**ФБГОУ ВО Ульяновский государственный университет**

**Институт медицины, экологии и физической культуры**

# Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования

**Высшее сестринское образование в системе российского здравоохранения**

Материалы Х российской научно-практической конференции с международным участием

*Ульяновск, 22-24 декабря 2015г.*

*(сайт: http://www.ulsu.ru/science/)*

Ульяновск – 2015

**УДК 378.9:614.21.08**

**ББК 51.1 (2)р**

**В 93**

*Редакционный совет:*

Академик РАЕН, д.м.н., профессор Мидленко В.И., д.м.н., профессор Песков А.Б., д.м.н., профессор Давидян Л.Ю.

**В 93** **Высшее сестринское образование в системе российского здравоохранения**: материалы российской научно-практической конференции с международным участием (22-24 декабря 2015г, г. Ульяновск) – Ульяновск: УлГУ, 2015 – с.

В сборник вошли публикации, подготовленные сотрудниками ВУЗов и работников практического здравоохранения, посвященные актуальным проблемам организации здравоохранения, сестринского дела, клинической и спортивной медицины.

Заказное – 2015

©Ульяновский государственный университет, 2015

**Уважаемые коллеги!**

Предлагаемый Вашему вниманию сборник научно-практических трудов посвящен актуальным проблемам организации здравоохранения, менеджмента, экономики, сестринского дела и клинической медицины.

Всем участникам конференции желаем дальнейших успехов в Вашей деятельности!

**Редакционный совет**

**Содержание**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Автор | Название | Стр. |
| ***Балтер Р.Б., Иванова Т.В., Целкович Л.С., Хан Ю.Р., Ибрагимова А.Р*** | **Клинические и морфологические особенности течения микоплазменной инфекции у женщин репродуктивного возраста** | 6 |
| ***Балтер Р.Б., Целкович Л.С., Хан Ю.Р., Ледакова В.Б., Никулина И.Е.*** | **Иммунологические особенности течения микоплазменной инфекции у женщин с патологией шейки матки** | 9 |
| ***Гильмутдинова Э.Р., Воробьев А.А.*** | **ГОСУДАРСТВЕННОЕ УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ** | 11 |
| ***Головихин Е.В.*** | **ТХЭКВОНДО, КАК СРЕДСТВО ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ ШКОЛЬНИКОВ В НАЧАЛЬНЫХ КЛАССАХ** | 15 |
| ***Головихина Д.В.*** | **ПОДГОТОВКИ СПОРТИВНОГО РЕЗЕРВА В ХАНТЫ-МАНСИЙСКОМ АВТОНОМНОМ ОКРУГЕ** | 20 |
| ***Головихин Е.В., Катаргулова Ю.Х.*** | **ПРАКТИКА БОЕВЫХ ИСКУССТВ КАК СРЕДСТВО****РАЗВИТИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОСТИ** | 26 |
| ***Демина Е.В., Богдасаров А.Ю., Олейникова Д.В.*** | **Комплексная терапия розацеа у женщин**  | 28 |
| ***Катаргулова Ю.Х.*** | **Обоснование базы физической подготовки и постановки техники тхэквондо детей 10-11 лет** | 30 |
| ***Катаргулова Ю.Х.*** | **Особенности построения тренировки на начальном этапе в тхэквондо с детьми в возрасте 6-7 лет** | 38 |
| ***Клименко М.А.*** | **ОСОБЕННОСТИ РЕГИОНАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ ХМАО ЮГРЫ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ ПОДГОТОВКИ СПОРТИВНОГО РЕЗЕРВА В г. НИЖНЕВАРТОВСКЕ** | 43 |
| ***Козырева Е.В., Давидян Л.Ю.*** | **ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РЕЦЕПТИВНОСТИ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ И НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ** | 48 |
| ***Козырева Е.В., Давидян Л.Ю.*** | **МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭНДОМЕТРИЯ ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ И НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ** | 51 |
| ***Мидленко В.И., Карташев А.А., Евтушенко Е.Г., Смолькина А.В.*** | **ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕРИАНАЛЬНОЙ И КРЕСЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ** | 55 |
| ***Овсяник О.А., Давидян Л.Ю, Балтер Р.Б., Целкович Л.С., Черезова Ю.М., Руденко Ю.А.*** | **Социально-психологическая адаптация женщин к климактерию** | 58 |
| ***Сапунова И. В.*** | **Художественная гимнастика и будущие спортивные «звезды»** | 61 |
| ***Серова Н.Г. Беленькая О.Н., Линева О.И., Целкович Л.С., Балтер Р.Б.*** | **Оценка влияния условно-патогенной флоры на развитие синдрома хронической тазовой боли у женщин репродуктивного возраста** | 64 |
| ***Торосян М.Х.*** | **адъювантная лекарственная терапия первично-операбельного рака молочной железы** | 66 |
| ***Торосян М.Х., Родионов В.В., Кометова В.В.*** | **Возможности использования адьювантной терапии рака молочной железы у жнещин** | 68 |
| ***Черепанова Я.В.*** | **ГРУППЫ РАННЕГО ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ КАК ОДНА ИЗ ФОРМ РАБОТЫ В ПОДГОТОВКЕ СПОРТИВНОГО РЕЗЕРВА (ПРОФИЛЬНОЙ ОРИЕНТАЦИИ НА ОЛИМПИЙСКОЕ ТХЭКВОНДО)** | 72 |
| ***Черников И.А.*** | **ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ В СПОРТИВНЫХ ШКОЛАХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОРГАНИЗАЦИОННО-УПРАВЛЕНЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ (НА ПРИМЕРЕ ЕДИНОБОРСТВ)** | 79 |
| ***Шляпников М.Е.*** | **УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ГИСТЕРОМЕТРИЯ КАК МЕТОД КОНТРОЛЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕРОДОВОГО МЕТРОЭНДОМЕТРИТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДИКИ ВНУТРИПОЛОСТНОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ МАТКИ** | 83 |

**Клинические и морфологические особенности течения микоплазменной инфекции у женщин репродуктивного возраста**

***Балтер Р.Б., Иванова Т.В., Целкович Л.С., Хан Ю.Р., Ибрагимова А.Р***

**ГОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет**

**Россия, Самара**

Хронический эндоцервицит, обусловленный микоплазменной инфекций нередко создает благоприятный фон для развития диспластических изменений шейки матки.

**Цель исследования**: выявить особенности клинико-цитологической и морфологической картины патологии шейки матки, асооциированной с микоплазменной инфекцией.

Материал и методы исследования: Было проведено обследование 196 женщин репродуктивного возраста, из которых 114 страдали генитальным микоплазмозом (основная группа) у 82 пациенток не было выявлено урогенитальной инфекции (группа сравнения).

Выделенные группы женщин были сопоставимы по возрасту и медико-социальным параметрам, различаясь только по наличию микоплазменной инфекции.

Методы исследования: кольпоскопия, микробиологическое исследование влагалищного содержимого, цитологическое исследование, гистологическое исследование биоптатов шейки матки по показаниям.

Проведенный анализ клинических проявлений заболевания свидетельствовал о том, что бессимптомное течение генитального микоплазмоза (жалобы отсутствуют) было у 45,6% женщин основной группы. У остальных пациенток микоплазмоз сопровождался неспецифическими жалобами, характерными для проявлений воспалительного процесса гениталий. Большинство пациенток указывали на такие проявления, как обильные гнойные или серозно-гнойные (бели) выделения, дискомфортные ощущения, зуд и жжение во влагалище и дизурические расстройства (ложные позывы к мочеиспусканию, учащенное, болезненное мочеиспускание, боли в области мочевого пузыря).

Часть женщин отмечала расстройства менструального цикла, которое в основном проявлялось дисменореей 4,2%. У 10,5% пациенток основной группы было выявлено первичное (25%) и вторичное (75%) бесплодие.

Проведенная кольпоскопия свидетельствовала о том, что нормальные кольпоскопические картины (оригинальный сквамозный эпителий, цилиндрический эпителий, нормальная зона трансформации) выявлялись у 21,1% женщин в основной группе и высоко достоверно чаще у 63,4% пациенток в группе сравнения (р<0,001).

Аномальные кольпоскопические картины в зоне трансформации и за пределами зоны трансформации (ацетобелый эпителий, плоский, микропапиллярный, пунктация нежная и грубая, мозаика нежная и грубая, лейкоплакия тонкая и толстая, йоднегативная зона, атипические сосуды), были характерны для 39,4% обследованных основной группы и достоверно реже у 15,8% группы сравнения соответственно (<0,001).

Кольпоскопическая картина, подозрительная на инвазивную карциному выявлена у 3,5,7% обследованных основной и только у одной 1,2% женщины в группе сравнения (р>0,05).

Проведенные цитологические исследования показали, что у 57,06% женщин с микоплазменной инфекцией и у 78,0% пациентки группы сравнения мазки были полноценными. (р<0,001). У 28,1% в основной, против 15,8% в группе сравнения цитологическая оценка была возможна, но ограничена (р<0,05). У 14,9% и 6,1% полученный для исследования материал был не полноценным, что требовало проведения повторного цитологического исследования (р<0,05).

Было установлено, что цитологическая картина в пределах нормы, выявлена у 55,2% пациенток с урогенитальным микоплазмозом и у 76,8% пациенток без урогенитальной инфекции (р<0,001). Умеренные изменения клеток эпителия были характерны для 24,5% женщин основной и 13,4% пациенток группы сравнения (р<0,05). Значительные изменения клеток эпителия - были выявлены у 20,1% пациенток основной и 7,3% женщин группы сравнения (р<0,01).

Достоверное увеличение заключений «Значительные изменения клеток эпителия» и «Умеренных изменений клеток эпителия» в основной группе по сравнению с группой сравнения, по - видимому объясняется большим количеством кольпитов и хронических эндоцервицитов, вызывающих выраженные изменения эпителиальных клеток шейки матки, что затрудняло цитологическую диагностику.

Распределение женщин страдающих урогенитальным имкоплазмозом по типу цитологических картин по Папаниколау показало, что цитограммы I типа по Папаниколау – «Цитограмма без особенностей» (наличие клеток многослойного сквамозного и железистого эпителия, морфологические особенности которого соответствуют возрасту обследуемой здоровой женщины) выявлены у 18,4% в основной и больше половины у 75,6% группы сравнения соответственно (р<0,001).

При воспалительном типе мазка морфологически наблюдались дегенеративные, экссудативные и репаративные изменения.

III тип цитологических мазков наличие в цитограмме изменений эпителия, соответствующих предопухолевому состоянию шейки матки был выявлен у 14,9% в основной и у 3,6% в группе сравнения соответственно (р<0,01). Из них цитологическая картина соответствующая умеренному предопухолевому состоянию выявлена у 7,8% женщин с урогенитальным микоплазмозом и у 2,4% обследованных без микоплазменной инфекции (р>0,05). Тяжелая дисплазия - IIIб степени - цитологически определена у 7,0% женщин основной и у одной 1,2% пациенток в группе сравнения (р<0,05).

При выявлении выраженности диспластических изменений эпителия шейки матки учитывалась совокупность следующих признаков: способность эпителиальных клеток к дифференцировке, выраженность клеточной атипии, ослабление межклеточных связей.

У 7,0% в основной группе и у 1,2% в цитологической картине выявлялись изменения дающие основание заподозрить рак «Подозрение на рак», что при дальнейшем гистологическом исследовании не подтвердилось. V тип цитологической картины (рак шейки матки) выявлен у 1,7% обследованных основной группы, в группе сравнения таких пациенток выявлено не было. VI тип - цитограммы не укладывающиеся в рамки вышеуказанных цитологических типов «Неполноценность мазка» определена у 14,9% в основной и у 6,1% женщин в группе сравнения (р<0,05).

Проведенные гистологические исследования эпителия шейки матки показали, что плоскоклеточная метаплазия выявлена у 4,3% пациенток основной группы и у 1,2% в группе сравнения. Полипы шейки матки у 5,2% и 2,4% женщин соответственною Железистая гиперплазия была характерна для 13,1% обследованных страдающих генитальным микоплазмозом и для 6,1% группы сравнения. Обращает на себя внимание достоверно большее число слабо выраженной дисплазии шейки матки у женщин страдающих микоплазменной инфекцией 7,8%, в группе сравнения выявлено 2,4% случая.

Анализируя структуру патологии шейки матки в общеклиническом плане, мы определили, что достоверных различий в изучаемых группах по таким нозологиям как эрозия и эктропион шейки матки, лейкоплакия, старый разрыв, эндометриоз шейки матки и полипы выявлено не было (р>0,05). Вместе с тем, у женщин страдающих генитальным микоплазмозом высоко достоверно чаще выявлялась воспалительная болезнь шейки матки: цервицит, эндоцервицит, экзоцервицит с эрозией или эктропионом или без них в сравнении с обследованными группы сравнения 27,1% и 7,3% соответственно (р<0,05). Необходимо указать, что у женщин влиянию микоплазменной инфекции достоверно чаще выявлялись дисплазии шейки матки 12,2% в сопоставлении с пациентками группы сравнения 3,6% (р<0,05). Также у одной пациентки основной группы выявлена Карцинома in situ шейки матки.

Следовательно, проведенные морфологические исследования эпителия шейки матки у женщин страдающих генитальным микоплазмозом показали высокую частоту воспалительной болезни шейки матки (цервицит, эндоцервицит, экзоцервицит с эрозией или эктропионом или без них), что создает фон для развития эпителиальных дисплазий и в последующем рака шейки матки.

**Иммунологические особенности течения микоплазменной инфекции у женщин с патологией шейки матки**

***Балтер Р.Б., Целкович Л.С., Хан Ю.Р., Ледакова В.Б., Никулина И.Е.***

**ГОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет**

**Россия, Самара**

Иммунологические исследования были проведены у 196 женщин репродуктивного возраста, из которых 114 страдали генитальным микоплазмозом (основная группа) у 82 пациенток не было выявлено урогенитальной инфекции (группа сравнения).

Выделенные группы женщин были сопоставимы по возрасту и медико-социальным параметрам, различаясь только по наличию микоплазменной инфекции.

Методы исследования: исследование крови по параметрам:: лейкоциты и общий пул лимфоцитов крови, относительное и абсолютное содержание зрелых Т – лимфоцитов (СD3+), Т – хелперы/индукторы (СD4+), Т – супрессоров/цитотоксических лимфоцитов (СD8+ клетки), иммунорегуляторный индекс. Было определено, что у женщин основной группы выявляется достоверное увеличение относительного содержания зрелых Т-лимфоцитов (СD3+ клеток) до 69,3%.. Анализ изменений содержания лейкоцитов и общего пула лимфоцитов не выявил различий в сравниваемых группах. Увеличение уровня содержания Т-лимфоцитов у женщин страдающих микоплазменной инфекцией, сопровождалось достоверным увеличением относительного и абсолютного содержания Т-хелперов/индукторов (СD4+ клетки) по сравнению с таковыми у женщин группы сравнения.

### Выявленные в основной группе изменения содержания СD4+ к СD8+ лимфоцитов привело к высоко достоверному (р<0,001) увеличению до 1,43 иммунорегуляторного индекса по сравнению с группой сравнения - 0,86, что свидетельствует о выраженной нагрузке клеточного звена иммунитета у женщин страдающих микоплазменной инфекцией.

Так, как необходимым условием выработки антител против большинства антигенов в организме является клеточная кооперация между Т- и В- лимфоцитами, через функционирование последних реализуется гуморальный иммунитет. Для оценки данного звена иммунной системы у женщины с генитальным микоплазмозом определялось относительное и абсолютное содержание В- лимфоцитов (СD19+ клетки), уровень Ig A, Ig G и Ig M, а также циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК).

Анализ состояния гуморального звена иммунитета у женщин, страдающих генитальным микоплазмозом выявил увеличение концентрации Ig A до 2,49 г/л, что было в 1,8 раза выше чем у женщин группы сравнения - 1,34 г/л (р<0,001). У этих же обследованных отмечено снижение увеличение уровня Ig G до 11,7 г/л в основной, против 6,5 г/л в группе сравнения (р<0,05). При этом относительное и абсолютное содержание В- лимфоцитов (СD19+ клетки) у изучаемых женщин достоверно не отличалось. Отмечена тенденция увеличения уровня циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) 98,3% в основной группе.

Суммируя данные о влиянии микоплазменной инфекции на состояние гуморального иммунитета, можно отметить значительную нагрузку на гуморальное звено иммунитета, проявляющийся в гипергаммаглобулинемией и увеличением ЦИК в сыворотке крови по сравнению с женщинами у которых не выявлялась генитальныя инфекция

# Изменения в системе местного иммунитета у женщин основной группы по сравнению с пациентками группы сравнения характеризовалась достоверно высокими концентрациями иммуноглобулинов класса А - 0,059 г/л и 0,042 г/л соответственно (р<0,05). Отмечено некоторое увеличение концентрации Ig G 0,021 г/л и 0,018 г/л (р>0,05). При этом у пациенток страдающих микоплазменной инфекцией отмечено достоверное увеличение Ig M во влагалищной жидкости – 0,028 г/л и 0,012 г/л (р<0,01).

Изменения в системе местного иммунитета у женщин страдающих микоплазменной инфекцией также характеризовалось увеличением во влагалищной жидкости трансферетина 0,329 г/л, при уменьшении С3 – комплемента 0,084 г/л и преальбумина - 0,024.

Таким образом проведенные исследования позволили сформулировать следующий вывод: клиническая манифестация микоплазменной инфекции обусловлена изменениями иммунной защиты. При этом гуморальное звено иммунитета у женщин, страдающих микоплазменной инфекцией, характеризуется гипергаммаглобулинемией и увеличением ЦИК, увеличен уровень содержания Т-лимфоцитов, имеется достоверное увеличение относительного и абсолютного содержания Т-хелперов/индукторов (СD4+ клетки). Изменения местного иммунитета проявляются достоверно высокими концентрациями IgА, увеличением концентрации Ig G, Ig M и трансферритина во влагалищной жидкости.

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

***Гильмутдинова Э.Р., Воробьев А.А.***

**Казанский (Приволжский) Федеральный Университет**

**Россия, Казань**

Актуальность темы исследования обуславливается тем, что существует большое количество проблем в системе Российского здравоохранения, среди них снижение государственного финансирования, сокращение доступности медицинской помощи для экономически необеспеченных групп населения, рост стоимости медицинских услуг.

 В течение последних нескольких лет вопросы обеспечения качества медицинской помощи стали еще более важными. Проблема качества медицинской помощи неизбежно вырастает в общенациональную проблему качества жизни населения. Для улучшения качества медицинской помощи необходимо решить проблемы, связанные с обеспечением качества медицинских услуг.

Качество медицинской помощи представляет собой сложный комплексный феномен, рассмотрению сущности которого посвящены работы представителей разных научно-практических областей. В отечественной литературе данная тематика изучается чаще медиками, экономистами, юристами. Вопросами, связанными с качеством медицинской помощи, уделяи значительное внимание Л.М Астафьева, Стародубова В.И, А.М Осипова, А.В Тихомирова, В.К Юрьева, В.В. Власова, Н.Х Сабитова. Эти авторы анализируют правовые и медико-технологические основы оказания медицинской помощи.

Получение и анализ оперативной информации об уровне качества медицинской помощи и возможность принятия адекватных управленческих решений обеспечивает контроль качества. Постоянный и успешный контроль возможен тогда, когда этим занимаются различные категории медперсонала.

Правовым аспектом контроля качества медицинской помощи в РФ является «Положение о системе ведомственного и вневедомственного контроля качества медицинской помощи в учреждениях здравоохранения», утвержденное приказом МЗ РФ и Федерального фонда ОМС «О совершенствовании контроля качества медицинской помощи населению РФ от 24 октября 1996 г».

Таким образом, в системе управления качества медицинской помощи можно выделить три взаимосвязанных элемента контроля:

1. Участники контроля (т.е. кто должен осуществлять контроль).

2. Средства (с помощью чего осуществляется контроль)

3. Механизмы контроля (каким образом осуществляется контроль, последовательность действия).

В Росздравнадзор в 1-м квартале 2014 года поступило 512 обращений граждан с жалобами на нарушение, по мнению заявителей, их прав на получение медицинской помощи, из них:

1. Отказ в предоставлении информации о состоянии здоровья – 33 (50,4%).
2. Низкая доступность и качество медицинской помощи – 127 (17,3%).
3. Отказ в оказании медицинской помощи – 138 (8,0%) .
4. Непредставление гарантированного объема медицинской помощи – 61 (7,9%).
5. Нарушение права выбора врача и медицинской организации – 54 (6,5%).
6. Нарушение права на оказание медицинской помощи лицам, отбывающим наказание в виде ограничения свободы – 43 (5,4%).
7. Непредставление информации о факторах, влияющих на здоровье – 27 (2,4%).
8. Несоблюдение врачебной тайны – 6 (1%).
9. Медицинское вмешательство без получения добровольного информированного согласия гражданина – 5 (1%).

Следует отметить, что обращение граждан в Росздравнадзор вызвано тем, что в ряде случаев заявления пациентов остается не рассмотренным или рассмотренным ненадлежащим образом непосредственно в медицинских учреждениях.

Таким образом, качественная медицинская помощь возможна тогда, когда обеспечены 4 фактора:

1. Человеческий – сотрудник квалифицированный, с желанием работать в данной должности, обучен технологиям и стандартам, выполняет должностные инструкции, активно устраняет возникшие проблемы.
2. Организационный – на рабочем месте имеется описание технологий, стандарты, должностные инструкции, регламент взаимодействия данной должности (рабочего места) с другими рабочими местами (работниками) подразделения или других подразделений.
3. Технический – рабочее место оснащено всем необходимым для выполнения функций данного работника.
4. Фактор времени – работник наделен достаточным временем для выполнения своих функций и технологических процессов на достаточно высоком уровне, в соответствие со стандартом.

Анализируя и оценивая качество и эффективность медицинских услуг результаты исследования показали нам, что несмотря на реформу модернизации здравоохранения Российской Федерации, большинство опрошенных россиян в 2014г. не заметили каких-либо изменений в сервисе программы ОМС в лучшую сторону. Так же, с помощью организации контроля качества и эффективности медицинской помощи можно выявить не только дефекты в работе, но и, в определенной степени, повысить уровень качества медицинской помощи.

