять лет (2001 – 2006 гг.) в России ежегодно в среднем регистрируется 3000 впер-

вые признанных инвалидами вследствие ДЦП детей [2]. В Татарстане в 2007 году инвалидность детей вследствие ДЦП по сравнению с 2005 годом увеличилась на 30% [4].

По мнению К. А. Семеновой, «восстановительное лечение этого заболевания до настоящего времени лишь в определенной степени эффективно у детей первых месяцев и лет жизни. У детей старшего дошкольного, школьного возраста, а тем более – у подростков и юношей – оно малоэффективно» [5].

Этиология и патогенез двигательных расстройств при ДЦП. Синдром двигательных расстройств является основным синдромом, определяющим клиническую картину ДЦП. Возникновение заболевания традиционно связывается с воздействием на головной мозг плода неблагоприятных факторов: гипоксического, травматического, инфекционных, токсических, обменных, гормональных, иммунных.

Известно, что целостный двигательный акт формируется при участии как центральных структур (головной и спинной мозг), так и периферических образований (черепные и спинномозговые нервы, их корешки и сплетения, мышцы). Поражение любого участка этой взаимосвязанной системы приводит к частичному или полному нарушению двигательных и иных (чувствительных, вегетативных) функций пациента.

Повреждение скелетных мышц происходит как при непосредственном воздействии на них патологических факторов (первичный механизм), так и опосредованно при заболеваниях нервной системы, позвоночника, суставов (вторичный механизм).

В патогенезе ДЦП и различных по нозологии ортопедических заболеваний участвуют оба механизма повреждения мышечной ткани, проявляющиеся однотипными структурными изменениями: дистрофией, некрозом, фиброзом. Исходом выраженного дистрофического процесса является необратимое изменение структуры мышечной ткани, замещение части волокон мышц соединительной тканью (фиброз), формирование органических мышечных контрактур (ОМК) – фиксировано укороченных и уплотненных участков мышц, болезненных при пальпации и не исчезающих при релаксации мышц. Наличие ОКМ приводит к дисфункции мышц (скованности, ограничению объема движений, слабости, повышенной утомляемости), развитию двигательных расстройств и хронического миофасциального болевого синдрома.

В формировании мышечных контрактур выделяют 2 стадии: функциональную (мышечно-дистоническую) и органическую (мышечно-дистрофическую). При пальпации мышц в состоянии физиологической или медикаментозной релаксации «функциональные» контрактуры исчезают, а «органические» – сохраняются в виде уплотненного тяжа в связи со структурными изменениями, наличие которых подтверждается данными клинического, морфологического, электромиографического и ультразвукового исследования мышц [3, 7].

Длительное повышение мышечного тонуса при ДЦП и других заболеваниях приводит к хроническому нарушению кровообращения и обменных процессов в скелетных мышцах, способствует формированию в них органических мышечных контрактур, нараста-

нию ограничения объема движений, а в более позднем периоде болезни – возникновению стойких суставных деформаций.

По данным литературы, в механизме формирования и темпах прогрессирования ОМК имеют значение генетические влияния: конституционально обусловленные особенности строения, кровоснабжения, метаболизма и энергообеспечения мышц; семейная предрасположенность к микротравматизации мышц при физической нагрузке, растяжении, сдавлении; наличие особой реактивности тканей, их повышенной способности к выделению биологически активных веществ; склонность к развитию соединительной ткани; низкая способность к повышению кислородного обмена при физической нагрузке; наследственное нарушение обмена коллагена и серотонина [1, 6 – 9].

Установлено, что дистрофические изменения тяжелой степени в мышечной ткани могут сформироваться уже во внутриутробном периоде при осложненном течении беременности, наличии у матери острых или хронических заболеваний [3]. Очевидно, что врожденное нарушение структуры скелетных мышц предрасполагает к более раннему и тяжелому нарушению их функции, низкой эффективности восстановительного лечения.

Полного восстановления нарушенных функций скелетных мышц в случае диффузного тяжелого их поражения произойти не может. При умеренном поражении мышц возможно частичное восстановление функций, однако воздействие неспецифических факторов (инфекция, интоксикация, прививки, травмы, охлаждение) способно нарушить

компенсацию и привести к появлению двигательных расстройств после периода относительно нормального развития ребенка.

В дальнейшем на фоне формирования и интенсивного роста организма ребенка происходит процесс укорочения и уплотнения фибрированных мышечных волокон в связи с возрастным повышением жесткости соединительнотканых структур за счет коллагена, увеличивается несоответствие длины измененных участков длине неповрежденных волокон растущей мышцы. Сформированные «зрелые» органические мышечные контрактуры проявляются стойкими двигательными расстройствами, дисфункцией мышц, патологическими установками и позами, усилением миофасциальной боли. Установлена прямая зависимость между стадией развития органических мышечных контрактур и выраженностью миофасциального болевого синдрома.

Хроническое течение заболевания обусловлено вовлечением в дистрофический процесс новых миофибрилл и возникновением органических контрактур в других участках мышц. Развитие рубцового процесса в толще мышцы вызывает компрессию кровеносных сосудов и нервов, что еще более ухудшает кровоток и метаболизм в мышечной ткани, а также усиливает хронический миофасциальный болевой синдром.

Известно, что эффективность любого метода лечения определяется тем, в какой стадии патологического процесса в мышечной ткани оно начато: в начальной стадии – стадии «рыхлого» рубца (функциональной, мышечно-дистонической) любой из традици-

онных методов консервативной терапии (массаж, гимнастика, физиолечение) может привести к улучшению микроциркуляции пораженного участка мышцы, к ослаблению или исчезновению миофасциального болевого синдрома.

Дальнейшее созревание рубцовой ткани, в ходе которого она становится менее растяжимой, формирование органических мышечных контрактур приводит к неуклонному ухудшению двигательных возможностей пациента. В органической (мышечно-дистрофической) стадии заболевания консервативные методы лечения оказываются малоэффективными.

О медицинской технологии профессора Ульзибата В. Б. «Поэтапная фибротомия в ортопедии». В 1992 г. в Туле организовано негосударственное научно-исследовательское медицинское учреждение – ЗАО «Институт клинической реабилитологии». В основу деятельности института положены 6 запатентованных изобретений его основателя, заслуженного изобретателя РФ, доктора медицинских наук, профессора Валерия Борисовича Ульзибата. Сотрудниками института защищено 8 кандидатских диссертаций и 1 докторская, опубликовано 165 научных статей.

Медицинская технология «Поэтапная фибротомия (ПФ) в ортопедии», разработанная профессором В. Б. Ульзибатов, используется в нашем учреждении для оперативного лечения пациентов с врожденной и приобретенной патологией опорно-двигательного аппарата (ОДА), в том числе с ДЦП.

Данная технология предназначена для устранения органических мышечных контрактур и миофасциального болевого синдрома (МБС), она основана на поэтапном подкожном пересечении фиброзно-измененных мышечных волокон в зоне их прикрепления к кости (патент СССР № 1621901 от 24.09.87) с помощью специального скальпеля (микрофибриллотом Ульзибата В. Б.; патент СССР №1560143 от 17.08.87) с целью улучшения функции мышц. Технология «Поэтапная фибротомия в ортопедии» и «микрофибриллотом Ульзибата В. Б.» внесены в Государственный Реестр Российской Федерации (рег. удостов. ФС № 2009/099 от 21.05.2009; рег. удостов. ФСР № 2008/02296 от 18.03.2008).

Мы считаем необходимым условием в успешном лечении больных ортопедического профиля и ДЦП раннее выявление и устранение ОМК, что позволяет провести коррекцию пато-логических установок, купировать хронический миофасциальный болевой синдром, предотвратить развитие стойких деформаций ОДА и суставных изменений, требующих более сложной оперативной коррекции.

Патогенетическим обоснованием технологии профессора В. Б. Ульзибата стали результаты комплексных клинико-инструментальных исследований, проведенных сотрудниками института с участием независимых врачей-экспертов: клинических, лабораторных, инструментальных (электромиографии, ангуло-метрии, плантографии, рентгенологического, ультразвукового), психолого-альгологического тестирования.

По нашему мнению, эффективность технологии ПФ обусловлена тем, что избирательное дозированное оперативное воздействие на измененные мышечные волокна позволяет улучшить кровоток и функции оперированных мышц, ликвидировать очаг патологической импульсации и локальной боли. В результате устранение органических мышечных контрактур способствует восстановлению функции центральной нервной системы пациентов в связи с усилением и оптимизацией потока импульсов, идущих в головной и спинной мозг от ранее бездействовавших или неправильно функционировавших мышц.

Достоинствами медицинской технологии «Поэтапная фибротомия (ПФ) в ортопедии» профессора В. Б. Ульзибата являются:

- *универсальность* при различных по нозологии видах патологии ОДА в связи с единством механизмов развития в мышечной ткани идентичных процессов, исходом которых является формирование ОМК, независимо от этиологии заболевания;
- *функциональность*, обеспечиваемая одновременным воздействием на разные группы мышц с учетом их синергизма и антагонизма; возможность комбинации операций на любых поверхностных скелетных мышцах головы, туловища, конечностей для достижения максимального эффекта;
- *минимальная травматичность*, достигаемая за счет использования скальпеля специальной конструкции; отсутствие разреза на коже, кровопотери, полного

пересечения и трансплантации мышц, работы на сухожилиях, костях и необходимости последующей гипсовой иммобилизации, что способствует сокращению восстановительного периода и ранней активизации пациента после операций;

- возможность работы в *амбулаторных условиях*, что способствует более быстрому восстановлению в привычных для пациента условиях.

Курс оперативного лечения включает несколько этапов. В среднем на одного пациента приходится 2 этапа лечения, на каждом этапе производится в среднем 15 микроопераций на мышцах (ПФ).

Показания к лечению по технологии ПФ профессора В. Б. Ульзибата:

- наличие органических мышечных контрактур и хронического миофасциального болевого синдрома,
- отсутствие эффекта от консервативной терапии.

Абсолютными противопоказаниями к операции являются:

- наличие пороков развития и хронических заболеваний в стадии декомпенсации,
- нарушение функций жизненно важных органов.

Относительными противопоказаниями к лечению по указанной технологии будут следующие состояния:

- острые инфекционные и соматические заболевания, включая период реконвалесценции,

- острый и подострый период нейроинфекций, черепно-мозговых травм, нарушений мозгового кровообращения,
- хронические заболевания в периоде обострения,
- непереносимость лекарственных препаратов для анестезии,
- наличие тяжелых аллергических реакций в анамнезе,
- наличие повреждений, воспалительных заболеваний кожи и мягких тканей,
- состояние после судорожных приступов: после «малых» – не ранее 3 месяцев, после генерализованных – не ранее 6 месяцев, после эпилептического статуса – не ранее 12 месяцев,
- состояние после введения ботокса (диспорта) – не ранее 6 месяцев,
- состояние после вакцинации – не ранее 1 месяца.

Для окончательной дифференциации функциональной (мышечно-дистонической) и органической (дистрофической) стадии мышечных контрактур, установления вида, степени выраженности контрактур и деформаций ОДА в нашей практике используется «релаксационная проба» с использованием ингаляционного наркоза (хирургическая стадия, 2 – 3 уровень) или местных анестетиков (новокаин, лидокаин): при пальпации мышц в состоянии релаксации «функциональные» контрактуры исчезают, а «органические» – сохраняются в виде уплотненного тяжа.

О результатах деятельности. В течение 17 лет сотрудники ЗАО «Институт клинической реабилитологии» оказывают специализированную ортопедическую помощь пациентам с врожденной и приобретенной патологией опорно-двигательного аппарата (ОДА), в том числе с ДЦП.

За время работы нашего центра на лечение принято 29 839 пациентов (данные на 31.12.08), в том числе 23 572 ребенка (79 %). До 2006 года в среднем у нас оперировалось около 3500 больных в год, в том числе более 1500 первичных пациентов, среди которых более 1200 детей.

В период с 2006г. по 2008 г. в среднем оперативное лечение проведено 5200 пациентам, в том числе 4360 детям; среди 2930 первичных пациентов 86,3% составили дети (2530 чел.). В 2008 г. на лечение принято 5576 пациентов, в т. ч. 4777 детей; среди 2998 первичных пациентов 88,3% составили дети (2647 чел.)

Среди пациентов института было 1687 граждан (в том числе 1319 детей – 78,2%) из стран дальнего зарубежья: Испании, Сербии, Мексики, Германии, США, Италии, Греции, Швеции, Индии, Польши, Египта, Израиля, Ливана, Гондураса.

Врожденная патология ОДА (кривошея, косолапость, деформации суставов) отмечена у 1,3% больных. Приобретенная патология ОДА выявлялась в 16,4%: последствия травматических и инфекционных поражений ОДА, плекситов, невротий; сколиоз, деформации суставов, хронический миофасциальный болевой синдром различной локализации.

Наиболее многочисленной является группа пациентов, поступивших с диагнозом детский церебральный паралич (ДЦП). Больные с ДЦП составили 82,3% от общего числа пациентов (24 549 чел.), среди пациентов с ДЦП было 21 122 ребенка (86 %). Дети с ДЦП среди всех пациентов в возрасте до 15 лет составили 89,6%. Установлено следующее распределение пациентов с ДЦП по возрасту: от 1 до 3 лет – 14,7 %; от 4 до 7 лет – 38%; от 8 до 10 лет – 16,4 %; от 11 до 15 лет – 16,9 %; старше 15 лет – 14 %. Распределение больных по формам ДЦП было следующим: двойная гемиплегия – 41,1%; спастическая диплегия – 36,7%; гемипаретическая форма – 13,5%; гиперкинетическая – 7%; атоническо-астатическая – 1,7 %.

Анализ отдаленных результатов лечения 3849 пациентов с ДЦП и патологией ОДА, проведенный врачами из разных городов России и сотрудниками института в период с 1993 по 2008 годы, показал, что в среднем в 92,84% достигнут хороший клинический эффект в виде увеличения объема движений, появления новых или существенного улучшения имевшихся ранее двигательных навыков, исчезновения или уменьшения болевого синдрома и гиперкинезов.

У 4,34 % больных отмечен удовлетворительный результат в виде улучшения отдельных двигательных навыков, расширения функциональных возможностей в пределах исходного уровня моторного развития. В 2,79% случаев состояние пациентов было без динамики. У 0,03% больных появление боли в не оперированных ранее зонах мышц расценено как ухудшение, однако эти изменения были

устранены на последующих этапах лечения. В 52% случаев изменения двигательных функций и навыков имели качественный характер. По отношению к локальной мышечной контрактуре эффективность ПФ составила в среднем 97,5%.

Кроме улучшения показателей двигательного развития при устранении мышечных контрактур отмечены дополнительные положительные эффекты: улучшение речи (62%), жевания (49%), глотания (50%), мимики (22%), эмоционально-поведенческих показателей (64%), сна (49%), аппетита (58%); уменьшение косоглазия (55%), слюнотечения (56%), нистагма (22%), частоты и тяжести эпилептических приступов (25%); увеличение остроты зрения (17%) и слуха (15%). Частота качественных изменений (появление речи, жевания, исчезновение косоглазия, слюнотечения) составила 35%.

Катамнестические наблюдения подтверждают, что оптимальным является оперативное вмешательство на ранней стадии органических мышечных контрактур, до возникновения стойких деформаций ОДА. В связи с этим для получения максимального результата предпочтительно при наличии соответствующих показаний начинать оперативное лечение в возрасте 2 – 3 лет при врожденной патологии ОДА, в возрасте 3 – 5 лет – при приобретенной патологии ОДА и ДЦП.

При сравнительном анализе эффективности лечения у детей с заболеваниями ОДА и ДЦП в разных возрастных подгруппах установлено, что у дошкольников процент хороших результатов выше, чем у детей более

старшего возраста, в связи с более выраженными изменениями в мышцах у старших школьников и подростков, а также формированием у них с течением времени фиксированных деформаций ОДА. Отмечена более высокая эффективность лечения у пациентов со спастическими формами ДЦП, при средне-тяжелых двигательных расстройствах, при отсутствии или минимальных изменениях в суставах.

Таким образом, проведенный клинико-статистический анализ деятельности негосударственного научно-исследовательского медицинского учреждения ЗАО «Институт клинической реабилитологии» показал, что использование медицинской технологии «Поэтапная фибротомия в ортопедии» в лечении пациентов с ДЦП и ортопедическими заболеваниями способствует коррекции патологических установок и деформаций, уменьшению хронического миофасциального болевого синдрома, улучшению двигательного развития, повышению эффективности медико-социальной реабилитации.

Сравнительный анализ основных показателей деятельности нашего учреждения в течение последних 5 лет свидетельствует о его стабильности и укрепляющемся авторитете. В 2008 году, по сравнению с 2004 годом, отмечено увеличение всех показателей работы института:

- общего количества пациентов в 1,7 раз, в том числе детей до 15 лет в 1,9 раз,
- общего количества пациентов с ДЦП в 1,9 раза, в том числе детей с ДЦП в 2 раза,
- общего количества первичных пациентов в 2 раза, в том числе детей в 2,2 раза,
- общего количества первичных пациентов с ДЦП в 2,2 раза, в том числе детей с ДЦП в 2,3 раза,
- числа больных, оперированных в командировках, в 3,4 раза,
- числа пациентов из сельской местности в 2 раза.

Нашей основной задачей является повышение качества и доступности специализированной амбулаторной медицинской помощи пациентам с врожденной и приобретенной патологией опорно-двигательного аппарата, снижение уровня их инвалидизации, улучшение медико-социальной адаптации больных с ДЦП. Перспективным представляется создание единой системы помощи больным с ортопедической патологией и ДЦП, основанной на взаимодействии и координации деятельности государственных и негосударственных медицинских учреждений, в которых проводится консервативное и оперативное восстановительное лечение.

Список литературы:

1. Бабаева, А. Р. Диагностическое значение определения изоферментов лактатдегидрогеназы при заболеваниях внесуставных мягких тканей / А. Р. Бабаева, И. А. Бочкова, Ф. Бешрауи [и др] // Вестник Волгоградской мед. академии. – 1997. – Т. 52. – С. 98 – 100.

2. **Газалиева, А. М.** Инвалидность и комплексная реабилитация детей с детским церебральным параличом: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М, 2008. – 26 с.
3. **Гридасов, Е. В.** Судебно-медицинские аспекты патологии миокарда и скелетной мускулатуры при смерти новорожденных в перинатальном периоде: Дисс.... канд. мед. наук. – М.,1998. – 132 с.
4. **Исмагилов, М. Ф.** Авторитетное мнение / М. Ф. Исмагилов // Жизнь с ДЦП: Проблемы и решения. – 2008. – № 1. – С. 11.
5. **Семенова, К. А.** Восстановительное лечение детей с перинатальным поражением нервной системы и детским церебральным параличом / К. А. Семенова. – М., 2007. – С.11 – 15.
6. **Солонский, А. В.** Терапевтическое влияние иглоукалывания на триггерные зоны мышц / А. В. Солонский, А. А. Скоромец // Неврол. и психиатрии. – 2007. – № 6. – С. 66 – 67.
7. **Тузлуков, А. П.** Миофасциальные болевые синдромы: клиника, диагностика, локальная инъекционная терапия / А. П. Тузлуков, Н. С. Горбатовская // Consilium medicum. – 2006. – № 8. – С. 39 – 44.
8. **Klein, R.** High incidence of antibodies to 5-hydroxytryptamine, gangliosides and phospholipids in patients with chronic fatigue and fibromyalgia syndrome and their relatives: evidence for a clinical entity of both disorders / R. Klein, P. A. Berg // Eur. J. Med. Res. – 1995. – V. 1(1). – P. 21.
9. **Park, J. H.** Use of P-31 magnetic resonance spectroscopy to detect metabolic abnormalities in muscles of patients with fibromyalgia / J. H Park, P. H. Phothimat., C. T. Oates [et al] // Arthritis. Rheum. – 1998. – V. 41(3). – P. 406 – 413.

Ведение и реабилитация пациентов с наследственной нейропатией Шарко-Мари-Тура

Шнайдер Н. А., Глуценко Е. В.

*Красноярский государственный медицинский
институт последипломного образования
г. Красноярск*

Наследственная нейропатия Шарко-Мари-Тура (ШМТ) является самой часто встречаемой формой из всех наследственных нейропатий. Несмотря на достаточно высокую распространенность ШМТ в популяции РФ и, в частности, в Красноярске, отмечается низкая информированность врачей, как общей практики, так и узких специалистов по данной проблеме. Авторы рассматривают проблему ведения и реабилитации больных с позиций междисциплинарного подхода.

Ключевые слова: наследственная нейропатия, нейропатия Шарко-Мари-Тура, реабилитация, междисциплинарный подход.

Наследственная нейропатия Шарко-Мари-Тура (син.: невральная амиотрофия) – это наследственная периферическая нейропатия, характеризующаяся прогрессирующей слабостью и атрофией дистальных мышц конечностей, снижением сухожильных рефлексов, деформацией стоп и кистей, расстройством походки по типу «степпажа» и сенсорными нарушениями [1, 7, 8, 9, 13]. Наследственная нейропатия Шарко-Мари-Тура (ШМТ) является самой часто встречаемой формой из всех наследственных нейропатий. Распространенность ШМТ в популяции составляет – 1 на 3000 населения [7, 10, 19, 24]. Среди регионов РФ по распространенности ШМТ Красноярск (9,7 на 100000 населения) занимает одно из ведущих мест [6]. Для сравнения в Новокузнецке распространенность ШМТ составляет 4,0 на 100000 населения, в Самарской области – 13,3 на 100000, в Томске – 0,0218 на 10³, в Томской области – 0,0230 на 10³. Средняя распространенность ШМТ в Российской Федерации (РФ) составляет 5,7 на 100000 населения [5, 6, 10].

Высока распространенность ШМТ и за рубежом: в Испании – 28 на 100000, в Норве-

гии – 36 случаев на 100000, в Японии – 10,8 на 100000, в Финляндии – 16 случаев на 100000 населения [10, 19, 22, 23, 24, 25]. В США ШМТ диагностирована у 150000 американцев [19, 34, 37]. Примерно 20% всех людей с клиникой нейромышечного заболевания и хронической периферической нейропатии страдают ШМТ 1 типа. Ее распространённость составляет 12,9 на 100000 населения [1, 8, 10, 24]. Средняя распространенность ШМТ 2 типа составляет 4 – 12 на 100000 населения, X-сцепленной ШМТ – 3,1 на 100000 населения [1, 19, 24].

Несмотря на достаточно высокую распространенность ШМТ в популяции РФ и, в частности, в Красноярске, отмечается низкая информированность врачей, как общей практики, так и узких специалистов по данной проблеме.

Зачастую ШМТ у пациентов впервые диагностируется уже на стадии выраженных деформаций стоп и инвалидизации. Когда пациент начинает испытывать трудности в подборе обуви, он обращается за помощью к врачу-ортопеду, при этом патогенетическая терапия и реабилитационные мероприятия в полном объеме не выполняются.

В основе ШМТ лежат различные мутации генов периферических белков миелина и аксонов, которые приводят к дегенеративным изменениям миелиновой оболочки или аксонов двигательных и чувствительных волокон периферических нервов и спинномозговых корешков. До 80% от всех типов ШМТ составляет ШМТ 1 типа. В абсолютном большинстве случаев у пациентов с ШМТ 1 имеется генетический дефект в виде дубликации участка гена PMP 22 в локусе 17p11.2. Преобладает аутосомно-доминантный тип наследования. Примерно 10-15% от всех случаев ШМТ составляет ШМТ X типа.

В подавляющем большинстве случаев ШМТ X типа наследуется по X-сцепленному доминантному типу с ограниченной пенетрантностью у женщин и связана с точечными мутациями на длинном плече X-хромосомы (Xq13-22) в гене, кодирующем коннексин-32 (GJB1).

На сегодняшний день известно более 25 локусов, открыто 24 гена заболевания, при этом различные мутации в одном и том же гене могут вызывать различные типы наследственных моторно-сенсорных нейропатий [1, 7, 9, 20, 27, 30, 31, 32, 36].

Общие признаки, характерные для ШМТ: дебют заболевания на 2-ом десятилетии жизни, отягощенная наследственность (аутосомно-доминантный тип наследования встречается чаще, чем аутосомно-рецессивный и X-сцепленный типы), описаны и sporadические случаи.

В равной степени болеют мальчики и девочки, нарушения чувствительности на конечностях, атрофии мышц дистальных отделов верхних и нижних конечностей, нарушение походки («штампующая», «петушинная», «степпаж»), деформация стоп по типу «полых стоп» и кистей по типу «когтистых лап», вегетативные трофические расстрой-

ства (дистальный гипергидроз, цианоз кистей и стоп), прогрессивный тип течения [1, 4, 5, 6, 7, 8, 13, 18, 30, 33].

Тяжесть и прогрессирование заболевания зависят от типа ШМТ, но могут сильно варьироваться даже в пределах одной семьи. У значительной части пациентов болезнь протекает в столь стертой форме, что они никогда не обращаются за медицинской помощью. Даже при многолетнем течении болезни у них обычно сохраняется способность к самостоятельному, хотя и ограниченному передвижению. У других пациентов, особенно, с ранним дебютом заболевания, может развиваться грубый и распространенный двигательный дефект с выраженными деформациями конечностей и нарушением локомоторных функций. Если до 27 лет клинические признаки болезни не диагностированы, то риск возможного возникновения первых симптомов в более старшем возрасте составляет 3% [1, 2, 7, 8, 13, 18, 33].

Учитывая ранний дебют заболевания, быстрое развитие осложнений (деформации стоп и кистей, сколиоз или кифосколиоз позвоночника, нарушение функции ходьбы и самообслуживания, дыхательная недостаточность за счет поражения диафрагмального нерва и др.), прогрессивное течение заболевания, необходимо как можно раньше диагностировать ШМТ для своевременного начала индивидуально подобранных лечебно-профилактических мероприятий [2, 4, 9, 13].

В настоящее время кардинального лечения ШМТ нет, но существенно замедлить прогрессирование данного заболевания и улучшить качество жизни больных этих становится возможным. Лечение должно быть направлено на профилактику раннего развития инвалидности и замедление темпов прогрессирования заболевания у больных ШМТ. Пациенты с ШМТ, а также их родственники, особенно первой степени родства, нуждаются

ся в наблюдении целой бригады врачей: нейрогенетик – ведет наблюдение, лечение и реабилитацию больного ШМТ и членов его семьи на доклинических (бессимптомных) и клинических (симптомных) стадиях развития болезни; медицинский генетик – осуществляет медико-генетическое консультирование; терапевт – участвует в профилактике и лечении вторичных поражений, например дыхательной мускулатуры; кардиолог – оценивает функцию сердечно-сосудистой системы; физиотерапевт – подбирает индивидуальную схему реабилитационных (восстановительных) мероприятий, включая ЛФК, массаж, различные виды физиотерапии, бальнеолечение; ортопед – проводит хирургическую коррекцию (предотвращение и лечение костных деформаций стоп, кистей, позвоночника) [3, 15, 17, 21, 34, 35, 37]. Только высокая информированность врачей смежных специальностей о характере и особенностях течения данного заболевания, а также согласованность их диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий могут обеспечить выбор правильной тактики ведения больных ШМТ.

Для купирования мышечной боли используют нестероидные противовоспалительные средства, нейропатической боли – трициклические антидепрессанты, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, антиконвульсанты, (габапентин, вигабатрин). Для улучшения периферического кровообращения применяют периферические вазодилататоры, для улучшения трофики периферических нервов – препараты альфа-липоевой кислоты. По данным многочисленных исследований ежедневное употребление высоких доз аскорбиновой кислоты (до 4 г/сут) способствует снижению сверхэкспрессии патологического гена РМР 22 и уменьшает клинические проявления ШМТ [3, 14, 16, 28, 29]. Доза лекарственных

препаратов должна подбираться врачом нейрогенетиком для каждого пациента, учитывая индивидуальные особенности организма, темпы прогрессирования заболевания, тяжесть патологического процесса. Пациенты должны придерживаться хорошо сбалансированной диеты, чтобы избежать ожирения, которое может способствовать возникновению боли в пояснице и оказывать дополнительную нагрузку на ослабленные мышцы нижних конечностей. Пища должна быть богата антиоксидантами (витамины Е, С, А, селен). Необходимо избегать физических и психических перегрузок, т. к. это может спровоцировать ухудшение состояния (нарастание слабости в мышцах рук и ног, нарушение чувствительности в конечностях). Но дозированные физические нагрузки, такие как гимнастика, плавание и езда на велосипеде, следует включать в план реабилитационных мероприятий, так как они направлены на растяжение мышечно-связочного аппарата, задержку или уменьшение темпов развития мышечных атрофий и профилактику развития контрактур суставов.

Такой подход позволяет больным ШМТ длительное время оставаться мобильными (рис. 1, 2) и социально адаптированными [3, 15, 17, 21, 26, 35, 37]. Чтобы замедлить прогрессирование заболевания необходимо исключить прием нейротоксических лекарственных средств (табл. 1) [3, 37], что следует учитывать при лечении сопутствующих заболеваний у больных ШМТ.

Беременность и низкие температура среды так же могут быть пусковым механизмом в развитии ШМТ у лиц с отягощенным наследственным анамнезом [3, 13, 35]. Общая анестезия с использованием триггерных анестетиков и миорелаксантов может привести к развитию злокачественной гипертермии и летальному исходу [11, 12]. Эти факторы необходимо учитывать при ведении пациентов с ШМТ.



Рисунок 1. Люди, страдающие наследственной нейропатией Шарко-Мари-Тута. Дэвид Пейдж участвует в марафоне по плаванию среди инвалидов (слева), [Amanda Lucidon / The Press-Enterprise], Энтони Зэн, 33 года, участник параолимпийских игр в Пекине в 2008г (справа) [www.Charcot-Marie-Tooth.org].



Рисунок 2. Больные с наследственной нейропатией Шарко-Мари-Тута.

С помощью ортезов и специальной ортопедической обуви, могут активно передвигаться, бегать и выполнять физические упражнения [www.fiber-lab.com, www.richiebrace.com]

Ортопедические операции показаны больным ШМТ с грубыми деформациями стоп и выраженным сколиозом. При незначительных деформациях рациональнее использовать ортопедическую обувь и ортезы (внешние ортопедические приспособления, способные корригировать деформации, а также обеспечивать защиту и разгрузку голеностопных суставов). Они позволяют пациентам максимально долго оставаться физически активными, самостоятельно передвигаться, предотвращая падения и получение травм (рис. 3) [3, 15, 17, 21, 34, 37, 38, 39].

Из-за нарушения двигательных функций (нарушение ходьбы, неловкость в движениях пальцев рук), атрофий мышц и деформаций конечностей пациентам становится трудно выполнять привычную для них работу, что зачастую приводит к развитию депрессивного синдрома. Больные замыкаются в себе, пытаются скрыть физические дефекты с помощью одежды. Поэтому, одним из основных направлений реабилитации должно быть активное проведение мероприятий по социальной (семейной, психологической, профессиональной) реабилитации.

**Таблица 1. Нейротоксические лекарственные средства
[www.Charcot-Marie-Tooth.org]**

Название препарата	Групповая принадлежность
Препараты высокого риска	
Винкристин	Противоопухолевое средство, алкалоид
Препараты умеренного риска	
Амиодарон (кордарон, опакордэн, седакорон) Дапсон Диданосин (видекс) Дихлорацетат Препараты золота Лефлуномид (арава) Метронидазол (демалан, клион, метрогил, метросептол, розамет, розекс, трихопол, флагил, эфлоран) Нитрофурантион (фурандантин, макробит) Пергексиллин Пиридоксин (витамин В6 - большие дозы) Ставудин (зерит, веро-ставудин) Сурамин Таксол (паклитаксел) Талидомид Залцитабин (хивид)	Антиаритмические средства Противолепрозное средство группы сульфонов Средства для лечения ВИЧ-инфекций Щелачивающее средство, кератолитическое средство Иммуномодулирующие средства Базисный антиревматический препарат Противомикробное и противопротозойное средство. Антимикробное средство Вазодилататор Витамины Антивирусное средство для лечения ВИЧ - инфицированных больных Антипротозойное, антигельминтное средство Противоопухолевое средство, алкалоид Седативное снотворное лекарственное средство Средства для лечения ВИЧ-инфекций
Препараты сомнительного риска	
Адриамицин (доксорубицин) Альмитрин (арманор) Хлороквин (хлорохин, арален) Цитарабин (цитарабин, алексан, цитарабин - ЛЭНС, цитозар, цитонал) Этамбутол Этопосид Гемцитабин (гемзар) Гризеофульвин (грицин) Гексаметилмеламин (альтретамин, гексален) Гидралазин (депрессан, аппресолин, апрессин) Ифосфамид (веро-ифосфамид, холосан) Инфликсимаб Изониазид Лансопризол (акриланз, ланзап, лансофед, Ланцид) Мефлоквин (лариам) Омепразол (омезол) Пеницилламин (купренил)	Противоопухолевое средство, антибиотик Периферический дыхательный аналептик Иммуносупрессивные и цитостатические препараты Антиметаболиты пиримидинового обмена Противотуберкулезное средство Противоопухолевые средства растительного происхождения Противоопухолевый препарат Противогрибковое средство Синтетические цитостатические препараты Гипотензивное, вазодилатирующее средство Цитостатический препарат Специфический иммуносупрессивный препарат Противотуберкулезное средство Протонового насоса ингибитор Противомалярийные средства Протонового насоса ингибитор Иммунодепрессант и противовоспалительный препарат

Фенитоин (дифенин)	Антиаритмические средства, противозепилептические средства
Сертралин	Антидепрессанты
Статины (ловастатин, правастатин, вазилип, зокор)	Гиполипидемические препараты
Такролимус	Иммуносупрессивный препарат
Зимелдин	Антидепрессант
Альфа-интерферон (альтевир, виферон, генферон, герпферон, гиаферон, гриппферон, интераль, интерферон лейкоцитарный человеческий)	Иммуномодуляторы, противовирусные и противоопухолевые средства
Препараты незначительного риска	
Аллопуринол	Противоподагрическое средство
Амитриптилин	Антидепрессант
Хлорамфеникол (левомицетин)	Антибиотик
Хлорпротексен (труксал)	Антипсихотическое средство
Циметидин (беломет, гистак, гистодил, примамет, симетидин, тагамет, циметигет, цинамет)	H2-гистаминовых рецепторов блокатор
Клофибрат (атромидин, клофибрейт, липомид, мисклерон)	Гиполипидемические средства (фибраты)
Циклоспорин А (сандиммун)	Иммуносупрессорный препарат
Эналаприл (энап, энам)	Гипотензивный препарат ингибитор АПФ
Глютетимид (дориден, ноксирон)	Снотворно-седативные препараты
Литиум (литиум-дурулез, лития сульфат)	Нормотимическое средство
Фенелзин (нардил)	Антидепрессант, ингибитор МАО
Пропафенон	Антиаритмический препарат 1С класса
Сульфонамиды (норсульфазол, стрептоцид, уросульфан, этазол)	Противомикробные средства



Рисунок 3. Предметы первой необходимости, адаптированные для больных наследственной нейропатией Шарко-Мари-Туа.

Специальные предметы имеют сгибаемые контрактуры кистей: бритвенный станок, косметический пинцет, столовые приборы с удобными держателями [www.Charcot-Marie-Tooth Association]

В быту, для удобства в самообслуживании, людям, страдающим ШМТ, необходимо пользоваться индивидуально адаптированными предметами первой необходимости (рис.3). При получении образования и при рациональном трудоустройстве больные ШМТ могут быть социально и профессионально адаптированными. Больные ШМТ, лишившиеся работы из-за выраженной слабости в мышцах конечностей, нуждаются в профессиональной переподготовке [3, 15, 26, 37].

Повышение информированности врачей неврологов, семейных врачей, педиатров, ортопедов в отношении наследственных нейромышечных заболеваний путем проведения обучающих семинаров и школ позволит снизить количество клинических случаев с поздней диагностикой ШМТ и внедрить алгоритм междисциплинарного ведения больных с данной патологией, включая своевременное начало индивидуально подобранных лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий, что особенно важно при ведении пациентов на ранних стадиях развития заболевания.

Важно и проведение обучающих школ для самих пациентов и их родственников, в рамках которых должны рассматриваться вопросы рационального выбора профессии, вида спорта, создания и планирования семьи, а также же вопросы рационального питания.

В рамках комплексной темы НИР № 210-16 «Эпидемиологические, генетические и нейрофизиологические аспекты заболеваний нервной системы (центральной, периферической, вегетативной) и превентивная медицина» (№ государственной регистрации 0120.0807480) с 2006 г. на кафедре медицинской генетики и клинической нейрофизиологии ИПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

ведется активная работа по изучению клинико-эпидемиологической характеристики наследственных нейромышечных заболеваний (ННМЗ) и разработке алгоритмов ведения больных ШМТ в Красноярском крае. С 1990 г. ведется регистр по ННМЗ. Сотрудниками кафедры разработаны индивидуальные карты обследования пациентов с ННМЗ, методические пособия по наследственным нейропатиям для последипломного образования, брошюры для больных ШМТ и членов их семьи. Привлечение внимания специалистов различных профилей к рассматриваемой проблеме позволит улучшить качество медико-социальной помощи больным ШМТ в Красноярском крае.

Заключение. Актуальность данной проблемы обусловлена достаточно высокой частотой встречаемости ШМТ в популяции, отсутствием эффективных средств лечения.

Для раннего клинического выявления больных с ШМТ и их диспансеризации, проведения мер профилактики осложнений (деформации и контрактуры кистей и стоп, кифосколиоз) важно повышение качества профессиональной подготовки специалистов по медицинской генетике, врачей первичного (амбулаторно-поликлинического) звена здравоохранения, включая врачей (педиатров, участковых и семейных врачей, неврологов, кардиологов, хирургов-ортопедов), а также среднего медицинского персонала (патронажных и участковых медицинских сестер).

Междисциплинарный подход в ведении пациентов с ННМЗ позволит оказывать им своевременную, квалифицированную медицинскую и психологическую помощь. Учитывая неизбежное прогрессирование заболевания пациентам с ШМТ необходима медицинская и социальная реабилитация, которая позволит значительно повысить их качество жизни.

