



ВОПРОСЫ НАУКИ И ОБРАЗОВАНИЯ

▶ **ELECTRONIC JOURNAL • ОКТЯБРЬ 2019 № 26 (75) •**

▶ **SCIENTIFIC-PRACTICAL JOURNAL**
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

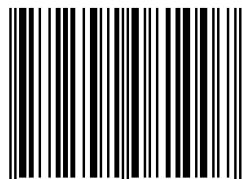
САЙТ ЖУРНАЛА: [HTTPS://SCIENTIFICPUBLICATION.RU](https://scientificpublication.ru)

ИЗДАТЕЛЬСТВО: [HTTPS://SCIENTIFICPUBLICATIONS.RU](https://scientificpublications.ru)

СВИДЕТЕЛЬСТВО РОСКОМНАДЗОРА ЭЛ № ФС 77-65699



ISSN 2542-081X



9 177 254 2 108 1007

Вопросы науки и образования

№ 26 (75), 2019

Москва
2019





Вопросы науки и образования

№ 26 (75), 2019

НАУЧНО-ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
[HTTPS://SCIENTIFICPUBLICATION.RU](https://scientificpublication.ru)
EMAIL: [INFO@SCIENTIFICPUBLICATIONS.RU](mailto:info@scientificpublications.ru)

**Главный редактор
ЕФИМОВА А.В.**

Издается с 2016 года.

Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи,
информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор)
Свидетельство ПИ № ФС77 – 65699

Вы можете свободно делиться (обмениваться) — копировать и распространять материалы и создавать новое, опираясь на эти материалы, с **ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ** указанием авторства. Подробнее о правилах цитирования:
<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.ru>

ISSN 2542-081X



Содержание

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ НАУКИ	4
<i>Лопастейская Л.Г., Рыбалкина Ю.А.</i> ЭЛЕКТРОННАЯ СДАЧА ОТЧЕТНОСТИ - ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ	4
<i>Загребина Ю.В.</i> ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ РАЗРАБОТКИ МАРКЕТИНГОВОЙ СТРАТЕГИИ	8
ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ НАУКИ	12
<i>Ибраимов Х.И.</i> ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ СТУДЕНТОВ-ПЕРВОКУРСНИКОВ К ОБУЧЕНИЮ В ВУЗЕ	12
<i>Большакова Н.А., Лобов И.А., Леонов А.С.</i> ФОРМИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНЦИИ БУДУЩЕГО ПЕДАГОГА ПОСРЕДСТВОМ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН	17
<i>Большакова Н.А., Лобов И.А., Леонов А.С.</i> ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ В СИСТЕМЕ СРЕДНЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ	22
<i>Кожухов Ю.В., Игнашкин В.И., Сенина О.С.</i> ПРИНЦИПЫ И УСЛОВИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОЕКТНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.....	28
<i>Кожухов Ю.В., Игнашкин В.И., Сенина О.С.</i> ИНЖЕНЕРНАЯ ПЕДАГОГИКА В ПРОФИЛЬНЫХ ШКОЛАХ	33
<i>Каримов Н.Х., Данилова Н.В.</i> ФОРМИРОВАНИЕ ЛИДЕРСКИХ КАЧЕСТВ В КОМАНДНЫХ ВИДАХ СПОРТА	37
МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ	41
<i>Индиаминов С.И., Жуманов З.Э.</i> СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА ИЗМЕНЕНИЙ НЕЙРОНОВ И СОСУДИСТЫХ СТРУКТУР ПРОДОЛГОВАТОГО МОЗГА В РАЗНЫЕ СРОКИ ПОСТМОРТАЛЬНОГО ПЕРИОДА ПРИ ГЕМОМРАГИЧЕСКОМ ШОКЕ.....	41
<i>Тияков Х.А., Пардаев С.Н., Эранов Н.Ф., Гафуров Ф.А., Амонов Г.Т.</i> НАШ ОПЫТ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО СПОНДИЛИТА И СПОНДИЛОДИСЦИТА	48
<i>Эранов Ш.Н., Пардаев С.Н., Жураев И.Г., Шопулатов И.Б., Холхужаев Ф.И.</i> К ВОПРОСУ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАСТАРЕЛОГО ВЫВИХА ГОЛОВКИ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ.....	58
<i>Агабабян Л.Р., Насирова З.А., Махмудова С.Э., Хамраев Х.Х., Ахмедова А.Т.</i> ОСОБЕННОСТИ ЧИСТОПРОГЕСТИНОВОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ У ЖЕНЩИН С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ/ЭКЛАМПСИЕЙ.....	70
<i>Агабабян Л.Р., Ахмедова А.Т., Абдуллаева Л.М., Насирова З.А., Махмудова С.Э.</i> НЕГОРМОНАЛЬНАЯ КОРРЕКЦИЯ КЛИМАКТЕРИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН С ЭНДОМЕТРИОЗОМ	77
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ	85
<i>Тухужева Л.А., Джанкулаев А.А.</i> ВЛИЯНИЕ СМИ НА ФОРМИРОВАНИЕ ЛИЧНОСТИ ПОДРОСТКА	85

ЭЛЕКТРОННАЯ СДАЧА ОТЧЕТНОСТИ - ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ

Лопастейская Л.Г.¹, Рыбалкина Ю.А.²

¹Лопастейская Людмила Геннадьевна - кандидат
экономических наук, доцент;

²Рыбалкина Юлия Андреевна – магистрант,
направление: бухгалтерский учет, контроль и управление
экономическим субъектом,
кафедра бухгалтерского учета, анализа и аудита,
Ульяновский государственный технический университет,
г. Ульяновск

Аннотация: данная статья раскрывает порядок формирования и сдачи электронной отчетности. В работе раскрываются особенности ведения отчетности в электронном виде, ее преимущества и недостатки.

Ключевые слова: электронная отчетность, электронная цифровая подпись, ФНС.

Информационные технологии ежедневно покоряют все больше пространства во всех сферах социума. Неоспоримые достоинства всемирной сети Интернет придали глобальной паутине огромную популярность, причем не только среди обычных пользователей, но и среди официальных представителей государственной власти.

Так, электронная отчетность подарила российским госслужащим и налогоплательщикам возможность значительно экономить свое свободное время, которое раньше уходило на заполнение всевозможных формуляров.

Благодаря современной технологии снизилось и количество бумажных документов, потому как теперь бухгалтерская отчетность и налоговые декларации передаются в соответствующие органы в электронном виде, посредством сети Интернет. Согласно п. 1 ст. 80 Налогового кодекса РФ налогоплательщик сам выбирает способ подачи отчетности.

Бухгалтерская отчётность – это систематизированные и группированные данные, которые наиболее полно раскрывают финансовое положение предприятия.

Отчетность представляет собой письменное заявление или заявление, составленное в электронной форме и переданное по телекоммуникационным каналам связи с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи [3].

Сдавать отчетность в электронной форме могут все фирмы, которые подключены к Интернету. Представлять электронные декларации фирма сможет посредством специализированного оператора связи, который подписал соглашение с ФНС на право оказывать такие услуги.

Оператор установит на компьютер бухгалтера специальную компьютерную программу, через которую и будут подаваться декларации. В настоящее время большим спросом пользуется программа СБИС. Она имеет вид электронной почты. В данной программе установлены все форматы бухгалтерской и налоговой отчетности, а при изменении бланков они автоматически обновляются.

Кроме того программа дает возможность получать выписки о состоянии расчетов с бюджетом, данные о бюджетных счетах, кодах бюджетной классификации и иную справочную информацию.

Отчёты перед подачей формируются в программе 1С Бухгалтерия, затем они загружаются в специализированную программу и на них накладывается электронная подпись и печать организации. Весь процесс занимает несколько минут. Затем отчёт направляется в предварительно указанную электронную почту налоговой службы.

После отправки документов, налогоплательщик получает уведомление о получении документации, квитанцию об её приёме и извещение о вводе. Это делается для того, чтобы удостоверить факт отправки отчётности и принятия её налоговой службой.

В случае если в документах присутствуют ошибки или неточности, то проверяющие органы должны проинформировать об этом налогоплательщика. Кроме того

извещение обязано включать в себя полный перечень ошибок. После получения подобного уведомления отправитель должен в предельно приемлемые сроки откорректировать все ошибки и вновь отправить документацию на проверку.

На законодательном уровне предусмотрено, что заверять электронные документы можно при помощи ЭЦП (электронно-цифровой подписи). Она не только обеспечивает заверку документа, но и защищает его от несанкционированного взлома, кроме того дает возможность определить, что сведения в электронном документе не были искажены. В некотором смысле аналогом электронной подписи является цифровой ключ. Электронный ключ приобрести можно в местном отделении Федеральной налоговой службы (ФНС) по месту регистрации налогоплательщика.

К преимуществам сдачи отчетности в электронной форме относят:

1. Экономия времени – концепция электронной отчетности дает возможность отправлять данные, не покидая рабочее место. Отсутствует потребность дублировать документы на бумажных носителях, посещать налоговую инспекцию или другое государственное учреждение.

2. Повышение грамотности документов – электронные файлы отчетности проходят контроль на верность заполнения, что уменьшает вероятность погрешностей и неточностей при подготовке данных.

3. Конфиденциальность – документы передаются в зашифрованном варианте с использованием средств криптографической защиты информации.

4. Высокий темп обработки информации.

5. Возможность получения нужной информации от органов государственной власти.

6. Обновление форм отчетности и средств контроля при изменении форматов совершается в оперативном режиме.

Недостатками электронной отчетности являются:

1. Электронная отчетность полностью зависит от наличия интернета, если он есть, то отчетность ушла, а вот если его нет, то сдать не получится.

2. Дополнительные затраты на оператора.

3. Нельзя представлять в электронном виде отчетность в Пенсионный фонд РФ.

4. Не исключена вероятность утери информации и ее доступа для третьих лиц, что также связано со сбоями в системе.

5. Финансовая сторона. За установку программы электронной отчетности и за услуги по передачи данных посредством специализированного оператора связи необходимо платить. Хотя эти затраты нельзя назвать существенными, все же не все имеют возможность позволить себе дополнительные расходы.

Таким образом, невзирая на многие недостатки, многие фирмы оценили удобство предоставления годовых отчетов в электронной форме. Подаваемые через специальные организации, с которыми заключен договор о сотрудничестве, электронные документы имеют значимость и конфиденциальность. Данному содействует и электронная подпись, которая придает им юридическую силу.

С появлением финансовой отчетности в электронном виде бюрократический процесс стал более ускоренным, прозрачным, простым и понятным, а удобный интерфейс программы, не требующий наличия каких-либо специальных знаний и навыков, позволяет создавать грамотные отчеты.

Список литературы

1. Налоговый кодекс РФ от 25.12.2018 года № 146-ФЗ.
2. *Вдовин В.М.* Информационные технологии в налогообложении: учебное пособие; М.: «Дашков и К», 2015.
3. *Лопастейская Л.Г., Захарченко Е.В.* Информационные технологии в бухгалтерском учете // Актуальные вопросы права, экономики и управления: XI Международная научно-практическая конференция: сборник статей в 3 частях. Пенза, 2017. 156-158 с.

ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ РАЗРАБОТКИ МАРКЕТИНГОВОЙ СТРАТЕГИИ

Загребина Ю.В.

*Загребина Юлия Владимировна – студент магистратуры,
кафедра общего и стратегического менеджмента,
Московский финансово-юридический университет МФЮА,
г. Москва*

Аннотация: *в статье рассматриваются основные этапы, которые предполагает процесс разработки маркетинговой стратегии.*

Ключевые слова: *стратегия маркетинга, этапы разработки стратегии, создание стратегии организации.*

Процесс создания маркетинговой стратегии является многоэтапным. В литературных источниках нет общепринятого мнения относительно этапов разработки стратегии, но обобщая имеющуюся информацию можно выделить следующие из них:

1. Оценка состояния рынка;
2. Анализ внешней и внутренней среды;
3. Анализ покупателей и выбор целевого сегмента;
4. Анализ деятельности конкурентов и определение конкурентоспособности предприятия;
5. Определение целей развития компании;
6. Определение основных направлений маркетинговой стратегии.

На этапе *анализа внешней и внутренней среды* необходимо дать точную или хотя бы экспертную оценку доли рынка, провести анализ объемов продаж и установить, от чего он зависит, определить, как рассматриваемый рынок может измениться в ближайшем будущем, произвести оценку предполагаемых изменений, провести анализ изменения цен [3].

В стремлении ответить на поставленные вопросы данный этап можно условно разделить на два: анализ внешней среды и анализ внутренней среды.

Анализ внешней среды включает изучение влияния экономики, правового регулирования и управления, политических процессов, природной среды и ресурсов, социальной и культурной составляющих общества, научно-техническое и технологическое развитие общества, инфраструктуры и т. п. Анализ внутренней среды раскрывает возможности и потенциал, на который может рассчитывать фирма в конкурентной борьбе в процессе достижения своих целей.

Внутренняя среда анализируется по следующим направлениями: кадры фирмы, их потенциал, квалификация, интересы; организация управления; производство, включая организационные, операционные и технико-технологические характеристики, научные исследования и разработки; финансовая составляющая; маркетинг; организационная культура компании [1].

Анализ покупателей и выбор целевого сегмента помогает определить круг потенциальных клиентов, то есть тех клиентов, с которыми компания будет непосредственно работать и чьи потребности удовлетворять, предлагая свой продукт/услугу. Фактически на данном этапе разработки стратегии компании необходимо ответить на вопрос: «Кто наши потребители?» [3].

Анализ покупателей также позволит численно определить потенциальный объем рынка, сформировать клиентские сегменты и понять, как распределяется спрос по этим сегментам, выделить приоритетных клиентов. Помимо численного анализа необходимо также составить профили покупателей или покупательских групп. Ведь только зная потребительские предпочтения, можно понять, какой продукт будет востребован на рынке, какие необходимы стандарты качества, какова приверженность покупателей бренду, существуют ли неудовлетворенные потребности.

В процессе анализа деятельности конкурентов выясняются доли конкурентов на рынке, объемы продаж и производства, производственные мощности. Для того чтобы иметь возможность сформулировать конкурентные

преимущества на рынке, необходим также и анализ «нечисловой» информации – систем сбыта, степени вертикальной интеграции, маркетинговой политики, ассортиментной линейки. Также в рамках конкурентного анализа нельзя забывать о производителях товаров-заменителей, ведь они также оказывают существенное воздействие на рыночную ситуацию.

После проведенных исследований важно обобщить полученные данные, четко сформулировать сильные и слабые стороны компании в целом и, исходя из конечной информации, *определить цели развития компании*, которые не будут противоречить возможностям и будут согласованы с реальными условиями деятельности.

Каждая компания составляет индивидуальную маркетинговую стратегию, но в современной экономике можно выделить основные стратегические цели маркетинговых стратегий. Таковыми являются:

- Увеличение доли рынка предприятия;
- Увеличение объема продаж предприятия;
- Увеличение прибыли предприятия;
- Завоевание лидирующих позиций на рынке.

Цели маркетинговой стратегии обязательно должны быть согласованы с миссией предприятия и общими глобальными целями [2]. Четко поставленные цели помогают выстроить эффективную стратегию.

После того, как поставлены стратегические цели, необходимо *определить основные направления маркетинговой стратегии*. Для этого существует большое количество методик и «инструментов», анализ которых является отдельной темой для рассмотрения.

В некоторых источниках в качестве заключительного этапа разработки стратегии, а не отдельного элемента стратегического планирования выделяют *экономическую оценку предлагаемой стратегии*. Главная задача проведения такой оценки состоит в определении эффективности мер, которые планируется осуществлять в рамках стратегии.

Качественная проработка каждого из этапов увеличивает вероятность успеха стратегии, которая будет являться результатом данного процесса.

Список литературы

1. *Мироненко В.О.* Стратегическое планирование, его значение и этапы // Молодой ученый, 2017. № 12. С. 331-333.
2. *Нежинская Е.С., Гузенко О.В., Шматков Р.Н.* Важность маркетинговой стратегии для предприятия // Научный форум: Экономика и менеджмент: сб. ст. по материалам XXIII междунар. науч.-практ. конф. № 11 (23). М. Изд. «МЦНО», 2018. С. 19-22.
3. *Федорова М.С.* Разработка маркетинговой стратегии предприятия // Молодой ученый, 2011. № 5. Т. 1. С. 232-234.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ СТУДЕНТОВ-ПЕРВОКУРСНИКОВ К ОБУЧЕНИЮ В ВУЗЕ

Ибраимов Х.И.

Ибраимов Холбой Ибрагимович – доктор педагогических наук, профессор, кафедра педагогики и психологии, Узбекский государственный университет мировых языков, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Аннотация: *в статье анализируются основные проблемы и особенности адаптации студентов-первокурсников к условиям вуза. Автор уделяет внимание теоретическим аспектам социально-психологической адаптации студентов.*
Ключевые слова: *адаптация, социальная адаптация, профессиональная адаптация.*

В период рыночной экономики конкурентоспособными специалистами считаются такие специалисты, которые могут быстро и мобильно реагировать на требования рынка, воздействовать на него, адаптироваться к его запросам, внедрять новые технологии [1]. Успех формирования будущего специалиста в вузе во многом зависит от качества и сроков процесса адаптации студента на младших курсах обучения, а также от того как студент овладевает знаниями и навыками, не обходимыми для его успешного функционирования в студенческой среде. Проблема адаптации студентов первокурсников представляет собой одну из важных проблем и по сей день является традиционным предметом дискуссий.

