

INTERNATIONAL SCIENTIFIC
PERIODICAL JOURNAL



THE EUROPEAN ASSOCIATION OF PEDAGOGUES AND PSYCHOLOGISTS "SCIENCE"

"THE UNITY OF SCIENCE"

EUROPEAN ASSOCIATION OF PEDAGOGUES AND PSYCHOLOGISTS "SCIENCE"

VIENNA, AUSTRIA

CURRENT RESEARCH

Koyokina O.I.
HEALER'S ABILITIES OF INTEGRAL
BODY PERCEPTION AND CLAIRVOYANCE
(NEUROPHYSIOLOGICAL STUDY).....88

MONOGRAPH

Vásquez Abanto J. Estuardo
MEDICINE - SIENCE AND
ART WITHIN THE LAW.....93

October, 2017

*EUROPEAN ASSOCIATION OF PEDAGOGUES,
PSYCHOLOGISTS AND MEDICS
“SCIENCE”*



International scientific periodical journal

"THE UNITY OF SCIENCE"

Vienna, Austria, 2017

Single photocopies of single chapters may be made for personal use as allowed by national copyright laws. Permission of the Publisher and payment of a fee is required for all other photocopying, including multiple or systematic copying, copying for advertising or promotional purposes, resale, and all forms of document delivery. Special conditions are available for educational institutions that wish to make photocopies for non-profit educational classroom use. Permission of the Publisher is required for all other derivative works, including compilations and translations. Electronic Storage or Usage Permission of the Publisher is required to store or use electronically any material contained in this work, including any chapter or part of a chapter. Except as outlined above, no part of this work may be reproduced, stored in a retrieval system or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise, without prior written permission of the Publisher.

International scientific professional periodical journal "THE UNITY OF SCIENCE"

July, 2017 / publishing office Beranových str., 130, Czech Republic – Prague, 2017; p. 112 C. 750

"The Unity of science" is the international scientific professional periodical journal which includes the scientific articles of students, graduate students, postdoctoral students, doctoral candidates, research scientists of higher education institutions of Europe, Russia, the countries of FSU and beyond, reflecting the processes and the changes occurring in the structure of present knowledge. It is destined for teachers, graduate students, students and people who are interested in contemporary science.

The editorial board

Alexander Pacsr
Astakhov Vladimir
Batsyleva Olga
Buriak Alexander
Emma Kahl
George Berins
Georgieva Sonia
Hans Jensen
Helen Zag
Hipters Zinaida
Homyuk Irina
Hrechanovska Olena
Ilyina Ekaterina
Ivanova Svetlana
Ivanova Zoya Jakob
Haberzettl
Kaydalova Lydia
Kovtun Elena
Logvina Svetlana

Lokhvitskaya Lyubov
Lucius Calle
Lukas Adlerflycht
Lyakisheva Anna
Marek Szymański
Mariusz Bashinsky
Matra Lentz
Matthias Haenlein
Mukanova Sulesh
Nicholas Shadrin
Patrick Schuppe
Petkova Ekaterina
Petruk Vera
Prokofieva Olesya
Rymarenko Nataliya
Sergienko Konstantin
Sophia Lai
Stanisław Krauchensky
Stetsenko Iryna
Vaskes Abanto Hesus Estuardo

Designed by Mr. D. Heisenberg

Publishing office Beranových str., 130 of.37, Prague, Czech Republic, 2017

[www. eapps.info](http://www.eapps.info)



© 2017 The European Association of pedagogues and psychologists Science”, Vienna, Austria
© 2017 Article writers
© 2017 All rights reserved



CONTENT

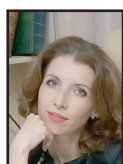
PEDAGOGIC SCIENCES

A MODERN VIEW ON THE SOCIO-CULTURAL APPROACH TO EDUCATION PERSONALITY OF THE FUTURE OF MEDICAL PROFESSIONALS.....10



Babienko V.
*MD, Professor,
 Department of Hygiene
 and Medical Ecology
 Odessa National Medical University*

Talalaev K.
*Ph.D., Pro-rector on Scientific and
 Pedagogical (educational) Work
 Odessa National Medical University*



Aseyeyva Y.
*Ph.D, leading lectore
 of the Department of Psychology
 Odessa National Medical University*



Levkovska V.
*Ph.D, lectore of the Department
 of Hygiene and Medical Ecology
 Odessa National Medical University*



Hanykina S.
*Ph.D, lectore of the Department
 of Hygiene and Medical Ecology
 Odessa National Medical University*



Sheykh A. D.
*assistant of the Department
 of Hygiene and Medical Ecology
 Odessa National Medical University*

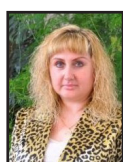
COMPETENCE APPROACH IN THE PROFESSIONAL TRAINING OF QUALIFIED NURSES.....14



Boreiko L.D.
*PhD, Associate Professor
 Department of Nursing
 and Higher Nursing Education*



Timofiychuk I.R.
*PhD, Associate Professor
 Department of Physiology
 Higher State Educational
 Establishment Of Ukraine
 «Bukovinian State Medical University»*



Semenenko S.B.
*PhD, Associate Professor
 Department of Physiology*

THE FORMATION OF PROFESSIONAL COMPETENCE OF SPECIALISTS IN THE FIELD OF ECONOMICS.....19

Vasichkina O.N.
*Candidate of pedagogical sciences,
 associate Professor of foreign languages
 for Economics FSBEE " Rostov state
 economic University(RINH)"*

SOCIAL-PEDAGOGICAL PROBLEM OF CONFLICTS IN FAMILY.....21



Koretskaya L. V.
*Head of division of ofscientific
 and metodologikal support of
 out-of-school work content and
 character building Institute of
 educational content modernization*

EXPERIMENTAL MUSICAL EDUCATION OF PRE-SCHOOL CHILDREN IN TERMS OF SANOGEN AND PERSONAL APPROACH.....25

Malashevskaja I.A.

*Ph.D.,
The Art Institute of The National
Pedagogical University by Dragmanova N.P.*

ADVANTAGES AND DISADVANTAGES OF ORAL AND WRITTEN EXAMS.....28

Papanov S.I.

*PhD,
Department of Pharmacognosy and
pharmaceutical chemistry, Faculty of
Pharmacy, Medical University*

Ivanova S.D.

*PhD,
Department of Pharmacognosy and
pharmaceutical chemistry, Faculty of
Pharmacy, Medical University*

Petkova E.G.

*PhD, associate professor,
Medical College,
Medical University*

Grudeva V.V.

*Doctor,
Hospital Sveta Ekaterina*

Ivanov K.V.

*PhD, associate professor,
Department of Pharmacognosy
and pharmaceutical chemistry,
Faculty of Pharmacy, Medical University*

PREPARATION OF PRESERVICE TEACHERS FOR SOLVING PROFESSIONAL PROBLEMS IN THE CONDITIONS OF INTEGRATION OF HIGHER AND SUPPLEMENTARY EDUCATION.....34



Chervonnyy M.A.

*PhD, associate professor
Department of the Development of Education
in Physics, Centre for Supplementary
Education in Physics, Mathematics and
Natural Sciences
Tomsk State Pedagogical University*



Borisova E.E.

*researcher
Institute for the Development
of Educational of the Russian
Academy of Education
Tomsk State Pedagogical University*

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF ATTITUDES TOWARDS HARMFUL HABITS OF STUDENTS OF THE SARCIENIUM CLASSES OF THE GYMNASIUM OF HEALTH AND FIRST-YEAR MEDICAL STUDENTS.....37

Shepitko V.I.

*Doctor of Medical Sciences, Professor
Head of the Department of Histology,
Cytology and Embryology of the Higher
State Educational Institution of Ukraine
"Ukrainian Medical Stomatological Academy"*

Lisachenko O.D.

*Doctor of Medical Sciences, Professor
Professor of the Department of Histology, Cytology and
Embryology of the Higher State Educational Institution of
Ukraine "Ukrainian Medical Stomatological Academy"*

Reshta V.M.

Tutor of the Poltava Gymnasium of Health № 14

Klimach T. M.

*practical psychologist of the department for quality
management of education, monitoring and ECTS
of the Higher State Educational Institution of Ukraine
"Ukrainian Medical Stomatological Academy"*

Yeroshenko G.A.

*Professor of the Department of Histology,
Cytology and Embryology of the Higher
State Educational Institution of Ukraine
"Ukrainian Medical Stomatological Academy",
Doctor of Medical Sciences, Professor*

Boruta N.V.

*Lecturer of the Department of Histology, Cytology
and Embryology of the Higher State Educational
Institution of Ukraine "Ukrainian Medical
Stomatological Academy"*



COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF ATTITUDES TOWARDS HARMFUL HABITS OF STUDENTS OF THE SARZENIUM CLASSES OF THE GYMNASIUM OF HEALTH AND FIRST-YEAR MEDICAL STUDENTS.....37



Shepitko V.I.
*Doctor of Medical Sciences, Professor
 Head of the Department of Histology,
 Cytology and Em-bryology of the Higher
 State Educational Institution of Ukraine
 "Ukrainian Medical Stomatological
 Academy"*



Lisachenko O.D.
*Doctor of Medical Sciences, Professor
 Professor of the Department of Histology,
 Cytology and Embryology of the Higher
 State Educational Institution of Ukraine
 "Ukrainian Medical Stomatological
 Academy"*



Reshta V.M.
Tutor of the Poltava Gymnasium of Health № 14



Klimach T. M.
*practical psychologist of the department
 for quality management of education,
 monitoring and ECTS of the Higher
 State Educational Institution of Ukraine
 "Ukrainian Medical Stomatological
 Academy"*



Yeroshenko G. A.
*Doctor of Medical Sciences, Professor
 of the Department of Histology, Cytology
 and Embryology of the Higher State
 Educational Institution of Ukraine
 "Ukrainian Medical Stomatological Academy"*



Boruta N.V.
*Lecturer of the Department
 of Histology,
 Cytology and Embryology
 of the Higher State Educational I nstitution of
 Ukraine "Ukrainian Medical Stomatological
 Academy"*

THE EXPERIENCE OF STUDYING EMOTIONAL-PERSONAL, COMMUNICATIVE AND INTELLECTUAL QUALITIES OF HIGH SCHOOL STUDENTS IN MODERN SCHOOL.....40



Shadrin N.S.
*Doctor of Psychology, Professor of
 Pavlodar State Pedagogical Institute,
 Head of the Laboratory of Experimental
 Psychology and Psychodiagnostics*



Manyakova M.V.
*Teacher-psychologist
 first category, School №6*

PSYCHOLOGICAL SCIENCES

TO THE ORIGIN OF DEVELOPING HOLISTIC CONCEPTION OF PERSONAL CREATIVE POTENTIAL.....43



Mishchykha L. P.
*PhD in Psychology Department
 of General and Clinical Phychology
 Precarpathian national Vasyl
 Stefanyk University*

PSYCHOLOGICAL INSIGHT OF THE INDIVIDUALS PRONE TO DOMINATION.....46

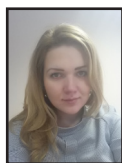


Sannikova O.P.
*Doctor of Psychological Sciences, professor
 Head of the Department of General
 and Differential Psychology
 South Ukrainian National Pedagogical
 University named after K. D. Ushynsky
 4, Fontanska Doroha Str., Odesa, Ukraine*



Sannikov A.I.
*Doctor of Psychological Sciences, senior
 researcher, associate Professor
 Department of Theory and Methodology
 of Applied Psychology,
 South Ukrainian National Pedagogical
 University named after K. D. Ushynsky*

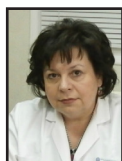
THE CONTENT OF MANAGERIAL ABILITIES OF STATE EMPLOYEES.....49



Chernyshikhina E.O.
Master of the Bryansk State University
Acad. I.G.Petrovsky Bezhickaya

MEDICAL SCIENCES

EVALUATION OF THE IMMUNE PARAMETERS IN PATIENTS WITH GENERALIZED PARODONTITIS ASSOCIATED WITH DIABETES MELLITUS UNDER VITAMIN D3 INSUFFICIENCY.....52



Antonenko M.Yu.
Doctor of Medicine, Professor,
Head of Department of Dentistry
Bogomolets National Medical University



Maly D.Yu.
Postgraduate of the Department
of Dentistry Bogomolets National
Medical University



Komisarenko Yu.I.
Doctor of Medicine, Professor,
Head of Department of Endocrinology
Bogomolets National Medical University



Revych V.O.
researcher,
Department of Dentistry
Bogomolets National Medical
University

PATHOGENETIC FEATURES FLOW NONALCOHOLIC STEATOHEPATITIS IN OBESITY OF PATIENTS WITH HYPERTENSION.....55

Khukhlina O.S.
MD, professor, head of the department
of Internal Medicine, Clinical Pharmacology
and Occupational Diseases, HSEE of Ukraine
"Bukovinian State Medical University"

Kotsiubiichuk Z.Y.
Doctor – intern of the Department
of Internal Medicine, Clinical Pharmacology
and Occupational Diseases, HSEE of Ukraine
"Bukovinian State Medical University"

Antoniv A.A.
Candidate of Medical Science, Assistant of the
Department of Internal Medicine, Clinical
Pharmacology and Occupational Diseases,
HSEE of Ukraine
"Bukovinian State Medical University"

Hryniuk O.Y.
Doctor – intern of the Department
of Internal Medicine, Clinical Pharmacology
and Occupational Diseases, HSEE of Ukraine
"Bukovinian State Medical University"

Mandryk O.Y.
Candidate of Medical Science, Assistant of the
Department of Internal Medicine, Clinical Pharmacology
and Occupational Diseases, HSEE of Ukraine
"Bukovinian State Medical University"

INFLUENCE OF WATER FACTOR ON THE INCIDENCE (XI, XIV, XIV) CLASSES OF DISEASES AMONG ADULT POPULATION IN THE RURAL TAXONS.....59



Hryhorenko L.V.
PhD, assistant professor,
„Dnipropetrovsk Medical Academy MHU”,
Hygiene and Ecology Department

Denisenko N.M.
PhD, assistant professor of Department
of Anatomy, Biomechanics and Sport
Metrology Prydniprovsk Academy
of Physical Training and Sport

Samoshkin V.V.
PhD, assistant professor, chief of Department
of Anatomy, Biomechanics and Sport Metrology,
Prydniprovsk Academy of Physical Training and Sport