Список литературы:

1. **Вельтищев, Ю. Е.** Наследственные болезни нервной системы / Ю. Е. Вельтищев. – М.: Медицина, 1998. – 327 с.
2. **Глущенко, Е. В.** Диагностика наследственной нейропатии Шарко-Мари-Тута у детей / Е. В. Глущенко // Материалы III Сибирского Конгресса «Человек и лекарство», 2009. – Т. I. – С. 62 – 66.
3. **Глущенко, Е. В.** Лечение и реабилитация больных наследственной нейропатией Шарко-Мари-Тута / Е. В. Глущенко, Н. А. Шнайдер, Е. А. Козулина // Вестник новых медицинских технологий. – 2009. – № 2. – С. 57 – 58.
4. **Глущенко, Е. В.** Междисциплинарный подход к диагностке смешанных форм полинейропатий в ЗАТО Железнодорожск Красноярского края / Е. В. Глущенко, Е. А. Кантимирова, Е. А. Козулина, С. Н. Волков, Н. А. Шнайдер // Вестник КБ № 51. – 2009. – № 5. – С. 52 – 55.
5. **Кантимирова, Л. В.** Клинико-эпидемиологическая характеристика полинейропатий в ЗАТО Железнодорожск за 2008 год / Л. В. Кантимирова, О. П. Трикман, Е. А. Кантимирова, Е. В. Глущенко, Н. А. Шнайдер // Вестник КБ № 51. – 2009. – Т. 3. – № 5. – С. 31 – 34.
6. **Козулина, Е. А.** Клинико-эпидемиологическая характеристика наследственных нейромышечных заболеваний в Красноярске (по данным госпитального регистра) / Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Иркутск, 2006. – 24 с.
7. Левин О.С. Полиневропатии – М.: Мед. информ. агентство, 2006. – 496 с.
8. **Мальмберг, С. А.** Нервно-мышечные заболевания / С. А. Мальмберг // Болезни нервной системы, Т. I. / Под ред. Н. Н. Яхно, Д. Р. Штульмана – М., 2001. – С. 627 – 632.
9. **Шнайдер, Н. А.** Наследственная нейропатия – гетерогенная группа генетически детерминированных заболеваний периферической нервной системы / Н. А. Шнайдер, Е. В. Глущенко // Вестник КБ № 51. – 2009. – Т. 3. – № 4. – С.15 – 20.
10. **Шнайдер, Н. А.** Эпидемиология периферической нейропатии в России и за рубежом / Н. А. Шнайдер, Е. А. Кантимирова, Е. В. Глущенко, Е. А. Козулина // Вестник НГУ. Серия: Биология, клиническая медицина. – 2009. – Том 7. – № 3. – С. 139 – 142.
11. **Шнайдер, Н. А.** Злокачественная гипертермия: генетика, диагностика, профилактика / Н. А. Шнайдер // Острые и неотложные состояния в практике врача. 2007. – № 4. – С. 32 – 36.
12. **Шнайдер, Н. А.** Неврологические осложнения общей анестезии / Н. А. Шнайдер, А. Б. Салмина. – М.: Медика, 2009. – С. 174-194.
13. **Benstead, T. J.** Progress in clinical neurosciences: Charcot-Marie-Tooth disease and related inherited peripheral neuropathies / T. J. Benstead, I. A. Grant // Can. J. Neurol. Sci. – 2001. – Vol. 28. – N 3. – P. 199 – 214.
14. **Burns, J.** Ascorbic acid for Charcot-Marie-Tooth disease type 1A in children: a randomised, double-blind, placebo-controlled, safety and efficacy trial / J. Burns, R. A. Ouvrier,

- E. M. Yiu, P. D Joseph, A. J. Kornberg, M. C. Fahey [et al] // *Lancet. Neurol.* – 2009. – Vol. 8. – N 6. – P. 537 – 544.
15. **Carter, G. T.** Rehabilitation management in neuromuscular disease / G. T. Carter // *J. Neurol. Rehab.* – 1997. – Vol. 11. – P. 69 – 80.
 16. **Carter, G. T.** Neuropathic pain in Charcot-Marie-Tooth disease / G. T. Carter, M. P. Jensen, B. S. Galer [et al] // *Arch. Phys. Med. Rehabil.* – 1998. – Vol. 79. – N 12. – P. 1560 – 1564.
 17. **Casasnovas, C.** Charcot-Marie-Tooth Disease / C. Casasnovas, L. M. Cano, A. Alberti [et al] // *Foot & Ankle Specialist.* – 2008. – Vol. 1. – N 6. – P. 350 – 354.
 18. **Chung, K. W.** Different clinical and magnetic resonance imaging features between Charcot-Marie-Tooth disease type 1A and 2A / K. W. Chung, B. C. Suh, M. E. Shy [et al] // *Neuromuscul. Disord.* – 2008. – Vol. 18. – N 8. – P. 610 – 618.
 19. **Emery, A. E.** Population frequencies of inherited neuromuscular diseases-a world survey / A. E. Emery // *Neuromuscul. Disord.* – 1991. – Vol. 1. – N 1. – P. 19 – 29.
 20. **Gallardo, E.** Charcot-Marie-Tooth disease type 1A duplication: spectrum of clinical and magnetic resonance imaging features in leg and foot muscles / E. Gallardo, A. Garcia, O. Combarros, J. Berciano // *Brain.* – 2006. – Vol. 129. – N 2. – P. 426 – 437.
 21. **Holmes, J. R.** Foot and ankle manifestations of Charcot-Marie-Tooth disease / J. R. Holmes, S. T. Hansen // *Foot Ankle.* – 1993. – Vol. 14. – N 8. – P. 476 – 486.
 22. **Hughes, R. A. C.** Clinical review: Peripheral neuropathy / R. A. C. Hughes, // *BMJ.* – 2002. – Vol. 324. – P. 466 – 469.
 23. **Kurihara, S.** An epidemiological genetic study of Charcot-Marie-Tooth disease in Western Japan / S. Kurihara, Y. Adachi, K. Wada [et al] // *Neuroepidemiology.* – 2002. – Vol. 21. – N 5. – P. 246 – 250.
 24. **Martyn, C. N.** Epidemiology of peripheral neuropathy / C. N. Martyn, R. A. C. Hughes // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry.* – 1997. – Vol. 62. – P. 310 – 318.
 25. **Morocutti, C.** Charcot-Marie-Tooth disease in Molise, a central-southern region of Italy: an epidemiological study / C. Morocutti, G. B. Colazza, G. Soldati [et al] // *Neuroepidemiology.* – 2002. – Vol. 21. – N 5. – P. 241 – 245.
 26. **Njegovan, M. E.** Rehabilitation medicine approach to Charcot-Marie-Tooth disease / M. E. Njegovan, E. I. Leonard, F. B. Joseph // *Clin. Podiatr. Med. Surg.* – 1999. – Vol. 14. – N 1. – P. 99 – 116.
 27. **Pareyson, D.** Charcot-Marie-Tooth disease and related neuropathies: molecular basis for distinction and diagnosis / D. Pareyson // *Muscle Nerve.* – 1999. – Vol. 22. – N 11. – P. 1498 – 1509.
 28. **Pareyson, D.** A multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial of long-term ascorbic acid treatment in Charcot-Marie-Tooth disease type 1A / D. Pareyson, A. Schenone, G. M. Fabrizi [et al] // *Pharmacol. Res.* – 2006. – Vol. 54. – N 6. – P. 436 – 441.
 29. **Passage, E.** Ascorbic acid treatment corrects the phenotype of a mouse model of Charcot-Marie-Tooth disease / E. Passage, J. C. Norreel, P. Noack-Fraissignes [et al] // *Nat. Med.* – 2004. – N 4. – P. 396 – 401.

30. **Reilly, M. M.** 136th ENMC International Workshop: Charcot-Marie-Tooth disease type 1A (CMT1A) / M. M. Reilly, P. de Jonghe, D. Pareyson // *Neuromuscul. Disord.* – 2006. – Vol. 16. – P. 396 – 402.
31. **Shy, M. E.** Reliability and validity of the CMT neuropathy score as a measure of disability / M. E. Shy, J. Blake, K. Krajewski [et al] // *Neurology.* – 2005. – Vol. 64. – P. 1209 – 1214.
32. **Street, V. A.** Mutation of a putative protein degradation gene LITAF/SIMPLE in Charcot-Marie-Tooth disease 1C / V. A. Street, C. L. Bennett, J. D. Goldy [et al] // *Neurology.* – 2003. – N 1. – P. 22 – 26.
33. **Svensson, E.** Hand function in Charcot-Marie-Tooth: test–retest reliability of some measurements / E. Svensson, C. Häger-Ross // *Clin. Rehab.* – 2006. – Vol. 20. – P. 896 – 908.
34. **Weiner, D. S.** The Akron dome midfoot osteotomy as a salvage procedure for the treatment of rigid pes cavus: a retrospective review / D. S. Weiner, M. Morscher, J. T. Junko [et al] // *J. Pediatr. Orthop.* – 2008. – N 1. – P. 68 – 80.
35. **Young, P.** Disease mechanisms and potential therapeutic strategies in Charcot–Marie–Tooth disease / P. Young, U. Suter // *Brain Res. Rev.* – 2001. – Vol. 36. – P. 213 – 221.
36. **Chance, P. F.** Molecular genetics of Charcot-Mari-Tooth disease and related neuropathies / P. F. Chance, K. H. Fischbeck // *Hum. Mol. Genet.* – 1994. – Vol. 3. – P. 1503 – 1507.
37. [www.htth://Charcot–Marie–Tooth.org](http://Charcot-Marie-Tooth.org)
38. [www.htth://fiber-lab.com](http://fiber-lab.com)
39. [www.http://richiebrace.com](http://richiebrace.com)

федеральная туристическая сеть



**ТУРЫ В ЛЮБУЮ
СТРАНУ МИРА
всем клиентам
СКИДКИ!**



ул. Петропавловская, 41 ☎ 259-15-15
www.geograftur.ru

Часть 3



Психологические аспекты реабилитации

Роль личностных особенностей и профессиональной дезадаптации в формировании ремоделирования сердца и сосудов у лиц ведущих профессий железнодорожного транспорта, больных артериальной гипертензией

*Григоричева Е. А., Сорокин А. В., Коровина О. В.
Челябинская государственная медицинская академия
г. Челябинск*

В исследовании принимали участие 250 мужчин в возрасте 40 – 54 года, из которых 100 машинистов, находящихся на диспансерном учете с диагнозом «Гипертоническая болезнь» (группа 1), и 100 человек, больных артериальной гипертензией, работа которых не связана с движением поездов (группа 2). Работа машинистом является самостоятельным фактором риска развития гипертрофии и диастолической дисфункции левого желудочка, однако, антириск-фактором снижения кровотока в сосудах головного мозга. Самостоятельными факторами риска для развития гипертрофии левого желудочка являлись семейный анамнез ранних сердечно-сосудистых заболеваний, стаж работы машинистом (свыше 12 лет), уровень артериального давления на предрейсовых осмотрах, абдоминальный тип ожирения, употребление алкоголя свыше 2 раз в неделю. Самостоятельными факторами риска утолщения сосудистой стенки явились семейный анамнез ранних сердечно-сосудистых заболеваний, степень дислипидемии, абдоминальный тип ожирения, ночное повышение артериального давления по результатам его суточного мониторирования. С поражением органов-мишеней при АГ ассоциированы низкие показатели по шкале эмоциональной лабильности СМИЛ.

Ключевые слова: *профессиональный фактор, артериальная гипертензия, сердечно-сосудистое ремоделирование.*

Артериальная гипертензия, являясь глобальной проблемой, увеличивает рост сердечно-сосудистых осложнений и является предиктором снижения продолжительности жизни. Для пациентов, профессия которых связана с высокой общественной опасностью артериальная гипертензия может стать и проблемой, связанной с потерей работы, когда третья, осложненная стадия артериальной гипертензии становится препятствием к продолжению профессиональной деятельности. Основанием для создания централизованной системы раннего выявления и лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы у лиц, связанных с движением поездов, послужили особенности работы на железнодорожном транспорте (стрессы, гиподинамия, неправильное питание, перегрузка анализаторов, нарушение суточного ритма). Все эти факторы приводят к увеличению клинически манифестных форм артериальной гипертензии (АГ), ишемической болезни сердца (ИБС), сосудов головного мозга, но в то же время провоцируют ра-

ботников скрывать свое заболевание из боязни потерять работу. Сердечно-сосудистые заболевания (в частности, ИБС, заболевания сосудов головного мозга) увеличивают вероятность аварий на транспорте. Нелеченная артериальная гипертензия, развиваясь в трудоспособном возрасте, при наличии сосудистых осложнений и нарушений липидного обмена может приводить к потере работы в возрасте 45 – 54 лет, то есть при наиболее высокой профессиональной квалификации [1]. Напряженность симпатической нервной системы провоцирует не только повышение уровня артериального давления (АД), но и является фактором повреждения сердца и сосудистой стенки.

В подавляющем большинстве исследований, посвященных проблеме поражения органов-мишеней при АГ, не отмечено четкого параллелизма ремоделирования сердца с гемодинамическими параметрами артериальной гипертензии. Все вышеизложенное определяет актуальность поиска ранних признаков поражения сердца и сосудов у лиц ведущих профессий железнодорожного транспорта и возможность прогнозирования у них осложненных форм с целью проведения дифференцированных методов реабилитации. Очевидно, что среди разнообразия факторов риска, ассоциированных с повышенным артериальным давлением, можно выделить комбинации, связанные с формированием и стабилизацией гипертензии, поражением органов-мишеней, развитием атеросклероза [5, 6]. Включение ультразвукового скрининга, психологического исследования, иммунологических реакций в различ-

ные фрагменты исследования позволит определить место каждого выделенного фактора на различных этапах развития болезни от эпизодического повышения артериального давления в условиях повышенной психоэмоциональной нагрузки до развития декомпенсированной формы сердечно-сосудистых и атеросклеротических поражений.

Целью предлагаемого проекта является создание единой системы раннего выявления сердечно-сосудистых заболеваний у лиц, связанных с движением поездов, немедикаментозной и медикаментозной помощи в группах повышенного риска. Конечным итогом работы планируется создать систему реабилитационных мероприятий на ЮУЖД. Цель данного исследования: получить предварительные данные о частоте и характере поражения сердца в условиях развития «высокострессовой АГ» и их ассоциации с факторами риска сердечно-сосудистыми осложнениями и личностными особенностями больного артериальной гипертензии.

Материал и методы. В исследовании принимали участие 250 мужчин в возрасте 40 – 54 года, из которых 100 машинистов, находящихся на диспансерном учете с диагнозом «Гипертоническая болезнь» (группа 1) и 100 человек, больных артериальной гипертензией, работа которых не связана с движением поездов (группа 2). Кроме того, исследовано 50 машинистов в возрасте 30 – 39 лет, признанных на комиссии для работы «в одно лицо» практически здоровыми. При анализе уровня АД использовались индивидуальные карты предрейсового медицинского досмотра ФНУ-3.

Клиническое исследование являлось стандартным и было предпринято для уточнения поражения органов-мишеней, наличия факторов риска артериальной гипертензии, атеросклероза и сердечно-сосудистых осложнений, а также для исключения сопутствующей патологии.

Лабораторная часть включала исследование нарушений липидного обмена. Эхокардиографию проводили по стандартной методике с определением индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ), размера левого предсердия (ЛП) и левого желудочка (КДР).

Сосудистое исследование включало измерение толщины комплекса интима-медиа (ТИМ) общей сонной артерии в средней ее части ультразвуком высокого разрешения, доплеровское исследование среднемозговых артерий (СМА) с измерением максимальной скорости (V_{max}), индекса резистентности (ИР). Особенности личности определялись по шкале СМИЛ, профессиональная пригодность – на основании психофизиологического обследования (1 и 2 группы, профессионально пригодные и ограниченно пригодные).

Результаты. По распространенности основных факторов риска (курение, отягощенная наследственность, гиподинамия, избыточная масса тела, гемодинамические параметры артериальной гипертензии) группы машинистов, больных АГ (группа 1) и пациентов с АГ, характер труда которых не предполагал психоэмоциональные нагрузки и работу в ночное время (группа 2), были сопоставимы между собой ($p > 0,05$), однако при инструментальном обследовании были обнаружены некоторые существенные различия, изложенные в табл. 1.

Как видно из таблицы 1, работа машинистом является самостоятельным фактором риска развития гипертрофии и диастолической дисфункции левого желудочка, однако анти-риск-фактором снижения кровотока в сосудах головного мозга. Характер поражения органов-мишеней (выраженная гипертрофия левого желудочка, утолщение стенки сонных артерий) соответствует понятию «высокострессовая артериальная гипертензия».

Таблица 1. Данные инструментального исследования у машинистов локомотивного депо, больных АГ (группа 1), в сравнении с группой больных АГ, работа которых не связана с движением поездов (группа 2)

<i>Параметры</i>	<i>Группа 1</i>	<i>Группа 2</i>	<i>P</i>
<i>эхокардиограммы</i>	<i>n = 100</i>	<i>n = 100</i>	
ЛП, мм	41,2±2,3	38,2±2,3	<0,01
ИММЛЖ, г/м ²	190,3±13,6	165,6±21,3	<0,00 1
КДР, мм	48,1±2,3	45,1±3,2	<0,01
ТИМ, мм	1,1±0,02	0,91±0,05	<0,01
V_{max} , см/с	98,3±12,5	83,3±21,3	<0,01
ИР	0,51±0,08	0,52±0,13	>0,05

При проведении многофакторного анализа («классификационное дерево») самостоятельными факторами риска для развития гипертрофии левого желудочка являлись наследственность, стаж работы машинистом (свыше 12 лет), уровень артериального давления на предрейсовых осмотрах, абдоминальный тип ожирения, употребление алкоголя свыше 2 раз в неделю. Самостоятельными факторами риска утолщения сосудистой стенки явились семейный анамнез ранних сердечно-сосудистых заболеваний, степень дислипидемии, абдоми-

нальный тип ожирения, ночное повышение артериального давления по результатам его суточного мониторинга. Курение не было выделено в самостоятельный фактор риска в связи с его высоким распространением во всех исследуемых группах (75 – 80 %). Налицо несколько групп ассоциативных связей:

- гемодинамические (уровень АД на предрейсовых осмотрах и суточном мониторинге АД),
- «классические», или «фраммингемские» (семейный анамнез ранних сердечно-сосудистых заболеваний, дислипидемия),
- метаболические (абдоминальный тип ожирения).

Профессиональный фактор действует несколькими путями: прямо (стаж работы свыше 12 лет – независимый фактор риска гипертрофии левого желудочка), усиливая воздействие факторов риска и модифицируя их воздействие. Примером третьего варианта является ночная гипертензия у лиц, работающих в условиях нарушенного циркадного ритма. Наряду с явным негативным влия-

нием артериального давления на ремоделирование сердца и сосудов (следовательно, сомнительный долгосрочный трудовой прогноз), при обследовании этой группы машинистов по сравнению с практически здоровыми наблюдался ряд моментов, позволивших нам считать «высокострессовую артериальную гипертензию» машинистов в какой-то мере компенсаторным механизмом, поддерживающим высокую трудоспособность. Преобладающее большинство пациентов с АГ (73 %) относились к первой группе профпригодности.

В группе машинистов, больных артериальной гипертензией, были выше показатели кровотока в среднемозговой артерии и параметры психофизиологического исследования, по результатам работы они показывали меньшие коэффициенты аварийности. Проведена оценка показателей сердечно-сосудистого ремоделирования и профпригодности по шкале СМЛ. В таблице 2 приведены данные тестирования по шкалам невротической триады СМЛ, по которым получены достоверные различия.

Таблица 2. Уровень профессиональной пригодности и поражение органов-мишеней

Показатели шкалы	Уровень профессиональной пригодности в зависимости от значения шкалы невротического сверхконтроля СМЛ (p = 0,029)		Поражение органов-мишеней (АГ II стадии) в зависимости от значения шкалы эмоциональной лабильности СМЛ (p = 0,031)	
	Первая группа профотбора, n=73	Вторая группа профотбора, n=27	АГ I стадии n=55	АГ II стадии n=45
< 70 баллов	3 (4,8%)	5 (19,0%)	13 (24,0%)	20 (44,0%)
≥ 70 баллов	70 (90,2%)	22 (81,0%)	42 (76,0%)	25 (56,0%)

Для сниженного уровня профессиональной пригодности характерны низкие показатели по шкале невротического сверхконтроля, тогда как машинисты с II стадией АГ демонстрируют низкие показатели по шкале эмоциональной лабильности. При показателях первой шкалы меньше 70 баллов риск снижения профессиональной пригодности возрастает в 4 раза, при показателях третьей шкалы меньше 70 баллов возрастает риск поражения органов-мишеней в 1,8 раза.

Артериальная гипертензия у лиц ведущих профессий железнодорожного транспорта возникает, таким образом, после 12 лет работы у лиц с высокой профессиональной подготовкой. Однако в дальнейшем при прогрессировании заболевания и развитии атеросклероза наступает стадия процесса, препятствующая работе, связанной с движением поездов. Для предотвращения такого исхода предлагается целенаправленная коррекция факторов риска у лиц с наследственным анамнезом по сердечно-сосудистым заболеваниям и стажем работы на железной дороге свыше 12 лет. При организации школ артериальной гипертензии

следует обратить внимание на коррекцию ожирения, употребление алкоголя, психологические аспекты реабилитации.

Выводы.

1. У лиц ведущих профессий железнодорожного транспорта самостоятельными факторами риска для развития гипертрофии левого желудочка являлись наследственность, стаж работы машинистом (свыше 12 лет), уровень артериального давления на предрейсовых осмотрах, абдоминальный тип ожирения, употребление алкоголя свыше 2 раз в неделю, повышение уровня мочевой кислоты и снижение уровня протеина С. Самостоятельными факторами риска утолщения сосудистой стенки явились наследственность, степень дислипидемии, абдоминальный тип ожирения, ночное повышение артериального давления по результатам его суточного мониторинга.
2. С поражением органов-мишеней при АГ ассоциированы низкие показатели по шкале эмоциональной лабильности СМИЛ.

Список литературы

1. **Цфасман, А. З.** Кардиология. – Москва, 1998. – С. 213 – 217.
2. **Devereux, R. B.** Relation to hemodynamic load to left ventricular hypertrophy and performance in hypertension / R. B. Devereux, D. D. Savage, J. Sachs [et al] // Amer. J. Cardiol. – 1993. – Vol. 51. – N 1. – P. 171 – 175.
3. **Dowson, J. R.** Left ventricular filling and early diastolic left ventricular function by Doppler: comparison with catheterisation measurements (abstract) / J. R. Dowson, D. Y. Gibson // J. Amer. Coll. Cardiol. – 1986. – Vol. 7. – P. 227A.

4. **Post, W. S.** Impact of left ventricular structure on the incidence of hypertension. The Framingham Heart Study / W. S. Post, M. G. Larsen, D. Levy // *Circulation*. – 1994. – Vol. 90. – N 1. – P. 179 – 185.
5. **Reeves, R. A.** Reproducibility of nurse-measured, exercise and ambulatory blood pressure and echocardiographic left ventricular mass in borderline hypertension / R. A. Reeves, F. H. Leenen, C. D. Joyner // *J. Hypertens.* – 1992. – Vol.10. – N 10. – P. 1249 – 1256.
6. **Uday, M.** Carotid intima-media thickness as an independent predictor of coronary artery disease / M. Uday [et al] // *Indian Heart Journal*. – 2001. – Vol. 53. – P. 458 – 462.

Уровень субъективного контроля и особенности межличностных отношений в проблеме психологической готовности к компенсации инсулинзависимого сахарного диабета

Иванова Е. Н.

Липецкий государственный технический университет

г. Липецк

Проблема психологической готовности к компенсации инсулинзависимого сахарного диабета или диабета первого типа (СД1) рассматривается в аспекте поиска ее детерминант, в качестве которых предлагается использовать такие личностные особенности больного, как уровень субъективного контроля и специфику межличностных отношений.

Показано, что в плане описания коммуникативных свойств и особенностей межличностного взаимодействия, больные СД1 достаточно сильно нуждаются в одобрении и поддержке окружающих людей. Им свойственен низкий уровень интернальности во всех областях, в том числе и в области здоровья и болезни. Это проявляется надеждой на то, что облегчение придёт в результате действий других людей. Поэтому практически не прилагают собственных усилий для его восстановления.

Наряду в этом, выявленные значимые взаимосвязи между предпочитаемыми больными СД1 типами межличностных отношений и компонентами субъективного контроля больных СД1 позволяют стимулировать готовность к компенсации в виде обучающих тренингов и иных интерактивных мероприятий, организаторами и лидирующими участниками которых были бы не только врачи и медицинские работники, но и больные СД1, имеющие хорошую компенсацию и способные поделиться навыками ее достижения и поддержания с декомпенсированными больными.

Ключевые слова. *Инсулинзависимый сахарный диабет, компенсация, готовность к компенсации, личностные особенности, уровень субъективного контроля, экстернальность, интернальность, тип межличностных отношений, обучающий тренинг.*

Существует ряд заболеваний, полное излечение которых на данном этапе развития современной науки и практики не представляется возможным. Одним из таких заболеваний является инсулинзависимый сахарный диабет или диабет первого типа (СД1). При этом существуют достаточно эффективные способы поддержания жизнедеятельности больного в состоянии, в той или иной степени приближенном к жизне-

деятельности человека без этого заболевания, т. е. речь идет о компенсации заболевания.

Особенностью самого процесса компенсации СД1 является то, что для достижения стабильности в его течении не достаточно проведения периодического поддерживающего медикаментозного лечения. Инсулинотерапия становится неотъемлемой частью жизни больного СД1, присутствуя в

ней ежедневно и постоянно. Эти азбучные истины жизни с СД1 больному приходится усваивать с момента начала заболевания. Поэтому спецификой жизни с диабетом, в отличие от жизни с многими другими хроническими заболеваниями, требующими периодического лечения, является необходимость не только строгого и неукоснительного выполнения назначений врача, но и активное участие пациента в процессе организации и поддержания собственной компенсации диабета. Это обусловлено невозможностью многократного ежедневного консультирования с эндокринологом по поводу нормализации уровня сахара крови (СК) и адекватности вводимых доз инсулина, необходимых для компенсации принимаемой пищи.

Живя уже не первый год с СД1 и находясь на лечении в стационаре или приходя на приемы в поликлинику, мне приходилось наблюдать в поведении подавляющего большинства пациентов с СД проявления некоей иждивенческой позиции, проявляющейся в отсутствии интереса к познанию природы, течения и прогноза именно своего типа диабета, к самостоятельному поиску научной литературы по диабетической проблематике, к перекалыванию ответственности на эндокринолога не только за свою неинформированность об особенностях применяемых методик компенсации, но и недостижение желаемых результатов. Именно эти наблюдения, а также крайне малое количество исследований, посвященной этой проблематике, и послужило причиной возникновения интереса к проблеме готовности пациентов с СД1 к осуществлению процесса компенсации, а также поиска его детерминант.

Анализ литературы, посвященной этому вопросу [4], позволил отметить, что хроническое течение СД1 значительно изменяет всю жизненную ситуацию больного и может привести к изменениям его личности. Последнее, в свою очередь, сказывается на психической и социальной адаптации больных [3], на всей системе их взаимоотношений [2]. Вынужденный отказ от привычной профессиональной деятельности, необходимость в смене профессии из-за заболевания или переход на инвалидность, превращение в объект семейной опеки, изоляция от привычного социального окружения (вследствие необходимости строгого соблюдения диеты и проведения медицинских манипуляций, приуроченных к процессу еды, с которой обычно бывает тесно связано общение) – все это в значительной степени влияет на личность больного, у которого появляются черты эгоцентризма, повышенной требовательности, обидчивости.

Тяжелое хроническое соматическое заболевание изменяет возможности человека в осуществлении различных видов деятельности, ведет к ограничению круга контактов с окружающими людьми, приводит к смене места, занимаемого им в жизни. Л. И. Вассерман, Е. А. Трифонова и О. Ю. Щелкова отмечают, что пациенты с сахарным диабетом рассматривают своё заболевание в первую очередь как причину трудностей в повседневной жизни и в социальной сфере [9]. В связи с этим наблюдается снижение волевой активности, ограничение круга интересов, вялость, апатичность, нарушения целенаправленной деятельности с падением работоспособности, обеднением и оскудением всего психического облика.

Анализ и систематизация собственных наблюдений за больными с СД1, использованных в качестве пилотажных исследований, позволил резюмировать, что готовность к компенсации взрослых больных, а у детей и подростков – и их ближайших родственников, складывается не только из общей осведомленности о природе, течении и прогнозе заболевания, теоретической информированности о способах достижения и методах поддержания компенсации, наличии желания, способности и практических умений и навыков отслеживания закономерностей и тенденций изменения сахаров крови (СК) под действием различных факторов. Она также в значительной степени обуславливается психологическими особенностями личности самого диабетика. Исходя из этого, было сделано предположение о том, что, психологическая готовность к компенсации выступает неким интегральным личностным образованием, являющимся специфическим сочетанием индивидуально-психологических особенностей, позволяющим осуществлять и регулировать свою деятельность по компенсации, достигать успехов в ней, накапливать и обобщать приобретенный опыт, совершенствовать свои знания, умения и навыки в этой области.

Далее было сделано предположение о том, что готовность к компенсации будет складываться из нескольких видов готовности. Среди этих видов готовности должны быть рассмотрены когнитивная, образованная интеллектуальной и информационной составляющими, аффективная, представленная спецификой эмоциональной сферы пациента с СД1, мотивационно-волевая и поведенческая, в рамках исследования которой должны быть проанализированы особенности коммуника-

ций и уровень субъективного контроля больных СД1.

Для изучения упомянутых компонент готовности к компенсации СД1 было предпринято эмпирическое исследование, проведенное на базе городского эндокринологического отделения больницы «ЛипецкМед». Для получения достоверных данных исследования было определено количество испытуемых в количестве 65 человек. Критерием отнесения к данной выборке служило наличие у испытуемых диагноза сахарного диабета I типа со средней продолжительностью заболевания 10 лет и средне-тяжелой степенью течения заболевания. Для повышения репрезентативности соотношение в выборке мужчин и женщин было приблизительно равным (32 мужчины и 33 женщины). Возраст испытуемых колебался в пределах 30 – 47 лет, что соответствует зрелому возрасту, когда личность человека считается полностью сформированной.

Далее изложим результаты, касающиеся исследования некоторых составляющих готовности к компенсации, а именно уровня субъективного контроля и особенностей межличностных отношений больных СД1. И начнем с того, что сделаем некоторый информационный экскурс, позволяющий глубже понять специфику функционирования этих свойств у больных СД1.

Уровень субъективного контроля личности. Среди многообразия активности личности можно выделить особую форму активности, направленную на самоконтроль за проявлением субъектности человека в разных плоскостях его жизнедеятельности, а также за выбором личностью способов самопрезентации и операционализации субъектности, выполняющих роль внутреннего «контролера»

активности личности. Субъективный контроль в своем развитом виде позволяет человеку, оставаясь самим собой, преодолеть как социокультурную заданность, так и уровень психофизиологической заданности, как бы выходя за её пределы, что и составляет сущностную характеристику личностного роста. Сущность субъективного контроля заключается в сохранении уровня «авторствования» субъекта жизнедеятельности. Правомерным является возможность определить субъективный контроль как особую форму проявления и организации активного самоотношения человека к самому себе как субъекту, своих отношений с действительностью, поддержание воспроизводства себя как автора собственного бытия в мире. Важной структурой в системе субъективного контроля выступает совокупность смысловых установок личности, которые контролируют выбор поведения ситуации борьбы мотивов и ориентируют человека в многообразии и иерархии ценностей. Обобщённой характеристикой системы субъективных механизмов контроля является «локус контроля».

Локус контроля – качество, характеризующее склонность человека приписывать ответственность за результаты своей деятельности внешним силам либо собственным способностям и усилиям. Существует два крайних типа такой локализации, или локуса контроля интернальный и экстернальный.

Локус контроля интернальный – устойчивое качество личности, выражающееся в принятии человеком ответственности за происходящие с ним события, объясняя их своим поведением, ошибками и т. д. Интернал – тип личности, в случае неудачи более обвиняющий в ней себя, а не других и окружающие обстоятельства. Экстернал, напротив, убежден, что

его успехи или неудачи являются результатом таких внешних сил, как везение, случайность, давление окружающих, другие люди и т. д.

В рамках нашего исследования необходимо проследить, в какой степени больные способны брать под свой контроль значимые события жизни, своё здоровье в частности. Считают ли они себя способными поддерживать здоровье и справляться с болезнью или они воспринимают свое здоровье в большей степени зависящим от внешних воздействий, случайностей и практически не прилагают собственных усилий для его восстановления.

Межличностные отношения. Отношение личности, по мнению Мясищева В. Н. [8], – это активная, сознательная, интегральная, избирательная основанная на опыте связь личности с различными сторонами действительности. В соответствии с концепцией Мясищева В. Н., служащей методологической основой исследования, отношение – это системообразующий элемент личности, которая предстает как система отношений. Сами отношения личности формируются под влиянием общественных отношений, которыми личность связана с окружающим миром в целом и обществом, в частности.

Межличностные отношения – это особый ряд отношений, возникающий внутри каждого вида общественных отношений [1]. Важнейшей специфической чертой межличностных отношений является их эмоциональная основа. Сфера межличностных отношений охватывает практически весь диапазон существования человека. Можно утверждать, что человек, даже будучи в совершенном одиночестве, продолжает опираться в своих действиях и мыслях на свои представления об оценках, значимых для других. Межличностные отно-

шения проявляются в большом разнообразии сфер человеческого бытия, которые существенно отличаются друг от друга и в которых действуют различные психологические факторы.

Личность существует, реализуется и развивается в системе организуемых ею отношений, причем на всех ее уровнях, как внутренних, так и внешних. При этом как любая система, личность обладает определенными характеристиками или качествами. В случае болезни личность, во всех ее качествах от ощущений до осознания актуальной ситуации в целом, формирует систему отношений в ситуации болезни. В любом случае восприятие человеком реальности становится иным, чем до возникновения болезни, что отражается на поведении, а значит и на взаимоотношениях с окружающим миром. Все это делает необходимым исследовать особенности межличностных отношений человека в ситуации хронического заболевания.

Переходя к изложению и обсуждению полученных эмпирических данных, отметим, что гипотеза исследования заключалась в предположении о том, что у больных сахарным диабетом первого типа готовность к компенсации компоненты может обуславливаться компонентами субъективного уровня контроля и межличностных отношений, а их взаимосвязи, носящие устойчивый характер, могут служить основой построения обучающих и коррекционных программ достижения и поддержания компенсации СД1.

Достоверность полученных результатов обеспечивалась репрезентативным объемом выборки (65 человек), использованием стандартизированных методик: методики диагностики уровня субъективного контроля Дж.

Роттера, методики диагностики межличностных отношений Т. Лири; применением статистического метода обработки экспериментальных данных: выборочного коэффициента линейной корреляции Пирсона.

Итак, для выявления специфики уровня субъективного контроля (интернального или экстернального) личности больных СД1 была использована методика «Уровень субъективного контроля (Дж. Роттер)».

Согласно полученным с ее помощью данным, помещенным в табл. 1, больные СД1 характеризуются низким уровнем субъективного контроля в основных сферах его проявления:

- Ио – шкала общей интернальности;
- Ид – шкала интернальности в области достижений;
- Ин – шкала интернальности в области неудач;
- Ис – шкала интернальности в семейных отношениях;
- Ип – шкала интернальности в производственных отношениях;
- Им – шкала интернальности в области межличностных отношений;
- Из – шкала интернальности в отношении здоровья и болезни.

Для наглядного представления результатов методики была построена гистограмма, изображенная на рис. 1.

Рассмотрим уровень субъективного контроля больных СД1 в каждой сфере жизни.

1) *Шкала общей интернальности (Ио) – низкий уровень интернальности (экстернальный локус-контроля).*

Низкий показатель по этой шкале (2,91) свидетельствует о низком уровне субъективного контроля над любыми значимыми ситуа-

циями. У больных СД1 отсутствует представление о себе как о сильной личности, обладающей достаточной свободой выбора, чтобы построить свою жизнь в соответствии со своими целями и представлениями о еесмысле. Присутствует неверие в свои силы контролировать события собственной жизни. В силу того, что испытуемые не считают возможным контролировать и управлять важными событиями, они не чувствуют свою собственную ответственность за эти события и за то, как складывается их жизнь в целом.

Эти особенности могут быть связаны с тем, что их болезнь как фактор, влияющий

на образ и качество жизни, расценивается больными СД1 как нечто внешнее, довлеющее над их жизнью в целом. Она протекает по своим законам и в целом определяет весь ход жизненных событий этих людей. Больные СД1 ощущают силу болезни, которая способна изменить их собственные планы, в результате чего возможность контролировать и управлять ходом событий значительно снижается. В силу этого мощного влияния, полностью устранить которое не представляется возможным, собственные действия испытуемые расценивают как недостаточные для того, чтобы изменить что-либо.

Таблица 1. Оценка выраженности уровня субъективного контроля в различных сферах жизни

<i>Шкалы</i>	<i>Ио</i>	<i>Ид</i>	<i>Ин</i>	<i>Ис</i>	<i>Ип</i>	<i>Им</i>	<i>Из</i>
Ср. знач	2,91	4,09	2,86	4,5	3,36	4,88	3,13
Мода	1	2	1	5	3	6	1
Медиана	3	4	3	5	3	5	3
Станд. отклон	1,62	2,15	1,65	1,94	1,74	1,99	2,20

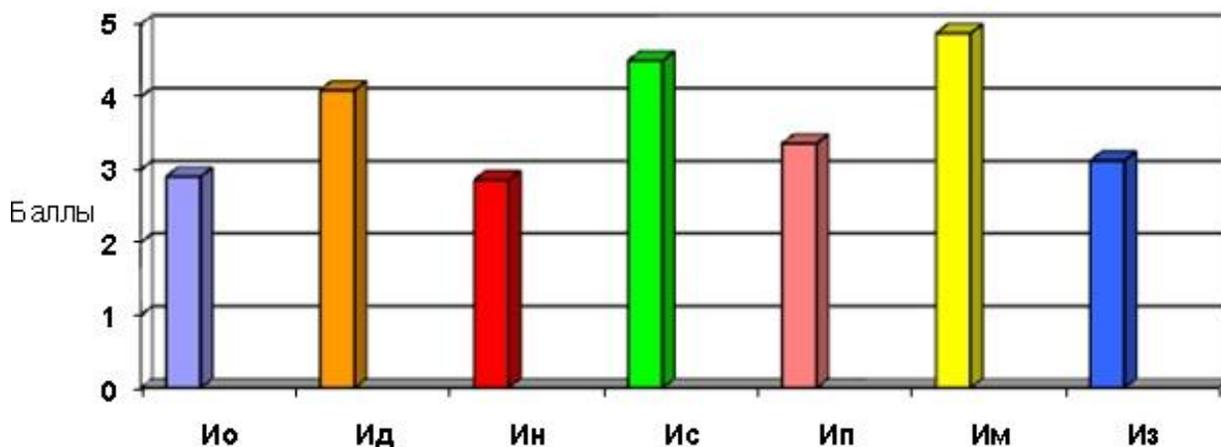


Рис. 1. Гистограмма выраженности уровня субъективного контроля в различных сферах жизни

2) *Шкала интернальности в области достижений (Ид) – низкий уровень интернальности (экстернальный локус контроля).*

Полученные баллы (4,09) свидетельствуют о том, что больные СД1 склонны приписывать свои успехи, достижения и радости внешним обстоятельствам – везению, счастливой судьбе или помощи других людей. Экстернальность в сфере достижений у больных СД1 может увеличивать конформность, вместе с тем приводя к ощущению привлекательности и высокой оценки их другими людьми.