Различные аспекты проблемы адаптации студентов в вузе исследовали В.Н. Грибов, О.Н. Казакова, Т.И. Каткова, Г.П. Кузина, С.А. Рунова, Ю.В. Стафеева и др. Например, Г.П. Кузина и С.А. Рунова изучали особенности адаптации студентов, с которыми в старших классах проводились профориентационные занятия. Работы Т.И. Катковой,

Ю.В. Стафеевой посвящены процессу адаптации студентов в вузах конкретного типа (экономических, педагогических).

Понятие «адаптация» было использовано в 1865 г. немецким физиологом Г. Аубертом для обозначения изменения чувствительности при длительном воздействии адекватного раздражителя. Оно стало одним из центральных понятий в науках о жизни–философии, физиологии, медицине, психологии. Существует множество определений феномена адаптации. В обобщенном виде адаптация описывается как приспособление, необходимое для адекватного существования в изменяющихся условиях, а также как процесс включения индивида в новую социальную среду, освоение им новых условий [2].

К половине XX века ученые пришли к выводу, что существует глубокая взаимозависимость между различными видами адаптации человека. Социальная адаптация стало пониматься как «готовность выполнению различных социальных ролей, устойчивость социальных связей».

Социальная адаптация - процесс интеграции человека в общество, в результате которого достигается формирование самосознания и ролевого поведения, способности к самоконтролю и самообслуживанию, адекватных связей с окружающими [3].

Социальная адаптация–это процесс и одновременно результат внутренней и внешней гармонизации личности со средой, процесс активного и приспособления личности, уравнивающий потребности человека и требования среды. Показателями адаптации человека являются его сбалансированные взаимоотношения с окружающими людьми, успешность в деятельности, гармоничность в поведении [4]

Адаптация в высшем учебном заведении – это усвоение существующих норм и правил вуза, установление взаимодействия студентов в учебной группе, с преподавателями и сотрудниками вуза. Социальная адаптация студентов в вузе делится на:

а) профессиональную адаптацию, под которой понимается приспособление к характеру, содержанию, условиям и

организации учебного процесса, выработка навыков самостоятельности в учебной и научной работе; б) социально-психологическую адаптацию — приспособление индивида к группе, взаимоотношениям с ней, выработка собственного стиля поведения. Иначе говоря, «под адаптационной способностью понимается способность человека приспосабливаться к различным требованиям среды (как социальным, так и физическим) без ощущения внутреннего дискомфорта и без конфликта со средой».

Исследователи различают три формы адаптации студентов-первокурсников к условиям вуза: 1) адаптация формальная, касающаяся познавательного-информационного приспособления студентов к новому окружению, к структуре высшей школы, к содержанию обучения в ней и к ее требованиям; 2) общественная адаптация, т. е. процесс внутренней интеграции (объединения) групп студентов-первокурсников и интеграция этих же групп со студенческим окружением в целом; 3) дидактическая адаптация, касающаяся подготовки студентов к новым формам и методам учебной работы в высшей школе.

Адаптация студентов к учебному процессу (по данным изучения регуляторной функции психики) заканчивается в конце 2-го — начале 3-го учебного семестра. Некоторые исследователи выделяют следующие этапы адаптации студентов: физиологическая адаптация к учебному процессу (занимает около 2 недель), психологическая адаптация (длится до 2 месяцев), социально-психологическая адаптация (продолжается до 3 лет).

Поскольку у молодых людей, поступивших в вуз, слабо развиты адаптивные возможности, то, попав в новые условия обучения, они испытывают большие психологические и физические перегрузки. Процесс адаптации первокурсника протекает по следующим уровням:

1. Приспособление к новой системе обучения.
2. Приспособление к изменению учебного режима.
3. Вхождение в новый коллектив.

В процессе адаптации студентов-первокурсников к обучению в вузе выявляются следующие трудности:

1. Переживания, связанные с уходом из школьного коллектива;

2. Недостаточная мотивационная готовность к выбранной профессии;

3. Неумение осуществить психологическую саморегуляцию (отсутствие навыков самостоятельной работы; конспектирования, работы с первоисточниками, словарями, каталогами);

4. Поиск оптимального режима труда и отдыха в новых условиях;

5. Страх публичных выступлений перед однокурсниками и авторитетными вузовскими преподавателями;

6. Социально-экономические проблемы у иногородних студентов: обеспечение себя жильем и финансовыми средствами, незнание города, отсутствие эмоциональной поддержки родных и близких.

В адаптации личности студента-перокурсника к новой для него социокультурной среде вуза можно выделить следующие стадии [5]:

Начальная стадия, когда индивид или группа осознают, как они должны вести себя в новой для них социальной среде, но еще не готовы признать и принять систему ценностей новой среды вуза и стремятся придерживаться прежней системы ценностей. *Стадия терпимости*, когда индивид, группа и новая среда проявляют взаимную терпимость к системам ценностей и образцам поведения друг друга. *Аккомодация*, т.е. признание и принятие индивидом основных элементов системы ценностей новой среды при одновременном признании некоторых ценностей индивида, группы новой социокультурной средой. *Ассимиляция*, т.е. полное совпадение систем ценностей индивида, группы и среды.

Список литературы

1. *Мусурманова О.М.* Повышение педагогической компетенции субъектов образовательного процесса в сфере педагогического менеджмента // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук, 2018. № 3. С. 92-95.
 2. *Кибанов А.Я., Дуракова И.Б.* Управление персоналом организации. Актуальные технологии найма, адаптации и аттестации. Учебное пособие. М.: КноРус, 2012.
 3. *Бим-Бад Б.М.* Педагогический энциклопедический словарь. М., 2002. С. 267
 4. *Молодцова Т.Д.* Диагностика адаптации студентов первого курса к требованиям вуза // международный журнал экспериментального образования, 2012. № 5.
 5. *Земцова Е.М.* Адаптация студентов младших курсов к вузу как основа будущей конкурентоспособности специалиста. Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: образование. Педагогические науки. № 26, 2012.
-

ФОРМИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНЦИИ БУДУЩЕГО ПЕДАГОГА ПОСРЕДСТВОМ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН

Большакова Н.А.¹, Лобов И.А.², Леонов А.С.³

¹Большакова Наталья Андреевна – магистр;

²Лобов Иван Александрович – магистр;

³Леонов Алексей Сергеевич – магистр,

факультет технологии, предпринимательства и сервиса,

Орловский государственный университет

им. И.С. Тургенева,

г. Орёл

Аннотация: статья посвящена вопросу изучения формирования профессиональной компетенции будущих педагогов с помощью психолого-педагогических дисциплин.

Ключевые слова: профессиональная компетенция, профессиональная деятельность, психолого-педагогические дисциплины, психологическая компетенция, практические умения и навыки, деятельностный подход.

Профессиональная компетентность педагога включает в себя различные компетенции. Для того чтобы стать компетентным специалистом, будущему педагогу необходимо овладеть совокупностью компетенций, как общих, так и специальных [1].

Изменение современной образовательной парадигмы и внедрение федеральных образовательных стандартов, основу которых составляет деятельностный подход, привели к пониманию того, что у будущих педагогов должна сформироваться среди прочих психологическая компетентность. Она необходима для осуществления учебно-воспитательного процесса и решения ряда психолого-педагогических проблем: осознание психологических особенностей самой учебной деятельности, психологических особенностей учеников и педагогов как субъектов учебной деятельности и педагогического общения; изучение

психологических механизмов и закономерностей усвоения; взаимодействие участников образовательного процесса в учебном сотрудничестве для решения учебно-познавательных задач.

В этом отношении успешность профессиональной деятельности современного учителя во многом определяется его психологической компетентностью. Сензитивный период формирования данной компетентности – время обучения в вузе. Большое значение для формирования профессиональной компетентности будущего педагога имеет изучение психолого-педагогических дисциплин.

Знания, умения и навыки, полученные благодаря циклу психолого-педагогических дисциплин, охватывают довольно широкий круг вопросов: возрастные психологические особенности субъектов учебной деятельности; условия и факторы развития психических новообразований под влиянием обучения; «барьеры» в педагогическом взаимодействии, общении и деятельности; психолого-педагогические условия для развития учебной мотивации учащихся; психологические особенности одаренных детей и детей с нарушениями здоровья и особенности работы с ними и другие [3].

Практические навыки и умения будущего педагога требуют умения создавать психолого-педагогические условия организации учебной деятельности, учебного сотрудничества, повышения субъектных функций учащихся и навыков эффективного взаимодействия участников образовательного процесса.

Реализация психолого-педагогических дисциплин осуществляется в рамках деятельностного подхода, который позволяет достичь результата комплексного решения проблем, усилить психологический и практико-ориентированный характер профессиональной подготовки и развить личность будущего учителя.

Для развития психолого-педагогической компетентности у будущих педагогов необходимо применять как теоретические, так и практические методы профессионального образования. В

связи с этим одной из основных задач профессиональной подготовки будущих педагогов является расширение педагогических и психологических знаний, представлений о своей будущей профессиональной деятельности, своих навыков общения, мышления.

В цикле психолого-педагогических дисциплин педагогического ВУЗа важную роль играют общая, педагогическая и возрастная психология.

Курс общей психологии включает в себя введение в психологию, изучение личности, деятельности, индивидуальных психологических особенностей, психических процессов и т.д. Личность рассматривается в связи с социальными группами и коллективами, а также раскрывается вопрос о роли трудовой и речевой деятельности человека в формировании важных его сторон и качеств.

Основная задача курсов по возрастной и педагогической психологии - изучение особенностей детской психологии различных возрастов; основных закономерностей психического развития в онтогенезе; изучение психологических особенностей и закономерностей интеллектуального и личностного развития детей в условиях учебно-воспитательной деятельности, образовательного процесса; изучение развития психики ребенка, своеобразия его деятельности, поведения и психического развития в разных педагогических ситуациях; а также пути учета этих особенностей и закономерностей в процессе обучения и воспитания [2].

С помощью психолого-педагогических дисциплин будущий учитель изучает психологию в тесной связи с актуальными проблемами школьной жизни и деятельности педагога. У него формируются педагогические умения и навыки. Он изучает важность психических процессов в учебной деятельности; моральные, интеллектуальные и эстетические чувства педагога; его волевые качества и способы их воспитания; характерологические качества учителя; педагогические способности.

Значение психолого-педагогических дисциплин для формирования профессиональной компетентности будущего педагога можно рассматривать в трех направлениях:

1. формирование представлений специалиста о себе как о субъекте образовательного процесса – будущие педагоги получают представления о том, какие требования предъявляет педагогическая деятельность к личности педагога; учебные психолого-педагогические дисциплины позволяют повысить мотивацию студентов к получению образования и к самообразованию; студенты, будущие педагоги, создают для себя индивидуальный эталон педагога, которым хотят стать и в соответствии с ним строят свою образовательную траекторию индивидуального самосовершенствования.

2. познание сущности педагогического процесса – будущие педагоги изучают принципы и правила своей будущей профессии; психолого-педагогическую теорию процессов обучения и воспитания; психологические и педагогические концепции и идеи; овладевают умениями планирования, анализа и оценки хода и результатов профессиональной деятельности и т.д.;

3. изучение личности и коллектива учащихся - будущие педагоги учатся способам изучения личности учащихся и их коллективов; осваивают способы сотрудничества и взаимодействия с ними [1].

Таким образом, профессиональная компетентность будущих педагогов тесно взаимосвязана с реализацией современных федеральных государственных образовательных стандартов на основе деятельностного подхода, требующего высокого уровня психолого-педагогической подготовки, рефлексивной, аналитической, проектировочной деятельности обучающего.

Список литературы

1. *Безюлева Г.В.* Профессиональная компетентность: аспекты формирования / Г.В. Безюлева, Н.В. Иванова, М.В. Никитин, Г.М. Шеламова. М.: Московский психолого-социальный институт. Федеральный институт развития образования, 2005. 82 с.
 2. *Бадалова Л.Х.* Процесс преподавания психолого-педагогических дисциплин // Молодой ученый, 2018. № 11. С. 130-131. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://moluch.ru/archive/197/48690/> (дата обращения: 15.10.2019).
 3. *Омельяненко Л.А.* Психолого-педагогические условия формирования психологической компетентности будущих педагогов // Молодой ученый, 2017. № 21.1. С. 22-24. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://moluch.ru/archive/155/43971/> (дата обращения: 15.10.2019).
-

**ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ ПОВЫШЕНИЯ
КВАЛИФИКАЦИИ В СИСТЕМЕ СРЕДНЕГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**
Большакова Н.А.¹, Лобов И.А.², Леонов А.С.³

¹Большакова Наталья Андреевна – магистр;

²Лобов Иван Александрович – магистр;

³Леонов Алексей Сергеевич – магистр,

*факультет технологии, предпринимательства и сервиса,
Орловский государственный университет
им. И.С. Тургенева,
г. Орёл*

Аннотация: *в статье анализируется современная педагогическая практика традиционных и инновационных моделей непрерывного образования для специалистов образования средних учебных заведений. Обоснована необходимость разработки таких моделей обучения для обеспечения развития творческого потенциала личности учителя СТО.*

Ключевые слова: *педагогическая квалификация, среднее профессиональное образование, повышение квалификации.*

Исходя из понятий «образование» и «качество» - качество образования рассматривается как социально-экономическая и педагогическая категория. В методологическом аспекте определение «качество образования» должно рассматриваться как особенность образовательного процесса и результата, важного не только в системе образования, но и в развитии общества в целом. В этом смысле понятие «качество образования» можно определить как комплексное образование, учитывающее все объективные и субъективные характеристики.

«Переход на инновационный путь развития в первую очередь связан с крупномасштабными инвестициями в человеческий капитал. Человеческое развитие является главной целью и необходимым условием прогресса современного общества. Сегодня и в долгосрочной перспективе это наш

абсолютный национальный приоритет» [3]. «Основная задача российской образовательной политики - обеспечить современное качественное образование, основанное на сохранении его базового характера и удовлетворении текущих и будущих потребностей личности, общества и государства» [2]. Концепция «качественного образования» возникла и получила международное гражданство в 1998 году. Во время Всемирной конференции по высшему образованию в Париже. Участники конференции отметили, что вопросы качества образования занимают одно из важнейших мест в системе экономического, социального и политического развития стран. Качество образования рассматривается как комплексный показатель, объединяющий все этапы формирования личности, условия и результаты образовательного процесса, а также критерий эффективности образовательного учреждения, основной продукцией которого являются выпускники высокого качества.

«Качество образования является особенностью системы образования, отражающей степень соответствия реально достигнутых результатов обучения, условий образовательного процесса нормативным требованиям, социальным и личностным ожиданиям» [1, с. 18–23].

Потенциал образовательного учреждения, его возможности в сфере образовательной деятельности заключаются в его способности обеспечивать качество образования, т.е. Создавать соответствующие условия, дидактическую и образовательную среду, материально-техническую базу, финансовые и информационные услуги.

Следовательно, должна быть создана современная система, гарантирующая качество образования в образовательном учреждении, которая будет сочетать средства и технологии, которые гарантируют достижение этих образовательных результатов, соответствующих стандартам, критериям, стандартам и потребностям. указанного потребителя. Среднее профессиональное образование является важной составляющей российского образования. Он развивается как звено в системе непрерывного образования и предназначен

для удовлетворения потребностей личности, общества и государства в получении профессиональной квалификации специалиста среднего звена. В структуре качества профессионального образования главное - это качество выпускника образовательного учреждения, а это качество выпускника - будущего специалиста, которого обеспечивает качество образовательного процесса, осуществляемого в образовательном учреждении.

Качество образования, которое включает в себя обучение и подготовку студентов, представляет собой систему показателей знаний, навыков и норм для ценностного эмоционального отношения к миру и между собой.

Оценка образовательной деятельности образовательного учреждения на основе конечных результатов, в рамках которых следует выделить основные показатели эффективности образовательной деятельности:

- уровень обучения студентов;
 - состояние внедрения образовательных стандартов федеральных земель;
 - их готовность продолжить свое образование;
- образовательный уровень студентов;
- состояние здоровья;
 - уровень социальной адаптации выпускников к жизни в обществе.

Все эти параметры взаимосвязаны и дополняют друг друга. Но давай

Сегодня показатель качества обучения студентов был и остается первым и главным в оценке эффективности образовательного учреждения.

Важнейшими критериями оценки результатов образовательного учреждения являются критерий качества, выраженный в виде отношения фактических результатов мероприятия к поставленным целям, государственных стандартов, социальных ожиданий и критерия эффективности, показывающий соотношение достигнутых результатов со временем, усилиями и другими ресурсами.

Учитель современности призван подготовить человека, который способен самостоятельно приобретать знания и применять их в любой жизненной ситуации. Преподаватель должен организовать такой учебный процесс, который включал бы механизм саморазвития его участников, чтобы им было возможно самосовершенствование, самообразование. Это обеспечивает готовность человека реализовать свою личность, готовясь к переменам в жизни.

Традиционные методы учебного процесса, ориентированные на предоставление готовых знаний, запоминание и хранение материала в памяти, обычно способствуют развитию стереотипного поведения. Конечно, они больше не отвечают современным требованиям.

Наилучшие результаты для решения этой проблемы могут быть получены только при наличии активной позиции учащихся в учебном процессе. В этом смысле применение нового подхода к организации образовательного процесса и современных технологий в качестве методов обучения становится актуальным в образовательной деятельности. Урок, основанный на современных технологиях, позволит студентам не только приобрести глубокие знания, но и способность самостоятельно получать знания, использовать их в различных ситуациях, приобретать опыт в решении проблем, развивать когнитивные, интеллектуальные, эмоционально-волевые и физические навыки.