ANGIOPATHIES IN SYSTEMIC RHEUMATIC DISEASES.....62



Syniachenko O.V.
DM, professor
Department of internal medicine 1
Donetsk National Medical University
of Health Ministry of Ukraine



Yehudina Ye.D.
PhD, associate professor
Department of internal medicine 3
SE "Dnepropetrovsk Medical Academy"
of Health Ministry of Ukraine



Khaniukov O.O.
DM, associate professor
Department of internal medicine 3
SE "Dnepropetrovsk Medical Academy"
of Health Ministry of Ukraine

INFORMATION FACTORS OF INCREASING ADHERENCE OF PATIENTS TO CLINICAL EXAMINATION.....64



Zhilyaeva T.P.
Researcher
Laboratory of modeling of management
technologies Federal State Budget Scientific
Institution "Scientific Research Institute
of Complex Problems of Cardiovascular
Diseases"



Strokol'skaya I.L.
Researcher
Laboratory of modeling of management
technologies Federal State Budget
Scientific Institution "Scientific Research
Institute of Complex Problems of
Cardiovascular Diseases"

IMPROVEMENT OF COMPLEX TREATMENT OF PURULENT PROCESSES OF DIABETES MELLITUS.....67

Karatieieva S.Y.
MD, PhD, Assoc. Professor,
Department of Nursing
and Higher Nursing Education
Higher educational establishment Ukraine
state «Bukovinian State Medical University»

Cherevuk A. A.
Student of Higher educational
establishment Ukraine state
«Bukovinian State Medical University»

Golovachuk O.K.
MD, PhD, Assoc. Professor,
Women's counseling № 1

Karatieieva A.O.
Student of Yuriy Fedkovych
Chernivtsi National University

Berezova M.S.
MD, PhD, Assoc. Professor,
Department of Internal Medicine and Infectious
Higher educational establishment Ukraine state
«Bukovinian State Medical University»

ANTIMICROBIAL ACTION OF 1-ARYL-4-CHLORO-5-DIFLUORO(TRIFLUORO) METHYL-1H-IMIDAZOLES.....70

Svizhak V.K.
postgraduate student of the Department
of microbiology and virology,
Bukovinian State Medical University,

Chornous V.A.
PhD, associate professor of the Department
of Medical and Pharmaceutical Chemistry,
Bukovinian State Medical University,

Dejneka S.E.
MD, professor, Head of the Department
of microbiology and virology, Bukovinian
State Medical University

Svizhak V.J.
Assistant,
Bogomolets National Medical University

MORPHOMETRIC INDICATORS OF HEART OF FLAT RATS AND AT THEIR SHORT-TERM ADAPTATION TO HIGHLANDS ALAY".....73

Ismailova S. A.

*Applicant for Candidate Degree
To biochemistry and physiopathology
Teacher of department Edge clinical
Osh state university medical faculty*

Djaparova D. B.

*Applicant for Candidate Degree
Teacher of the cycle of pediatrics,
obstetrics and gynecology*

ANALYSIS OF DISABILITY OF INFANTS AND ITS PREVENTION75



Slabkiy G.O.

*doctor of medical sciences, professor
Head of the Department
of Public Health of Uzhgorod
National University*



Gaborets Yu.Yu.

*PhD in medical sciences
Competitor of the
State Establishment
«Ukrainian institute of strategic researches
of Ministry of Public Health of Ukraine»*

Dudina O. O.

*Head of the department of the
State Establishment «Ukrainian institute
of strategic researches of Ministry
of Public Health of Ukraine»,
PhD in medical sciences*

MODERN STATUS AND AGE-SPECIFIC TENDENCIES OF MORTALITY OF UKRAINE'S CHILDREN FROM EXTERNAL CAUSES.....81



Slabkiy G.O.

*doctor of medical sciences, professor
Head of the Department
of Public Health of Uzhgorod
National University*



Tyapkin G.M.

*Competitor of the
State Establishment "Ukrainian institute
of strategic researches of Ministry
of Public Health of Ukraine"*



Dudnyk S.V.

*PhD in medical sciences
Academic Secretary of the
State Establishment "Ukrainian
institute of strategic researches of
Ministry of Public Health of Ukraine"*

ASSESSMENT OF COMORBIDITY AND PROGNOSIS IN PATIENTS WITH NON-ALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE ON THE BACKGROUND OF DIABETES MELLITUS, TAKING INTO ACCOUNT THE FUNCTION OF THE THYROID GLAND.....85



Feysa S.V.

*PhD, candidate of medical sciences
Ass. prof. of the Therapy
and Family Medicine Department
of Uzhhorod National University*



Chopej I.V.

*doctor of medical sciences, professor
Dean of the Faculty
of Postgraduated Education
and Pre-University Preparation
of Uzhhorod National University*

DETERMINANTS OF HUMORAL IMMUNITY IN THE DEVELOPMENT OF HERPES SIMPLEX VIRUS-ASSOCIATED ERYTHEMA MULTIFORME.....87



Snaider S.A.

*Doctor of Medicine, Professor,
Head of Department of General
Dentistry, Odessa National Medical
University*



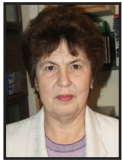
Denisova M.T.

*assistant professor of the
Department of General Dentistry
Odessa National Medical University*



CURRENT RESEARCH

**HEALER’S ABILITIES OF INTEGRAL BODY PERCEPTION AND CLAIRVOYANCE
(NEUROPHYSIOLOGICAL STUDY).....91**



Koyokina O.I.
PhD, professor
Center for the Research of Consciousness

MONOGRAPH

MEDICINE – SIENCE AND ART WITHIN THE LAW.....96

Vásquez Abanto J. Estuardo
*PhD, Physician in the Emergency Department Obolon district of Kyiv
City (Center for primary medical and sanitary help no. 2)*

A MODERN VIEW ON THE SOCIO-CULTURAL APPROACH TO EDUCATION PERSONALITY OF THE FUTURE OF MEDICAL PROFESSIONALS

СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА СОЦІОКУЛЬТУРНИЙ ПІДХІД У ВИХОВАННІ ОСОБИСТОСТІ МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ

Babienko Vladimir

MD, Professor, Department of Hygiene and Medical Ecology Odessa National Medical University prov. Valihovsky 2, m. Odessa Ukraine, 65082

Talalaev Konstantin

Ph.D., Pro-rector on Scientific and Pedagogical (educational) Work Odessa National Medical University prov. Valihovsky 2, m. Odessa Ukraine, 65082

Aseyeva Yulia

Ph.D, leading lecturer of the Department of Psychology Odessa National Medical University, lane Valihovsky 2, Odessa, Ukraine, 65082

Levkovska Viktoriya

Ph.D, lectore of the Department of Hygiene and Medical Ecology Odessa National Medical University lane Valichovsky 2, Odessa, Ukraine, 65082

Hanykina Snizhana

Ph.D, lectore of the Department of Hygiene and Medical Ecology, Odessa National Medical University lane Valichovsky 2, Odessa, Ukraine, 65082

Sheykh Ali Dani

assistant of the Department of Hygiene and Medical Ecology Odessa National Medical University, lane Valihovsky 2, Odessa, Ukraine, 65082

Бабієнко В.В.

д.мед. н., професор кафедри гігієни та медичної екології Одеського національного медичного університету пров. Валіховський 2, м. Одеса, Україна, 65082

Талалаєв К. О.

к.м.н, проректор з науково-педагогічної (виховної) роботи Одеського національного медичного університету пров. Валіховський 2, м. Одеса, Україна, 65082

Асєєва Ю. О.

к. психол. н., ст. викладач кафедри психіатрії, наркології, психології та соціальної допомоги Одеського національного медичного університету пров. Валіховський 2, м. Одеса, Україна, 65082

Левковська В.Ю.

к. мед. н., викладач кафедри гігієни та медичної екології Одеського національного медичного університету пров. Валіховський 2, м. Одеса, Україна, 65082

Ганікіна С.О.

к. мед. н., викладач кафедри гігієни та медичної екології Одеського національного медичного університету пров. Валіховський 2, м. Одеса, Україна, 65082

Шейх Алі Дані Хуссейнович

асистент кафедри гігієни та медичної екології Одеського національного медичного університету пров. Валіховський 2, м. Одеса, Україна, 65082

Abstract: The article describes the main approaches that address the issues of socio-cultural approach to training of future specialists. In the analysis of existing approaches to training of specialists in higher educational institutions the importance of reforming the existing system from a position of socio-cultural approach because of the consideration and implementation of socio-cultural components in the training future professionals can develop the skills of self-organization and self-development of future specialists. The authors emphasized that this problem must be solved in line with the comprehensive (systemic) approach to the forming of personality of specialist.

Key words: socio-cultural approach, universities, self-improvement, self-organization, innovative methods.

Анотація: У статті розглянуті основні підходи, які зачіпають проблематику соціокультурного підходу до підготовки майбутніх фахівців. При аналізі існуючих підходів до професійної підготовки фахівців у вищих навчальних закладах підкреслено важливість реформування існуючої системи з позиції соціокультурного підходу, оскільки урахування та впровадження соціокультурних компонентів у професійну підготовку майбутніх професіоналів дозволяє формувати навички самоорганізації та самовдосконалення у майбутніх спеціалістів. Авторами підкреслено, що дана проблема повинна вирішуватись в руслі комплексного (системного) підходу до формування особистості фахівця.

Ключові слова: соціокультурний підхід, вищі навчальні заклади, самовдосконалення, самоорганізація, іноваційні методи.

Вступ. Сьогодні світова спільнота невідворотно йде до соціальної, педагогічної та економічної ефективності його реалізації гуманістичних ідеалів в освіті шляхом підвищення функціонування. Моральний, інтелектуальний, науково-технічний,



духовно-культурний і економічний потенціал будь-якого суспільства безпосередньо залежить від рівня розвитку освітньої сфери. Однак освіта, маючи суспільну природу та історичний характер, в свою чергу, обумовлена історичним типом суспільства, яке реалізує цю соціальну функцію. Воно відображає завдання соціального розвитку, рівень економіки і культури в суспільстві, характер його політичних і ідеологічних установок, оскільки і педагоги, і вихованці є суб'єктами суспільних відносин. В досвіді кожної людини відбувається становлення внутрішньо сформованого індивідуального освітнього простору на основі залучення до мультикультурного середовища в єдності з субкультурними особливостями державних, національних, соціальних, професійних груп і співтовариств. І не система освіти зі своїми настановленнями нав'язується людині, обмежуючи її свободу вибору, а людина свідомо вибирає індивідуальну освітню траєкторію відповідно до своїх освітніх потреб та здібностей. На сучасному етапі майбутні фахівці змушені послідовно підвищувати професійну кваліфікацію протягом своєї трудової діяльності.

Постановка проблеми. З огляду на науково-технічний та економічний прогрес проблематика перегляду підходів до змісту освіти, професійно-педагогічної підготовки викладацького складу вузів країни та розробка новітніх методів викладання у період сучасності залишається актуальною.

Методи дослідження: синтез та аналіз сучасних підходів до підготовки майбутніх лікарів на етапі професійної підготовки.

Аналіз джерел і аналіз літератури. Спрямовуючи увагу на наукові надбання слід зазначити, що існує достатня кількість робіт як вітчизняних та зарубіжних науковців: В. Беспалько, В. Лернер, Дж. Мартін, Л. Свенсон, М. Скаткін, С. Сисоева, які велику увагу приділяють освітленню теоретичних та практичних підходів до змісту навчально-освітнього процесу. Проблемами загальної культури та соціокультурної компетентності займалися: В. І. Антонович, Е. А. Баллер, Е. В. Боголюбова, Н. С. Злобін, В. П. Зінченко, Г. Л. Ільїн, Л. Н. Коган, М. Коул, Б. Т. Ліхачов, Е. С. Маркарян, В. М. Межуєв, В. О. Соколова та інші. Професійній підготовці, професійним якостям та темі професіоналізму лікарів велику увагу у своїх роботах приділяли наступні вчені: В. І. Бондарь, Л. М. Карамушка, О. О. Кірсанов, Р. Мюнстенберг, В. А. Семіченко, Ю. В. Швалб та інші.

Виклад основного матеріалу. Причинами такої пильної уваги до вивчаємої проблеми є назріла потреба в розвитку загальнокультурного рівня суспільства, в суттєвому підвищенні рівня соціокультурної компетентності як найважливішого компонента професійної компетентності фахівця та професіонала. Система цінностей, яку диктують сьогодні соціальні катаклізми в сфері культури, передбачає суттєві зміни в формулюванні пріоритетних якостей особистості. Особливе значення для формування соціального замовлення має вироблений в суспільстві ідеал перспективного розвитку особистості і засобів наближення до нього. Соціальне замовлення як певна, внутрішньо ієрархічна система соціалізації та професіоналізації різних груп населення та окремих індивідуумів отримує свій розвиток за допомогою організації навчального процесу в різних освітніх інститутах.

Основним нормативним документом, що визначає цільові орієнтири підготовки фахівців, на сучасному етапі, є вимоги Державного освітнього стандарту, у якому враховується стан соціокультурного середовища, потреби і можливості осіб, які отримують певний освітній рівень відповідного фахового спрямування, відповідність інтересам держави або окремого регіону та типу навчального закладу, вимогам виховання і розвитку особистості

тощо. Встановлені стандарти служать еталоном при оцінці якості освіти та підготовки майбутніх фахівця. Так, на нашу думку, на даному етапі розвитку вищої освіти в області медичних знань, виникає необхідність переосмислення системи підготовки майбутніх лікарів, з метою вдосконалення і встановлення певної деталізованості спеціалізації з переглядом рівнів кваліфікаційних вимог. Оскільки процес навчання в вузі, як правило, збігається з періодом становлення ціннісної свідомості молодих людей, їх моральних і професійних якостей. У зв'язку з цим вуз і його середовище виступають важливою умовою формування особистості студента. Таким чином, соціокультурне середовище ВНЗ можна визначити як такий просторовий континуум, в якому переосмислюються набуті знання і збагачується культурний досвід людини, останній здійснюється завдяки взаємодії, спілкування і співтворчості. Соціокультурне середовище ВНЗ виступає таким конструктом, який характеризує соціокультурний простір вузу з якісної сторони і розкриває його соціокультурну організацію. Вищий навчальний заклад – один із ступенів особистісної соціалізації і професійної визначеності майбутнього фахівця, поглиблення його світогляду, вибору і закріплення професійної соціальної ролі студента. Саме у вузі повинні закладатись основи тих особистісних і професійних якостей спеціаліста, з якими він буде вступати в свою професійну діяльність. Для того щоб це стало можливим, необхідно підготувати фахівців, які мають високий рівень професійної самостійності та мобільності в чому й полягає основне завдання вищих навчальних закладів.