Важно понимать, что к разным категориям населения нужен разный подход для того, чтобы не возникало конфликтных ситуаций между пациентами и персоналом. Например, целесообразно, чтобы инвалиды преклонного возраста не обслуживались вместе с трудоспособным населением, так как это порождает большое количество серьезных социальных проблем, наиболее значимые из которых следующие:

1) создаются длинные очереди в кабинеты к врачам, которые раздражают молодых потребителей медицинских услуг, соответственно, возникают конфликты в медицинских учреждениях, что приводит к частым стрессам;

2) к каждому пожилому пациенту у любого специалиста должен быть индивидуальный подход. Поэтому необходимо обучать врачей всех специализаций для работы в геронтологии;

3) необходимо выделять специального психолога, который мог бы работать с пожилыми пациентами. Таким образом, можно сократить количество пожилых пациентов, приходящих к специалистам просто пообщаться.

Для снижения уровня нарушений по вопросам качества медицинской помощи, необходимо увеличить должный контроль за качеством медицинской помощи, непосредственно в медицинских организациях, а также увеличить контроль со стороны Министерств здравоохранений субъектов РФ. Именно организация контроля качества и эффективности медицинской помогает не только выявить дефекты в работе, но и, в определенной степени, повысить ее уровень.

Также, необходимо продолжать повышать качество оказываемых медицинских услуг. Для этого необходимо провести следующие мероприятия:

1. Провести мероприятия по усилению мотивации труда врачей - повышение зарплаты, оптимизация числа врачей и эффективное использование их труда.

2. Информирование пациента и общества о качестве медицинской помощи. Пациент выступает как заказчик, участник и один из контролеров процесса. Создание системы просвещения пациента через буклеты, телевидение, Интернет, общественные организации.

В заключение следует отметить, что качество медицинской помощи обеспечивается всеми составляющими элементами системы здравоохранения: материально-техническим обеспечением, кадровыми, научными, организационными, финансовыми, интеллектуальными, информационными ресурсами.

1. Федеральный закон РФ от 29.11.2010 №326 «Об обязательном медицинском страховании в РФ» (в ред. от 01.12.2014). [Электронный ресурс]: Справочно – правовая система «Консультант – Плюс». URL: http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgireq=doc;base=LAW;n=171752 (дата обращения 19.03.2015).

2. Еругина, М. В. Стимулирование медицинских работников к повышению качества медицинской помощи / М. В. Еругина, Экономика здравоохранения № 6. 2012г. – С. 18-20.

3. Косарев, В. В. Совершенствование качества организации медицинских осмотров работающего населения / В. В. Косарев, В. С. Лотков, С. А. Бабанов Здравоохранение Российской Федерации № 6. 2012г. – С. 11-14.

4. Новокрещенова И.Г Управление качеством сестринской помощи в лечебно-профилактическом учреждении / И. Г. Новокрещенова Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины № 1. 2014г. – С. 24-26.

**ТХЭКВОНДО, КАК СРЕДСТВО ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ ШКОЛЬНИКОВ В НАЧАЛЬНЫХ КЛАССАХ**

***Головихин Е.В.***

**Центр подготовки сборных команд ХМАО ЮГРЫ**

**Россия, Нижневартовск**

Актуальность. Новый федеральный стандарт преподавания физической культуры в общеобразовательной школе предусматривает три урока физической культуры в неделю[10]. Появляется дополнительная возможность специализированной спортивной направленности при работе с детьми начальных классов средствами тхэквондо. Новый федеральный стандарт тхэквондо предусматривает занятия с детьми с 9 лет. В нашей работе специализация начинается с 7 лет. Что через два года работы позволит сформировать спортивный класс по виду спорта тхэквондо со всеми видами финансирования и формами работы. Работа проводится по авторской программе, срок действия которой рассчитан на три года.

Актуальность разработки программы обусловлена необходимостью поиска эффективных путей совершенствования занятий физической культурой на этапе формирования устойчивой внутренней мотивации к систематическим занятиям физкультурно-оздоровительной и спортивной деятельности юных учащихся начального блока в возрасте 6,5 – 8 лет. Представленная программа направлена на повышение качества образовательного процесса через организацию внеурочной деятельности обучающихся по физической культуре [1,2].

Цель исследования – определить возможности тхэквондо, как средства физического воспитания в начальных классах общеобразовательной школе.

Задачи исследования – изучить состояние вопроса по научно-методической литературе, разработать авторскую программу для преподавания третьего урока физической культуры на основе средств вида спорта тхэквондо, экспериментально доказать динамику изменений физической подготовленности в экспериментальном классе [4].

Результаты исследования. Тхэквондо как олимпийский вид спорта развивается с 2000 года. В 1996 году включен как вид спорта в государственные программы физического воспитания населения России. В 2013 году создан новый федеральный образовательный стандарт по тхэквондо для образовательных учреждений России. Где возраст зачисления на этап начальной подготовки ограничен 9 годами. С 11 лет дети могут принимать участие в официальных отборочных соревнованиях. Попасть в состав сборной команды России и выступать на первенствах Европы и мира. В обычной тренерской практике на подготовку спортсмена уходит от 5 и более лет. Год на ознакомление и физическое развитие. После получение достаточной двигательно-координационной базы начинается техническая подготовка. На которую, тратиться два-три года. И в дальнейшем вся спортивная карьера осуществляется на совершенствование техники движений. Параллельно осуществляется комплексный подход к развитию спортсмена. Который выражается в отработке блоков. Блок анатомический направлен на скелет, связки, мышцы и сухожилия. Блок физиологический связан с адаптационными процессами и взаимодействием внутренних органов. Отработка физиологических систем при нагрузке. Блок биомеханический. Техника выполнения упражнений тхэквондо. Блок биохимический. Особенность крови, как транспортного средства утилизировать лактат и доставлять кислород к тканям и клеткам. Блок психический. Включает в себя развитие черт характера и формирование необходимых свойств личности для избранного вида спорта. Заслуженный тренер России Головихин Е.В. определяет пять основных направлений для формирования и совершенствования психики спортсмена. Первое - интеллектуальные качества. Второе - эмоциональное состояние. Третье - моральное взаимодействие в спортивном коллективе. Четвертое – волевые качества. Пятое – отношение к спортивной деятельности [1].

Учитывая все выше перечисленные составляющие тренировочного процесса, разработали авторскую программу для общеобразовательной школы в начальных классах. Образовательная программа является модифицированной, по направленности - физкультурно-оздоровительной, по уровню освоения - углубленной, по способу подачи содержания и организации учебного процесса – комплексной, вертикально – горизонтальной.

Новизна, актуальность, педагогическая целесообразность.

Именно с этими характеристиками учеников сообразуются ближайшие и отдалённые цели образовательного акта и всего учебного курса содержание образования в программе. Диагностика возможностей и способностей учащихся предшествует образовательному процессу и осуществляется на всём его протяжении.

Образование предполагает искусство тренера-преподавателя (чаще всего как лидера группы) предоставлять ученикам содержание образования в наиболее доступной для них форме и наиболее действенными методами. Содержание образования отвечает целям (потребностям) учащихся, а также социально детерминированным целям. Обе группы целей должны иметь гармонизирующую их общую часть.

Педагогическая целесообразность обусловлена необходимостью вовлечения обучающихся в социально-активные формы деятельности, а именно в занятия физической направленности.

Отличительной особенностью данной программы является объект - объектные, объект – субъектные, субъект – субъектные отношения между тренером-преподавателем и воспитанником. Стремление к общим стандартам техники, средств и методов технической подготовки в стремлении достичь высоких результатов. Поэтому необходима творческая работа тренера над индивидуальными особенностями воспитанников. При этом следует учитывать, что индивидуальные особенности развития каждого из обучаемых редко вполне соответствуют типовым характеристикам, о которых написано в руководствах. В связи с этим следует говорить о необходимости учитывать индивидуальные особенности развития и подготовленности обучаемых Следовательно, главной задачей процесса совершенствования личности обучаемых в теоретическом, техническом и тактическом развитии является усовершенствование структуры двигательных действий, их динамики, кинематики и ритма с учетом индивидуальных особенностей спортсменов.

Практика работы с детьми в возрасте 6,5-8 лет присутствует повсеместно. Но в связи с отсутствием должного уровня профессионализма тренеров в ходе соревновательной и учебно-тренировочной практики нередки случаи выработки негативных рефлексов и восприятия спорта. Не профессионализм приводит к потере интереса к занятиям на фоне формирующегося отрицательного эмоционального отношения к различным видам спорта, как со стороны спортсменов, так и со стороны людей, которые непосредственно сталкиваются со спортивной практикой.

Не достаточно разработанным, на наш взгляд, остается вопрос профессиональной подготовки спортсменов в области олимпийских видов спорта, которая должна учитывать личностные особенности спортсменов, новейшие достижения в различных областях современной педагогики, психологии, физиологии и медицины, поэтому возникла необходимость в их совершенствовании. Для этого была разработана типовая программа, отвечающая современным требованиям подготовки спортивного резерва, учебных программ по видам спорта для учащихся ДЮСШ и других образовательных учреждений.

При работе с детьми, пришедшими заниматься в группы раннего развития в образовательное учреждение выявлены необходимые условия, которые необходимо создать и возможные проблемы, которые необходимо устранить для выполнения задач воспитания, обучения и развития. Рассмотрим основные из них:

1. Установление контакта с каждым родителем для получения информации о ребёнке, создания родительских советов и организации контроля за поведением.
2. Отсутствие у детей знаний о правильном поведении на тренировке или занятии.
3. Небольшой объём знаний в области физической культуры.
4. В большинстве случаев слабое физическое развитие.
5. Отсутствие привычки трудиться.
6. Низкий уровень двигательной активности.
7. Ослабленное здоровье.
8. Отсутствие положительного примера и влияния в семьях. Во многих семьях конфликтные ситуации или другие социальные проблемы.
9. Отсутствие положительного опыта занятий физкультурной или спортивной деятельности.
10. Отсутствие, каких либо целей в жизни.
11. Отсутствие общественно полезных авторитетов.
12. Низкая уровень развития психологических качеств.
13. Отсутствие должного интереса к занятиям, непонимание и нежелание укреплять свое здоровье.
14. Отсутствие элементарных теоретических знаний по анатомии, гигиене, здоровому образу жизни.
15. Низкий уровень основных учебных умений.
16. Слабо развито или деформировано умение самовыражаться, строить отношения с окружающими людьми.

Педагогический эксперимент проводился на базе школьных образовательных учреждений № 30 г. Нижневартовска ХМАО ЮГРА.

 В 2012 году начались занятия в первом классе. На третьем уроке физической культуры ученики занимались развитием двигательно-координационных качеств средствами спортивной специализации тхэквондо. В середине октября 2012 года с детьми был проведен первый мониторинг физического развития. Где использовались тесты выбранные автором. В процессе написания дипломной работы, на основе полученных теоретических знаний мы сделали проект исследования. Где определили количество тестов, время проведения тестов, количество испытуемых и порядок тестирования. За исследовательскую основу взяли следующие тесты:

* Скоростные способности бег 10м с ходу (с);
* Скоростная выносливость бег 30м (с);
* Ловкость бег 10м между предметами (с);
* Измерение скоростно-силовых способностей прыжок в длину с места (см);
* Измерение скоростно-силовых способностей бросок набивного мяча на дальность из положения сидя ноги врозь масса=1 кг. (см);
* Проверка координационных качеств статическое равновесие (с);
* Гибкость наклоны туловища вперед на скамейке (см);
* Гибкость мостик (см);
* Измерение пассивной гибкости шпагат (см)

Мониторинг позволил выявить слабые стороны физической подготовленности школьников и выработать рекомендации для родителей э детей участвующих в эксперименте.

На основании полученных результатов разрабатывались текущие и рабочие планы, основу которых составляли перспективные планы на три года спортивного образовательного процесса.

Средний прирост развития двигательно-координационных качеств в год составил более 40%, что позволило сформировать необходимые модельные параметры вида спорта тхэквондо.

1. Выводы: Использование тхэквондо, как средства физического воспитания в начальных классах позволило привлечь к активным занятиям физической культурой дополнительно 25 человек. По итогам мониторинга выработаны рекомендации для родителей и педагога.

**Литература.**

1. Головихин Е.В. Методические рекомендации при планировании прохождения материала по физической культуре на основе единоборств в образовательных учреждениях. - Ульяновск : УГПУ, 2003. - 68 с.
2. Головихин Е.В..Программа по каратэ для СОШ, ДЮК, ДЮСШ, СДЮСШОР, УОР - Екатеринбург : Изд-во Беркут, 2007. - 82 с.
3. Лях, В. И. Комплексная программа физического воспитания учащихся : 1-11 классы / В. И. Лях, А. А. Зданевич // Физкультура в школе. - 2004. - № 1-8.
4. Лях, В. И. Комплексная программа физического воспитания учащихся 1-11 классов / В. И. Лях, А. А. Здане­вич. - М. : Просвещение, 2010. - 127 с.
5. Назаренко Л.Д. Оздоровительные основы физических упражнений. М., 2002. 342 с.
6. Настольная книга учителя физической культуры / авт.-сост. Г. И. Погадаев ; под ред. Л. Б. Кофмана. -М. : Физкультура и спорт, 1998. - 496 с.
7. Настольная книга учителя физической культуры : справ.-метод, пособие / сост. Б. И. Мишин. - М. : ООО «Изд-во АСТ» ; ООО «Изд-во Астрель», 2003. - 526 с.
8. Оценка качества подготовки выпускников средней (полной) школы по физической культуре / авт.-сост. А. П. Матвеев. Т. В. Петрова. - М. : Дрофа, 2001.- 128 с.
9. Положение о Совете Министерства образования и науки Российской Федера­ции по федеральным государственным образовательным стандартам от "10" апреля 2009 г. N 123
10. Сборник нормативных документов. Физическая культура. М: Дрофа 2004 (федеральный компонент государственного стандарта, Федеральный базисный учебный план)

**ПОДГОТОВКИ СПОРТИВНОГО РЕЗЕРВА В ХАНТЫ-МАНСИЙСКОМ АВТОНОМНОМ ОКРУГЕ**

***Головихина Д.В.***

**МАОУ ДО г. Нижневартовска СДЮСШОР**

**Россия, Нижневартовск**

Основной задачей центра спортивной подготовки ХМАО ЮГРЫ является подготовка спортсменов высокого класса, конкурентно способных не только в России, но и на международной спортивной арене.

Создание основы для выявления, развития и сохранения талантливых спортсменов и тренеров в значительной степени способствует достижению указанной цели. Опыт работы показывает, что такая цель может быть реализована комплексно.

Комплексность решения мы видим в следующем:

**1. Совершенствование нормативных правовых актов в сфере физической культуры и спорта посредством:**

-разработки нормативных правовых актов ХМАО ЮГРЫ в сфере физической культуры и спорта, в том числе о подготовке спортсменов г. Нижневартовска к Олимпийским, Параолимпийским, Сурдолимпийским играм и другим международным соревнованиям, о финансировании спортивных мероприятий;

-утверждения и реализации календарных планов официальных физкультурных мероприятий и спортивных мероприятий Департамента по физической культуре и спорта ХМАО ЮГРЫ, Управлений по физической культуре и спорту в муниципальных учреждения округа;

-разработки и утверждения окружных и муниципальных программ развития физической культуры и спорта в различных аспектах;

-разработка и утверждение образовательных программ и учебно-методической литературы для специалистов по спорту, инструкторов и тренеров-преподавателей по различным видам спорта, не имеющих достаточного методического сопровождения;

-реализация мер, обеспечивающих функционирование системы оздоровительных, образовательных, спортивных и рекреационных направлений.

**2. В целях развития спорта высших достижений и подготовки спортивного резерва должны быть приняты меры по:**

-улучшению работы по подготовке спортсменов высокого класса на базе ДЮСШ, СДЮСШОР, училищ олимпийского резерва, Центра спортивной подготовки сборных команд; обеспечению спортивной одеждой, обувью и инвентарем индивидуального пользования;

-организации научно-методической и практической работы с ДЮСШ,
СДЮСШОР, училищами олимпийского резерва, Центром спортивной подготовки сборных команд в целях качественной подготовки спортсменов, учебно-тренировочных сборов для членов сборных команд ХМАО и Российской Федерации на спортивных базах и в физкультурно-оздоровительных центрах;

-проведению официальных физкультурных и спортивных мероприятий,

-обеспечению участия спортсменов, спортсменов-инвалидов и сборных команд ХМАО ЮГРЫ в окружных, всероссийских и международных соревнованиях;

-обеспечению медицинского контроля, проведению реабилитационных мероприятий, организации лечения спортсменов, обеспечению фармакологическими, восстановительными средствами, витаминными и белково-глюкозными препаратами членов сборных команд Российской Федерации;

-созданию и организации работы межведомственной комплексной научной группы (КНГ) по проблемам методического, текущего контроля и медико-биологического сопровождения физической культуры и спорта;

-развитию профильных классов физкультурно-спортивной направленности в образовательных учреждениях.

**3. Физкультурно-оздоровительная работа с перспективными спортсменами предусматривает:**

-создание системы поэтапного развития: оздоровительная, образовательная и спортивная деятельность с привлечением на первом этапе дошкольников и младших школьников, спортивно-образовательная работа со школьниками, учащимися и студентами, выход на третьем этапе в спорт высших достижений;

-создания дополнительных форм работы в виде **социальных заказов** между общественными организациями, физическими лицами и иными административными аппаратами развивающими физическую культуру и спорт в ХМАО ЮГРЕ;

-проведение ежегодного в ХМАО ЮГРЕ смотра-конкурса на лучшую постановку физкультурно-оздорови­тельной и спортивно-массовой работы среди муниципальных образований, в организациях независимо от организационно-правовых форм и форм собственности, среди клубных объединений;

-содействие развитию сети клубов физкультурно-спортивной направленности по месту учебы, жительства и в организациях независимо от организационно - правовых форм и форм собственности;

-создание на базе различных учреждений кружков и секций физкультурно-спортивной направленности;

-создание условий для реабилитации инвалидов средствами физической культуры и спорта;

-организацию и проведение в ХМАО ЮГРЕ соревнований среди лиц с ограниченными возможностями здоровья, их участие во всероссийских и международных соревнованиях;

-укрепление материально-спортивной базы и реконструкцию спортивных площадок по месту жительства населения, оснащение их спортивным оборудованием;

-проведение физкультурно-оздорови­тельных и спортивно-массовых мероприятий по месту жительства населения;

**4. Развитие физкультурно-спортивной работы с детьми и молодежью включает следующие мероприятия:**

-совершенствование форм и методов физического воспитания в образовательных учреждениях;

-создание опытно-экспериментальных групп для работы с талантливыми спортсменами в целях попадания в сборную команду России;

-организация и проведение в муниципальных учреждениях округа максимального количества соревнований среди детей, подростков и учащейся молодежи согласно утвержденным календарным планам официальных физкультурных мероприятий и спортивных мероприятий муниципальных учреждений ХМАО ЮГРЫ;

-поддержка организации работы тренеров-общественников по месту жительства детей и молодежи;

-проведение в ХМАО ЮГРЕ конкурса инновационных и вариативных программ в сфере развития физической культуры и спорта;

-организация и проведение спортивно-оздорови­тель­ного фестиваля «Президентские состязания», спартакиады школьников и молодежи, спартакиады летних детских оздоровительных лагерей, спортивно-оздоровительных мероприятий среди молодежи допризывного и призывного возраста;

-укрепление материально-технической базы учреждений дополнительного образования детей физкультурно-спортивной направленности, приобретение спортивного инвентаря и оборудования;

-создание клубных объединений физкультурно-спортивной направленности на базе общеобразовательных учреждений;

-улучшение использования спортивных залов общеобразовательных учреждений в рамках активизации внеклассной работы сохранения и укрепления здоровья;

-совершенствование совместной работы муниципальных спортивных учреждений в ХМАО ЮГРЕ с городским образованием, с федерациями, комитетом по делам молодежи, инспекцией по делам несовершеннолетних, военкоматом и всеми заинтересованными лицами в развитии физической культуры и спорта.

**5. Развитие инфраструктуры физической культуры и спорта посредством строительства физкультурно-спортивных комплексов, футбольных полей, площадок и реконструкции спортивных сооружений.**

-строительство плавательных бассейнов;

-строительство дворцов спорта по спортивным специализациям;

-строительство футбольных полей.

**6. Совершенствование управления, организации и кадрового обеспечения физической культуры и спорта предусматривает:**

-организацию и проведение семинаров-совещаний для руководителей и специалистов, работающих в сфере физической культуры и спорта;

-целевую подготовку и переподготовку тренеров-преподавателей, менеджеров по физической культуре и спорту на научных и методических базах ХМАО ЮГРЫ;

-стажировку ведущих тренеров в сборных командах России и обеспечение их участия, а также судей по видам спорта и специалистов в совещаниях-се­ми­нарах, проводимых Минспорттуризмом России;

-организацию и проведение семинаров-совещаний, научно-практи­ческих конференций по вопросам совершенствования физкультурно-спортивной работы по месту жительства, в организациях;

-подготовку и повышение квалификации организаторов физической культуры по месту жительства;

-организацию курсов повышения квалификации на базах ведущих спортивных центров округа по физической культуре и спорта для специалистов физической культуры и спорта;

-организацию семинаров для врачей лечебной физической культуры и спортивной медицины, участковых терапевтов, врачей общей практики (семейных врачей), участковых педиатров по вопросам использования лечебной физкультуры для реабилитации, восстановительного лечения пациентов;

-проведение обучающих семинаров-тренингов по современным методикам организации физкультурно-оздоровительной работы с учителями физической культуры, тренерами-преподавателями и педагогами дополнительного образования.

**7. Пропаганда физической культуры и спорта посредством:**

-изготовления и размещения социальной рекламы по пропаганде спорта и здорового образа жизни в форме телепередач, издание газеты и т.д.;

-создание интернет портала «Центр спортивной подготовки сборных команд Югры»;

-регулярное проведение рубрик на интернет - портале ЦСП СКЮ: спортивный психолог спортсменам, практика спортивных тренировок;

-регулярное освещение в прессе работы общественных спортивных федераций по видам спорта;

-издания полиграфической продукции (выпуск газеты управления по физической культуре и спорту, информационных буклетов, памяток);

-создания и поддержки специализированных спортивных телевизионных программ;

-организации работы пресс-центра во время проведения крупных соревнований всероссийского и международного уровня.

**8. Решение социально-бытовых проблем спортсменов и тренеров**

-принятие решений на уровне окружной думы о выделении субсидий для спортсменов, тренеров и специалистов в области спорта;

-начисления соответствующих премиальных выплат за спортивный результат на официальных соревнованиях;

-материальные поощрения за показанные результаты в работе.