Не секрет, что адаптация знаний учащихся к одним и тем же формальным требованиям тормозит умственное развитие и ограничивает их учебную деятельность. Как сделать учебный процесс более гибким, более адаптированным к каждому ученику? Эта технология отвечает на вопрос.

Дифференциация уровней включает в себя такие формы обучения, которые позволяют передавать столько знаний конкретному ученику, сколько он способен принять. Многоуровневое обучение разнообразно широко используется на разных этапах урока: постоянная проверка усвоения передаваемого материала, тестирование нового

материала, первоначальное закрепление материала, разнообразные домашние задания.

Использование уровней дифференциации обеспечивает образовательные потребности всех учащихся, право выбирать уровень задачи, генерировать стремление к росту, создавать чувство достижения и высоко ценить сам по себе. Проводятся консультации для одаренных детей, а также оказывается помощь в подготовке олимпиад на уровне школ и районов.

Повышение эффективности обучения напрямую зависит от того, насколько полно учтены характеристики каждого учащегося.

В общем, технология проблемного образования заключается в том, что проблема ставится перед учащимися, и при непосредственном участии учителя или они самостоятельно исследуют пути и средства ее решения, то есть строят гипотезу, намечают и обсуждают способы проверить свою правду, спорить, проводить эксперименты, наблюдения, анализировать их результаты, рассуждать, доказывать.

Метод проекта основан на развитии познавательных и творческих навыков студентов, на способности самостоятельно наращивать свои знания и ориентироваться в информационном пространстве, на развитии критического мышления. Это всегда творческая деятельность.

Используя эту технологию, студенты сами определяют цели и задачи проекта, ищут необходимую информацию в разных источниках. Продуктом деятельности проекта могут быть: настенные газеты, плакаты.

Метод обучения исследования предполагает организацию процесса генерации новых знаний. Принципиальное различие между исследованием и дизайном состоит в том, что исследование не подразумевает создание какого-либо заранее запланированного объекта, даже модели или прототипа. Действительно, исследование - это процесс поиска неизвестного, нового знания, одного из видов познавательной деятельности.

Сегодня существует довольно большое количество педагогических технологий обучения, как традиционных, так

и инновационных. Это не означает, что один или другой лучше или хуже, или чтобы получить положительные результаты, вы должны использовать только это, а не больше. Образование не останавливается, поэтому для повышения эффективности и качества обучения необходимо задуматься о том, как внедрять инновационные подходы в обучении, тщательно выбирать формы и методы с учетом специфики предмета и возрастных особенностей студентов.

Список литературы

1. Психология и педагогика высшей школы. Учебник. Феникс. Москва, 2014.
2. Гагарин А.В. Психология и педагогика высшей школы; МЭИ.Москва, 2010.
3. Громкова М.Т. Педагогика высшей школы; Юнити-Дана. Москва, 2012.
4. Дьяченко М.И., Кандыбович Л.А., Кандыбович С.Л. Психология высшей школы; Харвест. Москва, 2006.
5. Митин А.Н. Основы педагогической психологии высшей школы; Проспект, Уральская государственная юридическая академия. Москва, 2010.
6. Подласый И.П. Педагогика начальной школы; Владос. Москва, 2008.
7. Подласый И.П. Педагогика начальной школы; Книга по Требованию. Москва, 2008.
8. Попков В.А., Коржуев А.В. Дидактика высшей школы; Академия. Москва, 2008.
9. Пуйман С.А. Педагогика современной школы; ТетраСистемс. Москва, 2011.
10. Самойлов В.Д. Педагогика и психология высшей школы. Андрогогическая парадигма; Юнити-Дана. Москва, 2013.

ПРИНЦИПЫ И УСЛОВИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОЕКТНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Кожухов Ю.В.¹, Игнашкин В.И.², Сенина О.С.³

¹Кожухов Юрий Владимирович – магистрант;

²Игнашкин Владислав Игоревич – магистрант;

³Сенина Ольга Сергеевна – магистрант,

направление: инженерная педагогика,

Орловский государственный университет

им. И.С. Тургенева,

г. Орел

Аннотация: выполнение проектов должно базироваться на определенной материально-технической основе, использование которой должно соответствовать экономическим возможностям школы с привлечением образовательных ресурсов дополнительного образования, социума, производственных структур. Важное значение имеют использование природных материалов и отходов производства, рациональное планирование и организация деятельности школьников, информационно-методическое обеспечение, включающее учебную, справочную и научно-популярную литературу, наглядные пособия, образцы проектной конструкторской и технологической документации, планов и отчетов учащихся, выставку лучших изделий и образцов достижений в проектной деятельности.

Ключевые слова: проектная деятельность, образование, творчество.

Успешность реализации вышеизложенных принципов организации проектной деятельности в первую очередь зависит от характера взаимодействия педагога и школьников. Главное для педагога – это управление самостоятельной познавательной деятельностью детей. Он сопровождает работу ребенка над проектом, выполняя роль тьютора, координатора, консультанта; побуждает ребенка к поиску, размышлению, самостоятельному решению, активности, выдвижению идей, добиваться намеченного результата;

создает ситуации успеха и ответственности для каждого ребенка [7, 31].

Ученик оказывается в ситуации, которая требует от него значительных усилий, преодоления определенных трудностей, так как готовые знания отсутствуют. Роль ученика в процессе проектной деятельности изменяется, но на всех этапах он выступает как субъект деятельности. Он сам определяет проблему, ищет ответ на поставленный вопрос и принимает решения, выстраивает взаимоотношения с людьми на основе диалога и сотрудничества, оценивает и анализирует свою деятельность [3, 221].

В проектной деятельности важен индивидуальный подход к учащимся, так как в каждом коллективе есть ученики с различными способностями. Успешность проектной деятельности базируется на знании возможностей каждого ребенка, умении подсказать и привести ученика к принятию собственного решения. Хорошо подготовленные ученики могут выполнить более глубокие исследования, предложить больше различных идей и изготовить более сложное изделие. Менее способным детям требуется больше поддержки при меньшей требовательности со стороны учителя. Такие дети могут проводить меньше исследований, выбирать из меньшего количества идей и изготавливать несложные изделия. У каждого учащегося может быть свой запланированный конечный результат. Желательно, чтобы учитель обговаривал с детьми ожидаемый результат как в начале, так и в ходе выполнения проекта. Важно, чтобы каждый учащийся закончил то, что было запланировано и согласовано с педагогом или организатором проектной деятельности [5, 164].

В процессе выполнения проекта педагог продолжает обучать, побуждая детей находить нужные сведения в процессе дополнительного образования. Формы дополнительного образования учащихся могут варьироваться в виде внеклассного, внеурочного, внешкольного и т.д. Включение учащихся в систему дополнительного образования является объективным индикатором эффективности базовой

образовательной деятельности и формирования интереса к продолжению обучения. Важно учить детей работе с различными информационными ресурсами: текстовыми, видеоинформацией, электронными ресурсами. Педагог направляет поиск детьми необходимой информации, на первом этапе обучает способам сбора и обработки материалов, оформлению источников информации, составлению библиографического списка [1, 110].

Выполнение проектов должно базироваться на определенной материально-технической основе, использование которой должно соответствовать экономическим возможностям школы с привлечением образовательных ресурсов дополнительного образования, социума, производственных структур. Важное значение имеют использование природных материалов и отходов производства, рациональное планирование и организация деятельности школьников, информационно-методическое обеспечение, включающее учебную, справочную и научно-популярную литературу, наглядные пособия, образцы проектной конструкторской и технологической документации, планов и отчетов учащихся, выставку лучших изделий и образцов достижений в проектной деятельности [3].

Следует предусмотреть возможность организации взаимодействия детей со специалистами, взрослыми людьми, которые могут предоставить необходимую информацию, дать полезные рекомендации. В данном случае педагог готовит к взаимодействию обе стороны, чтобы диалог был продуктивным, дети приобретали опыт общения, учились устанавливать контакт с новыми людьми, видели позитивные образцы профессиональной деятельности [2, 87].

Выполнить проект – это не только собрать материал, необходимую информацию по теме, но и применить добытые знания на практике, например: провести экскурсию, оформить стенды, альбомы, подготовить по возможности видео- или фотосъемку, озвучить видеофильм, организовать встречи с интересными людьми, подготовиться к конференции, сделать конкретное практическое дело для семьи, школы, социума.

В литературе определяются следующие характеристики успешной проектной деятельности:

– дети находятся в центре образовательного и воспитательного процесса, то есть учащиеся строят образовательную, общественную и личную деятельность в соответствии со своими интересами и увлечениями;

– проект имеет четкие цели и конкретные планируемые результаты;

– учащиеся включаются в разнообразные виды деятельности (целеполагание, исследование, проектирование и др.);

– дети участвуют в различных видах оценивания на всех этапах проектной деятельности;– проекты имеют связь с реальным миром, развивают социальные связи детей с окружающим миром, людьми;

– дети представляют свои достижения через конечный продукт исследования;

– оптимально используются информационные технологии;

– у детей развиваются мыслительные умения высокого уровня (универсальные учебные действия);

– применяются разнообразные образовательные средства, обеспечивающие поддержку разных стилей восприятия и работы с информацией и поведения детей [6, 126].

Список литературы

1. *Лебедева М.Б., Шилова О.Н.* Проектная деятельность в профориентационной работе и социализации детей-сирот: метод. пособие. Калининград: Изд-во РГУ им. И. Канта, 2009. С. 110.
2. *Мельников В.Е., Мигунов В.А., Петряков П.А.* Метод проектов в преподавании образовательной области «Технология» [Текст]. 2-е изд. В. Новгород, 2000. С. 87.
3. *Мелехина С.И.* Основы проектной деятельности учащихся. 5-9 классы [Текст]: уч.-метод. пособие. 1 часть. Киров: КИПК и ПРО, 2008. С. 221.

4. Образовательная система «Школа 2100». Примерная основная образовательная программа [Текст] / под ред. Д.И. Фельдштейна. М.: Баласс, 2011. С. 416.
 5. *Пахомова Н.Ю.* Метод учебного проекта в образовательном учреждении [Текст]. М.: АРКТИ, 2005. С. 164.
 6. Предпрофильная подготовка: проектная деятельность учащихся [Текст]: уч.-метод. пособие; под ред. Л.В. Байбородовой, Л.Н. Серебренникова. Ярославль: Изд-во ЯГПУ, 2005. С. 126.
 7. Федеральный государственный образовательный стандарт начального общего образования [Текст]. 2-е изд. М.: Просвещение, 2011. С. 31.
-

ИНЖЕНЕРНАЯ ПЕДАГОГИКА В ПРОФИЛЬНЫХ ШКОЛАХ

Кожухов Ю.В.¹, Игнашкин В.И.², Сенина О.С.³

¹Кожухов Юрий Владимирович – магистрант;

²Игнашкин Владислав Игоревич – магистрант;

³Сенина Ольга Сергеевна – магистрант,
направление: инженерная педагогика,
Орловский государственный университет
им. И.С. Тургенева,
г. Орел

Аннотация: обосновывается использование инженерной педагогики при подготовке бакалавров педагогического образования для работы в профильных школах с индустриально-технологическим направлением профилизации старшеклассников в выборе профессий и специальностей сферы современного материального производства.

Ключевые слова: технология, профильное обучение, инженерная педагогика, профильная школа.

На сегодняшний день весьма слабо ориентировано общее образование на жизненное и профессиональное само определение растущей личности. Этим обусловлено слабое представление обо всем пространстве труда людей, и плохая осведомленность о профессиях. Также очень актуальна проблема реализации профильного обучения в средней общеобразовательной школе. Принят ряд законодательных документов по введению профильного обучения на старшей ступени общего образования.

В соответствии с распоряжением Правительства Российской Федерации от 29 декабря 2001 года №1756-р об одобрении Концепции модернизации российского образования на период до 2010 года на старшей ступени общеобразовательной школы предусматривается профильное обучение, ставится задача создания «системы специализированной подготовки в старших классах общеобразовательной школы, ориентированной на

индивидуализацию обучения и социализацию обучающихся, в том числе с учетом реальных потребностей рынка труда отработки гибкой системы профилей и кооперации старшей ступени школы с учреждениями начального, среднего и высшего профессионального образования.

Профильное обучение – это средство профессионального самоопределения. Следовательно, содержание образования должно быть ориентированно на будущее профессиональное образование и на будущую профессиональную деятельность. В учебном плане профильного обучения, помимо общеобразовательных предметов, должны быть включены:

- основной профильный предмет;
- дополнительный профильный предмет;
- прикладной профильный предмет [1, 27].

Технологию реализации индивидуальной образовательной траектории обучающихся в рамках взаимодействия общеобразовательной профильной школы (особенно с индустриально - технологическим направлением профилизации старшеклассников) с образовательными организациями системы СПО для производства материальных ценностей нами предлагается осуществлять на базе инженерной педагогики.

Инженерная педагогика – составная часть профессиональной педагогики. Она направлена на подготовку специалистов, реализующих инженерную деятельность, и характеризуется специфическими целями, принципами, содержанием, формами организации, методами и средствами обучения.

Инженерная педагогика способствует осознанному рациональному построению технического образования и тем самым улучшению обучения технике по возможности во всех технических учебных заведениях как средних, так и высших, а также в различных образовательных учреждениях промышленности и институтах (курсах) повышения квалификации.

Главное отличие инженерной педагогики от общей педагогики состоит в том, что в ней выдвигаются иные

цели и утверждаются новые ценности инженерно-технического образования. Ими становятся знания, умения, навыки, способности, необходимые для непрерывно развивающейся технической деятельности, решения широкого круга инновационных образовательных и производственных задач [2, 67].

Инженерная педагогика раскрывает теорию и методики проектировочных, конструктивных, гностических, коммуникативных, управленческих и других функций; теорию и методику обучения техническим, технологическим знаниям, навыкам и умениям, формирования специфических способов инженерной деятельности.

Если инженерную педагогику школы рассматривать в аспекте технологического образования, то она может выступать педагогической теорией системы подготовки бакалавра педагогического образования к работе в профильной школе с индустриально – технологическим направлением профилизации старшеклассников при выборе ими профессий и специальностей в сфере современного материального производства.

Инженерная педагогика школы предстает как самостоятельная область научного педагогического знания, которая за счет взаимодействия с техническими науками, технологиями и техникой способствует созданию и реализации системы отраслевой подготовки в вузе бакалавра технологии, который своими знаниями, умениями, навыками и компетенциями воздействует на развитие личности школьника, создает условия для самоопределения его уже на старшей ступени профильной школы на конкретную профессию и специальность сферы материального производства, формирует интерес к ней, помогает предположительно определить, в каких видах деятельности он сможет наиболее успешно самореализоваться, получая наибольшее удовлетворение от своего труда.

Методология инженерной педагогики - это учение о наиболее общих закономерностях, принципах, методах научно-технического познания и приложении их к анализу природы

инженерно-педагогического знания; учение о закономерностях и методах инженерной деятельности, о закономерностях инженерного творчества, то есть учение о методах поиска новых идей, новых теорий и их реализации. В этом качестве методология инженерной педагогики вступает в межнаучную интеграцию и, прежде всего с техническими науками.

Теория инженерной педагогики развивается под воздействием общественных потребностей в области инженерного образования, развития технических наук, питающих инженерную педагогику и методов познания, а также в силу внутренней логики движения собственного научного познания. Эти факторы действуют не параллельно, а находятся в диалектической взаимосвязи. Развитие инженерной педагогики происходит и как логическое развитие общепедагогических понятий и категорий: целей, принципов, содержания образования, форм организации, методов, средств, контроля и самоконтроля. Они представляют определенный уровень категориального строя, его системность, которая обеспечивается логико-методологическим основанием [2, 67].

Таким образом, инженерная педагогика развивается в процессе фундаментальных и прикладных исследований. Рассматривать ее как систему только прикладных технических или общепедагогических знаний означает отбрасывать ее на десятилетие назад. Научный статус понятий и категорий инженерной педагогики является методологической основой решения многих проблем подготовки инженерных кадров.

Список литературы

1. *Никитин А.А.* Профильное обучение в специализированных и заочных школах России [Текст] / А.А. Никитин // Профильная школа, 2004. № 3. С. 25–29.
2. *Калекин А.А.* Непрерывное технологическое образование молодежи в системе «школа-ссуз» на базе инженерной педагогики. А.А. Калекин // МГПУ им. И.П. Шамякина, 2015. 64 с.

ФОРМИРОВАНИЕ ЛИДЕРСКИХ КАЧЕСТВ В КОМАНДНЫХ ВИДАХ СПОРТА

Каримов Н.Х.¹, Данилова Н.В.²

¹Каримов Наиль Хакимович – студент,
кафедра информатики и информационно-управляющих
систем,

группа технологии разработки программного обеспечения;

²Данилова Наталья Васильевна – старший преподаватель,
кафедра физического воспитания,

Казанский государственный энергетический университет,
г. Казань

Аннотация: статья представляет теоретические аспекты лидера и его влияние на успешной деятельности команды в игровых видах спорта.

Ключевые слова: спорт, социология, лидерство, команда.

Спорт в современном своем виде представляет собой непростое социальное явление. Он перестал быть простым развлечением, а стал более сложным и начал влиять в полной мере на жизнедеятельность человека и общества. Его общественные функции очень многогранны. Однако социальная сторона спорта понимается не только в результате, но и в знаниях и опыте тренеров, интеллекте [1].

Спорт — это специфический вид сознательной социальной деятельности людей, определенный способ жизни, заключающийся в организованном сопоставлении их сил, возможностей и физических способностей в борьбе за победу, высокий спортивный результат, детерминирующий значительные физические и умственные усилия, развитие важных физических и морально-волевых качеств [3].