3) *Шкала интернальности в области неудач (Ин) – низкий уровень интернальности.*

Экстернальный локус контроля (2,85 баллов) в области неудач является основанием предполагать, что испытуемые склонны приписывать ответственность за отрицательные события или ситуации другим людям или считать эти события результатом невезения. Низкие показатели по этой шкале говорят о низком уровне субъективного контроля по отношению к отрицательным событиям и ситуациям, что проявляется в отсутствии склонности обвинять самих себя в разнообразных неприятностях и страданиях.

Можно предположить, что с момента заболевания главным «виновником» всех неудач и разочарований для испытуемых стала их болезнь. Сопровождая человека в течение всей жизни и проявляясь в абсолютно различных ее сферах, сахарный диабет субъективно воспринимается как «универсальный барьер» для достижения чего-либо и, как следствие, причина различного рода неудач.

4) *Шкала интернальности в семейных отношениях (Ис) – низкий уровень интернальности (экстернальный локус контроля).*

В области семейных отношений уровень субъективного контроля немного выше по сравнению с вышеописанными областями (4,5 баллов), однако это также соответствует экстернальному локусу контроля, что говорит о том, что испытуемые считают причиной значимых ситуаций, возникающих в семье, своих партнеров, а не себя. Наиболее часто встречающимся результатом по данной шкале является 5 баллов, что позволяет говорить о приближении к интернальному локусу контроля.

Ответственность за события, происходящие в семейной жизни, выражена у испытуемых в большей степени, нежели в уже описанных областях. Обязательства перед родными и близкими людьми воспринимаются больными СД1 более остро. Кроме того, по видимому, ощущая их поддержку, пациенты с СД1 начинают в большей степени верить в собственные силы, способность регулировать отношения в семье.

5) *Шкала интернальности в области производственных отношений (Ип) – низкий уровень интернальности (экстернальный локус контроля).*

Анализ уровня субъективного контроля в области производственных отношений также характеризует экстернальный локус контроля в данной сфере (3,36). Таким образом, различные внешние обстоятельства – руководство, товарищи по работе, везение-невезение – также являются определяющими для испытуемых и имеют несравнимо большее значение и силу по сравнению с собственным потенциалом. Испытуемые считают свои действия недостаточно важным фактором организации собственной деятельности, в складывающихся отноше-

ниях в коллективе, в своем продвижении. Расценивая свой потенциал как недостаточный, больные СД1 не стремятся брать на себя ответственность за производственные решения и за собственное продвижение по службе.

б) Шкала интернальности в межличностных отношениях (Им) – низкий уровень интернальности (экстернальный локус контроля).

Несмотря на то, что уровень субъективного контроля в данной области является наивысшим среди испытуемых (4,9 баллов), что говорит о склонности людей проявлять инициативу в собственных отношениях с людьми, контролировать их, все же данный балл соответствует экстернальному локусу-контроля.

Однако наиболее популярный балл по данному показателю составляет 6 баллов, что соответствует интернальному локусу контроля. Это означает, что больные СД1 воспринимают себя одновременно как отзывчивых, покорных, застенчивых и конформных, так и людьми с авторитарными чертами и склонностью к большой активности по отношению к другим людям.

Несмотря на то, что в целом отмечается подчинение регулируемому влиянию партнеров по межличностному взаимодействию, существует тенденция больных СД1 верить в собственные силы контролировать формальные и неформальные отношения с другими людьми, вызывать к себе уважение и симпатию. Кроме того, для больных людей важно быть принятым в обществе, не чувствовать себя ущемленными в чем-либо, а, наоборот, получать поддержку. В целом же, больные СД1 не достаточно активно формируют свой круг общения и склонны

считать свои межличностные отношения результатом активности партнеров.

7) Шкала интернальности в отношении здоровья и болезней (Из) – низкий уровень интернальности.

И, наконец, в отношении здоровья и болезни низкие показатели (3, 13) подтверждают ранее высказанное положение о том, что большинство больных считает здоровье и болезнь результатом случая и надеются на то, что облегчение придет в результате действий других людей, прежде всего врачей. Они воспринимают свое здоровье в большей степени зависящим от внешних воздействий, случайностей и практически не прилагают собственных усилий для его восстановления.

Эти факты могут являться одной из причин отсутствия гармоничного отношения больных СД1 к собственному заболеванию вследствие пассивной позиции относительно его лечения и перекладывания ответственности за состояние здоровья на окружающих [5]. Таким образом, детально рассмотрев различные области проявления субъективного контроля больных СД, можно утверждать, что абсолютно во всех сферах наблюдается экстернальность, т. е. неверие в собственные силы изменить что-либо в жизни, контролировать и управлять ею.

Подобные результаты могут быть следствием возникновения болезни, в результате которой стали меняться различные стороны жизни испытуемых. Необратимый характер заболевания, возможно, окрасил и остальные сферы проявления людей, страдающих СД1, в результате чего ощущение неспособности управлять собственным состоянием повлекло за собой субъективно бессилие в контроле и управлении жизни в целом. Внешний локус

контроля может также являться некой защитой, которую выставляют испытуемые, ища причины различных перемен, изменений, неудач вовне, не виня себя в этом. Оказавшись жертвой болезни, они воспринимают себя жертвой обстоятельств в целом. Кроме того, вследствие физического недомогания, общей ослабленности организма у больных СД1 может возникнуть страх не справиться с различными трудностями, ситуациями, страх взять на себя ответственность за что-то и в результате не оправдать ожиданий окружающих.

Таким образом, можно резюмировать, что экстернальный локус контроля является характерной чертой больных СД1 и может выступать детерминантой неготовности или низкой готовности к компенсации.

Далее у больных СД1 были исследованы их представления о себе и идеальном «Я», их взаимоотношения с окружающими. Для этого была использована «Методика диагностики межличностных отношений (Т. Лири)». Полученные данные помещены в табл. 2, согласно данным которой, больные СД1 характеризуются адаптивным поведением, т. к. их показатели попадают в диапазон 0 – 8 баллов.

Для более наглядной демонстрации соотношения результатов по данной методике была построена гистограмма, представленная на рис. 2, и демонстрирующая различия в выраженности типов отношения к окружающим. Как видно из изображения, полученные баллы не превышают 6 баллов, что в целом соответствует адаптивному поведению испытуемых.

Таблица 2. Типы отношения к окружающим

<i>Типы отношения к окружающим</i>	<i>Авторитар. I</i>	<i>Эгоистич. II</i>	<i>Агрессивн. III</i>	<i>Подозрит. IV</i>	<i>Подчин. V</i>	<i>Зависим. VI</i>	<i>Дружел. VII</i>	<i>Альтруизм. VIII</i>
Срзнач	4,67	4,09	4,05	4,69	4,4	5,14	5,68	5,69
Мода	3	4	4	4	4	4	8	4
Медиана	4	4	4	4	4	4	6	4
Стандотклон	2,96	2,37	2,27	2,85	3,08	2,74	2,89	3,28

Результаты показывают, что такой тип отношения как авторитарный выражен у больных с СД1 слабо (4,67 балла), что говорит о том, что они достаточно уверены в себе, упорны, настойчивы, но не обязательно являются лидерами и стремятся стать ими.

Кроме того, присутствует слабовыраженная ориентация на себя (4,09 балла), проявление эгоистических черт, склонность к соперничеству.

Агрессивность как характеристика отношения больных СД1 к другим людям выражена незначительно (4,46 балла), что говорит

лишь о присутствии таких характеристик как упрямство, упорство, настойчивость.

Такой тип отношения к людям как подозрительность также не характерен для больных СД1 (4,69 балла). Можно говорить лишь о критичном отношении ко всем социальным явлениям и окружающим людям. К вышеперечисленным особенностям испытуемых можно добавить скромность, робость, уступчивость, эмоциональную сдержанность, способность подчиняться, послушно и честно выполнять свои обязанности. Мнение окружающих является важным для больных СД1, поэтому про-

явление конформности и мягкости во взаимодействии с людьми во многом присущи данной категории лиц. Ожидание помощи от окружающих, доверчивость, склонность к восхищению людьми, вежливость дополняют описание личности этих людей [6].

Больные СД1 склонны к сотрудничеству, кооперации, гибки и компромиссны при решении проблем и в конфликтных ситуациях. Эти люди стремятся быть в согласии с мнением окружающих, проявлять сознательную конформность, следовать условностям, правилам и принципам «хорошего тона» в отноше-

ниях с людьми. Это говорит о тенденции испытуемых демонстрировать социально-желательный тип поведения.

Для больных СД1 характерно стремление чувствовать себя в центре внимания, заслуживать признание и любовь, стремиться помогать, проявлять теплоту и дружелюбие в отношениях. В дополнение к этому можно отметить ответственность, проявляемую испытуемыми к людям, деликатность, мягкость, доброту, сострадание, заботу, ласку. Больные СД1 умеют подбодрить и успокоить окружающих [6].

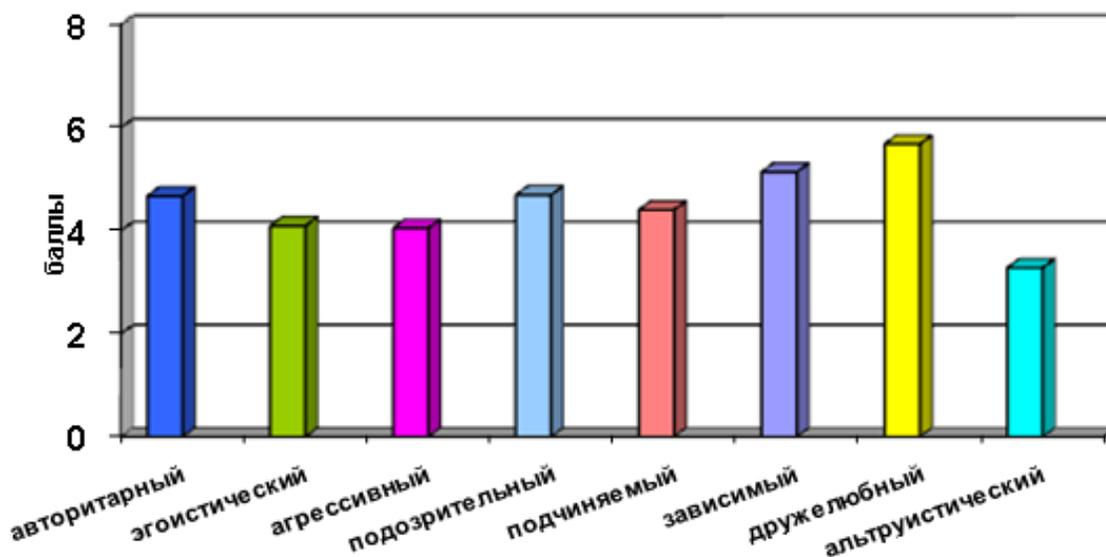


Рис. 2. Преобладающие типы отношения больных СД1 к окружающим людям

По специальным формулам мы определили показатели по двум основным факторам: доминирование и дружелюбие. Данные сведены в табл. 3 и 4, а также отражены на рис. 3.

Как видно из таблицы 3 доминирование как социальная стратегия выражена у испытуемых слабо (1,06 балла).

Стратегия дружелюбия в большей степени характерна для испытуемых (2,61 балла).

Таблица 3. Оценка выраженности доминирования в отношениях

<i>Стратегия в отношениях</i>	<i>Доминирование (баллы)</i>
Срзнач	1,06
Мода	3,8
Медиана	0,9
Стандотклон	6,49

Таблица 4. Оценка выраженности дружелюбия в отношениях

<i>Стратегия в отношениях</i>	<i>Дружелюбие (баллы)</i>
Срзнач	2,61
Мода	1,3
Медиана	2,1
Стандотклон	7,04

Количественное соотношение по данным факторам наглядно демонстрирует гистограмма, представленная на рис. 3.

Нетрудно заметить, что дружелюбие как тип отношения к окружающим выражен значительно сильнее доминирования. Это говорит о том, что в целом для испытуемых харак-

терно сотрудничество, компромисс, взаимопомощь в отношениях, а не подавление и агрессия. Больные СД1 считают себя лицами терпеливыми, покладистыми, неспособными к агрессии и склонными к подчинению и зависимости, а также доверчивыми, открытыми перед другими людьми, обладающими большой потребностью в любви и с первичным доверием к людям.

Особенностью интерперсональных отношений у больных СД1 является преимущественное использование гиперконформных, гипераффилиативных типов поведения, что рассматривается как положительный социальный тип личности.



Рис. 3. Доминирующая стратегия интерперсонального поведения

Подводя итоги, можно сделать следующее предположение: люди, страдающие СД1, стремятся демонстрировать социально желательные формы поведения, оказывать поддержку окружающим и ожидают таковой по отношению к ним самим. Мнение окружающих является важным для них, поэтому они стараются прислушиваться к нему. В этом контексте, для больных СД1 очень важен круг общения и взаимодействия с теми пациента-

ми, которые постоянно, серьезно, настойчиво занимаются компенсацией своего диабета, успешны в этом и имеют хорошие показатели скомпенсированности. Такие взаимодействия будут оказывать положительное воздействие на повышение мотивации больных СД1 к компенсации, стимулирование их волевых усилий в этом направлении.

Далее для изучения взаимосвязей различных особенностей личности больных

СД1 были проанализированы имеющиеся корреляции между показателями по шкалам методики Т. Лири и Дж. Роттера с помощью выборочного коэффициента линейной корреляции R_p Пирсона (уровень значимости равен $\alpha=5\%$, критическое значение 0,277) [10]. Были рассмотрены лишь значимые корреляции между различными показателями.

Положительная взаимосвязь между авторитарным и агрессивным типом отношения и общим уровнем субъективного контроля больных СД1 (R_p равны 0,337 и 0,413, соответственно, свидетельствует, что, чем менее больные СД1 склонны демонстрировать доминантность, властность, энергичность в отношениях с другими людьми, чем более жесткими, требовательными они являются, тем менее они склонны считать, что большинство важных событий в их жизни является результатом их собственных действий, что они могут ими управлять. Чувствуя силу собственной личности, больные СД1 в целом готовы брать ответственность за разные события и то, как складывается их жизнь в целом.

Стоит обратить внимание на то, что рассматриваемые типы отношения к окружающим положительно связаны и с интернальностью в области межличностных отношений (R_p равны 0,298 и 0,452, соответственно). Эта особенность объясняется тем, что авторитарный и агрессивный типы отношения характеризуются лидерской позицией во всех видах групповой деятельности, прямолинейностью, требовательностью к окружающим, что является основанием для того, чтобы больные считали себя в силах контролировать свои формальные и нефор-

мальные отношения, вызывать к себе уважение. Однако лидерство в отношениях в целом не характерно для больных СД1, что говорит об отсутствии проявления авторитарного и агрессивного типов отношения к окружающим.

Положительная корреляция между показателем по шкале агрессивности и по шкале интернальности в области достижения ($R_p=0,354$) говорит, что, чем более требовательным к себе и к окружающим является испытуемый, чем больше он демонстрирует упорства, настойчивости, энергичности в достижении поставленной цели, тем более больные СД1 склонны считать, что они сами добились всего того хорошего, что было и есть в их жизни. Низкий уровень субъективного контроля у испытуемых позволяет говорить об отсутствии ярко выраженных агрессивных проявлений.

Положительная связь между подчиняемым типом поведения и общим уровнем субъективного контроля испытуемых ($R_p=0,299$) говорит о том, что особенность СД1 как заболевания состоит в том, что от больного требуется особый вид борьбы с ним, а именно согласование собственного образа жизни с его проявлениями. Это обстоятельство предполагает следующее: чем более покорными, скромными, уступчивыми, эмоционально сдержанными, способными подчиняться окружающим будут испытуемые, тем выше их контроль над собственным заболеванием, т.к. подчинение другим освобождает от активной борьбы, от проявления бурных эмоций, стрессов, что может спровоцировать ухудшение течения заболевания, нарушение стабильности уровня СК [7]. Эти еще раз подчеркивается важ-

ность для больных СД1 контактов и взаимодействий с больными, имеющими хорошую компенсацию, устойчивые навыки ее достижения и способности в передаче другим больным своих знаний и умений по компенсации. Желательно также наличие у таких хорошо скомпенсированных больных выраженные лидерских тенденций, которые позволили бы многим больным СД1, являющимся по складу личности ведомыми, иметь в их лице еще один дополнительный стимулирующий фактор к достижению компенсации.

Таким образом, можно резюмировать, что выдвинутая гипотеза исследования нашла свое подтверждение. Полученные в результате исследования данные свидетельствуют о наличии у больных СД1 личностных качеств, объективно способствующих

готовности к компенсации, а их общение и взаимодействие с больными СД1, имеющими хорошую, устойчивую компенсацию будет способствовать повышению их готовности.

Поэтому в качестве способов стимулирования готовности к компенсации СД1 можно порекомендовать проведение в рамках занятий в школах диабета бесед, «круглых столов», обучающих тренингов и иных интерактивных мероприятий, во время проведения которых между участниками возникали межличностные отношения, и организаторами и лидирующими участниками которых были бы не только врачи и медицинские работники, но и больные СД1, имеющие хорошую компенсацию и способные поделиться навыками ее достижения и поддержания.

Список литературы

1. **Андреева, Г. М.** Социальная психология / Г. М. Андреева. – М.: Аспект-пресс, 2000. – 376 с.
2. **Анохин, П. К.** Избранные труды / П. К. Анохин. – М.: Наука, 1978. – 400 с.
3. **Братусь, Б. С.** Аномалии личности / Б. С. Братусь. - М.: Мысль, 1998.– 404 с.
4. **Иванова, Е. Н.** К проблеме исследования личности больных сахарным диабетом / Е. Н. Иванова // Сборник научных статей «Медико-социальные проблемы современной России», выпуск 3. – М.:Финпол, 2008. – С. 190 – 200.
5. **Иванова, Е. Н.** Личностные и характерологические особенности больных сахарным диабетом: ретроспективный анализ / Е. Н. Иванова // Сборник научных статей «Медико-социальные проблемы современной России», выпуск 3. – М.:Финпол, 2008. – С. 200 – 210.
6. **Иванова, Е. Н.** Показатели депрессивности и особенности межличностных отношений больных инсулинзависимым сахарным диабетом / Е. Н. Иванова // Сборник научных статей «Медико-социальные проблемы современной России», выпуск 4. – М.:Финпол, 2009. – С.176 – 185.

7. **Иванова, Е. Н.** Самооценка психических состояний больными инсулинзависимым сахарным диабетом / Е. Н. Иванова // Сборник научных статей «Медико-социальные проблемы современной России», выпуск 4. – М.:Финпол., 2009. – С. 186 – 195.
8. **Мясищев, В. Н.** Психология отношений: Избранные труды / В. Н. Мясищев – М.: Академия, 1998. – 242 с.
9. **Проблемы эндокринологии**, Т. 52. – М.: Медицина. 2006. – С. 10 – 14.
10. **Шевандрин, Н. Н.** Психодиагностика, коррекция и развитие личности / Н. Н. Шевандрин. – М.: ВЛАДОС, 2001. – 512 с.

Оценка психологической готовности спортсменов циклических видов спорта

Корельская И. Е., Ядрихинская Е. В.
Поморский государственный университет
г. Архангельск

В динамике соревновательного периода дана характеристика психической реакции у детей с отклонением в умственном развитии и спортсменов, занимающихся лыжным спортом. Проведены исследования «Оценка психологической готовности» в динамике соревновательного периода у воспитанников детского дома-интерната и воспитанников детско-юношеской спортивной школы. Определен показатель степени психологической совместимости команд.

Ключевые слова: *психологическая готовность, комплексный подход, мотивация, нарушения интеллектуального развития, воспитанники детского дома, оздоровительные технологии.*

In the dynamics of competition period characteristic mental reactions in children with mental retardation and athletes involved in skiing. Studies assessing psychological readiness in the dynamics of competition period children and pupils of the boarding-school junior school. Determine the degree of psychological compatibility teams.

Key words: *psychological preparedness, complex approach, motivation, deviations of intellectual development, pupils of orphan's house, health improving technologies.*

Введение. Как свидетельствует мировой и отечественный опыт, число лиц с отклонениями в развитии имеет тенденцию к увеличению. Этому есть ряд причин: дестабилизация общества и отдельных семей, отсутствие нормальных гигиенических, экономических, экологических условий для будущих матерей и детей разных возрастных групп.

У многих людей возникают психическая, познавательная депривация, недостаточность удовлетворения сенсорных и эмоциональных контактов и потребностей. Эти патологические факторы приводят к различным заболеваниям и отклонениям в развитии. Основными аспектами реабилитации

детей-инвалидов является адаптивное физическое воспитание, развитие или компенсация нарушенных двигательных функций, достижение физической независимости от окружающих, что является основой всего комплекса мер по социальной интеграции.

Цель и задачи. Целью исследования является проведение сравнительной характеристики психической реакции в динамике соревновательного периода у детей с отклонением в умственном развитии и спортсменов, занимающихся лыжным спортом.

Для решения поставленной цели, нами были определены следующие задачи.

1. Провести сравнительную характеристику показателя «Оценка психологи-

ческой готовности (ОПГ)» в динамике соревновательного периода у воспитанников детского дома-интерната (ДДИ) и воспитанников детско-юношеской спортивной школы (ДЮСШ) г. Архангельска 14 – 15 лет.

2. Измерить степень психологической совместимости команд.

Объектом исследования являлась физическая и психическая подготовленность учащихся ДДИ и ДЮСШ. Субъектом исследования являлись школьники-спортсмены детского дома-интерната для детей с отставанием в умственном развитии и воспитанники ДЮСШ № 2 г. Архангельска.

Практическая значимость исследования заключается в том, что полученные результаты позволяют оценить психологическую подготовку школьников-инвалидов и воспитанников ДЮСШ, позволяют провести сравнительную характеристику воспитанников ДДИ и ДЮСШ и обосновать правильность предположения, что адаптивный спорт является средством социализации детей-инвалидов.

Организация и методы исследования.

В исследовании принимало участие 10 воспитанников ДДИ для детей с ограниченными возможностями и 10 воспитанников ДЮСШ № 2 г. Архангельска.

Эксперимент проводился с ноября 2007 года по март 2008 года. Первый этап исследования был проведен 25 декабря 2007 года, второй этап – 25 марта 2008 года. Для проведения эксперимента использовалась лыжная трасса г. Новодвинска. Все исследуемые, в том числе и воспитанники детского дома-интерната, занимаются в лыжной секции.

Методы исследования, использованные в эксперименте:

1. Анализ и обобщение научно-методической литературы.

2. Метод оценки психологической готовности на основе показателей сердечно-сосудистой системы [11].
3. Метод исследования социометрического статуса личности, сплоченности и психологической совместимости спортивной команды
4. Методы математической статистики (полученные данные обрабатывались посредством стандартных методов вариационной статистики и корреляционного анализа. Обработка данных и графическое представление информации проводились с использованием персонального компьютера и пакета стандартных программ «EXEL»).

Эксперимент. Фиксирование параметров сердечно-сосудистой системы проводилось непосредственно перед и после участия спортсменов в гонке с помощью кистевого тонометра ИВ-401. Непосредственно перед стартом и сразу же после него измеряли показатели АСД, АДД и ЧСС. За 30 и 10 минут до старта снимали показатели треметрии: каждый срез длительностью 10 секунд, подсчитывалось количество касаний за каждый срез. Опросы по поводу социометрического статуса личности, сплоченности и психологической совместимости проводили в обычный тренировочный день соревновательного периода.

Методики исследования.

Оценка психологической готовности (ОПГ) (усл. ед.)

$$\text{ОПГ} = 100 * \left(1 - \frac{\text{ЧССп}}{\text{ЧССн}}\right) + 100 * \left(1 - \frac{\text{АДСп}}{\text{АДСн}}\right),$$

где

ЧССп – частота сердечных сокращений в покое,

ЧССн – частота сердечных сокращений после нагрузки,

АДСп – артериальное диастолическое давление в покое,

АДСн – артериальное диастолическое давление после нагрузки.

Перед стартом и сразу после физической нагрузки регистрируют артериальное систолическое давление и частоту сердечных сокращений спортсмена, далее проводят расчет по формуле. При отрицательном результате считать психологической неготовностью спорт-

смена к соревнованию, а чем выше положительный результат – тем более высокая подготовленность спортсмена к соревнованию [11].

Для измерения социометрического статуса и психологической совместимости членов команды в деловой и эмоциональной сферах проводили анкетирование. Сначала определили значимый критерий для оценки той или иной стороны межличностного взаимодействия.

Таблица 1. Матрица выбора

<i>Кто выбирает</i>	<i>Кого выбирают</i>										<i>Количество выборов</i>
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>	<i>10</i>	
1		+	+		+						3
2					+						1
3		+			+						2
4		+			+		+				3
5				+			+				2
6	+		+	+							3
7					+			+	+		3
8			+	+							2
9	+				+						2
10				+					+		2
Итого	2	3	3	4	6	0	2	1	2	0	Социометрический статус

Для этого сформулировали следующие вопросы, относящиеся к определенной реальной ситуации.

1. Кто из команды тебе наиболее симпатичен?
2. Кого из членов вашей команды ты пригласил бы на день рождения?
3. С кем из товарищей ты хотел бы играть в команде (в футбол)?
4. С кем из товарищей ты бы поговорил по душам?

5. С кем из товарищей из ДЮСШ (ДДИ) ты хотел бы сидеть за одной партой в школе?
6. Чьи манеры и особенность поведения тебе нравится больше всего?
7. Чья манера одеваться тебе нравится больше всего?
8. Чей смех нравится тебе больше всего?
9. Если бы гонка проводилась в парах, с кем бы ты хотел выступить?

10. С кем в последующем хотел бы ты учиться в одном профессиональном учебном заведении?

Вопросы задавали устно, на карточку ребятам заносили только ответы, т. е. фамилии или их кодовые обозначения. Число выборов соответствовало количеству членов исследуемой группы.

Инструкция: «Перед вами социометрическая карточка. Вычеркните из списка свою фамилию. Если вы сделали положительный выбор, то напротив фамилии поставьте знак (+), а если отрицательный – знак (-)». Для обработки результатов заполняли социоматрицу,

которая напоминает турнирную таблицу спортивных соревнований.

Игроки, получившие большее количество положительных выборов, являются лидерами команды, а получившие меньшее количество выборов или не получившие ни одного – аутсайдерами (табл. 1).

На основе матрицы выбора чертили матрицу взаимных и односторонних выборов. Взаимные выборы обводили кружком. Справа от таблицы вынесли результаты взаимных выборов, т. е. психологическую совместимость данных членов команды, их скрытые симпатии (табл. 2).

Таблица 2. Матрица взаимных и односторонних выборов

<i>№</i>	<i>Он выбрал</i>	<i>Его выбрали</i>	<i>Взаимоположительные выборы</i>
1	2 3 5	6 9	
2	5	1 3 4	
3	2 5	1 6 8	
4	2 5 7	5 6 8 10	4 5
5	4 7	1 2 3 4 7 9	5 4 7
6	1 3 4		
7	5 8 9	4 5	7 5
8	2 4	7	
9	1 5	7 10	
10	4 9		

Для измерения сплоченности спортивной команды составляется анкета, вопросы анкеты ранжируются в баллах:

- обязательно взял бы в команду (+2),
- взял бы в команду (+1),
- все равно (0),
- не взял бы в команду (- 1),
- обязательно не взял бы в команду (- 2)

После опроса составляли социометрическую матрицу (табл. 3).

Коэффициент сплоченности по Н. В. Бахаревой:

$$И = \frac{\Sigma(+)-\Sigma(-)}{n(n-1):2}$$

где $\Sigma (+)$ – количество взаимоположительных выборов в группе,

$\Sigma(-)$ – количество взаимоотрицательных выборов в группе,

n – число членов группы

Взаимоположительным считается выбор, когда оба игрока команды оценивают друг друга положительно (+2 или +1

балл); отрицательным, когда оба игрока оценивают друг друга отрицательно (-2 или -1 балл).

Чем больше первых выборов и меньше вторых, тем ближе индекс к единице и тем выше сплоченность.

Таблица 3. Матрица результатов взаимных и односторонних выборов

<i>№</i>	<i>Фамилия</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>...</i>	<i>10</i>
1	Иванов		+1	0	-2	...	+2
2	Петров	+2		0	+1	...	+2
3	Сидоров	0	-1		+2	...	-1
4	Попов	-2	+2	+1		...	0
...
10	Козлов	+2	+2	-2	+1	...	0

Анализ результатов педагогического наблюдения. В результате проведенных педагогических наблюдений в 2007 – 2008 годы были получены сведения о деятельности этого учреждения и имеющихся положительных результатах работы с детьми. Проведенный анализ материально-технической базы лыжной секции Новодвинского ДДИ позволил выявить высокий уровень материально-технической базы учреждения. Необходимо отметить, что спортивная команда воспитанников ДДИ участвует в соревнованиях по лыжному спорту и легкой атлетике.

Дети-инвалиды очень уважительно относятся друг к другу и работающими с ними специалистами, что не всегда можно встретить у детей, проживающих в социуме. Тот микроклимат, что царит у ребят, несомненно, благотворно влияет на их психику и психическое состояние. Можно отметить, что в дальнейшем, школьники-спортсмены с развитыми

двигательными анализаторами, несмотря на значительное отставание умственного развития, смогли адаптироваться в обществе и самостоятельно проживать и трудиться вне дома-интерната.

Воспитанники Новодвинского дома-интерната, принимающие участие в данном исследовании, ведут активную спортивную деятельность. В настоящий момент многие из них имеют определенные спортивные достижения. На основании этого можно утверждать, что занятие адаптивным спортом детей с умственной отсталостью является прекрасной возможностью социальной адаптации.

Оценка психологической готовности. Проведенный анализ оценки психологической готовности в динамике соревновательного периода показал снижение данного показателя у спортсменов ДЮСШ (рис.1, табл. 4).

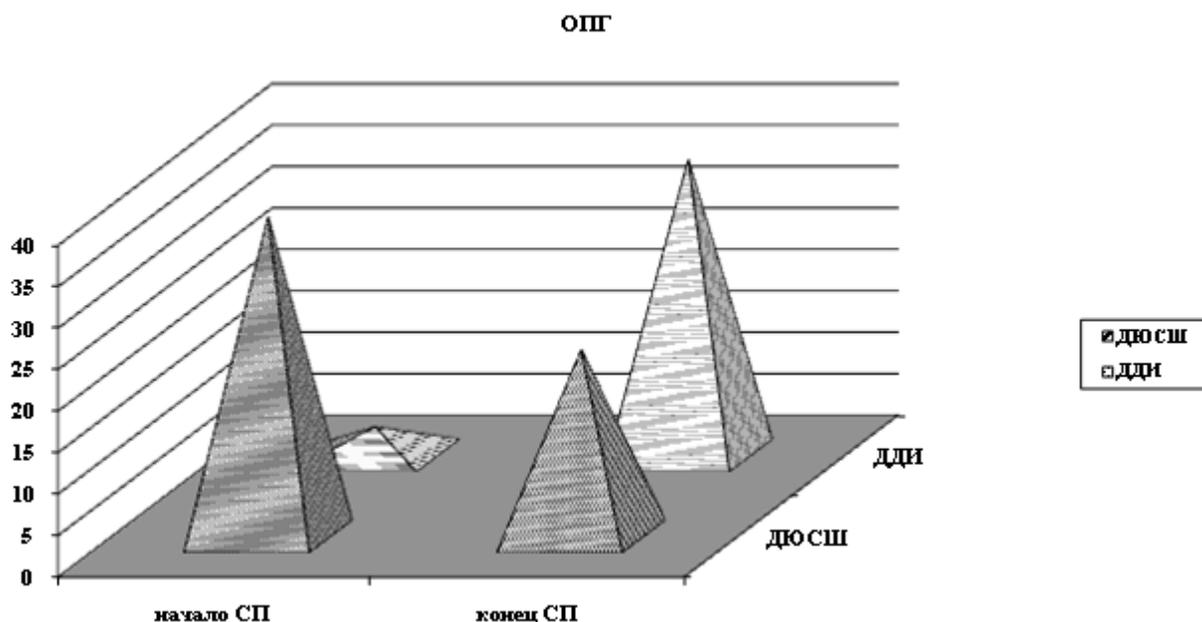


Рис. 1. Показатель «Оценка психологической готовности» у группы лыжников ДЮСШ и ДДИ в динамике соревновательного периода

Таблица 4. Оценка психологической готовности (ОПГ) в динамике соревновательного периода спортсменов-лыжников ДЮСШ и ДДИ (M±m)

Показатели	I	II
Детская юношеская спортивная школа		
ОПГ	38,57±1,38	22,53±1,32
t, p	8,83; >0,001	
Детский дом-интернат		
ОПГ	3,46±3,75	35,73±1,98
t, p	3,60; <0,001	

В то же время реакция спортсменов ДДИ несколько иная. Если в начале соревновательного периода показатель спортсменов ДДИ значительно ниже показателя лыжников ДЮСШ, то в конце соревновательного периода он значительно возрастает со статистической достоверностью. Это

свидетельствует о более острой психологической реакции на данную нагрузку у лыжников с умственной отсталостью в динамике соревновательного периода.

Заключение. Любые достижения в спорте возможны при условии каждодневного решения возникающих проблем, а уча-

ствие в спортивных мероприятиях совершенствует умение общения с окружающими людьми. Данные исследования показали, что оценка психологической готовности, социометрического статуса личности, сплоченности и психологической совместимости спортсменов-лыжников детского дома-интерната благодаря грамотно спланированному тренировочному процессу и творческому подходу специалистов-тренеров по адаптивной физической культуре и спорту позволили ребятам с диагнозом «умственная отсталость» в дальнейшем реализовать себя в данном виде деятельности.

Выводы.

1. По предложенной методике реакция на психологическую нагрузку спортсменов ДДИ более острая, чем ДЮСШ.
2. Взаимоположительных выборов у команды ДДИ гораздо больше, чем у ДЮСШ, взаимоотноительных соответственно меньше, чем у спортсменов детской спортивной школы. Коэффициент сплоченности по Н.В.Бахаревой ближе к единице у команды спортсменов ДДИ, по сравнению со спортсменами ДЮСШ.

Список литературы

1. **Азбука здоровья:** Программа специального (коррекционной) школы по лечебной физической культуре для детей с нарушением интеллекта 1 – 4 классов / Сост. Г. И. Гербцова. – СПб.: Образование, 1994.
2. **Белопольская, Н. Л.** Проблемы психологического консультирования детей с отклонениями в развитии: Практикум по патопсихологии / Н. Л. Белопольская. – М., 1987.
3. **Вазман, Н. П.** Психомоторика умственно отсталых детей / Н. П. Вазман. – М.: Аграф, 1997.
4. **Вярук, Т. И.** Основы тератологии и наследственной патологии: Учеб. пособие / Т. И. Вярук, В. А. Лисовский, Е. Б. Сологуб; Под ред. В. А. Лисовского, Е. Б. Сологуб. – М.: Сов. спорт, 2001.
5. **Воронцов, П. В.** Спортивная медицина: Учеб. пособие / П. В. Воронцов. – Архангельск: Изд-во Поморского междунар. пед. ун-та, 1994.
6. **Ганюшкин, А. Д.** Индивидуализация спортивной тренировки на основе учета психофизиологических различий / А. Д. Ганюшкин. – Смоленск, 1978.
7. **Дмитриев, А. А.** Организация двигательной активности умственно отсталых детей / А. А. Дмитриев. – М.: Сов. Спорт, 1991.
8. **Добровольский, В. К.** Врачебно-педагогический контроль за физическим воспитанием в школах-интернатах – В. К. Добровольский. – Л.: Медгиз, 1963.
9. **Евсеев, С. П.** Адаптивная физическая культура: Учеб. пособие / С. П. Евсеев, Л. В. Шапкина. – М.: Сов. спорт, 2000.

10. **Киселев, А. Н.** Психодиагностика в физическом воспитании и спорте / А. Н. Киселев. – Архангельск: Поморский университет, 2004.
11. **Лабутин, Н. Ю.** Способ оценки психологической подготовленности спортсменов на соревнованиях / Н. Ю. Лабутин, Н. О. Лабутина, Н. В. Павлова, С. В. Колмогоров, Е. В. Ядрихинская. – Изобретение. Полезные модели. – 2007. – № 17.

Особенности диагностики панических атак

Лефтерова К. С., Сулова Г. А., Чухловина М. Л.

*Государственная педиатрическая медицинская академия,
г. Санкт-Петербург*

Панические атаки – это внезапные эпизоды сильной тревоги, для которых типично неожиданное начало без предвестников и видимой причины. Дифференциальная диагностика проводится со следующими заболеваниями: эндокринные заболевания (гипотиреоз, гипертиреоз, гипогликемия у больных сахарным диабетом, патология надпочечников); заболевания сердца (стенокардия, аритмия, пролапс митрального клапана); заболевания органов дыхания, сопровождающиеся гипервентиляцией (бронхиальная астма, хронический бронхит, бронхоэктазия); неврологические заболевания (гипоталамический синдром, эпилепсия); артериальную гипертензию; психические заболевания, абстинентный синдром, злоупотребление алкоголем или наркотическими веществами.

Ключевые слова: *панические атаки, тревога, диагностика.*

Panic attacks are sudden episodes of strong alarm, for which typically unexpected beginning without harbingers and the visible reason. Differential diagnostics is spent with following diseases: endocrine diseases (hypothyrosis, hyperthyrosis, hypoglycemia at sick of a diabetes, a pathology of adrenal glands); diseases of heart (a stenocardia, arrhythmia, bulging of mitral valve); diseases of bodies of the breath, accompanied hyperventilation (a bronchial asthma, a chronic bronchitis, bronchiectasis); neurologic diseases (hypothalamic syndrome, epilepsy); an arterial hypertension; mental diseases, abstinence syndrome, abusing alcohol or narcotic substances.