**9. Использование научно-методического потенциала округа**

- рассматривается возможность привлечения экспертов для анализа и коррекции целевых комплексных программ по видам спорта, перспективным, текущим и рабочим планам главных тренеров сборных команд ЮГРЫ по видам спорта.

**ВЫВОДЫ:**

1. Необходимо создание опытно-экспериментальных групп при ЦСП СКЮ для работы с одаренными спортсменами в возрасте от 15 до 21 года на олимпийский цикл. Использовать опыт мониторингов и выявления модельных характеристик соответствия виду спорта. На основе отдельного финансирования, через государственные программы принятые решением местными государственными структурами.
2. Выявление и использование специалистов высокого уровня для развития видов спорта в округе. Тех, кто может работать на результат. Кто понимает тренерский процесс изнутри. Может дать ответ на любой вопрос из практики спортивных тренировок. Назначение на должности главных и старших тренеров должны быть открытыми, обоснованными и логичными.
3. Разработка ключевых показателей эффективности в системе подготовки спортивного резерва. КПЭ — система оценки, которая помогает организации определить достижение стратегических и тактических (операционных) целей. Использование ключевых показателей эффективности даёт организации возможность оценить своё состояние и помочь в оценке реализации стратегии. Определить профессиональные требования к каждому специалисту, поставить общую цель и сформулировать задачи для её реализации. Оценка эффективности - именно тот инструмент, который позволяет определить, насколько управление организацией соответствует уровню достижения стратегических целей, в частности укреплению и росту показателей системы спорта в городе или в округе. Стоит отметить, что эта методика - лишь инструмент, облегчающий процесс принятия управленческих решений за счет обеспечения руководства полноценной информацией, но она отнюдь не является панацеей при решении системных проблем спорта. Данная методика позволяет идентифицировать факт и область возникновения проблемы, но не дает готовых решений.

Почему речь идет об управлении, основанном на эффективности? Улучшение качества работы и увеличение масштабов в области спорта, повышение качества подготовки спортсменов в округе или в городе в настоящее время уже недостаточны для достижения конкурентного преимущества на официальных первенствах или чемпионатах, и поэтому многие регионы подключают дополнительные бюджетные и внебюджетные ресурсы. Эти методы позволяют своевременно реагировать на изменение условий в подготовке спортсменов высокого класса.

1. Использовать научный потенциал округа. Научное сопровождение предусматривает качественный анализ перспективного, текущего и рабочего планирования. Проведения этапных комплексных обследований членов сборной команды округа из представителей города. Использование средств восстановления в полном объеме. Регулярная оценка реакций на нагрузку, функциональное состояние, адаптация организма, психоэмоциональное состояние с использованием специальной аппаратуры. Создание опытно-экспериментальных групп поддержки и сопровождения талантливых спортсменов на бюджетном финансировании регионов и муниципальных учреждений.

**ПРАКТИКА БОЕВЫХ ИСКУССТВ КАК СРЕДСТВО**

**РАЗВИТИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОСТИ**

***Головихин Е.В., Катаргулова Ю.Х.***

**БУ ЦСП СКЮ ХМАО ЮГРЫ (Нижневартовский филиал) г. Ханты-Мансийск, МАОУ ДО г. Нижневартовск**

**Россия, Нижневартовск, Ханты-Мансийск**

В настоящее время очень высока интенсивность информационных процессов. Это можно наблюдать в развитии коммуникативных технологий, транспорта, различных направлений науки, освоении космоса. Отражается это, несомненно, и в развитии систем обучения – самым различным видам человеческой деятельности. Всё это не могло не отразиться на технике и технологии обучения технике боя – особенно в той среде, где силовое взаимодействие является одной из постоянных составляющих профессиональной деятельности. В области боевой подготовки и боевых искусств наш век информационных технологий проявился своеобразно. Вскрылись многие пласты знаний, которые ранее ревниво оберегались их носителями. Это позволило провести сравнительный анализ – как в области традиционных боевых искусств, так и опыта боевой подготовки наиболее известных армейских и специальных подразделений. Кроме того, не стояла на месте и классическая наука – которая на сегодняшний день значительно углубила наши знания о человеческом теле и о процессах, позволяющих наиболее эффективно развивать отдельные физические и психологические качества бойца, учитывать индивидуальные особенности его психики и конституции – и за счет этого создавать индивидуальную боевую систему, наиболее выгодно использующую природные кондиции бойца и наиболее развитые его боевые и физические навыки.

Надо понимать, что индивидуальная боевая система – это не только некий арсенал технических навыков, физических кондиций и психологических установок. Индивидуальная боевая система должна обязательно включать в себя план многолетней подготовки бойца, развития и поддержания физической формы, дальнейшего совершенствования двигательных навыков и психических качеств.

В процессе осмысления техники и методики боевой подготовки мы можем заметить несколько важных этапов.

Известно, что ранее техника боя сохранялась в тайне и была доступна только узкому кругу мастеров. В начале прошлого века несколько известных мастеров-наставников положили начало её обнародованию – причем этот процесс шел «параллельно» и на Востоке и на Западе. С Востока шла информация о традиционных «азиатских» школах – Запад занимался в свою очередь осмыслением методик индивидуальной подготовки своих солдат, составлением «Руководств» и «Наставлений» по рукопашному и оружейному бою, техникам самозащиты. В результате этих процессов была заложена тенденция к систематизации обучения, техника была в определённой степени упрощена и стала доступна для массового обучения.

В это же время появилась спортивная составляющая часть боевого искусства – и в виде «чистого спорта» и в виде «элемента» боевой подготовки профессионалов. Правила поединков были ограничены определёнными рамками, появилась необходимость регламентировать зрелищность и безопасность боёв. Сила ударной техники была поставлена под контроль, во время боя стали применяться защитные протекторы на места, которыми наносятся удары, а также, на те части тела, которые подвержены атаке. Боевые искусства – вопреки широко распространенному ошибочному мнению – явление интернациональное и очень древнее.

Как только человечество пришло к разделению труда в обществе, одной из первых, несомненно, стала профессия воина. Люди, сделавшие способом своего существования установление силового превосходства своего племени над окрестными, не могли не выделиться. Однако возникновение боевых искусств не вытекает напрямую из появления воинов, и далеко не все общества привели к возникновению культур боевых искусств. Причин этому несколько: занятие боевыми искусствами повышает только индивидуальные показатели воина; одним из побочных отрицательных (с точки зрения эффективности массовых военных групп - армий) эффектов занятия боевыми искусствами является то, что мастер перестает подчиняться импульсам бессознательного, сохраняет свою индивидуальность в толпе. Обобщая, можно сказать, что эффективность армии, как массового вооруженного формирования, обеспечивается не боевыми искусствами; напротив, боевые искусства - способ индивидуального совершенствования. С точки зрения восточной философии, человек - звено в единой системе мирового развития, боевые искусства - часть этой системы. Таким образом, сочетание физических тренировок и психотренинга позволяло максимально развивать человеческие возможности.

**Комплексная терапия розацеа у женщин**

***Демина Е.В., Богдасаров А.Ю., Олейникова Д.В.***

**ФБГОУ ВО Ульяновский государственный университет**

**Россия, Ульяновск**

Одним из наиболее распространенных заболеваний из числа хронических дерматозов у молодых женщин являются розовые угри (розацеа), частота заболеваемости которыми достигает 5-10%. Розацеа отличается длительным течением и устойчивостью к проводимой терапии, что значительно ухудшает качество жизни больных. В связи с изложенным, целью нашего исследования явилось обоснование применения гормональной терапии в комплексном лечении розацеа для улучшения терапевтического эффекта и профилактики рецидива заболевания.

Нами было исследовано 153 женщины с розацеа от 20 до 50 лет, а также 30 здоровых женщин аналогичных возрастных групп.

Женщин с розацеа делили на 2 подгруппы: в 1 подгруппе лечение проводилось по традиционной схеме, пациентам 2 подгруппы рекомендовалась гормонотерапия, результаты лечения оценивали через 6 месяцев. Методы обследования включали в себя: осмотр кожи, оценку тяжести и характера клинических проявлений розацеа, тесты функциональной диагностики, микробиологические, акарологические и гормональные методы обследования, определение содержания гормонов Полученные данные комплексно оценивались и статистически обрабатывались..

**Результаты исследований и их обсуждение**

При изучении жалоб у женщин с розацеа, было выявлено, что чаще всего беспокоил зуд, он наблюдался у 71 (46,4±4,0%) пациентки с розацеа. На чувство стягивания указывали 31 (20,2±3,2%) женщина с розацеа. Чувство приливов имели 18 (11,7±2,6%) пациенток. Остальные 33 (21,5±3,3%) пациентки субъективных ощущений не отмечали.

Эритематозно-телеангиэктатическая форма встречалась у 71 (46,4±4,0%) пациента. У 79 (51,6±4,0%) пациентов наблюдалась папуло-пустулёзная форма розацеа. С лёгкой степенью тяжести нами было зарегистрировано 36 (45,5±5,6%)пациентов, со средней степенью 38 (48,1±5,6%), с тяжёлой было 5 (6,3±2,7%) пациентов. У 3 (1,9±1,1%) пациентов наблюдалось офтальморозацеа.

В результате микроскопического изучения кожных соскобов установлено, что наиболее типичным признаком являлось обнаружение в соскобах клещей рода Demodeх folliculorum у 104 (67,9±3,3%) женщин с розацеа и значительно реже 3 (10±5,5%) у практически здоровыхженщин (р<0,001).

Наибольшее преобладание Demodeх folliculorum наблюдалось при папуло-пустулёзной форме розацеа 71 (68,2±4,5%). Следует отметить, что Demodeх folliculorum был обнаружен у всех пациентов, использовавших ранее кортикостероидные препараты.

Проведенные гормональные исследования показали, что в генезе розацеа имеет значение не абсолютное содержание яичниковых и гипофизарных гормонов в крови, а их соотношение, которое обусловливает проявления вегетативных сосудистых реакций, являющихся морфологической основой заболевания.

Степень тяжести клинических проявлений розацеа у женщин корреллировало с показателями соотношений гипофизарных и яичниковых гормонов.

При лечении розацеа мы учитывали возраст пациенток, клиническую форму заболевания и гормональный фон, на котором развились клинические симптомы. Эффективность проведенной терапии оценивалась по динамике исчезновения клинических симптомов.

В случаях обнаружения клеща, назначали соответствующую терапию.

При папуло-пустулёзной форме назначали трихопол внутрь во время еды по 0,75 мг в сутки, три 10-дневных цикла. При пиококковой инфекции рекомендовали антибиотики тетрациклинового ряда. При эритематозно- телеангиэктатической форме для редукции гиперемии местно использовали холодные примочки с 2% раствором таннина или 1% раствором резорцина. Наружно при всех формах использовали 1% гель Розамет или крем Розекс 1-2 раза в день в течение 1-1,5 месяцев. Препарата Розамет для наружного применения содержит в 1 г крема 10 мг метронидазола на гидрофильной основе. При офтальморозацеа дополнительно применялась обработка края век блефарогелем 2 раза в сутки, 1,5 месяца.

У женщин во второй группе параллельно использовали препараты заместительной гормональной терапии:

Из препаратов, регулирующих цикл - до 35 лет мы использовали КОК (состав 20мг этинилэстрадиола, 200мг дросперинона), от 35 до 43 лет - КОК (состав 30мг этинилэстрадиола, 200мг дросперинона), женщинам 44-48 лет, не нуждающимся в контрацепции, назначали препарат три-секвенс (состав эстрадиол-β+норэтистерон).

Трисеквенс – трёхфазный препарат для длительной ЗГТ. Упаковка Трисеквенс содержит: 12 голубых таблеток (маркировка "NOVO 280"): Эстрадиол 2 мг (в виде полугидрата), 10 белых таблеток (маркировка "NOVO 281 "): Эстрадиол 2 мг (в виде полугидрата), Норэтистерон ацетат 1 мг: 6 красных таблеток (маркировка "NOVO 282"): Эстрадиол 1 мг (в виде полугидрата).

"Ярина", содержит этинилэстрадиол (30 мкг) в комбинации с дроспиреноном (3 мг). Дроспиренон, входящий в состав Ярины и Джеса, является производным 17а-спиро-лактона, фармакологические свойства которого представляют уникальную комбинацию прогестагенного, антиминералокортикоидного, антиандрогенного эффектов без эстрогенной, андрогенной и глюкокортикоидной активности.

Следует отметить, что при лечениипо предложенной методике*,* ни у одной из исследованных женщин второй группы отсутствия динамики не отмечалось. У женщин, получавших гормоны, эффективность терапии была в 2,4 раза выше, чем у пациенток, получивших традиционное лечение. У 8,5% пациенток проводимая терапия была не эффективной, причем в подгруппе пациенток, получающих гормонотерапию, таких женщин было в 5,5 раз меньше, чем в подгруппе женщин, получающих традиционное лечение.

Побочного действия назначаемых медикаментозных средств, которые требовали бы изменения или прекращения терапии, не отмечалось. Demodex folliculorum после лечения не обнаружен ни у одной пациентки. Наилучший результат и отсутствие рецидивов в течение полугода отмечен у больных во 2 группе с начальной, эритематозно-телеангиэктатической формой заболевания.

Таким образом, при комплексной терапии розацеа, включающей применение заместительных гормональных препаратов, достигнут быстрый и стойкий клинический эффект, что говорит о высокой эффективности и возможности использования гормональных препаратов при лечении женщин с розацеа.

**Обоснование базы физической подготовки и постановки техники тхэквондо детей 10-11 лет**

***Катаргулова Ю.Х.***

**Нижневартовский Государственный Университет**

**Россия, Нижневартовск**

Существующий федеральный образовательный стандарт министерства спорта России по тхэквондо предусматривает минимальный возраст для занимающихся с 9 лет. Тхэквондо одно из олимпийских видов единоборств, включено в государственные программы физического воспитания населения России и развивается во всех регионах страны. Вид спорта где есть олимпийские медали.

В 10 лет дети приходят в спорт и через год в 11 лет они могут официально участвовать в соревнованиях и попасть на контракт. Что значит 10 и 11 лет? Это всего лишь один год. Отсюда возникает сложность в создании базы физической подготовки и постановки техники тхэквондо за такой короткий срок. Для того чтобы подготовить спортсмена к 11 годам на уровень России, необходимо около пяти лет систематической подготовки. Тут и возникает противоречие между необходимым требованием к результату тренера со спортсменом и возможностями образовательной системы и допуску к началу занятий и комплектующих групп. Практика работы тренеров по тхэквондо ВТФ показывает необходимость понижения возраста занимающихся, а типовые положения не позволяют набирать детей дошкольного возраста. Поэтому возникла потребность разработки авторской программы определяющая содержание образования с детьми в возрасте 5-7 лет. В этом мы видим актуальность нашей работы.

Для развития ребенка необходимы специальные знания и учет индивидуальных возрастных особенностей. В возрасте 5-7 лет в процессе естественного роста развиваются все двигательно-координационные качества. Но в разных соотношениях. Процесс спортивной подготовки напрямую связан с анатомическими и физиологическими периодами формирования организма, с обязательным учетом психических способностей.

На этапе 5-7 лет особенно развиваются следующие физические качества: гибкость, скорость, ловкость. На развитие гибкости уходит срок 6-8 месяцев. Гибкость будет ведущим двигательным качеством развития ребенка. Так как модельные характеристики вида спорта требуют большую мышечную эластичность и координационное качество – амплитуду движения в суставах. На прекрасно развитые суставы можно накладывать биомеханическую тренировку технических элементов.

*Таблица № 1 В*лияние физических качеств и телосложения на результативность по виду спорта тхэквондо (для взрослых спортсменов)

|  |  |
| --- | --- |
|  Физические качества и телосложение  |  Уровень влияния  |
| Скоростные способности  |  3  |
| Мышечная сила  |  2  |
| Вестибулярная устойчивость  |  3  |
| Выносливость  |  2  |
|  Гибкость  |  3  |
|  Координационные способности  |  3  |
| Телосложение  |  1  |

Условные обозначения:

3 - значительное влияние;

2 - среднее влияние;

1 – незначительное влияние

Для наилучшего физического развития нужны периоды, так называемые сенситивные. Сенситивные периоды – это такой временной отрезок, который характеризуется максимальной чувствительностью и благоприятными условиями для формирования определенной способности или типа деятельности организма. В этот период ребенка необходимо уделить внимание физическим качествам. Возьмем ловкость, которая формируется в 5 лет. Данное качество необходимо развивать именно на ранних этапах тренировки нашего будущего спортсмена. В 6 лет наблюдается умеренный рост гибкости. Она является неотъемлемой частью этого спорта. Ведь хорошо развитая гибкость способствует также эффективному овладению рациональной техникой физических упражнений. Упражнения на развитие гибкости способствуют укреплению суставов, повышению прочности и эластичности мышц, связок и сухожилий, совершенствованию координации работы нервно-мышечного аппарата, что в значительной степени предотвращает возникновение травм опорно-двигательного аппарата.

Нужда также возникает в развитии выносливости. Выносливость - это способность к эффективному выполнению упражнений, преодолевая развивающее утомление. Но именно для тхэквондо мы будем развивать специальную выносливость. Снова возникает противоречие, а точнее, в возрасте раннего развития противопоказано формировать данное физическое качество у ребенка. Его организм и психика не готовы воспринимать такого рода упражнения и нагрузку.

Для начального этапа можем воспользоваться более простыми и значимыми средствами для общего физического развития, будущего чемпиона. Очень эффективны упражнения из акробатики и гимнастики. Возьмем структуру акробатических упражнений. В нее входят: равновесие, перекаты, кувырки, прыжки. Начнем с равновесия. Виды: боковое, вертикальное, фронтальное.

Распишем их более подробно. Боковое равновесие - стойка на одной ноге, другая в сторону, одна рука вверх, другая – за спину. Вертикальное равновесие – стойка на одной ноге, другая вперед, в сторону или назад, туловище вертикально. Фронтальное – стойка на одной ноге, другая максимально подняты вверх – в сторону и удерживается рукой за стопу, другая рука вверх – в сторону.

Перекаты. Они подразделяются на следующие виды: в сторону, назад.

Перекаты в сторону (вправо, влево).

1. Из положения, лежа на груди прогнувшись руки вверх - перекатиться на правый бок, на спину и на грудь. Эти перекаты выполняются также из стойки на коленях в группировке.

2. Из упора присев ноги врозь опереться руками впереди ступней на '/г шага (спина по отношению к полу горизонтальна), сгибая одноименную руку и ногу и ложась на бок, перекатиться на спину, а затем на другой бок в исходное положение.

3. То же, но во время переката на спине сгруппироваться, а при перекате на грудь разгруппироваться.

4. Перекат вправо в длину. В положении выпада вправо, приняв широкую группировку, лечь на правый бок, перекатиться на спину, а затем на левый бок и встать в стойку ноги врозь.

5. Перекат с поворотом. Из седа ноги врозь (пошире) взяться руками за ноги снаружи под коленями и, ложась на левый бок, перекатиться на спину, на другой бок и сесть, приняв исходное положение, но лицом в другую сторону

****

**Рис. № 1 перекаты**

Перекаты назад.

 1. Из упора присев, упора сидя, седа перекат назад в стойку на лопатках.

2. Из стойки на голове, стойки на предплечьях, на кистях перекат назад (с касанием грудью и бедрами пола) в упор лежа (бедра касаются пола), упор лежа, в упор стоя на коленях и т. д.



Рис.№2 Кувырок назад

Следующий элемент обучения – это кувырок. Кувырок необходимо изучать для развития координационных движений в пространстве и вестибулярного аппарата.

Кувырок вперед выполняется. Из приседа, ступни параллельны, слегка врозь, колени врозь, опереться руками о пол впереди колен. Перенося тяжесть тела на руки вперед, согнуть руки, наклонить голову вперед, оттолкнуться ногами, перекатиться на лопатки, сгруппироваться и прийти в присед. При группировке взяться руками за голени, голову и плечи энергично подтянуть к коленями, что обеспечит вращательное движение вперед (перекат через спину) и правильное завершение кувырка. При кувырке голова касается пола только затылком.



Рис.3 Кувырок вперед

Кувырок назад. Из стойки ноги врозь присесть, сгруппироваться, теряя равновесие, сесть ближе к пяткам. Рывком подтянуть колени к плечам, голову наклонить вперед (между коленей), перекатиться на лопатки, быстро поставить руки за плечами ладонями на пол (пальцами к плечам) и, опираясь на руки, прийти в упор присев (во время кувырка ноги не разгибать).

|  |
| --- |
| C:\Users\Евгений\Desktop\Безымянный3.png |

Прыжки. Развивают скоростно-силовые качества – это способность организма развивать максимальные напряжения в минимально короткое время при сохранении оптимальной амплитуды движения. Для будущего тхэквондиста это качество необходимо. Рассмотрим виды прыжков: 1. Прыжки на двух ногах лицом. 2. Прыжки на двух ногах спиной. 3. Прыжки на двух ногах через линию лицом. 4. То же что и 3 только спиной. 5. Прыжки на правой ноге. 6. Прыжки на левой ноге. 6. Прыжки ноги вместе, врозь лицом. 7. То же самое что и 6 только спиной.

Все эти начальные средства обучения можно проводить в различных формах, как на обычных тренировках, так и в виде подвижных игр и эстафет.

Наш учебный год состоит из рабочих недель. Возьмем 46 недель и составим учебный план график распределения часов на год спортивно-оздоровительных групп, в которых будут указаны все физические качества, которые необходимы нам для развития ребенка.

**Учебный план график распределения часов на год СОГ (46 недель)**



Согласно учебного плана на общую физическую подготовку на начальном этапе будет уходить 80%. Специальную подготовку спортсмена на ранних этапах развития в возрасте 5-7 лет недопустима. Необходимо сформировать начальные физические качества и навыки ребенка для жизни, в общем. Он должен научиться выполнять элементарные движения без особых усилий.

**Практические рекомендации**

Для организации работы по привлечению дополнительного людского ресурса необходимо расширять целевую аудиторию занимающихся в спортивно-образовательном учреждении развивающем тхэквондо ВТФ, за счет детей дошкольного возраста 5-7 лет.

Занятия с такими детьми строить на основе соответствующих образовательных программ. Ввиду отсутствия специализированных программ по тхэквондо для детей в возрасте 5-7 лет рекомендуется авторская программа. Программа прошла апробацию и способствовала получению результатов в физическом развитии детей дошкольного возраста.