Однако исследовательский интерес на текущий момент в большей мере покрывает такое качество как лидерство. На нынешний период, когда нагрузки на спортсмена оказываются на грани возможного, а в самые ответственный момент за спортивный результат идет счёт на миллисекунды,

в такие моменты важное значение приобретает лидерское качество спортсмена.

В настоящее время во всех существующих видах спорта требуется достаточно большое количество лидеров. Значение лидерства в командных видах спорта трудноизмерима и не всегда понятна. Деятельность лидеров разнообразна, а также существует несоизмеримое количество её персональных проявлений [2].

Спортивный лидер понимается как субъект общества с ярко выраженными качествами, четким ориентиром к цели, а также как обладатель авторитета и стремления быть полезным с точки зрения команды. Учитывая то, что все члены спортивной команды имеют свои личные и профессиональные особенности, необходимо выстраивать организационное управление командой с учетом этих факторов [3].

Вычисление эффективности спортивного лидера, его потенциальных и реальных возможностей – значит выяснить, как принимают решения лидера в тяжелых спортивных ситуациях члены спортивной команды, и его способность влиять на ситуацию. Воздействие лидера не всегда одинакова, в быстрых матчах она может очень сильно возрасти, а в медленных вовсе может существенно уменьшится. Из-за таких переменчивых результатов, лидерство может переходит от одного игрока к другому.

Обнаружение факторов, воздействующих на спортивное лидерство, формирование индивидуальных спортивных лидеров влечет за собой создание многогранной социологической модели, в котором рассматриваются как персональные качества спортсменов, особенности команды, её структуры, цели, задачи, мотивации каждого игрока, а также характер воздействия между игроками команды.

Спортивных лидеров можно разделить на четыре значимых типа. Одним из них является «лидер для себя». Данный вид лидерства включает в себя спортсмена, который способен повысить свои персональные спортивные достижения путем формирования индивидуальных личностных качеств. «Командный лидер» включает в данную категорию

спортсменов, которые благодаря своим персональным достоинствам являются настоящими лидерами команды. «Корпоративный лидер» данный вид лидерства может относиться не только к лидеру спортивной команды, но и просто человеку, который имеет персональные качества, благодаря которым он обладает некоторым авторитетом среди своего окружения, что помогает ему быть первым не только на игровой площадке, но и на учебном и рабочем коллективе. «Суперлидер» это категория лидерства, в котором человек является примером подражания, обладает отличительными персональными качествами, непререкаемым уважением, которая ему дает быть лучшим в данной сфере деятельности.

Успешные тренеры-лидеры руководят спортсменами и командой, исходя из их видения процесса подготовки и знаний, как это видение перевести в действительность. Тренер в роли лидера для достижения поставленных им целей стремится преобразовать окружающую его и спортсменов среду, что можно назвать культурой спортивного коллектива. Эта культура создается посредством отбора, мотивации, вознаграждений, сохранения и объединения членов его «команды», которая включает спортсменов, его помощников, родителей и других лиц [4].

Тренировка – это деятельность людей, и высоко-результативные тренеры должны учить людей и учиться у них. Чтобы быть превосходным лидером и превосходным тренером, необходимо развивать общение с людьми, чтобы объединить всех участвующих в этом процессе людей и привести их к необходимым действиям. Для этого очень важны коммуникативные способности тренера – умение и желание вести разговор, слушать, вести переговоры, ободрять и утешать и многое другое. Тренировка столь же требовательна к коммуникативным способностям успешного тренера, как и многим другим, столь же важным по общему признанию его качествам.

Подводя итог можно сказать, что необходимость совместной и согласованной, подчиненной одной общей цели деятельности спортсменов выдвигает потребность в

руководстве командой. И от качеств лидера и его опыта зависит получаемый результат.

Список литературы

1. *Козлов А.В., Турченкова Г.В.* Теоретические аспекты сущности лидера в игровых видах спорта // Молодой ученый, 2014. № 6. С. 846-848. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://moluch.ru/archive/65/10734/> (дата обращения: 22.10.2019).
2. Формирование лидеров в сфере спорта: социологический анализ. pandia.ru. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://pandia.ru/text/77/513/4363.php>. (дата обращения: 22.10.2019).
3. *Рысюкевич Н.С.* Лидерские модели в сфере физической культуры и спорта / Управление в социальных и экономических системах: материалы XX Международной научно-практической конференции (г. Минск, 20 мая 2011 г.). Мн.: Изд-во МИУ, 2011. С. 311-312.
4. Лидерские функции успешного тренера и командная культура спортивного коллектива // Современные наукоемкие технологии. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.top-technologies.ru/ru/article/view?id=36812/> (дата обращения: 22-10-2019).

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА ИЗМЕНЕНИЙ НЕЙРОНОВ И СОСУДИСТЫХ СТРУКТУР ПРОДОЛГОВАТОГО МОЗГА В РАЗНЫЕ СРОКИ ПОСТМОРТАЛЬНОГО ПЕРИОДА ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ШОКЕ

Индиаминов С.И.¹, Жуманов З.Э.²

¹Индиаминов Сайит Индиаминович - доктор медицинских наук, профессор;

²Жуманов Зиядулла Эшмаматович - старший преподаватель,

кафедра судебной медицины и патологической анатомии,
Самаркандский государственный медицинский институт,
г. Самарканд, Республика Узбекистан

Аннотация: исследовали продолговатый мозг от 12 трупов лиц, погибших в стационаре при клинически установленном диагнозе геморрагический шок (ГШ), вызванном ножевыми ранениями внутренних органов и сосудов. Установлено, что в продолговатом мозге по мере увеличения срока постмортального периода наблюдается возрастание числа структурно измененных нейронов и сосудов, которые свидетельствуют о взаимосвязи сроками постмортального периода при смерти от геморрагического шока. С увеличением срока после смерти от геморрагического шока в продолговатом мозге наблюдается возрастание деструктивных изменений нейронов и сосудов, расширение периваскулярных (ПВП) и периваскулярных пространств (ПВП).

Ключевые слова: продолговатый мозг, периваскулярные и периваскулярные пространства, геморрагический шок.

Актуальность. Изучение различных аспектов геморрагического шока до настоящего времени остается актуальной проблемой медицины [3-7]. Морфологические исследования головного мозга при геморрагическом шоке позволили установить танатогенетически значимые

изменения его структур [1-4]. Однако исследования изменений нервных и сосудистых структур головного мозга, с учетом срока постмортального периода, по состоянию периваскулярных и перичеллюлярных пространств при геморрагическом шоке еще не проводилась [7-10].

Цель исследования. Изучить соотношение нейронов и сосудов, периваскулярного и перичеллюлярного пространств продолговатого мозга у лиц, погибших от геморрагического шока в разные сроки постмортального периода.

Материал и методы исследования. Исследовали продолговатый мозг от 12 трупов лиц, погибших в стационаре при клинически установленном диагнозе геморрагический шок, вызванного ножевыми ранениями внутренних органов и сосудов. Длительность пребывания в стационаре таких потерпевших составила $9 \pm 4,2$ часов. Всем пострадавшим была проведена трансфузионная терапия в объеме от 1500 до 6000 мл. В 5 случаях геморрагический шок был вызван поражением сердца и магистральных сосудов (аорта и легочный ствол), в остальных 7 случаях кровопотеря наступила вследствие поражения периферических сосудов и внутренних органов (кроме сердца). Во всех наблюдениях травма сопровождалась внутренней и наружной кровопотерей. Кусочки фиксированы в 10% нейтральном формалине, проведены через спиртовую батарею, залиты в парафин и окрашены: гематоксилином и эозином, по методам Ван-Гизон и Маллори. Гистологические препараты сначала исследовали качественно, затем количественно. Состояние периваскулярного и перичеллюлярного пространств (отека) исследовали точечным методом по Г.Г. Автандилову. Для математической обработки данных применен метод Стьюдента-Фишера с определением средней арифметической M , средней ошибки относительных величин m и коэффициента достоверности разности t . Исследование проводили в периоде: через 6-8 часов (1-ая группа); 12-14 часов (2-ая группа); 18-20 часов (3-ая группа); от 24 часов и более суток (4-ая группа) постмортального периода.

Результаты и их обсуждение. Через 6-8 часов постмортального периода в продолговатом мозге в нейронах наблюдается кариолизис. Вблизи нейронов и сосудов располагаются глиоциты, что является проявлением их реактивности при геморрагическом шоке. Вокруг многих нейронов отмечается умеренно расширенное ПНП. В этот период стенки артерии разного диаметра утолщены вследствие отека. Просвет их щелевидной формы, содержимого в просвете нет. ПВП расширены.

Через 12-14 часов постмортального периода нервные клетки сморщены, гиперхромные, пикноморфные. Ядра и ядрышки в них не видны, т.е., отмечается кариолизис. Глиоциты расположены вблизи нейронов. Вокруг нейронов отмечается широкое ПНП, в которых нейроны расположены эксцентрично. Стенки сосудов рыхлые, набухшие, гомогенизированы и расслоенные, эндотелиоциты не определяются. ПВП выражен в большей степени, чем в предыдущем случае.

Через 18-20 часов постмортального периода нейроны пикноморфные. Нередко в них определяется кариолизис и даже кариоцитоллиз. Многие глиоциты также подвергнуты цитолизу, так как число их уменьшено. Наблюдается отек нейропиля и очаговая его деструкция. Вокруг многих нейронов отмечаются широкие ПНП, нейроны в них обычно прикреплены к одной стенке.

Через 18-20 часов постмортального периода в продолговатом мозге у погибших лиц обнаружено, что внутримозговые сосуды изменены в большей степени, чем в предыдущей группе. Просвет сосудов щелевидный, стенка гомогенизирована. В просвете сосудов содержимое не определяется. ПВП расширено в большой степени.

В четвёртой группе наблюдений выявлены отчетливые изменения нейронов, вызванные аутолизом. Они гиперхромно окрашены, границы теряют четкие очертания. Нейроны не содержат ядер вследствие кариолизиса. Наблюдается цитолиз. В нейропиле отмечается выраженная порозность. ПНП сильно выражено. Артерии разного диаметра спавшиеся, просвет их

щелевидной формы, содержимого в просвете нет. Стенка сосудов утолщена, гомогенизирована, ее слои не контурируются. Эндотелиоциты не определяются, ядра миоцитов набухшие, происходит полная деструкция стенки сосудов. К сосудам приближены глиоциты, многие из них находятся на границе ПВП.

Таким образом, при геморрагическом шоке в разные сроки постмортального периода в продолговатом мозге наблюдаются некробиотические изменения, как нейронов, так и внутримозговых сосудов. Эти изменения по мере увеличения срока постмортального периода усиливаются. Вблизи нейронов и сосудов располагаются глиоциты, что является проявлением их реактивности при геморрагическом шоке. Размеры ПНП и ПВП в динамике посмертного периода возрастают.

Изменения морфометрических показателей ПНП, нейронов, ПВП и сосудов в продолговатом мозге трупов лиц, погибших от геморрагического шока в разные сроки постмортального периода показано в таблице 1.

Из данных таблицы видно, что в продолговатом мозге при геморрагическом шоке через 6-8 часов постмортального периода морфометрическое значение ПНП составляет $1,33 \pm 0,11$, нейронов $3,5 \pm 0,1$. Относительное значение ПНП равно 27,5%, 72,5% общей площади занимает нейрон. Относительные размеры ПВП равны $1,7 \pm 0,1$. Сосуды внутри полости составляют $3,8 \pm 0,2$. Как видно из этого, из общей площади ПВП+ нейрон ПВП составляет 30,9%, а сосуд 69,1%.

Таблица 1. Морфометрические показатели нервных и сосудистых структур продолговатого мозга при геморрагическом шоке в разные сроки постмортального периода (%)

Группа	ПНП	Нейрон	ПЦП+нейрон	ПВП	Сосуд	ПВП+сосуд
1	1,33±0,11	3,5±0,1	4,83±0,44	1,7±0,1	3,8±0,2	5,5±0,3
2	2,94±0,1***	1,6±0,1***	4,54±0,2	2,94±0,17***	2,72±0,23***	5,66±0,4
3	3,33±0,19***	1,42±0,15***	4,75±0,34	3,83±0,27*** [^]	1,75±0,18*** [^]	5,58±0,45
4	3,6±0,11*** ^{^^}	1,05±0,05*** ^{^^^}	4,65±0,16	4,1±0,2*** ^{^^^}	1,3±0,2*** ^{^^^}	5,4±0,4

Примечание: * - различия относительно данных 1 группы значимы (* - P<0.05, *** - P<0.001); ^ - различия относительно данных 2 группы значимы (^ - P<0.05, ^^ - P<0.01, ^^ - P<0.001); - различия относительно данных 3 группы значимы (- P<0.05, - P<0.01, - P<0.001)

Соотношения (%) ПНП и нейронов, а также ПВП и сосудов в продолговатом мозге лиц, погибших от геморрагического шока в динамике постмортального периода представлены в таблице 2.

Таблица 2. Соотношение ПНП и ПВП в продолговатом мозге при геморрагическом шоке в разные сроки постмортального периода

Группа	ПНП	Нейрон	ПВП	Сосуд
1	27,5	72,5	30,9	69,1
2	64,8	35,2	51,9	48,1
3	70,1	29,8	68,6	31,4
4	77,4	22,6	75,9	24,1

Через 12-14 часов постмортального периода площадь ПНП равно 2,94±0,1%, а нейронов 1,6±0,1%. При этом

ПНП составляет 64,8%, а 35,2% общей площади занимает нейрон. Морфометрическое значение ПВП составляет $2,94 \pm 0,17$, а площадь сосуда $2,72 \pm 0,23\%$. Как видно, в этот срок постмортального периода площадь ПВП (51,9%), преобладает над площадью сосуда, которая составляет 48,1% от общей площади.

Через 18-20 часов постмортального периода значение площади ПНП составляет $3,33 \pm 0,19$, нейронов – $1,42 \pm 0,15$. Следовательно площадь ПНП больше (70,1%), чем нейронов (около 29,8%). Морфометрическое значение ПНП составляет $3,83 \pm 0,27$, а сосудов – $1,75 \pm 0,18$. По сравнению с предыдущим сроком исследования ПВП увеличивается до 68,9%, в то время как площадь сосуда уменьшается до 31,4% от общей площади ПВП+сосуд.

Через 24 часа и более после смерти от геморрагического шока морфометрическое значение ПНП составляет $3,6 \pm 0,11\%$, а нейронов – $1,05 \pm 0,05\%$. Как видно из значения ПНП оно продолжает возрастать и достигает 77,4%. Около 22,6% общей площади занимает нейрон, т.е., его площадь уменьшается по сравнению с предыдущей группой исследования. Значение ПВП равно $4,1 \pm 0,2\%$, а сосудов $1,3 \pm 0,2\%$. Следовательно, площадь ПВП увеличивается до 75,9%, а сосуда уменьшается до 24,1% от общей площади.

Выводы. В динамике постмортального периода сравнительная характеристика расширения перинейрональных и периваскулярных пространств в продолговатом мозге позволяет судить о неизменности проявлений танатогенеза геморрагического шока. В продолговатом мозге по мере увеличения срока постмортального периода наблюдается возрастание числа структурно измененных нейронов и сосудов, которые свидетельствуют о взаимосвязи сроками постмортального периода при смерти от геморрагического шока. С увеличением срока после смерти от геморрагического шока в продолговатом мозге наблюдается возрастание деструктивных изменений нейронов и сосудов, расширение ПНП и ПВП.

Список литературы

1. *Abdullaev S.A., Indiaminov S.* Anaphylactic shock after lidocaine administration // *Sudebno-meditsinskaia ekspertiza*, 1989. Т. 32. № 4. С. 60.
2. *Гаджиева А.У., Блинова С.А.* Развитие интраперикардального отдела краниальных полых вен крыс в постнатальном онтогенезе // *Морфология*, 2014. № 8. № 1. С. 26-29.
3. *Индиаминов С.И.* Танатогенетические аспекты поражения головного мозга человека при геморрагическом шоке // *Судебно-медицинская экспертиза*, 2010. № 3. С. 4-6.
4. *Индиаминов С.И.* Судебно-медицинская характеристика головного мозга при геморрагическом шоке // *Буковинський медичний вісник*, 2017. Том 17. № 3 (672). Ч. 1. С. 69-70.
5. *Индиаминов С.И.* Морфологические особенности головного мозга человека при различных вариантах смертельной кровопотери на фоне острой алкогольной интоксикации // *Вестник Российского государственного медицинского университета*, 2011. № 5.
6. *Хамидова Ф.М., Блинова С.А.* Тканевые реакции слизистой оболочки гортани и ее регуляторные структуры при экспериментальном хроническом ларингите // *Морфология*, 2010. Т. 138. № 5. С. 40-43.
7. *Indiaminov S.I.* Morphological features of the human brain in different variants of fatal blood loss on the background of alcohol intoxication // *Herald of Russian State Medical University. Moscow*, 2011. № 5. С. 63-66.
8. *Indiaminov S.I.* Medicolegal characteristic of the cerebrum in casw of hemorrhagic shock // *Буковинський медичний вісник*, 2013. С. 70.
9. *Indiaminov S. et al.* Accidental strangulation by a noose // *Sudebno-meditsinskaia ekspertiza*, 1993. Т. 36. № 3. С. 42.
10. *Sayit I.* Damages to hypothalamus vessels in various types of blood loss on the background of acute alcohol intoxication // *European science review*, 2016. № 7-8.