У умовах надзвичайно динамічних перетворень в українському суспільстві, посилення конкурентних ринково-економічних відносин, пріоритетності розвитку людини як творчої особистості на етапі професійного становлення, глобалізації сфери освіти актуалізується проблема об'єднання інтелектуальних, життєвотворчих ресурсів і вольових зусиль фахівців гуманітарних професій, для ефективного втілення різномасштабних інноваційних змін в освітньому середовищі. Йдеться про осмислення сучасних підходів до підготовки майбутніх лікарів на етапі професійної підготовки в оновлених соціальних реаліях. У зв'язку з цим особливої ваги набуває проблема професійної підготовки енергійних, креативних, мобілізованих фахівців-лікарів, здатних швидко реагувати на нові умови соціальної та професійної дійсності й кваліфіковано виконувати свої обов'язки з урахуванням індивідуально-особистісних характеристик клієнта. Що на період сьогодення потребує від лікаря високого професіоналізму, володіння сучасними технологіями, бажання та вміння постійно навчатись й самовдосконалюватись, вміти іноді творчо підходити до виконання професійних обов'язків, а інколи й критично, прагматично та раціонально виконувати свої функції. Однак, поки що традиційна підготовка фахівців у соціономічних напрямках, орієнтована на формування знань, вмінь і навичок у предметній галузі, все більше відстає від сучасних вимог. Основою сучасної освітньої програми у вищих навчальних закладах повинні бути не стільки викладання теоретичного надбання певних галузей, а скільки способи засвоєння великого об'єму інформації, розвиток пам'яті, критичного мислення і формування настановлення щодо постійного самовдосконалення та розвитку соціокультурної компетенції [4, 7, 8]. Враховуючи положення Болонського процесу, дана ідея має свою істинність, оскільки випускник вузу повинен характеризуватися не тільки певним рівнем знань та компетенції, але і професіоналізмом, який формується в практичній діяльності, і обов'язково характеризується високою продуктивністю і ефективністю роботи.

У контексті прийнятої «Концепції» державна політика України в сфері освіти визначається основними загальносоціальними тенденціями – демократизацією, деідеологізацією і гуманізацією суспільних відносин. Тому ідеал гуманної, цілісної особистості визначає мету, яку реалізують в сучасній системі освіти, тобто розвиток особистості в єдності її внутрішнього і соціального потенціалу є провідною цінністю при організації педагогічного процесу в ВНЗ. В сучасних умовах цей напрямок знаходить відображення в загальній системі з властивими їй специфічними закономірностями розвитку та функціонування і пов'язаний з громадською теорією цілісного процесу формування всебічно розвиненої особистості як органічною системою з її біологічними, психічними і соціальними властивостями та якостями.

Дослідження та аналіз наукових надбань вітчизняних і зарубіжних вчених вказує на те, що питання професійної підготовки майбутніх лікарів займає помітне місце серед актуальних психолого-педагогічних емпіричних досліджень. В рамках вивчення проблематики становлення професіоналізму лікарів ми можемо відокремити два основних напрями особистісно-орієнтований та діяльнісний. Прихильники першого підходу схильні вважати, що професійне зростання можливе через розвиток особистісних рис лікаря, а представники діяльнісного напрямку вбачають ефективність зростання професіоналізму лише через формування професійних якостей особистості. Так у роботах Р. Мюнстенберга ми зустрічаємо думку про те, що професіоналізм особистості зумовлюється, ступенем відповідності сформованості таких індивідуальних якостей, як інтерес, загальні і професійні здібності, які відповідають вимогам певної професії [3]. Ефективність психологічних підходів у формуванні професійних якостей лікарів-практиків досліджувала В. А. Семіченко [7]. А. Маслоу розглядав професійний розвиток як процес і спосіб задоволення різного роду потреб особистості, а К. Роджерс бачить сенс життя індивіда в «прагненні реалізувати в процесі життєдіяльності свій вроджений потенціал» [6].

Е. Ф. Зеєр, професійне становлення, вбачає у «процесі прогресивних змін особистості під впливом професійної діяльності, а також власної активності індивіда, спрямованої на самовдосконалення і самостановлення». Він доводить, що «становлення обов'язково базується на потребі у розвитку і можливості її реального задоволення», де потреба є рушійною силою розвитку. А особистість лише тоді включається в діяльність, коли це стає їй необхідно, отже, з'являються мотиви, що відображають потреби, які стали актуальними для особистості в певний період часу [2]. Життєве самовизначення особистості, на думку А.К. Маркова, безпосередньо пов'язане з професійним самовизначенням, а згодом і з професійним становленням. Оскільки мета професійного навчання повинна визначатись виходячи з уявлень про майбутню професійну та громадську діяльність фахівця, постає питання про підготовленість випускників ВНЗ різноманітних спеціальностей, в тому числі й лікарів, до реальної професійної діяльності.

Результати. Таким чином, професійна підготовка фахівців повинна передбачати таке професійне навчання та забезпечувати умови для професійного розвитку, в результаті яких студент опанує не тільки необхідну систему наукових знань і пізнавальних умінь, навичок, а й закріпить позитивне сприйняття обраної професії, що сприятиме становленню конкурентоспроможного фахівця-практика. Хоча не слід забувати, що «особистісно-професійне самовдосконалення є змістом професійного саморозвитку, кінцевою метою якого є повне розгортання особистісних і професійних якостей, трансляції власної індивідуальності через результати праці, а також із-за змін

в самому собі» [2]. Тобто на певному етапі навчання студентам необхідно здійснити свідомий особистий вибір спеціалізації для подальшого навчання, орієнтуючись на перспективи професійного розвитку та внутрішні переконання, мотиви, ідеали, уявлення та особистісносформовні професійні плани. Такий крок вимагає від студента свідомого уявлення про себе як фахівця, розуміння власних потенційних можливостей особистісного росту, так і подальшого розвитку професійно значущих якостей у відповідності з соціальними вимогами та умовами професійної діяльності. Опинившись перед вибором професійної спрямованості, майбутньому лікарю необхідно звертати увагу на власний стиль навчально-професійної діяльності, враховувати здатність до самостійного оволодіння основами науки та схильності до дослідницької роботи, передбачити, наскільки професійна діяльність зможе стати частиною всієї життєдіяльності і забезпечити самостійне планування і саморегуляцію власних дій у досягненні життєвих цілей.

Слід пам'ятати, що студент – це майбутній фахівець, професіонал. Підготовка професіонала ґрунтується на засвоєнні знань, конкретних вмінь, засвоєнні конкретних поведінкових зразків. Впровадження особистісно-орієнтованого підходу який поєднує цілеспрямований процес формування самодостатності, рівня домагань і самоактуалізованості, посилення пізнавальної активності, формування мотиваційно-вольової сфери особистості, забезпечить розвиток професійно значущих якостей у відповідності з суспільними запитами. Безумовно, способи і форми психологічної діяльності можна засвоїти або скопіювати, але ефективність діяльності лікаря залежить від його внутрішнього стану, його особистісних якостей, від впорядкованості внутрішнього світу, оскільки інструментом для його роботи, багато в чому, є власна особистість. Тому саме на етапі професійного становлення важливу роль відіграє формування високих моральних принципів, правильна організація системи особистісних цінностей. Завданням будь-якого ВНЗ є не лише випуск фахівців, які отримують підготовку високого рівня, але і включення студентів вже в процесі навчання у розробку принципово нових технологій, їх адаптація до реальних умов професійного середовища, а й набуття практичних навичок, особистісного досвіду, що можливе лише при постійному застосуванні теоретичних знань на практиці. Придбання таких навичок багато в чому залежить від змісту і методики навчання майбутніх фахівців. Правильна організація навчального процесу в сукупності з залученням студентів до позааудиторської роботи може стати одним з чинників, здатних забезпечити формування соціокультурної компетентності студентів як суб'єктів педагогічного процесу, що обумовлює необхідність у створенні студентських організацій у ВНЗ. Добровільна участь в діяльності таких студентських спілок сприяла б розвитку соціокультурної компетентності, що у свою чергу дозволило б підвищити її роль і місце у підготовці студентів ВНЗ, а також частково задовольнити внутрішні потреби та узгодити їх з соціальним замовленням суспільства. Такий підхід сприятиме розвитку таких важливих компетенцій як здатність працювати в групі, розвиватиме почуття відповідальності та особистої дисципліни, духу професіоналізму, прагнення до досконалості, відчуття змагальності, почуття служіння спільній справі, патріотизму тощо.

Оскільки традиційні освітні підходи призвели до невідповідності між тим, що викладається студентам у вузі і тим, що потрібно галузі. Багато вищих навчальних установ переходять до проблемно-орієнтованого навчання, яке ґрунтується на розв'язанні завдань за допомогою реальних проблем, отже від регламентованої системи до казуальної.

Основні методичні інновації пов'язані зі застосуванням інтерактивних форм і методів навчання. Впровадження таких



форм навчання є одним з найважливіших напрямів удосконалення підготовки студентів у сучасній вищій школі. Студенти легше вникають, розуміють і запам'ятовують матеріал, який вони вивчали шляхом їх активного залучення в навчальний процес, за допомогою занурення в професійне середовище, а медична галузь одна з небагатьох галузей яка може з легкістю собі це дозволити. Повсякденне занурення студентів у професійне життя при навчанні надасть змогу сформувати не тільки професійний понятійний апарат але й сприятиме формуванню питливості, критичності, стійкої мотивації до самовдосконалення. Тому не слід недооцінювати можливості казуального підходу до навчання студентів медичних вузів. Основною метою впровадження інтерактивних методів у викладанні є створення комфортних умов навчання, за яких студент відчуває свою інтелектуальну спроможність і успішність, що стає запорукою ефективності процесу навчання.

Основу інноваційних освітніх технологій, які застосовуються в навчальному процесі, повинно становити соціальне замовлення, професійні інтереси майбутніх фахівців, урахування індивідуальних, особистісних характеристик студентів [4, 5].

Рекомендації. Слід підкреслити, що при підготовці фахівців у вищій школі, застосування інноваційних форм і методів необхідно розумно поєднувати з прагматичним розумінням цілей і завдань навчання і підготовки кадрів. У сучасній психолого-педагогічній літературі зазначається, що інноваційні методи отримують відображення в багатьох технологіях навчання, які спрямовані на розвиток і вдосконалення навчально-виховного процесу і підготовку фахівців до професійної діяльності в різних сферах життя сучасного суспільства [1, 8, 9]. Вказується на їх позитивність при формуванні й закріпленні професійних знань, умінь та навичок, сприяючи розвитку професійних якостей студентів, як майбутніх фахівців. Використання викладачами інноваційних методів у процесі навчання

сприяє подоланню стереотипів у викладанні різних дисциплін, розроблення нових підходів до професійних ситуацій, розвитку творчих, креативних здібностей студентів [7].

Висновки та перспективи. Сучасні педагогічні надбання зосереджуючи увагу на системності інноваційних підходів до навчання у вищій школі вказують на охоплення всіх аспектів навчально-виховної роботи при підготовці майбутніх спеціалістів. Оскільки у період сьогодення оновлення системи вітчизняної освіти орієнтується на входження України у світовий загальнокультурний простір, яке відбувається на основі присвоєння особистісно-орієнтованої парадигми і визначає головні напрями реформування суспільства і розвитку людини. Завдання освіти полягає в залученні людини до культурних цінностей науки, мистецтва, моральності, права, економіки. У зв'язку з цим освіту можна розглядати як освоєння і збереження культурних норм з орієнтацією на майбутнє, в основі якого має лежати культурне самовизначення людини. Умова здійснення такого процесу полягає в реалізації людиною свого вибору в культурному просторі.

На період сьогодення в процесі становлення навчального, виховного та методичного процесу у вищих навчальних закладах України спостерігається тенденція суперечності між: потребою особистості та суспільства; соціокультурного підходу до становлення професіоналів і реальним рівнем цієї якості, який формується в сучасній системі вищої професійної освіти; зростаючими вимогами до сучасного фахівця як цілісної особистості і професіонала та неадекватним місцем соціокультурної підходу як важливого компонента формування професійної компетентності, недостатньою розробленістю механізму формування конкурентноспроможного фахівця у навчально-виховному процесі вищої школи тощо.

Список літератури

1. *Загальна педагогіка та історія педагогіки* : підручник / К.В. Аїмедов, В.В. Бабієнко, В.А. Бабієнко, В.В. Сторож. — К.: Видавничий дім «Слово», 2014. — 352 с.
2. Зеер Э. Ф. *Психология профессий: Учебное пособие для студентов вузов* / Э. Ф. Зеер. — Москва: Академический Проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2003. — 336 с.
3. Критская В. П., Мелешко Т. К. Дефицит потребности в общении и особенности развития личности // *Психологический журнал*. — 1997. — № 3. — С. 10.
4. Константинов В. В. *Экспериментальная психология* / В. В. Константинов. — СПб: Питер, 2006. — 272 с.
5. Осмоловская И.М. *Инновации и педагогическая практика* // *Народное образование*. — 2010. — № 6. — С. 182—188.
6. Роджерс К. *Несколько важных открытий* // *Вестник МГУ. Серия 14. Психология*. 1990. № 2. С. 58-65.
7. Семиченко В. А. *Психологические основы процесса профессиональной подготовки студентов вуза* / В. А. Семиченко. — Полтава, 1991. — 79 с.
8. Семиченко В.А. *Проблеми і пріоритети професійної підготовки* / В.А. Семиченко// *Педагогічний дискурс: зб. наук. праць*. — 2007. — Вип. 1. — Режим доступу: http://www.nbuv.gov.ua/portal/soc_gum/peddysk/2007_01
9. Симоненко Н.Н. *Управление образовательными услугами с применением инновационных методов обучения* // *Вестник Тихоокеанского государственного университета*. — 2012. — № 2. — С. 201—206.