На первом этапе занятий для эффективного педагогического взаимодействия обязательно надо учесть ряд возможных проблем и провести профилактические мероприятия по нейтрализации негативных последствий. Перечисляем проблемы:

1. Установление контакта с каждым родителем для получения подробной информации о ребёнке.
2. Отсутствие у детей знаний о правильном поведении на тренировке или занятии.
3. Небольшой объём знаний в области физической культуры.
4. В большинстве случаев слабое физическое развитие.
5. Отсутствие привычки трудиться.
6. Низкий уровень двигательной активности.
7. Ослабленное здоровье.
8. Отсутствие положительного примера и влияния в семьях. Во многих семьях конфликтные ситуации или другие социальные проблемы.
9. Отсутствие положительного опыта занятий физкультурной или спортивной деятельности.
10. Отсутствие, каких либо целей в жизни.
11. Отсутствие общественно полезных авторитетов.
12. Низкий уровень развития психологических качеств.
13. Отсутствие должного интереса к занятиям, непонимание и нежелание укреплять свое здоровье.
14. Отсутствие элементарных теоретических знаний по анатомии, гигиене, здоровому образу жизни.
15. Слабо развито или деформировано умение самовыражаться, строить отношения с окружающими людьми.
16. Стереотип мышления о будущих занятиях единоборствами не соответствует действительности.
17. Ограниченный ресурс двигательной активности занимающихся.
18. Сравнение отношения спортивного коллектива к индивидууму и отношения семьи к индивидууму.

 Образовательный процесс строить на основе поддержания тренером интереса, любопытства, любознательности и положительного эмоционального настроя учеников. Выработка устойчивого интереса учеников побуждает их к дальнейшей мыслительной деятельности и реалистической самооценке достижений лучше и с большей пользой, чем мотивы экзаменационного успеха и внешних поощрений. Включать в средства физической подготовки подвижные и развивающие игры.

Каждый элемент образовательного процесса сопровождать оценкой его результатов, для дальнейшего анализа, поощрения, наказания и коррекции. На каждом из этапов освоения программы проводить текущие мониторинги, позволявший своевременно внести коррекцию в процессе обучения, оценить действия и творческие задания, тестирование создает предпосылку для дальнейшего хода успешного образования. Но при этом существенно учитывать те моральные и физические усилия со стороны занимающегося. Поощрять усилия к освоению программного материала.

Регулярно во время общения с детьми и родителями настраивать на дальнейшее сотрудничество и ориентировать на занятия тхэквондо ВТФ. Учитывая, что педагогическое взаимодействие будет продолжать минимум 5 и более лет надо создавать команду единомышленников и нацеливать всех заинтересованных лиц на достижение высочайшего результата – победы на Олимпийских Играх.

**Литература:**

1. А. М. Игнашенко, Акробатика. Государственное издательство «Физкультура и спорт». – Москва 2007
2. Образовательная программа по тхэквондо
3. Федеральный образовательный стандарт
4. Физиология развития спорта
5. Головихин Е.В. Особенности организации занятий с группами начальной подготовки 1 года обучения в СДЮСШОР на примере тхэквондо ВТФ// Научно-методический журнал: Физическая культура / Детский тренер/7,2007.с41-45
6. Е.В. Головихин, Книга для родителей. 2014
7. Е.В. Головихин, Путь тренера
8. Е.В. Головихин, Рекомендации по особенностям формирования специальных двигательных и координационных качеств тхэквондистов. 2012
9. В.Н. Платонов, система подготовки спортсменов в олимпийском спорте. 2009

**Особенности построения тренировки на начальном этапе в тхэквондо с детьми в возрасте 6-7 лет**

***Катаргулова Ю.Х.***

**Нижневартовский Государственный Университет**

**Россия, Нижневартовск**

1. Физическое развитие - Physical development
2. Двигательная база - motor area
3. Тренировка - Training
4. Физические упражнения - Physical exercise
5. Начальный этап - The initial phase

Актуальность: Правильное и грамотное построение тренировочного процесса. Недостаточное количество конкретных разработок по данному возрасту и по данному виду спорта. Создание модельных параметров для вида спорта тхэквондо.

Цель: путем эксперимента выявить модельные показатели физической подготовленности спортсменов в возрасте 6-7 лет.

Основным противоречием нашего исследования является: отсутствие должностной информации по уровню физической подготовленности в возрасте детей 6-7 лет и необходимость ее.

Предмет: процесс

Объект: служит само исследование, эксперимент либо обучение

Гипотеза: с помощью средств и методов, исходных данных можем выявить результат.

 **1) Набор**. На начальном этапе тренировочного процесса можно работать с детьми 6-7 лет, так называемая группа раннего физического развития. Необходимо сделать набор детей. С помощью, каких средств (приемов) можно это сделать?

1. Реклама. В данный момент является самой популярной, привлекательной и запоминающейся формой представления для нашей аудитории. Реклама может выглядеть в виде: стендов, плакатов, брошюр, интернета, видеороликов, журналов, радио, телевидения.
2. Репутация тренера и учреждения. Очень важным для родителя необходимо знать в какую школу ему желательно отдать ребенка. Конечно, идеальный вариант является спортивная школа, где преподают олимпийские виды спорта, т.е. СДЮСШОР. Знать какие заслуги имеет школа, директор, работники, являлись ли призерами или победителями олимпийских игр ученики этого учреждения. Иметь информацию о будущем тренере-преподавателе. Его стаж, профессионализм, заслуги, сколько выпустил мастеров (мастеров спорта России, мастеров спорта международного класса, заслуженных мастеров спорта). И родителю рекомендуется отдавать детей профессионалам - тренерам, имеющих звания и результаты в спорте, нежели в другую спортивную школу, где у ребенка не будет продвижения, соответственно и олимпийской медали. Этот пункт упускать нельзя. Каждый родитель должен, осознано отдавать ребенка в спортивную школу.
3. Престиж вида спорта. В настоящее время тхэквондо является престижным и очень популярным. Это олимпийский вид спорта. Количество спортсменов с каждым годом увеличивается. Сейчас число занимающихся в городе Нижневартовске составляет около 300 человек, возможно и больше.
4. Известность перспектив, традиции и достижения. Перспективы: в 12 лет ребенок может встать на контракт и получать зарплату. Соответственно дальнейшие его результаты будут вознаграждаться грандом - это денежная премия. Выиграв олимпиаду, спортсмен себе получает пожизненную выплату (от Министерства спорта и др. управленческих организаций). На 2015 год сборная России по тхэквондо являются призерами и чемпионами Олимпийских Игр.

**2) Родители**. Они являются занятой, т.е. рабочей частью населения. Соответственно куда отдать ребенка, когда родитель занят или находится на работе? Выводы делаем из реальной практики и общения с взрослыми и, исходя, из этого можно определить их цель и задачи.

Цель родителя: отвлечь ребенка, пока родитель занят.

Задачи: 1 Найти секцию, в которой будет заниматься ребенок.

 2 Познакомить ребенка с тренером.

 3 Заинтересовать и побудить стремление к занятию спортом.

Возможности и контроль за развитием ребенка.

1. Возможность родителя будет заключаться в таких вещах как: вовремя привозить ребенка на занятия; устраиваемый тренировочный график, т.е. время удобное для посещения; необходимость следить за правильным питанием ребенка; прием витаминов и минералов обязателен; режим дня должен соответствовать, чтобы ребенок успевал восстанавливаться; психологически настраивать на каждую тренировку, проводить беседы; поддерживать морально; финансировать дополнительные мероприятия и выезда своего спортсмена.
2. Обратная связь с тренером и обмен информацией по ребенку. Родителям нужно иметь связь с тренером. Интересоваться, как ребенок занимается, в чем у него пробелы, где необходимо ему добавить для скорейшего результата, что ему нужно давать после тренировки, какие процедуры проводить, как восстанавливать его организм.

**3) Анатомические и физиологические особенности организма.**

В группах раннего физического развития обучаются дети от 6-7 лет. Их строение и текущие процессы, так называемые изменения организма, нужно учитывать педагогу. Можно закладывать базу физических качеств, необходимых для дальнейшего занятия по тхэквондо в связи с тем, что именно в этом возрасте закладывается физическое развитие, и присутствуют сенситивные периоды (благоприятные периоды). В таком возрасте у ребенка подвижны суставы и связки, тем самым хорошо развивается гибкость. Еще одно качество, которое нам просто необходимо развивать - это координацию. За нее отвечает очень важный отдел головного мозга, так называемый мозжечок. Для его работы и успеха мы будем применять упражнения на сохранение равновесия в пространстве, использовать упражнения на вращение, выполнение с закрытыми глазами, выполнение кувырков, стоек на голове, руках, выполнение звеньев тела в разные стороны. Следующее качество это ловкость. Она важна для тхэквондо и, в общем, для развития ребенка в малом возрасте. Это были основные физические качества для тхэквондо на начальном этапе развития спортсмена. Но не нужно забывать о развитии и других качеств, они тоже немало важны. Это сила, скорость, выносливость. Их мы тоже будем развивать, но не в таком большом объеме и в таком возрасте.

**4) Тренировочное занятие специальной направленности.** Что это? Специальная направленность и есть специальная подготовка, т.е. применяется специфика спорта. В нашем случае вид спорта тхэквондо. Но всегда существует «НО». Почему? Не забываем, что возраст у наших занимающихся еще не соответствует для полных нагрузок данного спорта. Соответственно полную специфику, в которую входят: техническая подготовка, тактическая, силовая, скоростная, та же выносливость, нельзя давать юному ребенку! Что необходимо сделать для того чтобы каким то образом внедрить или же заинтересовать ребенка на будущее, тем самым заранее выставляя специальную направленность необходимую нам для тхэквондо? Подвижные игры! Дети очень любят играть, и именно используя игровой метод можно закладывать у ребенка те состояния и качества, которые нам необходимы для будущего. Казалось бы, что такого в игре? На самом деле игра на начальном развитии является неотъемлемой частью занятия. Ребенок неосознанно играет, выполняя правила игры. У него море эмоций и радости. Не замечая того, что ему необходимо, к примеру, убегать, смещаться от соперника, уворачиваться, быть наблюдательным и внимательным, видеть периферическим зрением всех вокруг играющих, проявлять ловкость и даже где-то хитрость. Об этом ни в коем случае не нужно забывать и подбирать игры именно для развития вашего вида спорта. Еще один из методов для специфической направленности в тхэквондо является гимнастика. Ее можно применять просто в виде разминки или в основной части тренировки, выполнять удержания, разгибы голени, тем самым снова мы будем закладывать на начальной подготовке необходимую нам направленность.

**5) Мониторинг.** В нашей работе тренеров проведено свыше 25 мониторингов по подготовленности физического развития детей на данных этапах.

Естественно должен возникать вопрос - а как же вы выявляли их подготовленность и с помощью, каких средств? И так, мы проводим мониторинг, используя, 11 тестов:

1. Прыжок в длину с места с двух ног (см). измерение скоростно-силовых способностей. Прыжок выполняется на мате или ковре. Каждый ребенок выполняет три прыжка подряд без интервалов. Измерение длины прыжка производится от линии отталкивания. Например: прыгнули и коснулись руками для равновесия. Зачет идет по рукам. В зачет идет лучший результат.
2. Челночный бег 3х10 метров (сек). Измерение координационных способностей.
3. Метание набивного мяча весом 1 кг сидя из-за головы (см). измерение скоростно-силовых способностей бросок набивного мяча на расстоянии м=1 кг. Ребенок сидит спиной к линии, начерченной на полу, так, чтобы спина по отношению к начерченной линии находилась перпендикулярно. Выполняется бросок из положения спина прямая, ноги разведены в стороны, набивной мяч отведен за голову как можно дальше. Ребенок совершает два броска, фиксируется лучший.
4. Бег 10 метров со старта (сек). Измерение скоростных способностей. С ребятами проводится бег на дистанцию 10 м. при этом фиксируется время пробегания дистанции (как одно из показателей офп) и отмечаются качественные особенности бега у каждого из детей. По команде «Марш!» дети с высокого старта бегут до флажка или ленты, которые размещаются на 2-3 метра дольше финишной линии. Это предупреждает снижение скорости перед финишем. С началом движения ребенка включается секундомер, останавливается он после пересечения ребенком линии финиша. Поочередно пробегают дистанцию все дети.
5. Вис на время на перекладине (сек). Спортсмен хватом сверху берется двумя руками за перекладину и в это время запускается секундомер. Как только руки отрываются, время фиксируется.
6. Гимнастический мост (см). измеряется подвижность позвоночника. Процедура выполнения этого упражнения известна. Результат- расстояние от пяток до кончиков пальцев испытуемого. Чем меньше расстояние, тем лучше результат.
7. Шпагат на правую, левую ногу и прямой с суммой оценок на основании замера от пола до паха. Измерение пассивной гибкости шпагат (см). Ребенок стремится, как можно шире развести ноги в стороны. Результат и расстояние от вершины угла, образуемого ногами, до пола. Чем меньше расстояние, тем больше гибкость.
8. Наклон вперед с прямыми ногами на гимнастической скамейке с опусканием и фиксацией рук с замером расстояния от поверхности опоры в см. Гибкость. Измеряется подвижность коленных суставов. Определяют по расстоянию наклона стоя на гимнастической скамейке. Ребенок наклоняется, не сгибая колен, стараясь как можно ниже к полу коснуться установленной перпендикулярно полу линейки. Результат – отсчет см от скамьи, регистрируется тот см, которого дотянулся ребенок. Чес больше число см, тем выше гибкость ребенка.
9. Прыжки на двух ногах, через линию, нарисованную на полу за 30 секунд. На полу чертится линия длиной 100 см. по команде «марш» ребенок начинает перепрыгивать линию на двух ногах в течение 30 секунд. Считается количество раз.
10. Подъем туловища к ногам из положения, лежа на полу за 30 секунд. Лежа на полу, ноги согнутые в коленях, руки в положение крестного хвата за головой. По команде «марш» спортсмены подымают корпус и касаются локтями колен и снова опускаются до положения лежа. Подсчитывается количество раз за 30 секунд. Ноги можно придерживать.
11. Шести минутный бег в самостоятельном темпе (количество преодоленных метров за 6 минут). По сигналу «марш» дети преодолевают шестиминутный отрезок. Засчитывается количество метров, преодоленное за шесть минут.

Все эксперименты и исследования проводились на базе филиала ЦСПСКЮ г. Нижневартовска. Именно по этим тестам можно определить, на каком уровне физической подготовленности находится спортсмен и что нужно ему добавить в развитии для будущего успеха.

**ОСОБЕННОСТИ РЕГИОНАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ ХМАО ЮГРЫ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ ПОДГОТОВКИ СПОРТИВНОГО РЕЗЕРВА В г. НИЖНЕВАРТОВСКЕ**

***Клименко М.А.***

**МАОУ ДО г. Нижневартовска СДЮСШОР**

**Россия, Нижневартовск**

За 45 – летнюю историю развития Нижневартовска в городе сложилась благоприятная ситуация взаимодействия спортивных структур. Созданы общественные организации «федерации по видам спорта», ДЮК, ДЮСШ, СДЮСШОР и Центр спортивной подготовки сборных команд ЮГРЫ (ЦСП СКЮ, Нижневартовский филиал).

Их работа предусматривает поэтапное сопровождение спортсменов и как итог участие спортсменов в спорте высших достижений. За счет выстроенной совместной работы административной системы, заинтересованных родителей и созданных условий для занятий.

Похожие системы созданы во всех регионах России. Опыт и особенности региона с учетом традиций, национального и регионального компонента накладывают отпечаток на приоритетные для региона виды спорта. Такие виды спорта имеют тренерский потенциал, материально-техническую базу, налаженные отношения во всех структурах и структурных подразделениях.

В Нижневартовске традиционно показывают результаты специалисты бокса, дзюдо, тхэквондо, плавания и ушу. Представители Нижневартовска побеждали на Чемпионатах России, Европы и Мира, становились призерами Олимпийских Игр.

Все мы как специалисты прекрасно понимаем необходимые требования для подготовки спортсменов высокого класса. В любом случае тренер развивает способности одаренного ученика, которыми спортсмен наделен генетически. Невозможно корригировать тренировочный процесс обычного спортсмена, пусть даже целеустремленного и трудолюбивого. Что происходит на практике. С середины 90-ых годов началось активное развитие не олимпийских видов единоборств, каратэ, кикбоксинга и ушу. В связи с этим происходит большой отток детей в не олимпийские виды спорта. В Нижневартовске развилась внебюджетная частная деятельность выше перечисленных видов спорта. Представители вида спорта арендуют спортивные залы в общеобразовательных школах и стараются привлечь к занятиям детей. Причем с 4 лет. Картина такова. В одном спортзале, в арендованное время стоят дети с 4 лет до 17 лет и старше. Все занятия платные.

В государственных структурах, с самого начального этапа для получения заработка в полном объеме тренеру необходимо набрать нужное количество занимающихся детей, которое заложено в тарификации. В большинстве случаев детей берут всех, кто пришел и придет. Далее начинается спортивная жизнь и продвижение к спортивному Олимпу. С 2014 года вступил в силу новый федеральный образовательный стандарт по единоборствам, где указан минимальный возраст занимающихся спортсменов. С 9 лет. На практике таких детей привлекают частные спортивные структуры, в большинстве случаев на платной основе. Возникает прямая зависимость от количества занимающихся. В государственных структурах количество занимающихся спортсменов строго регламинтировано.

Не секрет, более 80% отсеется. Это немалая часть. На этот процесс будет затрачено время и средства. Требуется минимум 5-8 лет работы, чтобы подвести детей к первым официальным стартам.

В округе на примере муниципальных образований отработана схема профильной ориентации на олимпийские виды спорта через группы раннего физического развития (ГРФР) (г. Нижневартовск МАОУ ДОД СДЮСШОР).

Третий год работа проводится по специальной образовательной программе. За счет бюджетных групп на начальном этапе привлекаются дети в возрасте 5-7 лет. Два года с ними работает специалист и через два года родителям дается рекомендация. Причем родители уже мотивированные на спорт и спортивную карьеру. Для примера из 146 детей, прозанимавшихся в группах раннего развития, 14 наиболее одаренных были отобраны в группы тхэквондо. Кто - то по своим анатомическим и физиологическим показателям остался развиваться в ГРФР, остальные получили рекомендации для занятий в других видах спорта и по способностям продолжают спортивную карьеру. Реализуются социальные государственные программы развития массового спорта, экономятся средства, выявляются одаренные дети и происходит формирование спортивного резерва.

Проведены исследования основ влияющих на сохранность контингента занимающихся спортсменов. Выявлены микро и макро факторы ближнего и дальнего окружения, проблемы и причины.

На основе проведенных мониторингов определены усредненные результаты модельных характеристик уровня физической подготовленности на всех этапах спортивной подготовки.

Наличие специалистов по штатному расписанию в видах спорта не значит, что они способны работать на высокий спортивный результат. Возможность проведения анализа оценки работы специалистов, и их профессиональной пригодности позволит выявить тех, кто сможет при наличии всех необходимых условий работать на результат. В условия входит разработка целевых комплексных программ по виду спорта и создание экспериментальных групп для работы с перспективным резервом, конечной целью которых является вхождение в состав сборных команд России. Что позволит включать новых одаренных спортсменов округа в экспериментальную группу округа.

 Тренерская работа определяется тарификацией, и самая основа будущего спортсмена закладывается на первых этапах занятий. Во время выявить талан и передать другому специалисту для реализации возможностей и развития генетических способностей. Но не ведется учет передачи спортсменов из групп СО в группы НП. Как следствие тренеру не выгодно отдавать на начальном этапе спортсменов, он потеряет в зарплате. Тренер передерживает детей, уходит время и возможности развития ребенка.

На бумаге прописаны критерии отбора в спортивные специализации. Но на практике это не применяется. Часто бывает так, что не достаточно популярный вид спорта олимпийской направленности, испытывает недостатки в наборе и в комплектовании групп. Возникает проблема, из-за заработанной платы брать всех, кто придет. Перспективы такой работы понятно.

Зададим вопросы, в чем же причины повышения качества работы подготовки спортивного резерва?

**Причина первая.** Наличие специализированных спортивных баз. В Нижневартовске базы есть, их постоянно строят. И было бы здорово, чтоб проект будущего специализированного спортивного центра обсудили с практикующими тренерами, которые будут там работать.

**Причина вторая**. Возможность приоритетного развития олимпийских видов спорта в государственных учреждениях (на базе общеобразовательных школ занимаются платные группы, по спортивным специализациям, без выполнения требований закона об образовательной деятельности, где четко прописаны стандарты образования для любого вида спорта).

**Причина третья.** Достаточно большая часть детей попадает в раннем возрасте от 5 лет в сеть платных спортивных услуг. Где за два-три года работы в данной среде, не полного соответствия образовательным стандартам, ребенок теряет интерес к занятиям спортом вообще (как показывает практика, дети, прозанимавшись 3 и более лет в таких группах, приходя в другие секции, демонстрируют слабое физическое развитие, без мотивации к занятиям спортом вообще и не могут продолжить занятия в государственных секциях со своими сверстниками).

**Причина четвертая**. Не совершенство законодательной базы в регулировании деятельности ДЮСШ и СДЮСШОР. В ХМАЮ ЮГРЕ введены в действие положения по регулированию деятельности спортивных школ. Максимальный возраст учащихся 18 лет, в исключительных случаях 21 год. Как раз тот возраст, когда спортсмен переходит от юниорских соревнований к взрослым. В большинстве видов спорта спортсмены показывают результат после 22 лет. И необходимость отчисления спортсмена после 18 лет из спортивной школы определяет понятные перспективы будущей спортивной карьеры.

**Причина пятая**. Отсутствие должного государственного контроля за работой частных образовательных структур в области спорта, куда оттягиваются дети.

**Причина шестая**. Разработка ключевых показателей эффективности в системе подготовки спортивного резерва.

**Причина седьмая**. Недостаток финансирования одаренных спортсменов.

**Причина восьмая**. Научно-методическое сопровождение. Медико-восстановительные мероприятия. Создание опытно-экспериментальных групп по видам спорта для поддержки перспективных молодых спортсменов.