НАШ ОПЫТ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО СПОНДИЛИТА И СПОНДИЛОДИСЦИТА

Тиляков Х.А.¹, Пардаев С.Н.², Эранов Н.Ф.³,
Гафуров Ф.А.⁴, Амонов Г.Т.⁵

¹Тиляков Хасан Азизович – ассистент;

²Пардаев Саидкосим Норкулович – кандидат медицинских наук, заведующий кафедрой;

³Эранов Нурали Файзиевич – ассистент;

⁴Гафуров Фаррух Абуалиевич – ассистент;

⁵Амонов Гайрат Турсунович – ассистент.

кафедра травматологии и ортопедии,

Самаркандский государственный медицинский институт,
г. Самарканд, Республика Узбекистан

Аннотация: спондилодисцит - инфекционное заболевание структур позвоночника, которое вовлекает в воспалительный процесс межпозвонковый диск и смежные с ним тела и суставы позвонков. В нашем исследовании, проведенном на базе Самаркандской областной больницы ортопедии и последствий травмы, в отделении патологии позвоночника, на обследовании и лечении находился 81 пациент с диагнозом «спондилодисцит» за период с мая 2012 г. по сентябрь 2019 г. В большинстве случаев выявлялось поражение поясничного отдела позвоночника. Ведущим синдромом был болевой, от умеренной до выраженной степени интенсивности. Проведённое исследование показало, что ранняя диагностика спондилодисцита всё ещё остаётся сложной задачей, в то же время заболевание требует своевременного адекватного лечения.

Ключевые слова: инфекционное поражение позвоночника, спондилодисцит, магнитно-резонансная томография.

Актуальность. Гнойным неспецифическим заболеваниям позвоночника относятся к один из самых тяжелых ортопедических заболеваний с высоким процентом инвалидности (до 85%) [37-45].

Современный подход в лечении туберкулезного и неспецифического спондилита является хирургически обоснован на применении, радикально-восстановительных и реконструктивных операций, применения которых позволяет в 81,5%-97% случаев добиться хорошего результата, что многократно превышает эффективность консервативных методов лечения [12-20]. Поздняя или ошибочная диагностика спондилита, недостаточная эффективность лечения является основными причинами возникновения осложненных инвалидизирующих форм этого заболевания [1-11].

Дифференциальная диагностика два вида спондилита до сих пор остается нерешенным многих клиниках и госпитализируется противотуберкулезных стационарах и получает спец препараты [21-34].

Цель исследования. Наше исследование направлено на изучение результатов и особенностей хирургического лечения неспецифических забеливаний позвоночника.

Материалы и методы. В период с 2012 по 2019 гг. в Самаркандской областной больнице ортопедии и последствии травмы, в отделении патологии позвоночника на обследовании и лечении находились 81 пациентов с неспецифическими гнойными заболеваниями позвоночника. Мужчин – 46 (56,80 %), женщин – 35 (43,20 %). Поражение шейного отдела позвоночника было у 12 (14,81 %) пациентов, грудного – у 21 (25,92 %), поясничного – у 38 (46,91 %). У 10 пациентов отмечено поражение двух отделов позвоночника одновременно: грудного и поясничного – у шести (7,40 %), шейного и грудного – у четырех (4,93 %). Спондилит наблюдали у 2(6,17 %) пациентов, спондилит у 5(45,67 %). Эпидурит диагностирован у 56 (81,48 %) человек, в том числе у 10 – изолированный, у 46 – вторичный вследствие первичного поражения переднего опорного комплекса позвоночного столба и в сочетании со спондилитом и (или) спондилитом. Паравертебральный абсцесс обнаружили у 18(69,13 %) пациентов, при этом в 4 случаях он локализовался превертебрально и (или) паравертебрально спереди, а в 3 – непосредственно возле

задних элементов позвоночного столба. Структуры одного позвонка были поражены у – у 67 (70,37 %), двух у 5 (6,17%), трех – у 6 (7,40 %), более трех – у 3 (3,70 %) пациентов. Основной клинико-морфологической формой НГЗП в обеих группах пациентов был спондилит и спондилодисцит позвоночника, осложненный эпидуральным, пре - и паравертебральным абсцессами. Неврологические нарушения разной степени выраженности выявили у всех больных. Первым признаком заболевания у всех пациентов было появление болевого синдрома в соответствующем отделе позвоночника. Почти 70% пациентов отметили присоединение признаков воспалительного синдрома (лихорадка, озноб) на 3-5-е сутки от момента появления вертеброгенных болей. При сборе анамнеза было выяснено, что появление вышеуказанных жалоб (болевого синдрома и лихорадки), было недооценено врачами лечебных учреждений, куда обратились пациенты и не связано с возможной патологией позвоночника. Больные наблюдались амбулаторно, без настороженности в отношении спондилита, чаще – с предварительным диагнозом остеохондроз позвоночника, без приема антибактериальной терапии, без раннего назначения стандартных лабораторных и лучевых методов обследования. Основной клинико-морфологической формой НГЗП в обеих группах пациентов был спондилит и спондилодисцит позвоночника, осложненный эпидуральным, пре - и паравертебральным абсцессами. Неврологические нарушения разной степени выраженности выявили у всех больных. Пациенты с неспецифическими спондилодисцитами были прооперированы в ближайшие сроки после госпитализации с применением различных общепринятых методик и доступов. В ряде случаев при нарастающем неврологическом дефиците оперативные вмешательства проведены в неотложном порядке. Несмотря на наличие у пациентов синдрома системного воспалительного ответа и разные стадии воспаления (острая, подострая, хроническая), все пациенты были прооперированы преимущественно с применением

радикально-восстановительных операций с целью более ранней послеоперационной активизации, сокращением сроков пребывания в стационаре.

Радикально-восстановительная операция, включает в себе абсцессотомию, резекцию тел позвонков, переднебоковую декомпрессию спинного мозга, спинномозговых корешков и костную пластику передней опорной колонны аутотрансплантатами из ребра (в грудном отделе) или крыла подвздошной кости (в поясничном). Интраоперационно с целью коррекции кифоза выполняли ручную реклинацию деформации. После радикально-восстановительной операции вторым этапом одномоментно, производилась ТПФ с внеочаговым (вне зоны деструкции позвонков) введением опорных винтов. При поражении одного позвоночно-двигательного сегмента применялись две симметрично устанавливаемые двухопорные конструкции, при распространенном (полисегментарном) поражении - четырехопорные.

Результаты и обсуждения. Результаты лечения оценивали в ближайшем периоде, через 1 мес., и в отдаленном, не менее чем через 12 мес., после операции. При изучении величины кифотической деформации и длины аутотрансплантата груднопоясничная локализация рассматривалась как грудная, а пояснично-крестцовая - как поясничная. Величина кифоза определялась по замыкательным пластинкам двух смежных непораженных позвонков по методу Cobb, а вертикальная длина аутотрансплантата - по его максимальному размеру на боковых спондилограммах. Хороший результат - потеря не более 25 % величины операционной коррекции кифоза или высоты трансплантата; образование переднего костного блока; отсутствие болей в спине и осложнений со стороны металлоконструкции. Удовлетворительный результат - потеря не более 85 % величины коррекции кифоза или высоты трансплантата; отсутствие признаков полноценного костного блока, не сопровождающееся болями в спине и не требующее соответствующего обезболивания; наличие осложнений со стороны металлоконструкции

(нестабильность, образование сером и т.д.), не сопровождающихся прогрессирующей деформации или неврологическими расстройствами. Неудовлетворительный результат - прогрессирующая кифотическая деформация или снижение высоты аутотрансплантата более чем на 10 %; отсутствие переднего костного блока; наличие болевого синдрома, требующего приема обезболивающих препаратов; осложнения со стороны металлоконструкции, сопровождающиеся прогрессирующей деформации, неврологическими осложнениями. Для оценки отдаленных результатов и наблюдения за пациентами с целью выявления возможных рецидивов заболевания, им были предложены ежеквартальные контрольные явки на осмотр и обследования в течение 1 года после операции. Особенностью наблюдения за оперированными пациентами в отдаленном периоде является низкая и несвоевременная явка на контрольные осмотры и обследование. Из 21 больных, явившихся на контрольный осмотр, у всех отмечены благоприятные отдаленные исходы лечения (сохранение обычной повседневной активности, отсутствие осложнений и прогрессирования ортопедических нарушений).

Заключения. Течение неспецифического спондилодицита отмечается большей продолжительностью заболевания, высокими значениями интенсивности болевого синдрома и частыми неврологическими осложнениями. Принимая во внимание необходимость хирургических вмешательств для сохранения высокого качества жизни у больных, а также частую неспособность этих пациентов соблюдать режим лечения и выполнять рекомендации, следует выполнять одномоментные радикально-восстановительные операции. Результаты хирургического лечения неспецифических гнойных заболеваний позвоночника у пациентов в большинстве случаев наблюдали хорошие и удовлетворительные исходы хирургического лечения.

Список литературы

1. *Ахтамов А.А., Рустамов Н.Г., Нарзикулов Ж.М.* Патогенетическое обоснование комплексов восстановительной лечения патологического вывиха бедра. Материалы 61-й Всероссийской межвузовской студенческой научной конференции с международным участием, посвященной 70-летию Победы в Великой отечественной войне с проведением открытого конкурса на лучшую студенческую научную работу. ГБОУ ВПО Тверской ГМУ Минздрава России; Совет молодых ученых и студентов, 2015. 407-408.
2. *Ахтамов А.А., Нурова Ю.Т.* Влияние экологических факторов на формирование врожденного вывиха бедра у новорожденных // *Акт. вопр. травматологии, ортопедии: тез. докл.* Ташкент, 1994. С. 154-156.
3. *Ахтамов А.А., Рустамов Н.Г., Нарзикулов Ж.М.* Патогенетическое обоснование комплексов восстановительного лечения патологического вывиха бедра // *Молодежь, наука, медицина*, 2015. С. 407-408.
4. *Ахтамов А.А., Ишанкулов Ш.З.* Чанок-сон бугими тугма дисплазиясини эрта ташхислаш усуллари // *Биология ва тиббиёт муаммолари*, 2014. № 1. С. 114-119.
5. *Гариб Ф.Ю. и др.* Иммунозависимые болезни, 1996.
6. *Давлатов С.С., Хидиров Э.Э., Насимов А.М.* Дифференцированный подход к лечению больных синдромом Мириizzi. *Журнал Academy*, 2017. 95-98.
7. *Зайниев С.С., Бургутов М.Д., Махмудов З.М.* Некоторые показатели антиинфекционной резистентности и эндогенной интоксикации у детей с хроническим гематогенным рецидивирующим остеомиелитом // *Вестник Российского государственного медицинского университета*, 2006. № 2. С. 250-250.
8. *Зайниев С.С.* Ультраструктура костной ткани при хроническом рецидивирующем гематогенном остеомиелите у детей // *Bulletin of Experimental & Clinical Surgery*, 2016. Т. 9. № 1.

9. *Мурадов У.К., Ахтамов А.А.* Хирургические методы лечения болезни Пертеса // М 45 Материалы II международной (IX итоговой) научно-практической конференции молодых ученых. Челябинск: Изд-во «Челябинская государственная медицинская академия», 2011. 304 с. ISBN 978-5-94507-138-4. С. 152.
10. *Пардаев С.Н.* Лечение осложненных переломов тел позвонков в нижнее-грудном и поясничном отделах. Мед. журнал Узб., 1997.
11. *Пардаев С.Н., Норкулов М.С., Каршибоев А.Ж.* Туннелизация при поясничных спондилоцитах. Журнал МедАльянс. № 3. 2017.
12. *Пардаев С.Н., Ортиков О.Р.* Результаты хирургического лечения повреждений грудопоясничного отдела позвоночника методом транспедикулярной фиксации. Материалы Международной научно-практической конференции. Уфа, 2014. 118-120.
13. *Тиялков Б.Т., Оганесян О.В., Валиев Э.Ю.* Хирургическое лечение застарелых повреждений локтевого сустава. Статьи медицинской литературы имени Приорова, 2003. 98-106.
14. *Тиялков Б.Т.* Комплексное лечение застарелых повреждений локтевого сустава с использованием шарнирно-дистракционных аппаратов. Докторская диссертация. Москва, 1982.
15. *Тиялков Б.Т.* Состояние нервно-мышечного аппарата у детей с анкилозами и контрактурами локтевого сустава. Электромиографические исследования в клинике. Москва, 1990.
16. *Тиялков А.Б., Магрупов Б.А., Уразметова М.Д.* Экспериментальное изучение процесса регенерации хрящевой ткани после трансплантации аллофибробластов. Журнал Общая реаниматология, 2016. 41-47.
17. *Тоиров Э.С., Имамов А.Х.* Особенности лечения невротических нарушений у больных ревматоидным артритом. Журнал Клиническая медицина, 2010. 49-53.

18. Уринбаев П.У., Эранов Н.Ф. Хирургическое лечение застарелого передне-медиального вывиха головки лучевой кости у детей. Журнал Проблема биологии и медицины. № 2. Самарканд, 2017. 153-155.
19. Уринбаев П.У., Ибрагимов С.Ю., Аширов М.У. Малоинвазивный метод лечения диафизарных переломов пястных костей кисти. Современная медицина: Актуальные вопросы. Новосибирск, 2016. 99-105.
20. Юсупов Ш.А., Исламова Д.С., Гаффаров У.Б. Структура патологии гастродуоденальной зоны у детей с дискинезией желчного пузыря // Ученые записки Орловского государственного университета. Серия: Естественные, технические и медицинские науки, 2014. Т. 2. № 7. С. 73-74.
21. Юсупов Ш.А. Влияние озона на морфологическую структуру брюшины при экспериментальном перитоните // Педиатрия, 2009. Т. 61. № 7.
22. Юсупов Ш.А. Диагностическая значимость ультразвуковой сонографии при аппендикулярных перитонитах у детей // Сибирский медицинский журнал (Иркутск), 2009. Т. 86. № 3.
23. Шамсиев А.М., Атакулов Д.О., Юсупов Ш.А., Юлдашев Б.А. Влияние экологических факторов на частоту хирургических заболеваний у детей. / Проблемы опустынивания в Центральной Азии и их региональное стратегическое решение // Тезисы докладов. Самарканд, 2003. С. 86-87.
24. Шамсиев А.М., Атакулов Ж.А., Лёнюшкин А.М. Хирургические болезни детского возраста // Ташкент: Изд-во «Ибн-Сино», 2001.
25. Шамсиев А.М., Хамраев А.Ж. Малая хирургия детского возраста. – O'qituvchi, 2006.
26. Шамсиев А.М., Зайниев С.С. Хронический рецидивирующий гематогенный остеомиелит // Детская хирургия, 2012. № 1.
27. Шамсиев А.М., Зайниев С.С. Хронический рецидивирующий гематогенный остеомиелит. Журнал Детская хирургия, 2012. 47-50.

28. *Шамсиев А.М., Юсупов Ш.А., Махмудов З.М.* Хирургическое лечение детей с острым гематогенным остеомиелитом костей, образующий тазобедренный сустав. Журнал Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. № 3, 2014. 86-89.
29. *Шамсиев Ж.А.* Декомпрессия кишечника в комплексе лечения разлитого гнойного перитонита, осложненного паралитической кишечной непроходимостью у детей: Дисс..... канд. мед. наук // Шамсиев Ж.А. Автореф. канд. дисс. Ташкент, 2003.
30. *Шамсиев Ж.А. и др.* Результаты хирургического лечения эхинококкоза печени // European science, 2017. № 7 (29).
31. *Шамсиев Ж.А., Саидов М.С., Аинов Р.Р.* Ультразвуковая сонография в диагностике аноректальных мальформаций у детей // Колопроктология, 2017. № 3 S. С. 49а-50.
32. *Шамсиев Р.А.* Особенности течения заболеваний у детей с врожденными расщелинами верхней губы и нёба (Обзор литературы) // Journal of biomedicine and practice, 2018. Т. 2. С. 32-36.
33. *Шамсиев Р.А.* Поэтапное хирургическое лечение детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба // Вісник наукових досліджень, 2016. № 4. С. 49-51.
34. *Эранов Ш.Н., Эранов Н.Ф.* Наш опыт хирургического лечения застарелых вывихов головки лучевой кости у детей. Журнал Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана. № 3. Ташкент, 2016. 45-48.
35. *Эранов Ш.Н., Уринбаев П.У. Эранов Н.Ф.* Хирургическое лечение застарелых вывихов головки лучевой кости у детей. Метод. рек-я для клин. ординаторов. Самарканд, 2017.
36. *Jamshid S., Ravshan S.* Accompanying defects of development in children with congenital cleft of lip and palate // European science review, 2017. № 1-2.
37. *Malik A. et al.* Hypertension-related knowledge, practice and drug adherence among inpatients of a hospital in Samarkand, Uzbekistan // Nagoya journal of medical science, 2014. Т. 76. № 3-4. С. 255.