Keywords: *panic attacks, alarm, diagnostics.*

Введение. Приступами паники называются внезапные эпизоды сильной тревоги, для которых типично неожиданное начало – без предвестников и видимой причины. Приступы обычно длятся от минуты до часа и возникают в среднем два-четыре раза в неделю. В некоторых случаях приступы исчезают на длительное время, а затем без видимой причины вновь возвращаются. Тяжесть приступов может значительно различаться даже у одного и того же человека [1].

В отечественной медицинской литературе длительное время использовался термин «диэнцефальный криз» [1, 2]. Развитие

приступов связывалось с возникновением дисфункции вегетативной нервной системы. Считалось, что клинические проявления приступа зависят от того, какое из звеньев преобладает в этом дисбалансе – симпатoadреналовое или вагоинсулярное. В соответствии с этим выделяли два типа диэнцефальных кризов: симпатoadреналовый или вагоинсулярный. В настоящее время это разделение диэнцефальных кризов на типы не используется, так как не доказано, что симптомы, возникающие при данных состояниях, связаны исключительно с гиперактивностью симпатoadреналового или

вагоинсулярного звеньев вегетативной нервной системы.

Приступы паники не опасны в том смысле, что не могут являться причиной смерти, но они могут причинять людям страдания и значительно «отравлять» им жизнь. С течением времени многие люди, испытывающие повторяющиеся приступы паники, становятся все более тревожными. У пациентов может развиваться одна или несколько фобий, они могут начать избегать тех мест и ситуаций, в которых их застигли приступы. Если приступы паники существуют долго, то пациенты избегают строить планы, боятся путешествовать. Все это приводит к ограничениям в социальной и семейной жизни.

Распространенность панического расстройства, по данным эпидемиологических исследований, составляет 11,9–13,6 %, а по некоторым источникам, до 15 % населения, соотношение женщины/мужчины колеблется от 1,9 : 1,6 до 4,9 : 0,8 [1].

Этиология панического расстройства во многом остается неясной. Во всяком случае, при этом состоянии имеет состояние страха и тревоги – это ответная реакция на жизнеугрожающее проявление в потоке сознания болезненных и недопустимых для пациента мыслей, импульсов или желаний, т. е. имеет место психологический конфликт, связанный с прошлым или настоящим. Поэтому реакция тревоги в данном случае – это попытка мобилизовать и упредить опасность для собственного «Я».

Панические атаки имеют серьезную генетическую основу: обнаружена семейная отягощенность по данному состоянию (заболеванием страдает 15–17 % родственников первой степени), описана также боль-

шая конкордантность у однояйцовых близнецов (80–90 %) [14].

Клинические проявления. Паническое расстройство манифестирует в молодом (до 30–35 лет), социально активном возрасте [9]. Согласно МКБ-10 основным признаком панического расстройства (F. 41.0) являются повторные приступы тяжелой тревоги (панические атаки), которые не ограничиваются определенной ситуацией или обстоятельствами и поэтому непредсказуемы. Необъяснимый, мучительный для больного приступ страха или тревоги сочетается с различными вегетативными (соматическими) симптомами [7]. Паническая атака диагностируется в том случае, когда имеет место пароксизмальный страх, часто сопровождающийся чувством неминуемой гибели или тревогой и/или ощущением внутреннего напряжения с симптомами, ассоциированными с паникой. Должно присутствовать четыре или более симптомов из нижеперечисленных [5]:

- учащенное сердцебиение,
- потливость,
- озноб, тремор, ощущение внутренней дрожи,
- ощущение нехватки воздуха или удушья,
- боль или дискомфорт в левой половине грудной клетки,
- тошнота или абдоминальный дискомфорт, жидкий стул,
- ощущение головокружения, неустойчивость или пошатывание при ходьбе, ощущение легкости в голове или предобморочное состояние,
- ощущение дереализации, деперсонализации,

- страх смерти, страх сойти с ума или совершить неконтролируемый поступок;
- ощущение онемения или покалывания (парестезии) в конечностях;
- ощущение прохождения по телу волн жара или холода.

Наличие в атаке не менее 4 симптомов из списка не является абсолютно жестким критерием. Как правило, у пациентов наряду с «развернутыми» атаками наблюдаются частые приступы, ограничивающиеся 2 – 3 симптомами («малые» панические атаки). Помимо представленных в списке симптомов в атаку могут включаться другие, чаще всего конверсионные (ощущение кома в горле; нарушение походки; нарушение зрения или слуха; судороги в руках или ногах, псевдопарезы и т. д.) Однако наличие свыше 5 – 6 атипичных симптомов в атаке ставит диагноз панической атаки под сомнение [5].

Важно, что в отличие от многих пароксизмальных состояний, для панической атаки не характерен продромальный период (аура). Паникоассоциированные симптомы развиваются внезапно и достигают своего пика в течение 10 минут. Послеприступный период характеризуется общей слабостью, разбитостью. Некоторая часть пациентов отчитывается об ощущении «облегчения» после завершения приступа. Наличие постприступной спутанности и постприступного сна делает диагноз панической атаки сомнительным.

Длительность атаки – также важный диагностический критерий. Кратковременность пароксизма свидетельствует против этого диагноза. Длительность панической атаки исчисляется минутами (в среднем 15 –

30 минут), хотя некоторые пациенты сообщают о более длительных приступах.

Оценка провоцирующих атаку факторов также может помочь в диагностике. Большинство пациентов говорят о спонтанности атак. Однако активный расспрос пациента позволяет выявить наряду со спонтанными атаками и ситуационные приступы, возникающие в потенциально «угрожаемых» ситуациях. Такими ситуациями могут быть пользование общественным транспортом, пребывание в толпе или замкнутом пространстве, необходимость покинуть собственное жилище и т. д.

Панические атаки возникают преимущественно в состоянии бодрствования (в дневное или вечернее время). Однако, у некоторых больных, помимо дневных атак, наблюдаются и ночные, возникающие из сна [9]. Крайне редко пациенты имеют только панические атаки сна.

Панические атаки не являются нозологически специфичным феноменом. Однократно возникший приступ панической атаки вообще не может рассматриваться с позиции болезни. Существует представление, что большинство людей при определенных обстоятельствах переживают этот драматический феномен хотя бы один раз в своей жизни. В этом случае панические атаки представляет собой физиологический ответ на эмоциональный стресс. Панические атаки могут встречаться при соматических, а также при психических заболеваниях, особенно при депрессивных расстройствах.

Диагностические критерии МКБ-10 [5] для панических атак содержат следующие пункты.

1. Повторное возникновение панических атак.

2. Панические атаки в течение месяца или более сопровождаются следующими симптомами:
 - постоянной озабоченностью по поводу повторения атак
 - беспокойством по поводу осложнений атак или их последствий (утрата контроля над собой, тяжелая органическая патология)
 - значительными изменениями поведения, связанными с приступами панических атак
3. Возникновение атак не обусловлено непосредственным действием каких-либо веществ или соматическими заболеваниями (аритмия, тиреотоксикоз, гипертонический криз, ишемическая болезнь сердца и т. д.)

Дифференциальная диагностика.

При проведении дифференциальной диагностики необходимо исключить следующие заболевания:

- эндокринные заболевания (гипотиреоз, гипертиреоз, гипогликемия у больных сахарным диабетом, патология надпочечников);
- заболевания сердца (стенокардия, аритмия, пролапс митрального клапана);
- заболевания органов дыхания, сопровождающиеся гипервентиляцией (бронхиальная астма, хронический бронхит, бронхоэктазия);
- артериальную гипертензию;

- неврологические заболевания (гипоталамический синдром, эпилепсия);
- психические заболевания, абстинентный синдром, злоупотребление алкоголем или наркотическими веществами.

Эндокринные нарушения. Симптомы, напоминающие приступ панической атаки, часто возникают у больных с патологией щитовидной железы (гипо- и гипертиреоз), в связи с чем необходимо исследование тиреоидной функции (содержание в плазме крови трийодтиронина (Т3), тироксина (Т4), тиреотропного гормона (ТТГ)). Вегетативные кризы симпатоадреналового типа наблюдаются у больных феохромоцитомой. При подозрении на феохромоцитому необходимо провести исследование катехоламинов в моче и компьютерную томографию надпочечников.

Артериальная гипертензия. Дифференциальная диагностика гипертонического криза и вегетативного пароксизма заключается в наличии АГ до начала первой панической атаки, повышении артериального давления при всех приступах, диагностики очаговой и/или общемозговой симптоматики [15]. При офтальмоскопическом исследовании выявляется гипертоническая ангиопатия сетчатки, гипертрофия левого желудочка.

Аритмии. Дифференциальный диагноз прежде всего проводится с пароксизмальными тахикардиями, для которых характерно внезапное начало, провокация физическими факторами, интенсивность тахикардии, эффективность антиаритмических средств. ЭКГ-мониторинг в данном случае позволяет объективизировать специфические для аритмии феномены.

Пролапс митрального клапана. Наличие пролапса митрального клапана не отрицает наличия вегетативной дисфункции и панических атак. Тем не менее, при подозрении на пролапс митрального клапана необходимо проведение дополнительных методов исследования (фонокардиография, ЭКГ, ЭхоКГ).

Шизофрени. Панические атаки, равно как и другие фобии очень часто встречаются при начальных формах шизофрении (при отсутствии дополнительно других симптомов этого заболевания) [13].

В случаях, если страхи появились задолго до развития симптомов шизофрении, выставляется два диагноза, например фобия и шизофрения. В том же случае, если сим-

птомы страха развились незадолго до появления шизофренической симптоматики или после нее, они должны трактоваться как составная часть шизофрении.

Поскольку панические атаки – пароксизмальное проявление, возникает необходимость дифференциальной диагностики с другими пароксизмальными состояниями, прежде всего эпилептическими пароксизмами. При панических атаках отсутствует аура (продромальный период), для них не характерны после приступов спуганность и сон.

Сомнительным также является диагноз панической атаки при наличии 5 и более функционально-неврологических симптомов [5].

Список литературы

1. **Вейн, А. М.** Панические атаки: Неврологические и психофизиологические аспекты / А. М. Вейн, Г. М. Дюкова, О. В. Воробьева, А. Б. Данилов // Инст. мед. маркетинга. – СПб., 1997. – 304 с.
2. **Вейн, А. М.** Вегетососудистая дистония / А. М. Вейн, А. Д. Соловьева, О. А. Колосова. – М., 1981. – 320 с.
3. **Вознесенская, Т. Г.** Персен-форте в лечении тревожных расстройств у больных психовегетативным синдромом / Т. Г. Вознесенская, А. В. Федотова, Н. М. Фокина // Лечение нервных болезней. – 2002. – № 3 (8). – С. 38 – 41.
4. **Лакосина, Н. Д.** Динамика невротических расстройств с вегетативными пароксизмами / Н. Д. Лакосина, О. Ф. Панкова // Журн. неврол. и психиатр. – 1988. – № 4. – С. 74 – 79.
5. **МКБ-10:** Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. (Клинические описания и указания по диагностике) / Под ред. Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Циркина. – ВОЗ.
6. **Вельховер, Е. С.** Основы клинической рефлексологии / Е. С. Вельховер, В. Г. Никифоров. – М.: Медицина, 1984. – 224с.
7. **Зеленина, Е. В.** Соматовегетативный симптомокомплекс в структуре депрессий (типология, клиника, терапия): Автореф. канд. ... мед. наук. – М., 1997. – 23 с.
8. **Иванов, С. В.** Современные серотонинэргические антидепрессанты в терапии панического расстройства (опыт применения препарата цитолапрам в амбулатор-

- ной практике) / С. В. Иванов, Е. Б. Кадушина, Т. А. Захарчук // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2001. – Т. 3. – № 2. – С. 95 – 98.
9. **Маколкин, В. И.** Нейроциркуляторная дистония: Клиника, диагностика, лечение / В. И. Маколкин, С. А. Аббакумов, А. А. Сапожникова – Чебоксары, 1995.
 10. **Смулевич, А. Б.** Органые невроты как психосоматическая проблема / А. Б. Смулевич, А. Л. Сыркин, С. И. Рапопорт, М. Ю. Дробижев, С. В. Иванов // Журн. неврол. и психиатр. – 2000. – Т. 100. – № 12. – С. 4 – 12.
 11. **Breier, A.** Agoraphobia with panic attacks / A. Breier, D. Charney, C. Heninger // Arch. Gen. Psychiatry. – 1986. – V. 43. – N 11. – P. 1029 – 1036.
 12. **Lepola, U. M.** A controlled, prospective, 1-year trial of citalopram in the treatment of panic disorder / U.M. Lepola, A. G. Wade, E. V. Leinonen, H. J. Koponen, J. Frazer, I. Sjöodin, J. T. Penttinen, T. Pedersen, H. J. Lehto // J. Clin. Psychiatry. – 1998. – V. 59. – N10. – P. 528 – 534.
 13. **Wade, A. G.** Antidepressants in Panic disorder / A. G. Wade // Intern. Clinic. Psychopharmacol. – 1999. – N14 (Suppl. 2). – S13 – S17.
 14. **Toner, B. B.** Self-schema in irritable bowel syndrome and depression / B. B. Toner, P. E. Garfinkel, K. N. Jeejeebhoy [et al] // Psychosom. Med. – 1990. – V. 52. – P. 149 – 155.
 15. **Craske, M. G.** Brief cognitive-behavioral versus nondirective therapy for panic disorder / M. G. Craske, E. Maidenberg [et al] // J Behav Ther Exp Psychiatry. – 1995. – N 26 (2). – P. 113 – 121.

СанСпецСтрой

г.Пермь, ул. 9 Января 16

8 (342) 298-76-57, 238-60-62

Компания "СанСпецСтрой" разрабатывает, изготавливает и поставляет специальное технологическое рабочее оборудование и принимает заказы на выполнение работ по санированию уложенных трубопроводов методами нанесения внутренних защитных цементно-песчаных покрытий и протяжки новых полиэтиленовых труб внутри ремонтных, обеспечивает обучение и стажировку технического персонала, производит пусконаладочные работы поставляемого оборудования
www.pipeservice.narod.ru



Общество с ограниченной ответственностью

УралРегионСтрой
строительная компания

614036, г. Пермь, ул. Шоссе Космонавтов, д. 111, оф. 407,
тел./факс (342) 220-18-96, e-mail: ursperm@mail.ru

Часть 4



Социальная реабилитация

Социальные проблемы организации процесса реабилитации детей с эпилепсией

Агранович О. В., Унтевский И. И., Бережная Г. М.

Краевая детская клиническая больница

г. Ставрополь

В статье представлены результаты проведения анкетирования различных слоёв общества по вопросам их отношения к больным, страдающим эпилепсией. Анализируется проблема отчуждения обществом больных эпилепсией на примере отказа ведения совместного бизнеса, вопросов вступления в брак, трудоустройства. Показаны направления адаптации больных в обществе и целесообразность учёта выявленных социальных проблем при формировании программы реабилитации больных эпилепсией.

Ключевые слова: *эпилепсия, организация помощи, реабилитация больных эпилепсией, социальная помощь.*

Система реабилитации больных опирается не только на клинические проявления патологического процесса, результативность лечения, вторичную профилактику, но и на социальные аспекты развития заболевания. Развитие заболевания всегда вносит коррективы в семейные планы, влияет на взаимоотношения внутри семьи, между родителями и ребёнком и т. д. Если заболевание носит затяжной, длительный характер, без четкого, определённого прогноза, то проведение реабилитации требует мобилизации душевных, материальных, физических сил и семейных резервов. Нами ранее были показаны наиболее значимые проблемы, с которыми приходится сталкиваться родственникам детей с эпилепсией. Эта информация необходима для построения системы помощи больным с эпилепсией. Однако, остается практически не исследованным вопрос отношения общества к проблеме больных с эпилепсией. Как люди, не имеющие формального отношения к больным эпилепсией, имеющие представление об эпилепсии из системы общих знаний,

строят с ними взаимоотношения? Готово ли общество принять таких людей с их проблемами, разделить с ними определённые ограничения? В определённой степени отношение социума к проблеме эпилепсии является индикатором состояния дел в самом обществе.

Мы поставили задачу оценить отношение различных общественных слоёв к больным и родственникам больных эпилепсией. С этой целью осуществлено анкетирование различных групп населения одним и тем же набором вопросов, посвящённых разным направлениям построения взаимоотношения людей друг с другом. Получен материал, приподнимающий пласт маскированных, порой неожиданных проблем, различных слоёв нашего общества по вопросам их отношения к бытовым, профессиональным, общественным направлениям жизни больных эпилепсией. Среди респондентов были студенты Ставропольской медицинской академии, работники городского молочного комбината «Ставропольский», сотрудники страховых компаний, учителя средней школы.

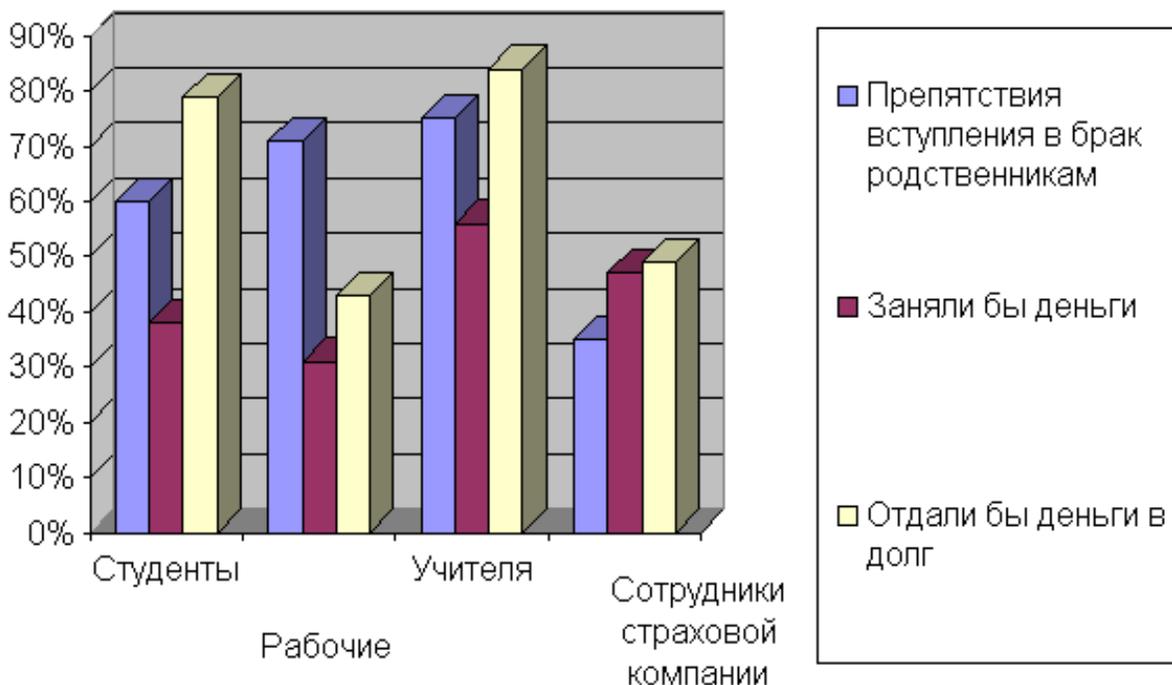


Рис. 1. Анализ результатов анкетирования по вопросам брака и финансовых отношений

Большинство респондентов во всех социальных слоях считают, что больные эпилепсией преимущественно люди без интеллектуальных нарушений, в отличие от ранее бытующего мнения. Причем существенной разницы в оценке этого показателя по разным социальным слоям не получено.

По бытовым вопросам такого единодушия уже не получено. В частности по вопросу вступления родственников в брак с больным(ой) эпилепсией в разных когортах респондентов появляются различия. Наиболее препятствующими этому процессу оказались учителя и рабочие, а вот наиболее толерантными студенты медицинской академии и сотрудники страховой компании (рис. 1).

Отказались бы занимать деньги в долг, или отдавать в долг деньги по причине болезни 55% респондентов, хотя если рассматривать этот показатель по социальным груп-

пам, то можно проследить определенные различия, что в прочем может и объясняться и именно и социальными особенностями групп.

Так, например учителя более охотно готовы занять и дать в долг деньги, видимо, не зависимо от источника финансирования. Но все же фактор болезни человека играет роль в выборе решения финансовых вопросов, так рабочие в большей степени ограничивали бы себя в финансовых отношениях с больными эпилепсией (рис. 1)

Примечательно, что четверть респондентов не разрешила бы играть своему ребёнку вместе с ребенком страдающим эпилепсией. Этот показатель выше среди студентов, рабочих, и что интересно достаточно высок среди учителей – 20%. Это один из индикаторов сформированного отчуждающего отношения общества к больным эпилепсией (рис. 2)

37 % респондентов испытывали дискомфорт, если бы их соседом по дому был бы больной, страдающий эпилепсией, этот показатель практически не менялся по социальным группам, что так же свидетельствует о сохранении отвержения обществом больных с эпилепсией в целом, не зависит от об-

разовательного, социального положения в обществе (рис. 2).

Совместное путешествие с больным эпилепсией тяготило бы две трети респондентов и особенно рабочих и учителей (до 77%), это еще один индикатор депривации обществом людей, страдающих эпилепсией (рис. 2).

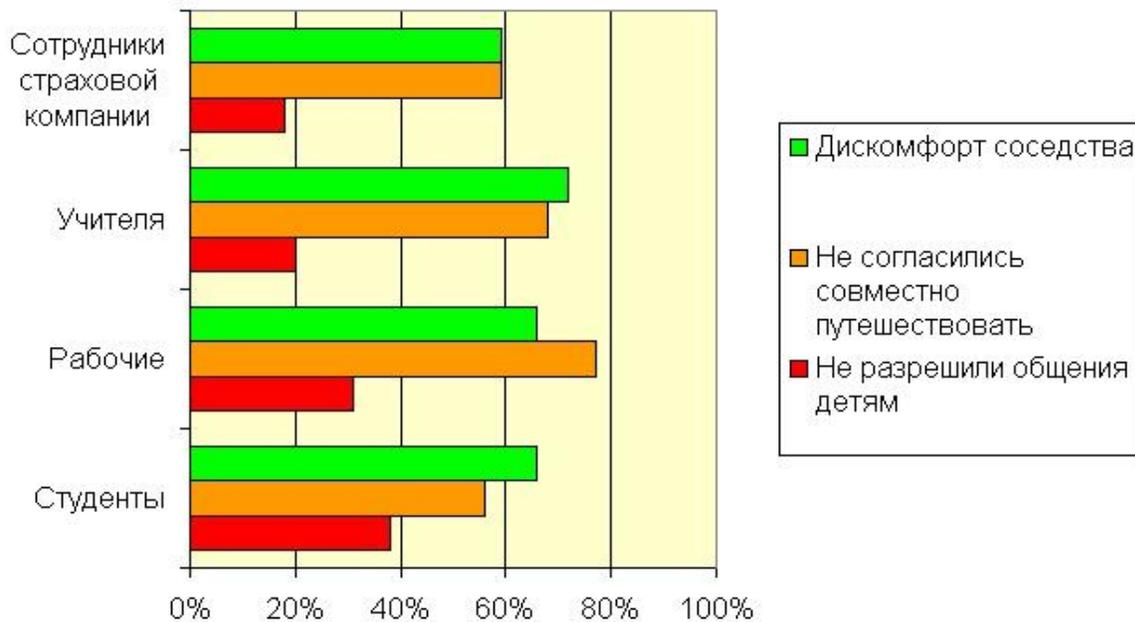


Рис. 2. Анализ результатов анкетирования различных слоев общества по некоторым бытовым параметрам

При организации совместного бизнеса респонденты предпочли бы не связывать его с партнёрами, страдающими эпилепсией. В большей степени это касается рабочих молочного комбината, учителей. Безусловно, именно болезнь эпилепсия, является причиной отказа в формировании таких сложных отношениях, как бизнес. И это только одна из сторон многогранного взаимоотношения членов нашего общества и больных эпилепсией (рис. 3).

Принять на работу сотрудника, страдающего эпилепсией (при условии, что заболевание не нанесет вреда предприятию и ра-

ботнику при выполнении служебных обязанностей) не готовы 8% учителей, 17% студентов, 35% работников страховых компаний и 43% рабочих (рис. 4).

Таким образом, эпилепсия как болезнь является «клеймом» профессионального отчуждения практически всем обществом. Ответ на вопрос о том, что должно ли общество оплачивать лекарства для лечения эпилепсии вызвал уважение и гордость за наше общество, однако неожиданно меньший процент согласных оказался среди работников страховых компаний (рис. 5).

Таким образом, значимость социальных факторов неоспорима в структуре оценки проблемы эпилепсии в целом, и является не только индикатором результатив-

ности проведения мероприятий по формированию эпилептологической помощи, но и является ориентиром направления дальнейшей реабилитационной работы.

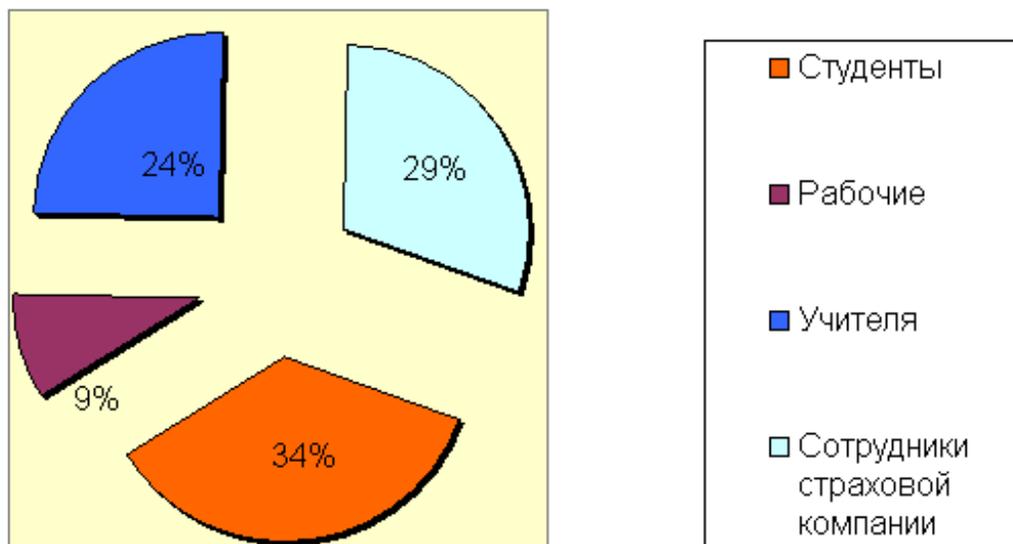


Рис. 3. Готовность ведения совместного бизнеса

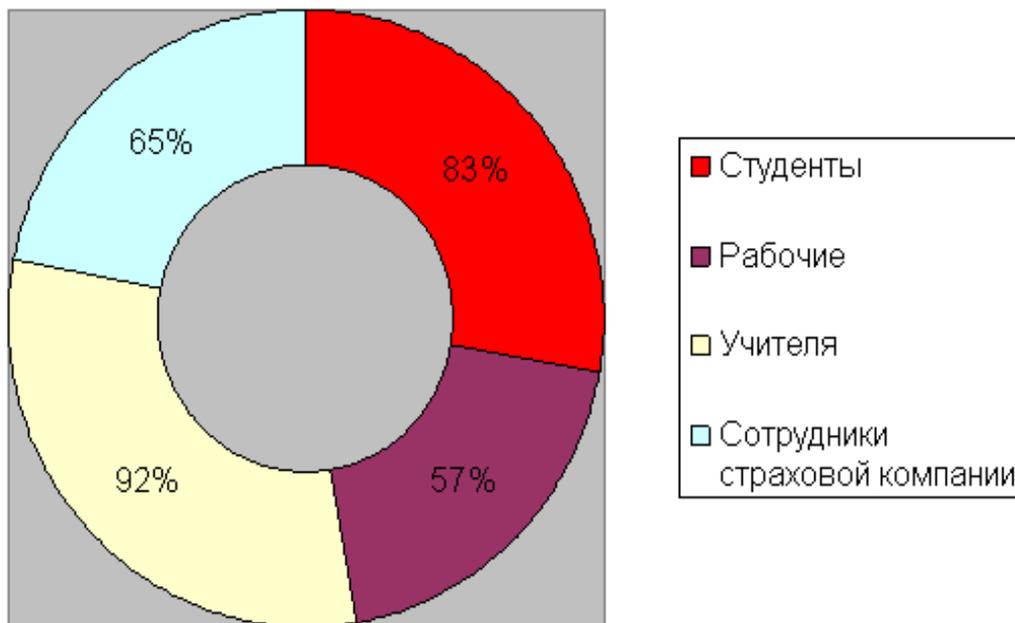


Рис. 4. Готовность принять на работу больного эпилепсией

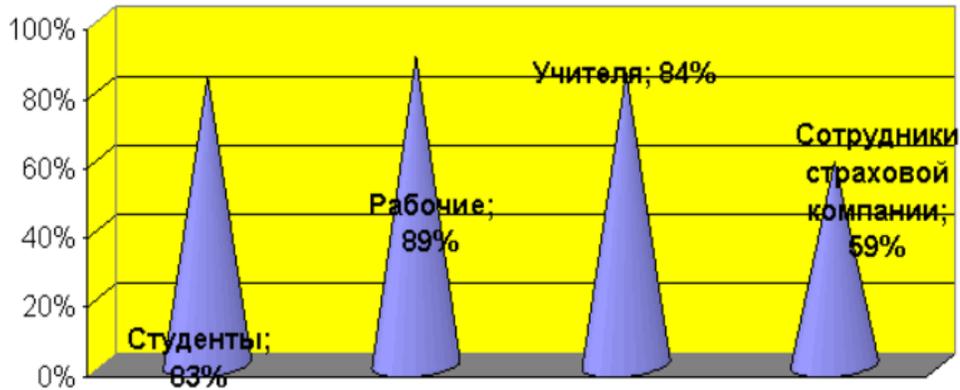


Рис. 5. Должно ли общество оплачивать лекарства больным эпилепсией?

Список литературы

1. **Гузеева, В. И.** Эпилепсия и неэпилептические пароксизмальные состояния у детей / И. В. Гузеева. – Москва, 2007. – 563 с.
2. **Темин, П. А.** Вопросы профилактики эпилептических синдромов у детей / П. А. Темин // Диагностика и лечение эпилепсии у детей. – Москва. – 1997 – С. 632 – 655.
3. **Сообщение** комиссии международной лиги борьбы с эпилепсией. – 2007. – 11 с.

Алгоритм реабилитации неврологических больных с двигательными нарушениями с использованием инновационных технологий

Исанова В. А.

*Казанский государственный медицинский университет
г. Казань*

Проведена сравнительная оценка эффективности использования инновационных технологий: метода кинезотерапии, нейро-ортопедического устройства «Атлант» в разработанной системе алгоритма реабилитационных мероприятий для неврологических больных с двигательным и когнитивным дефицитом в условиях стационарных учреждений.

Подтверждено положительное терапевтическое действие патогенетически обоснованных методик на восстановление двигательных функций, самообслуживания, речи.

Ключевые слова: *медико-кондуктивная реабилитация, кондуктивная терапия, неврологический модуль реабилитации, алгоритм реабилитационных мероприятий; функциональная активность, FIM.*

Философия медико-социальной реабилитации, распространенная за рубежом и в нашей стране, сформирована в конце 19 – начале 20 веков, на основе идеи о социальной полезности человека [1]. Поэтому конечной целью реабилитации инвалида является восстановление функциональной активности, и его интеграция в привычную общественно-полезную среду.

В России реабилитационная помощь больным и инвалидам проводится в условиях стационарных учреждений общепринятыми схемами лечения, независимо от фазы болезни и степени нарушения функциональной активности и, особенно в резидуальном периоде проводится как плановое лечение, не ставится конечная цель реабилитации в рамках восстановления или компенсации нарушенных функций по МКФ [4, 5]. Поиск инновационных технологий в реабилитации с использованием международного опыта работы является актуальным и востребованным. Поэтому, на основе международной, стандартизированной фазовой модели оказания неврологиче-

ской помощи больным и инвалидам в Татарстане разработан алгоритм реабилитации неврологических больных на разных стадиях заболевания [9].

Алгоритм включает тип учреждения, модуль реабилитации, технологию организации реабилитационной помощи и методов реабилитации в зависимости от фазы болезни

На раннем этапе неврологической реабилитации в стационарных условиях используются следующие фазы:

- фаза А – интенсивная терапия в острой и подострой стадиях болезни (анатомическое повреждение, нарушение жизненно важных функций);
- фаза В – ранняя реабилитация (восстановительный период, активная повседневная деятельность),
- фаза С – реабилитация в условиях реабилитационных центров.

Фазовый модуль нейрореабилитации в условиях стационарных учреждений включает:

- организацию сервисного и медицинского ухода,

- качественное и профессиональное лечение и диагностику,
- оценку состояния активной повседневной жизнедеятельности и разработку оптимальной программы ранней и последующей реабилитации.

Алгоритм реабилитации в фазе А, В и С:

- укладка больного для доступной средовой адаптации и проведения реабилитационных мероприятий (парализованной стороной к центру);
- активизация пространственных и когнитивных функций через условия созданной терапевтической среды;
- обеспечение жизнедеятельности жизненно-важных функций (кардиореспираторной системы, мочевыделительной системы, функции глотания и др.)

На этапах фазового модуля, как основное средство реабилитации неврологических больных с двигательными нарушениями мы использовали «метод кинезотерапии в медико-кондуктивной реабилитации» (аналог PNF) [10, 11, 12]. Указанный метод активизирует нервную регуляцию мышечного тонуса на всех уровнях центральной нервной системы (ЦНС) в ответ на специфическую проприоцептивную стимуляцию. Проприоцептивная стимуляция ЦНС достигается с помощью спирально-диагональных двигательных образцов, комбинация и последовательность которых зависят от степени нарушенного супраспинального двигательного контроля. Выполняется при активном участии больного.

Как основное средство реабилитации метод обеспечивает восстановление следующих жизненно-важных функций:

- глотания (спирально-диагональные модели для стимуляции моторики языка, мимической и жевательной мускулатуры, мышц шеи, межреберных мышц, мышц диафрагмы);
- тазовых органов (спирально-диагональная модель для мышц тазового дна, промежности, туловища);
- двигательных (спирально-диагональные модели для конечностей, туловища в различных исходных положениях).

Другие, факультативные средства реабилитации:

ЛФК используется как оздоровительный комплекс, направленные на активизации кардио-респираторной системы, профилактику контрактур гиподинамии, улучшению трофики.

Криотерапия, точечный массаж используются в модуле как стимулы метода кинезотерапии.

Физиотерапия, стимулирование иммунной, эндокринной системы, трофики.

Массаж классический, сегментарный, как средство профилактики пролежней, активизации иммунной системы.

Нейро-ортопедическое устройство «Атлант» в методе к используется как стимул метода кинезотерапии.

Кондуктивная терапия, метод используется как опосредованное психотерапевтическое средство по восстановлению функциональной активности по самообслуживанию, социальной средовой адаптации [8].

Из медикаментозных средств (эндогенные факторы в комплексной реабилитации) в фазе В использовались отечественные препараты Аксамон, Пантогам, Пантогам-актив, препарат Кортексин [2, 3, 6, 7].

Препарат Аксамон:

- стимуляция концентрации внимания у пациента при выполнении двигательных образцов в методе кинезиотерапии;
- увеличение мышечной силы и ускорение проведения импульсов в паретичной конечности;
- активизация кардиореспираторной системы.

Пантогам-актив – препарат нового поколения; избирательно воздействует на различные структуры мозга, используется на всех этапах реабилитации (фаза В, С). Применяется для:

- снятия тревожности, астенических проявлений;
- профилактики спастичности, судорожной готовности;
- устранения экстрапирамидной симптоматики;
- профилактики нейрогенных расстройств мочеиспускания.

Из медикаментозных средств препаратом выбора в комплексной реабилитации в фазе В и С используется Кортексин в целях сохранения жизнеспособности ткани мозга в условиях гипоксии и ишемии, а также для восстановления нарушенных когнитивных функций.

Кортексин содержит комплекс L-аминокислот и полипептидов, обладает тканеспецифичным многофункциональным действием (нейропротекция, метаболизм, нейромодуляция, нейротрофическая активность).

Материал и методы исследования. Для оценки эффективности разработанного модуля реабилитации неврологических больных были

взяты больные ОНМК, имевшие двигательные и речевые нарушения (дизартрия). Основная группа состояла из 50 пациентов в возрасте: старше 50 лет – 20 человек, старше 60 – 30 человек. Контрольная группа состояла из 30 пациентов, старше 50 – 20 человек, старше 60 – 10 человек.

Оценка функциональной активности в сумме баллов (ходьба, самообслуживание, речь) проводилась по шкале ФНИ (функциональный независимый измеритель) или FIM [9].

Проведенные реабилитационные мероприятия показали, что в основной группе регресс двигательных нарушений в соответствии с ФНИ в рамках МКФ: с восстановлением функций ходьбы самостоятельно составило у 50%, восстановление речи – у 50% пациентов, самообслуживания – у 80% пациентов.

Применение разработанного алгоритма реабилитационных мероприятий для неврологических больных с двигательными и когнитивными нарушениями показывает её эффективность и существенно влияет на ускорение функциональной активности больного в повседневной жизнедеятельности.