References:

1. *Zahalna pedahohika ta istoriia pedahohiky* : pidruchnyk / K.V. Aïmedov, V.V. Babïenko, V.A. Babïenko, V.V. Storozh. — K.: Vydavnychii dim «Slovo», 2014. — 352 s.
2. Zeer E. F. *Psykholohyia professyi: Uchebnoe posobyie dlia studentov vuzov* / E. F. Zeer. — Moskva: Akademicheskyy Proekt; Ekaterynburh: Delovaia knyha, 2003. — 336 s.
3. Krytskaia V. P., Meleshko T. K. *Defytsyt potrebnosti v obshcheny i osobennosti razvytiya lychnosti* // *Psykholohycheskyi zhurnal*. — 1997. — № 3. — S. 10.
4. Konstantynov V. V. *Eksperymentalnaia psykholohyia* / V. V. Konstantynov. — SPb: Pyter, 2006. — 272 s.
5. Osmolovskaia Y. M. *Ynnovatsyy u pedahohycheskaia praktyka* // *Narodnoe obrazovanye*. — 2010. — № 6. — S. 182—188.
6. Rodzhers K. *Neskolko vazhnykh otkrytyi* // *Vestnyk MHU. Seryia 14. Psykholohyia*. 1990. № 2. S. 58-65.
7. Semychenko V. A. *Psykholohycheskye osnov protsessa professionalnoi podgotovky studentov vuzav* / V. A. Semychenko. — Poltava, 1991. — 79 s.
8. Semychenko V.A. *Problemy i priorytety profesii noi pidhotovky* / V.A. Semychenko// *Pedahohichnyi dyskurs: zb. nauk. prats*. — 2007. — Vyp. 1. — *Rezhym dostupu*: http://www.nbuv.gov.ua/portal/soc_gum/peddysk/2007_01
9. Symonenko N.N. *Upravlenye obrazovatel'nyimi usluhamy s prymenenyem ynnovatsy onnykh metodov obucheniya* // *Vestnyk Tykhookoanskoho hosudarstvennogo unyversyteta*. — 2012. — № 2. — S. 201—206.

UDC 37.013.43

COMPETENCE APPROACH IN THE PROFESSIONAL TRAINING OF QUALIFIED NURSES**КОМПЕТЕНТІСНИЙ ПІДХІД У ФАХОВІЙ ПІДГОТОВЦІ КВАЛІФІКОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ****Boreiko L.D.***PhD, Associate Professor
Department of Nursing
and Higher Nursing Education***Semenenko S.B.***PhD, Associate Professor
Department of Physiology***Timofiychuk I.R.***PhD, Associate Professor
Department of Physiology
Higher State Educational Establishment
Of Ukraine «Bukovinian State Medical University»,
Chernivtsi, Ukraine***Борейко Л.Д.***к.мед.н, доцент
Кафедра догляду за хворими та вищої
медсестринської освіти***Семененко С.Б.***к.біол.н, доцент
Кафедра фізіології ім. Я.Д. Кіршенблата***Тимофійчук І.Р.***к.мед.н, доцент
Кафедра фізіології ім. Я.Д. Кіршенблата
ВДНЗ України «Буковинський державний
медичний університет»
Чернівці, Україна*

Abstract: The article reveals the essence of the notion of "competence approach" in the system of higher professional education. The analyses of the basic concepts of pedagogy «competency» and «competence» is given. The attention is focused on the integral, special and professional competences of the future specialist. The importance of a teachers in formation students' professional competencies in specialty 223 "Nursing" of the educational degree is determined - the bachelor.

Keywords: competence, competency, competence approach, educational process, bachelor of nursing, higher education, quality of preparation.

Анотація: У статті розкривається сутність поняття "компетентнісний підхід" в системі вищої професійної освіти. Проведено аналіз ключових понять педагогіки – "компетенція" та "компетентність". Звернуто увагу на інтегральну, спеціальні та фахові компетентності майбутнього фахівця. Розглядається роль викладачів у формуванні фахових компетенцій студентів спеціальності 223 "Медсестринство" освітнього ступеню – бакалавр.

Ключові слова: компетенція, компетентність, компетентнісний підхід, навчальний процес, бакалавр медсестринства, вища освіта, якість підготовки.

Вступ. Сучасний розвиток нашої країни зумовлюють формування нових вимог до освітньої сфери. Провідна ідея сучасної освіти виражена у спробі привести у відповідність професійну освіту й потреби ринку праці, пов'язати результати освіти з очікуваними результатами розвитку особистості студента. На розв'язання цих завдань спрямований компетентнісний підхід [1, 1-2]. Компетентнісний підхід в освіті, у якому системоутворювальною освітньою метою визнають формування в молодого покоління здатності до ефективної дії, заснованої на загальнолюдських етичних нормах, сьогодні набуває в світі дедалі більшого поширення, оскільки спрямований на досягнення кінцевої мети освіти: перехід від теоретичних знань до фахової компетентності [1, 1-2; 3, 63].

Питання застосування компетентнісного підходу ґрунтовно розглянуто у навчальних працях Г. Зайчука, Е. Зеєра, Д. Заводчикова, Н. Мурованої, О. Пометун, М. Пустогого, М. Сосніна, Н. Табачук, М. Філатова, А. Хуторського, Ю. Швалба та ін. Розгляду змісту, структури, формування компетентності майбутніх фахівців присвячені праці І. Драч, Г. Єльнікової, І. Зимньої, О. Овчарук, В. Маслова та ін. [4, 12; 5, 155].

Метою цієї роботи є розгляд ролі компетентнісного підходу в організації навчального процесу професійної підготовки майбутніх медичних сестер-бакалаврів.

Результати. Динамічний розвиток світової спільноти, запровадження новітніх технологій у багатьох сферах людського життя вимагає підготовки компетентного, кваліфікованого, конкурентоспроможного медичного працівника, який повинен володіти новітніми інформаційними технологіями, мати комунікативні вміння, вміти трансформувати отримані знання в інноваційні технології та працювати в команді, мати навички самостійного отримання знань і підвищення кваліфікації, бути здатним до ефективної діяльності на рівні світових стандартів [3, 64].

Одним із шляхів вирішення зазначеної проблеми є оновлення вищої освіти, перенесення уваги з процесу навчання на його результат, орієнтація змісту й організації навчання на компетентнісний підхід і пошук ефективних механізмів його запровадження. Компетентнісний підхід переміщує акценти з процесу накопичення нормативно визначених знань, умінь і навичок в площину формування й розвитку в студентів здатності практично діяти і творчо застосовувати набуті знання і досвід у різних ситуаціях. Це вимагає від викладача змістити акценти у своїй навчально-виховній діяльності з інформаційної до організаційно-управлінської площини. У першому випадку він відіграв роль «ретранслятора знань», а в другому – організатора освітньої діяльності. Змінюється й модель поведінки студента – від пасивного засвоєння знань до дослідницької



активної, самостійної та самоосвітньої діяльності. Тобто, засвоюються не готові знання, кимось запропоновані до засвоєння, а студент сам формулює поняття, необхідні для вирішення поставлених завдань. При такому підході, на нашу думку, навчальна діяльність набуває дослідного та практико-перетворюючого характеру, стаючи предметом засвоєння [6, 25-26].

Важливу роль у підготовці майбутніх медичних працівників, здатних до прийняття самостійних рішень, відповідальних за свою професійну діяльність відіграють викладачі, які володіють глибокими фаховими та психолого-педагогічними знаннями, орієнтуються у сучасних досягненнях науки та техніки, володіють методами наукового дослідження, засобами і методиками професійно-творчого розвитку і саморозвитку, керуються високоморальними життєвими принципами. Для цього постійно здійснюється моніторинг професійної компетентності викладачів, який включає організацію відвідувань занять досвідченими викладачами з подальшим їх аналізом і оцінюванням рівня професійної компетентності та проведеною необхідною корекцією. Показником педагогічної компетентності викладача є оцінка якості знань студентів, рівень їх вихованості, сформованість ціннісних життєвих орієнтирів.

Компетентність у освітній діяльності – сукупність взаємозв'язаних смислових орієнтацій, знань, умінь, навичок і досвіду діяльності студента по відношенню до певного кола об'єктів реальної дійсності, необхідних для здійснення особисто і соціально значущої продуктивної діяльності.

Термін "компетенція" використовується також для позначення інтегрованої характеристики якості випускника, є категорією результату освіти у вигляді досвіду чотирьох типів: досвіду пізнавальної діяльності, зафіксованого у формі знань; досвіду здійснення відомих способів діяльності у формі умінь діяти за зразком; досвіду творчої діяльності у формі умінь приймати ефективні рішення в проблемних ситуаціях; досвіду здійснення емоційно-ціннісних ставлень у формі особистісних орієнтацій.

Компетентність – сукупність знань і умінь, необхідних для ефективної професійної діяльності: вміння аналізувати, передбачати наслідки професійної діяльності, використовувати інформацію. Професійна компетентність складається з певних компетентностей і є результатом опанування відповідними компетенціями.

В існуючих визначеннях підкреслюються наступні сутнісні характеристики компетентності: ефективне використання здібностей, що дозволяє плідно здійснювати професійну діяльність згідно вимогам робочого місця; володіння знаннями, уміннями і здібностями, необхідними для роботи за фахом при одночасній автономності і гнучкості в частині рішення професійних проблем; розвинена співпраця з колегами і професійним міжособистісним середовищем; інтегроване поєднання знань, здібностей і установок, оптимальних для виконання трудової діяльності в сучасному виробничому середовищі; здатність робити що-небудь добре, ефективно в широкому форматі контекстів з високим ступенем саморегулювання, саморефлексії, самооцінки; швидкою, гнучкою і адаптивною реакцією на динаміку обставин і середовища [6, 28-31].

Таким чином, під компетенцією розуміється наперед задана вимога (норма) до освітньої підготовки студента, а під компетентністю – вже сформована його особистісна якість (сукупність якостей) і мінімальний досвід по відношенню до діяльності в заданій сфері.

Компетентнісний підхід – це спрямованість навчального процесу на формування та розвиток в особистості системи ключових (опираються на діяльнісні процеси в контексті структури діяльності людини) і фахових (загально- та спеціально-фахових)

компетенцій, тобто дозволяє використовувати студенту засвоєні фундаментальні знання, вміння та навички, а також способи діяльності для вирішення практичних і теоретичних проблем, що виникають у процесі його професійної діяльності.

Професійна підготовка фахівців на основі компетентнісного підходу передбачає оновлення змісту, форм та методів професійно-зорієнтованого навчання, координацію навчально-виховної діяльності, що спрямована на формування ринкових цінностей, конкурентоспроможності фахівця на сучасному ринку праці, його адаптацію до сучасних умов діяльності, готовність до розв'язання реальних професійних завдань і проблем.

У своїй діяльності кожний викладач має спиратись на компетентності, які визначені стандартом вищої освіти зі спеціальності 223 "Медсестринство" освітнього ступеню – "бакалавр", галузі знань – 22 "Охорона здоров'я" [2, 122].

У процесі підготовки бакалавра медсестринства використовується інтегральна компетентність: майбутній фахівець здатний вирішувати практичні проблеми і задачі діяльності у галузі охорони здоров'я із застосуванням положень, теорій та методів фундаментальних, медичних та клінічних наук в умовах комплексності та невизначеності. Загальні компетентності – це універсальні компетентності, які важливі для успішної подальшої професійної та соціальної діяльності майбутнього фахівця в різних галузях та для його особистісного розвитку. Під час підготовки бакалавра медсестринства застосовують наступні загальні компетентності: здатність до абстрактного мислення, аналізу та синтезу; здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях; здатність спілкуватися українською мовою як усно, так і письмово; здатність спілкуватися другою мовою; навички використання інформаційних та комунікативних технологій; вміння виявляти, ставити та вирішувати проблеми та приймати обґрунтовані рішення; навички міжособистісної комунікації, взаємодії; міжособистісна командна робота; здатність діяти на основі етичних міркувань (мотивів); прихильність безпеці; здатність до організації та планування. [2, 121-126].

Завдання майбутнього медика – бути професійно/фахово компетентним відповідно до європейських стандартів. Фахові компетентності – це компетентності, які є важливими для успішної професійної діяльності. Для спеціальності 223 «Медсестринство» використовуються наступні фахові компетентності: використання базових знань та практичних навичок при догляді за пацієнтами; здатність здійснювати організацію, впровадження та контроль медсестринського процесу за пацієнтами різного профілю; здатність здійснювати організацію, впровадження та контроль медсестринського процесу в паліативній та хоспісній допомозі; використання теоретичних знань та практичних умінь при організації надання медичної допомоги за принципом сімейної медицини; використання теоретичних знань та практичних навичок з медичної та соціальної реабілітації з метою відновлення здоров'я населення; здатність орієнтуватися у визначенні групової належності лікарських засобів, особливостях їх фармакокінетики та фармакодинаміки; здатність здійснювати організацію постачання та використання медичної та фармацевтичної продукції; здатність виявляти зв'язок клінічних проявів захворювань з результатами додаткових методів дослідження; використання сучасних знань організації охорони здоров'я в ринкових умовах та забезпечення її економічної ефективності; здатність до лідерства та управління; використання теоретичних знань та практичних умінь з клінічного медсестринства у внутрішній медицині, клінічного медсестринства в хірургії, клінічного медсестринства в педіатрії при наданні

медичної допомоги населенню в межах компетенції бакалавра медсестринства; здатність організувати та надавати невідкладну допомогу при різних гострих станах; здатність організувати та надавати невідкладну допомогу у мирний та воєнний час [2, 121-126].

Застосування компетентнісного підходу до підготовки фахівців припускає усвідомлення всіма суб'єктами освітнього процесу кінцевої мети своєї діяльності: підготовку фахівця, що володіє як ключовими, так і спеціальними професійними компетенціями, здатного вирішувати різноманітні задачі професійної практики, готового до інноваційної діяльності у фаховій сфері, має високу мотиваційну

спрямованість на високопродуктивну працю, усвідомлює суспільну значущість своєї професії [7, 54-55].

Висновки. 1. Компетентність студентів є одним з важливих показників якості освіти та педагогічного процесу у вищому навчальному закладі. 2. У своїй діяльності викладач має спиратись на стандарт вищої освіти зі спеціальності 223 «Медсестринство» освітнього ступеню – "бакалавр". 3. З позицій компетентнісного підходу рівень освіти визначається здатністю бакалавра медсестринства вирішувати проблеми різної складності на основі наявних знань та досвіду.