38. *Minaev S.V. et al.* Laparoscopic treatment in children with hydatid cyst of the liver // World journal of surgery, 2017. Т. 41. № 12. С. 3218-3223.
 39. *Kasimov S. et al.* Haemosorption in complex management of hepatargia // The International Journal of Artificial Organs., 2013. Т. 36. № 8.
 40. *Slepov V.P. et al.* Use of ethonium in the combined treatment of suppurative and inflammatory diseases in children // Klinicheskaiia khirurgiia, 1981. № 6. С. 78.
 41. *Sulaymonovich D.S.* Ways to Eliminate Postoperative Complications after Ventral Hernia Repair in Patients with Morbid Obesity // American Journal of Medicine and Medical Sciences, 2017. Т. 7. № 3. С. 147-150.
 42. *Zayniev S.S.* Ultrastructure of the Bone Tissue in Chronic Recurrent Hematogenous Osteomyelitis in Children // Journal of Experimental and Clinical Surgery, 2016. Т. 9. № 1. С. 53-57.
 43. *Shamsiyev A.M., Khusinova S.A.* The Influence of Environmental Factors on Human Health in Uzbekistan // The Socio-Economic Causes and Consequences of Desertification in Central Asia. Springer, Dordrecht, 2008. С. 249-252.
 44. *Shamsiev A.M., Zayniev S.S.* Комп'ютерно-томографічна семіотика хронічного рецидивного гематогенного остеомієліту // Вісник наукових досліджень, 2017. № 4.
 45. *Shamsiev A.M., Yusupov S.A., Shahriev A.K.* Ефективність ультразвукової сонографії при апендикулярних перитонітах у дітей // Здобутки клінічної і експериментальної медицини, 2016. Т. 26. № 2.
-

К ВОПРОСУ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАСТАРЕЛОГО ВЫВИХА ГОЛОВКИ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Эранов Ш.Н.¹, Пардаев С.Н.², Жураев И.Г.³,
Шопулатов И.Б.⁴, Холхужаев Ф.И.⁵

¹Эранов Шерзод Нуралиевич – ассистент;

²Пардаев Саидкосим Норкулович – кандидат медицинских наук, заведующий кафедрой;

³Жураев Илхом Гуломович – ассистент;

⁴Шопулатов Искандар Бахтиярович – ассистент;

⁵Холхужаев Фаррух Икрамович – ассистент.

кафедра травматологии и ортопедии,

Самаркандский государственный медицинский институт,
г. Самарканд, Республика Узбекистан

Аннотация: *представлен опыт оперативного лечения застарелых переднемедиальных вывихов головки лучевой кости у детей. Материал исследования был основан на результатах хирургического лечения 37 больных с вывихами головки лучевой кости по разной этиологии. Больным было произведена операция - открытое вправление головки лучевой кости, с воссозданием кольцевидной связки. Для усовершенствования методики воссоздания кольцевидной связки мы использовали саму капсулу сустава и отрезки кольцевидной связки, что является более анатомо-физиологическим по отношению к локтевому суставу. Этот метод позволил нам добиться хороших и удовлетворительных функциональных результатов в 92,4% случаев, а анатомических – в 90,7% случаев.*

Ключевые слова: *головка лучевой кости, перелом Монтеджа, кольцевидная связка.*

Актуальность. В настоящее время известны различные методики, позволяющие восстановить поврежденные связочные структуры и обеспечить стабильность в локтевом суставе. Однако в подавляющем своем большинстве они являются травматичными, в особенности те, которые

подразумевают пластику ауто сухожилиями. Учитывая вышеуказанное, видится необходимым поиск того метода хирургического лечения, который бы позволил наряду с щадящим отношением к тканям пациента обеспечить восстановление стабильности в этом важнейшем анатомическом образовании человеческого скелета [16-20]. Предложенный способ открытого вправления головки лучевой кости с пластикой кольцевидной связки лавсановой лентой [10-17]. Недостатком способа является истончение шейки лучевой кости в отдаленном периоде вследствие механического воздействия неэластичной лавсанной лентой, а также отсутствие ротационных движений предплечья.

Использовалась способ открытого вправления головки лучевой кости с фасциальной пластикой кольцевидной связки свободным лоскутом из широкой фасции бедра и несвободным лоскутом на ножке [2-8]. Указанные способы имеют недостаток: не обеспечивается достаточная стабильность в плечелучевом сочленении, что способствует рецидиву вывиха [27-32].

Известен способ оперативного вправления головки луча и формирования кольцевидной связки из полоски глубокой фасции предплечья [1-3]. Недостатком этого способа является, то, что сформированная таким образом кольцевидная связка не удерживает головку лучевой кости от подвывиха, поэтому необходимо ее дополнительно фиксировать спицей Киршнера трансартикулярно [37-40].

Есть способ пластики кольцевидной связки головки лучевой кости включающий разрез по задней поверхности предплечья в проекции локтевой кости, середина которого соответствует уровню шейки лучевой кости, обнажение локтевой кости и формирование в ней поперечного канала, через который протягивают ауто трансплантат [31-36]. В известном способе после вправления головки луча делают дополнительный разрез длиной 5-6 см по задней поверхности предплечья в проекции локтевой кости, середина которого соответствует уровню шейки лучевой кости. Обнажают локтевую кость и формируют в ней поперечные каналы с

отверстиями на расстоянии 1 см друг от друга. Через каналы протягивают аутотрансплантат широкой фасции бедра размером 0,7×10,0 см или мелкоячеистую лавсановую ленту шириной 0,7 см. Недостатком предложенного способа является его высокая травматичность в связи с использованием нескольких оперативных доступов и забором аутотрансплантата в области бедра. Использование мелкоячеистой лавсановой ленты сложно, поскольку требует формирования двух каналов в локтевой кости, кроме того, лавсановая лента, выполняя механическую функцию кольцевидной связки в области шейки лучевой кости, со временем образует кольцевидную борозду с угрозой прорезывания лучевой кости и отторжения головки [4-9].

Известен способ пластики кольцевидной связки головки лучевой кости предложенный П.Я. Фищенко (1999). В данном способе пластики кольцевидной связки головки лучевой кости автор предлагает выполнять разрез по задней поверхности предплечья в проекции локтевой кости, середина которого соответствует уровню шейки лучевой кости, обнажать локтевую кость и формировать в ней поперечный канал. Через сформированный канал предложено проведение аутотрансплантата из сухожилия трехглавой мышцы плеча [38-42]. Через дополнительный разрез задней поверхности плеча формируют лоскут из сухожилия части трехглавой мышцы плеча, проксимальный конец которого протягивают подкожно в межкостный промежуток костей предплечья и в виде петли проводят вокруг шейки лучевой кости, при этом после протяжения через поперечный канал аутотрансплантат фиксируют к кости. Недостатком данного способа является его высокая травматичность, т.к. он осуществляется из двух доступов с рассечением трехглавой мышцы, что в свою очередь значительно ослабляет ее силу и требует дополнительных реабилитационных мероприятий.

Известен способ лечения застарелого изолированного вывиха головки лучевой кости у детей путем открытого вправления головки лучевой кости с иссечением рубцов

плечелучевого сустава с последующей фиксацией конечности и разработкой движений в суставе, отличающийся тем, что, с целью сокращения срока лечения с предупреждением рецидива вывиха, производят остеотомию локтевой кости, устанавливают фрагменты под углом, открытым в лучевую сторону, фиксируют аппаратом внешней фиксации, дозированно разводят фрагменты до формирования регенерата с углом, открытым в лучевую сторону, головку лучевой кости разворачивают до натяжения межкостной мембраны, недостатком данного способа является отсутствие восстановления кольцевидной связки [13-19].

Целью является создание связочного аппарата головки лучевой кости из собственной капсулы сустава больного для достижения стабильности локтевого сустава, а именно удержания правильных внутрисуставных взаимоотношений плечелучевого сочленения и тем самым улучшения функции локтевого сустава.

Материалы и методы. Наше сообщение основано на изучении результатов лечения у 37 детей, которые находились в стационаре с 2016 по 2019 гг. Мальчиков было – 27 (67,1%), девочек – 10 (32,9%). Повреждения локализовались справа у 23, слева у – 14. По возрасту: до 3 лет – 5 больных, 4-5 лет – 12 больных, 6-7 лет – 20 больных.

Среди изолированных вывихов головки лучевой кости у детей частным являются пронационные подвывихи, что связано с возрастными особенностями анатомического строения локтевого сустава. Пронационные подвывихи чаще всего возникают у детей дошкольного возраста, преимущественно у девочек, что также связано с некоторыми анатомо-био-механическими особенностями локтевого сустава.

Передние вывихи головки лучевой кости возникают при падении на вытянутую конечность с выраженной насильственной пронацией разогнутого предплечья. При этом лучевая кость, получая упор у места перекрещивания с локтевой, передает силу воздействия на кольцевидную связку, которая ее не выдерживает, разрывается, и головка лучевой кости беспрепятственно смещается кпереди. Этому в

значительной степени способствует и сокращение двуглавой мышцы плеча.

В механогенезе пронационных подвывихов головки лучевой кости у детей существенную роль играют недоразвитие шейка лучевой кости, относительная слабость кольцевидной связки, более широкая суставная капсула между плечевой костью и головкой луча, а также наличие в этой области дубликатуры синовиальной оболочки, которая при растягивании сустава нередко ущемляется между суставными концами костей. Непрямое насилие является типичным – подтягивание за кисть или предплечья, а также падение на вытянутую руку или с подворачиванием предплечья.

Больным предприняты следующие оперативные методы лечения:

- остеотомия локтевой кости, открытое вправление головки лучевой кости – у 13 больных;

- открытое вправление головки лучевой кости, с воссозданием кольцевидной связки – у 24 больных;

При выполнении открытого вправления головки лучевой кости у детей, с застарелой травмой мы считаем целесообразным, обратить внимания на следующие моменты:

- воссоздание кольцевидной связки лучевой кости из передней капсулы локтевого сустава;

- иссечение рубцовой ткани из лучевой вырезки локтевой кости.

Техника операции: доступ латеральный, 2 см выше наружного надмыщелка через сустава, на 4 см в область предплечья. Подкожная клетчатка отсепааровывается. Мышцы, прикрепляемые к наружному надмыщелку рассекается спереди, снизу, сзади надмыщелка. Виднеется головка мыщелка плеча. Латерально, продольно рассекается сухожильно-капсульная мягкая ткань на 1-1,5 см, чтобы обнажать головки лучевой кости. Когда выполняется подобное рассечение, пока еще можно не опасаться повреждение *r. profundus* ветви лучевого нерва. Поверхностный слой мышцы области шейки луча тупо отодвигается медиально, в толще мышцы супинатора

находят глубокую ветвь лучевого нерва. Его обнажает до передней капсулы сустава – это необходимо, чтобы безопасно выкроит из капсулы лоскута, чтобы воссоздать кольцевидную связку.

Обычно места лучелоктевого сочленения будет заполнено рубцовыми тканями. Ее остро отделяют от локтевой кости, начиная от центра к периферии, в сторону остатка кольцевидной связки, у заднего края локтевой вырезки. Головка смещается в родное место, придерживается, прижимая кзади новообразованной связкой (лоскутом из капсулы), проверяют степени фиксации головки луча при сгибании, разгибании, ротации предплечья. Выкраивается лоскут, для создания кольцевидной связки из передней поверхности капсулы сустава. Направление разреза до внутренней границы головки лучевой кости идет горизонтально, затем меняет направление в дистальную сторону, в сторону к переднему краю лучевой вырезки локтевой кости, где, обычно, естественно прикрепляется кольцевидная связка. Таким образом, в толще образованного лоскута находится и собственно кольцевидная связка. Лоскут укладывается на область шейки лучевой кости и прикрепляется путем сшивания к плотной фиброзной ткани у заднего края лучевой вырезки локтевой кости. Головка лучевой кости после вправления продолжает сохранять тенденцию к переднему, медиальному смещению, что создает нагрузку на сформированное подобие кольцевидной связки. Поэтому для предотвращения ее растяжения и возможного рецидива вывиха проводится дополнительная временная иммобилизация спицей Киршнера, проведенной через головчатое возвышение плеча и головку лучевой кости. Послойные швы. В послеоперационном периоде иммобилизация гипсовой лонгетой продлилась до 3 недель в положении супинации. Затем больные получали курс электрофореза йодистым калием, лечебную гимнастику, массаж.

Результаты и обсуждение: В изучении результатов лечения учитывали анатомическое восстановление плечелучевого сустава, формы и функции сустава. Отдаленные результаты известны у всех больных, среди них мы у 28 (75,6%) отметили хорошие результаты у 8 (21,6%) удовлетворительные результаты. Рецидив в виде подвывиха наблюдался у 1 ребенка. Так, при изменении плечелучевого сустава во время оперативного вмешательства показало нахождения прослойки капсулы сустава между головкой лучевой кости и суставным концом плеча. Подобные изменения наблюдались у 80% и более больных. Такие изменения освящаются по новому патологии застарелых вывихов головки луча и обосновывают предложенную тактику оперативного лечения больных.

Выводы:

1. Причины застарелых вывихов головки луча объясняются ошибками диагностики, несвоевременной медицинской помощи из-за обращения пациентов, когда родители больных расценивали травму не серьезной.

2. В патогенезе застарелых вывихов, которое проявляются нарушением биомеханики локтевого сустава, играют роль: как травматические вывихи и подвывихи, так и укорочение локтевой кости по поводу болезни и травмы вследствие фиброзно-хрящевого экзостоза и оссификата в области проксимального лучелоктевого сочленения. В связи с этим во время операции обнаруживаются разрыв кольцевидной связки, и интерпозиция головки лучевой кости капсулой сустава.

3. Для усовершенствования методики воссоздания кольцевидной связки, мы использовали самой капсулы сустава и отрезки кольцевидной связки, которая является более анатомо-физиологическим по отношению локтевого сустава.

4. Хирургическое лечение детей с застарелыми вывихами головки лучевой кости, воссозданием кольцевидной связки, трансартикулярной фиксацией головки луча, позволила нам добиться хороших и удовлетворительных функциональных результатов в 92,4% случаев, а анатомических – в 90,7% случаев.

Список литературы

1. *Ахтамов А.А., Нурова Ю.Т.* Влияние экологических факторов на формирование врожденного вывиха бедра у новорожденных // Акт. вопр. травматологии, ортопедии: тез. докл. Ташкент, 1994. С. 154-156.
2. *Ахтамов А.А., Рустамов Н.Г., Нарзикулов Ж.М.* Патогенетическое обоснование комплексов восстановительного лечения патологического вывиха бедра // Молодежь, наука, медицина, 2015. С. 407-408.
3. *Ахтамов А.А., Ишанкулов Ш.З.* Чанок-сон бугими тугма дисплазиясини эрта ташхислаш усуллари // Биология ва тиббиёт муаммолари, 2014. № 1. С. 114-119.
4. *Гариб Ф.Ю. и др.* Иммунозависимые болезни, 1996.
5. *Давлатов С.С., Хидиров Э.Э., Насимов А.М.* Дифференцированный подход к лечению больных синдромом Мириizzi. Журнал Academy, 2017. 95-98.
6. *Зайниев С.С., Бургутов М.Д., Махмудов З.М.* Некоторые показатели антиинфекционной резистентности и эндогенной интоксикации у детей с хроническим гематогенным рецидивирующим остеомиелитом // Вестник Российского государственного медицинского университета, 2006. № 2. С. 250-250.
7. *Зайниев С.С.* Ультраструктура костной ткани при хроническом рецидивирующем гематогенном остеомиелите у детей // Bulletin of Experimental & Clinical Surgery, 2016. Т. 9. № 1.
8. *Пардаев С.Н., Ортиков О.Р.* Результаты хирургического лечения повреждений грудопоясничного отдела позвоночника методом транспедикулярной фиксации. Материалы Международной научно-практической конференции. Уфа, 2014. 118-120.
9. *Пардаев С.Н.* Лечение осложненных переломов тел позвонков в нижнее-грудном и поясничном отделах. Мед. журнал Узб., 1997.

10. *Тиляков Б.Т., Оганесян О.В., Валиев Э.Ю.* Хирургическое лечение застарелых повреждений локтевого сустава. Статьи медицинской литературы имени Приорова, 2003. 98-106.
11. *Тиляков Б.Т.* Комплексное лечение застарелых повреждений локтевого сустава с использованием шарнирно-дистракционных аппаратов. Докторская диссертация. Москва, 1982.
12. *Тиляков Б.Т.* Состояние нервно-мышечного аппарата у детей с анкилозами и контрактурами локтевого сустава. Электромиографические исследования в клинике. Москва, 1990.
13. *Тиляков А.Б., Магруппов Б.А., Уразметова М.Д.* Экспериментальное изучение процесса регенерации хрящевой ткани после трансплантации аллофибробластов. Журнал Общая реаниматология, 2016. 41-47.
14. *Тоиров Э.С., Имамов А.Х.* Особенности лечения невротических нарушений у больных ревматоидным артритом. Журнал Клиническая медицина, 2010. 49-53.
15. *Уринбаев П.У., Эранов Н.Ф.* Хирургическое лечение застарелого передне-медиального вывиха головки лучевой кости у детей. Журнал Проблема биологии и медицины. № 2. Самарканд, 2017. 153-155.
16. *Уринбаев П.У., Ибрагимов С.Ю., Аширов М.У.* Малоинвазивный метод лечения диафизарных переломов пястных костей кисти. Современная медицина: Актуальные вопросы. Новосибирск, 2016. 99-105.
17. *Юсупов Ш.А., Исламова Д.С., Гаффаров У.Б.* Структура патологии гастродуоденальной зоны у детей с дискинезией желчного пузыря // Ученые записки Орловского государственного университета. Серия: Естественные, технические и медицинские науки, 2014. Т. 2. № 7. С. 73-74.
18. *Юсупов Ш.А.* Влияние озона на морфологическую структуру брюшины при экспериментальном перитоните // Педиатрия, 2009. Т. 61. № 7.