Под влиянием патогенетически обоснованных инновационных технологий, используемых в разработанной системе реабилитации, наблюдается значительный регресс утраченных функций ЦНС у неврологических больных с двигательным и когнитивным дефицитом, позитивные изменения в показателях МКФ по восстановлению двигательных функций наблюдались у 50% пациентов, самообслуживания – 80%, по восстановлению речи – 50%

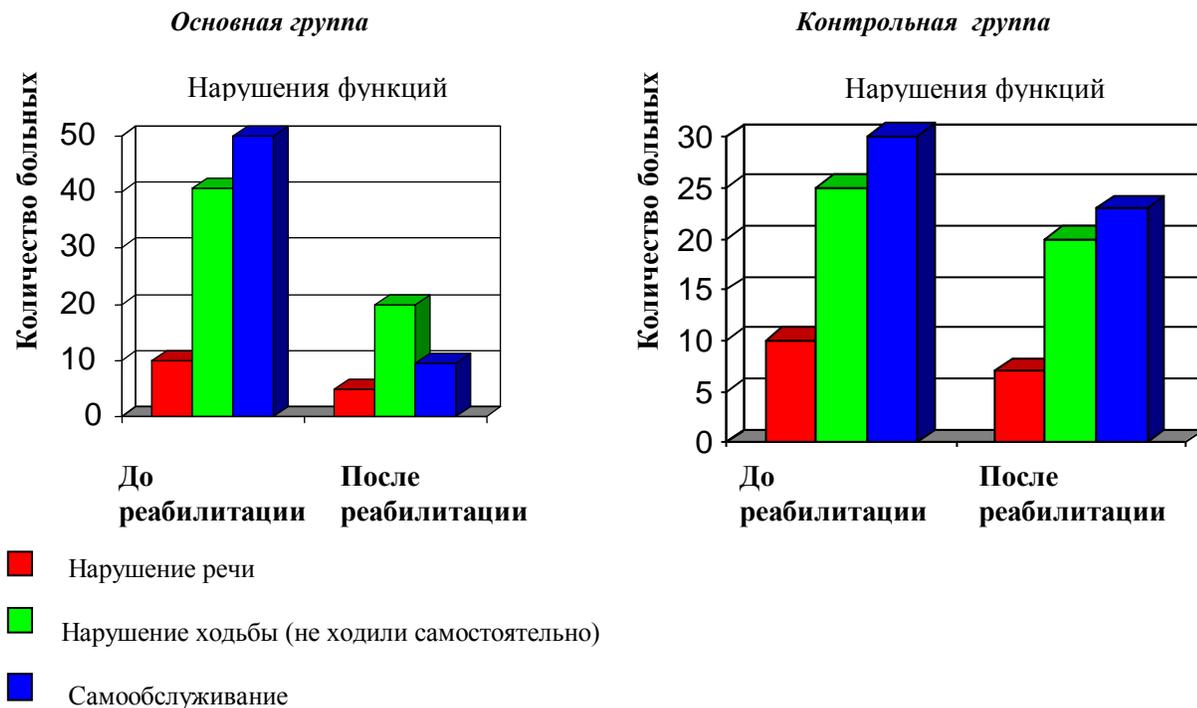


Рис. 1. Эффективность реабилитации

Список литературы

1. **Аксенова, Л. И.** Специальная педагогика: Учебно-методическое пособие / Под ред. Н. М. Назаровой.
2. **Батышева, Т. Т.** Нейропротекция в терапии хронической недостаточности мозгового кровообращения / Т. Т. Батышева, А. Н. Бойко [и др] // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2007. – № 1 (17). – С. 11.
3. **Домулин, И. Б.** Болезнь Альцгеймера: некоторые дифференциально-диагностические и терапевтические аспекты / И. Б. Домулин. – М., 2008. – 40 с.
4. **Исанова, В. А.** Нейрореабилитация / В. А. Исанова. – Казань, 2004. – 288 с.
5. **Исанова, В. А.** Концепция реабилитации в условиях специализированного реабилитационного учреждения учреждений / В. А. Исанова // Комплексная реабилитация больных и инвалидов. – 2008. – № 2/3. – С. 33 – 39.
6. **Камчатнов, П. Р.** Хронические расстройства мозгового кровообращения: возможности метаболической терапии / П. Р. Камчатнов. – М., 2008. – 39 с.
7. **Катунина, Е. А.** Применение эпидокрина в восстановительном периоде ишемического инсульта / Е. А. Катунина. – М., 2008. – 20 с.
8. **Харди, И.** Врач, сестра, больной: Психология работы с больными / И. Харди. – Будапешт: Издательство Академии наук Венгрии, 1988.

9. **Юнусов, Ф. А.** Орзация медико-социальной реабилитации за рубежом / Ф. А. Юнусов [и др].
10. **Bobath, В.** Adult Hemiplegia. 2nd edn / В. Bobath // William Heinemann Medical Books. – London, 1978.
11. **Mauritz, К.-Н.** General rehabilitation / К.-Н. Mauritz // Current Opinion Neurol Neurosurg. – 1990. – № 3. – P. 714 – 718.
12. **Voss, D. E.** Proprioceptive Neuromuscular Facilitation / D. E. Voss, M. K. Ionta, В. J. Meyers. – New York, 1985.

Совершенствование социальной реабилитации больных с психическими расстройствами в условиях специализированного учреждения

Легенчук Д. В.

Курганский государственный университет

г. Курган

В стационарных учреждениях медико-социального обслуживания, в частности в психоневрологических интернатах, на настоящем этапе развития существуют различные реабилитационные комплексы в той или иной степени эффективные программы. Основываясь на положительный опыт государственного учреждения «Психоневрологический интернат «Зеленый Бор», в этой работе предлагаются пути совершенствования имеющейся программы реабилитации как составной части медико-социального направления деятельности этого учреждения.

В данной статье рассматривается одна из актуальных проблем – медико-социальное обслуживание психических больных в стационарном учреждении. На современном этапе реабилитационная работа с психическими больными в условиях стационарного учреждения является очень важной в связи с увеличением числа людей, страдающих психическими заболеваниями.

Ключевые слова: *социальная реабилитация, медико-социальная работа, терапевтическая среда*

Медико-социальная работа определяется как вид мультидисциплинарной профессиональной деятельности медицинского, психолого-педагогического и социально-правового характера, направленный на восстановление, сохранение и укрепление здоровья.

Главная цель медико-социальной работы – достижение максимально возможного уровня здоровья, функционирования и адаптации лиц с физической и психической патологией, а также социальным неблагополучием. Важным является то, что медико-социальная работа принципиально меняет комплекс мер помощи в сфере охраны здоровья, так как предполагает системные медико-социальные воздействия на более ранних стадиях заболевания и развития болезненных процессов.

Существует два типа медико-социальной работы – патогенетический и профилактический. Патогенетическая медико-социальная работа включает в себя мероприятия по организации медико-социальной помощи. Приоритетным направлением патогенетической медико-социальной работы является реабилитация больных, т. е. комплекс медицинских, социально-экономических, педагогических мероприятий, направленных на предупреждение развития патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности, полное или частичное восстановление нарушенных функций организма, повышение адаптационных ресурсов человека, его социальной активности.

Степень восстановления социальной активности человека и его адаптационных ре-

сурсов является своеобразным итогом медико-социальной работы.

Реабилитацию как систему деятельности можно рассматривать в плане системного подхода в ее современном понимании. Конечная цель (конкретный результат) реабилитации является системообразующим фактором, а «внутренняя операциональная архитектоника» этой системы характеризуется примерно теми же специфическими факторами, как и биосистема. Реабилитация же представляет собой биосоциальную систему.

Эта система направлена на достижение определенной цели особым методом, главная суть которого состоит в опосредовании через личность лечебно-восстановительных воздействий и мероприятий, и учете не только клинико-биологических, но и психологических, а также социальных факторов в процессе самогенеза. Хотя реабилитация психически больных есть, прежде всего, их ресоциализация, следует иметь в виду необходимость тесного единства биологических и психосоциальных воздействии в этом процессе.

Описанная схема этапов реабилитации больных включает в себя те общие положения (основные принципы), без соблюдения которых понятие реабилитации теряет свое содержание. Разумеется, здесь речь идет не об «открытии» этих принципов – они достаточно хорошо были известны и ранее (например, принцип партнерства – в психотерапии, принцип ступенчатости – в организации медицинской помощи, принцип единства биологических и психосоциальных воздействий – в идее «блока», развиваемой еще в 30-х годах многими отечественными психиатрами; в меньшей степени находил себе применение в психиатрической практике в прошлом принцип разносторонности усилий в том понимании, которое в него сейчас вкладывается).

Представляется, что в реабилитации лишь соединены эти положения вместе, они приведены в определенную концептуальную систему. На основе накопленных теоретических и практических знаний этапов реабилитации, сегодня разработана система дифференцированных лечебных режимов, являющаяся основным инструментом восстановительного лечения – начального этапа реабилитации.

Система лечебных режимов как бы в миниатюре содержит те компоненты, которые входят в широкое понятие реабилитации. В известной мере является составной частью или дополняет эту систему лечебных режимов комплекс лечебно-восстановительных мероприятий в виде различных форм психотерапии, лечения занятостью, трудом, развлечениями, поощрения и стимуляции активности, больных различными методами.

Весь комплекс лечебно-восстановительных мероприятий, включая лечебные режимы, должен рассматриваться сквозь призму концепции «терапевтической среды», понимаемой в первую очередь как определенный характер направляемых взаимоотношений, складывающихся в лечебном учреждении между больным и его непосредственным окружением (персонал и другие пациенты).

На протяжении трех лет нами анализировались различные аспекты реабилитации как основных направлений медико-социального обслуживания в Государственном учреждении «Психоневрологический интернат «Зеленый Бор». Изучена организационная структура учреждения. Особое внимание обращалось на работу подразделений, отвечающих за комплекс реабилитационных мероприятий, а именно: эффективность работы, наличие в штате необходимых специалистов, их соответствие предъявляемым требованиям. Возникает необходимость включения в штат-

ное расписание должность трудотерапевта с базовым медицинским образованием. Его функциональные обязанности – организация и оценка эффективности трудотерапии для каждого больного с учетом его физических и психических особенностей. Это обусловлено тем, что трудотерапия является главным психотерапевтическим методом реабилитации.

Нами оценивалась эффективность комплекса адаптационных мероприятий в отношении вновь поступивших. Это производилось исходя из предположения, что полноценный реабилитационный процесс возможен, если больной полностью адаптировался в режим жизни учреждения. Анализ статистических данных указывает на значительную долю инвалидов (36 % от числа вновь прибывших), не прошедших адаптацию в течение года. Это вызвано степенью хронизации заболевания. Сокращению срока адаптации на первом этапе (нахождении в приемно-карантинном отделении) может способствовать просмотр видеофильмов об учреждении, в которых повседневная жизнь будет освещена в положительном эмоциональном ключе. Также рекомендуется в этот период ежедневный показ развлекательных программ. На втором этапе адаптации возможно закрепление за вновь прибывшим персонального наставника из числа больных, успешно прошедших период адаптации и имеющих положительную репутацию.

Изучалось влияние так называемых факторов хронизации на некоторые психологические характеристики больных. Больные с большой давностью болезни и, особенно с большим сроком непрерывного пребывания в стационаре достигали невысокого уровня реабилитации. Однако, имея большой «реабилитационный потенциал», связанный с большей выраженностью у них явлений госпитализма,

они в то же время обнаруживали относительно большую степень улучшения клинического состояния, в основном поведенческих характеристик и круга общения. Этот факт имеет принципиальное значение для конструирования программ реабилитации.

Результаты исследований использовались для разработки, усовершенствования и индивидуализации, различных лечебно-восстановительных мероприятий. Предложены такие их виды как рефлексотерапия и криотерапия. Рефлексотерапия – это простой, безвредный и естественный путь к здоровью. Ее легко применять, она не требует специального оборудования. Средства для проведения рефлексотерапии очень доступны. Криотерапия – закаливание организма, используя целебное воздействие холода. Общеизвестно, что закаленный человек менее подвержен простудным заболеваниям и стрессам. Ароматерапия – использование букетов из высушенных душистых растений, которые могут быть размещены в жилых комнатах в качестве источников приятного запаха и элементов украшения интерьера.

Предложены следующие формы усовершенствования имеющихся лечебно-восстановительных мероприятий: использование специально подобранного музыкального фона при проведении всех физиотерапевтических процедур. Это может иметь дополнительное положительное эмоциональное воздействие. При всем имеющемся положительном опыте организации процесса социальной реабилитации, который включает в себя различные виды социальных терапий, была предложена танцетерапия. Это выражение с помощью языка тела своих эмоций, чувств и желаний. Занятия танцами улучшают обмен веществ, работу сердечнососудистой и дыхательной систем, повышают иммунитет,

нормализуют вес, улучшают самочувствие, снимают утомление, выводят из депрессии, а также решают множество серьезных психологических проблем.

В практике реабилитации психических больных в учреждении используются многие виды социальных терапий, но некоторые из них требуют доработки. Так недостаточно внимания уделяется разведению комнатных растений, которые не только украшают помещения и выделяют в атмосферу фитонциды, но и благотворно влияют на психику и самочувствие, защищая людей не только от пыли и вирусов, но и от негативных эмоций, ссор и пессимизма. Имеющийся положительный опыт применения арттерапии как средства реабилитации целесообразно интенсифицировать, задавая специальные темы для творчества, обсуждая и интерпретируя произведения больных. Учитывая безусловную показанность музыкальной терапии для всех групп больных и используя возможность моделирования настроения с ее помощью, можно порекомендовать включать больных на ранних этапах реабилитации в лечение музыкальной терапией.

Многовековой опыт формирования в нашей стране государственной системы социальной защиты населения реализован в создании сети домов-интернатов. Социально-экономическая ситуация, сложившаяся в стране способствует переходу людей, имеющих инвалидность или заработавших пенсию по возрасту, на постоянное проживание в условиях защищенной среды. Поэтому будет нарастать интерес у населения, специалистов и руководителей администраций территорий к правильной организации работы в учреждениях медико-социального обслуживания населения. В самих домах-интернатах работает большое количество врачей разного профиля,

которые обязаны осваивать современные методы организации медико-социального обслуживания проживающих. Поэтому методические рекомендации и опыт практической работы в социальной сфере будут совершенствоваться и способствовать развитию совершенно нового направления – науки о милосердии. Ибо роскошь, богатство и свобода во всех проявлениях жизни являются одним полюсом человечества, который широко освещают все средства информации. Другой же полюс совершенно не познан и остается доступным лишь специалистам разного профиля. Это неизлечимые болезни, крайняя нужда, ограничения во всем, а иногда и полная обездвиженность. Жизнь таких людей обычно скрыта от широких масс. О ней редко пишут, иногда лишь вспоминают в общественной жизни. Однако болезни и несчастья могут коснуться каждого. Все трудности современного общества в первую очередь сказываются на наименее защищенных его членах – психически больных и инвалидах. Государственное решение их проблем должно быть мудрым, высокоморальным и гуманным. Это будет способствовать также внедрению милосердия во все ступеньки общественного устройства.

Роль специалиста по социальной работе в этом вопросе огромна. Сохранение здоровья, коррекция психики инвалидов, привитие правил здорового быта позволяет обеспечить достаточно высокое качество жизни даже в учреждении медико-социального обслуживания населения. Базовые знания для такой работы дают высшие учебные заведения. Полученные знания и постоянная работа с методической литературой, посвященной уходу и реабилитации инвалидов, позволяет организовать качественное медико-социальное обслуживание в доме-интернате любого профиля.

Список литературы

1. **Закон РФ** «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»
2. **Федеральный закон** «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов», в ред. № 122-ФЗ.
3. **Белов, В. П.** Реабилитация больных как целостная система / В. П. Белов, А. А. Шмаков. – Вести АМН СССР. – 1977. – № 4. – С. 60 – 67.
4. **Итоги** деятельности государственных стационарных учреждений социального обслуживания населения Курганской области в 2004 году. – Курган, 2005.
5. **Лаврова, Д. И.** Медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов / Д. И. Лаврова. – М., 1997.
6. **Малахов, Б. Б.** Организация и практика трудовой терапии в психиатрии и неврологии / Б. Б. Малахов. – Л., 1982.
7. **Методологические** и социальные проблемы медицины / Под ред. Е. П. Михайлова. – М., 1993.
8. **Методологические** и социальные проблемы медицины: Сб. научн. трудов / Под ред. Е. П. Михайлова. – М., 1999.
9. **Поляков, И. В.** Социальные проблемы в медицине / И. В. Поляков. – СПб., 2000.
10. **Социальные** проблемы здоровья и продолжительности жизни. – М., 2001.
11. **Черносвитов, Е. В.** Прикладные методы социальной медицины: Учеб. пособие для студентов высших учебных заведений / Е. В. Черносвитов. – М.: Владос-пресс, 2002. – 256 с.
12. **Черносвитов, Е. В.** Прикладная социальная медицина / Е. В. Черносвитов. – М., 2001.
13. **Черносвитов, Е. В.** Лекции по социальной медицине / Е. В. Черносвитов. – М., 2001.
14. **Шурыгина, Ю. Ю.** Содержание и методика социально-медицинской работы: Учебно-методическое пособие / Ю. Ю. Шурыгина. – Улан-Удэ: Изд-во ВСГТУ, 2004. – 355 с.

Часть 5



Победивший себя – могуч

Чехов Антон Павлович (1860 – 1904)



Известный русский писатель А. П. Чехов почти двадцать лет страдал туберкулезом легких. В своих воспоминаниях врач И. Н. Альтшуллер писал, что кровохарканье наблюдалось у Чехова уже в 1884 года и потом довольно нередко повторялось. Он «никогда не лечился, не давал себя выслушивать», «объяснял кровохарканье – горлом, а кашель – простой простудой, хотя, по его собственным словам, временами превращался в стрекозиные мощи».

Однако хлынувшая весной 1897 году в необычно большом количестве кровь и вмешательство друзей заставили его лечь в клинику профессора Остроумова. При первом же обследовании обнаружилось «распространенное поражение в обоих легких, особенно в правом, с несколькими кавернами, следы плевритов, значительно ослаблен-

ная, перерожденная сердечная мышца и от- вратительный кишечник, мешавший под- держивать должное питание».

Попытки убедить Чехова в необходи- мости серьезно лечиться не привели ни к чему. Он упорно заявлял, что лечиться, за- ботиться о здоровье внушает ему отвраще- ние, что ничто не должно было напоминать о болезни, и никто не должен был ее заме- чать.

Только с 1901 года он перешел на по- ложение «настоящего пациента» но, к несча- стью, «процесс находился в той стадии, ко- гда на выздоровление не могло быть ника- кой надежды, а можно было только стре- миться к замедлению темпа болезни или к временному улучшению состояния больно- го».

В это время он очень изменился внеш- не. Цвет его лица приобрел сероватый отте- нок, губы стали бескровными, он еще боль- ше похудел и заметно поседел. Деятельность сердца все ухудшалась, процесс в легких все «расползлся». Стала все резче проявляться одышка, «не перестает лихорадить, один плеврит следует за другим, трудно поддают- ся лечению расстройства кишечника».

Тем не менее, серьезный недуг не поме- шал Чехову жить полной жизнью, исполнять профессиональный долг врача, заниматься общественной деятельностью, литературным творчеством, много путешествовать...

Попробуем по-новому посмотреть на биографию Чехова, биографию человека, чья жизнедеятельность была «скорректирована», но ни в коем случае не «ограничена» серьез- ным заболеванием.

Чехов родился 17 (29) января 1860 года в городе Таганроге. В семье, кроме него, было еще 5 детей – четыре брата и сестра.

Отец, Павел Егорович Чехов, был весьма интересной личностью. Он имел в Таганроге бакалейную лавку, будучи купцом 3-й гильдии, но занимался торговлей без особого рвения, больше уделяя внимание посещению церковных служб, пению и общественным делам. Обстановка в доме Чеховых была традиционно-патриархальной: дети воспитывались в строгости, часто применялись и телесные наказания, бездельничать никому не дозволялось. Помимо учебы в гимназии, сыновьям Павла Егоровича приходилось иногда замещать отца в лавке, конечно в ущерб занятиям, поскольку лавка работала с 5 утра до 11 вечера. По вечерам пели хором. Отец прекрасно играл на скрипке, пел, Маша аккомпанировала на фортепиано, в общем, устраивались целые музыкальные семейные представления.

Мать Антона Павловича, Евгения Яковлевна, была внучкой выкупленного на волю крепостного крестьянина. Она была прекрасной хозяйкой, очень заботливой и любящей; жила исключительно жизнью детей и мужа. Но, при этом, страстно любила театр, хотя и посещала его нечасто. В ранней молодости она была отдана в таганрогский частный пансион благородных девиц, где обучалась танцам и хорошим манерам. Ей удавалось смягчать строгость мужа по отношению к детям. Евгения Яковлевна оказывала огромное влияние на формирование характеров своих детей, воспитывая в них отзывчивость, уважение и сострадание к слабым, угнетенным, любовь к природе и миру. Позже Антон Павлович говорил: «Талант в нас со стороны отца, а душа со стороны матери».

Антон Павлович рано начал увлекаться театром и литературой. Первое из его произ-

ведений было написано для театра и называлось «Безотцовщина», которое Чехов написал еще еще подростком.

Чехов учился в греческой школе, затем в 1868 поступил в гимназию, после учился на портного. Еще в четвертом классе гимназии он «сотрудничал» в рукописном журнале, издателем которого был один из старшеклассников. Здесь впервые было помещено сатирическое стихотворение 13-летнего Чехова.

В 1875 году братья Чехова переезжают в Москву и становятся студентами. Отец разорился. В Москву вскоре перебралась вся семья Чеховых, за исключением Антона Павловича – он остался в Таганроге заканчивать гимназию. Из вполне обеспеченного человека он превратился в бедняка – это произошло со всей его семьей. Чехову приходилось зарабатывать на жизнь частными уроками, чтобы окончить учение.

Окончив гимназию в 1879, уехал в Москву и поступил на медицинский факультет Московского университета, где слушал лекции знаменитых профессоров Н. Склифосовского, Г. Захарьина и др.

В студенческие годы, чтобы зарабатывать себе на жизнь, сотрудничал в журналах «Стрекоза», «Будильник», «Зритель» и др., подписываясь разными псевдонимами, но чаще всего Антоша Чехонте. Он пишет небольшие сатирические рассказы, но в них уже чувствуется талант писателя. Героями рассказов становились «маленькие» люди из города и деревни. С 1882 писал для петербургского журнала «Осколки», вел обозрение «Осколки московской жизни» (1883 – 1885).

В 1884 году Чехов заканчивает университет и приезжает в город Воскресенск, который расположен под Москвой. Здесь семья Чеховых снимает дачу в имении Бабкино. Чехов проводит в Воскресенске каждое лето вплоть

до 1887 года. В эти годы Антон Павлович работает по специальности – земским врачом в больнице недалеко от Звенигорода. Здесь же он посещает заседания уездных судебных съездов, выступает в качестве эксперта. В конце концов Чехов осознает, что его истинное призвание не в медицине, а в литературе.

В 1884 выходит первая книга рассказов Чехова «Сказки Мельпомены», затем следуют «Пестрые рассказы» (1886), «В сумерках» (1887), «Невинные речи» (1887), «Хмурые люди» (1890). В эти годы писатель испытывает сильное влияние Льва Толстого, которое сказывается в рассказах «Именины», «Скучная история». В конце 1880 много работал для театра: пьесы «Иванов», «Леший», «Свадьба», водевили «Медведь», «Юбилей» и др.

В 1885 году в печати появляются первые чеховские рассказы нового типа. Комическая сторона больше не играет в них главной роли.

Книги Чехова имели успех, а сборник «В сумерках» был отмечен Академией наук половиной Пушкинской премии. В 1886 году Чехов неожиданно получает приглашение на работу от знаменитого издателя А. С. Суворина в газете «Новое время». С началом регулярного сотрудничества с газетой Чехов отказывается от псевдонима и подписывается полным именем.

В 1887 году ставится первая пьеса Чехова «Иванов», которая впервые была поставлена в Москве в театре Корша, очень популярного у московской публики. Реакция публики оказалась неоднозначной: кто-то громко аплодировал, кто-то шикал, некоторые вскакивали с мест и топали ногами, а на галерке просто началось побоище. Но в целом спектакль имел успех, хотя и пестрый. Чехова заметили, драматургия и замысел пьесы оказались новыми и интересными. Началась официальная драматургическая деятельность писателя.

В 1888 году семья Чеховых поселяется на Луке, близ Сум, Харьковской губернии, на даче помещиков Линтваревых, чтобы провести там весну и лето – Чехов нуждался в новых местах и новых сюжетах для своих произведений, и, к тому же, кашель все чаще стал мучить писателя.

По возвращении в Москву, на Садово-Кудринскую, Чехов активно принимается за литературную работу. Вскоре из-под пера Антона Павловича выходит «Скучная история» и пьеса «Леший». Пьеса «Леший» была неудачно поставлена, Чехов снял ее с репертуара, и, несколько лет спустя, переделал, дав новое название «Дядя Ваня».

В доме на Садово-Кудринской написаны также повесть «Степь», водевили «Медведь», «Лебединая песня», более ста рассказов. И это при том, что в доме почти постоянно были гости. На втором этаже толклась молодежь, звучало фортепьяно, шли разговоры, а в это время на первом этаже Чехов сидел за столом и писал. В чеховском доме бывал Петр Ильич Чайковский, Григорович, известные в то время артисты А. П. Ленский и В. Н. Давыдов, издатель Лейкин, писатель Н. С. Лесков. Четвертый сборник рассказов «Хмурые люди» Чехов посвятил Чайковскому.

В 1888 году по решению Академии наук писатель получает половинную Пушкинскую премию за третий сборник рассказов «В сумерках». Несмотря на все возрастающую известность и огромные литературные успехи, Чехов недоволен собой, он стремится не к славе, а к созидательной деятельности, что подвигает его на решение, удивившее современников, – ехать на остров Сахалин, остров царской каторги и ссылки.

В 1890 году Чехов уезжает на Сахалин. В те времена это было долгое и трудное путешествие. В пути Чехов болел, но это не мешало

ему наслаждаться сибирскими пейзажами и знакомиться с людьми. Антон Павлович писал сестре: «Боже мой, как богата Россия хорошими людьми!».

Это путешествие стало подвигом писателя. Поездка через всю страну, пребывание на Сахалине, изучение жизни каторжан и ссыльных, проведенная Чеховым перепись населения Сахалина – все это оставило глубокий след в его творческом сознании.

После возвращения он написал книгу «Остров Сахалин», рассказы «В ссылке», «Палата № 6», «Гусев», «Бабы», «Рассказ неизвестного человека», «Убийство».

Поездка значительно ухудшила состояние здоровья Чехова, обострился туберкулезный процесс. К тому же жизнь в Москве после такого путешествия кажется Чехову неинтересной, и он решает ехать в Западную Европу и посещают Вену, Болонью, Венецию, от которой Чехов приходит в восторг, а также Флоренцию, Рим, Неаполь, где писатель совершил восхождение на Везувий. Он побывал также в Индии, Сингапуре, на Цейлоне, в Константинополе.

Проиграв в Монте-Карло в рулетку 900 франков, дома Чехов начинает активно работать. Каждое утро он вставал в четыре часа, пил кофе и садился работать, причем не за письменным столом, а за подоконником. Здесь написана «Дуэль», систематизированы сахалинские заметки. Чехов работал до одиннадцати часов, потом шел в лес за грибами или на рыбалку. В час дня семья обедала, а в три Чехов снова принимался за работу до самого вечера.

В 1891 – 1892 годах часть средней полосы России и Поволжья из-за неурожая и засухи переживала сильнейший голод. Чехов организует сбор пожертвований в пользу голодающих Нижегородской и Воронежской губерний,

сам дважды выезжал туда. Чехов возмущен тем, что о положении в деревне нет объективных статей в газетах, что корреспонденты знают деревню «только по Глебу Успенскому». В это время Чехов пишет рассказ «Жена».

В 1890-е годы Чехов становится писателем, известным не только на родине, но и в Европе. Упрочившееся материальное положение Чехова позволило ему приобрести в 1892 году имение Мелихово Серпуховского уезда, недалеко от Москвы. На момент покупки Мелихово было обыкновенной запущенной усадьбой, но семья Чеховых быстро привела его в порядок.

Мелиховский период – это активная медицинская практика, это колоссальная общественная деятельность писателя. Во время холерной эпидемии Чехов работает земским врачом, обслуживает 25 деревень. Открывает на свои средства в Мелихове медицинский пункт, принимая множество больных и снабжая их лекарствами. В Мелихове и его окрестностях Чехов строит три школы для крестьянских детей, колокольню и пожарный сарай для крестьян, участвует в прокладке шоссе на Лопасню, ходатайствует, чтобы на Лопасненской железнодорожной станции стали останавливаться скорые поезда и там же добивается открытия почты и телеграфа. Кроме того, организует посадку тысячи вишневых деревьев, засекает голые лесные участки лиственницами, вязами, кленами, соснами и дубами.

В Мелихово написано много прекрасных произведений: «Попрыгунья», «Скрипка Ротшильда», «Учитель словесности», «Дуэль», «Дом с мезонином». В этот период Чехов состоялся также как драматург («Чайка» 1896; «Дядя Ваня», 1897; «Три сестры», 1901; «Вишневый сад», 1904 и др.) В октябре 1896 года пьеса «Чайка» поставлена на сцене Александр-

ринского театра в Петербурге. Представление окончилось полным провалом. Чехов тяжело переживал это событие; провал «Чайки» стоил ему здоровья. Осенью 1897 – весной 1898 года Чехов живет на юге Франции. Поехать на Ривьеру или в Ниццу отдохнуть от тяжелой работы и поправить здоровье ему посоветовали врачи.

В 1897 году у Чехова резко обострился туберкулезный процесс, и он вынужден лечь в больницу. Здоровье, и без того слабое, подорванное поездкой на Сахалин, ухудшилось настолько, что доктора настаивают на переезде Чехова на юг. Он поселился около Ялты, где построил дом, в котором у него бывали Л. Толстой, М. Горький, И. Бунин, А. Куприн, художник И. Левитан.

В сентябре 1898 года Чехов знакомится с актрисой МХАТа Ольгой Леонардовной Книппер. Через год между ними завязывается интенсивная переписка. Биографам Чехова стало известно, что каждый из них написал более четырехсот писем. 25 мая (7 июня) 1901 года Чехов и Книппер обвенчались. Брак продолжался до смерти Антона Павловича.

В 1899 – 1900 годах в издательстве А. Ф. Маркса вышло первое собрание сочинений Чехова. К. И. Чуковский писал: «Если бы ... из многотомного собрания его сочинений вдруг каким-нибудь чудом на московскую улицу хлынули все люди, изображенные там ... произошла бы ужасная свалка, ибо столь густого многолюдства не могла бы вместить и самая широкая площадь».

В 1900 году А. П. Чехов был избран почетным академиком в Пушкинском отделении Петербургской академии наук. Дар Чехова был оценен Л. Н. Толстым: «Чехов – это Пушкин в прозе».

В 1901 году Чехов пишет «Три сестры». Особенность этого произведения в том, что в нем автор открыто заявляет: грядут перемены.

В 1902 году вместе с В. Г. Короленко в знак протеста против отмены Николаем Вторым избрания Горького почетным академиком отказался от звания почетного академика, присужденного ему в 1900 году.

В последние годы писатель занят подготовкой своего полного собрания сочинений, вышедшего в 10-ти томах двумя изданиями (1899 – 1902 и 1903) в издательстве А. Ф. Маркса.

Осенью 1903 года написан «Вишневый сад», предсмертное произведение Чехова.

В 1904 году в связи с резким ухудшением здоровья Чехов поехал для лечения в Германию на курорт Банденвейлер. Но ему так и не удалось справиться с болезнью, и 2 (15) июля 1904 года Антон Павлович Чехов умирает в немецком курортном городе Банденвейлере.

В ночь с 1 (14) на 2 (15) июля, примерно во втором часу, Чехов почувствовал себя особенно плохо, он проснулся от «очень затруднительного дыхания», бредил, но затем пришел в себя.

В два часа ночи приехал лечащий врач, доктор И. Шверер. Чехов сел и громко сказал: «Я умираю». Шверер сделал несколько впрыскиваний камфары, давал вдыхать кислород.

Когда доктор послал за новым баллоном кислорода, Чехов остановил его: «Не надо уже больше. Прежде чем его принесут, я буду мертв». Шверер велел дать шампанского. Чехов взял бокал, повернулся лицом к жене, улыбнулся и сказал: «Давно я не пил шампанского». Он не торопясь осушил бокал, лег, повернувшись на левый бок, и вскоре скончался. Было три часа ночи.

Его тело через несколько дней перевезено в Москву и захоронено на Новодевичьем кладбище в Москве.

Сразу после смерти Чехова о его значении для мировой литературы сказал Л. Н. Толстой: «Это был несравненный художник... Художник жизни...и достоинство его творчества то, что оно понятно и сродни не только всякому русскому, но и всякому человеку вообще... А это главное».

Художественные открытия Чехова оказали огромное влияние на литературу и театр 20 века. Его драматические произведения, переведенные на множество языков, стали неотъемлемой частью мирового театрального репертуара.

Не отрицая растущий талант Чехова, современная писателю критика оказывается по большей части неспособной принять особенности его «объективной» художественной манеры, обвиняет писателя в равнодушии к социальным проблемам, в отсутствии прямых авторских оценок и мировоззрения в целом. Исключение составила повесть «Палата № 6» (1892), за которой было признано бесспорное общественное значение. В целом же за Чеховым закрепилась репутация писателя, чуждающегося социальных проблем, – бытописа-

теля и мастера тонкого психологического анализа.

В своих произведениях Чехов, действительно, обращался к исследованию души человека, испытывающего влияние разнообразных социальных, научных и философских идей, он решает проблемы семейных отношений, аномальных явлений психики и др. Основной сюжетов становится не столкновение человека с грубой социальной средой, но внутренний конфликт его духовного мира: герои Чехова — «хмурые», скучные, живущие «в сумерках» люди, оказываются жизненно несостоятельными в силу собственной неспособности к творческой реализации, неумения преодолевать душевное отчуждение от других людей – они страдают по причине собственных житейских ошибок, дурных поступков, нравственной и умственной апатии.

При этом Чехов не прописывает рецептов нравственного совершенствования, общественного переустройства или духовного преобразования, но в томлениях и муках своих героев, в их неудовлетворенности бессмысленностью своего существования видит доказательства принципиальной возможности для человека устроить свою жизнь правдиво, достойно и радостно.

Нельсон Горацио 1758 – 1805



Горацио Нельсон по праву может считаться самым выдающимся адмиралом в истории, поскольку он обеспечил британское господство на морях на целое столетие. Смелый, одаренный командир, любимый своими людьми, Нельсон был родоначальником тех традиций, которые и теперь сохраняются в Британском Королевском флоте. Пожалуй, лучше всего о нем сказал на его похоронах герольдмейстер ордена Подвязки: «Это был герой, который в момент победы пал, покрыв себя бессмертной славой».

Горацио Нельсон родился 27 сентября 1758 в семье приходского священника. После нескольких лет учебы в школе поступил юнгой на корабль своего дяди, капитана Мориса Саклинга, героя Семилетней войны (1771), затем ходил на торговых и военных судах в Вест- и Ост-Индию. В 1773 году Горацио из-за любви

к морю стал участником арктической экспедиции, отправившейся на поиски северного прохода из Атлантического океана в Тихий. Во время этой труднейшей морской экспедиции пятнадцатилетний Горацио Нельсон обнаружил такие черты характера, которые позволяли ему не раз возглавлять небольшие отряды, посылавшиеся на разведку проходов во льдах, на охоту для пополнения запасов корабельного провианта.

В 1777 году Горацио Нельсон успешно выдержал непростой экзамен на первый офицерский чин лейтенанта английского королевского флота. К тому времени у него уже была безупречная репутация моряка и немалый опыт корабельной службы. Он сперва командовал быстроходным бригом, а затем фрегатом, предназначенным для крейсерских операций. Приняв командование одним из английских фрегатом, он стал самым молодым капитаном Британского флота. В том же 1777 году он был откомандирован в Вест-Индию для борьбы с американскими каперами, которые мешали английскому торговому судоходству на западной окраине Атлантического океана. Погоня за быстроходными каперами требовала большого искусства и настойчивости от лейтенанта и его моряков.

В 1780 году, участвуя в операции на реке Сан-Хуан в Гондурасе (ныне по ней проходит граница между Никарагуа и Коста-Рикой), он едва не умер от тяжелой дизентерии. В 1784 – 1787 годах Нельсон нес службу в Вест-Индии, где женился на вдове Фанни Нисбет, племяннице антильского плантатора (1787).

Казалось, карьера флотского офицера складывалась вполне удачно. Но в 1787 году

Нельсон неожиданно для многих вышел в отставку. Причиной ее стало то, что он раскрыл многие должностные злоупотребления, совершавшиеся в английском военном флоте. Требуя от вышестоящего начальства строгого соблюдения законов, Нельсон нажил себе таким образом немало врагов среди чиновников Адмиралтейства и по возвращении в Англию был фактически отлучен от флота. Живя в деревне, он целых пять лет ждал нового назначения.

Когда в 1793 году началась война между Английским королевством и революционной Францией, Британскому флоту потребовались прежде всего те командиры, которые имели боевой опыт и хорошую морскую выучку. Именно такими качествами обладал отставной командир фрегата Нельсон, и он вновь поступил на службу в королевский военный флот командиром линейного корабля «Агамемнон» и в следующие двенадцать лет приумножил свою славу, став, наконец, национальным героем Англии.

В 1793 году он принял активное участие в боевых действиях под Тулоном, в 1794 году во время десантной операции против Кальви, Нельсон был впервые ранен, и эта первая рана была причиной того, что он потерял правый глаз. Однако, уже 13 июля 1795 он отличился в морском сражении, принудив к сдаче французский корабль, намного превосходивший по мощи его собственный.

В то время Нельсон встретил леди Эмму Гамильтон, жену английского посла в Неаполе. Хотя Нельсон сам был женат, знакомство с этой умной и волевой женщиной позже переросло в многолетний роман. Она стала для одноглазого военного моряка настоящим ангелом-хранителем, очень способствовавшим его карьере, так как влиятельные друзья Эммы

Гамильтон в Лондоне продвигали его при каждом удобном случае.

Но при всей важности этой помощи главными в военных успехах Нельсона были все же его личное мужество. Горацио Нельсон отличался среди прочих командиров кораблей не только высоким профессионализмом, но и редким умением поднимать боевой дух подчиненных ему людей. Слава национального героя пришла к Нельсону после сражения 14 февраля 1797 у мыса Сент-Винсент (крайней юго-западной оконечности Португалии).

По собственной инициативе он вывел свой корабль из линейного строя эскадры и осуществил маневр, имевший решающее значение для разгрома испанского флота. Нельсон на 74-пушечном корабле «Капитан» успешно сразился со 130-пушечным испанским кораблем «Сантиссима Тринидад», крупнейшим в то время военным судном, а вслед за этим взял на abordаж 80-пушечный «Сан Николае», таким образом два из четырех захваченных англичанами испанских кораблей были взяты на abordаж под личным командованием Нельсона, получившего за этот бой рыцарский крест ордена Бани и чин контр-адмирала.