**ВЫВОДЫ:**

1. Необходимо создание опытно-экспериментальных групп при ЦСП СКЮ для работы с одаренными спортсменами в возрасте от 15 до 21 года на олимпийский цикл. Использовать опыт мониторингов и выявления модельных характеристик соответствия виду спорта. На основе отдельного финансирования, через государственные программы принятые решением местных депутатов.
2. Осуществлять массовый охват детей через ГРФР представляя здоровую конкуренцию вне государственным организациям и специалистам.
3. Использовать административный ресурс по осуществлению исполнения социальных государственных задач в области физической культуры и спорта совместно с ДЮСШ, СДЮСШОР и ЦСП.
4. Выявление и использование специалистов высокого уровня для развития видов спорта в округе. Тех, кто может работать на результат. Кто понимает тренерский процесс изнутри. Может дать ответ на любой вопрос из практики спортивных тренировок. Назначение на должности главных и старших тренеров должны быть открытыми, обоснованными и логичными.
5. Разработка ключевых показателей эффективности в системе подготовки спортивного резерва. КПЭ — система оценки, которая помогает организации определить достижение стратегических и тактических (операционных) целей. Использование ключевых показателей эффективности даёт организации возможность оценить своё состояние и помочь в оценке реализации стратегии. Определить профессиональные требования к каждому специалисту, поставить общую цель и сформулировать задачи для её реализации. Оценка эффективности - именно тот инструмент, который позволяет определить, насколько управление организацией соответствует уровню достижения стратегических целей, в частности укреплению и росту показателей системы спорта в городе или в округе. Стоит отметить, что эта методика - лишь инструмент, облегчающий процесс принятия управленческих решений за счет обеспечения руководства полноценной информацией, но она отнюдь не является панацеей при решении системных проблем спорта. Данная методика позволяет идентифицировать факт и область возникновения проблемы, но не дает готовых решений.
6. Почему речь идет об управлении, основанном на эффективности? Улучшение качества работы и увеличение масштабов в области спорта, повышение качества подготовки спортсменов в округе или в городе в настоящее время уже недостаточны для достижения конкурентного преимущества на официальных первенствах или чемпионатах, и поэтому многие регионы подключают дополнительные бюджетные и внебюджетные ресурсы. Эти методы позволяют своевременно реагировать на изменение условий в подготовке спортсменов высокого класса.
7. Спортсмен и тренер могут работать ежедневно, два-три раза в день. Анатомические и физиологические показатели соответствуют модельным параметрам спортивной специализации. Для спортсмена-юниора необходимо участие в УТС, турнирах и соревнованиях для приобретения опыта и роста спортивного мастерства. Без финансовой поддержки спортсмен из дальнего региона не приобретен соревновательного опыта и не покажет планируемый результат.
8. Использовать научный потенциал города. Научное сопровождение предусматривает качественный анализ перспективного, текущего и рабочего планирования. Проведения этапных комплексных обследований членов сборной округа. Использование средств восстановления в полном объеме. Регулярная оценка реакций на нагрузку, функциональное состояние, адаптация организма, психоэмоциональное состояние с использованием специальной аппаратуры. Создание опытно-экспериментальных групп поддержки и сопровождения талантливых спортсменов на бюджетном финансировании регионов и муниципальных учреждений.

**ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РЕЦЕПТИВНОСТИ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ И НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ**

***Козырева Е.В., Давидян Л.Ю.***

**ФГБОУ ВПО Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования «Ульяновский государственный университет»**

**Россия, Ульяновск**

Современные иммуногистохимические методы исследования позволяют наиболее разносторонне оценить характер экспрессии тех или иных веществ: рецепторов стероидных гормонов, цитокинов, факторов роста, компонентов межклеточного вещества в биоптатах эндометрия в зависимости от фазы менструального цикла (4, 7).

Рецептивность эндометрия – это комплекс структурно – функциональных характеристик слизистой оболочки матки, определяющий ее способность к имплантации. Потеря эндометрием рецептивности влечет за собой срыв имплантации или развитие ее патологических вариантов. Так, неадекватная рецептивность эндометрия обусловливает около 2/3 неудачных имплантаций, в то время как «эмбриональный фактор» ответственен лишь за 1/3 (1).

В настоящее время обсуждается роль различных патологических процессов, способных повлиять на рецептивность эндометрия (5). Среди них следует особо выделить хронический эндометрит, приводящий к стойкому нарушению репродуктивной функции (6). Современное квалифицированное морфологическое исследование слизистой оболочки матки может иметь решающее значение для выяснения механизмов нарушения рецептивности эндометрия и восстановления возможных нарушений репродуктивного здоровья (2,3).

*Цель.*

Оценка рецептивности эндометрия у женщин с бесплодием и невынашиванием беременности на основании изучения уровня экспрессии рецепторов к стероидным гормонам, андрогеновым рецепторам, эпидермального фактора роста (EGFR), ki – 67, популяции лимфоцитов (CD2, CD3, CD4, CD8, CD10, CD20, CD30, CD68).

*Материал и методы.*

Осуществлен анализ морфологического состояния эндометрия у 22 женщин, страдающих бесплодием (основная группа 1), 7 пациенток с невынашиванием беременности (основная группа 2), 10 женщин с нормальной гистологической структурой эндометрия (группа сравнения).

Критерий исключения: прием гормональных препаратов.

Обследование пациенток проводили по единой схеме, включающей анализ жалоб, анамнеза, общепринятые клинические и лабораторные, а также специальные методы исследования. Последние включали комплекс методов диагностики генитальной инфекции (ПЦР, микроскопия, культуральный метод), морфологические методы исследования эндометрия, полученного путем пайпель-биопсии и аспирационной биопсии эндометрия на 7-11 день менструального цикла. Все пациентки находились в репродуктивном возрасте, имели овуляторный менструальный цикл, нормальный уровень гормонов гипоталамо-гипофизарной системы, стероидных гормонов яичников, гормонов надпочечников, щитовидной железы в сыворотке крови.

Тканевые образцы для иммуногистохимического исследования готовили по общепринятой методике. Используемые моноклональные антитела были предназначены для работы с парафиновыми срезами по общепринятым протоколам.

Просмотр и фотографирование микропрепаратов осуществляли при оптимальном увеличении на микроскопе Axioplan 2 («CarlZeissJena», Germany) с использованием цифровой фотокамеры («CarlZeissJena», Germany).

Достоверность различий величин в группах по изучаемым факторам оценивали по критериям Стьюдента. Расчеты выполнены с помощью персонального компьютера с использованием «Windows-XP».

*Результаты и обсуждение.*

Группы обследованных женщин были сопоставимы по характеру менструальной функции, сексуальному дебюту, количеству родов и абортов.

Иммуногистохимическое исследование биоптатов эндометрия показало, что у всех женщин основной группы 2 имеются структурные изменения слизистой оболочки матки, характерные для хронического эндометрита. Основными структурными компонентами воспаления в слизистой оболочке матки были железистые полипы с умеренным хроническим воспалением – 43%.

У основной группы 1 определилась нормальная структура эндометрия у 10% женщин. Основные структурные изменения полости матки соответствовали хроническому эндометриту 60%. При этом степень активности наиболее часто была умеренной, чем выраженной.

У всех женщин контрольной группы была умеренная экспрессия эстрогеновых рецепторов и яркая экспрессия прогестероновых рецепторов в эпителии желез и стромальных клетках эндометрия (по 7 и 8 баллов соответственно). В группе контроля 1 вышеуказанная норма встречалась у 11% пациенток. У остальных наблюдалось нарушение рецепции стероидных гормонов, проявляющееся в основном яркой экспрессией как эстрогеновых, так и прогестероновых рецепторов – 83%.

В контрольной группе 2 иммуногистохимическая картина соответствовала только нарушенной рецептивности к стероидным гормонам. Она так же в основном проявлялась яркой экспрессией эстрогеновых и прогестероновых рецепторов в 86% случаев.

При исследовании морфологически не измененного эндометрия у всех 10 женщин группы контроля выявлено либо отсутствие, либо слабо выраженная экспрессия популяции лимфоцитов, что соответствует не измененному эндометрию. В основной группе 1 нормальная экспрессия популяции лимфоцитов встречалась у 39% пациенток, в основной группе 2 – у 14,3. Хронический эндометрит характеризовался умеренной или выраженной экспрессией популяции лимфоцитов у женщин основных групп.

 Изменение экспрессии андрогеновых и EGFR – рецепторов отмечалось лишь в основной группе 1 в 21% и в 7,7% случаев соответственно, что является маркерами нарушения репродуктивной функции. В группе женщин, страдающих невынашиванием беременности, и в группе контроля подобные изменения не наблюдались.

Анализируя возможности маркера клеточной пролиферации ki – 67 мы пришли к выводам, что высокой пролиферативной активностью обладает эндометрий у женщин с привычной потерей беременности, в 75% случаев, в сравнении с пролиферативной активностью у пациенток с бесплодием, 67%.

Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют о многообразии морфологической картины хронического эндометрита при бесплодии и привычной потере беременности, о нарушениях эстрогеновой и прогестероновой рецепции (преобладает при невынашивании беременности), об изменениях пролиферативной активности (ниже при бесплодии). Иммуногистохимическое исследование наиболее точно отражает изменения в эндометрии и несомненно может дать основание для более точного выбора тактики лечения каждой пациентки. Поэтому необходимо включение данного метода исследования в алгоритм диагностики причин бесплодия и невынашивания беременности.

*Список литературы*

1. Казачков Е.Л., Казачкова Э.А., Воропаева Е.Е., Хелашвили Е.Г. и др. Морфофункциональная характеристика рецептивности слизистой оболочки матки при хроническом эндометрите. //Научные ведомости. – 2013. - №25(168). – Выпуск 24. – С. 127 – 131.
2. Краснопольский В.И., Логутова Л.С., Зароченцева Н.В., Дуб Н.В., Титченко Ю.П., Овчинникова В.В., Меньшикова Н.С., Аршакян А.К., Ушакова С.В. Прегравидарная подготовка женщин с невынашиванием беременности и хроническим эндометритом. – СПб. – 2014. - 31 С.
3. Сухих Г.Т., Шуршалина А.В. Хронический эндометрит: руководство. – М.: ГЭОТАР - Медиа. – 2013. – 64 С.
4. Хелашвили И.Г. Хронический эндометрит: клинико – морфологическая характеристика и особенности рецептивности эндометрия.- Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. – Челябинск. – 2014. – 167 С.
5. Шешукова Н.А., Макаров И.О., Овсянникова Т.В. Гиперпластические процессы эндометрия: особенности пролиферативной активности при сочетании с хроническим эндометритом. //Акушерство, гинекология и репродукция. – 2011. – Т.5. - №3. – С.10 – 15.
6. McQueen Dana B., Bernardi Lia A., Stephenson Mary D. Chronic endometritis in women early pregnancy loss and/ or fetal demise. //Fertil. Steril. – Vol.101. – №4. – P. 1026 – 1030.
7. Van Sinderen M., Menkhorst E., Winship A., Cuman C., Dimitriadis E. [Preimplantation human blastocyst – endometrial interactions: the role of inflammatory mediators.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23176081) //Am. J. Reprod. Immunol. – 2013. - №69(5). – P. 427 - 440. - Doi: 10.1111/aji.12038.

**МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭНДОМЕТРИЯ ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ И НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ**

***Козырева Е.В., Давидян Л.Ю.***

**ФГБОУ ВПО Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования «Ульяновский государственный университет».**

**Россия, Ульяновск**

Одной из актуальных проблем в современном здравоохранении является улучшение состояния репродуктивного здоровья населения, являющейся приоритетным направлением государственной политики в области укрепления демографической ситуации в стране и повышения рождаемости (9). Увеличение числа бесплодных браков, рост частоты невынашивания беременности, неудачных попыток в программах вспомогательных репродуктивных технологий требуют всестороннего изучения патологических процессов, ведущих к нарушению функции репродуктивной системы. Особое внимание в этой связи уделяется хроническим воспалительным заболеваниям женских половых органов, из которых наибольший интерес представляет хронический эндометрит (5, 6, 7).

По данным Г.Т. Сухих, А.В. Шуршалиной (2013) на фоне длительного воспалительного процесса в эндометрии формируется патологическая система с интенсивными склеротическими процессами, изменением архитектоники ткани, повреждением экстрацеллюлярного матрикса, нарушением межклеточных взаимодействий (3).

«Золотым стандартом» диагностики хронического эндометрита является морфологическое исследование слизистой оболочки матки на 7 – 11 день менструального цикла (2, 4). Материалом для исследования служит эндометрий, полученный при выскабливании полости матки, либо путем пайпель – биопсии, аспирационной биопсии эндометрия. Пайпель – биопсия, аспирационная биопсия эндометрия обладают рядом преимуществ, в сравнении с традиционным выскабливанием стенок матки: не требуют анестезиологического пособия, расширения цервикального канала и госпитализации пациенток, имеют низкую себестоимость, вместе с тем позволяют сохранить структуру слизистой полости матки, обладая высокой диагностической точностью.

Пролиферативные изменения эпителия желез при хроническом эндометрите проявляются простой гиперплазией эндометрия и образованием железисто – фиброзных полипов. Напротив, глубокие дистрофические расстройства покровных эпителиоцитов и гландулоцитов желез эндометрия приводят к их атрофии у пациенток с бесплодием и невынашиванием беременности.

Целью нашего исследования явилось определение морфологической структуры эндометрия у женщин с бесплодием и невынашиванием беременности.

*Материалы и методы исследования*

Под нашим наблюдением находилось 40 женщин с бесплодием и 12 с невынашиванием беременности репродуктивного возраста (24 – 34 года). Критериями включение в исследование являлись: подтвержденный диагноз бесплодие или невынашивание беременности, репродуктивный возраст. Наличие нарушений репродуктивной функции. Критерии исключения: беременность, онкологичекие заболевания.

Обследование больных наряду с общепринятыми исследованиями, включало культуральное, гистологическое и иммуногистохимические методики на 7 – 11 день менструального цикла. Для морфологического анализа использовали парафиновые срезы, окрашенные гематоксилином и эозином. Иммуногистохимическое исследование ткани эндометрия проводили с использованием моноклональных антител к рецепторам эстрогена и прогестерона, макрофагам CD3, CD4, CD8, CD10, CD20, CD30, CD68, андрогеновым рецепторам, к рецепторам эпидермального фактора роста (EGFR), ki – 67. Особое внимание уделяли диагностике хронического эндометрита и определению характера воспаления.

Всем больным проводили интравагинальное исследование, ультразвуковое на аппаратах SonoScape и Midray, включая цветное доплеровское картирование (ЦДК).

*Результаты исследования и их обсуждение*

В ходе работы проанализированы особенности нарушений репродуктивной системы у обследованных пациенток, осложнения и исходы предыдущих беременностей. Полученные данные показали, что 60% женщин страдали первичным бесплодием около 5 лет, причем аборты в данной группе составляли 21%, выкидыши и неразвивающиеся беременности по 13%, внематочные беременности были у 5% обследуемых. У пациенток с привычной потерей беременности аборты составляли 38%, выкидыши 46%, не развивающиеся беременности 62%, внематочные - у 15% обследуемых.

Половая жизнь в обеих группах была в основном в возрасте 19 лет, менархе с 13 лет по 4 – 5 дней, через 27 – 28 дней. У женщин, страдающих невынашиванием, вредных привычек не отмечалось, 92% были замужем. 6% бесплодных пациенток курили, 92% так же были замужем. Из гинекологической патологии сальпингоофоритом страдали чаще бесплодные 41% в сравнении с женщинами с привычной потерей беременности 23%. Больший процент заболеваний, передающихся половым путем, отмечалось при невынашивании беременности – 46% против 41% женщин с бесплодием. Оперативные вмешательства на женских половых органах были у 23% и 35% пациенток соответственно. У 8% бесплодных женщин гинекологических заболеваний не было. Таковых с привычной потерей беременности не встречалось.

В структуре экстрагенитальной патологии заболевания щитовидной железы чаще были у пациенток с невынашиванием беременности 21%, в сравнении с 16% с бесплодием. Метаболический синдром у 14% и 11% соответственно. Но все же отсутствие экстрагенитальной патологии отмечалось у 29% женщин с привычной потерей беременности и лишь у 13% женщин с бесплодием.

При бактериологическом исследовании аспиратов из полости матки роста микрофлоры не выявлено у 85% пациенток с невынашиванием беременности и у 74% женщин с бесплодием. В группе с привычной потерей беременности чаще выявлялись Enterococcus faecalis и Streptococcus agalactiae, в группе с бесплодием условно патогенные микроорганизмы рода Staphylococcus и грибы рода Candida. Все женщины получили специфическую антибактериальную и противогрибковую терапию.

В результате гистологического и иммуногистохимического исследования мы получили следующие данные. Отсутствие гистологических изменений эндометрия, что соответствует его нормальной морфологической картине, выявилось у 28% пациенток с бесплодием и у 15% женщин с невынашиванием беременности. Как при привычной потери беременности, так при бесплодии чаще выявлялась морфологическая картина, соответствующая хроническому эндометриту в сочетании с типичной гиперплазией эндометрия или с железистым полипом эндометрия 38% и 54% соответственно. Так же встречалась интраэпителиальная неоплазия у 5% женщин с бесплодием и 8% пациенток с невынашиванием беременности. Кроме вышеперечисленной патологии выявлялись так же железисто – фиброзно – ангиоматозные полипы цервикального канала как в сочетании с хроническим эндометритом, так и без него, не измененные формы умеренно и ярко выраженного хронического эндометрита.

Таким образом, проведенное исследование показало, что хронический эндометрит встречается в основном у женщин репродуктивного возраста. Его наличие определяет развитие нарушений репродуктивной функции, поэтому патоморфологическое исследование аспиратов эндометрия должно быть обязательным у всех пациентов, страдающих бесплодием и невынашиванием беременности. Частота хронического эндометрита возрастает у женщин с бесплодием. В больше половине случаев носит аутоиммунный характер, ассоциирован с формированием патологической системы с интенсивными склеротическими процессами, изменением архитектоники ткани, повреждением экстрацеллюлярного матрикса, нарушением межклеточных взаимодействий.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Алимова О. А. Клинико-морфологическая характеристика хронического эндометрита различной этиологии. - Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. – Челябинск. - 2011. – 145 С.
2. Краснопольский В.И., Логутова Л.С., Зароченцева Н.В., Дуб Н.В., Титченко Ю.П., Овчинникова В.В., Меньшикова Н.С., Аршакян А.К., Ушакова С.В. Прегравидарная подготовка женщин с невынашиванием беременности и хроническим эндометритом. – СПб. – 2014. - 31 С.
3. Сухих Г.Т., Шуршалина А.В. Хронический эндометрит: руководство. – М.: ГЭОТАР - Медиа. – 2013. – 64 С.
4. Хашукоева А.З., Водяник Н.Д., Хлынова С.А., Цомаева Е.А. Хронический эндометрит – проблема и решения. //Лечащий врач. – 2012. - №3. - http://www.lvrach.ru/2012/03/15435375/
5. Хелашвили И.Г. Хронический эндометрит: клинико – морфологическая характеристика и особенности рецептивности эндометрия.- Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. – Челябинск. – 2014. – 167 С.
6. Granot I., Gnainsky Y., Dekel N. [Endometrial inflammation and effect on implantation improvement and pregnancy outcome.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23028125) //Reproduction. – 2012. - №144(6). – P. 661 - 668. - Doi: 10.1530/REP-12-0217.
7. Kasius J.C., Broekmans F.J., Sie-Go D.M., Bourgain C., Eijkemans M.J., Fauser B.C., Devroey P., Fatemi H.M.The reliability of the histological diagnosis of endometritis in asymptomatic IVF cases: a multicenter observer study. //Human Reprod. – 2012. - №27. – Р. 153 - 158.

**ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕРИАНАЛЬНОЙ И КРЕСЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ**

***Мидленко В.И., Карташев А.А., Евтушенко Е.Г., Смолькина А.В.***

**Ульяновский государственный университет, Россия, Ульяновск**

**ГУЗ Ульяновский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи.**

**Россия, Ульяновск**

Больные гнойно-воспалительными заболеваниями перианальной области занимают значительную долю среди больных колопроктологического профиля.

Данная группа заболеваний характеризуется длительными сроками лечения и реабилитации. В 20-50% случаев заболевание переходит в хроническую форму, характеризующуюся формированием гнойных свищей, которые значительно снижают качество жизни больных.

Наиболее часто встречающимися острыми гнойно-воспалительными заболеваниями перианальной области являются острое нагноение эпителиального копчикового хода (ЭКХ) и острый парапроктит. Хроническими - свищевая форма ЭКХ и свищи прямой кишки.

**Цель исследования.**

Провести сравнительную оценку эффективности оказания специализированной колопроктологической помощи больным с гнойно-воспалительными заболеваниями перианальной области в условиях специализированного отделения

**Материалы и методы исследования.**

В исследование включено 55 больных с диагнозом нагноившийся ЭКХ, 134 больных с диагнозом эпителиальный копчиковый ход в стадии хронического воспаления, 78 больных острым парапроктитом и 72 больных с диагнозом свищ прямой кишки, оперированных в хирургическом отделении ГУЗ Ульяновский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи с 2010 по 2015 годы.

Всем пациентам с острым нагноением ЭКХ в качестве первого этапа лечения проводилось вскрытие и дренирование гнойника, а после стирания острого воспаления, в срок от 3 до 14 недель после операции, проводилось иссечение хода.

Все пациенты, по способу операции, разделены на 4 группы: в первую группу включены 18 больных, которым выполнено иссечение ЭКХ с ушиванием раны по типу "край ко дну"; во вторую - 34 больных, которым выполнено иссечение ЭКХ с наложением "глухого шва" по Донати; в третью - 22 больных, которым выполнено асимметричное иссечение ЭКХ по типу операции Karydakis; в четвертую – 60 больных, которым было выполнено асимметричное иссечение ЭКХ в пределах здоровых тканей с уменьшением глубины межъягодичной складки путем пересечения соединительно-тканных сращений в нижнем углу послеоперационной раны с последующим наложением на образовавшийся лоскут рассасывающихся швов во фронтальной плоскости и послойного ушивания раны над трубчатым дренажом (Патент 2430690 РФ. Способ закрытия послеоперационной раны после иссечения эпителиального копчикового хода / А.А. Карташев; опубл. 10.10.2011, Бюл. № 28).

Всем больным с острым парапроктитом проводилось вскрытие и дренирование гнойников. При выявлении посаженной крипты проводилось вскрытие гнойника по способу Рыжих-Бобровой, которое позволяет снизить риск возникновения свища.

В зависимости от расположения свищевого хода, по отношению к внутреннему сфинктеру, все больные разделены на 3 группы: в первую - включено 14 больных с интрансфинктерными свищами, во вторую – 49 больных с транссфинктерными свищами, в третью – 9 больных с экстрасфинктерными свищами.