19. Юсупов Ш.А. Диагностическая значимость ультразвуковой сонографии при аппендикулярных перитонитах у детей // Сибирский медицинский журнал (Иркутск), 2009. Т. 86. № 3.
20. Шамсиев А.М., Атакулов Д.О., Юсупов Ш.А., Юлдашев Б.А. Влияние экологических факторов на частоту хирургических заболеваний у детей. / Проблемы опустынивания в Центральной Азии и их региональное стратегическое решение // Тезисы докладов. Самарканд, 2003. С. 86-87.
21. Шамсиев А.М., Атакулов Ж.А., Лёнюшкин А.М. Хирургические болезни детского возраста // Ташкент: Изд-во «Ибн-Сино», 2001.
22. Шамсиев А.М., Хамраев А.Ж. Малая хирургия детского возраста. O'qituvchi, 2006.
23. Шамсиев А.М., Зайниев С.С. Хронический рецидивирующий гематогенный остеомиелит // Детская хирургия, 2012. № 1.
24. Шамсиев А.М., Зайниев С.С. Хронический рецидивирующий гематогенный остеомиелит. Журнал Детская хирургия, 2012. 47-50.
25. Шамсиев А.М., Юсупов Ш.А., Махмудов З.М. Хирургическое лечение детей с острым гематогенным остеомиелитом костей, образующий тазобедренный сустав. Журнал Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. № 3, 2014. 86-89.
26. Шамсиев Ж.А. Декомпрессия кишечника в комплексе лечения разлитого гнойного перитонита, осложненного паралитической кишечной непроходимостью у детей: Дисс..... канд. мед. наук // Шамсиев Ж.А. Автореф. канд. дисс. Ташкент, 2003.
27. Шамсиев Ж.А. и др. Результаты хирургического лечения эхинококкоза печени // European science, 2017. № 7 (29).
28. Шамсиев Ж.А., Саидов М.С., Аинов Р.Р. Ультразвуковая сонография в диагностике аноректальных мальформаций у детей // Колопроктология, 2017. № 3. С. 49а-50.

29. Шамсиев Р.А. Особенности течения заболеваний у детей с врожденными расщелинами верхней губы и нёба (Обзор литературы) // Journal of biomedicine and practice, 2018. Т. 2. С. 32-36.
30. Шамсиев Р.А. Поэтапное хирургическое лечение детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба // Вісник наукових досліджень, 2016. № 4. С. 49-51.
31. Эранов Ш.Н., Эранов Н.Ф. Наш опыт хирургического лечения застарелых вывихов головки лучевой кости у детей. Журнал Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана. № 3. Ташкент, 2016. 45-48.
32. Эранов Ш.Н., Уринбаев П.У. Эранов Н.Ф. Хирургическое лечение застарелых вывихов головки лучевой кости у детей. Метод. рек-я для клин. ординаторов. Самарканд, 2017.
33. Jamshid S., Ravshan S. Accompanying defects of development in children with congenital cleft of lip and palate // European science review, 2017. № 1-2.
34. Malik A. et al. Hypertension-related knowledge, practice and drug adherence among inpatients of a hospital in Samarkand, Uzbekistan // Nagoya journal of medical science, 2014. Т. 76. № 3-4. С. 255.
35. Minaev S.V. et al. Laparoscopic treatment in children with hydatid cyst of the liver // World journal of surgery, 2017. Т. 41. № 12. С. 3218-3223.
36. Kasimov S. et al. Haemosorption in complex management of hepatargia // The International Journal of Artificial Organs., 2013. Т. 36. № 8.
37. Slepov V.P. et al. Use of ethonium in the combined treatment of suppurative and inflammatory diseases in children // Klinicheskaja khirurgiia, 1981. № 6. С. 78.
38. Sulaymonovich D.S. Ways to Eliminate Postoperative Complications after Ventral Hernia Repair in Patients with Morbid Obesity // American Journal of Medicine and Medical Sciences, 2017. Т. 7. № 3. С. 147-150.

39. *Zayniev S.S.* Ultrastructure of the Bone Tissue in Chronic Recurrent Hematogenous Osteomyelitis in Children // Journal of Experimental and Clinical Surgery, 2016. Т. 9. № 1. С. 53-57.
40. *Shamsiyev A.M., Khusinova S.A.* The Influence of Environmental Factors on Human Health in Uzbekistan // The Socio-Economic Causes and Consequences of Desertification in Central Asia. Springer, Dordrecht, 2008. С. 249-252.
41. *Shamsiev A.M., Zayniev S.S.* Комп'ютерно-томографічна семіотика хронічного рецидивного гематогенного остеомієліту // Вісник наукових досліджень, 2017. № 4.
42. *Shamsiev A.M., Yusupov S.A., Shahriev A.K.* Ефективність ультразвукової сонографії при апендикулярних перитонітах у дітей //Здобутки клінічної і експериментальної медицини, 2016. Т. 26. № 2.
-

**ОСОБЕННОСТИ ЧИСТОПРОГЕСТИНОВОЙ
КОНТРАЦЕПЦИИ У ЖЕНЩИН С
ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ/ЭКЛАМПСИЕЙ**
**Агабабян Л.Р.¹, Насирова З.А.², Махмудова С.Э.³,
Хамраев Х.Х.⁴, Ахмедова А.Т.⁵**

¹Агабабян Лариса Рубеновна - доцент;

²Насирова Зебо Азизовна - ассистент;

³Махмудова Севара Эркиновна – ассистент;

⁴Хамраев Хумоюн Хамзаевич – ассистент;

⁵Ахмедова Азиза Тайировна – ассистент,

*кафедра акушерства и гинекологии, факультет
последипломного образования,*

*Самаркандский государственный медицинский институт,
г. Самарканд, Республика Узбекистан*

Аннотация: *преэклампсия (ПЭ)/эклампсия (Э) – относится к неотложным состояниям в акушерстве. Согласно данным ВОЗ по результатам исследования здоровья матери и ребенка, включающего данные 29 стран (World Health Organization Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health (WHOMCS), гипертензивные состояния при беременности являются состояниями, потенциально угрожающими жизни женщины, увеличивающими риски near-miss случаев в 8 раз у женщин с преэклампсией/эклампсией. Осложнения беременности и раннего послеродового периода, обусловленные преэклампсией/эклампсией, изучены и внесены в клинические руководства, регламентирующие их диагностику, профилактику и лечение. Однако преэклампсия/эклампсия сопряжена с долгосрочными рисками осложнений, угрожающих не только здоровью, но и жизни женщины в течение последующих десятилетий. Ранняя преэклампсия и наличие одних родов увеличивают риск кардиоваскулярной смерти женщины в дальнейшей жизни. Не только беременность, но и послеродовой период представляют угрозу для жизни женщины. Риски преэклампсии составляют 4,1% при первой беременности и 1,7% при*

последующей беременности. Однако риск может достигать 14,7% при повторной беременности, если первая беременность осложнилась преэклампсией, и 31,9%, если предыдущие две беременности осложнились преэклампсией. Риск рецидива преэклампсии увеличивается при удлинении интервала до последующей беременности.

Ключевые слова: преэклампсия, контрацепция внутриматочная спираль, эклампсия, чистопрогестиновая контрацепция.

Актуальность. Важнейшим фактором сохранения репродуктивного здоровья женщин с преэклампсией/эклампсией является решение проблемы нежелательной беременности [7-15]. Несмотря на многолетнюю историю контрацепции, остается ряд нерешенных вопросов, связанных с эффективностью и безопасностью применения различных методов контрацепции у женщин этой категории. В последние годы вырос интерес к разработке принципов применения гормональной контрацепции [1-6]. В литературе очень много данных о принципах применения гормональной контрацепции в ближайшие месяцы после родов, но очень мало работ, касающихся изучения этого вопроса у женщин с преэклампсией/эклампсией. Основными требованиями к методам контрацепции в послеродовом периоде являются:

- отсутствие влияния на лактацию и развитие ребенка;
- высокая надежность [16-19].

Целью нашего исследования явилось изучить результаты использования чисто-прогестиновой контрацепции у женщин, с преэклампсией/эклампсией, перенесших кесарево сечение.

Материалы и методы исследования: Под нашим наблюдением находились 30 женщин с преэклампсией/эклампсией, родоразрешенные путем кесарева сечения (группа I-основная), в городском родильном доме №2, за период с 2013 по 2018 год. II Группу (контроль) составили 30 женщин без

преэклампсией/эклампсией, родоразрешенные через естественные родовые пути. Все пациентки по гинекологическому статусу соответствовали выбранному методу. Все пациентки, включенные в исследование, получили консультирование по послеродовой контрацепции в антенатальном периоде. Назначения проводились в соответствии с существующими стандартами ВОЗ с учетом противопоказаний, преимуществ и недостатков этого метода. Все женщины принимали оральные контрацептивы «Лактинет» через 6-8 недель после родоразрешения.

В ходе использования контрацепции наблюдали за общим состоянием пациенток, массой тела, показателями АД, наличием/отсутствием побочных эффектов. Наблюдения проводили до начала и в динамике через 6, 12 месяцев использования (таблица №1).

Таблица 1. Средние показатели АД в процессе контрацепции «Лактинет»

Время исследования	Показатели АД (мм.рт.ст)	Гр I (n=30)	Гр II (n=30)
исходное	Сист. АД	115,4	116,9
	Диастолич. АД	73,9	73,1
Через 6 месяцев	Сист. АД	117,7	117,2
	Диастолич. АД	73,1	73,8
Через 12 месяцев	Сист. АД	117,3	118,4
	Диастолич. АД	74,9	74,2

Из указанных в таблице №1 данных следует, что «Лактинет» используемый для контрацепции у женщин с преэклампсией/эклампсией и у женщин, без преэклампсией/эклампсией не влияет на величины систолического и диастолического давления по сравнению с исходными данными. Важным представляется вопрос о влиянии длительного использования «Лактинет» на индекс массы тела у женщин после родов.

При динамическом наблюдении в процессе оральной контрацепции «Лактинет», средний показатель индекса массы тела, по отношению к исходному в исследуемых

группах несколько возростал, но статистически достоверной разницы не отмечено ($p \leq 0,05$).

Интересным представляется вопрос влияния препарата «Лактинет» на лактационную функцию.

Данные о продолжительности грудного вскармливания у женщин с преэклампсией/эклампсией, после кесарева сечения и самопроизвольных родов без преэклампсией/эклампсией, использующих контрацептив «Лактинет» в представлены в таблице №2.

Таблица 2. Длительность грудного вскармливания у женщин при различных методах родоразрешения и использовании препарата «Лактинет» с целью контрацепции

Продолжительность грудного вскармливания	I гр. (n=30)		II гр. (n=30)	
	Абс. число	%	Абс. число	%
3 месяца	9	30	8	26,6
6 месяцев	18	60	18	60
9 месяцев	2	6,7	2	6,7
12 месяцев	1	3,3	2	6,7
всего	30	100,0	30	100,0

Средняя продолжительность вскармливания грудью матери, при использовании орального контрацептива «Лактинет» у женщин без преэклампсией/эклампсией составила в среднем 6,1 месяц, а у женщин с преэклампсией/эклампсией 5,8 месяцев. Мы считаем, что длительность лактации у женщин с преэклампсией/эклампсией зависит от общего состояния, метода родоразрешения, кровопотери, метода обезболивания.

Следует отметить, что у 6 (20%) пациенток с преэклампсией/эклампсией и 5 (16,6%) без преэклампсией/эклампсией при использовании чисто-прогестиновой оральной контрацепции имели место побочные эффекты: ациклические кровянистые выделения встречались – у 2 пациенток (6,7%) в основной и у 2 пациенток (6,7%) в группе контроля; прибавка массы тела у 1 (3,3%) пациентки в основной и 1 (3,3%) пациентки в группе

контроля; тошнота тоже у 1 (3,3%) пациентки в основной и у 1 (3,3%) пациентки в группе контроля; депрессия у 1 (3,3%) пациентки основной группы и масталгия у 1 (3,3%) женщины группы контроля соответственно. При этом частота развития побочных эффектов не имела достоверного различия в обеих сравниваемых группах. Среди побочных реакций при использовании «Лактинет» наиболее часто наблюдались ациклические кровянистые выделения из половых путей.

Контрацептивный эффект в обеих группах в течение периода наблюдения составила 100%, беременность не наступила ни у одной пациентки. При этом препарат не оказал ингибирующего действия на лактацию, не вызвал достоверных изменений индекса массы тела, систолического и диастолического артериального давления. Особо следует отметить, что чисто – прогестиновые таблетки (ЧПТ) не оказали отрицательного влияния на течение основного заболевания.

Выводы. Учитывая особенности влияния препарата «Лактинет» на основные функциональные системы организма и высокую контрацептивную активность, приоритетными показаниями к назначению препарата могут являться: женщины с преэклампсией/эклампсией в послеродовом периоде, особенно после операции кесарева сечения; особое значение чисто – прогестиновой контрацепции приобретает у женщин с преэклампсией/эклампсией, у которых имеются противопоказания для назначения эстроген содержащих комбинированных оральных контрацептивов. ЧПТ – «Лактинет» могут быть эффективным методом послеродовой контрацепции у женщин с преэклампсией/эклампсией при условии адекватного консультирования до родов.

Список литературы

1. *Агабабян Л.Р., Гайибов С.С., Носирова З.А.* Особенности течения медикаментозного прерывания беременности у женщин с рубцом на матке // International scientific review, 2017. № 2 (33).

2. *Агабабян Л.Р., Насирова З.А.* Послеабортный уход-особенности контрацепции // *Фундаментальные и прикладные исследования науки XXI века. шаг в будущее*, 2017. С. 48-50.
3. *Гариб Ф.Ю. и др.* Иммунозависимые болезни, 1996.
4. *Насирова З.А., Агабабян Л.Р.* Постплацентарное введение внутриматочных спиралей у женщин, родоразрешенных абдоминальным путем // *Problemy Reproduksii*, 2017. Т. 23. № 2.
5. *Насирова З.А., Ахмедова А.Т.* Недостатки и преимущества применения внутриматочной контрацепции во время кесарева сечения // *Вестник врача*. С. 26.
6. *Насирова З.А., Хамраев Х.Х.* Особенности применения внутриматочной контрацепции // *Вестник врача*. С. 31.
7. *Махмудова С.Э., Агабабян Л.Р.* Контрацептивная эффективность и неконтрацептивные преимущества непрерывного режима приема кок у женщин с железодефицитной анемией // *Профессионал года 2016*, 2016. С. 127-131.
8. *Махмудова С.Э., Агабабян Л.Р.* Contraceptive efficiency and not contraceptive advantages of a continuous regimen of reception of the combined oral contraceptives at women with iron deficiency anemia Makhmudova S., Agababayan L. 2 (Republic of Uzbekistan) Контрацептивная эффективность и неконтрацептивные преимущества // *European Research: Innovation in science, education and technology*. С. 97.
9. *Махмудова С.Э.* Контрацептивные и неконтрацептивные эффекты кок и принципы их применения после аборта // *Евразийский союз ученых*, 2016. № 29-1. С. 60-62.
10. *Махмудова С.Э., Ахмедова А.Т.* Состояние здоровья женщин, применяющих эстроген-гестагеновые контрацептивы // *Евразийский союз ученых*, 2015. № 5-5. С. 57-59.
11. *Махмудова С.Э.* Совершенствование методов контрацепции у женщин с анемией // *World science: problems and innovations*, 2017. С. 233-235.

12. *Махмудова С.Э., Хамраев Х.Х., Ермонов Р.Б.* Современные представления о влиянии пролонгированной оральной контрацепции на организм женщины // Достижения вузовской науки 2018, 2018. С. 218-223.
 13. *Орипов Ф.С., Дехканов Т.Д., Блинова С.А.* Функциональная морфология апудоцитов тощей кишки кроликов при антенатальном воздействии пестицидом // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов, 2015. № 4. С. 41-42.
 14. *Шамсиев А.М., Атакулов Д.О., Юсупов Ш.А., Юлдашев Б.А.* Влияние экологических факторов на частоту хирургических заболеваний у детей./ Проблемы опустынивания в Центральной Азии и их региональное стратегическое решение // Тезисы докладов. Самарканд, 2003. С. 86-87.
 15. *Шамсиев А.М., Зайниев С.С.* Хронический рецидивирующий гематогенный остеомиелит // Детская хирургия, 2012. № 1.
 16. *Malik A. et al.* Hypertension-related knowledge, practice and drug adherence among inpatients of a hospital in Samarkand, Uzbekistan // Nagoya journal of medical science, 2014. Т. 76. № 3-4. С. 255.
 17. *Kasimov S. et al.* Haemosorption in complex management of hepatargia // The International Journal of Artificial Organs., 2013. Т. 36. № 8.
 18. *Shamsiyev A.M., Khusinova S.A.* The Influence of Environmental Factors on Human Health in Uzbekistan // The Socio-Economic Causes and Consequences of Desertification in Central Asia. Springer, Dordrecht, 2008. С. 249-252.
 19. *Zayniev S.S.* Ultrastructure of the Bone Tissue in Chronic Recurrent Hematogenous Osteomyelitis in Children // Journal of Experimental and Clinical Surgery, 2016. Т. 9. № 1. С. 53-57.
-

**НЕГОРМОНАЛЬНАЯ КОРРЕКЦИЯ
КЛИМАКТЕРИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН
С ЭНДОМЕТРИОЗОМ**

**Агабабян Л.Р.¹, Ахмедова А.Т.², Абдуллаева Л.М.³,
Насирова З.А.⁴, Махмудова С.Э.⁵**

¹ *Агабабян Лариса Рубеновна - доцент;*

² *Ахмедова Азиза Тайировна – ассистент,*

*кафедра акушерства и гинекологии, факультет
последипломного образования,*

*Самаркандский государственный медицинский институт,
г. Самарканд;*

³ *Абдуллаева Лола Мирзатуллаевна - доктор медицинских
наук,*

кафедра акушерства и гинекологии,

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент;

⁴ *Насирова Зебо Азизовна - ассистент;*

⁵ *Махмудова Севара Эркиновна – ассистент,*

*кафедра акушерства и гинекологии, факультет
последипломного образования,*

*Самаркандский государственный медицинский институт,
г. Самарканд,*

Республика Узбекистан

Аннотация: с целью лечения ранних проявлений климактерического синдрома был применен Просульпин (действующее вещество сульпирид). Нами была использована форма выпуска-таблетка 200 мг. Препарат был назначен 87 пациенткам с проявлениями климактерического синдрома на фоне эндометриоза, при наличии противопоказаний к ЗГТ. В нашем исследовании течение КС и динамику обратного развития симптомов оценивали с помощью модифицированного менопаузального индекса (ММИ)-индекс Куппермана.