Этот морской поединок стал лишь частью сражения близ мыса Сент-Винсент, в котором участвовали английский флот из 15 линейных кораблей и 5 фрегатов под флагом сэра Джона Джервиса и испанский флот, состоявший из 26 линейных кораблей и 12 фрегатов под командованием адмирала дона Хуана де Лангара. Несмотря на значительное численное превосходство, испанцы потерпели полное поражение, потеряв четыре корабля и более 4 тысяч пленными. Потери победителей составили всего 74 человека убитыми и 227 ранеными.

В июле 1798 года Нельсон, командовавший Кадикской эскадрой, совершил смелое, но неудачное нападение на город Санта-Крус на Тенерифе, одном из испанских Канарских островов. Город англичанам захватить не удалось. В бою Горацио Нельсон получил второе тяжелое ранение и потерял правую руку.

После выздоровления Нельсон в звании контр-адмирала вновь вернулся на Средиземноморский театр военных действий и командовал эскадрой британского королевского флота, которая вела наблюдение за морскими силами революционной, пока еще не наполеоновской Франции, базировавшимися в Тулоне.

Однако поначалу действия английского флота против наполеоновской Египетской экспедиции 1798–1801 годов не принесли успеха. Воспользовавшись ненастной погодой, французские корабли с войсками генерала Наполеона Бонапарта на борту смогли незаметно для англичан покинуть тулонскую гавань и на всех парусах устремились к берегам Египта, государству мамлюков под эгидой Османской империи.

Нельсон со своей эскадрой бросился в погоню, но сумел настичь неприятельский флот только близ Абукирской бухты, когда генерал Наполеон со своей армией уже высадился на берег в г. Абу Кире.

Английская эскадра контр-адмирала Горацио Нельсона не смогла помешать высадке французских войск. Зато 1–2 августа 1798 года в морском сражении при Абу Кире англичане, практически не понеся потерь, разрушили или захватили одиннадцать из тринадцати французских кораблей, отрезав тем самым 30-тысячную Восточную армию генерала Бонапарта в Египте от Франции. В конечном итоге это привело к полной неудаче французской Египетской экспедиции и потере Парижем

завоеванного Египта. Во время битвы в заливе Абу Кире Нельсон был ранен в голову.

В Неаполе, куда Нельсон привел после Абу Кира корабли на ремонт, начался его знаменитый роман с женой английского посла леди Эммой Гамильтон, продолжавшийся до самой смерти адмирала и в дальнейшем неоднократно описанный в художественной литературе.

В Неаполе он был встречен с королевскими почестями. С помощью леди Гамильтон он убедил неаполитанский двор начать войну с французами, которых с оружием в руках поддерживали местные республиканцы. Но реально помочь королевству английская эскадра не смогла, и город достался французским войскам. Единственное, что смог сделать Горацио Нельсон в такой ситуации, так это в декабре 1798 года вывезти короля с семьей и приближенными в сицилийский порт Палермо.

Англичане возвратились к Неаполю тогда, когда город освободила русская эскадра, а французский гарнизон капитулировал перед русскими десантниками и отрядами королевского наместника, кардинала Руффо. В тех событиях Горацио Нельсон запятнал свое имя жестокой расправой с французскими военнопленными и итальянскими республиканцами.

По прибытии на неаполитанский рейд Нельсон объявил кардинала Руффо превысившим свои полномочия, а капитуляцию французского гарнизона — недействительной. После этого англичане захватили безоружных французов и неаполитанских республиканцев и учинили над ними самосуд. Такая же участь постигла и тех горожан, которые были замечены в сочувствии Франции и республиканским идеям. Улицы и площади крупнейшего города юга Италии покрылись тысячами окровавленных трупов.

На флагманском корабле Горацио Нельсона состоялся суд над плененным престарелым адмиралом Караччоли. Его приговорили к тюремному заключению, но королева Каролина, леди Гамильтон и командующий британской эскадрой сочли этот приговор слишком мягким. Нельсон отменил приговор английского суда и приказал повесить бесстрашного адмирала-республиканца Караччоли на рее, а труп бросить в море.

По возвращении в Англию Нельсон разъехался с женой и открыто продолжал роман с леди Гамильтон. В 1801 году он, получивший за успешные действия в Средиземном море против французов звание вице-адмирала, был назначен вторым флагманом в эскадру адмирала Хайда Паркера. Ей предстояло действовать в Северном и Балтийском морях против Дании, которая оказывала экономическую помощь Франции и вела с ней оживленную торговлю.

2 апреля 1801 года Нельсон ввел в копенгагенскую гавань двенадцать кораблей и одержал победу над флотилией из шестнадцати датских кораблей, а также подавил огонь береговой артиллерии.

Удачно пройдя пролив Зунд, английский флот, состоявший из 20 линейных кораблей (не считая фрегатов), дал сражение датскому флоту, насчитывавшему всего 10 линейных кораблей, который поддерживали береговые батареи. Вице-адмирал Нельсон атаковал противника 12 линейными кораблями, в то время как остальные под флагом адмирала Паркера оставались в резерве. Однако три английских корабля по пути сели на мель, и в морском сражении приняло участие только девять.

Флот Дании оказал нападавшим упорное сопротивление. Битва оказалась необычайно тяжелой. В небо поднялись тучи пушечных ядер, и Паркер просигналил Нельсону, что

надо отступать. Тогда Нельсон приставил подозрную трубу к незрячему глазу и сказал стоявшим вокруг него офицерам: «Я слеп на один глаз, а потому имею право не все видеть». В этом морском сражении с флотом Дании Горацио Нельсон вышел победителем. Но в Лондоне его ожидало наказание за неповиновение командующему королевской эскадрой. В подобных случаях законы Британии отличались большой суровостью, и тому в истории было немало примеров. Однако вместо этого он получил высокую награду – титул виконта.

Победа англичан в Копенгагенской гавани имела политическое следствие – Лига нейтральных государств, в которой Дания была лидером и которая не хотела портить отношения с Францией, самораспустилась. Вскоре последовало кратковременное перемирие между Англией и Францией, однако уже в 1803 году война между ними возобновилась.

В 1803–1805 годах английский флотоводец командовал эскадрой, действовавшей в Средиземном море против Франции и Испании. Два года он гонялся за врагом, уклонявшимся от генерального сражения. Лишь 21 октября 1805 у мыса Трафальгар (севернее Гибралтара) он встретился с объединенными силами испано-французского флота и, вновь отказавшись от устаревшей линейной тактики, наголову разгромил их.

Франко-испанский флот превосходил силы адмирала Нельсона (тридцать три корабля против двадцати семи). Но Нельсон разработал подробный план сражения и сообщил его своим капитанам с флагмана «Виктория» передал своим людям: «Англия ждет, что каждый из вас исполнит свой долг». После этого он решил первым начать бой.

Англичане начали бой, сумев с ходу прорвать боевой линейный порядок неприятельского флота между тринадцатым и четырнадцатым

дцатым линейными кораблями, нарушив таким образом боевое построение флотов Франции и Испании и управление им. Главный удар был нанесен по центру и кораблям арьергарда. Англичане потопили или захватили девятнадцать кораблей, потеряв всего одно английское судно. Англия стала величайшей морской державой, а мечты Наполеона о вторжении на Британские острова оказались погребенными на дне у мыса Трафальгар.

Бой 21 октября 1805 года развивался в соответствии с планом адмирала Нельсона, но сам он немного не дожид до своей величайшей победы. Еще в начале боя французский снайпер с одного из ближних к нему кораблей смертельно ранил Нельсона из мушкета. Перед смертью великий адмирал сказал: «Теперь я доволен. Слава Богу, я выполнил свой долг».

Тело его, сохраненное в бочке с бренди, было доставлено в Лондон для захоронения в соборе Святого Павла, где ему со временем был поставлен памятник.

Победа у мыса Трафальгар имела большое историческое значение. Англия на ближайшие сто лет стала величайшей морской державой в мире и ни одно приморское государство не пыталось оспаривать это. Если и оспаривало, то терпело неудачу, поскольку ей приходилось решать проблему прежде всего защиты собственных морских берегов и приморских городов.

Горацио Нельсон своими победами в войнах на море снискал себе славу выдающегося флотоводца. Линейной тактике ведения боевых действий он предпочел маневры, отли-

чался решительностью действий в самой неблагоприятной обстановке. В эскадрах, которыми ему пришлось командовать, добивался образцовой слаженности экипажей в походах и в бою.

Он достиг полного взаимопонимания между матросами и офицерами, умевшими прекрасно водить корабли и владеть оружием, так что получился самый мощный и сплоченный флот в мире. Под его командованием все экипажи кораблей вели слаженные боевые действия, быстро реагируя на приказы и планы своего командира.

Помимо блестящего тактического и стратегического мастерства, особенно ярко проявившегося во время Трафальгарской битвы (прежде всего умение сосредоточить боевую мощь и умение маневрировать), адмирал Нельсон обладал даром лидера, способного одержать победу даже при очень неблагоприятных обстоятельствах. Он внушал морякам уважение и любовь и чувствовал общность со своими офицерами, которых называл «собратьями». У Нельсона была интуиция, позволявшая принимать верные решения, и он мог изменить план в разгар битвы, чтобы добиться победы.

Главной целью жизни Нельсона было укрепление военной мощи Великобритании на море. Этому он отдал жизнь без остатка.

Хотя сам Нельсон погиб, находясь в зените своей славы, когда ему было всего сорок семь, оставленное им наследие сохранилось до нашего века и легло в основу некоторых теорий ведения морской войны.

Шакшакбаев Шамиль



«В школе я звался и был Шамилем Шакшакбаевым, но в метриках до 16 лет значился как Саша Кривощек. Моя русская мама Надежда Кузьминична Кривощекова и мой казахский папа Тауфик Ертаевич Шакшакбаев и по условиям жизни – она в селе оставалась, а он в город уехал работать, – и по беспечности своей никак не удосуживались официально оформить отношения.

И только когда дело подошло к паспорту, мама с папой спохватились и оформили меня по отцу – Шамиль Тауфикович Шакшакбаев.

...Мне было 38, когда я получил окончательный приговор: редкая, страшная болезнь – системная склеродермия. Перспектива – ампутация всех конечностей и полная неподвижность.

Так меня и резали пятнадцать лет. По частям. Вначале стопа. Потом нога до бедра.

Потом вторая нога до колена. И, наконец, вторая нога до бедра...

Детство у меня было, как у всех. Бедное, уличное. Футбол на пустырях и – как праздник – школьный спортзал, баскетбол, волейбол... Играл, рос, стал капитаном волейбольной сборной города, а в баскетбольное кольцо вбивал мяч сверху.

Конечно, собрался учиться на тренера и... Все рухнуло в один миг, когда обнаружилось, что мои мощные ноги поражены болезнью. Пошел на большой завод спортивную жизнь организовывать. Открыл там первый в городе стрелковый тир.

Сейчас понимаю, что вместе с тиром я неосознанно открыл для себя закон компенсации: если ты чего-то лишен злой судьбой, не отчаивайся, а максимально используй то, что тебе дано. Не могу я прыгать, но я могу стрелять! И я стал кандидатом в мастера спорта по стендовой стрельбе. Я снова в спорте, снова на коне!

Сейчас у меня нет двух ног и левой руки, казалось бы, какой уж тут спорт. Но я стал чемпионом области по толканию ядра из коляски.

Купив и освоив машину, я открыл для себя второй закон о жестокости мира: мир не будет приспособливаться под тебя. Хочешь жить как человек – стисни зубы и приспособляйся к этому миру. Для людей без ног недоступно то, что для вас обыкновенно. Здесь очень трудно удержаться от соблазна обиды на всех. Можно и руки на себя наложить, и запить. Но мир на твои обиды не обращает внимания, а похмелье здесь куда более тяжелое, чем у обыкновенных пьяниц. Поэтому надо опираться на цель. К

тому времени я уже был женат – на моей лечащей медсестре Гале. Уж она-то знала, что меня ждет ампутация всех конечностей и полная неподвижность. И все равно – вышла.

Занялся бизнесом. Нажил капитал, мог купить целую автобазу. Но спад, долги. Продал я свою мельницу, а денег мне за нее не выплачивают. И силикатный завод должен мне деньги. Суды, обещания, угрозы – нормальная жизнь бизнесмена, который то найдет, то потеряет.

Все подкосила смерть Гали... На темной, занесенной снегом улице, водитель громадного джипа не справился с управлением и врезался в Галю на полной скорости...

Еще при жизни Гали я как-то сказал ей: «Давай возьмем в дом пятерых мальчишек с парализованными ногами, я научу их, как бороться за полноценную жизнь?» Но она честно призналось: «Я понимаю тебя. Но и ты меня пойми: ты без ног, они без ног, вы же меня в гроб загоните»...

Потом, после смерти Гали, эта мысль окрепла. Я все время думал об интернате, который я организую. Выколачивал деньги по судам и писал программу жизни для этих ребятшек. Для этого я просто представлял себя ребенком-инвалидом, смотрел на мир его глазами: как бы я хотел жить и где, как учиться, что бы меня радовало, к чему бы я стремился...

Вся жизнь дома, в четырех стенах. Ребенок-инвалид, с детства живущий в одиночестве, погружается в свой внутренний мир, в свои мрачные фантазии. У него изменяется поведение, он – изгой. А надо, чтобы больные дети не страдали, а жили среди таких же, как они. Надо, чтобы они с помощью взрослых постепенно определили, что для

них реально, достижимо в этой жизни. Да, ребенок-инвалид многого лишен. Он не станет футболистом, монтажником-верхолазом. Значит, надо ему найти другое депо. И тогда он скажет себе и другим: «Да, ты силен в футболе, а я в стендовой стрельбе, в шахматах, в компьютерах!»

Как-то вечером пришел ко мне Вадим, мой сын. Он - знаменитый спортсмен, участник двух Олимпиад, чемпион Советского Союза по спринтерскому бегу на коньках, восьмикратный рекордсмен мира. Собрался по своим делам к губернатору. Я ему говорю: положи на стол мою программу! Меня с собой возьми! Аким меня сразу поддержал. Так я стал директором нового интерната.

Построен и устроен мой интернат не по казенному стилю. Это уютный дом, комнаты на двоих, с телевизором, разумеется, с компьютерами и так далее... Конечно, детям было нелегко привыкать к новой жизни. Чувствовали они себя на первых порах скованно, не привыкли, что с ними играют, что-то обсуждают, им что-то поручают... У меня сердце сжималось, когда я смотрел на них.

Как-то засиделся в кабинете допоздна, разбирался с бумагами. Зима, темень, тишина. Покатил я по коридору – и вдруг слышу шум, музыку, возгласы. Полумрак, подсветка какая-то и тени. Танцуют! У них дискотека! Вы представляете, танцы на колясках, на костылях? Они видели дискотеку по телевизору. Но пока сидели по домам, им это было недоступно. А теперь, собравшись вместе, танцуют! И тогда я сказал себе: вот оно, я был прав, я победил, мои дети живут, как все! И они будут нормально жить, многого достигнут, потому что поймут: им все доступно. Были бы только желание и воля.

Школа, где учатся наши дети, расположена рядом с интернатом. Там, в коридорах,

чуть ли не гонки на колясках устраивают. Мои дети и школьные. И хохочут все! А когда отключился лифт, дети со всей школы бросились поднимать наших колясочников на второй этаж, в классы. Вы понимаете, не надо прятать этих людей! Пусть все вокруг видят, что есть люди, которым еще тяжелее. И тогда они поймут, что злом ничего не создашь, никого не победишь. Трудно найти слова, чтобы деликатно и точно сформулировать мысль о нравственной, воспитательной сути такого соседства. Учителя говорят просто: школьники стали добрее.

...Наташа работала у нас поваром. Разведенная, дети уже большие, заканчивают техникум, и как-то она говорит: вы сейчас домой едете, как вы там один, не помочь ли чем? Раз приехала, два, и так вот сложились у нас уже другие отношения. Что она взвалила на свои плечи! Она мне секретарь, помощник, шофер... Мне пятьдесят три года, ей – тридцать семь. А уж о моей инвалидности и говорить не надо. Она, молодая и красивая, не могла встретить кого-то? Могла. Но она выбрала меня. И здесь мне неловко говорить, но...

Многие инвалиды замыкаются в себе, боятся встреч. Не надо прятаться от жизни! Если есть любовь, то она все преодолет. Когда началась эпопея с интернатом, врачи меня предупредили: «тебе нельзя нервничать, начнутся спазмы. Ты можешь потерять и руки». Но что мне остается? Отказаться от главного дела? Зачем тогда жить?

Еще в девяносто пятом году начались ампутации пальцев. И чувю, в левой руке начинаются боли. Кровь не поступает, рука ледяная. Я оттягивал операцию в отчаянной надежде: а вдруг вернется кровообращение, а вдруг сохраню руку. Пока у меня две руки – я и машину вожу, и в коляске передвигаюсь. А что с одной рукой? Но, сказать по правде, я заранее

тренировался. И на коляске с одной рукой управляться, и раздеваться-одеваться, в туалет...

И вот отрезали левую руку по плечо, к обеду я проснулся после наркоза. Хочу в туалет. Первый вопрос к самому себе: «Я еще человек или не человек?» Пока я сам могу ходить в туалет – все нормально. И я покатился в туалет. Страшно было. Но тренировки сказались. Смог! Ощущение, что Северный полюс покорил.

...Нынче наконец-то мои должники выполнили решение суда – перечислили деньги за проданную когда-то мельницу и за кирпич. И я выкупил по соседству с интернатом большой участок с заброшенными жилыми и производственными помещениями. Здесь будут учебные мастерские, швейная, сапожная, по ремонту бытовой техники, ремонту часов...

Прихожу к мысли, что надо создавать объединения, куда войдут интернат, обыкновенная школа, профессионально-техническая школа и что-то вроде детского сада. Ведь очень многое закладывается в раннем детстве. Отсюда наш воспитанник должен уйти со специальностью.

...Я не знаю, сколько мне отпущено времени. И потому тороплюсь.

...Вот опять рука ноет. Последняя рука! Готовлюсь к жизни без обеих рук. Читал у Артура Хейли, что есть коляски с электромотором, которыми управляют зубами...

А вообще-то готовлюсь и к смерти. В моем положении это нелишнее. Надеюсь, что сделал в этой жизни что-то угодное Богу. Но как бы то ни было, повторяю засевшую давным-давно фразу: «Еще не вечер, еще не вечер...»

...Будучи инвалидом первой группы, Шамиль Тауфикович вложил максимум сил в разработку и реализацию проектов, предпо-

лагающих получение детьми-инвалидами достойного образования и профессии. За заслуги в таком важном и благом деле Шамиль удостоен звания «Почетный работник образования Республики Казахстан».

Его сердце перестало биться несколько лет назад, но он продолжает жить в памяти тысяч людей, лично знавших этого необыкновенного человека или читавших о нем в книгах, газетах, журналах. Шамиля Тауфиковича называли героем, воплощением мужества и стойкости, а он считал себя посредником между здоровыми людьми и инвалидами. К первым причислял себя почти до сорока лет, пока не прозвучал страшный диагноз. Болезнь медленно «съедала» тело, ему пришлось перенести почти полторы сотни хирургических вмешательств. В итоге были полностью ампутированы обе ноги и левая рука, а на правой остались только три пальца. Были и борьба, и слезы, и отчаяние, и клиническая смерть, после которой вдруг понял: на земле у него особая миссия – помочь детям, прикованным к инвалидным коляскам.

Точно зная, что нужно для этого делать, он дневал и ночевал в выделенном властями под новый интернат двухэтажном здании, заставил рабочих расширить дверные проемы, сделать удобные пандусы. Он нашел замечательных специалистов, которым с помощью лечебной физкультуры удалось поставить на ноги нескольких маленьких инвалидов. А самое главное – Шамиль Шакшакбаев разработал проект инклюзивного образования, который предполагал, что дети-колясочники не должны жить в замкнутом мире, а будут учиться в обычной школе рядом со здоровыми ровесниками. Смелый эксперимент превзошел все ожидания: те, на кого в былые времена навесили бы ярлык «бесперспективных», успешно одолели общеобразовательный стандарт, стали посещать школу искусств, различные кружки, обрели множество друзей...

<http://www.petrovavl.kz/module/memory.shtml>
http://www.lgz.ru/archives/html_arch/lg01-022001/society/art5.htm
<http://www.ogoniok.com/archive/2003/4802/23-30-32/>
<http://www.russian-bazaar.com/Article.aspx?ArticleID=12691>

Часть 6



Нормативно-правовая база

Образование

Приказ Минобрнауки РФ от 03.09.2009 № 323

"Об утверждении форм представления сведений соискателем лицензии для получения лицензии на право ведения образовательной деятельности"

Зарегистрировано в Минюсте РФ 29.10.2009 № 15149.

Разработаны формы представления сведений для получения лицензии на право ведения образовательной деятельности.

В соответствии с Положением о лицензировании образовательной деятельности, утвержденным Постановлением Правительства РФ от 31.03.2009 N 277, утверждены формы: заявления о выдаче лицензии на право ведения образовательной деятельности; справки о кадровом обеспечении образовательного процесса и укомплектованности штатов; справки о материально-техническом обеспечении образовательной деятельности по заявленным к лицензированию образовательным программам; справки о наличии учебной, учебно-методической литературы и иных библиотечно-информационных ресурсов и средств обеспечения образовательного процесса, необходимых для реализации заявленных к лицензированию образовательных программ.

Приказ Минобрнауки РФ от 17.09.2009 № 337

"Об утверждении Перечней направлений подготовки высшего профессионального образования"

Зарегистрировано в Минюсте РФ 30.10.2009 № 15158.

Вводятся в действие Перечни направлений подготовки высшего профессионального образования.

Определены Перечни направлений подготовки высшего профессионального образования, применяемые при реализации образовательных программ высшего профессионального образования соответствующего уровня - "бакалавр", "магистр". Перечни утверждены в соответствии с пунктом 8 статьи 5 Федерального закона "О высшем и послевузовском профессиональном образовании".

Приказ Минобрнауки РФ от 28.09.2009 № 354

"Об утверждении Перечня профессий начального профессионального образования"

Зарегистрировано в Минюсте РФ 22.10.2009 № 15083.

С 1 января 2010 года будет применяться новый перечень профессий начального профессионального образования.

Установлено, что обучение лиц, зачисленных до 1 января 2010 года для обучения по основным образовательным программам начального профессионального образования, реализуемым в соответствии с государственными образовательными стандартами, по профессиям, предусмотренным Перечнем профессий начального профессионального образования, утвержденным Постановлением Правительства РФ от 08.12.1999 N 1362, будет осуществляться в соответствии с указанными стандартами до завершения обучения.

Приказ Минобрнауки РФ от 28.09.2009 № 355

"Об утверждении Перечня специальностей среднего профессионального образования"

Зарегистрировано в Минюсте РФ 27.10.2009 № 15123.

Разработан перечень специальностей среднего профессионального образования.

Утвержденный Перечень будет применяться с 1 января 2010 года при приеме на основные профессиональные образовательные программы среднего профессионального образования, реализуемые в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами.

Приказ Рособразования от 13.10.2009 № 1554

"Об утверждении Порядка посещения федеральных государственных специальных учебно-воспитательных учреждений для детей и подростков с девиантным поведением - специальных профессиональных училищ закрытого типа, подведомственных Рособразованию, членами общественных наблюдательных комиссий"

Зарегистрировано в Минюсте РФ 25.12.2009 № 15868.

Разработан порядок посещения федеральных государственных специальных учебно-воспитательных учреждений для детей и подростков с девиантным поведением членами общественных наблюдательных комиссий.

Установлено, что о планируемых посещениях комиссия должна уведомить Рособразование, указывая намеченные к посещению училища, даты и время посещения. Директор училища принимает исчерпывающие меры по реализации полномочий членов комиссии при посещении ими училища. Члены комиссии пропускаются на территорию училища по предъявлении мандата установленного образца и документа, удостоверяющего личность гражданина РФ, в сопровождении должностного лица училища. Для осуществления деятельности комиссии администрация училища проводит разъяснительную работу с воспитанниками о целях, задачах и формах деятельности комиссии, создает возможность для бесед членов комиссии с воспитанниками, предоставляет необходимую информацию о медико-социальной реабилитации воспитанников, получении ими образования и профессиональной подготовки. Кино-, фото- и видеосъемка воспитанников, их интервьюирование осуществляются с согласия в письменной форме самих воспитанников и с согласия их родителей или иных законных представителей.

Приказ Минобрнауки РФ от 16.10.2009 № 423

"О реализации Постановления Правительства Российской Федерации от 19 августа 2009 г. № 667"

Зарегистрировано в Минюсте РФ 30.11.2009 № 15332.

Регламентирована процедура проведения отбора образовательных учреждений для участия в эксперименте по созданию прикладного бакалавриата.

Правительство РФ постановило провести в 2009 – 2014 годах эксперимент по созданию прикладного бакалавриата в образовательных учреждениях среднего профессионального и высшего профессионального образования по направлениям подготовки квалифицированных кадров в соответствии с потребностями инновационного развития экономики. В целях реализации данного Постановления утверждены: перечень укрупненных групп специальностей и направлений подготовки, в рамках которых разрабатываются и реализуются в период эксперимента основные профессиональные образовательные программы прикладного бакалавриата, а также порядок и критерии конкурсного отбора федеральных государственных образовательных учреждений среднего профессионального и высшего профессионального образования для участия в эксперименте. Установлено, в частности, что конкурс является открытым. Информация о его проведении публикуется в печатных изданиях и на официальных сайтах Минобрнауки РФ и Рособразования. Перечень образовательных учреждений - победителей конкурса формируется после проведения экспертизы программ прикладного бакалавриата, представленных участниками конкурса.

Приказ Минобрнауки РФ от 28.10.2009 № 505

"Об утверждении Перечня вступительных испытаний в образовательные учреждения высшего профессионального образования, имеющие государственную"

Зарегистрировано в Минюсте РФ 02.12.2009 № 15357.

С 1 января 2010 года при приеме в ВУЗы должен применяться утвержденный Минобрнауки РФ Перечень вступительных испытаний.

Разработан перечень вступительных испытаний по основным направлениям подготовки в ВУЗах, имеющих государственную аккредитацию. На основании данного перечня ВУЗы до 1 февраля определяют перечень вступительных испытаний по общеобразовательным предметам по каждому направлению подготовки (специальности) (п. 21.1 Приказа Минобрнауки РФ от 26.12.2008 № 396).

Приказ Минобрнауки РФ от 28.10.2009 № 465

"Об утверждении технических требований к документу государственного образца "Диплом о дополнительном (к высшему) образовании"

Зарегистрировано в Минюсте РФ 31.12.2009 № 15924.

Диплом о дополнительном (к высшему) образовании должен соответствовать установленным техническим требованиям.

В соответствии с утвержденными техническими требованиями бланк документа государственного образца "Диплом о дополнительном (к высшему) образовании" является защищенной полиграфической продукцией уровня "Б" высокого качества с необходимой степенью защиты от подделок. При изготовлении бланка диплома используются оригинальная композиция, содержащая графические позитивные и негативные элементы, обеспечивающие высокий уровень защищенности от подделки. Применяются специальные материалы, обладающие свечением под воздействием ультрафиолетового излучения и имеющие различную степень поглощения под воздействием инфракрасного излучения. Бланк диплома имеет серию и шестизначный номер.

Приказ Минобрнауки РФ от 28.10.2009 № 504

"О внесении изменений в Порядок установления федеральным органам исполнительной власти, другим распорядителям средств федерального бюджета, имеющим в ведении образовательные учреждения профессионального образования, контрольных цифр приема граждан, обучающихся за счет средств федерального бюджета, утвержденный Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 24 февраля 2005 г. № 51"

Зарегистрировано в Минюсте РФ 14.12.2009 № 15570.

Изменены сроки согласований и принятия решений, связанных с установлением контрольных цифр приема граждан на бесплатное обучение в учебные заведения федеральных органов исполнительной власти.

Так, в частности, формы предложений к проекту контрольных цифр приема должны устанавливаться Министерством образования и науки РФ и направляться федеральным органам исполнительной власти не до 1 июля, а до 1 августа года, предшествующего плановому году, федеральные органы исполнительной власти должны представлять в Минобрнауки РФ предложения по контрольным цифрам не до 1 сентября, а до 1 октября года, предшествующего плановому, одобренные коллегией Минобрнауки РФ и утвержденные контрольные цифры должны доводиться до федеральных органов исполнительной власти не позднее 28 февраля планового года (ранее - не позднее 25 декабря года, предшествующего плановому).

Федеральный Закон от 10.11.2009 № 259-ФЗ

"О Московском государственном университете имени М. В. Ломоносова и Санкт-Петербургском государственном университете"

Особенности правового положения Московского государственного университета имени М.В. Ломоносова и Санкт-Петербургского государственного университета будут определяться Федеральным законом.

Установлено, в частности, что МГУ им. М.В. Ломоносова и Санкт-Петербургский госуниверситет являются федеральными государственными бюджетными учреждениями. Их учредителями от имени Российской Федерации выступает Правительство РФ. Ректоры названных университетов назначаются на должность и освобождаются от должности Президентом РФ. МГУ им. М.В. Ломоносова и Санкт-Петербургский госуниверситет вправе реализовывать образовательные программы высшего профессионального и послевузовского профессионального образования на основе самостоятельно устанавливаемых образовательных стандартов и требований. Финансирование указанных университетов будет осуществляться за счет средств федерального бюджета и иных не запрещенных законодательством РФ источников. Уставы университетов подлежат приведению в соответствие с Федеральным законом в течение одного года после назначения Президентом РФ ректоров.

Федеральный Закон от 10.11.2009 № 260-ФЗ

"О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием Федерального Закона "О Московском государственном университете имени М. В. Ломоносова и Санкт-Петербургском государственном университете"

В связи с принятием Федерального закона "О Московском государственном университете имени М.В. Ломоносова и Санкт-Петербургском государственном университете" внесены изменения в некоторые законодательные акты.

Изменения внесены, в том числе, в Закон РФ от 10 июля 1992 года № 3266-1 "Об образовании", в Федеральный закон от 22 августа 1996 года № 125-ФЗ "О высшем и послевузовском профессиональном образовании", в Трудовой кодекс РФ. В частности, установлено, что МГУ им. М. В. Ломоносова, Санкт-Петербургский госуниверситет вправе проводить дополнительные вступительные испытания профильной направленности при приеме для обучения по программам бакалавриата и программам подготовки специалиста по направлениям подготовки (специальностям), определяемым указанными университетами.

Приказ Минобрнауки РФ от 26.11.2009 № 674

"Об утверждении Положения об учебной практике (производственном обучении) и производственной практике обучающихся, осваивающих основные профессиональные образовательные программы начального профессионального образования"

Зарегистрировано в Минюсте РФ 15.01.2010 № 15964.

Определен порядок организации и проведения учебной и производственной практики обучающихся по программам начального профессионального образования.

В соответствии с утвержденным Положением целью практики является комплексное освоение обучающимися всех видов профессиональной деятельности по профессии начального профессионального образования, формирование общих и профессиональных компетенций, а также приобретение опыта практической работы по профессии. Определены задачи учебной и производственной практики, порядок их организации и проведения.

Приказ Минобрнауки РФ от 26.11.2009 № 673

"Об утверждении Положения об учебной и производственной практике студентов (курсантов), осваивающих основные профессиональные образовательные программы среднего профессионального образования"

Зарегистрировано в Минюсте РФ 15.01.2010 № 15975.

Утвержден порядок организации и проведения учебной и производственной практики образовательными учреждениями среднего профессионального образования.

Программы практики студентов (курсантов) являются составной частью основных профессиональных образовательных программ, целью которых является освоение всех видов профессиональной деятельности по выбранной специальности, формирование общих и профессиональных компетенций, приобретение опыта практической работы. Образовательные учреждения утверждают в учебном плане все виды и этапы практики, заключают договоры на организацию и проведение производственной практики, осуществляют общее руководство и контроль за реализацией программы практики. Результаты прохождения практики учитываются при итоговой аттестации.

Приказ Минобрнауки РФ от 02.12.2009 № 692

"О внесении изменений в Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 22 сентября 2008 г. № 264 "О перечне специальностей среднего профессионального образования, по которым при приеме в государственные и муниципальные образовательные учреждения среднего и высшего профессионального образования в 2009 году могут проводиться дополнительные испытания творческой и (или) профессиональной направленности"

Зарегистрировано в Минюсте РФ 18.12.2009 № 15749.

Перечень специальностей среднего профессионального образования, по которым при приеме в образовательные учреждения могут проводиться дополнительные испытания творческой или профессиональной направленности, будет применяться и в 2010 году.

При этом установлено, что указанный перечень применяется при приеме в образовательные учреждения среднего профессионального и высшего профессионального образования, имеющие государственную аккредитацию (в 2009 году он должен был применяться при приеме в "государственные и муниципальные образовательные учреждения среднего и высшего профессионального образования"). Установлено также, что перечень применяется в 2010 году при приеме на обучение по основным профессиональным образовательным программам среднего профессионального образования, реализуемым в соответствии с государственными образовательными стандартами.

Приказ Рособрнадзора от 03.12.2009 № 2277

"Об утверждении Перечней целевых показателей эффективности работы федеральных государственных учреждений, подведомственных Федеральной службе по надзору в сфере образования и науки, и Перечня показателей стимулирования труда руководителя федерального государственного учреждения, подведомственного Федеральной службе по надзору в сфере образования и науки"

Зарегистрировано в Минюсте РФ 15.01.2010 № 15993.

Определены целевые показатели эффективности работы учреждений, подведомственных Рособрнадзору, и показатели стимулирования труда руководителя учреждения.

В частности, критериями показателей эффективности работы федеральных научных учреждений являются: количество своевременно выполненных работ; доля работников основного персонала, обучающихся в аспирантуре или являющихся соискателями; доля работников основного персонала, имеющих

ученую степень кандидата наук и доктора наук; доля работников основного персонала, награжденных (получивших) премии и награды за научную, педагогическую деятельность; количество нарушений, выявленных уполномоченными органами при проверке требований пожарной безопасности, требований охраны труда, эффективности и целевого использования бюджетных средств.

Приказ Минобрнауки РФ от 10.12.2009 № 719

"Об утверждении перечня направлений подготовки, по которым при приеме в имеющие государственную аккредитацию образовательные учреждения высшего профессионального образования для обучения по программам бакалавриата могут проводиться дополнительные вступительные испытания творческой и (или) профессиональной направленности"

Зарегистрировано в Минюсте РФ 31.12.2009 № 15907.

Установлен перечень направлений подготовки, по которым при приеме в ВУЗы для обучения по программам бакалавриата могут проводиться дополнительные вступительные испытания.

Утвержденный Перечень включает 19 наименований направлений подготовки, в частности: журналистика, физическая культура, история искусств, хореографическое искусство, реставрация, дизайн, дирижирование, архитектура. Перечень применяется с 1 января 2010 года при приеме на основные профессиональные образовательные программы высшего профессионального образования соответствующего уровня.

Приказ Минобрнауки РФ от 10.12.2009 № 720

"О внесении изменений в приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 5 сентября 2008 г. № 256 "О перечне направлений подготовки (специальностей), по которым при приеме в государственные и муниципальные образовательные учреждения высшего профессионального образования для обучения по программам бакалавриата и программам подготовки специалиста могут проводиться дополнительные вступительные испытания творческой и (или) профессиональной направленности"

Зарегистрировано в Минюсте РФ 31.12.2009 № 15911.

Уточнены категории вузов, при приеме в которые на подготовку по творческим и спортивным специальностям могут проводиться дополнительные испытания.

Установлено, что перечень направлений подготовки (специальностей), по которым при приеме в государственные и муниципальные образовательные учреждения высшего профессионального образования для обучения по программам бакалавриата и программам подготовки специалиста могут проводиться дополнительные вступительные испытания творческой и (или) профессиональной направленности, утвержденный Приказом Минобрнауки РФ от 05.09.2008 № 256, применяется в отношении всех имеющих государственную аккредитацию образовательных учреждений высшего профессионального образования.

Приказ Минобрнауки РФ от 14.12.2009 № 729

"Об утверждении перечня организаций, осуществляющих издание учебных пособий, которые допускаются к использованию в образовательном процессе в имеющих государственную аккредитацию и реализующих образовательные программы общего образования образовательных учреждений"

Зарегистрировано в Минюсте РФ 15.01.2010 № 15987.

Определены издательства, выпускающие учебные пособия, которые допускаются к использованию в школах.

В перечень таких издательств включено 40 организаций различной формы собственности. В соответствии с Приказом Минобрнауки РФ от 18.03.2009 № 88 отбор организаций, осуществляющих издание учебных пособий, которые допускаются к использованию в образовательных учреждениях, реализующих образовательные программы общего образования и имеющих государственную аккредитацию, осуществляет создаваемый Минобрнауки РФ координационный орган, в который входят представители заинтересованных федеральных органов исполнительной власти и ряда научных организаций. Перечень указанных издательств утверждается один раз в год.

Федеральный закон от 17.12.2009 № 321-ФЗ

"О внесении изменений в статью 39 Закона Российской Федерации "Об образовании" и статью 27 Федерального закона "О высшем и послевузовском профессиональном образовании"

Исключен запрет на приватизацию жилых помещений, расположенных в сельской местности, которые закреплены за государственными и муниципальными образовательными учреждениями.

Указанные положения, содержащиеся в Федеральном законе "Об образовании" и в Федеральном законе "О высшем и послевузовском профессиональном образовании", исключены. Напомним, что данные положения были признаны не соответствующими Конституции РФ Постановлением Конституционного Суда РФ от 24.10.2000 № 13-П.

Федеральный закон от 21.12.2009 № 329-ФЗ

"О внесении изменений в статью 50 Закона Российской Федерации "Об образовании" и статью 16 Федерального закона "О высшем и послевузовском профессиональном образовании"

На законодательном уровне закреплено право студентов средних и высших учебных заведений создавать студенческие отряды.

Студенческие отряды - это общественные учреждения или общественные организации, целью деятельности которых является организация временной занятости обучающихся, изъявивших желание в свободное от учебы время работать в различных отраслях экономики.

Федеральный закон от 21.12.2009 № 333-ФЗ

"О внесении изменений в статьи 8 и 24 Федерального закона "О высшем и послевузовском профессиональном образовании"

Уточнен порядок создания, реорганизации и ликвидации вузов, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, в которых предусмотрена военная служба.

Согласно дополнению, внесенному в Федеральный закон "О высшем и послевузовском профессиональном образовании", филиалы указанных вузов создаются учредителем по согласованию с федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере образования (Минобрнауки РФ). Одновременно уста-

новлено, что создание, реорганизация и ликвидация таких вузов осуществляется без согласования с органами законодательной и исполнительной власти субъектов РФ.