Всем пациентам первой группы производилось иссечение свища в просвет прямой кишки по способу Рыжих-Бобровой; во второй группе у 3 больных произведено иссечение свища в просвет прямой кишки со сфинктеропластикой, а у 38 больных – иссечение свища в просвет прямой кишки по Габриэлю; в третьей группе в 8 случаях произведено иссечение свища с пластикой внутреннего отверстия слизисто-подслизистым лоскутом, в 1 случае применялся лигатурный метод.

**Результаты и обсуждение.**

Средипациентов с хронической свищевой формой ЭКХ ранние послеоперационные осложнения в исследуемых группах пациентов распределилась следующим образом: 2 больных (11,1%) в первой, 8 больных (23,5%) во второй, 2 больных (18,2%) в третьей и 1 больной (1,7%) в четвертой (p<0,05).

Из них ретенционные осложнения (нагноение, серома, гематома) возникли у 5 (14,8%) больных первой и второй групп, 1 (4,5%) больного третьей группы и 1 (1,7%) больного четвертой группы. Некроз и расхождение краев ран возник у 1 (5,6%) больного первой группы, 3 (8,8%) больных второй группы, 3 (14,2%) больных третьей группы. Гематома возникла у 1 (2,9%) больного второй группы, кровотечение у 1 (5,6%) больного первой группы.

Сроки полного заживления раны в первой группе больных составил 38,3±12,2 суток, второй - 31,4±14,7 суток, третьей -18,8±5,8 суток, в четвертой - 13,3±3,6 суток (p<0,05 попарно между всеми группами)

В срок с 8 до 22 месяцев после операции наибольшая частота рецидивов наблюдалась во второй группе больных 5 (14,7%), в первой - 2(11,1%), в третьей - 1 (4,5%). В четвертой группе за исследованный период времени не возникло ни одного случая рецидива заболевания.

Среди больных свищами прямой кишки средние сроки госпитализации в первой группе составили 11,6±1,9 суток, во второй - 14,9±3,2 суток, в третьей – 23,2±6,1 суток.

Средние сроки полного выздоровления в первой группе составили 22,5±7,3суток, во второй - 33,4±6,8 суток, в третьей – 52,2±9,3 суток.

Ранние послеоперационные осложнения в первой группе не возникали; во второй возникли у 8 (16,3%) больных и были представлены рефлекторной задержкой мочи в первые сутки послеоперационного периода у 6 (12,2%)больных и кровотечением из раны у 2 (4,1%) больных; в третьей группе- у 3 (33,3%) больных, из них у 2 (22,2%) больных возникла рефлекторная задержка мочи, у 1 (11,1%) больного возникло кровотечение.

При рассмотрении отдаленных результатов лечения: в первой группе рецидив свища наблюдался у 1 (7,1%) больного, во второй у 2 (4,1%)больного, в третьей у 1 (11,1%) больного.

Клинически проявляющейся недостаточности анального жома у прооперированных больных не возникало.

**Выводы.**

1. Традиционные операции по поводу ЭКХ сопровождаются высоким риском возникновения послеоперационных осложнений и рецидива заболевания.

2. Наилучшие результаты лечения достигаются при использовании асимметричного способа иссечения ЭКХ по предложенному авторами способу.

3.Среди свищей прямой кишки наиболее часто встречаются транссфиктерные, несколько реже - интрасфинктерные и значительно реже - экстрасфинктерные.

4.Ранние послеоперационные осложнения встречаются от 16,3% до 33,3% больных и чаще всего представлены рефлекторной задержкой мочи в первые сутки послеоперационного периода, реже кровотечением из раны. Причем риск возникновения осложнений увеличивается с увеличением сложности свища.

5.Несмотря на техническую сложность операций по поводу экстрасфинктерных свищей, исходы лечения можно считать вполне удовлетворительными.

**Социально-психологическая адаптация женщин к климактерию**

***Овсяник О.А., Давидян Л.Ю, Балтер Р.Б., Целкович Л.С., Черезова Ю.М., Руденко Ю.А.***

**ФБГОУ ВО Ульяновский государственный университет**

**ГОУ ВПО Самарский государственный университет**

**Россия, Ульяновск, Самара**

Известно, что в период от 40-60 лет организм каждой женщины претерпевает определённые физиологические изменения, связанные с угасанием репродуктивной функции и возрастной перестройкой организма. Это сопровождается определенными физиологическими реакциями, к которым большинство женщин оказывается не готовыми.

В связи с вышеизложенным, важно оценить роль адаптивности в способности эффективного переживания периода, через который проходи каждая женщина – климактерического периода.

# Для оценки социально-психологических изменений у женщин в данный период мы провели диагностику 250 женщин 40-60 лет, из которых 134 (53,6%) женщины были с физиологическим течением климактерия, а 116 (46,7%) с климактерическим синдромом различной степени тяжести. В качестве диагностических методик нами были использованы следующие методики: методика диагностики социально-психологической адаптации К. Роджерса и Р. Даймонда методика Дембо-Рубинштейн, тест Люшера, модифицированный линейкой Юрьева-Филимоненко и авторская методика по определению уровня развития потребностей по классификации А.Маслоу.

**Результаты исследования.**

Умеренно выраженный климактерический синдром отмечен почти у половины обследованных женщин (50,2%), тяжелые и легкие формы распределялись равномерно и составили 24,4% и 25,6% соответственно. Средняя длительность климактерического синдрома составила 3,9±0,4 года.

В ходе исследования мы так же выяснили, что климактерический синдром наиболее часто развивается у женщин с эмотивным, возбудимым и демонстративным типом акцентуации личности. Хроническая сопутствующая патология может воздействовать на психическую сферу и трансформировать акцентуации личности.

По нашим данным 35,7% патологических симптомов при климактерическом синдроме составляют изменения психической сферы личности.

У женщин с физиологическим климактерием, показатели по большинству параметров адаптивности выше, за исключением показателя «принятие других» и «склонность к доминированию». Таким образом, общая адаптивность у женщин, не имеющих климактерический синдром выше, чем при физиологическом течении климактерия. Скорее, высокая адаптивность женщин позволяет им легче пережить физиологические изменения.

Полученные результаты позволяют видеть достаточно тесные корреляционные связи с адаптацией, эмоциональной комфортностью, умеренную корреляцию между нормальным климаксом и склонностью к доминированию и принятием себя. Умеренная корреляционная связь обнаружена между нормальным течением климакса и интернальностью, однако данная корреляция имеет отрицательное значение.

Следующим этапом нашего исследования было выявление различий в способе переживания климактерического периода. Климактерический период в данном случае мы рассматриваем как трудную жизненную ситуацию, в которой проявляется крайняя степень потери осознания возможности преодоления несоответствия жизненных стремлений и усилий их достижения.

При исследовании значимости для женщины информации о наступлении климактерического периода и/или его патологического течения как психотравмирующего фактора выявили, что большинство обследуемых воспринимают это (хуже, если это преподносится еще и в виде “диагноза”) как удар судьбы, при этом ни одна обследованная женщина не оставалась к этому равнодушной.

Для выявления субъективной самооценки женщин мы использовали шкалы: ум, здоровье, характер, счастье, удовлетворенность браком и сексуальными отношениями. Для простоты восприятия показатель самооценки нами был искусственно увеличен в 100 раз, таким образом, идеальная самооценка соответствовала 100.

Исследования психологических параметров личности у женщин 40-60 лет свидетельствуют о том, что у женщин с физиологическим климактерием адекватная самооценка по шкалам «характер» (79.2%) и «счастье» (53.6%).

Показатель «здоровья» у женщин обоих подгрупп ниже нормы и примерно одинаковые (43.5% и 40.%). У представительниц обеих групп не выявлена заниженность показателей по шкале «ум». Причем у женщин, имеющих патологический климактерий показатель по это шкале в пределах нормы (60.2%), а вот у женщин с физиологическим течением средний показатель по данной шкале завышен (90.7%).

По шкалам «характер» (33.3%) и «счастье» (43.3%) показатели у женщин, имеющих климактерический синдром ниже, чем у женщин с нормальным течением климактерия.

Вместе с тем, показатели по шкалам «брак» (47.3) и «секс» (17.2%) у них выше, чем показатели у женщин с нормальным течением климактерия. Более того, по шкале «брак» показатель почти в 16 раз выше, а показатель по шкале «секс» выше почти в 6 раз чем у женщин с нормальным климактерием. Эти данные показывают, что сексуальная неудовлетворенность, как принято считать некоторым ученым, не является причиной климактерического синдрома и с ним не связана. Одной из причин этого несоответствия может быть и то, что женщины, имеющие климактерический синдром ищут в браке и сексуальных отношениях какого-то спасения и больше внимания уделяют улучшения отношений в данной сфере.

Изучение психоэмоциональной сферы позволило установить, что у женщин обеих групп повышена психическая утомляемость и тревожность. Однако у женщин с физиологическим климактерием параметры «психическая напряженность», «эмоциональный стресс» и «адаптация» находятся в норме.

Психоэмоциональная сфера женщин с климактерическим синдромом характеризовалась повышенной психической утомляемостью (8.6) тревожностью (7.6), напряженностью (9.7), наличием эмоционального стресса (10.2) и пониженным уровнем адаптивности (12.6). Адаптация к новой среде у них наступает медленнее.

Женщины, страдающие климактерическим синдромом более раздражительны, утомляемы, менее внимательны, соответственно можно предположить, что эффективность профессиональной деятельности рассматриваемой нами категории женщин уменьшается. Более того, некоторые женщины отмечали у себя даже регрессию профессионализма. Именно поэтому раннее выявление и своевременная коррекция психологических нарушений у женщин с патологическим течением климактерия необходимы для повышения их психологического комфорта.

**Художественная гимнастика и будущие спортивные «звезды»**

***Сапунова И. В.***

**отделение гимнастики МАУДО г. Нижневартовска "СДЮСШОР"**

**Россия, Нижневартовск**

За последнее время самым популярным и массовым видом спорта в г. Нижневартовске считается художественная гимнастика. Практически каждая современная мама изъявляет желание отдать в спортивную школу на отделение художественной гимнастики в СДЮСШОР г. Нижневартовска. У всех родителей общее желание определить ребенка к лучшему тренеру, сделать из своей дочки спортсменку, а при удачных стечениях обстоятельств очередную звезду российского спорта. Несмотря на такие искренние пожелания для своего ребенка, девочкам не совсем просто пробиться к вершинам славы. И в большинстве случаев, все это просто остается бессмысленной попыткой показать, на что ты способен. Естественное желание родителей реализоваться в детях. Но в любом случае есть конкретно ребенок со своим именем и фамилией. И только сама юная спортсменка может вырасти в серьезную приму. Что же ждет семьи, которые привели и отдали детей в спорт.

 **Правила естественного отбора**

 Говоря о художественной гимнастике, мысленно начинаешь рисовать пластичные завораживающие движения, невероятные сложные по координации и качеству, грандиозные победы, золотые медали, первые места… на самом же деле, все это обращается в многочисленные тренировки, потерю собственного детства, постоянная работа до изнеможения. Стоит ли это затраченных сил? Ведь великими спортсменами становятся только единицы. Ваши ожидания в начале спортивного пути противоречивы с ожидаемой реальностью.

 По федеральному образовательному стандарту ребенка уже можно отдавать на занятия художественной гимнастикой в возрасте от пяти лет. Если родители хотят отдать ребенка в четыре года, то это слишком маленький срок. Нагрузка и тренировки могут сказаться негативно на становлении психики малыша. И наоборот, если девочку отдают на гимнастику в возрасте 6-7 лет, то этот возрастной период считается поздним. А все дело в том, что в настоящее время создается большая конкуренция между всеми действующими гимнастическими школами. По этой причине, опытные и профессиональные тренеры всегда берут исключительно перспективных детей, причем в самом раннем возрасте.

 Но при этом, критерии отбора для будущих гимнасток являются не самыми строгими. Конечно, всегда преимущества отдаются девочкам худенького телосложения, которые обладают природной гибкостью и амплитудой движения в суставах. Опытный специалист сразу отметит подвижность позвоночника, коленных, плечевых и тазобедренного суставов. Очень важна природная пластика и чувство ритма. Слышать и понимать музыку могут далеко не все гимнастки, даже физически одаренные.

 **Какие могут возникать профессиональные болезни**

 До возраста семи лет, девочки, как правило, занимаются физической подготовкой в общем понимании этого слова. При этом значительное внимание уделяется растяжке и хореографии. Кроме того, гимнастки должны отлично ощущать чувство ритма. Что касается родителей, то они должны быть сами готовы, и подготовить своих детей морально к тому, что тренеры их будут тянуть, причем в самом прямом смысле этого слова. С одной стороны здесь нет страшного абсолютно ничего. Все гимнастки должны проходить через тяжкий труд с возможными болевыми ощущениями. Стоит запомнить, что без прекрасной растяжки, ни о каком гимнастическом будущем не может идти речь.

 Но как, же это может влиять на здоровье ребенка? Чтобы понять это, необходимо обратиться к мнению врачей. Они считают, что однозначно занятия по гимнастике художественной, являются полезными для развивающегося, молодого организма. Дело в том, что, благодаря таким упражнениям, сердечнососудистая система, вегетативная, и дыхательная, находятся на функциональном высоком уровне. И это обстоятельство является большим плюсом, ведь позволяет повысить общую работоспособность, укрепить иммунитет организма, выработать стойкость организма к окружающим неблагоприятным условиям.

 Правда, говоря о здоровье, не имеется ввиду профессиональное занятие спортом, которое характеризуется интенсивными многочасовыми тренировками, и не только физическими нагрузками, но еще и эмоциональными. В результате таких тренировок могут страдать часто колени, позвоночник, голеностопы. И практически все знаменитые гимнасты периодически вынуждены посещать мануальщиков, чтобы приводить свое физическое состояние в норму.

 Кроме этого, спортсменки своему внешнему виду обязаны уделять особое внимание. У них всегда должна быть идеальная фигура, которая основывается только на самой жесточайшей диете. Это и будет абсолютная цена за будущий успех и за многократные победы с золотыми медалями.

Станет ли девочка гибкой и координированной, если каждый день будет выполнять махи и прыжки? Один раз на левую сторону, другой раз на правую сторону. Поверьте, не станет? Вот и я так думаю. Девочка просто не знает одной волшебной формулы, с которой надо начинать любому тренеру и знакомить семью гимнастки. Наша позиция такова: в жизни стать президентом, в учебе академиком, в спорте олимпийским чемпионом. Представь себе: вы можешь добиться успеха в чем угодно! Только сперва ваш ребенок должна твердо решить это для себя самой. Например, вот так: «Я хочу стать гимнасткой. Буду добиваться успеха в спортивном мастерстве». Или так: «Я обязательно прославлюсь в художественной гимнастике!» В общем, для успеха в любом деле, прежде всего, требуется твое желание. А семье должны принять решение и ввести занятия художественной гимнастикой в ранг семейных ценностей.

Если желание уже переполняет голову, можно приступать к упражнениям. Если ты и правда хочешь стать чемпионкой по гимнастике, тренироваться придется почти каждый день» а иногда и два раза в день — утром и вечером. А на уровне сборных команд спортсменки занимаются четыре раза в день в условиях жесточайшей диеты. Зарядка и три тренировки. Каждый день, тебе будет казаться, что ты совершенно не способна стать знаменитой гимнасткой. Часто ты будешь думать о том, что пора оставить спорт, а вместе с ним и мечту о славе. Вот почему не стоит браться за что-то серьезное, если нет сильного желания. Без такого желания точно бросишь дело на полдороги!

Год за годом придется оттачивать свое спортивное мастерство. Ежедневные тренировки и работа. Хватит ли у вас терпения так тяжело работать? Вот что еще важно: наше обучение происходит не постепенно, а рывками. У тебя целыми неделями может не получаться какое-то движение. От злости на себя саму ты не раз будешь рыдать в раздевалке. Но, в один прекрасный день ты вдруг обнаружишь, что р-раз, и это противное, совершенно невозможное движение, наконец, получилось! Поэтому никогда не падай духом — не сдавайся. Устала? Терпи! Не получается? Терпи! Надоело? Терпи! Все замечательно! Терпи!

Вот она, загадочная формула: желание + упражнение + терпение = успех. Успех приходит обычно не к тем, кто обладает блестящими способностями. Успех закономерен. Трудолюбие, талант, система и тогда возможен результат. Взгляни на великих спортсменов, чемпионов и победителей. В момент захода на пьедестал они лучшие. Но как только сошли, начинай все с начала.

Спортивных звезд показывают каждый день и на экране телевизора они выглядят презентабельно. Но кто они и как добирались на спортивный олимп? У всех разный и одинаковый путь. Сначала захотели, потом поняли, что для этого надо и смогли. Захотеть, понять и смочь.

Звезды спорта. Внешне они самые одаренные, красивые и умные. Звездами становятся самые решительные, настойчивые целеустремленные. Изучая историю продвижения каждого великого спортсмена, отмечаем общее. Каждый из них когда-то сказал себе:

«Хочу, чтобы меня узнала вся страна!» И каждый прибавил к этому огромному желанию годы упражнений, вынести которые помогло колоссальное терпение. Не ставь перед собой сразу много целей. Нельзя сказать себе: «Хочу стать знаменитой актрисой, знаменитой гимнасткой и еще знаменитой пианисткой». Разберись в себе: чего тебе действительно хочется больше всего? Куда тебя больше тянет — в кино, в спорт или в музыку? Цели нужно добиваться только тогда, когда она точно выбрана. Не распыляй свои силы, а направь их все в одном направлении.

Скоро ты убедишься, что даже хрупкая девочка обладает громадной мощью, когда она по-настоящему чего-то хочет. Только не спрашивай себя: «А вдруг я не сумею? Что, если у меня не получится!?» С такими мыслями и правда может не получиться. Говори себе: «Я сделаю это, успех придет ко мне!» Между прочим, среди чемпионок мира и Олимпийских игр по гимнастике немало твоих ровесниц.

Верь в себя, и ты непременно победишь. Тот, кто по-настоящему хочет «тать богатым, всегда становится богатым. Тот, кто всерьез мечтает стать актером, всегда становится актером. Девочка, которая мечтает выйти замуж за принца и стать мамой десятерых детей, обязательно отыщет своего принца и нарожает ему чудесных девочек и мальчиков.

Кем бы ты ни хотела стать, чего бы ты ни желала добиться, тебе придется делать это с помощью людей— родителей, учителей, тренеров и многих, многих других. Старайся относиться к ним так, как ты хотела бы, чтобы они относились к тебе. Это тебе очень поможет в жизни. Поэтому волшебную формулу успеха давай дополним вот так: успех = желание + упражнение + терпение + психика.

**Оценка влияния условно-патогенной флоры на развитие синдрома хронической тазовой боли у женщин репродуктивного возраста**

***Серова Н.Г. Беленькая О.Н., Линева О.И., Целкович Л.С., Балтер Р.Б.***

**ГОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет**

**Россия, Самара**

Общеизвестно, что в гинекологической практике боль внизу живота является самой распространенной жалобой, предъявляемой пациентами. По данным ВОЗ каждый 5 человек страдает хронической болью что является причиной выполнения от 10 до 35% лапароскопий и 12% гистерэктомий, проводимых ежегодно. Вместе с тем, несмотря на существенные достижения в проблеме изучения этиологии, патогенеза, диагностики и лечения хронических воспалительных заболеваний внутренних половых органов вопросы о роли бактериальной флоры способствующей развитию данного симптомокомплекса продолжают широко обсуждаться.

**Цель исследования**: оптимизировать терапию хронической тазовой боли у женщин с воспалительными заболеваниями органов малого таза, с учетом особенностей микробиологических показателей.

**Материал и методы исследования:** Было проведено обследование 80 женщин репродуктивного возраста с хронической тазовой болью, обусловленной хроническим воспалительным заболеванием органов малого таза. Все пациентки были разделены на 2 группы: 1 группа - 40 женщин, которые проходили обследование и лечение по разработанной нами методике (основная группа), вторая группа состояла из 40 женщин (группа сравнения), которые получали терапию по стандартным методикам. Результаты их обследования сопоставлялись с данными 40 условно здоровых пациенток, у которых болевой синдром отсутствовал. Всем женщинам до назначения терапии проводилось исследование на инфекции, передающиеся половым путем и условнопатогенную микрофлору. Исследование проводилось методом полимеразной цепной реакции, иммуноферментным и культуральным методами.

**Результаты исследования.** Проведенные исследования показали, что у женщин с хроническими сальпингоофоритами достаточно часто встречается условнопатогенная микрофлора. Причем, только условнопатогенная микрофлора выделена у 8 (20±6,4%) женщин основной группы и у 11 (27,5±7,1%) женщин группы сравнения, в сочетании с ИППП - у 11 (27,5±7,1%) женщин основной группы и у 6 (15±5,7%) пациенток группы сравнения.

В основной группе и группе сравнения чаще всего выделялась Escherihia coli, у 9 (22,5±6,7%) и 7 (17,5±6,1%) женщин соответственно. На втором месте по частоте встречаемости - Staphilococcus aureus, Streptococcus agalactiae, Enterococcus faecalis. Staphilococcus aureus встречается у 4 (10±4,8%) женщин основной группы и у 2 (5±,5%) пациенток группы сравнения. Streptococcus agalactiae встречается у 4 (10±4,8%) женщин основной группы и у 5 (12,5±5,3%) женщин группы сравнения. Enterococcus faecalis встречается у3 (7,5±4,2%) пациенток основной группы и у 2 (5±,5%) женщин группы сравнения.

Все женщины проходили лечение по разработанной нами методике. На первом этапе проводилась ферменто-, а также иммуномодулирующая терапия. На втором этапе применялась антибактериальная терапия с учетом чувствительности выделенной флоры. Применялись антибиотики широкого спектра действия (макролиды, фторхинолоны, тетрациклиновая группа), а также антибактериальные препараты, действующие на анаэробную группу бактерий. В лечение использовались антимикотики. В процессе антибактериальной терапии все женщины получали физиотерапевтические методы лечения такие, как лазеротерапия, электрофорез с минеральными салфетками, а также внутривенную лазеротерапию, озонотерапию. Все пациентки, прошедшие лечение отмечали прекращение болевого синдрома, улучшение общего состояния.

Таким образом, проведенные исследования показали. что у подавляющего большинства пациенток с хронической тазовой боль выделяется условнопатогенная микрофлора, что свидетельствует о ее важной роли в возникновении данной патологии. Все вышеизложенное диктует необходимость обследования на условнопатогенную микрофлору всех женщин, обратившихся с жалобами на хроническую тазовую боль, с целью подбора адекватного лечения.