Ключевые слова: климактерический синдром, индекс Куппермана, ЗГТ, эндометриоз.

Актуальность проблемы. Несмотря на огромные достижения в исследовании и лечении климактерического синдрома, данная проблема продолжает привлекать внимание как ученых, так и практических врачей [4-6]. Согласно многочисленным демографическим прогнозам ВОЗ, в XXI веке ожидается более драматичное увеличение числа пожилых людей, в связи с чем, возникает настоятельная необходимость в организации национальных и международных систем здравоохранения для женщин пожилого возраста. Конечной целью этих программ является улучшение качества жизни женщин [1-4; 20]. По данным ООН, к 2050 году число пожилых людей составит уже около 1,5 млрд., то есть 14,7% популяции, а уже сегодня каждая 10-я женщина пребывает в постменопаузальном возрасте. Ежегодно их число увеличивается на 25 млн., а к 2020 году эта цифра составит 47 млн [8-10].

Оценка соотношения полов в популяции пожилых людей в разных странах показала, что в Узбекистане в настоящее время количество пожилых людей составляет 6,7%, а в 2030 году этот показатель достигнет-11,6%, в 2050 году-19,4%. Количество женщин в возрасте 45-54 года составляет 1 млн 702 (stat.uz). Продолжительность жизни женщин в Узбекистане примерно на 4-5 лет больше, чем у мужчин [11-19].

Проблема, связанная со здоровьем женщин климактерического возраста, имеет важнейшее медико-социальное значение. Это связано с тем, что во всем мире отмечается неуклонная тенденция к увеличению средней продолжительности жизни женщин. К числу наиболее значимых последствий и клинических проявлений развивающегося в пери- и постменопаузальных периодах эстрогенного дефицита и оказывающих значительное влияние на качество жизни женщин переходного возраста, объединяемых в понятие «постменопаузальный синдром», относятся вегетоневротические проявления (климактерический синдром), урогенитальные нарушения, дистрофические изменения кожи, высокий риск развития

атеросклероза и ишемической болезни сердца, остеопороз, психологические нарушения [13-16].

Одним из перспективных лечебно-профилактических направлений решения данной проблемы является комплексная коррекция гормонодефицитных состояний на основе заместительной гормональной терапии (ЗГТ) различными аналогами половых гормонов-эстрогенов и прогестинов. Однако, назначение ЗГТ ограничено рядом медицинских противопоказаний, кроме того, иногда имеет место негативное отношение врачей к ЗГТ и не все женщины соглашаются на прием гормонов по тем или иным причинам.

Цель исследования. Изучить особенности негормональной терапии климактерических расстройств у женщин на фоне эндометриоза.

Материалы и методы. С целью лечения ранних проявлений климактерического синдрома был применен Просульпин (действующее вещество сульпирид). Нами была использована форма выпуска-таблетка 200 мг. Препарат был назначен 87 пациенткам с проявлениями климактерического синдрома на фоне эндометриоза, при наличии противопоказаний к ЗГТ, табл. №1.

Таблица 1. Противопоказания к ЗГТ

Противопоказания к ЗГТ	Количество больных	
	№	%
Маточные кровотечения неустановленной этиологии	12	13,7
Ожирение, сахарный диабет II типа.	9	10,3
Недавно перенесенный инсульт или инфаркт	7	8,04
Тромбофлебит	4	4,5
Тяжелые печеночные и почечные патологии	14	16,09
Заболевания щитовидной железы	9	10,3
Подготовка к хирургическому вмешательству	5	5,74
Желание пациентки	24	27,5

Все женщины с климактерическим синдромом на фоне эндометриоза поделены были на две группы «А»-43 (женщины в пременопаузе) и «В» группа-44 (женщины в менопаузе) в возрасте от 45 до 60 лет, средний возраст составил 48 ± 0.3 , проявления КС наблюдались в пределах от 4 мес до 10 лет, составляя в среднем $5 \pm 2,5$ лет. Из 87 женщин, 40 в пременопаузе, 12-с хирургической менопаузой, 32-отказавшиеся от применения гормональных препаратов. Все исследуемые до лечения предъявляли следующие жалобы, (табл. № 2).

Таблица 2. Состояние обследованных женщин до лечения

Симптомы	Количество больных	
	№	%
Приливы жара	87	100,0
Обильное потоотделение	35	40,2
Нарушение сна	27	31,03
Утомляемость	53	60,9
Состояние тревоги	31	35,6
Депрессия	33	37,9
Раздражительность	25	28,7
Снижение либидо	29	33,3
Головные боли	23	26,4
Приступы сердцебиения	46	52,8
Повышение А/Д	19	21,8

Перед началом терапии, а также в динамике наблюдения пациенткам произведено УЗИ органов малого таза, маммография, биохимическое исследование крови, РАР-мазок.

Препарат назначался 2 раза в день по 100 мг до 16 часов дня. Контроль проводился через 1, 3, 6-недель

Результаты исследования. В нашем исследовании течение КС и динамику обратного развития симптомов оценивали с помощью модифицированного менопаузального индекса (ММИ)-индекс Куппермана. Слабая степень выраженности климактерического синдрома была отмечена у 20,3% пациенток, средняя-у 66% и тяжелая-у 32%

Согласно полученным данным на 1 неделе терапии имелись положительные тенденции в эмоциональной сфере в группе “А” у 72% женщин, в группе “В”-64% к концу третьей-шестой недели значительно снизилось количество приливов и их тяжесть, уменьшились потливость, колебания А/Д, тахикардия, беспокойство, депрессия, эмоциональная лабильность, головные боли, повысилась работоспособность в группе “А”-92%, в группе “В” группе 81%, (табл. №3).

Таблица 3. Состояние обследованных женщин после лечения

Симптомы	Через 1нед.				Через 3-6нед.			
	п-43	п-44	%	%	п-43	%	п-43	%
	«А»	«В»	«А»	«В»	«А»	«А»	«В»	«В»
Обильное потоотделение	7	6	16,2	13,6	3	6,81	4	9,09
Приливы жара	5	5	11,6	11,3	4	9,3	3	6,81
Нарушение сна	4	4	9,3	9,09	3	6,97	2	4,54
Утомляемость	5	6	11,6	13,6	2	4,6	4	9,09
Состояние тревоги	6	5	13,9	11,3	-	-	-	-
Депрессия	-	1	-	-	-	-	-	-
Раздражительность	-	-	-	-	-	-	-	-
Снижение либидо	6	4	13,9	9,09	4	9,3	3	6,81
Головные боли	4	5	9,3	11,3	-	-	3	6,81
Приступы сердцебиения	4	4	9,3	9,09	-	-	-	-
Повышение А/Д	2	3	4,65	6,81	4	9,3	2	4,54

Выводы: Результаты исследования показали, что: 1. Атипичский нейролептик-Просульпин может быть использован в качестве альтернативной терапии у женщин с климактерическим синдромом на фоне эндометриоза и наличием противопоказаний к ЗГТ; 2. Наибольшая эффективность препарата отмечена при лечении вегетативных расстройств и нервно-психических нарушений, связанных с климактерическим синдромом.

Список литературы

1. *Агабабян Л.Р., Насирова З.А.* Послеабортный уход - особенности контрацепции // *Фундаментальные и прикладные исследования науки XXI века. Шаг в будущее*, 2017. С. 48-50.
2. *Гариб Ф.Ю. и др.* Иммунозависимые болезни. Ташкент, 1996.
3. *Насирова З.А., Ахмедова А.Т.* Недостатки и преимущества применения внутриматочной контрацепции во время кесарева сечения // *Вестник врача*, 2017. С. 26.
4. *Насирова З.А., Хамраев Х.Х.* Особенности применения внутриматочной контрацепции // *Вестник врача*, 2017. С. 31.
5. *Махмудова С.Э., Агабабян Л.Р.* Контрацептивная эффективность и неконтрацептивные преимущества непрерывного режима приема кок у женщин с железодефицитной анемией // *Профессионал года 2016*, 2016. С. 127-131.
6. *Махмудова С.Э., Агабабян Л.Р.* Contraceptive efficiency and not contraceptive advantages of a continuous regimen of reception of the combined oral contraceptives at women with iron deficiency anemia Makhmudova S., Agababyan L. 2 (Republic of Uzbekistan) Контрацептивная эффективность и неконтрацептивные преимущества // *European Research: innovation in science, education and technology*. С. 97.
7. *Махмудова С.Э.* Эффективность и приемлемость пролонгированной комбинированной оральной контрацепции у женщин с анемией // *Academy*, 2016. № 6 (9).
8. *Махмудова С.Э.* Контраептивные и неконтрацептивные эффекты кок и принципы их применения после аборта // *Евразийский союз ученых*, 2016. № 29-1. С. 60-62.
9. *Махмудова С.Э.* Проблема диагностики экстрагенитального эндометриоза // *Евразийский союз ученых*, 2017. № 10-1. С. 38-40.

10. Махмудова С.Э., Ахмедова А.Т. Состояние здоровья женщин, применяющих эстроген-гестагеновые контрацептивы // Евразийский союз ученых, 2015. № 5-5. С. 57-59.
11. Махмудова С.Э. Совершенствование методов контрацепции у женщин с анемией // World Science: Problems And Innovations, 2017. С. 233-235.
12. Махмудова С.Э., Хамраев Х.Х., Ермонов Р.Б. Современные представления о влиянии пролонгированной оральной контрацепции на организм женщины // Достижения вузовской науки 2018, 2018. С. 218-223.
13. Орипов Ф.С., Дехканов Т.Д., Блинова С.А. Функциональная морфология апудоцитов тощей кишки кроликов при антенатальном воздействии пестицидом // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов, 2015. № 4. С. 41-42.
14. Шамсиев А.М., Атакулов Д.О., Юсупов Ш.А., Юлдашев Б.А. Влияние экологических факторов на частоту хирургических заболеваний у детей. / Проблемы опустынивания в Центральной Азии и их региональное стратегическое решение // Тезисы докладов. Самарканд, 2003. С. 86-87.
15. Шамсиев А.М., Зайниев С.С. Хронический рецидивирующий гематогенный остеомиелит // Детская хирургия, 2012. № 1.
16. Malik A. et al. Hypertension-related knowledge, practice and drug adherence among inpatients of a hospital in Samarkand, Uzbekistan // Nagoya journal of medical science, 2014. Т. 76. № 3-4. С. 255.
17. Kasimov S. et al. Haemosorption in complex management of hepatargia // The International Journal of Artificial Organs., 2013. Т. 36. № 8.
18. Slepov V.P. et al. Use of ethonium in the combined treatment of suppurative and inflammatory diseases in children // Klinicheskaja khirurgiia, 1981. № 6. С. 78.

19. *Shamsiyev A.M., Khusinova S.A.* The Influence of Environmental Factors on Human Health in Uzbekistan // The Socio-Economic Causes and Consequences of Desertification in Central Asia. Springer, Dordrecht, 2008. C. 249-252.
20. *Zayniev S.S.* Ultrastructure of the Bone Tissue in Chronic Recurrent Hematogenous Osteomyelitis in Children // Journal of Experimental and Clinical Surgery, 2016. T. 9. № 1. C. 53-57.

ВЛИЯНИЕ СМИ НА ФОРМИРОВАНИЕ ЛИЧНОСТИ ПОДРОСТКА

Тухужева Л.А.¹, Джанкулаев А.А.²

¹Тухужева Ляна Анзоровна - студент,

Институт педагогики, психологии
и физкультурно-спортивного образования;

²Джанкулаев Адам Амерханович - студент,

Институт архитектуры, строительства и дизайна
Кабардино-Балкарский государственный университет
им. Х.М. Бербекова, г. Нальчик

Аннотация: в данной статье рассматриваются виды средств массовой информации, их влияние на развитие личности подростка.

Ключевые слова: СМИ, подростки.

Влияние средств массовой информации на образование и развитие молодежи является одной из актуальных проблем современного общества, поскольку их пользователями, особенно Интернетом, являются молодежь и подростки. В какой-то степени это связано с возрастными характеристиками.

Подростковый возраст, как известно, является одним из наиболее сложных периодов. Меняются мировоззрение, интересы, взгляды на мир вокруг человека и на самих себя. Дети этого возраста наиболее уязвимы и чувствительны ко всему, что их окружает.

Следует отметить, что СМИ стали важным фактором в образовании – подростки пытаются подражать общим моделям. В этом отношении следует поддержать правомерность современных исследователей о том, что они, как получатели информации, поддаются давлению и могут легко стать жертвой мошенников.

Средства массовой информации (СМИ) - это система передачи визуальной, устной и звуковой информации по принципу телевизионного канала, которая включает в себя

массовую аудиторию и имеет периодическую форму распространения.

Типы СМИ включают в себя: печатные СМИ (журналы и газеты); электронные СМИ (интернет-издания, радио, телевидение). На основе анализа влияния средств массовой информации на развитие личности подростка в психолого-педагогической литературе были выявлены положительные и отрицательные стороны средств массовой информации. Средства массовой информации и другие институты социализации оказывают влияние на молодое поколение путем перемены его сознания, ценностных ориентаций, потребностей и интересов, нравов и морали.

Сегодня телевидение является одним из доступных средств массовой информации. Реклама оказывает сильное влияние на сознание подростка, потому что она (во многих случаях) заманчива и оригинальна. В создании участвуют известные актеры и другие общественные деятели. Но нет ничего для воспитания нравственности.

Однако исключение телевидения из жизни невозможно и не нужно, поскольку оно имеет положительный эффект (подростки осведомлены о политических и гражданских событиях).

Следующий вид средств массовой информации — печатный. Интерес к газетам и журналам, которые предназначены не только для детей, но и для взрослых, обычно проявляется в подростковом возрасте. Важны количество и качество информации, публикуемой на страницах журналов, необходимо учитывать потребности растущей личности и помогать формировать ценности, мораль и основные элементы культуры.

Наиболее актуальным видом СМИ является Интернет. Интернет - самое популярное развлечение для молодежи. Он удобен в использовании и доступе ко всей информации. Но там немало сайтов, посвящённых порнографии, пиротехнике, суициду, обсуждению наркотиков. Это может привести к увлечению всем, что угрожает здоровью подростка. Кроме того, может произойти встреча с опасными людьми в

различных социальных сетях. По статистике это самый большой риск. Молодые люди имеют все шансы вступить в подобные вредные для них компании.

Таким образом, можно сделать вывод, что современные медиасистемы оказывают значительное влияние на формирование личности подростка. Познавательная, социально значимая, гуманистически окрашенная информация, в которой нуждаются подростки, нередко подменяется на деструктивно направленное содержание, развлечения.

Список литературы

1. *Дроздов А.Ю.* «Агрессивное» телевидение: социально-психологический анализ феномена / А.Ю. Дроздов // Социологические исследования, 2014. № 8.
2. *Музыкант В.Л.* Теория и практика современной рекламы: монография. М., 1998. Ч. 1. 115 с.
3. *Жилавская И.В.* Влияние СМИ на молодежь. Социологическое исследование // Медиаобразование: от теории к практике: Сб. материалов Всеросс. научн.-практ. конф. «Медиаобразование в развитии науки, культуры, образования и средств массовой коммуникации». Томск, 20–21 ноября 2007 / Сост. И.В. Жилавская. Томск: НОУ ВПО ТИИТ, 2007.

НАУЧНОЕ ИЗДАНИЕ

**ИЗДАТЕЛЬСТВО
«НАУЧНЫЕ ПУБЛИКАЦИИ»**

**АДРЕС РЕДАКЦИИ:
153008, Г. ИВАНОВО, УЛ. ЛЕЖНЕВСКАЯ, Д. 55, 4 ЭТАЖ
ТЕЛ.: +7 (910) 690-15-09.**

**[HTTPS://SCIENTIFICPUBLICATION.RU](https://scientificpublication.ru)
EMAIL: [INFO@SCIENTIFICPUBLICATIONS.RU](mailto:info@scientificpublications.ru)**

**ИЗДАТЕЛЬ:
ООО «ОЛИМП»
УЧРЕДИТЕЛЬ: ВАЛЬЦЕВ СЕРГЕЙ ВИТАЛЬЕВИЧ
117321, Г. МОСКВА, УЛ. ПРОФСОЮЗНАЯ, Д. 140**



ИЗДАТЕЛЬСТВО «НАУЧНЫЕ ПУБЛИКАЦИИ»
HTTPS://SCIENTIFICPUBLICATIONS.RU
EMAIL: INFO@SCIENTIFICPUBLICATIONS.RU

 **РОСКОМНАДЗОР**
СВИДЕТЕЛЬСТВО ЭЛ № ФС 77–65699



INTERNATIONAL STANDARD
SERIAL NUMBER 2542-081X

Российская
книжная палата
ТАСС



**РОССИЙСКИЙ
ИМПАКТ-ФАКТОР**
IMPACT-FACTOR.RU



Вы можете свободно делиться (обмениваться) — копировать и распространять материалы и создавать новое, опираясь на эти материалы, с **ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ** указанием авторства. Подробнее о правилах цитирования: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.ru>

ЦЕНА СВОБОДНАЯ