Referents:

1. Golovan' M. S. *Kompetentnisnij pidhid u procesi profesijnoi pidgotovki fahivciv u vishchih navchal'nih zakladah* / M. S. Golovan' // *Materiali III mizhvuziv's'koї naukovo-praktichnoi konferencii "Naukova diyal'nist' yak shlyah formuvannya profesijnih kompetentnostej majbut'nogo fahivcya"* – Sumi : SumDPU im. A. S. Makarenka, 2012. – S. 21-23.
2. Gordijchuk S.V. *Stvorennja standartiv novogo pokolinnya u zabezpechenni medichnoi osviti* // *Neperervna profesijna osvita: teoriya i praktika. Naukovo-metodichnij zhurnal (seriya: pedagogichni nauki)*. - Vipusk №1-2 (46-47), 2016. – S.121-126.
3. Zabloc'ka O. S. *Kompetentnisnij pidhid yak osvitnja innovacija: porivnyal'nij analiz* / O. S. Zabloc'ka // *Visnik ZHitomir's'kogo derzhavnogo universitetu. Pedagogichni nauki*. – Vipusk 40, 2008. – S. 63-68.
4. *Kompetentnisnij pidhid u suchasnij osviti: svitovij dosvid ta ukraїns'ki perspektivi: Biblioteka z osvith'oї politiki / Pid zag. red. O.V.Ovcharuk*. – K.: "K.I.S.", 2004. – 112 s.
5. Lunyachek V. *Kompetentnisnij pidhid yak metodologija profesijnoi pidgotovki u vishchij shkoli* / V. Lunyachek. – *Publichne upravlinnja: teoriya ta praktika : zbirnik naukovih prac' Asociacii doktoriv nauk z derzhavnogo upravlinnja*. – H. : Vid-vo "DokNaukDerzhUpr". – Vipusk 1 (13), 2013. – S. 155-162.
6. Pobirchenko N. S. *Kompetentnisnij pidhid u vishchij shkoli: teoretichnij aspekt* / N.S. Pobirchenko // *Osvita ta pedagogichna nauka*. – 2012. – № 33 (152). – S. 24-31.
7. Trubachova S.E. *Umovi realizacii kompetentnisnogo pidhodu v navchal'nomu procesi* // *Kompetentnisnij pidhid u suchasnij osviti: svitovij dosvid ta ukraїns'ki perspektivi*. – K.: „K.I.S.“, 2004. – S.53-56.

THE FORMATION OF PROFESSIONAL COMPETENCE OF SPECIALISTS IN THE FIELD OF ECONOMICS

ФОРМИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ В ОБЛАСТИ ЭКОНОМИКИ

Vasichkina Olga Nikolaevna

candidate of pedagogical Sciences, associate Professor of foreign languages for Economics FSBEU " Rostov state economic University(RINH)"

B.Sadovaya st. 69, Rostov-on-Don, 344007

Васичкина Ольга Николаевна

к.п.н., доцент кафедры иностранных языков для экономических специальностей ФГБОУ ВО «РГЭУ(РИНХ)»

ул.Большая Садовая, 69, Ростов-на-Дону, 344007

Abstract: The article reveals the essence of the notion of "competence approach" in the system of higher professional education. The analyses of the basic concepts of pedagogy «competency» and «competence» is given. The attention is focused on the integral, special and professional competences of the future specialist. The importance of a teachers in formation students' professional competencies in specialty 223 "Nursing" of the educational degree is determined - the bachelor. **Keywords:** competence, competency, competence approach, educational process, bachelor of nursing, higher education, quality of preparation.

Аннотация. Статья рассматривает профессиональные компетенции, необходимые для формирования профессионально-компетентного специалиста в области экономики. Каждая компетенция рассматривается автором с точки зрения её практического применения в будущей профессиональной деятельности. Показана взаимосвязь между знаниями, умениями и навыками, полученными в вузе, и практическими профессиональными компетенциями.

Ключевые слова. Экономика, профессиональная компетенция, навыки и умения, рынок труда, конкурентная среда, различные источники информации, управленческие навыки, профессиональное образование.



В наше динамичное время рынок труда, который характеризуется такими качествами как гибкость, изменчивость и высокая инновационная динамика, ставит новые задачи перед соискателями рабочих мест. Среди этих задач можно выделить следующие: необходимость быть готовым к непрерывному самообразованию и повышению профессиональной квалификации; обладание грамотной деловой коммуникацией; способность к работе в команде, принимать решительные действия в нестандартных и неожиданных ситуациях; способность принимать самостоятельные решения, брать ответственность на себя, перехватывать инициативу; способность к критическому мышлению, управлению своим поведением и деятельностью; владение навыками работы с разнообразными ресурсами информации и результативного действия в конкурентной среде, в стрессовой ситуации и т.д. Как видно из вышеперечисленного, требования, предъявляемые работодателями к молодым специалистам, закончившим высшие учебные заведения, определяются не столько академическими знаниями студентов, сколько способами деятельности («умение», «способность», «готовность»). Следовательно, стоит выявить те особые новые образовательные цели и задачи системы профессионального образования, при достижении которых знания являются необходимым, но не достаточным условием достижения нужного качества.

Современное профессиональное образование в области экономики ставит целью подготовку разносторонне развитого, профессионально подготовленного, мотивированного специалиста, стремящегося на практике применить знания, умения и навыки, полученные в вузе. В данной работе показывается необходимость ориентации высшего профессионального образования на формирование тех компетенций, которые будут способствовать получению профессионально-компетентного специалиста в области экономики. Современный специалист, работающий в сфере экономики, должен обладать определёнными профессиональными компетенциями, которые в совокупности характеризуют специалиста как компетентного, то есть обладающего профессиональной компетентностью. [1] Толковый словарь русского языка даёт следующее определение слову «компетентный»: «1. Знающий, осведомлённый, авторитетный в какой-нибудь области. Компетентный специалист. Компетентное суждение. 2. Обладающий компетенцией (2 значение) (спец.)». К понятию «профессиональная компетентность» обращаются многие учёные – педагоги, психологи, методисты. Профессиональная компетентность является одной из составляющих профессионализма, в структуре которого можно выделить следующие основные компоненты: профессиональная востребованность, профессиональная пригодность, профессиональная удовлетворённость, профессиональный успех. Профессиональную компетентность можно рассматривать как систему, структурными компонентами которой являются: профессиональные знания, умения; профессиональные психологические позиции, установки, требуемые профессией; личностные особенности, обеспечивающие овладение профессиональными знаниями и умениями. И.А Зимняя [1], придерживаясь трактовки компетенции, предложенной Н. Хомским [4], и разграничивая понятия «компетенция» и «компетентность» по основанию потенциальное-актуальное, когнитивное-личностное, под «компетентностью» понимает актуальное, формируемое личностное качество, как основывающуюся на знаниях, интеллектуально- и личностно-обусловленную социально-профессиональную характеристику человека. А.В. Хуторской рассматривает компетентность как ситуативно-деятельностную категорию. По его мнению, «компетентность – владение, обладание человеком соответствующей компетенцией,

включающей его личностное отношение к ней и предмету деятельности. Компетенция включает совокупность взаимосвязанных качеств личности (знаний, умений, навыков, способов деятельности), задаваемых по отношению к определенному кругу предметов и процессов, и необходимых для качественной продуктивной деятельности по отношению к ним». [5] Таким образом, компетенцию можно охарактеризовать как общую способность, основанную на знаниях, опыте, ценностях, склонностях, которые приобретены благодаря обучению, и её можно рассматривать как возможность установления связи между знанием и ситуацией для решения профессиональной проблемы, когда интеллектуально-личностное знание способствует ситуативно-деятельностному решению круга вопросов.

Чтобы соответствовать определению «профессионально-компетентный», специалист должен уметь реализовывать на практике знания, умения и навыки, полученные за годы учёбы в вузе. Для специалистов в области экономической деятельности можно с определенной долей уверенности выделить несколько профессиональных компетенций, которыми в полной мере должны обладать выпускники экономических факультетов, учитывая направления и профили их учебной деятельности.

Вне зависимости от специализации специалист в области экономики должен уметь вести расчетно-экономическую деятельность, в которую входят сбор и анализ исходных данных, необходимых для расчета экономических и социально-экономических показателей, характеризующих деятельность хозяйствующих субъектов; расчёты экономических и социально-экономических показателей на основе типовых методик и действующей нормативно-правовой базы.

В профессиональную компетентность экономиста необходимо включить компетенцию по выполнению расчётов, необходимых для составления экономических планов, умение их обосновывать и представлять результаты работы в соответствии со стандартами, которые приняты в организации или на предприятии.

Экономист, умеющий грамотно оценивать ситуацию и принимать решения, соответствующие создавшейся ситуации, должен обладать способностью к аналитической, научно-исследовательской деятельности, что характеризует его как компетентного сотрудника. Такой работник способен осуществлять сбор, анализ и обработку данных, необходимых для решения поставленных экономических задач, выбрав инструментальные средства, необходимые для обработки данных, и, получив результаты, проанализировать их и прийти к выводам, которые далее используются им при построении экономических моделей.

Современная экономика страны неразрывно связана с развитием мирового экономического сообщества, откуда вытекает необходимость быть компетентным в области анализа и интерпретации данных отечественной и зарубежной литературы о социально-экономических процессах и явлениях. Умение выявить современные тенденции изменения социально-экономических показателей, проанализировать их и составить отчёт о возможных изменениях в деятельности предприятия или организации на основании полученных данных входит в профессиональную компетенцию экономиста.

В компетенцию профессионала в области экономики входит и его способность к организационно-управленческой деятельности, которая включает в себя навыки организации деятельности малой группы, созданной для осуществления конкретного экономического проекта, а также критическая оценка предлагаемых вариантов управленческих решений и разработка и обоснование предложения по их совершенствованию, учитывая социально-экономическую эффективность, риски и возможные социально-экономические последствия.

В современном мире ни одно из вышеперечисленных действий невозможно без применения современных информационных технологий, что приводит к необходимости обладания компетентностью в области ИКТ. С их помощью специалист может планировать последовательность действий, необходимых для решения поставленной перед ним задачи; организовывать поиск информации из множества источников (независимо от места их нахождения). Кроме того, профессионально-компетентный специалист должен уметь работать с отобранной информацией, структурировать её, систематизировать, обобщать и представлять в виде, понятном другим людям. Информационная компетентность, способность грамотно использовать ИКТ является одной из важнейших компетенций профессионала в области экономики.

Следует отметить, что роль и значение каждой страны в мировой экономике находятся в прямой зависимости от того, насколько она владеет высокими технологиями. Уровень развития наукоемких технологий в настоящее время является характеристикой экономического состояния и научно-производственного потенциала страны и обеспечивает ее конкурентоспособность, а мастерское владение этими технологиями показывает высокий уровень профессиональной компетентности специалиста [3].

Таким образом, профессионально-компетентный специалист представляет собой человека, в котором объединение всех

структурных компонентов - знаний, умений, навыков, личностных качеств, его способность к социальной адаптации и профессиональный опыт в сфере экономики, способствуют решению задач, поставленных перед ним. Современное высшее профессиональное образование направлено на то, чтобы будущие специалисты овладевали всеми выше перечисленными компетенциями, развивая их в процессе учёбы в вузе, с тем, чтобы соответствовать конкуренции, существующей на рынке труда. Чтобы стать таким конкурентноспособным специалистом, студентам необходимо настойчиво овладевать знаниями, входящими в курс обучения, выработать умения и навыки, личностные качества, необходимые для работы в различных сферах экономики. Современное профессиональное образование, объединяя как преподавание академических наук, так и развитие навыков и умений для достижения профессионализма высокого уровня, стремится к формированию высокой профессиональной компетентности специалистов в области экономики. Реализация данной задачи приведёт в результате к появлению мотивированных, целеустремлённых, работоспособных, высоко образованных, владеющих всем многообразием компетенций специалистов на рынке труда.

Литература.

1. Васичкина О.Н. Уровни сформированности профессиональной коммуникативной компетентности студентов экономических специальностей. // *Материалы III Международной научно-практической конференции «Формирование профессиональной компетентности будущих специалистов в условиях кредитной технологии обучения: опыт, проблемы и перспективы».* Казахстан. г. Кокшетау, КГУ им. Ш. Алиханова. 2011г.
2. Зимняя И.А. Социально-профессиональная компетентность как целостный результат профессионального образования (идеализированная модель) // *Материалы к восьмому заседанию методологического семинара 14 июня 2005г.* – М.: Исследовательский центр проблем качества подготовки специалистов. 2005.
3. Пугачёва Н. Б. Приоритетные задачи высшего профессионального образования в современной теории и практике // *Социосфера.* 2011. № 1. С. 42–46.
4. Хомский Н. Аспекты теории синтаксиса. // Москва. 1972.
5. Хуторской А.В. Ключевые компетенции и образовательные стандарты. // *Интернет-журнал «Эйдос».* – 2002. – 23 апреля. <http://eidos.ru/journal/2002/0423.htm>. Дата обращения 24.07.2017.

References:

1. Vasichkina O. N. Levels of formation of professional communicative competence of students of economic specialties. // *Materials of III International scientific-practical conference "Formation of professional competence of future specialists in the conditions of credit education technology: experience, problems and prospects".* Kazakhstan. Kokshetau, KSU. Alikhanov, Sh. 2011.
2. Zimnyaya I. A. Social and professional competence as an integral result of professional education (idealized model) // *Materials for the eighth meeting of the methodological seminar 14 June 2005.* – M.: Research center of quality problems of specialists training. 2005.
3. Pugacheva N. B. the Priorities of higher professional education in the modern theory and practice // *Sociosphere.* 2011. No. 1. P. 42-46.
4. Chomsky N. Aspects of the theory of syntax. // Moscow. 1972.
5. Khutorskoy A.V. Key competences and educational standards. // *Internet magazine "Eidos".* – 2002. – On April 23. <http://eidos.ru/journal/2002/0423.htm>. Date of access 24.07.2017



UDC 340

LEGAL ASPECTS OF FAMILY EDUCATION

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ СЕМЕЙНОГО ВОСПИТАНИЯ

Kolontaevskaya I.F.

*Doctor of Pedagogical Sciences,
Candidate of Legal Sciences, Professor;
Head of Department of Civil Law and Process,
Moscow University named after S.Y. Witte*

Колонтаевская И.Ф.

*д.пед.н., к.ю.н., профессор,
заведующая кафедрой гражданского права
и процесса, Московский университет имени
С.Ю. Витте, г. Москва*

Abstract: the article reveals the relationship between family education and law, analyzes the processes of legislative formulation of the provisions of family pedagogy in modern Russian legislation, considers possible ways of development of interaction between family education and law.

Key words: family education, family law, moral values, family relationships

Аннотация: в статье раскрывается взаимосвязь между семейным воспитанием и правом, анализируются процессы законодательного оформления положений семейной педагогики в современном российском законодательстве, рассматриваются возможные пути развития взаимодействия семейного воспитания и права.

Ключевые слова: семейное воспитание, семейное право, нравственные ценности, семейные правоотношения.