Постановление Правительства РФ от 30.12.2009 № 1133

"Об утверждении Положения о премиях Правительства Российской Федерации в области образования"

Разработано Положение, определяющее порядок присуждения премий Правительства РФ в области образования.

Установлено, что премии присуждаются гражданам РФ, иностранным гражданам и лицам без гражданства за проведение научно-практических исследований, результаты которых нашли отражение в научных изданиях и монографиях и оказывают эффективное влияние на развитие системы образования РФ, за создание высококачественных учебных изданий для системы образования РФ, за высокие результаты профессиональной педагогической деятельности, за внедрение инновационных разработок в сфере образования. Присуждение премий производится по решению Правительства РФ на основании предложений Межведомственного совета по присуждению премий Правительства РФ в области образования. Премия включает денежное вознаграждение, диплом и почетный знак лауреата премии.

Постановление Правительства РФ от 30.12.2009 № 1136

"Об утверждении перечня направлений подготовки (специальностей) высшего профессионального образования, по которым установлены иные нормативные сроки освоения основных образовательных программ высшего профессионального образования (программ бакалавриата, программ подготовки специалиста или программ магистратуры) и перечня направлений подготовки (специальностей) высшего профессионального образования, подтверждаемого присвоением лицу квалификации (степени) "специалист"

Определен перечень направлений подготовки (специальностей), по которым установлены иные нормативные сроки освоения основных образовательных программ высшего профессионального образования.

Во исполнение Федерального закона "О высшем и послевузовском профессиональном образовании" утверждены: перечень направлений подготовки (специальностей) высшего профессионального образования, по которым установлены иные нормативные сроки освоения основных образовательных программ высшего профессионального образования (программ бакалавриата, программ подготовки специалиста или программ магистратуры), содержащий направления подготовки "Архитектура", "Педагогическое образование" и "Актерское искусство", и перечень направлений подготовки (специальностей) высшего профессионального образования, подтверждаемого присвоением лицу квалификации (степени) "специалист", содержащий 107 позиций, в частности, "Фундаментальная математика и механика", "Картография и геоинформатика", "Управление персоналом".

Постановление Правительства РФ от 19.01.2010 № 16

"О внесении изменений в Положение о государственной аккредитации образовательных учреждений и научных организаций"

Дополнен перечень случаев переоформления свидетельства о государственной аккредитации образовательного учреждения.

К таким случаям отнесена также реорганизация образовательного учреждения в форме присоединения к нему одного или нескольких образовательных учреждений. При реорганизации образовательно-

го учреждения в форме присоединения к нему одного или нескольких образовательных учреждений свидетельство реорганизованного образовательного учреждения и приложения к нему переоформляются с учетом свидетельств присоединяемых образовательных учреждений на период до окончания срока действия свидетельства реорганизованного образовательного учреждения.

Кроме этого установлено, что образовательное учреждение вправе осуществлять образовательную деятельность на основании имеющегося свидетельства до окончания срока его действия также при реализации образовательных программ по новым профессиям и направлениям подготовки в случае, если федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере образования, установлено их соответствие отдельным профессиям и направлениям подготовки (специальностям), указанным в предыдущих перечнях профессий и направлений подготовки или в Общероссийском классификаторе специальностей по образованию.

Приказ Минобрнауки РФ от 23.12.2009 № 822

"Об утверждении федеральных перечней учебников, рекомендованных (допущенных) к использованию в образовательном процессе в образовательных учреждениях, реализующих образовательные программы общего образования и имеющих государственную аккредитацию, на 2010/2011 учебный год"

Зарегистрировано в Минюсте РФ 15.01.2010 № 15988.

На 2010/2011 учебный год утверждены федеральные перечни учебников, рекомендованных (допущенных) к использованию в образовательном процессе.

Минобрнауки РФ на основе экспертизы на 2010/2011 учебный год утверждены: федеральный перечень учебников, рекомендованных (допущенных) к использованию в образовательном процессе в общеобразовательных учреждениях; федеральный перечень учебников, рекомендованных (допущенных) к использованию в образовательном процессе в специальных (коррекционных) образовательных учреждениях. Экспертиза учебников проводится Российской академией наук и Российской академией образования или иными организациями, имеющими в своем штате специалистов соответствующего профиля и квалификации, обладающих опытом проведения экспертизы учебных и научных материалов, включенными в список, формируемый Минобрнауки РФ. Задача экспертизы - оценка соответствия содержания учебника федеральному компоненту государственного образовательного стандарта общего образования (обязательному минимуму содержания общего образования), возрастным и психологическим особенностям обучающихся, а также принадлежности учебника к системе учебников, обеспечивающих преемственность изучения учебного предмета в полном объеме на соответствующей ступени обучения (завершенной предметной линии учебников), и оценка соответствия содержания учебника современным научным представлениям с учетом уровня образовательной программы (ступени обучения).

Образовательные стандарты

Приказ Минобрнауки РФ от 20.10.2009 № 433

"Об утверждении и введении в действие федерального государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 060105 – Медико-профилактическое дело"

Зарегистрировано в Минюсте РФ 09.12.2009 № 15460.

Установлен федеральный государственный образовательный стандарт среднего профессионального образования по специальности 060105 – Медико-профилактическое дело.

В соответствии с утвержденным Стандартом область профессиональной деятельности выпускников по названной специальности включает в себя санитарно-гигиенические наблюдения, обследования и исследования различных фактов среды обитания человека в целях обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения. Санитарный фельдшер готовится к следующим видам деятельности: санитарно-гигиенические наблюдения, обследования и исследования среды обитания и условий проживания населения (под руководством врача по общей и коммунальной гигиене); санитарно-гигиенические наблюдения, обследования и исследования условий труда работающего населения (под руководством врача по гигиене труда); санитарно-гигиенические наблюдения, обследования и исследования условий и качества питания населения (под руководством врача по гигиене питания); санитарно-гигиенические наблюдения, обследования и исследования условий воспитания и обучения детей и подростков (под руководством врача по гигиене); санитарно-эпидемиологические наблюдения за состоянием инфекционной и паразитарной заболеваемости населения и проведение профилактических и противоэпидемических мероприятий (под руководством врача-эпидемиолога). Стандарт вводится в действие с 1 января 2010 года.

Приказ Минобрнауки РФ от 20.10.2009 № 435

"Об утверждении и введении в действие федерального государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 060203 Стоматология ортопедическая"

Зарегистрировано в Минюсте РФ 09.12.2009 № 15463.

С 1 января 2010 года вводится в действие федеральный государственный образовательный стандарт среднего профессионального образования по специальности "Стоматология ортопедическая".

Указанный стандарт обязателен при реализации основных профессиональных образовательных программ по специальности "Стоматология ортопедическая" всеми образовательными учреждениями профессионального образования, имеющими право на реализацию основной профессиональной образовательной программы по данной специальности, имеющими государственную аккредитацию. Областью профессиональной деятельности выпускников, прошедших профессиональную подготовку по этой специальности и получивших квалификацию "Зубной техник", являются изготовление зубных протезов, ортодонтических и челюстно-лицевых аппаратов в учреждениях здравоохранения по указанию врача.

Приказ Минобрнауки РФ от 28.10.2009 № 470

"Об утверждении и введении в действие федерального государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 201001 – Биотехнические и медицинские аппараты и системы"

Зарегистрировано в Минюсте РФ 10.12.2009 № 15521.

Утвержден образовательный стандарт среднего профессионального образования по специальности 201001 – Биотехнические и медицинские аппараты и системы.

Областью профессиональной деятельности выпускников является изготовление, обслуживание и ремонт биотехнических и медицинских аппаратов и систем в лечебно-профилактических учреждениях, научно-исследовательских институтах и службах системы здравоохранения, в организациях, производящих или использующих в своей деятельности биотехнические и медицинские аппараты и системы. Приведены нормативные сроки освоения основной профессиональной образовательной программы. Стандарт вводится в действие с 1 января 2010 года.

Приказ Минобрнауки РФ от 28.10.2009 № 482

"Об утверждении и введении в действие федерального государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 060102 – Акушерское дело"

Зарегистрировано в Минюсте РФ 08.12.2009 № 15440.

Утвержден образовательный стандарт среднего профессионального образования по специальности 060102 – Акушерское дело.

Областью профессиональной деятельности выпускников является оказание акушерско-гинекологической помощи в учреждениях здравоохранения. Стандарт предусматривает требования к результатам освоения основной профессиональной образовательной программы (ОПОП), к ее структуре, а также к оцениванию качества освоения ОПОП. Приведены нормативные сроки освоения основной профессиональной образовательной программы. Стандарт вводится в действие с 1 января 2010 года.

Приказ Минобрнауки РФ от 28.10.2009 № 481

"Об утверждении и введении в действие федерального государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 040406 – Организация сурдокоммуникации"

Зарегистрировано в Минюсте РФ 09.12.2009 № 15472.

Утвержден образовательный стандарт среднего профессионального образования по специальности 040406 – Организация сурдокоммуникации.

Стандарт предусматривает требования к результатам освоения основной профессиональной образовательной программы (ОПОП), к ее структуре, а также к оцениванию качества освоения ОПОП. Приведены нормативные сроки освоения основной профессиональной образовательной программы для присвоения квалификации "Сурдопереводчик". Областью профессиональной деятельности выпускников является обеспечение коммуникации лиц с нарушениями слуха в обществе. Стандарт вводится в действие с 1 января 2010 года.

Приказ Минобрнауки РФ от 28.10.2009 № 472

"Об утверждении и введении в действие федерального государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 060101 – Лечебное дело"

Зарегистрировано в Минюсте РФ 08.12.2009 № 15432.

С 1 января 2010 года вводится в действие федеральный государственный образовательный стандарт среднего профессионального образования по специальности 060101 – Лечебное дело.

Утвержденный Стандарт представляет собой совокупность требований, обязательных при реализации основных профессиональных образовательных программ по названной специальности всеми образовательными учреждениями профессионального образования на территории РФ, имеющими право на реализацию основной профессиональной образовательной программы по данной специальности, имеющими государственную аккредитацию. В Стандарте содержатся характеристика подготовки по специальности, характеристика профессиональной деятельности выпускников, требования к результатам освоения основной профессиональной образовательной программы, к структуре основной профессиональной образовательной программы.

Приказ Минобрнауки РФ от 05.11.2009 № 528

"Об утверждении и введении в действие федерального государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 050141 – Физическая культура"

Зарегистрировано в Минюсте РФ 09.12.2009 № 15458.

С 1 января 2010 года вводится в действие образовательный стандарт среднего профессионального образования по специальности 050141 – Физическая культура.

Срок освоения основной профессиональной образовательной программы углубленной формы при очной форме получения образования с присвоением квалификации "Учитель физической культуры" на базе среднего (полного) общего образования – 2 года 10 месяцев; на базе основного общего образования – 3 года 10 месяцев.

Приказ Минобрнауки РФ от 10.11.2009 № 572

"Об утверждении и введении в действие федерального государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 060301 – Фармация"

Зарегистрировано в Минюсте РФ 11.12.2009 № 15540.

С 1 января 2010 года вводится в действие федеральный государственный образовательный стандарт среднего профессионального образования по специальности "Фармация".

Областью профессиональной деятельности выпускников, прошедших профессиональную подготовку по этой специальности и получивших квалификацию "Фармацевт", являются фармацевтические организации, учреждения здравоохранения по изготовлению лекарственных препаратов, отпуску лекарственных средств, товаров аптечного ассортимента, а также структурные подразделения аптек и аптечных организаций при отсутствии специалиста с высшим образованием.

Приказ Минобрнауки РФ от 05.11.2009 № 512

"Об утверждении и введении в действие федерального государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 050148 Педагогика дополнительного образования"

Зарегистрировано в Минюсте РФ 14.12.2009 № 15598.

С 1 января 2010 года вводится в действие образовательный стандарт среднего профессионального образования по специальности 050148 Педагогика дополнительного образования.

Областью профессиональной деятельности выпускников по данной специальности, получивших квалификацию углубленной подготовки "Педагог дополнительного образования (с указанием области деятельности)", является дополнительное образование детей в учреждениях дополнительного образования, общеобразовательных учреждениях и учреждениях профессионального образования за пределами их основных образовательных программ.

Приказ Минобрнауки РФ от 05.11.2009 № 535

"Об утверждении и введении в действие федерального государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 050146 – Преподавание в начальных классах"

Зарегистрировано в Минюсте РФ 08.12.2009 № 15426.

Установлен федеральный государственный образовательный стандарт среднего профессионального образования по специальности 050146 – Преподавание в начальных классах.

В соответствии с утвержденным Стандартом область профессиональной деятельности выпускников по данной специальности включает в себя обучение и воспитание детей в процессе реализации образовательных программ начального общего образования. Учитель начальных классов готовится к таким видам деятельности, как преподавание по программам начального общего образования, организация внеурочной деятельности и общения младших школьников, классное руководство, методическое обеспечение образовательного процесса. Стандарт вводится в действие с 1 января 2010 года.

Приказ Минобрнауки РФ от 05.11.2009 № 513

"Об утверждении и введении в действие федерального государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 060205 – Стоматология профилактическая"

Зарегистрировано в Минюсте РФ 10.12.2009 № 15516.

Установлен федеральный государственный образовательный стандарт среднего профессионального образования по специальности 060205 – Стоматология профилактическая.

Утвержденный стандарт представляет собой совокупность требований, обязательных при реализации основных профессиональных образовательных программ по данной специальности всеми образовательными учреждениями профессионального образования на территории РФ, имеющими государственную аккредитацию. Область профессиональной деятельности выпускников представляет собой оказание профилактической стоматологической помощи пациентам лечебно-профилактических учреждений и контингенту организованных коллективов. Гигиенист стоматологический готовится к следующим видам деятельности: диагностика и профилактика стоматологических заболеваний, проведение индивидуальной и профессиональной гигиены полости рта, санитарно-гигиеническое просвещение в области профилактики стоматологических заболеваний. Стандарт устанавливает требования к результатам освоения основной профессиональной образовательной про-

граммы, определяет требования к ее структуре и условиям реализации. Стандарт вводится в действие с 1 января 2010 года.

Приказ Минобрнауки РФ от 05.11.2009 № 514

"Об утверждении и введении в действие федерального государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 050130 – Музыкальное образование"

Зарегистрировано в Минюсте РФ 08.12.2009 № 15409.

Установлен федеральный государственный образовательный стандарт среднего профессионального образования по специальности 050130 – Музыкальное образование.

Утвержденный стандарт представляет собой совокупность требований, обязательных при реализации основных профессиональных образовательных программ по данной специальности всеми образовательными учреждениями профессионального образования на территории РФ, имеющими государственную аккредитацию. Область профессиональной деятельности выпускников включает в себя музыкальное образование детей в учреждениях дошкольного и общего образования. Стандарт устанавливает требования к результатам освоения основной профессиональной образовательной программы, определяет требования к ее структуре и условиям реализации. Стандарт вводится в действие с 1 января 2010 года.

Приказ Минобрнауки РФ от 05.11.2009 № 524

"Об утверждении и введении в действие федерального государственного образовательного стандарта начального профессионального образования по профессии 201016.01 – Механик протезно-ортопедических изделий"

Зарегистрировано в Минюсте РФ 10.12.2009 № 15517.

Разработан федеральный государственный образовательный стандарт начального профессионального образования по профессии 201016.01 – Механик протезно-ортопедических изделий.

Согласно утвержденному Стандарту область профессиональной деятельности выпускников - изготовление, обслуживание и ремонт протезно-ортопедических изделий в организациях, на заводах, в мастерских по производству и обслуживанию протезно-ортопедических изделий. Стандарт вводится в действие с 1 января 2010 года.

Приказ Минобрнауки РФ от 05.11.2009 № 530

"Об утверждении и введении в действие федерального государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 050144 Дошкольное образование"

Зарегистрировано в Минюсте РФ 08.12.2009 № 15423.

С 1 января 2010 года вводится в действие федеральный государственный образовательный стандарт среднего профессионального образования по специальности "Дошкольное образование".

Утвержденный Стандарт представляет собой совокупность требований, обязательных при реализации основных профессиональных образовательных программ по названной специальности всеми образовательными учреждениями профессионального образования на территории РФ, имеющими право на реализацию основной профессиональной образовательной программы по данной специальности, имеющими государственную аккредитацию. Областью профессиональной деятельности

выпускников по данной специальности является воспитание и обучение детей дошкольного возраста в дошкольных образовательных учреждениях разного вида и в домашних условиях.

Приказ Минобрнауки РФ от 09.11.2009 № 570

"Об утверждении и введении в действие федерального государственного образовательного стандарта начального профессионального образования по профессии 060501.01 – Младшая медицинская сестра по уходу за больными"

Зарегистрировано в Минюсте РФ 10.12.2009 № 15507.

Разработан федеральный государственный образовательный стандарт начального профессионального образования по профессии 060501.01 – Младшая медицинская сестра по уходу за больными.

Область профессиональной деятельности выпускников по данной профессии включает в себя осуществление ухода за больным в системе первичной медико-санитарной и медико-социальной помощи. Объектами профессиональной деятельности выпускников являются: пациент, нуждающийся в профессиональном уходе, его окружение и бытовые условия проживания, условия больничной среды; средства ухода за больными. Обучающийся по профессии готовится к таким видам деятельности, как решение проблем пациента посредством сестринского ухода, участие в организации безопасной окружающей среды для участников лечебно-диагностического процесса. Стандарт устанавливает требования к структуре основной профессиональной образовательной программы, определяет требования к условиям ее реализации и к оцениванию качества ее усвоения. Стандарт вводится в действие с 1 января 2010 года.

Приказ Минобрнауки РФ от 10.11.2009 № 578

"Об утверждении и введении в действие федерального государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 060604 – Лабораторная диагностика"

Зарегистрировано в Минюсте РФ 08.12.2009 № 15447.

Утвержден образовательный стандарт среднего профессионального образования по специальности 060604 – Лабораторная диагностика.

Областью профессиональной деятельности выпускников являются клинические, микробиологические, иммунологические и санитарно-гигиенические лабораторные исследования в учреждениях здравоохранения и научно-исследовательских институтах. Стандарт предусматривает требования к результатам освоения основной профессиональной образовательной программы (ОПОП), к ее структуре, а также к оцениванию качества освоения ОПОП. Приведены нормативные сроки освоения основной профессиональной образовательной программы. Стандарт вводится в действие с 1 января 2010 года.

Приказ Минобрнауки РФ от 10.11.2009 № 573

"Об утверждении и введении в действие федерального государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 060606 – Медицинская оптика"

Зарегистрировано в Минюсте РФ 08.12.2009 № 15425.

С 1 января 2010 года вводится в действие образовательный стандарт среднего профессионального образования по специальности "Медицинская оптика".

Утвержденный Стандарт представляет собой совокупность требований, обязательных при реализации основных профессиональных образовательных программ по специальности "060606 Медицинская

оптика" всеми образовательными учреждениями профессионального образования на территории РФ, имеющими право на реализацию основной профессиональной образовательной программы по данной специальности, имеющими государственную аккредитацию. Область профессиональной деятельности выпускников: обеспечение нуждающихся средствами оптической коррекции зрения в специализированных организациях, учреждениях здравоохранения.

Приказ Минобрнауки РФ от 12.11.2009 № 589

"Об утверждении и введении в действие федерального государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 060501 – Сестринское дело"

Зарегистрировано в Минюсте РФ 11.12.2009 № 15542.

С 1 января 2010 года вводится в действие федеральный государственный образовательный стандарт среднего профессионального образования по специальности 060501 – Сестринское дело.

В соответствии с утвержденным Стандартом область профессиональной деятельности выпускников по данной специальности включает в себя оказание населению квалифицированной сестринской помощи для сохранения и поддержания здоровья в разные возрастные периоды жизни. Медицинская сестра или медицинский брат готовятся, в частности, к следующим видам деятельности: участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах; оказание доврачебной медицинской помощи при неотложных и экстремальных состояниях; в случае углубленной подготовки - осуществление организационной и исследовательской сестринской деятельности; организация и проведение лечебно-диагностических, реабилитационных и профилактических мероприятий в отношении пациентов всех возрастных категорий в системе первичной медико-санитарной помощи в учреждениях специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи.

Приказ Минобрнауки РФ от 18.11.2009 № 629

"Об утверждении и введении в действие федерального государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования по направлению подготовки 222000 Инноватика (квалификация (степень) "магистр")"

Зарегистрировано в Минюсте РФ 16.12.2009 № 15632.

С 1 января 2010 года вводится в действие федеральный государственный образовательный стандарт высшего профессионального образования по направлению подготовки "Инноватика" и квалификацией (степенью) "магистр".

Область профессиональной деятельности выпускников, получивших степень магистра по данному направлению подготовки, включает: организации и предприятия инновационной сферы; академические и отраслевые научно-исследовательские организации; учреждения системы высшего и специального профессионального образования; органы государственной власти и управления федерального, регионального и муниципального уровней; инфраструктуру инновационной деятельности; инновационное предпринимательство.

Приказ Минобрнауки РФ от 18.11.2009 № 636

"Об утверждении и введении в действие федерального государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования по направлению подготовки 080200 Менеджмент (квалификация (степень) "магистр")

Зарегистрировано в Минюсте РФ 16.12.2009 № 15653.

Разработан образовательный стандарт высшего профессионального образования по направлению подготовки Менеджмент, квалификации "магистр".

Область профессиональной деятельности выпускников, освоивших образовательную программу магистратуры по данному направлению, включает, в частности: органы государственного и муниципального управления; научно-исследовательские организации, связанные с решением управленческих проблем; учреждения системы высшего и дополнительного профессионального образования. Стандарт вводится в действие с 1 января 2010 года.

Здравоохранение

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 09.09.2009 № 710н

"О внесении изменений в Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 10 мая 2007 г. № 323"

Зарегистрировано в Минюсте РФ 11.12.2009 № 15552.

Расширен перечень медицинских работ (услуг), порядок организации которых определяется Минздравсоцразвития РФ

В соответствии с изменениями, внесенными в Приказ Минздравсоцразвития РФ от 10 мая 2007 года № 323, в перечень работ (услуг), выполняемых при осуществлении доврачебной, амбулаторно-поликлинической, стационарной медицинской помощи на основании лицензии включены работы (услуги) по медицинскому (наркологическому) освидетельствованию.

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 09.10.2009 № 819н

"Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи методом трансплантации органов"

Зарегистрировано в Минюсте РФ 16.11.2009 № 15234.

Разработан Порядок, регулирующий оказание медицинской помощи методом трансплантации.

Утвержденный Порядок распространяется на следующие виды трансплантации органов, их фрагментов и комплексов: почки, сердца, печени, поджелудочной железы, кишечника, легкого. Порядок устанавливает, в частности, правила принятия решения о необходимости трансплантации органа и о включении пациента в лист ожидания трансплантации трупного органа, регламентирует порядок ведения листа ожидания трансплантации трупного органа, наблюдения пациентов с пересаженными органами. В приложениях к Порядку приведено Положение об организации деятельности учреждения здравоохранения, оказывающего медицинскую помощь методом трансплантации органов, а также Стандарт дополнительного оснащения учреждения здравоохранения, оказывающего медицинскую помощь методом трансплантации органов.

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 14.10.2009 № 825н

"Об утверждении тождества наименования структурного подразделения "медицинский комплекс" наименованию структурного подразделения "медико-санитарная часть"

Зарегистрировано в Минюсте РФ 16.11.2009 № 15238.

Установлено тождество наименований структурных подразделений учреждений здравоохранения в целях установления права на досрочное назначение пенсии лицам, осуществлявшим лечебную и иную деятельность по охране здоровья в таких учреждениях.

Наименование "медицинский комплекс" тождественно наименованию "медико-санитарная часть", предусмотренному "Правилами исчисления периодов работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости...", утвержденными Постановлением Правительства РФ от 29.10.2002 № 781.

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 25.09.2009 № 794н

"О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 12 февраля 2007 г. № 110 "О порядке назначения и выписывания лекарственных средств, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания"

Зарегистрировано в Минюсте РФ 25.11.2009 № 15317.

Уточнен порядок выписывания некоторых видов лекарственных средств и оформления рецептов на эти лекарства.

Изменено предельно допустимое количество лекарственного средства "фентанил", выписываемого на один рецепт (изменена "терапевтическая система", т.е. количество лекарственного средства, принимаемого в единицу времени, и соответствующее ему количество упаковок). Установлено также, что на рецептурных бланках определенных форм, предназначенных для выписывания лекарственных средств в качестве социальной помощи, выписывается одно наименование лекарственного средства, изделия медицинского назначения или специализированного продукта лечебного питания. Кроме этого, в частности, установлено, что требования-накладные в аптечное учреждение на получение лекарственных средств для лечебно-профилактических учреждений по истечении срока их хранения подлежат уничтожению в присутствии членов комиссии, создаваемой в аптечном учреждении (организации), а не в лечебно-профилактическом учреждении, как это было установлено ранее.

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 28.10.2009 № 853н

"О внесении изменений в форму № 088/У-06 "Направление на медико-социальную экспертизу организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь", утвержденную приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 31 января 2007 г. № 77"

Зарегистрировано в Минюсте РФ 26.11.2009 № 15324.

С 1 января 2010 года форма № 088/у-06 "Направление на медико-социальную экспертизу организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь" должна применяться с учетом внесенных в нее поправок.

Основная часть поправок носит редакционный характер. Помимо этого, в частности, в текст документа после слов "инвалида" включены слова "ребенка-инвалида".

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 29.10.2009 № 854н

"О внесении изменений в перечень санаторно-курортных учреждений (государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения), в которые предоставляются путевки на санаторно-курортное лечение граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22 июля 2009 г. № 540Н"

Зарегистрировано в Минюсте РФ 27.11.2009 № 15330.

Уточнен перечень санаторно-курортных учреждений, в которые предоставляются путевки гражданам, имеющим право на получение государственной социальной помощи.

В указанный перечень (включающий 751 санаторно-курортное учреждение) внесены уточнения, связанные с изменением организационно-правовой формы владельца, наименования либо юридического или фактического адреса некоторых санаторно-курортных учреждений.

Приказ Минздравсоцразвития РФ № 863н, РАМН № 78 от 02.11.2009

"О внесении изменений в Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Российской академии медицинских наук от 25 мая 2007 г. № 357/40 "Об утверждении Перечня органов и (или) тканей человека - объектов трансплантации, Перечня учреждений здравоохранения, осуществляющих трансплантацию органов и (или) тканей человека, и Перечня учреждений здравоохранения, осуществляющих забор и заготовку органов и (или) тканей человека"

Зарегистрировано в Минюсте РФ 14.12.2009 № 15587.

Внесены изменения в перечни учреждений здравоохранения, осуществляющих трансплантацию, забор и заготовку органов и тканей человека.

Так, в Перечень учреждений здравоохранения, осуществляющих забор и заготовку органов и (или) тканей человека, в частности, включены: Хабаровский филиал ФГУ "Межотраслевой научно-технический комплекс "Микрохирургия глаза" им. академика С.Н. Федорова Росмедтехнологии"; Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования "Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия Росздрава"; ФГУ "Федеральный медицинский биофизический центр имени А.И. Бурназяна" Федерального медико-биологического агентства".

Федеральный Закон от 25.11.2009 № 267-ФЗ

"О внесении изменений в Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан и отдельные законодательные акты Российской Федерации"

Упорядочены законодательные нормы, устанавливающие обязанность оказания пострадавшим медицинской помощи работниками милиции, иных правоохранительных органов и другими лицами.

В Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан от 22.07.1993 № 5487-1 включена статья 19.1 "Оказание первой помощи", в соответствии с которой первая помощь оказывается гражданам Российской Федерации и иным лицам, находящимся на ее территории, до оказания медицинской помощи при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях, угрожающих их жизни и здоровью, лицами, обязанными ее оказывать по закону или по специальному правилу и имеющими соответствующую подготовку (сотрудниками органов внутренних дел Российской Федерации, сотрудниками, военнослужащими и работниками Государственной противопожарной службы, спасателями аварийно-спасательных формирований и аварийно-спасательных служб, водителями транспортных средств и другими лицами).

Соответствующие дополнения либо изменения уже имеющихся положений об обязанности оказания медицинской помощи внесены, в частности, в Закон РФ "О милиции", Закон РФ "О частной детективной и охранной деятельности", Закон РФ "Об учреждениях и органах, исполняющих уголовные наказания в виде лишения свободы", Федеральный закон "О пожарной безопасности", Федеральный закон "О ведомственной охране", Федеральный закон "О безопасности дорожного движения", Трудовой кодекс.

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 03.12.2009 № 944н

"Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи онкологическим больным"

Зарегистрировано в Минюсте РФ 15.12.2009 № 15605.

Регламентированы вопросы оказания медицинской помощи населению при онкологических заболеваниях в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения.

В частности, в соответствии с утвержденным Порядком больным с онкологическими заболеваниями медицинская помощь оказывается: в рамках плановой первичной медико-санитарной помощи – тера-

певтическая, хирургическая и онкологическая помощь; в рамках плановой специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи – специализированная онкологическая помощь.

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 07.12.2009 № 955н

"О внесении изменений в Приказ Минздравсоцразвития России от 29 декабря 2008 г. № 786н "О порядке формирования и утверждении государственного задания на оказание в 2009 году высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации за счет ассигнований федерального бюджета"

Зарегистрировано в Минюсте РФ 25.12.2009 № 15853.

Уточнены плановые объемы высокотехнологичной медицинской помощи для главных распорядителей средств федерального бюджета, имеющих в своем ведении федеральные медицинские учреждения, участвующие в выполнении государственного задания.

Изменения коснулись, в том числе, планируемых объемов высокотехнологичной медицинской помощи по числу пролеченных больных, а также плановых объемов по числу пролеченных больных по профилям высокотехнологичной медицинской помощи, установленных для федеральных медицинских учреждений, участвующих в выполнении государственного задания.

Постановление Правительства РФ от 31.12.2009 № 1147

"О единовременном денежном поощрении лучших врачей"

По результатам Всероссийского конкурса на звание "Лучший врач" ежегодно будет выплачиваться единовременное денежное поощрение.

Установлено, что для призеров конкурса в каждой номинации, занявших первые места, размер денежного поощрения составит 500 тыс. рублей, занявших вторые места – 300 тыс. рублей и занявших третьи места – 200 тыс. рублей. Организация проведения конкурса и осуществление выплаты денежного поощрения призерам возложены на Минздравсоцразвития РФ. В приложении к Постановлению приведен перечень из 30 номинаций, по которым проводится Всероссийский конкурс на звание "Лучший врач", в числе которых лучший педиатр, лучший терапевт, лучший хирург, лучший стоматолог, лучший спортивный врач, лучший сельский врач.

Социальная защита

Приказ Минобрнауки РФ от 14.09.2009 № 334

"О реализации Постановления Правительства Российской Федерации от 18 мая 2009 г. № 423"

Зарегистрировано в Минюсте РФ 16.12.2009 № 15610.

Минобрнауки РФ разработан ряд документов по вопросам осуществления опеки и попечительства в отношении несовершеннолетних граждан.

В соответствии с Постановлением Правительства РФ от 18.05.2009 № 423 утверждены: Порядок отбора органом опеки и попечительства образовательных организаций, медицинских организаций, организаций, оказывающих социальные услуги, или иных организаций, в том числе организаций для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, для осуществления отдельных полномочий органа опеки и попечительства; порядок проведения обследования условий жизни несовершеннолетних граждан и их семей; форма акта обследования условий жизни несовершеннолетнего гражданина и его семьи.

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 28.10.2009 № 852н

"О внесении изменений в форму направления на медико-социальную экспертизу, выдаваемого органом, осуществляющим пенсионное обеспечение, или органом социальной защиты населения, утвержденную приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 25 декабря 2006 г. № 874"

Зарегистрировано в Минюсте РФ 02.12.2009 № 15361.

Минздравсоцразвития РФ приводит свою нормативную правовую базу в соответствие с действующим законодательством.

В соответствии с изменениями, внесенными в форму Направления на медико-социальную экспертизу, выдаваемого органом, осуществляющим пенсионное обеспечение, или органом социальной защиты населения, утвержденную Приказом Минздравсоцразвития РФ от 25.12.2006 № 874, из пункта 25 ("Цель направления на медико-социальную экспертизу") исключены слова "степень ограничения способности к трудовой деятельности". Приказ вступает в силу с 1 января 2010 года.

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 17.11.2009 № 906н

"Об утверждении Порядка организации и деятельности федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы"

Зарегистрировано в Минюсте РФ 30.12.2009 № 15899.

Регламентирована деятельность учреждений медико-социальной экспертизы.

В структуру государственных учреждений медико-социальной экспертизы входят Федеральное бюро медико-социальной экспертизы; главные бюро медико-социальной экспертизы по субъекту РФ; главные бюро, осуществляющие медико-социальную экспертизу работников организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда и населения отдельных территорий, имеющие филиалы - бюро медико-социальной экспертизы в городах и районах. Основными задачами данных учреждений являются: установление структуры и степени ограничения жизнедеятельности и определение потребностей в мерах социальной защиты, а также изучение причин, факторов и условий, влияющих на возникновение и исход инвалидности, анализ распространенности и структуры инвалидности.

Федеральный Закон от 28.11.2009 № 298-ФЗ

"О нормативе финансовых затрат в месяц на одного гражданина, получающего государственную социальную помощь в виде социальной услуги по обеспечению лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов"

На 2010 год увеличивается норматив финансовых затрат в отношении отдельных категорий граждан, получающих государственную социальную помощь.

Предусмотрено, что норматив финансовых затрат в месяц на одного гражданина, получающего государственную социальную помощь в виде социальной услуги по обеспечению в соответствии со стандартами медицинской помощи по рецептам врача (фельдшера) лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов, устанавливается в размере 531 рубля (в 2009 году этот норматив составлял 480 рублей). Федеральный закон вступает в силу с 1 января 2010 года.

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 08.12.2009 № 963н

"О стоимости одного дня пребывания в санаторно-курортных учреждениях граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, в 2010 году"

Зарегистрировано в Минюсте РФ 22.12.2009 № 15777.

Определена стоимость на 2010 год одного из видов социальных услуг, предоставляемых в рамках государственной социальной помощи.

Стоимость одного дня пребывания в санаторно-курортных учреждениях с 1 января 2010 года для граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, а также лиц, сопровождающих граждан, имеющих инвалидность I группы, и детей-инвалидов установлена в размере, не превышающем 772 рубля, а для инвалидов, в том числе детей-инвалидов, с заболеваниями и травмами спинного мозга - в размере, не превышающем 1207,4 рубля.

Федеральный закон от 17.12.2009 № 315-ФЗ

"О внесении изменений в Федеральный закон "О дополнительных гарантиях по социальной поддержке детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей" в части уточнения механизмов и условий предоставления детям-сиротам, оставшимся без попечения родителей, мер социальной поддержки"

Уточнен порядок предоставления мер социальной поддержки детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей.

В частности, изменениями, внесенными в Федеральный закон "О дополнительных гарантиях по социальной поддержке детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей", уточняются виды образовательных учреждений, во время обучения в которых дети названной категории имеют право на полное государственное обеспечение.

Федеральный закон от 25.12.2009 № 341-ФЗ

"О внесении изменений в статью 4.1 Федерального закона "О государственной социальной помощи" и Федеральный закон "О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу отдельных законодательных актов (положений законодательных актов) Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона "О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования"

Внесены изменения в положения законодательных актов, касающихся вопросов социальной помощи некоторым категориям граждан РФ.

Изменения внесены в Федеральный закон от 17.07.1999 № 178-ФЗ "О государственной социальной помощи" (уточнен перечень продукции медицинского назначения); Федеральный закон от 24.07.2009 № 213-ФЗ "О внесении изменений в отдельные законодательные акты..." (в частности, уточнено понятие нетрудоспособного гражданина, конкретизирован порядок установления социальной доплаты к пенсии, внесены поправки в порядок финансирования расходов на санаторно-курортное долечивание работающих граждан).

Постановление Правительства РФ от 30.12.2009 № 1121

"О внесении изменений в Правила признания лица инвалидом"

В Правила признания лица инвалидом внесены уточнения, касающиеся установления степени ограничения способности к трудовой деятельности.

В частности, признано утратившим силу положение, согласно которому степень ограничения способности к трудовой деятельности (отсутствие ограничения способности к трудовой деятельности) устанавливается на такой же срок, что и группа инвалидности.

Постановление Правительства РФ от 19.01.2010 № 8

"О признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации"

Утратили силу некоторые акты Правительства РФ, касающиеся организации деятельности федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы.

Признаны утратившими силу: Постановление Правительства РФ от 16.12.2004 № 805 "О порядке организации и деятельности федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы"; пункт 1 изменений, которые вносятся в Постановление Правительства РФ от 16.12.2004 № 805 и в Положение о Федеральном медико-биологическом агентстве, утвержденное Постановлением Правительства Российской Федерации от 11 апреля 2005 г. № 206, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 28.11.2006 № 722; пункт 2 изменений, которые вносятся в Постановления Правительства РФ по вопросам деятельности Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Федерального медико-биологического агентства, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 02.06.2008 № 423.

Спорт, физическая культура

Федеральный Закон от 09.11.2009 N 253-ФЗ

"О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации"

В законодательные акты внесены изменения, направленные на установление единообразного использования наименований "паралимпийский" и "сурдлимпийский".

Изменения внесены в Закон РФ от 12.02.1993 № 4468-1 "О пенсионном обеспечении лиц...", Налоговый кодекс РФ, Федеральный закон от 04.03.2002 № 21-ФЗ "О дополнительном ежемесячном материальном обеспечении...". Замена слов "Параолимпийские и Сурдоолимпийские игры" на слова "Паралимпийские и Сурдлимпийские игры" обусловлена необходимостью использования в актах федерального законодательства указанных наименований в соответствии с их оригинальным правописанием. Одновременно установлено, что право на социальное обеспечение, предусмотренное названными Законами, сохраняется за гражданами, ставшими чемпионами международных спортивных соревнований до дня вступления в силу указанных изменений.

Хозяйственная деятельность

Приказ Минфина РФ от 30.10.2009 № 112н

"О признании утратившим силу приказа Министерства финансов Российской Федерации от 6 июля 2001 г. № 49Н"

Зарегистрировано в Минюсте РФ 26.11.2009 № 15329.