**адъювантная лекарственная терапия первично-операбельного рака молочной железы**

***Торосян М.Х.***

**ГУЗ Областной клинический онкологический диспансер**

**Россия, Ульяновск**

По своим клиническим, морфологическим и молекулярно-генетическим параметрам рак молочной железы (РМЖ) является гетерогенным заболеванием. Несмотря на то, что патоморфологическая верификация РМЖ составляет 95,6%, в пределах одного и того же гистологического варианта и одинаковой степени процесса его прогноз может существенно варьировать. В настоящее время существует множество морфологических параметров для их учета в плане прогноза и риска развития рецидивов [Ананина О.А., 2008; Левшин, В.Ф., 2000 и др.]. В качестве прогностического фактора рассматривалось гистологическое строение опухоли [Чумаченко П.А., 1990], молекулярно-генетические маркеры опухолевой ткани - Ki-67, Her2neo и ряд других [Albain KS, Barlow WE, Shack S, et al., 2010, Cheang MC, Chia SK, Voduc D, et al., 2009 и др.]. Вместе с тем, в настоящее время не существует определенного комплексного подхода к оценке прогноза больных РМЖ с учетом не только патоморфологических, но и молекулярно-генетических параметров опухоли, что и обусловило цель нашего исследования.

Цель исследования - оптимизация оценки прогноза и тактики ведения больных РМЖ.

Объектом исследования послужили биоптаты злокачественных опухолей молочных желез 78 пациенток, находившихся на лечении в Ульяновском областном клиническом онкодиспансере г.Ульяновска с 2006 по 2008 гг. В анализ так же были включены анамнестические данные, взятые из историй болезни (ф. N003/у) и амбулаторных карт (ф. 025-04/у) этих пациенток.

Образцы опухолевой ткани подвергались морфологическому и иммуно-гистохимическому исследованию с целью определения следующих параметров: гистологический вариант рака молочной железы, макроскопические параметры опухоли (размер, границы), степень злокачественности, инфильтративный компонент, СБЗ, наличие и выраженность гормональных рецепторов, уровень маркера пролиферативной активности Ki-67 и HER2\neu статус.

Все пациентки были разделены на 2 группы. В первой группе имел место рецидив заболевания в первые 5-лет с момента установки диагноза. Вторая безрецидивная группа являлась контрольной.

В процессе исследования были выявлены корелляционные связи между морфологическими особенностями опухолей и течением заболевания. Доказана прогностическая значимость индекса СБЗ в сочетании с уровнем Ki-67.

Выявлено, что больные люминальным первично-операбельным РМЖ с умеренным прогнозом по СБЗ, но с высоким значением Ki-67 имеют плохие показатели 5-летней БРВ и нуждаются в интенсификации адъювантного лечения путем добавления системной химиотерапии.

Все изложенное послужило основание для формирования индвивидуальных подходов к проведению химиотерапии в послеоперационном периоде у женщин с РМЖ. В процессе проведения работы было показано, что адъювантное лекарственное лечение больных люминальным первично-операбельным HER2/neu (-) РМЖ с хорошим и умеренным прогнозом по СБЗ и значением Ki-67 менее 16% может быть ограничено гормонотерапией по стандартным схемам без применения цитостатиков без ущерба для качества жизни в первые 5 лет с момента установки диагноза.

**Список литературы:**

1. Ананина О.А. Оптимизация ранней диагностики рака молочной железы на основе информационной системы: Дисс. канд. мед. наук. -Томск, 2008.- 160 с.
2. Левшин, В.Ф. Исследование факторов риска рака молочной железы на материале проспективного прослеживания когорты/ В.Ф. Левшин, Т.П. Федичкина// Вестн. Рос. онкол. науч. центра им. Блохина РАМН. — 2000. — № 4. С. 18-23.
3. Чумаченко П.А. Морфометрическая оценка состояния молочной железы / П.А. Чумаченко, Е.С. Панкратова, И.В. Васин. - Рязань, 1990. Деп. в ВИНИТИ 15.11.90 № 5788-В90.
4. Albain KS, Barlow WE, Shack S, et al. Prognostic and predictive value of the 21-gene recurrence score assay in postmenopausal women with nodepositive, oestrogen-receptor-positive breast cancer on chemotherapy: A retrospective analysis of a randomized trial. Lancet Oncol - 2010 – т.11 – р. 55–65.
5. Cheang MC, Chia SK, Voduc D, et al. Ki67 index, HER2 status, and prognosis of patients with luminal B breast cancer/J Natl Cancer Inst – 2009 - Т.101 – р. 736–750.

**Возможности использования адьювантной терапии рака молочной железы у жнещин**

***Торосян М.Х., Родионов В.В., Кометова В.В.***

**ГУЗ Областной клинический онкологический диспансер**

**Россия, Ульяновск**

Одним из наиболее часто встречающихся онкологических заболеваний в настоящее время является рак молочной железы (далее РМЖ). В России за 2013 год зарегистрирован 60701 случай заболевания РМЖ, среди них с начальными стадиями (I, II) около 70% заболевших («Состояние онкологической помощи населению России в 2013г.» под ред.А.Д.Каприна, В.В.Старинского, Г.В.Петровой, Москва 2014).

Наиболее благоприятным прогнозом и благоприятным прогнозом с высокими показателями безрецидивной и общей выживаемости, характеризуется РМЖ, диагностированный на ранних стадиях. Так, при I стадии показатель 5-летней выживаемости составляет 95-100%, при IV – 10-22% (Семиглазов В.Ф., 2003; AmericanCancerSociety, 2013).

Кроме указанного, к общепризнанным критериям благоприятного прогноза относят следующие морфологические характеристики опухоли: наличие рецепторов к гормонам эстрогену и/или прогестерону, отсутствие гиперэкспрессии и амплификации гена HER 2 neu, низкий уровень маркера клеточной пролиферации Ki-67, что соответствует люминальному типу А рака молочной железы (классификация принята международными профессиональными обществами ASCO, ESMO, NCCN, St.Gallen). Стандартом адъювантного системного лечения данной группы больных является назначение гормонотерапии без применения цитостатиков (Практические рекомендации по лекарственному лечению больных раком молочной железы RUSSCO. Версия 2 –2013).

Однако среди групп ожидаемо благоприятного прогноза в ряде случаев имеет место возникновение рецидива или прогрессирования онкологического заболевания в первые 5 лет с момента постановки диагноза РМЖ, что диктует необходимость поиска новых морфологических критериев индивидуального подхода к выбору лечебной тактики у данных больных.

Уже разработан ряд прогностических индексов, позволяющих частично решить эту проблему. Наиболее распространен Ноттингемский прогностический индекс (НПИ), который включает в себя размер опухоли, степень злокачественности и состояние регионарных лимфатических узлов. Но несмотря на простоту расчета и интерпретации, НПИ учитывает не все прогностически значимые параметры.

В настоящее время не существует строгих протоколов, позволяющих в ряде случаев однозначно решить вопрос о назначении адъювантной химиотерапии, что затрудняет работу врача-онколога и отражается на качестве и продолжительности жизни пациентов.

Все вышеизложенное определило цель проведения настоящего исследования.

Морфологическому исследованию подвергались препараты инфильтрирующего рака молочной железы 78 пациенток, находившихся на лечении в ГУЗ ОКОД г.Ульяновска с 2006 по 2008 гг., полученные в результате оперативного лечения.

Макроскопически оценивалась общая локализация опухоли и ее локализация по квадрантам молочной железы, границы опухолевого узла, длина узла (максимальный размер в мм), ширина узла (минимальный размер в мм) и условная площадь узла как произведение его дины и ширины.

Микроскопические препараты исследовали методом обзорной микроскопии на световом микроскопе LeicaDME (Германия).

При обзорной микроскопии определяли гистологический вариант рака (инфильтративный дольковый, инфильтративный протоковый, инфильтративный смешанный, особые формы), степень злокачественности (GI, II, III), ядерный полиморфизм клеток (нерезкий, умеренный, выраженный), митотическую активность раковых клеток по наличию типичных и атипичных митозов (слабая 0-11, умеренная 12-23, выраженная – более 24 митозов с градациями), клеточный состав (светлые и темные клетки), структуру инфильтративного компонента, наличие инвазии в кровеносных сосудах стромы, наличие опухолевых эмболов в лимфатических сосудах и их количество в строме опухоли).

Так же рассчитывался СБЗ как сумма баллов следующих параметров: степень дифференцировки первичной опухоли (1-3 балла), клеточный полиморфизм (1-3 балла), митотическая активность (1-3 балла), характер инвазивного роста (1-5 баллов), опухолевые эмболы в сосудах стромы (0-3 балла) и клеточная реакция в строме опухоли (0-3 балла).

Помимо стандартного патоморфологического исследования все опухолевые образцы подвергались иммуногистохимическому исследованию (ИГХ), с помощью которого определялись наличие и уровень экспрессии рецепторов эстрогена (ЭР) и прогестерона (ПР) в первичной опухоли, значение индекса пролиферации Ki-67 и экспрессия HER-2/neu (метод D.C.Allred). При спорном (++) результате ИГХ анализа на HER-2/neu проводилось определение амплификации гена HER2 методом insitu гибридизации (FISH/CISH).

Для статистической обработки полученных результатов исследования использовались рекомендации Ребровой О.Ю. (2006).

Следует отметить, что исследованию подвергались пациентки с первично-операбельным (I-II ст.), люминальным А и В HER2-негативным РМЖ. Возраст больных колебался от 45 до 70 лет, средний возраст составил 54,6±2,4 года. Все пациентки находились в постменопаузе.

Все больные, вошедшие в когорту, были распределены на 2 группы, в зависимости от рецидива опухолевого процесса, развившегося в течение последующих 5 лет с момента постановки диагноза РМЖ. Женщины с рецидивом опухоли 18 чел. составили основную группу, пациентки с безрецидивным течением 60 чел. – группу сравнения.

При анализе полученных данных было выявлено присутствие различных гистологических вариантов инфильтративных опухолей РМЖ в обеих группах сравнения, а именно инфильтративного протокового рака (ИПР), инфильтративного долькового рака (ИДР) и инфильтративного протоково-долькового/смешанного рака (ИСР). Однако в основной группе с рецидивом заболевания наблюдалась большая частота встречаемости ИПР, который характеризовался значимо выраженной степенью злокачественности, высокой митотической активностью опухолевых клеток и выраженной воспалительной инфильтрацией в строме опухоли.

В зависимости от значения СБЗ все больные были разделены на три прогностические группы:

1. Группа хорошего прогноза (СБЗ от 4 до 13 баллов).
2. Группа умеренного (сомнительного) прогноза (СБЗ 14-15 баллов).
3. Группа плохого прогноза (СБЗ от 16 до 20 баллов).

При оценке взаимосвязей СБЗ и 5-летней БРВ установлено, что в основной группе достоверно чаще встречались опухоли с умеренным и плохим прогнозом по СБЗ, чем в группе сравнения.

Так же была выявлена корреляционная связь между СБЗ и уровнем индекса пролиферации Ki-67. Было установлено, что сочетание высокого индекса пролиферативной акивности (в нашем случае пороговое значение составило 16%) со значением СБЗ, соответствующим плохому или умеренному прогнозу, позволяет с большой вероятностью прогнозировать рецидив в первые 5-лет наблюдения.

Генетическому исследованию подвергались биоптаты опухолей молочных желез 30 пациенток, находившихся на лечении в ГУЗ ОКОД в 2013г.с диагнозом Рак молочной железы, на предмет наличия мутаций в генах BRCA 1, BRCA 2, CHEK 2 и NBS 1. У всех пациенток распространенность онкологического процесса была в пределах I-II ст. У одной пациентки была обнаружена мутация в гене CHEK2 и у одной пациентки мутация в гене NBS 1. Морфологически эти опухоли характеризовались выраженной гормональной рецепцией эстрогена и прогестерона, средними показателями злокачественности, средними показателями пролиферативной активности, умеренным прогнозом заболевания по индексу СБЗ. У остальных 28 пациенток генетических мутаций выявлено не было.

Кроме того, вышеуказанные образцы опухолевой ткани в количестве 30 шт., были исследованы методом ОТ-ПЦР с целью определения экспрессии ряда микроРНК (mir-21, mir-22,mir-23, mir-24,mir-25,mir-26,mir-27,mir-28,mir-29). Оценка микроРНК опухолей проводилась в сравнении с микроРНК здоровой ткани молочной железы этих же пациенток. Статистически значимое повышение указанных микро-РНК в опухоли по сравнению со здоровой тканью наблюдалось в 9 случаях из 30, что позволяет предположить более агрессивное течение заболевания у данной группы больных по сравнению с контрольной группой. Морфологическими особенностями опухолей этой группы явились выраженная гормональная экспрессия как эстрогеновых, так и прогестероновых рецепторов, положительный Her2/neu-статус, преобладание ИПР, степень злокачественности G3, СБЗ, соответствующий плохому прогнозу. Что интересно, несмотря на прогностически неблагоприятную морфологическую картину, эти 9 случаев отличало отсутсвие метастатически-пораженных регионарных лимфоузлов.

На данный момент все больные получили комплексное лечение по поводу РМЖ и находятся под динамическим наблюдением. В настоящее время признаков рецидива не выявлено.

Таким образом, в результате исследования были выявлены корреляционные связи между морфологическими особенностями опухоли и течением заболевания на примере РМЖ, была доказана прогностическая значимость интегрального морфологического индекса (СБЗ) у больных РМЖ в сочетании с индексом пролиферативной активности Ki-67.

Установлено, что больные люминальным первично-операбельным РМЖ с умеренным прогнозом по СБЗ, но с высоким значением Ki-67 имеют плохие показатели 5-летней БРВ и нуждаются в интенсификации адъювантного лечения путем добавления системной химиотерапии.

**ГРУППЫ РАННЕГО ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ КАК ОДНА ИЗ ФОРМ РАБОТЫ В ПОДГОТОВКЕ СПОРТИВНОГО РЕЗЕРВА (ПРОФИЛЬНОЙ ОРИЕНТАЦИИ НА ОЛИМПИЙСКОЕ ТХЭКВОНДО)**

***Черепанова Я.В.***

**МОУДО СДЮСШОР**

**Россия, Нижневартовск**

Актуальность статьи определяется:

- постановлениями правительства РФ и указами Президента России в области физической культуры и спорта,

- популяризация физической культуры и спорта среди населения города, пропаганда здорового образа жизни,

- условиями Крайнего севера, где дети в связи с особенностью климатических условий ведут малоподвижный образ жизни, имеют, по данным Минздрава, ослабленное здоровье.

- селекцией и спортивным отбором, позволяющей на ранних стадиях развития ребенка выявить генетические предпосылки к виду спорта, где ребенок может достичь максимального результата.

- создание педагогической среды с включением в общий процесс всех заинтересованных в развитие ребенка членов социума.

- возрастающей конкуренцией в спорте высших достижений, где ярко проявляется ранняя спортивная специализация [11].

 Возникает *противоречие-проблема* между необходимостью показа результата и возможностями образовательной системы по допуску к началу занятий и комплектации групп.

- практика работы тренеров-преподавателей по тхэквондо ВТФ показывает необходимость понижения возраста занимающихся, а типовые положения не позволяют набирать детей дошкольного возраста.

Гипотеза. Предполагаем, что занятия с детьми на этапе групп раннего развития будет способствовать тому, что занимающиеся покажут высокие результаты в физической подготовленности, что выразится в результатах специальных тестов.

В г. Нижневартовске с 2010 года начали работать специалисты с детьми дошкольного и младшего школьного возраста на основе авторских методик Заслуженных тренеров России Головихина Е.В. и Головихиной Д.В.

С 4,5 дети могут приступить к активным занятиям физической культуры и спортом на основе авторской программы. Основной критерий набора в группы возраст и состояние здоровья. Занятия проходят 3 раза в неделю по 1 часу [2].

Основу занятий определяет умение учиться, социализация и успешность. Два раза в год с детьми проводится мониторинг физического развития. Для формирования фактора успешности, позитивного отношения к спорту и физической культуре, привлечению к процессу ближайшего окружения ребенка и формирования оптимальной педагогической среды мониторинг проводится в виде соревнований, с определением занятых мест соответственно результатам и торжественным награждением всех участников. Участники делятся по подгруппам, по 3 человека в каждой, учитывая возраст и физические данные ребенка, таким образом, медалью и грамотой награждается каждый ребенок

**Тесты, используемые при проведении мониторинга:**

Тест 1. Бег 10 м.

Тест 2. Прыжки в длину с места..

Тест 3. Метание набивного мяча весом 1 кг.

Тест 4. Гибкость (наклон вперед на опоре).

Тест 5. Шпагат.

Тест 6. Гимнастический мост наклоном назад с прямыми ногами.

Тест 7. Метание в цель.

Тест 8. 6-минутный бег.

Тест 9. Прыжки на скакалке 30 сек.

Тест 10. Поднимание туловища за 30сек.

 Тест 11. Отжимание за 30 сек.

Тест 12. Прыжки через линию за 30 сек.

Тест 13. Отбивание мяча от пола за 15сек.

Тест 14. Равновесие (стойка на одной ноге).

Тест 15. Бег зиг-заг.

Тест 16. Челночный бег 3+10м.

Данные тесты выбраны не случайно. Благодаря им выявляется уровень физической подготовленности на входном контроле, динамика физического развития на выходном контроле. Все задания определены возрастными особенностями, сенситивными периодами и отработаны на детях в возрасте 4,5 – 7 лет, в двенадцатилетний период. Было проведено 56 мониторингов, где приняли участие более 600 респондентов.

В Нижневартовске в течение 5 лет дети участвовали в соревнованиях по сдаче нормативов. Имеются данные только по детям из групп раннего развития занимающихся у автора статьи и у детей, занимающихся у другого тренера-преподавателя. Всего определены результаты 300 респондентов. Из них 120 девочек и 180 мальчиков [7].

Интересен факт сохранности контингента. Что немало важно для продолжения дальнейших занятий. К концу четвертого года занятий в период с 2010 по 2014 год в группе сохранилось более 80% занимающихся.

В своей работе с детьми учитываем стереотип мышления о будущих занятиях. Малый жизненный опыт не позволяет ребенку сделать объективную оценку будущих перспектив. И он практически не готов к систематическим занятиям физкультурой и спортом на осознанном волевом усилии. Эта ситуация заранее обсуждается с родителями [5].

Второй фактор, который обязателен при работе с дошкольниками – учет ресурса двигательной активности. Несмотря на внешнее проявление высокой энергичности, ребенок не может длительное время выполнять физическую нагрузку. Его усилий на начальных тренировках едва хватает на 30 минут. Поэтому первые две-три недели занятия по времени ограничены 30 минутами.

Третий фактор это сравнение ребенком отношения в семье и в секции со стороны тренера и родителей. Имея своих детей, понимаешь степень ответственности за каждое действие и в беседе с родителями устанавливались особенности восприятия ребенком социума [12].

Важный фактор – учет взаимодействия в коллективе. Низкий уровень социализации, специальных знаний о поведении не всегда позволяет ребенку быть адекватным. Более сильные и наглые дети, могут обидеть слабых, спровоцировать переключение внимание группы от заданий тренера.

Все факторы искусственно учитывались в педагогическом взаимодействии. Обобщив данные мониторинга за 4 года можно привести средние показатели общей физической подготовки детей г. Нижневартовска. Было протестировано около 300 детей, 60 % мальчиков, 40% девочек. Данные приведены в таблице1 [2].

В таблице представлены данные детей, занимающихся регулярно в течение двух лет по программе раннего физического развития. В возрасте 5ти лет было проведено входное тестирование, в возрасте 7 лет повторное. Причем каждые полгода систематических занятий дети участвовали в мониторингах, по соревновательным требованиям. Для формирования фактора успешности деятельности ребенка и повышения уровня самооценки, с дальнейшей выработкой психического качества уверенность, спортивные мероприятия проводили по следующей схеме:

Всех детей одного возраста делили на подгруппы по три человека. В каждой подгруппе могло быть только три призера. Все участники получали красочный диплом, медаль и приз. А для родителей вывешивали на стенде реальную картину по занятым местам в общем зачете.

*Таблица 1.*

Мониторинг физических качеств групп респондентов на входном и выходном контроле

|  |
| --- |
| ТЕСТЫ |
| **контроль** | возраст | гибкость, наклон со скамьи | шпагат | мост | бег челнок | бег зиг-заг | отжимания за 30 сек | отбив мяча за 15 сек | бросок набивного мяча (см) | пресс за 30 с | Метание в цель | бег 10 м | прыжки через линию 30с | скакалка 30 с | прыжок в длину | бег6 минут, м | Равновесие,с |
| вход | 4,5-5 лет | 6 | 9 | 35 | 12,45 | 7,3с | 8 | 10 | 126 | 13 | 1 | 3,6 | 29 | 5 | 100 | 787 | 10,80 |
| выход | 4,5-5 лет | 14 | 12 | 20 | 11,55 | 7,2 | 14 | 25 | 165 | 18 | 1 | 3,5 | 32 | 15 | 110 | 840 | 12 |
| вход | 6 лет | 6 | 6 | 31 | 10,8 | 5,7 | 15 | 28 | 190 | 20 | 2 | 2,9 | 56 | 15 | 125 | 844 | 13 |
| выход | 6 лет | 15 | 12 | 20 | 9,6 | 5,5 | 20 | 31 | 210 | 22 | 2 | 2,9 | 66 | 21 | 130 | 920 | 23 |
| вход | 7-8 лет | 5 | 5 | 25 | 9,2 | 4,8 | 23 | 35 | 195 | 23 | 4 | 2,6 | 75 | 43 | 135 | 953 | 37 |
| выход | 7-8 лет | 16 | 13 | 20 | 8,6 | 4,6 | 28 | 38 | 240 | 25 | 4 | 2,5 | 80 | 55 | 150 | 970 | 45 |
| Разница в процентах |  | 112 | 45 | 83 | 12 | 4 | 84 | 98 | 43 | 36 | 5 | 3 | 6 | 78 | 12 | 11 | 23 |

Выводы: В результате проведенного анализа были выявлены значительные изменения в развитии координационных качеств:

- амплитуда движений в суставах – 86%,

-точность движений – 89%,

-равновесие на 23%,

двигательные качества:

-гибкость – 83%,

-сила – 42%.

Скорость и выносливость в этом возрасте тренируется незначительно, что связано с анатомическими и физиологическими особенностями детского организма.