В системе форм и средств воспитания детей существенная роль традиционно отводится семье. В историческом прошлом, когда еще не существовало специальной системы образования, мощной педагогической силой выступала семья, родители, круг родных и близких людей. Забвение же нравственных ценностей, лежащих в основе семьи как социального института, (свободная любовь, гомосексуализм, однополые браки), всегда неминуемо приводило к деградации общества и государства [1, с. 98-99].

В русском законодательстве родительская власть, обязывающая вскармливать и воспитывать своих детей, принадлежала только родителям в предположении их способности воспитать будущих граждан. Кроме того, именно родителям всегда принадлежало и право выбора системы духовно-нравственных ценностей, прививаемых ребенку [2, с. 577].

Известный российский юрист-цивилист и общественный деятель Д.И. Мейер (1819 – 1856) указывал на неоднозначность правовой природы феномена семейного воспитания. Он отмечал, что «воспитание» вообще настолько общее понятие, что его юридическое содержание в нем просто теряется, и что родители, как правило, воспитывают своих детей не по официальным правовым предписаниям, а по нравственным законам, существующим в том или ином обществе, общности или семье [3, с. 381].

Значимость родительского воспитания своих детей не только для каждой отдельной семьи, но и для общества и государства в целом, обусловили необходимость правового оформления важнейших педагогических установок, закладываемых в семье. В настоящее время можно привести немало примеров законодательного закрепления моральных норм, регулирующих семейные отношения, а само семейное воспитание предстает сейчас в качестве «вполне окрепшего юридического феномена». Так, в части 2 статьи 38 Конституции Российской Федерации за обоими родителями в равной степени закреплены такие их права и обязанности, как забота о детях и их воспитание. Конституционное право родителей на воспитание своих детей конкретизировано в ст. 63 Семейного кодекса РФ.

Термин «воспитание» находит свое применение в целом ряде нормативных правовых актов [4, 5]. При этом основанием возникновения прав и обязанностей родителей по отношению к ребенку выступают юридический факт его рождения (усыновления) и регистрация данного факта в органах ЗАГС (ст. 47, 136, 137 СК РФ

и ст. 17 ФЗ «Об актах гражданского состояния»). В статье 2 Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012 № 273-ФЗ дается развернутое легальное определение термина «воспитание», осуществляемое, как подчеркивается в Законе, «в интересах человека, семьи, общества и государства».

Таким образом, в современном обществе семейное воспитание выступает не как произвольное и самодостаточное явление узкосемейного порядка, а официально обязательный элемент правоотношений, возникающих и существующих между родителями и детьми. Пункт 2 статьи 54 СК РФ закрепляет право ребенка на воспитание своими родителями, на их заботу, а также на совместное с ними проживание. Это право дополняется установленной в п. 3 ст. 31 Семейного кодекса сугубо педагогической обязанностью родителей – заботиться о благосостоянии и развитии своих детей, иными словами, заниматься их воспитанием.

Активный оборот термина «воспитание» – характерная особенность современного семейного законодательства. Около половины статей Семейного кодекса РФ имеют прямое или косвенное отношение к семейному воспитанию детей. Учтены в том числе и существующие формы устройства в семью детей, оставшихся без попечения родителей, каждая из которых рассматривается, прежде всего, с позиции права ребенка на семейное воспитание [6, с. 54]. Однако в Семейном кодексе не дается определения понятия «семейное воспитание», что создает определенные трудности его адекватного понимания субъектами семейных правоотношений, что, в свою очередь, негативно сказывается на правовом регулировании процессов семейного воспитания в целом.

Об особой педагогической роли семьи свидетельствует также Постановление Правительства РФ от 18.05.2009 № 423 «Об отдельных вопросах осуществления опеки и попечительства в отношении несовершеннолетних граждан», в тексте которого содержатся конкретные организационно-правовые правила подбора, учета и подготовки граждан, выразивших желание стать опекунами или попечителями несовершеннолетних граждан либо принять детей, оставшихся без попечения родителей, в семью на воспитание в иных установленных семейным законодательством Российской Федерации формах.

В соответствии с указанными правилами, не только моральные, но и социально-педагогические по своему содержанию правила могут подкрепляться правовыми санкциями и, следовательно,

обеспечиваться принудительной силой государства.

Воспитательное влияние семьи осуществляется, как правило, по принципу «делай, как я», т. е. в его основе – авторитет родителей, их дела и поступки, семейные традиции. Критериями оценки здесь выступают общечеловеческие ценности: бескомпромиссная борьба добра со злом, честность и честь, любовь к людям, трудолюбие и умение быть благородным, и, конечно, достоинство. Не случайно принятая в 1948 г. Генеральной Ассамблеей ООН «Всеобщая декларация прав человека» начинается «...с признания достоинства, присущего всем членам человеческой семьи, и равных и неотъемлемых прав их...» [7].

Анализ практики семейного воспитания показывает, что основными путями и условиями его правоформирующего и праворазвивающего влияния являются следующие:

- реализация принципа личного примера всех членов семьи в неукоснительном выполнении законов;
- проведение старшими членами семьи праворазъяснительной работы среди младших;
- формирование у всех членов семьи положительного и уважительного отношения к правовым предписаниям;
- нравственное одобрение правопослушного поведения, правоохранительной и правоприменительной деятельности;
- создание личностно-бытовых и деятельностных предпосылок для формирования правосознания и другие.

Процесс правового воспитания в семье не имеет границ, начала или конца. Старшие члены семьи должны выступать в качестве жизненного идеала для младших. В семье как бы координируются усилия всех участников воспитательного процесса. Семья создает для человека, особенно молодого, ту модель жизни, в которую он включается. Каждый юноша и девушка невольно и порой неосознанно повторяют своих родителей, несут в себе нравственно-правовой заряд той социальной среды, в которой живет семья. Наличие же двойных стандартов в поведении родителей («Провозглашаю одно, делаю другое») закладывает нравственно-нездоровую основу личности. Кроме того, двойные стандарты довольно сильно затрудняют взаимопонимание.

Многие вопросы правовоспитательного характера осуществляются через их последовательную реализацию. Семья чутко реагирует на все изменения, которые происходят в государственной и общественной жизни. Внутрисемейные процессы, в свою очередь, оказывают воздействие на общество. Поэтому необходима постоянная забота государства и общества о семье, о реализации ею своих правовоспитательных функций. В то же время семья должна руководствоваться не только узкосемейными, но и общественными интересами, что во многом предопределяет формирование у ее членов правосознания [8, с. 355].

Иными словами, правовоспитательное влияние семьи будет эффективным только тогда, когда будут задействованы как внешние факторы ее жизнедеятельности (гражданские права и обязанности, забота со стороны государства), так и внутренние резервы семейного уклада.

Что касается реализации правовых норм семейного законодательства с применением правил педагогики, то они не всегда совпадают. Здесь лидирует, прежде всего, ориентация на право, нормы которого порой не тождественны суждениям педагогического характера. Однако право и педагогика обогащают друг друга. Так, семейное право ограничивается в общих чертах деятельностью, связанной с семейным воспитанием, а педагогика содержит конкретные правила, обязывающие соблюдать сугубо педагогические требования. Вот почему бывает затруднительным сказать, что здесь первично, а что – вторично, и где имеют место быть незави-

симые, хотя и тесно связанные между собой понятия, свободные от подчиненности. Семейное право, согласно позиции профессора М. С. Кокориной, служит, скорее всего, лишь общим знаменателем поведения, связанного с семейным воспитанием ребенка, опосредует не отдельный поведенческий акт, а типичное, упрощенное, одобряемое или не одобряемое государством поведение [9, с. 36].

Со своей стороны, педагогические предписания не могут быть одинаковыми для всех детей. Различают, например, дошкольную, школьную и другие отрасли педагогики, тогда как дарованное государством право ребенка на семейное воспитание затрагивает любого несовершеннолетнего безотносительно к его возрасту, способностям, состоянию здоровья, степени материального обеспечения и т.д. К тому же существуют разные возрастные стадии детства: младенчество, дошкольный возраст, младший школьный возраст, отрочество. Им всем без исключения нужна своя педагогика, но при этом одно право – право на жизнь и воспитание в семье.

Неблагополучие в среднестатистической российской семье, вызванное разными обстоятельствами, в том числе противоречиями между предписаниями семейного права и педагогики, вызвали появление Концепции государственной семейной политики Российской Федерации на период до 2025 г. В ней говорится об общих для семейного права и педагогики целях, принципах, приоритетных задачах, основных направлениях семейной политики государства. Заслуживают внимания призывы этой Концепции:

- признать воспитание детей не только частной, но и общественно значимой деятельностью;
- создать комфортную среду для воспитания родителями детей;
- содействовать осуществлению семейных функций;
- учитывать традиционные для России семейные (духовные) ценности, влияющие на состояние семьи;
- признать приоритет родительской «власти» в вопросах семейного воспитания и др. [10, с. 30].

Однако господствовавшая в свое время идея замены семейного воспитания общественным оказывается «живучей», отчасти сохранившейся и в наши дни, правда, уже больше по причине трудовой занятости эмансипированных женщин, акцентированной роли добытчиков-мужчин. Но в этой идее сокрыта причина также социально-педагогического характера.

Русский философ И.А. Ильин писал:

«Природа устроила так, что одно из самых ответственных и священных призваний человека – быть отцом и матерью делается для человека доступным просто при минимальном телесном здоровье и половой зрелости... Вследствие этого утонченнейшее, благороднейшее и ответственнейшее искусство на земле – искусство воспитания детей – почти всегда недооценивается и пренебрегается...» [11, с. 231 – 232].

Учесть это обстоятельство предстоит как семейному праву, так и семейной педагогике. При этом развитие семейно-правовых норм о воспитании целесообразно связать с положениями о целях и принципах семейного воспитания [12, с. 102 – 106]. Соответственно, первоочередное отражение в принимаемых нормативных правовых актах должны получить цели, связанные с благополучием ребенка, а также такие позиции, установки и привычки поведения, как уважение к людям, обществу и государству, миру и человечеству в целом. Для родителей в выборе ими целей семейного воспитания и средств их достижения координирующим принципом должен быть приоритет принципа заботы о жизни и здоровье ребенка.



Список литературы:

1. Аминов И.И. Основы юридической педагогики. Учебник для аспирантов. М.: Проспект, 2017.
2. Шершеневич Г.Ф. Курс гражданского права. Тула: Автограф, 2001.
3. Мейер Д.И. Русское гражданское право: В 2 ч. М., 1997. Ч. 2. С. 381.
4. Федеральный закон от 21.12.1996 № 159-ФЗ (ред. от 01.05.2017) «О дополнительных гарантиях по социальной поддержке детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей».
5. Федеральный закон от 24.07.1998 № 124-ФЗ (ред. от 28.12.2016) «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации».
6. Нечаева А.М. Семейное право и педагогика // Государство и право. 2014. № 5.
7. «Всеобщая декларация прав человека» (принята Генеральной Ассамблеей ООН 10.12.1948) // «Российская газета» 05.04.1995. № 67. (Пreamбула).
8. Пидкасистый П.И. Педагогика: учебное пособие для студентов педагогических вузов и педагогических колледжей. М., 1998.
9. Кокорина М.С. Категория «воспитание» в российском семейном законодательстве // Семейное законодательство Российской Федерации: опыт десятилетия и перспективы. Тверь, 2006.
10. Концепция государственной семейной политики Российской Федерации на период до 2025 года (Общественный проект). В 5-ти кн. М., 2013. Ч. I. Кн. 1.
11. Ильин И.А. Почему мы верим в Россию: Сочинения. М.: Эксмо, 2007.
12. Краснова Т.В. Воспитание как уникальный юридический феномен и проблемы его современной легальной дефиниции // Законы России: опыт, анализ, практика. 2016. № 9. С. 102–106.

References:

1. Aminov I.I. Osnovy yuridicheskoy pedagogiki. Uchebnik dlya aspirantov. M.: Prospekt, 2017.
2. SHershenevich G.F. Kurs grazhdanskogo prava. Tula: Avtograf, 2001.
3. Mejer D.I. Russkoe grazhdanskoe pravo: V 2 ch. M., 1997. CH. 2. S. 381.
4. Federal'nyj zakon ot 21.12.1996 № 159-FZ (red. ot 01.05.2017) «O dopolnitel'nyh garantiyah po social'noj podderzhke detej-sirot i detej, ostavshih'sya bez popecheniya roditel'ej».
5. Federal'nyj zakon ot 24.07.1998 № 124-FZ (red. ot 28.12.2016) «Ob osnovnyh garantiyah prav rebenka v Rossijskoj Federacii».
6. Nechaeva A.M. Semejnoe pravo i pedagogika // Gosudarstvo i pravo. 2014. № 5.
7. «Vseobshchaya deklaraciya prav cheloveka» (prinyata General'noj Assambleej OON 10.12.1948) // «Rossijskaya gazeta» 05.04.1995. № 67. (Preambula).
8. Pidkasiy P.I. Pedagogika: uchebnoe posobie dlya studentov pedagogicheskikh vuzov i pedagogicheskikh kolledzhej. M., 1998.
9. Kokorina M.S. Kategoriya «vospitanie» v rossijskom semejnom zakonodatel'stve // Semejnoe zakonodatel'stvo Rossijskoj Federacii: opyt desyatiletija i perspektivy. Tver', 2006.
10. Konceptsiya gosudarstvennoj semejnoj politiki Rossijskoj Federacii na period do 2025 goda (Obshchestvennyj proekt). V 5-ti kn. M., 2013. CH. I. Kn. 1.
11. Il'in I.A. Pochemu my verim v Rossiju: Sochineniya. M.: EHksmo, 2007.
12. Krasnova T.V. Vospitanie kak unikal'nyj yuridicheskij fenomen i problemy ego sovremennoj legal'noj definicii // Zakony Rossii: opyt, analiz, praktika. 2016. № 9. S. 102–106.

UDC 374.71

SOCIAL-PEDAGOGICAL PROBLEM OF CONFLICTS IN FAMILY

КОНФЛІКТИ В СІМ'Ї ЯК СОЦІАЛЬНО-ПЕДАГОГІЧНА ПРОБЛЕМА

Koretskaya L. V.

Head of division of ofscientific and metodological support of out-of-school work content and character building Institute of educational content modernization Metropolita V. Lypkivskoho Street, 36, Kyiv, Ukraine, 03035

Корецька Л. В.