Минфин РФ упорядочивает свою нормативную правовую базу по вопросам изменения норм возмещения командировочных расходов.

Признан утратившим силу Приказ Минфина РФ от 06.07.2001 № 49н "Об изменении норм возмещения командировочных расходов на территории Российской Федерации". Напомним, что Постановлением Правительства РФ от 02.10.2002 № 729 "О нормах возмещения командировочных расходов" с 1 января 2003 года признано утратившим силу Постановление Правительства РФ от 26.02.1992 № 122, в соответствии с которым был издан указанный Приказ Минфина РФ № 49н.

Приказ Минрегиона РФ от 30.10.2009 № 493

"Об утверждении Методики расчета показателей и применения критериев эффективности региональных инвестиционных проектов, претендующих на получение государственной поддержки за счет бюджетных ассигнований инвестиционного фонда Российской Федерации"

Зарегистрировано в Минюсте РФ 22.12.2009 № 15802.

Разработана Методика, предназначенная для оценки эффективности региональных инвестиционных проектов, претендующих на получение бюджетных ассигнований Инвестиционного фонда РФ.

Методика устанавливает общие требования к расчету количественных показателей эффективности региональных инвестиционных проектов (показатели экономической, финансовой, бюджетной эффективности, а также социального эффекта). Критериями эффективности указанных проектов являются, в частности, соответствие проекта стратегии социально-экономического развития субъекта РФ, а также наличие положительных социальных эффектов, связанных с реализацией проекта.

Определение Конституционного суда РФ от 03.11.2009 № 1369-О-П

"По жалобе Открытого акционерного общества «Судостроительный завод «Лотос» на нарушение конституционных прав и свобод положением части первой статьи 374 Трудового кодекса Российской Федерации"

Некоторые положения Трудового кодекса РФ, касающиеся вопросов увольнения по инициативе работодателя руководителей выборных коллегиальных органов профсоюзных организаций, признаны не действующими и не подлежащими применению.

Заявитель оспаривал конституционность части первой статьи 374 Трудового кодекса РФ в той мере, в какой ею увольнение по инициативе работодателя на основании пункта 5 части первой статьи 81 Трудового кодекса РФ не освобожденных от основной работы руководителей (их заместителей) выборных коллегиальных органов первичных профсоюзных организаций и выборных коллегиальных органов профсоюзных организаций структурных подразделений организаций (не ниже цеховых и приравненных к ним) допускается только с предварительного согласия соответствующего вышестоящего выборного профсоюзного органа. По мнению заявителя, данное законоположение является дискриминационным, предостав-

ляющим необоснованные преимущества работникам, входящим в состав профсоюзных органов и не освобожденным от основной работы, и создает для них возможность злоупотребления своими правами.

Конституционный Суд РФ указал, что часть первая статьи 374 Трудового кодекса РФ в части, оспариваемой заявителем, воспроизводит положение части второй статьи 235 КЗоТ РФ, конституционность которой была предметом рассмотрения Конституционного Суда РФ. В Постановлении от 24 января 2002 года № 3-П Конституционный Суд РФ пришел к выводу о ее противоречии Конституции РФ в той части, в которой ею не допускалось без предварительного согласия соответствующих профсоюзных органов увольнение работников, входящих в состав профсоюзных органов и не освобожденных от основной работы, в случаях совершения ими дисциплинарных проступков, являющихся в соответствии с законом основанием для расторжения с ними трудового договора по инициативе работодателя. Оспариваемое положение части первой статьи 374 Трудового кодекса РФ является аналогичным законоположению, ранее признанному не соответствующим Конституции РФ в Постановлении от 24 января 2002 года № 3-П, а потому подлежит отмене и не может применяться судами, другими органами и должностными лицами.

Конституционный Суд РФ признал положение части первой статьи 374 Трудового кодекса РФ, согласно которому увольнение по инициативе работодателя в соответствии с пунктом 5 части первой статьи 81 Трудового кодекса РФ руководителей (их заместителей) выборных коллегиальных органов первичных профсоюзных организаций, выборных коллегиальных органов профсоюзных организаций структурных подразделений организаций (не ниже цеховых и приравненных к ним), не освобожденных от основной работы, допускается помимо общего порядка увольнения только с предварительного согласия соответствующего вышестоящего выборного профсоюзного органа, не действующим и не подлежащим применению как являющееся аналогичным ранее признанному Конституционным Судом РФ не соответствующим Конституции РФ.

Постановление Правительства РФ от 11.11.2009 № 916

"О внесении изменений в пункт 16 Положения об особенностях порядка исчисления средней заработной платы"

Уточнен порядок повышения среднего заработка работников при повышении в организации тарифных ставок, окладов (должностных окладов), денежного вознаграждения.

Согласно дополнению, внесенному в "Положение об особенностях порядка исчисления средней заработной платы", утвержденное Постановлением Правительства РФ от 24.12.2007 N 922, в случаях, если с повышением тарифных ставок, окладов, денежного содержания одновременно изменяется перечень и (или) размеры ежемесячных выплат к ним, средний заработок повышается на коэффициенты, которые рассчитываются путем деления вновь установленных тарифных ставок, окладов, денежного вознаграждения и ежемесячных выплат на ранее установленные.

Постановление Правительства РФ от 01.12.2009 № 982

"Об утверждении единого перечня продукции, подлежащей обязательной сертификации, и единого перечня продукции, подтверждение соответствия которой осуществляется в форме принятия декларации о соответствии"

Утверждены единый перечень продукции, подлежащей обязательной сертификации, и единый перечень продукции, подлежащей декларированию соответствия.

Перечни утверждены в соответствии с пунктом 3 статьи 46 Федерального закона "О техническом регулировании". Названным Законом предусматривается обязательное подтверждение соответствия только

в случаях, установленных соответствующим техническим регламентом, и исключительно на соответствие требованиям технического регламента. До принятия соответствующих регламентов обязательному подтверждению соответствия подлежит продукция, поименованная в утвержденных Правительством Перечнях.

Федеральный закон от 17.12.2009 № 320-ФЗ

"О внесении изменений в статью 24 Федерального закона "О рекламе"

Установлены ограничения размещения рекламы медицинских услуг по искусственному прерыванию беременности.

Изменениями, внесенными в Федеральный закон "О рекламе", предусмотрено, что названная реклама не должна размещаться, в частности: в предназначенных для несовершеннолетних печатных изданиях, аудио- и видеопродукции; на первой и последней полосах газет, а также на первой и последней страницах и обложках журналов; в теле- и радиопрограммах, при кино- и видеообслуживании; на всех видах транспортных средств и на объектах транспортной инфраструктуры (вокзалах, аэропортах, станциях метрополитена).

Распоряжение Президента РФ от 17.12.2009 № 861-рп

"О Климатической доктрине Российской Федерации"

В целях осуществления скоординированных действий, направленных на обеспечение безопасного и устойчивого развития РФ в условиях изменяющегося климата, разработана Климатическая доктрина Российской Федерации.

Доктрина представляет собой систему взглядов на цель, принципы, содержание и пути реализации единой государственной политики РФ внутри страны и на международной арене по вопросам, связанным с изменением климата и его последствиями. Определено, в частности, что основными задачами политики в области климата являются: укрепление и развитие информационной и научной основы политики в области климата, включая усиление научно-технического и технологического потенциала РФ; разработка и реализация оперативных и долгосрочных мер по адаптации к изменениям климата; разработка и реализация оперативных и долгосрочных мер по смягчению антропогенного воздействия на климат; участие в инициативах международного сообщества в решении вопросов, связанных с изменениями климата и смежными проблемами.

Федеральный закон от 30.12.2009 № 385-ФЗ

"О внесении изменений в Федеральный закон "О техническом регулировании"

Полномочия по принятию технических регламентов предоставлены еще одному государственному органу.

Им является федеральный орган исполнительной власти по техническому регулированию. Технические регламенты принимаются нормативным правовым актом федерального органа исполнительной власти по техническому регулированию в случаях, предусмотренных программой разработки технических регламентов, утвержденной Правительством РФ.

Существенно дополнен перечень документов в области стандартизации, используемых на территории Российской Федерации. В указанный перечень включены международные стандарты, региональные стандарты, региональные своды правил, стандарты иностранных государств и своды правил иностранных государств, зарегистрированные в Федеральном информационном фонде технических регламентов и

стандартов, а также надлежащим образом заверенные переводы на русский язык международных стандартов, региональных стандартов, региональных сводов правил, стандартов иностранных государств и сводов правил иностранных государств, принятые на учет национальным органом Российской Федерации по стандартизации.

В Федеральный закон "О техническом регулировании" внесены и другие изменения. Так, в частности, из Закона исключен перечень первоочередных технических регламентов, которые должны были быть приняты до 1 января 2010 года. В Закон включены нормы, устанавливающие возможность введения, до вступления в силу технических регламентов, в отношении отдельных видов продукции и связанных с требованиями к ней процессов проектирования, производства, строительства, монтажа, наладки, эксплуатации, хранения, перевозки, реализации и утилизации обязательных требований, содержащихся в технических регламентах государств - участников таможенного союза или в документах Европейского союза.

Регламенты

Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 30.09.2009 № 59

"Об утверждении СанПиН 2.4.3.2554-09"

Зарегистрировано в Минюсте РФ 06.11.2009 № 15197.

С 1 января 2010 года вводится в действие Изменение № 2 к "Санитарно-эпидемиологическим требованиям к организации учебно-производственного процесса в образовательных учреждениях начального профессионального образования".

В частности, уточнены требования к объемно-планировочным и конструктивным решениям зданий, сооружений и отдельных помещений. Предусмотрено, что состав и площади помещений должны соответствовать требованиям санитарных правил и обеспечивать условия для подготовки обучающихся по предметам общеобразовательных и профессиональных программ подготовки, практического освоения ими профессиональных навыков, в том числе и при дополнительном введении новых профилей профессионального образования.

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 02.10.2009 № 808н

"Об утверждении Порядка оказания акушерско-гинекологической помощи"

Зарегистрировано в Минюсте РФ 31.12.2009 № 15922.

Разработан Порядок оказания акушерско-гинекологической помощи.

Утвержденный Порядок включает в себя, в частности: порядок оказания медицинской помощи женщинам в период беременности; порядок оказания медицинской помощи беременным женщинам с врожденными пороками сердца у плода; порядок оказания медицинской помощи женщинам в период родов и в послеродовой период; порядок оказания медицинской помощи беременным женщинам, роженицам и родильницам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими хирургической помощи; порядок оказания медицинской помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями. В приложениях к Порядку приводятся: Положение об организации деятельности женской консультации; Положение об организации деятельности врача-акушера-гинеколога женской консультации; штатные нормативы медицинского и другого персонала женских консультаций; стандарт оснащения женской консультации и прочее. Действие Порядка распространяется на организации, оказывающие акушерско-гинекологическую медицинскую помощь.

Федеральный Закон от 09.11.2009 № 247-ФЗ

"О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием Федерального Закона «Технический регламент о требованиях пожарной безопасности»"

В связи с принятием Федерального закона "Технический регламент о требованиях пожарной безопасности" внесены изменения в отдельные законодательные акты.

В частности, Федеральным законом от 21 декабря 1994 года № 69-ФЗ "О пожарной безопасности" установлено, что техническое регулирование в области пожарной безопасности осуществляется в порядке, установленном законодательством РФ о техническом регулировании в области пожарной безопасности. Согласно изменениям, внесенным в отдельные статьи УК РФ и КоАП РФ, касающиеся ответственности за нарушение правил пожарной безопасности, используемое по тексту слово "правила" заменено словом "требования" в соответствующем падеже.

Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 23.11.2009 № 71

"Об утверждении СанПиН 2.1.2.2564-09"

Зарегистрировано в Минюсте РФ 29.12.2009 № 15884.

С 1 марта 2010 года вводятся в действие гигиенические требования к объектам организаций здравоохранения и социального обслуживания, предназначенных для постоянного проживания престарелых и инвалидов.

Утвержденные санитарные правила, в частности, устанавливают: гигиенические требования к объемно-планировочным решениям, к системам инженерного обеспечения, к внутренней отделке помещений, к инвентарю и технологическому оборудованию, к организации питания, а также требования по профилактике инфекционных, паразитарных заболеваний и организации дезинфекционных мероприятий.

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 08.12.2009 № 966н

"Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с урологическими заболеваниями"

Зарегистрировано в Минюсте РФ 22.12.2009 № 15796.

Регламентировано оказание медицинской помощи больным с урологическими заболеваниями.

Приказ Минздравсоцразвития РФ регулирует оказание больным с урологическими заболеваниями плановой первичной медико-санитарной помощи - терапевтической, хирургической и урологической медицинской помощи, а также плановой специализированной урологической помощи, в том числе высокотехнологичной. Приказом определены, в частности, порядок выявления в амбулаторной практике лиц с высоким риском урологических заболеваний, положение об организации деятельности урологического кабинета, стандарты его оснащения и рекомендуемые штатные нормативы.

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 15.12.2009 № 991н

"Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком"

Зарегистрировано в Минюсте РФ 29.12.2009 № 15892.

Разработан Порядок, регулирующий вопросы оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком, в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения.

Установлено, что медицинская помощь пострадавшим оказывается в рамках: скорой медицинской помощи (в том числе специализированной санитарно-авиационной); первичной медико-санитарной помощи; специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи. Скорая медицинская помощь осуществляется бригадами скорой медицинской помощи анестезиологии - реанимации. Поводом к выезду бригады (первичный вызов) являются, в частности, дорожно-транспортные происшествия, падения с высоты, тяжелые термические поражения, массовые несчастные случаи. Оказание медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком, на этапах оказания скорой медицинской помощи осуществляется в соответствии с установленными стандартами медицинской помощи. В приложениях к Порядку приведен стандарт дополнительного оснащения операционного отделения для противошоковых мероприятий, а также рекомендуемые штатные нормативы медицинского персонала операционного отделения.

Федеральный закон от 30.12.2009 № 384-ФЗ

"Технический регламент о безопасности зданий и сооружений"

Разработан Технический регламент о безопасности зданий и сооружений.

Объектом технического регулирования в Федеральном законе "Технический регламент о безопасности зданий и сооружений" являются здания и сооружения любого назначения (в том числе входящие в их состав сети инженерно-технического обеспечения и системы инженерно-технического обеспечения), а также связанные со зданиями и с сооружениями процессы проектирования (включая изыскания), строительства, монтажа, наладки, эксплуатации и утилизации (сноса). Федеральный закон распространяется на все этапы жизненного цикла здания или сооружения и устанавливает минимально необходимые требования к зданиям и сооружениям, а также к связанным со зданиями и с сооружениями процессам проектирования (включая изыскания), строительства, монтажа, наладки, эксплуатации и утилизации (сноса), в том числе требования: механической безопасности, пожарной безопасности, безопасности при опасных природных процессах и явлениях и (или) техногенных воздействиях; безопасных для здоровья человека условий проживания и пребывания в зданиях и сооружениях; безопасности для пользователей зданиями и сооружениями; доступности зданий и сооружений для инвалидов и других групп населения с ограниченными возможностями передвижения; энергетической эффективности зданий и сооружений; безопасного уровня воздействия зданий и сооружений на окружающую среду. Федеральный закон вступает в силу по истечении шести месяцев со дня его официального опубликования.

Наука

Приказ Минкультуры РФ от 22.09.2009 № 650

"О создании экспертного совета по авторским и смежным правам"

Зарегистрировано в Минюсте РФ 25.11.2009 № 15311.

В целях совершенствования государственной политики и нормативно-правового регулирования в сфере авторских и смежных прав при Минкультуры РФ создан Экспертный совет.

В соответствии с утвержденным Положением основной задачей Совета является формирование предложений по реализации Минкультуры РФ государственной политики и нормативно-правового регулирования сферы авторских и смежных прав. Совет осуществляет, в частности, функции: по подготовке аналитических, информационных материалов и рекомендаций в установленной сфере; разработке предложений по совершенствованию нормативной базы; организации мероприятий по научному и общественному обсуждению основных направлений государственной политики в сфере авторских и смежных прав. Утвержден состав Экспертного совета.

Приказ Минобрнауки РФ от 16.11.2009 № 603

"О внесении изменений в Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 25 февраля 2009 г. № 59"

Зарегистрировано в Минюсте РФ 08.12.2009 № 15408.

Внесены уточнения в Приказ Минобрнауки РФ, которым была утверждена Номенклатура специальностей научных работников.

Установлено, что прием в аспирантуру (адъюнктуру) и докторантуру образовательных учреждений и научных организаций в соответствии с Номенклатурой специальностей научных работников, утвержденной Приказом Минобрнауки РФ от 25 февраля 2009 года № 59, будет осуществляться с 1 января 2011 года. Образовательные учреждения и научные организации, реализующие программы послевузовского профессионального образования, в срок до 1 января 2011 года должны привести учебные планы подготовки и индивидуальные планы работы аспирантов (адъюнктов) и докторантов в соответствие с утвержденной Номенклатурой.

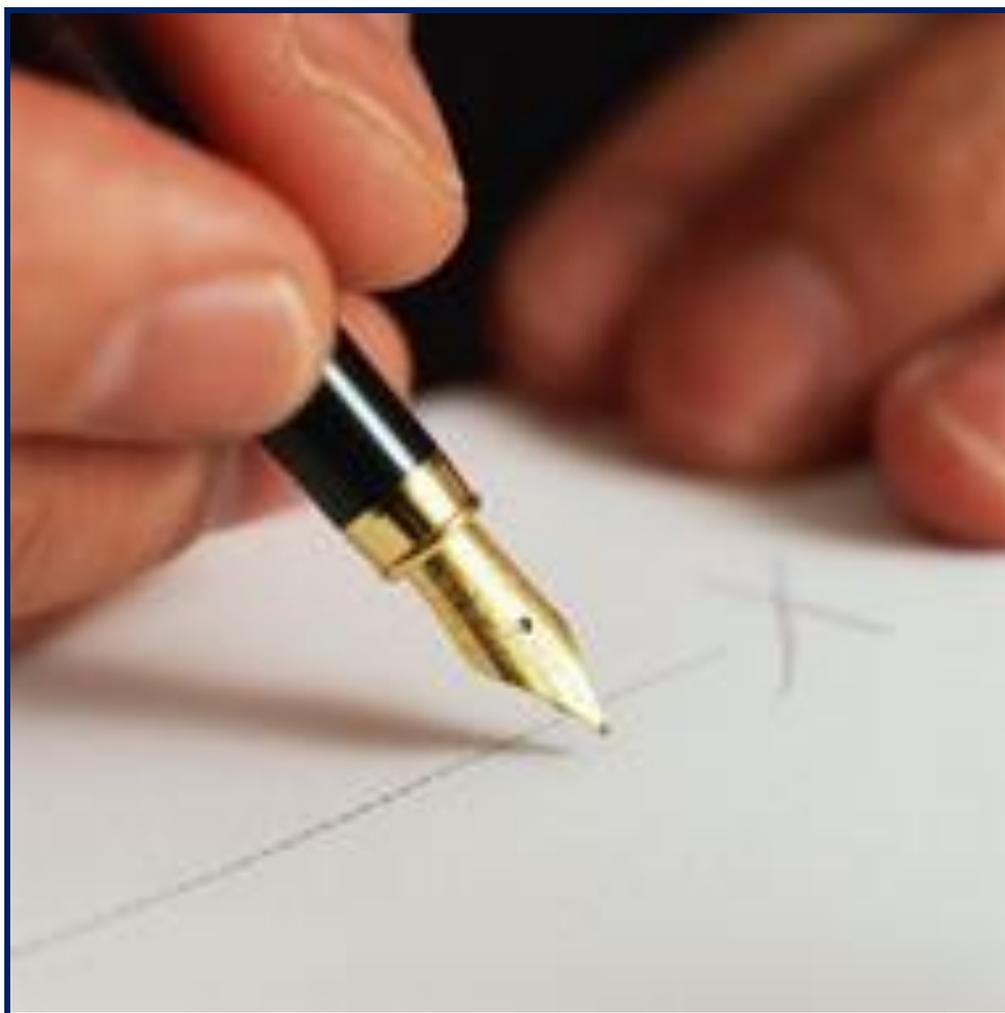
Федеральный закон от 27.12.2009 № 358-ФЗ

"О внесении изменения в статью 5 Федерального закона "О науке и государственной научно-технической политике"

Закреплена возможность получения статуса государственных научных центров научными организациями независимо от организационно-правовой формы.

Изменение внесено в статью 5 ("Научная организация") Федерального закона "О науке и государственной научно-технической политике". До внесения изменения статус государственного научного центра мог быть присвоен научной организации, которая находится в ведении федерального органа исполнительной власти или государственной академии наук и ее региональных отделений.

Часть 7



Сведения об авторах

Агранович Олег Виленович – кандидат медицинских наук, Главный детский невролог Ставропольского края, заведующий психоневрологическим отделением ГУЗ «Краевая детская клиническая больница»; 355029, г. Ставрополь, ул. Семашко, д. 3, тел. (865) 235-76-03, факс (865) 235-97-17, e-mail: oaгранович@yandex.ru.

Бауэр Иван Васильевич – Заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, заведующий травматологическим отделением Новосибирской государственной областной клинической больницы; тел. (383) 315-98-36, e-mail: ibauer@bk.ru.

Бгатова Наталья Петровна – доктор биологических наук, профессор, заведующая лабораторией ультраструктурных исследований Научно-исследовательского института клинической и экспериментальной лимфологии, г. Новосибирск; тел. (383) 336-18-07, e-mail: kazarzov@mail.ru.

Бережная Галина Михайловна – врач невролог-эпилептолог ГУЗ «Краевая детская клиническая больница»; 355029, г. Ставрополь, ул. Семашко, д. 3, тел. (865) 235-62-77.

Болотова Нина Викторовна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой пропедевтики детских болезней, детской эндокринологии и диабетологии Саратовского Государственного медицинского университета им. В. И. Разумовского Росздрава; тел. (845) 252-51-87, e-mail: kafedranv@mail.ru.

Веселова Екатерина Викторовна – аспирант кафедры глазных болезней Саратовского государственного медицинского университета им. В. И. Разумовского Росздрава; тел. (845) 222-84-41, e-mail: sirphoto@yandex.ru.

Глушенко Елена Владимировна – врач-невролог Неврологического центра эпилептологии нейрогенетики и исследования мозга Университетской клиники ГОУ ВПО «Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого Министерства здравоохранения и социального развития»; 660022 г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1, тел. (391) 220-98-71, (391) 221-24-49, e-mail: glushenkoelena@mail.ru

Глыбочко Пётр Витальевич – доктор медицинских наук, профессор заведующий кафедрой урологии Саратовского государственного медицинского университета им. В. И. Разумовского Росздрава, член-корреспондент РАМН; тел. (845) 256-67-96.

Григоричева Елена Александровна – доктор медицинских наук, профессор кафедры поликлинической терапии, заведующая отделением функциональной диагностики Клиники Челябинской государственной медицинской академии; тел. (351) 728-72-77, факс (351) 721-82-55 (с пометкой «Для Григоричевой»), e-mail: lenaqriq@rambler.ru.

Дуганова Мария Олеговна – ординатор кафедры гинекологии Саратовского государственного медицинского университета им. В. И. Разумовского Росздрава; тел. (845) 251-51-21.

Жиленко Валентин Юрьевич – заведующий травматологическим отделением ГКБ № 34 г. Новосибирска; (383) 352-28-36, e-mail: kazarezov@mail.ru.

Иванова Елена Николаевна – старший преподаватель кафедры психологии Липецкого государственного технического университета; 398600, г. Липецк, ул. Московская, д. 30, e-mail: Nansy1961@km.ru.

Казарезов Михаил Васильевич – доктор медицинских наук, профессор Новосибирского государственного медицинского университета; адрес для переписки: 630099, г. Новосибирск, глвпочта, до востребования, тел.(383) 211-42-96, e-mail: kazarezov@mail.ru.

Каменских Татьяна Григорьевна – доктор медицинских наук, заведующая кафедрой глазных болезней Саратовского государственного медицинского университета им. В. И. Разумовского Росздрава; тел. (845) 222-84-41, e-mail: kamtanvan@mail.ru.

Карагезян Кристина Маликовна – ординатор кафедры гинекологии Саратовского государственного медицинского университета им. В. И. Разумовского Росздрава, тел. (845) 251-51-21.

Колбнев Игорь Олегович – ассистент кафедры глазных болезней Саратовского государственного медицинского университета им. В. И. Разумовского Росздрава; тел. (845) 222-84-41, e-mail: kamtanvan@mail.ru.

Корельская Ирина Евгеньевна – кандидат педагогических наук, доцент кафедры спортивных дисциплин факультета физической культуры Поморского государственного университета им. М. В. Ломоносова; e-mail: arseniy@atnet.ru.

Королёва Анна Михайловна – кандидат медицинских наук, директор ООО «Лечебно-оздоровительный научный центр», г. Новосибирск; тел. (383) 2261-86. 630049, e-mail: kazarezov@mail.ru.

Лазебникова Светлана Владимировна – ассистент кафедры пропедевтики детских болезней, детской эндокринологии и диабетологии Саратовского Государственного медицинского университета им. В. И. Разумовского Росздрава; тел. (845) 252-51-87, e-mail: kafedranv@mail.ru.

Легенчук Дмитрий Владимирович – кандидат педагогических наук, доцент Курганского государственного университета; e-mail: doc600@rambler.ru.

Лефтерова Кира Сергеевна – аспирант кафедры реабилитологии ФПК и ПП Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии Росздрава; 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2, тел: (812) 542-97-21, e-mail: doc_kira@mail.ru.

Мышкина Елена Юрьевна – ассистент кафедры глазных болезней Саратовского государственного медицинского университета им. В. И. Разумовского Росздрава; тел. (845) 222-84-41, e-mail: kamtanvan@mail.ru.

Райгородская Надежда Юрьевна – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры пропедевтики детских болезней, детской эндокринологии и диабетологии Саратовского Государственного медицинского университета им. В. И. Разумовского Росздрава; тел. (845) 252-51-87, e-mail: kafedranv@mail.ru.

Райгородский Юрий Михайлович – кандидат физико-математических наук, директор ООО «ТРИМА», г. Саратов; тел. (845) 234-00-11, e-mail: trima@overta.ru.

Салов Игорь Аркадьевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой гинекологии лечебного факультета Саратовского государственного медицинского университета им. В. И. Разумовского Росздрава; тел. (845) 251-51-21.

Слыхов Александр Александрович – кандидат технических наук, патентный поверенный РФ, г. Москва; тел./факс (495) 351-20-75, e-mail: par136@rambler.ru.

Спицин Анатолий Павлович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой патфизиологии Кировской государственной медицинской академии; тел. (833) 250-23-09, e-mail: sap@kirovgma.ru.

Спицина Татьяна Анатольевна – соискатель кафедры патофизиологии Кировской государственной медицинской академии; тел. (833) 237-47-10, e-mail: sap@kirovgma.ru.

Суслова Галина Анатольевна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой реабилитологии ФПК и ПП Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии Росздрава; 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2, тел: (812) 542-97-21, e-mail: docgas@mail.ru.

Терешкина Татьяна Михайловна – патентный поверенный РФ, Евразийский патентный поверенный, г. Москва; тел./факс (495) 351-20-75, e-mail: par136@rambler.ru.

Унтковский Игорь Иванович – кандидат медицинских наук, главный врач ГУЗ «Краевая детская клиническая больница»; 355029, г. Ставрополь, ул. Семашко, д. 3, тел. (865) 235-61-55.

Цой Елена Владимировна – ЗАО «Институт клинической реабилитологии», г. Тула; тел. (487) 236-77-53, факс (487) 231-11-12, e-mail: icreab@yandex.ru.

Чичёва Галина Владимировна – аспирант кафедры пропедевтики детских болезней, детской эндокринологии и диабетологии Саратовского Государственного медицинского университета им. В. И. Разумовского Росздрава; тел. (845) 252-51-87, e-mail: kafedranv@mail.ru.

Чухловина Мария Лазаревна – доктор медицинских наук, профессор кафедры нервных болезней Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии Росздрава; 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2.

Шнайдер Наталья Алексеевна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой медицинской генетики и клинической нейрофизиологии Института последипломного образования, руководитель Неврологического центра эпилептологии нейрогенетики и исследования мозга Университетской клиники Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Министерства здравоохранения и социального развития; 660022 г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1, тел. (391) 220-98-71, (391) 221-24-49, e-mail: NAScnaider@yandex.ru

Экшаров Алексей Геннадьевич – ординатор травматологического отделения Новосибирской государственной областной клинической больницы; 630000, г. Новосибирск, ул. Н. Данченко, д. 130, тел. (383) 355-51-37, e-mail: kazarezov@mail.ru.

Ядрихинская Елена Валентиновна – соискатель ученой степени кандидата биологических наук, Поморского государственного университета имени М. В. Ломоносова, заместитель директора по учебно-воспитательной работе муниципального образовательного учреждения дополнительного образования детей «Детско-юношеская спортивная школа г. Вельска»; e-mail: arseniy@atnet.ru.

Автономная некоммерческая организация «Научно-внедренческий центр «Аркус»



Информационные услуги:

- ✓ сведения о государственных закупках;
- ✓ новости федерального законодательства;
- ✓ информация о грантах, конкурсах, конференциях, семинарах;
- ✓ поиск научной информации и обзор литературы;
- ✓ редактирование научных текстов

В современном обществе самым ценным капиталом является информация – точная и своевременная. Казалось бы, что во времена высоких технологий, дефицита информации нет. Однако именно в насыщенном информационном пространстве сложнее всего найти необходимые сведения – свежие, достоверные, актуальные и ... почти «эксклюзивные».

Специалисты Научно-внедренческого центра «Аркус» готовы помочь Вам в поиске нужной информации. Мы любим свою работу и будем рады поделиться с Вами нашими знаниями, опытом, возможностями.

Информация будет приходить Вам на электронный адрес, указанный Вами в заявке. Обращаем Ваше внимание, что мы предлагаем свои услуги только в области медицины, педагогики, психологии, философии, истории, культурологии, социологии, менеджмента и затрагиваем сферы деятельности в здравоохранении, образовании, науке, социальной защите, спорте, культуре, молодежной политике, статистике, управлении.

▪ **Информация об объявленных государственных закупках**

Предоставляется информация об объявленных государственных и муниципальных закупках. Для уточнения сфер интересующей вас деятельности наши специалисты свяжутся с Вами. Вы можете получать информацию по своему выбору (не более 10 регионов):

- наименование и максимальная стоимость тендера, сведения о заказчике, сроки приема документов, Интернет-ссылка для перехода на страничку заказчика – 150 руб./мес.;
- полный пакет конкурсной документации, представленный заказчиком – 450 руб./мес.

Информация будет поступать по мере объявления тендеров. Обновление информации по госзакупкам происходит несколько раз в день.

▪ ***Новости федерального законодательства***

Предоставляется информация о новых нормативно-правовых актах и иных документах, регламентирующих деятельность по указанным выше направлениям. Вы можете получать информацию по своему выбору:

- наименование документа, его реквизиты, аннотация к документу – 90 руб./мес.;
- полный текст документа – 300 руб./мес.

Информация будет поступать еженедельно.

▪ ***Сведения о выдвигаемых грантах и конкурсах, а также о научных конференциях, семинарах***

Предоставляется информация о выдвигаемых грантах, конкурсах социальных и культурных проектов, в том числе международных. Информация может предоставляться Вашему по выбору:

- наименование мероприятия, сведения об организаторах, сроки подачи заявки, максимальная стоимость конкурса или стоимость участия, Интернет-ссылка для перехода на страничку организатора – 50 руб./мес.;
- полный текст документа, предоставленный организатором – 100 руб./мес.

Информация будет поступать еженедельно.

▪ ***Поиск необходимых литературных источников***

Предоставляется услуга по поиску необходимых заказчику литературных источников. Наши специалисты по Вашему заданию найдут печатный или электронный вариант необходимого Вам издания. Работа выполняется без осуществления предварительной оплаты услуг. После того, как необходимый источник будет найден, заказчику будет сообщен его выходные данные, объем, формат (печатный, электронный) и условия предоставления. При необходимости информация с бумажного носителя может быть переведена в электронный формат.

▪ ***Обзор литературы по заданной теме***

Обзор литературы по заданной теме (в рамках указанных выше направлений) составляется на следующих условиях. Первоначально формируется перечень необходимой литературы в соответствии с требованиями ГОСТ к оформлению библиографического списка. В зависимости от сложности первоисточника и его объема, а также с учетом требований заказчика к обзору литературы, формируется коммерческое предложение. Из данного списка заказчик выбирает необходимые источники и интересующий его объем работы. Стоимость работ:

- предоплата за формирование списка литературы по теме – 500 руб.;
- предоплата за формирование списка литературы при предоставлении автором более 50% источников – 300 руб.;

- предоставление аннотаций к литературным источникам – 20 руб. за каждый источник;
 - краткое содержание источника – по согласованию с заказчиком;
 - обзор литературы по представленным источникам – по согласованию с заказчиком.
- **Редактирование и подготовка к печати научных текстов**

Предоставляются услуги по редактированию и технической коррекции текста в формате Word. Первоначально осуществляется редактирование текста и согласование возможных поправок с автором. После утверждения автором текст подвергается технической коррекции. Для согласования с автором, знакомым с форматом «Рецензирование», текст для согласования направляется в указанном формате. Стоимость услуг по подготовке научного текста к печати составляет:

- в формате «Рецензирование» – 50 руб. за каждые полные 2 000 знаков с пробелами;
- в обычном формате с указанием внесенных поправок – 60 руб. за каждые полные 2 000 знаков с пробелами.

Обращаем Ваше внимание, что все услуги, кроме поиска необходимых литературных источников, осуществляются на условиях полной предоплаты. После того, как абонентская плата (предоплата) будет осуществлена, Вам необходимо направить заявку на наш электронный адрес, где необходимо представить сведения, указанные на последнем развороте буклета, а также указать интересующую Вас тематику (здравоохранение, образование, высшая школа, социальная защита и социальное обеспечение, культура, спорт, налоги, общая организация деятельности, труд и занятость и пр.) – для информационных услуг в области государственного заказа, новостей федерального законодательства и грантов (конкурсов).

Реквизиты для осуществления платежей

Автономная некоммерческая организация «Научно-внедренческий центр «Аркус», 614090, г. Пермь, ул. Лодыгина, д. 39
ОГРН 1065900048136, ИНН 5904146860, КПП 590401001, Р/сч 40703810912180000521
К/с 30101810800000000857 в Автозаводском расчетно-кассовом центре г. Нижний Новгород
Приволжский филиал ОАО КБ «Восточный»,
ОГРН 102280000112, ИНН 2801015394, КПП 526043001 (юридический адрес: 603073, г. Нижний Новгород, пр. Ленина, д. 64, вст. пом. 10), БИК 042253857

Назначение платежа: оплата информационных услуг от (*указать фамилию, имя, отчество заказчика и город проживания*).

Реквизиты платежного документа и заявку в свободной форме с указанием полных фамилии, имени, отчества, контактного телефона с кодом города, резервного электронного адреса, а также наименования информационной услуги направить в адрес журнала по e-mail с электронного почтового ящика, на который хотели бы получать информацию.

Для юридических лиц проект договора, образец заполнения счета и счет-фактура направляется по дополнительному запросу. 614090, г. Пермь, а/я 2980, Надымовой Марине Сергеевне. Тел./факс (342) 242-89-47, моб. 8-902-83-82-059, e-mail: arcus1@mail.ru.

Содержание

Часть 1. Вопросы организации 5

Слыхов А. А., Терешкина Т. М. Патентная защита интеллектуальных продуктов и технических средств реабилитации инвалидов **6**

Часть 2. Медицинский этап реабилитации 15

Бауэр И. В., Казарезов М. В., Королева А. М., Жиленко В. Ю., Экшаров А. Г., Бгатова Н. П. Концептуальный подход к диагностике, выбору адекватного способа операции с обеспечением благоприятных исходов в реабилитации больных с псевдоартрозами **16**

Глыбочко П. В., Салов И. А., Райгородский Ю. М., Дуганова М. О., Карагезян К. М. Аппаратно-медикаментозная реабилитация женщин с хроническим рецидивирующим циститом в постменопаузе **24**

Каменских Т. Г., Веселова Е. В., Колбнев И. О., Мышкина Е. С. Сравнительная эффективность вазоактивной медикаментозной и физиотерапии в реабилитации больных глаукомой **33**

Лазебникова С. В., Чичёва Г. В., Райгородская Н. Ю., Болотова Н. В. Физиотерапевтическая реабилитация с помощью аппарата «АМО-АТОС-Э» при нарушениях в репродуктивной системе у девочек с ожирением **41**

Назаркин А. Я., Черешнев А. И. Результаты оперативной коррекции эквинусной деформации стоп у пациентов с детским церебральным параличом при использовании медицинской технологии «Поэтапная фибротомия в ортопедии» **48**

Спицина Т. А., Спицин А. П. Фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний у лиц опасных профессий (метаболический синдром) **53**

Цой Е. В. О результатах использования оперативной медицинской технологии «Поэтапная фибротомия в ортопедии» в реабилитации пациентов с детским церебральным параличом и патологией опорно-двигательного аппарата **61**

Шнайдер Н. А., Глуценко Е. В. Ведение и реабилитация пациентов с наследственной нейропатией Шарко-Мари-Тура **70**

Часть 3. Психологические аспекты реабилитации 81

Григоричева Е. А., Сорокин А. В., Коровина О. В. Роль личностных особенностей и профессиональной дезадаптации в формировании ремоделирования сердца и сосудов у лиц ведущих профессий железнодорожного транспорта, больных артериальной гипертензией **82**

Иванова Е. Н. Уровень субъективного контроля и особенности межличностных отношений в проблеме психологической готовности к компенсации инсулинзависимого сахарного диабета **88**

Корельская И. Е., Ядрихинская Е. В. Оценка психологической готовности спортсменов циклических видов спорта **102**

Лефтерова К. С., Сулова Г. А., Чухловина М. Л. Особенности диагностики панических атак **110**

Часть 4. Социальная реабилитация 117

Агранович О. В., Унтевский И. И., Бережная Г. М. Социальные проблемы организации процесса реабилитации детей с эпилепсией **118**

Исанова В. А. Алгоритм реабилитации неврологических больных с двигательными нарушениями с использованием инновационных технологий **123**

Легенчук Д. В. Совершенствование социальной реабилитации больных с психическими расстройствами в условиях специализированного учреждения **128**

Часть 5. Победивший себя – могуч 133

Часть 6. Нормативно-правовая база 149

Часть 7. Сведения об авторах 183