Изучив состояние проблемы развития детей дошкольного возраста 4-6 лет, на основе спортивной специализации тхэквондо ВТФ выявили, что существует три основных учебно-образовательных программы, содержание которых соответствует закону об образовательной деятельности. Направленность данных программ на организацию учебно-тренировочного процесса с детьми, подростками и взрослыми. Минимальный возраст занимающихся детей 6 лет. Причем в типовом положении, регламентирующем деятельность спортивных образовательных учреждений возраст приема в спортивные школы 9-10 лет.

Практика работы тренера-преподавателя, требования к отчетности образовательного учреждения, порядок начисления заработанной платы, календарь официальных соревнований показывает необходимость понижения возраста занимающихся детей [4].

Изменения в экономики образовательных учреждений спортивной направленности позволяют привлекать внебюджетные средства и вносить изменения в уставную деятельность спортивной школы. Что позволяет самостоятельно педагогическим коллективом разрабатывать авторские программы и принимать их к использованию.

Детей в возрасте 4-6 лет необходимо привлекать к спортивно-оздоровительным занятиям на базе спортивно-образовательного учреждения развивающего любые виды спорта, в том числе и тхэквондо ВТФ.

Проведенные исследования доказали практическую значимость таких занятий. Причем использование авторской программы и методики преподавания позволяет организовывать работу именно с таким контингентом детей. Увеличение количества занимающихся в спортивном образовательном учреждении создает ряд перспектив и дополнительных возможностей в тренерской деятельности.

Результаты исследования контрольной и экспериментальной групп не значительно различаются по итогам тестов. А значит, являются не достоверными. Преимущество экспериментальной группы выражается в педагогических подходах, нацеленных на внутреннюю мотивацию и успешность педагогического взаимодействия. Работа тренера-преподавателя направлена на личность, и только потом на спортивный результат. В контрольной группе присутствует знаниевый подход в избранном виде спортивной специализации. Спортсмены приобретают знания, умения и навыки и дальнейшая спортивная карьера зависит от родителей. В экспериментальной группе родители и спортсмен сразу нацеливаются на долговременную программу сотрудничества.

**Литература:**

1. Вацула И. и др. Азбука тренировки тхэквондиста ВТФ. - Минск: Полымя, 1996, -57с.
2. Годик М.А. Контроль тренировочных и соревновательных нагру­зок. - М.: Физкультура и спорт, 1980.-117с.
3. Головихин Е.В. «Путь тренера. Книга 1.» Изд-во «Литрес» г. Москва, 2014г.,- 234с.
4. Головихин Е.В. Особенности организации занятий с группами начальной подготовки 1 года обучения в СДЮСШОР на примере тхэквондо ВТФ// Научно-методический журнал: Физическая культура / Детский тренер/7,2007.с41-45
5. Гордеева Г.А Комплексный контроль в тхэквондо// Тхэквондо Москва 2004., с11-14
6. Карпов М.А. Индивидуализация учебно-тренировочного процесса юных тхэквондистов на этапе начальной спортивной специализации : Дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 : Челябинск, 2001 162 c.
7. Лашпанов А.В. Особенности развития двигательно- координационных качеств тхэквондистов ВТФ на примере сборной команды России., методическое пособие.М:СТР.,-2007.232с
8. Положение о детско-юношеской спортивной школе (ДЮСШ) и специализированной детско-юношеской школе олимпийского резер­ва (СДЮШОР). Положение о специализированных классах по видам спорта с продленным днем обучения и с углубленным учебно-трениро­вочным процессом в общеобразовательных школах. - М.: Советский спорт, 1987.-32с.
9. Психология: Учебник для институтов физической культуры / Под общ. ред. В.М. Мельникова. - М.: Физкультура и спорт, 1987-453с.
10. Тхэквондо ВТФ: Программа для дет­ско-юношеских спортивных школ, специализированных детско-юношес­ких школ олимпийского резерва (нормативная часть). - М.: СТР, 2008.-87с
11. Цой О.Е.Психо-тактическая подготовка юных тхэквондистов 15-17 лет, диссертация к.п.н.,М:,ВНИИФК 1996г-120с с ил.
12. Цой Х.Х Таэквондо. Сеул., Корея 1998., - 456 с.
13. Чин Джуный, Оптимизация индивидуальной подгтовки тхэквондистов с учётом их психофизиологических качеств., диссертация к.п.н,:С-Пт.,ГАФК им.П.Ф.Лесгафта. - 1994., 156 с с ил.
14. Эпов О.Г.Конфликтное взаимодействие тхэквондистов в тактико - технических структурах при выполнении бокового маневрирования**,** диссертация к.п.н. 2000.,М:РГАФК 145с с ил.

**ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ В СПОРТИВНЫХ ШКОЛАХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОРГАНИЗАЦИОННО-УПРАВЛЕНЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ (НА ПРИМЕРЕ ЕДИНОБОРСТВ)**

***Черников И.А.***

**БУ ЦСП СКЮ**

**Россия, Ханты –Манссийск**

Единоборства – это бой один на один. Такое определение даёт толковый словарь Русского языка. Существуют различные виды единоборств которые отличаются происхождением, логической системой изучения техники, тактики, правилами соревнований и структурой построения изучения базовых движений.

В контактных ударных единоборствах традиционно авторитарный подход к построению образовательного процесса. К сожалению, в учебно – тренировочном процессе не учитывается менталитет и социально - общественные ценности Российского общества. В России существует система государственного спорта, где присваиваются спортивные разряды и звания. Для контактных ударных единоборств так же существует система государственных ценностей. В неё входит:

* специальное педагогическое образование специалистов и тренеров;
* выполнение спортивных разрядов занимающимися;
* присвоения спортивных званий спортсменам.

Учитывая традиционные требования к подготовке каратистов, необходимо проводить тренировочную работу в четырёх направлениях:

базовая техника, формальные упражнения, спарринги – кумитэ и тэми – шивари (разбивание предметов).

Только в этом случае образовательный процесс соответствует всем международным параметрам. Логика построения изучения техники и тактики каратэ строится на основе поясной системы и основывается на определённых временных параметрах, согласно стилевым стандартам различных школ.

В России практика преподавания контактных ударных единоборств основывается на общественно значимых ценностях общества. А это спортивные разряды и звания. Действительно, достаточно изучить базовую технику и можно участвовать в соревнованиях.

Единоборствам в России уделяется много внимания. Существуют много научных направлений, которые исследуют особенности тренировочного процесса, воспитание и образование в единоборствах. На основании полученной информации в научных исследованиях видно, что можно привлечь большое количество занимающихся в юношеском и подростковом возрасте к занятиям каратэ через соревновательную практику. Известно, что существуют биполярные стили взаимодействия в единоборствах, которые зависят от темперамента личности. Последние исследования в сфере формирования и развития личности в системе контактных ударных единоборств через образовательный процесс показали, что в тренерской и преподавательской практике практически не используются свойства полушарности. Отсутствие учёта особенностей свойств полушарности автоматически приводит к потери интереса к восприятию информации обучаемыми, которые воспринимают знания через логики или интуицию. Подсознательно более полно усваивают информацию спортсмены, обладающие логическим мышлением, с доминирующим воздействием левого полушария. Тем же, кто осуществляет усвоение информации через интуицию проблематично получить полноценные знания, умения и навыки через традиционную систему подготовки в каратэ. Хотя, использую не традиционную подготовку, основанную на научном подходе к быстрой динамичной тренировке даст возможность обучаемым спортсменам усвоить технику и тактику поединка.

Преподавание навыков каратэ осуществляется педагогом, который в лучшем случае получил специальное педагогическое образование и имел соревновательную практику, обычно осуществляется без учёта свойств полушарности занимающихся. А это значит, что 50% обучаемых не получат внутренней мотивации к изучению каратэ и в последствии прекратят занятия. С учётом свойств полушарности занятия примут несколько другие формы, не схожие с традиционной тренировкой. Но, при этом будут учтены менталитет и общественные ценности спортивной подготовки.

Мы исследовали и разработали технологию подготовки спортсменов высокого класса от новичка до профессионала в системе контактных ударных единоборств (СКУЕ) (каратэ, кикбоксинг). Любой желающий заниматься единоборствами обладает врождёнными и приобретёнными свойствами личности, которые формируют его личностные качества и образуют характерную структуру индивида. Нами разработаны программные комплексы, способствующие поэтапному формированию и развитию личности обучаемого в системе контактных ударных единоборств. С помощью тестирования обучаемого были определены темперамент и определённый набор свойств личности. Свойства объединили в качества: интеллектуальные, моральные, эмоциональные, волевые и отношение к спортивной деятельности. Используя метод экспертных оценок выявили необходимые качества на разных этапах формирования и развития личности спортсмена, в соответствии с его темпераментом. Определили биполярные компоненты стилей деятельности единоборцев в системе контактных ударных единоборств.

Выявлено, что в соответствии с темпераментом личности обучаемого должна строиться техническая и тактическая подготовка. Используя особенности темперамента, на ранних этапах спортивной тренировки, необходимо вырабатывать тактику в соответствии с предпочитаемыми, субъективными удобными условиями и компонентами деятельности единоборцев. Достигнув определённого совершенного уровня в освоении вышеперечисленных требований переходить к изучению других условий и компонентов. Только в этом случае обучение будет эффективным и качественным.

Хочется обратить на результативный этап подготовки спортсменов. Этот этап деятельности тренера является диагностирующим, он определяет прогнозы на будущее. Занимающийся также корректирует свою деятельность при помощи учителя: его осознанное отношение к итогам должно стать стимулом к предстоящей деятельности.

Перед педагогом стоит задача организовать работу таким образом, чтобы обратить результат предыдущей деятельности ученика в эмоциональный стимул, в осознанный мотив для выполнения следующего задания.

Тренер – преподаватель обязан исправлять технические ошибки и имеет установку на поиск оплошностей, ученик — как можно меньше их сделать. Это приводит к формированию исполнительского стиля у ребенка и дидактичности у педагога. Подобное положение чревато множеством негативных последствий.

Исполнительский стиль мышления формируется у детей уже в детском саду. Педагоги отмечают, что одного года пребывания в детском саду оказывается достаточно для стандартизации мышления ребенка. Недаром существует закон: в детских творческих работах учителю запрещается исправлять даже самые вопиющие ошибки. Замечено, что у авторитарных учителей и родителей дети более конфликтны, чаще дают другим отрицательные оценки.

Тем не менее, итог учебно - тренировочной работы обычно сводится к оценке. Тренер - преподаватель оценивает по разным параметрам деятельность занимающегося в микроцикле, мезоцикле и макроцикле. Но при этом надо учесть, что особенно важно для юного спортсмена. А ребёнку важно мнение тренера – преподавателя не только о качестве движений и итогов по результатам деятельности за определённый период, но и оценка его усилий. Не оценить усилия занимающегося в присутствии группы, причина для ослабления внутренней мотивации.

При выборе методов проверки знаний занимающихся необходимо учитывать межполушарную асимметрию головного мозга.

Тренеру - преподавателю необходимо учитывать, что занимающие с разной межполушарной асимметрией делают разные количественные и качественные ошибки.

Наиболее техничными являются равнополушарные учащиеся. Левое полушарие у них берет на себя основную работу по организации переработки зрительной и слуховой информации, моторного акта двигательных действий. Выполняя различные по структуре физические упражнения, дети этой группы замечают и исправляют почти все допущенные ошибки.

Для ребенка важно, имеет ли оценка личностный смысл. Когда ребенка ругают или хвалят, из кратковременной памяти воспроизводится тот рисунок межцентральных взаимодействий в коре мозга, который был в момент деятельности. Запускают этот сложный механизм эмоции.

Эти процессы четко проявляются у мальчиков. Слово «молодец» для них наиболее значимо. При этом в коре головного мозга мальчиков повышается общий уровень функциональной активности и усиливаются межцентральные взаимодействия в передних отделах коры головного мозга, особенно в ассоциативных зонах правого полушария, играющего важную роль в стабилизации эмоциональных состояний.

У девочек совершенно иная организация межцентральных взаимодействий в коре больших полушарий — у них повышается уровень функциональной активности не передних, а задних отделов коры (а также слуховых отделов левого полушария, играющих важную роль в понимании значения слов). Для девочек положительная оценка является менее значимой, у них активизируются только центры, отвечающие за поиск смысла слова. Девочкам следует давать положительные оценки, имеющие сильный эмоциональный компонент, например «умница».

Для мальчиков очень важно, что оценивается в их деятельности, а для девочек — кто их оценивает и как. Мальчиков интересует суть оценки, а девочки более заинтересованы в эмоциональном общении со взрослыми. Для девочек важно, какое они произвели впечатление.

Когда мы оцениваем мальчика, он вновь переживает те фрагменты деятельности, которые оцениваются. Для мальчика не имеют смысла оценки типа: «Я тобой не доволен». Мальчик должен знать, чем конкретно вы не довольны, и вновь «проиграть» в мозгу свои действия. Девочки эмоционально реагируют на любые оценки, при этом у них активизируются все отделы мозга.

Любой педагогический процесс двухсторонний. Его успех одинаково зависит как от учителя, так и от ученика, от их типа функциональной организации мозга.

Для тренера главным является его способность научить ребенка по своей методике: «Люблю того, кого умею научить». Если же у педагога возникают проблемы при обучении, то он подсознательно связывает их не с выбором методики, не со своей способностью научить, а с особенностями отстающего. В результате этого ребенок, постоянно страдающий от неуспеха, изменяет свое поведение: становится пассивным, капризным, раздражительным, нестарательным и т.д.

**УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ГИСТЕРОМЕТРИЯ КАК МЕТОД КОНТРОЛЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕРОДОВОГО МЕТРОЭНДОМЕТРИТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДИКИ ВНУТРИПОЛОСТНОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ МАТКИ**

***Шляпников М.Е.***

**Медицинский университет «Реавиз»**

**Самарская городская клиническая больница № 1 им. Н.И. Пирогова**

**Россия, Самара**

Исследования последних 10 лет свидетельствуют о традиционном интересе клиницистов акушеров-гинекологов к проблеме послеродовых инфекционно-септических заболеваний и, в первую очередь, повышению эффективности терапии послеродового метроэндометрита (ПМ), как наиболее значимого заболевания данной группы [1,2]. Несмотря на значительные успехи в разработке вопросов этиологии и патогенеза послеродового воспаления матки [3,4], клинико-инструментальная оценка эффективности его лечения далека от идеальной, противоречива и изобилует трудно применимыми в рутинной клинической практике методиками.

Целью настоящего исследования явилось повышение эффективности контроля лечения родильниц в ПМ. В ходе работы были поставлены и успешно решены ряд задач, среди которых - оптимизация методики традиционной ультразвуковой гистерометрии и ее применение в оценке динамики инволюции послеродовой матки при различных вариантах ее воспаления и методах лечебного воздействия.

Пациентки в ПМ были разделены на 2 группы по признаку варианта клинико-эндоскопической картины (1 и 2 варианты) и на 3 группы по методике терапевтического воздействия на матку: группа с традиционной методикой лечения (системная антибактериальная терапия в сочетании с наружными методиками физиотерапевтического воздействия), группа с применением внутриполостной электростимуляции матки (ВПЭСМ) на фоне санации раствором фурациллина и группа, где в качестве санирующего раствора использовали нольвалентное металлическое серебро, стабилизированное поливинилпирролидоном. В пуэрперальном периоде в динамике лечения ПМ, с помощью аппарата Siemens Sonoline Versa Pro проводили ультразвуковую гистерометрию с расчетом традиционных параметров. С целью объективизации полученных в ходе ультразвукового сканирования матки в послеродовом периоде, использованы расчеты объема послеродовой матки по формуле вытянутого элипсоида, где V = 0,5236 · длина матки, см · передне-задний размер, см · ширина, см; и формуле, где V = (длина тела матки, см + ширина тела матки, см + передне-задний размер, см)3 / 60,79 [5]. Кроме того, с целью индивидуализации значимости конкретных УЗ-параметров гистерометрии [6,7] вычисляли индексы темпов инволюции матки (ИТИМ) по формуле: ИТИМ = (А - В) / С, где, А - ультразвуковой критерий, в см на 3 сутки послеоперационного периода, В - ультразвуковой критерий, в см на 9 сутки послеоперационного периода, С - количество суток послеоперационного периода между первым и последним обследованием.

В результате изучения инволюции матки при ПМ выявлено, что ультразвуковые параметры гистерометрии претерпевают существенные изменения в процессе лечения родильниц. Полученные данные представлены в табл. 1 и 2.

Таблица 1.

Показатели ультразвуковой гистерометрии у родильниц

с «первым» вариантом ПМ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатели ультразвуковой гистерометрии | До лечения | После лечения | Индекс темпов инволюции матки |
| длина тела матки | 90,30±3,86 мм | 72,50±2,52 мм\* | 2,00±0,59 мм/сут |
| переднезадний размер | 61,59±2,49 мм | 50,03±1,56 мм\* | 2,21±0,76 мм/сут |
| ширина тела матки | 81,70±2,69 мм | 70,26±1,86 мм\* | 1,49±0,39 мм/сут |
| ширина полости матки | 13,55±1,65 мм | 4,58±0,72 мм\* | 1,04±0,35 мм/сут |
| объем матки | 263,91±25,56 мм³ | 141,87±11,37 мм³\* | 15,08±3,52 мм³ /сут |

\*p<0,05

Таблица 2.

Показатели ультразвуковой гистерометрии у родильниц

со «вторым» вариантом ПМ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатели ультразвуковой гистерометрии | До лечения | После лечения | Индекс темпов инволюции матки |
| длина тела матки | 86,46±2,84 мм | 75,44±2,14 мм\* | 2,68±0,39 мм/сут |
| переднезадний размер  | 60,88±1,81 мм | 54,56±1,27 мм\* | 2,23±0,45 мм/сут |
| ширина тела матки  | 83,10±2,39 мм | 74,17±1,96 мм\* | 2,26±0,90 мм/сут |
| ширина полости матки | 8,09±0,98 мм | 3,19±0,60мм\* | 1,13±0,30 мм/сут |
| объем матки | 253,77±21,30 мм³ | 167,51±12,80 мм³\* | 23,46±4,33 мм³/сут |

\*p<0,05

Анализируя данные, представленные в табл.1 и 2 можно говорить о наличии статистически значимых изменений ультразвуковых параметров инволюции матки в процессе лечения ПМ. В то же время, отсутствие достоверных различий ИТИМ у родильниц сравниваемых групп, позволяет констатировать равнозначность динамики ультразвуковых критериев инволюции матки при «первом» и «втором» вариантах ПМ. Однако, следует отметить, что несмотря на вышесказанное, имеется статистически значимое различие по величине передне-заднего размера матки после лечения: при «первом» варианте ПМ – 50,03±1,56 мм, при «втором» - 54,46±1,27 мм (р<0,05). Полученные результаты могут быть связаны с различной приоритетностью динамических изменений ИТИМ у родильниц с ПМ. Так, при «первом» варианте ПМ максимальным изменениям подвергается передне-задний размер, затем длина тела матки и ее ширина, а при «втором» - описываемая последовательность выглядит как длина → ширина тела матки → передне-задний размер.

Таким образом, ультразвуковая гистерометрия является информативным, неинвазивным, доступным, а поэтому традиционно применяемым методом, используемым для контроля за инволюцией матки в процессе лечения ПМ, независимо от исходных размеров матки и патогенетического варианта развития настоящего заболевания.

 В зависимости от примененных для лечения ПМ методик в трех группах родильниц, нами получены следующие данные, характеризующие динамику инволюции матки при ПМ в процессе лечения (табл. 3).

Таблица 3.

Ультразвуковые ИТИМ у больных с ПМ на 5 сутки от начала лечения

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатели ультразвуковой гистерометрии | 1 группа | 2 группа | 3 группа |
| длина матки, см/сут | 0,34 ± 0,03 | 0,74± 0,03\* | 0,70 ±0,03\* |
| ширина матки, см/сут | 0,22± 0,02 | 0,66 ± 0,03\* | 0,58 ±0,03\* |
| передне-задний размер, см/сут | 0,17 ± 0,02 | 0,45 ± 0,01\* | 0,46± 0,01\* |

* различия между 1 и 2,3 группами достоверны при р< 0,001;

различия между 2 и 3 группами не достоверны.

Анализируя показатели, отражающие темпы инволюции матки в процессе терапии ПМ, следует отметить высокую степень достоверности различий ИТИМ у больных, получавших процедуры ВПЭСМ с внутриполостным расположением активного электрода. Причем, отсутствие достоверных различий изучаемого показателя у пациенток 2 и 3 групп наблюдения, отличающихся лишь физико-химическими свойствами антисептического санирующего препарата, позволяет говорить о выраженной клинической эффективности использования физиотерапевтических аппаратных методик лечения с максимально приближенным подведением преформированного физического фактора к очагу воспаления и учетом автоматической миогенной возбудимости миометрия.

1. Орджоникидзе Н.В., Касабулатова Н.С., Королева Т.Е. и др. Современная акушерская тактика при послеродовом эндометрите // Материалы VII Всероссийского научного форума «Мать и дитя», 2005. С.187-188.
2. Шляпников М.Е., Жестков А.В., Кияшко И.С. и др. Клинико-микробиологическая характеристика и динамические особенности современного течения изолированного и сочетанного с раневой инфекцией пуэрперального эндомиометрита // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии, 2015, Т.14, № 2. С.63-69.
3. Шляпников М.Е., Жестков А.В., Арутюнян К.Н., Кияшко И.С. Микробиологическая характеристика родовых путей у родильниц после срочных и преждевременных самопроизвольных родов // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия, 2011, Т.13, № 2. С. 38.
4. Шляпников М.Е., Кияшко И.С., Арутюнян К.Н. и др. Клинико-лабораторное обоснование и преимущества локальной антимикробной терапии у беременных и родильниц с инфекционно-воспалительными заболеваниями влагалища и шейки матки // Ульяновский медико-биологический журнал, 2013, № 11. С.89- 94.
5. Стрижаков А.Н., Баев О.Р., Старкова Т.Г. и др. Физиология и патология послеродового периода. М., 2004. 120 с.
6. Шляпников М.Е. Системный подход к лечению послеродового эндомиометрита и оптимизации абдоминального родоразрешения. Автореф. дисс…. д.м.н. Москва, 2009. 49 с.
7. Пуэрперальный метроэндометрит: учебно-методическое пособие / М.Е. Шляпников. – Самара: ООО «Офорт»: ГБОУ ВПО СамГМУ Минздравсоцразвития России, 2012. 80 с.