нач. відділу наукового та навчально-методичного забезпечення змісту позашкільної освіти та виховної роботи Інституту модернізації змісту освіти вул. Митрополита В. Липківського, 36, м. Київ, Україна, 03035

Abstract: This paper serves modern research about family conflicts that endanger its existence and prevent the creation of a mutually acceptable system of family values; Strategy behavior of parties to conflict resolution and basic ways to prevent them.

Keywords: conflict, marital conflict, stages of conflict, types of conflicts, the classification of family conflicts, prosperous and disadvantaged families stages of conflict resolution, conflict prevention.

Анотація: в роботі подаються сучасні дослідження про сімейні конфлікти, що створюють небезпеку для її існування та перешкоджають створенню взаємоприйнятної системи сімейних цінностей; стратегія поведінки сторін на подолання конфліктів та основні шляхи їх попередження.

Ключові слова: конфлікт, сімейний конфлікт, етапи розвитку конфлікту, типи конфліктів, класифікація сімейних конфліктів, благополучні і неблагополучні сім'ї, етапи подолання конфліктів, попередження конфліктів.

Актуальність. Сім'я як спільність людей, пов'язаних подружніми стосунками, взаєминами батьків і дітей, веденням домогосподарства, - це первинний осередок суспільства з важливими соціальними функціями, який має особливе значення в житті кожної людини, забезпечує її захист, формує і задовольняє духовні потреби, забезпечує первинну соціалізацію. Сім'я – є унікальним соціальним інститутом, посередником між індивідумом і суспільством, через неї із покоління в покоління передаються фундаментальні цінності.

Сімейна політика всіх цивілізованих країн своїм пріоритетним завданням вважає зміцнення інституту сім'ї. Але у сучасній системі виховання та освіти України практично відсутня підготовка молоді до шлюбу і виконання подружніх обов'язків. Наукове вивчення педагогічних соціально-психологічних аспектів підготовки молоді до шлюбу, виведення на високий рівень розвитку культури шлюбно-сімейних відносин є однією з актуальних проблем психологічно-педагогічної науки.

Аналіз джерельної бази. Аналіз соціологічних, психолого-педагогічних досліджень, праці вчених Г. М. Андрєєвої, Ю. В. Васильєвої, О. Л. Зверєвої, Т. А. Куликової, психолого-педагогічний досвід і практика дозволяють стверджувати, що в системі різноманітних соціальних інститутів і груп, що впливають на розвиток особистості, сім'я є не просто важливим, але й необхідним компонентом виховання.

Присвятили свої дослідження проблемі конструктивної взаємодії людини в сім'ї, її гармонійного існування, усвідомлення своїх потреб у сім'ї і їхньої реалізації Ю. Е. Альошина, Л. Я. Гозман, А. Я. Варга, А. І. Захаров, А. С. Співаковська, А. Н. Обозова, Н. Н. Обозов, Е. Г. Ейдемиллер, В. С. Штифурак.

Сімейна проблематика досить широко представлена як у соціологічних (С. І. Голод, В. І. Зацепін, М. С. Мацковський, А. Г. Харчев, Д. М. Чечот та ін.), так і у психологічних (М. І. Алексєєва, Т. В. Буленко, Т. В. Балакун, С. В. Дворяк, З. М. Кісарчук, Г. С. Кочарян, А. С. Кочарян, Б. Г. Херсонський, В. В. Юстицький та ін.) роботах.

Проблема підготовки учнівської молоді до сімейного життя, статевого та дошлюбного виховання знайшла своє відображення також у дослідженнях вітчизняних педагогів. Ними вивчались такі аспекти даної проблеми: теоретичні основи статевого виховання (В. Є. Каган, В. М. Колбановський, Л. І. Слинько); статево виховання в сім'ї (А. В. Говорун, Г. Ф. Дейнега, Д. В. Колесов); моральні аспекти підготовки школярів до сімейного життя (Л. Я. Верб, З. Г. Зайцева, Р. А. Лемехова, І. А. Трухін); індивідуальний підхід до старшокласників у підготовці майбутнього сім'янина (В. М. Бизова, М. Ф. Феоктистова). На проблему сімейного насильства звернули увагу К. Мінакова, О. М. Савчук, А. Бондаровська, Ю. В. Онищенко, С. В. Омелянчик, У. М. Трубавіна, О. А. Удалова.

Виклад основного матеріалу. Сім'я як соціальний інститут сьогодні одна із складових частин загальної системи виховання підростаючого покоління. Криза сучасної сім'ї пов'язана з різкою зміною соціального статусу, у якому вона перебуває; повільним переходом сім'ї до нових соціокультурних обставин, що змінилися. Особливе занепокоєння викликають сім'ї, для яких характерні високий рівень конфліктів та агресії.

Сімейні конфлікти мають свої особливості і різні рівні небезпеки для сім'ї. Один із видів конфронтації всередині сім'ї – це сварки, які трапляються навіть у здорових і щасливих сім'ях. У всіх членів сім'ї можуть бути свої погляди на вирішення існуючих проблем і свої цілі, що іноді викликає конфлікти. Такі короткострокові конфлікти не несуть загрози стабільності сім'ї і навіть іноді допомагають розрядити обстановку.

Інший вид конфронтації – це напруженість. Напруженість – це наявність давніх невирішених конфліктів, які обтяжують членів сім'ї, але при цьому не розвиваються і не вирішуються. Такі конфлікти можуть бути як прихованими, так і відкритими, але в кожному разі вони ведуть до накопичення негативної енергії, дратівливості і неприязні. Напруженість дуже часто призводить до втрати зв'язків всередині сім'ї.

Криза – це наступний вид конфронтації, який характеризується високим рівнем напруженості, що впливає на розлучення.

За даним Держкомстату, на 295 тисяч укладених шлюбів в Україні припадає 130,7 тисячі розлучень. Тобто розлучаються 44,3 % подружніх пар. А якщо взяти до уваги цивільні шлюби, які також розпадаються, то рівень розлучень в Україні, за даними фахівців, сягає 61 %. Тобто розпадається більш як половина пар! Це найвищий показник у Європі, за даними Євростату. Пік розлучень, кажуть соціологи, припадає на перші роки подружнього життя – від 3-х місяців до півтора року. Основною причиною розлучення в Україні називають алкоголізм, вимушену розлуку та нестатки. «Не так давно ми досліджували причини, через які розлучаються родини,» - розповіла газеті «Експрес» Людмила Слюсар, провідний науковий співробітник Інституту демографії та соціальних досліджень ім. М. В. Птухи НАНУ. У свою чергу експерт з питань сімейної політики та сімейних відносин, президент Всеукраїнського благодійного фонду «Сім'я» Адріан Буковинський зазначив, що серед пар, які живуть в громадянському шлюбі, 95 % через певний проміжок часу розлучаються.

Також на прес-конференції були представлені результати Всеукраїнського соціологічного дослідження «Фактор сімейного щастя», які свідчать, що більше половини жінок України (58 %) замислювались про розлучення, тоді як над цим замислювалися лише 42 % чоловіків. Результати дослідження також показали, що жінки вступають у конфлікти зі своїми чоловіками на 8 % частіше, ніж чоловіки зі своїми жінками. Дослідження виявило, що конфлікти супроводжують нещасливі подружні стосунки. 61 % таких пар часто сваряться з різних приводів. Виявлено, що серед причин конфліктів у подружньому житті є неможливість стримувати емоції (32 % опитаних), побутові причини (32 % опитаних), у 4 % українців причиною конфліктів є відсутність почуттів.

Розкриваючи сутність активної стратегії, Бех І. Д. підкреслює, що виконуючи функцію об'єкта і суб'єкта суспільних відносин, людина повинна виявити себе активним діячем, оскільки лише через власну активність відбувається перетворення суспільних відносин в особистісну структуру.

В системі наукових досліджень розроблено науково-обґрунтовані моделі особистості фахівця (В. І. Андрєєва, С. І. Архангельський, А. О. Вербицький, В. І. Загв'язінський, В. Ф. Моргун, Б. О. Орлов, Н. Ф. Тализіна).

З початку 90-х років у працях Б. С. Гершунського, І. А. Зазюна, В. О. Кудіна проблема професійного становлення особистості розглядається як проблема філософії освіти, яка досліджує розвиток професійної культури і професійне становлення через категорії суб'єкта, свободи, саморозвитку, самовдосконалення, цілісності, діалогу тощо. З цих позицій ідея особистісно-орієнтованої освіти протистоїть редукції цілісної людини до окремих «частин» її буття – функціональному розвитку властивостей особистості, значущих для певних утилітарних цілей (Г. С. Батіщев, В. Е. Кемеров, В. В. Серіков, Н. Б. Сігов, М. Полані, Р. Еванс).

Сімейний конфлікт – це протистояння між членами сім'ї на основі зіткнення протилежно направлених мотивів і поглядів.

Сімейні конфлікти мають свої особливості. Їх основний



зміст складають як міжособистісні стосунки (любов, кровна спорідненість), так і правові й етичні зобов'язання, обумовлені реалізацією функції сім'ї: репродуктивної, виховної, господарсько-економічної, організація дозвілля і відпочинку, комунікативної і регулятивної.

Дослідники класифікують сімейні конфлікти за наступними ознаками:

— за суб'єктами: між подружжям, батьками й дітьми, бабусями, дідусями та онуками тощо;

— за джерелами: ціннісні (невідповідність почуттів і реальних відносин подружжя, наявність протилежних інтересів, потреб); господарські (різні погляди на ведення домашнього господарства); статусні (боротьба за лідерство); емоційні (ревності, дефіцит любові, турботи, непорозуміння); сексуальні (психосексуальна дисгармонія) та ін.;

— за сферою прояву: у сімейних відносинах (особистих і майнових); між родичами; у стосунках сім'ї з державними чи приватними службами;

— за формою: бурхливі (образи, скандали тощо); «тихі» (переривання спілкування, «бойкоту» тощо).

Дослідження дозволило виявити причини виникнення сімейних конфліктів:

— обмеження свободи активності, дій, самовираження дій членів сім'ї;

— ненормативна поведінка одного або декількох членів сім'ї (алкоголізм, наркоманія тощо);

— наявність протилежних інтересів, прагнень, обмеженість можливостей для задоволення потреби одного з членів сім'ї (з його точки зору);

— авторитарний, жорстокий тип взаємостосунків, що склалися в сім'ї;

— наявність важковирішувальних матеріальних проблем;

— авторитарне втручання у подружні стосунки ззовні (з боку батьків, родичів, друзів та ін.);

— незадоволення потреби у взаємодопомозі і взаєморозумінні з питань ведення домашнього господарства, виховання дітей, у стосунках із батьками;

— сексуальна дисгармонія партнерів у шлюбі та ін.

Сімейні конфлікти можуть мати важкі соціальні наслідки. Дуже часто вони призводять до різних захворювань членів сім'ї, особливі важкі наслідки сімейні конфлікти мають для дітей.

Численні дослідження показують, що всі сім'ї по-різному протистоять життєвим труднощам. Для одних результатом несприятливих дій буде наростання сімейних проблем: підвищення конфліктності, зниження задоволеності сімейним життям, розлучення та ін. Інші ж, навпаки, під впливом стресу збільшують свою згуртованість і примножують зусилля для подолання кризи і збереження сім'ї. Здатність діяти конструктивно і справлятися з життєвими проблемами визначає тип сім'ї.

Залежно від способу реагування на стресові, конфліктні ситуації (частота, глибина і гострота конфлікту) сім'ї можна поділити на благополучні і неблагополучні.

Благополучні сім'ї. Їх проблеми, як правило, викликані внутрішніми суперечностями і конфліктами, які пов'язані з умовами життєдіяльності в соціумі, що змінюються.

Неблагополучні сім'ї (проблемні, конфліктні, кризові). Психологічні проблеми виникають через незадоволення потреб одного або декількох членів сім'ї під впливом сильних внутрішніх сімейних і зовнішніх соціальних життєвих чинників.

Охарактеризуємо типи неблагополучних сімей.

Конфліктні сім'ї. У взаємостосунках подружжя є сфери, в яких їх інтереси, потреби, наміри і бажання приводять до зіткнення, породжують сильні та тривалі негативні емоційні стани.

Кризові сім'ї. Протистояння інтересів і потреб подружжя має гострий характер і охоплює важливі сфери життєдіяльності сім'ї. Подружжя займає непримиренні і, навіть, ворожі позиції стосовно один одного, не погоджуючись на компроміси. Кризові сім'ї розпадаються або знаходяться на межі розпаду.

Проблемні сім'ї. Для них характерним є тривале існування труднощів, здатних привести до розпаду сім'ї. У таких сім'ях ймовірно загострення взаємин, поява важких психічних розладів в одного чи обох членів подружжя.

Конфлікт може розвиватися як у конструктивному, так і в деструктивному напрямі.

Конструктивним вважається конфлікт, коли у взаємовідносинах подружжя присутні взаємоповага, терпіння, утримання від образ і приниження, бажання знайти причини виникнення конфлікту, взаємна готовність для ведення діалогу, намагання змінити стосунки, що склалися.

Деструктивним вважається конфлікт, коли у взаєминах між подружжям присутні образи, приниження. Звичайно рішення проблеми стає неможливим, руйнуються міжособистісні стосунки.

На основі розроблених у психології типів поведінки, що найчастіше зустрічаються в конфліктних ситуаціях, дослідники виділяють п'ять стратегій поведінки сторін під час конфлікту, а саме[3]:

- поступатися своїми інтересами (пристосування);
- активно відстоювати свої позиції (боротьба або суперництво);
- знаходити частково прийнятне для обох рішення (компроміс);
- уникання конфлікту;
- співпраця, задоволення інтересів і потреб усіх сторін.

Розуміючи структуру конфлікту, можна розібратися в ньому і знайти прийнятний вихід із ситуації.

Послідовна поведінка, направлена на подолання конфлікту, передбачає кілька етапів:

- визначення основної проблеми;
- визначення причини конфлікту;
- пошук можливих шляхів вирішення конфлікту;
- спільне рішення про вихід з конфлікту;
- реалізація наміченого спільного способу вирішення конфлікту;
- оцінка ефективності зусиль, зроблена для вирішення конфлікту.

Для конструктивного вирішення сімейних конфліктів найкращими є компромісна поведінка (вона дозволяє враховувати інтереси всіх сторін) і здатність до співпраці. У певних ситуаціях доцільними можуть бути й інші поведінкові реакції, але вони не є конструктивними, бо, як правило, ведуть до загострення конфліктної ситуації.

Навчитися правильно виходити з сімейних конфліктів дуже важливо. Необхідно вчитися їх вирішувати, а ще необхідно не допускати їх прояви.

Попередження конфліктів. Назвемо основні шляхи попередження сімейних конфліктів відповідно до соціальних закономірностей розвитку сім'ї:

- формування психолого-педагогічної культури знань з основ сімейних відносин;
- виховання дітей з урахуванням їх індивідуально-психологічних і вікових особливостей, а також емоційних станів;

- організація сім'ї на засадах рівноправності, формування сімейних традицій, розвиток взаємодопомоги, взаємної відповідальності, довіри і поваги;

— формування культури спілкування.

Виходячи з вище викладеного, можна запропонувати деякі рекомендації для вирішення подружніх конфліктів [6].

1. У будь-якому конфлікті треба прагнути дотримувати особисту гідність і поважне відношення до опонента.

2. Кожний з подружжя виконує одночасно декілька ролей, деколи важко сумісних. Якщо виникають конфлікти унаслідок несумісності цих ролей, то обидва партнери повинні визначити пріоритети цих ролей.

3. У конфлікті важливо зрозуміти протилежну сторону.

4. У подружньому житті велике значення мають такі принципи, як взаємовиручка, взаємозамінність і т. п. Але якщо ці принципи не спрацьовують, то як один із способів рішення можливий варіант чіткого розподілу обов'язків подружжя.

5. У разі конфлікту, що виникає з приводу питання про те, хто глава сім'ї, може бути декілька варіантів рішення:

— домовитися про сумісне ухвалення рішень з найважливіших питань сімейного життя;

— не акцентувати на цьому питанні і лідер визначиться природним шляхом;

— розподілити сфери домінування.

6. Не переносити свої внутрішні конфлікти на сім'ю, але прагнути вислухати один одного, заспокоїти, порадити щось.

7. Не переносити службові відносини на подружні.

8. Не акцентувати уваги на недоліках, прорахунках, помилках партнера.

9. У конфліктних ситуаціях прагнути взаємного компромісу і згоди.

10. Завжди пам'ятати, що ніжність, увага, співучасть, добре слово, жарт, гумор можуть улагодити багато конфліктних ситуацій.

Якщо в сімейному конфлікті переважають негативні тенденції, то як перший етап врегулювання конфлікту слід використовувати так звані непрямі методи врегулювання конфлікту. Розглянемо деякі з них.

1. Метод «виходу відчуттів». Дати можливість опоненту виказати все, що у нього наболіло. Це знизить емоційно-психологічну напругу.

2. Метод «позитивного відношення до особистості». Конфліктуючий завжди страждальник. Треба виказати йому свої співчуття і дати позитивну характеристику його особистим якостям.

3. Метод втручання «авторитетного третього». Досить часто людина не сприймає виказаних опонентом на її адресу слів. Сприяти в такій справі зможе хтось «третьої», хто користується довірою.

Правила поведінки у конфліктній ситуації не вичерпують усіх можливих порад, але, можливо, їх дотримання зменшить число цих конфліктів.

Висновки. Підсумовуючи сказане вище, можна стверджувати, що дуже важливим є розв'язування конфліктів на початку, коли не-навість не охопила членів сім'ї і вони можуть знайти конструктивне вирішення. Стабільність сім'ї значною мірою залежить від того, наскільки подружжю вдається досягти згоди стосовно своїх прав і обов'язків, загальних цілей і завдань, а також спільну позицію у веденні домашнього господарства, вихованні дітей, розподілі сімейного бюджету тощо. Узгоджені дії подружжя обумовлені їхнім прагненням зробити вагомий внесок у спільні справи сім'ї. Так поступово в сім'ї формується система взаємодії і співробітництва, що зменшує кількість конфліктів [5].

Виходячи з зазначеного вище, важливе значення в організації системи профілактичної роботи щодо проведення корекційної роботи з сім'єю має дотримання основних вимог, які забезпечують ефективність її функціонування. Вони передбачають оптимальне для певних категорій і окремих фахівців визначення змісту просвітницької роботи, її системність і систематичність, науковість, оперативність і мобільність, наступність і перспективність, цілісність структурних формувань методичної роботи; диференціацію у виборі її форм і змісту; забезпечення високопрофесійного рівня управління; залучення до постійного професійного самовдосконалення всіх учасників процесу вдосконалення системи інформаційного забезпечення суб'єктів діяльності щодо попередження конфліктів у сім'ї.

Таким чином, змістом роботи щодо проведення корекційної діяльності та профілактики конфліктів у сім'ї є комплекс методологічних, психолого-педагогічних, правових, соціальних, медичних, культурологічних проблем, які розв'язуються шляхом участі фахівців у практичній діяльності, спрямованій на підвищення їх професіоналізму в цьому напрямку. Водночас, проблема конфліктів була і залишається надзвичайно складною для вивчення, а отже й для визначення шляхів протидії цьому явищу. На часі нагальне завдання – змінювати терпиме, а й іноді байдуже ставлення членів суспільства до проявів агресії в родині, зокрема через проведення широкої просвітницької роботи, спрямованої на подолання стереотипів у суспільних і сімейних відносинах та впровадження гуманістичних моральних і культурних цінностей у свідомість громадян.

ЛІТЕРАТУРА (references):

1. Abramova G. S. *Vozrastnaya psihologiya* / G. S. Abramova. – M. : Akadem. proekt, 2001. – 704 s.
2. *Vikova ta pedagogichna psihologiya : navchal'nij posibnik* / Skripchenko O. V., Dolins'ka L. V., Ogorodnijchuk Z. V. ta in. – K. : Prosvita, 2001. – 416 s.
3. Elohina T. P. *Psihologiya politicheskogo sotrudnichestva v Rossii* / T. P. Elohina. – SPb : Izd-vo SPb un-ta, 2004. – 260 s.
4. Kravchenko A. I. *Obshchaya sociologiya : ucheb. posobie dlya vuzov* / O. I. Kravchenko. – M. : YUniti-dana, 2001. – 479 s.
5. Makovij G. P. *Zatoptanij cvit : narodoznavchi opovidki* / G. P. Makovij. – K. :Ukr. pis'mennik, 1993. – 205 s.
6. *Ucheb. posobie dlya stud. vyssh. ucheb. zavedenij* / E. I. Artamonova, E. V. Ekzhanova, E. V. Zyryanova i dr.; Pod red. E. G. Silyaevoj. M.: Izdatel'skij centr Akademiya, 2002 g. - 192 s.
7. Faber A. *Svobodnye roditeli, svobodnye deti* / A. Faber, E.H. Mazlish ; [per. s angl. T. Novikovoj]. – M. : EHkmo, 2012. – 320 s.



UDC 37.016:78

EXPERIMENTAL MUSICAL EDUCATION OF PRE-SCHOOL CHILDREN IN TERMS OF SANOGEN AND PERSONAL APPROACH

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ МУЗИЧНЕ НАВЧАННЯ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ НА ОСНОВІ САНОГЕННО-ОСОБИСТІСНОГО ПІДХОДУ

Malashevskaya I.A.

*Ph.D., The Art Institute of The National
Pedagogical University by Dragmanova N.P.
Turgenevskaya str., 11, Kyiv,
Ukraine, 01054*

Малашевська І.А.

*канд. пед. наук, доцент, докторант
Інституту мистецтв Національного педагогічного
університету імені М.П. Драгоманова,
вул. Тургенівська, 11, м. Київ, Україна, 01054*

Abstract: The article highlights the development and content of pedagogical experiment while implementation of theoretical and methodological system of musical education of pre-school children. The article contains the overview of the main stages of musical and educational pre-school children's activity, the distinguishing of main tasks of educational and healing directions, the choice of forms of musical education on every level of pedagogical experiment.

Key words: pedagogical experiment, the fairy lesson, journey lesson, tone recognition.

У статті висвітлюються хід та зміст педагогічного експерименту із впровадження теоретико-методичної системи музичного навчання з дітьми дошкільного віку. Стаття містить розгляд основних етапів музично-навчальної діяльності дошкільників, визначення сутнісних характеристик та основних завдань освітнього та оздоровчого напрямків, а також вибір форм на кожному етапі експериментального музичного навчання.

Ключові слова: педагогічний експеримент, заняття-казка, заняття-мандри, заняття-звукпізнання.

Постановка проблеми. Сучасний загальноосвітній процес дітей характеризується збільшенням інтелектуального, емоційного й особистісного навантаження на дитини, що призводить до невідповідності біологічних затрат адаптаційно-компенсаторним можливостям дитячого організму. За таких умов проблема удосконалення змісту музичної освіти на основі здоров'язберігальних підходів набуває особливої актуальності.

Вирішення даної проблеми потребує пошуку та розробки інноваційної моделі музичного навчання, яка б здійснювали оптимізацію розвитку музикальності дитячої особистості на основі оздоровлення та гармонізації її емоційних станів. На нашу думку, саме використання музикотерапії у якості саногенно-особистісного підходу, сприяючи розкриттю ресурсних й адаптивних можливостей дитячого організму, створює умови для підвищення ефективності музичного навчання дошкільників і молодших школярів.

У контексті музикотерапевтичного впливу на особистість широкого огляду набули питання впливу музичного мистецтва на психофізіологічний та емоційний стани особистості (І. Волженцева, В. Петрушин, Г. Побережна) [1; 3; 4]. На окрему увагу заслуговують дослідження у галузі естетотерапії (О. Федій) [6], музикотерапевтичної педагогіки (Н. Яновська) [7] та музикотерапевтичного спрямування музичного навчання (Вальдорфська педагогіка) [5], а також використання музики як засобу саморегуляції функціональних станів учнів (Н. Євстигнєєва) [3].

Метою цієї статті є висвітлення змісту педагогічного експерименту із впровадження музикотерапії у якості саногенно-особистісного підходу до музичного навчання дітей дошкільного віку.

Педагогічний експеримент із дітьми дошкільного віку проходив у три етапи і тривав три навчальні роки. **Перший етап** – **ознайомлювально-ввідний**, проводився із дітьми молодшого дошкільного віку (4-ий рік життя). Його зміст було спрямовано на знайомство дітей з різними видами музично-оздоровчої діяльності, пристосування їх до умов процесу навчання музики на основі

саногенно-особистісного підходу, введення у світ музичного мистецтва, його образів і емоційних переживань.

Навчальні завдання цього етапу були: **закладення** основ емоційно-ціннісного ставлення до педагога та музично-оздоровчих занять і музики зокрема; розвиток фантазії та уяви, емоційно-образної сфери дітей; **розкриття** музично-творчого потенціалу дитячої особистості; **формування** первинних знань у сфері музичного мистецтва, фундаментальних основ музично-творчих умінь і навичок дітей.

Результативність даних завдань перебувала у комплементарній залежності з оздоровчими завданнями. Серед них: встановлення довіри у стосунках між дітьми та педагогом; створення умов для підняття настрою та енергетичного тону дітей; ознайомлення із засобами оздоровчо-творчого самовираження дітей; актуалізація особистісно-значущого ставлення, як до себе, так і інших дітей молодшого дошкільного віку; закладення основ комунікативно-регулятивних умінь і навичок дітей у процесі заданої музично-творчої діяльності.

Методична робота у даний період будувалась на основі механізму уподібнення, що полягало в емоційно-руховому «підстроюванні» до музики, підтримці розвитку емоційної уяви дітей музично-навчальною діяльністю.

Надзвичайно важливим моментом у роботі з молодшими дошкільниками в саногенно-особистісному напрямку була перша зустріч дітей з педагогом, який мав проводити музично-експериментальне навчання з цими дітьми упродовж трьох наступних навчальних років. Психологи запевняють, що будь-які нові обставини та люди, незвичні події, як правило, викликають у дітей, особливо молодшого дошкільного віку, відчуття стресу і дискомфорту. Саме тому, першому заняттю ми вирішили надавати такого важливого значення і його основним завданням було налагодження процесу побудови відкритих і довірливих взаємовідносин між дітьми і педагогом.

Найбільш ефективною формою музичного навчання на засадах саногенно-особистісного підходу на даному етапі було визначено заняття-казку. Тематика казок була різноманітною – це і українські народні казки, це і казки, які використовують героїв сучасних мультиплікаційних фільмів, ці і музикотерапевтичні казки (авторські розробки К.Єгорушкіної) [] тощо. Вибір тематики казок здійснювався згідно певної пори року – осінь, зима, весна.

З метою підсилення оздоровчо-розвивального ефекту музичних занять молодших дошкільників було вирішено музично-звуковий вплив поєднати з кольоротерапевтичним ефектом. Це полягало у тому, що змістове наповнення підпорядковувалося і використанню в атрибутиці заняття одного з основних кольорів: червоного, жовтого, зеленого або синього кольору. Спираючись на сутність методики М. Люшера, червоний колір ми використовували з метою підвищення енергетичного тону дітей, формування у них спрямованості на успіх і прагнення до перемоги; застосування жовтого кольору мало на меті налаштування дітей на подальшу реалізацію своїх мрій і бажань; у мету синього кольору входило налаштування дітей на стан спокою і задоволення; метою застосування зеленого кольору було вплив на силу волі дітей, закладення основ боротися з перешкодами.

Важливим підтвердження необхідності використання музичного і кольорового впливу були відомості про те, що сугестивність (навіювання) у сфері слуху і зору у хлопчика максимальна у 3 роки, а у дівчаток – у 3-4 роки, але дане навіювання має бути не розумове, а емоційно-образне.

Щодо використання музичного матеріалу, то перевага віддавалася спеціально-модифікованим класичним композиціям – інструментальній обробці музичної класики у високих регістрах. Їх тембр збагачено та насичено високими частотами, пульсуючим ритмічним фоном, цим самим, сприяючи адаптуванню «дорослої» музики до можливостей дитячого сприйняття.

Спеціалісти наголошують про важливість активного слухання музики у 3-4-річному віці: звуки краще відгукуються, резонують, якщо діти активно рухаються, малюють, танцюють або просто диригують. Отже, ще одним важливим моментом цього етапу було обов'язкове використання прийому активно-рухового відображення змісту музики, як вокальної, так і інструментальної. Це полягало в одночасному співі пісень і ритмічно-руховому відображенню їх змісту, прослуховуванні музичних творів і з подальшим танцювальним відтворенням їх характеру та змісту. Як довела практика, це сприяло насиченню заняття активно руховою діяльністю, розвитку гнучкості і пластичності дітей, їх розкріпаченню, як на фізичному, так і психологічному рівнях, сприйняттю музики усім тілом, адже емоції і пластика у даному віці надзвичайно сильно пов'язані між собою.

На другому етапі – наслідувально-поглиблювальному – у музично-оздоровчу діяльність були задіяні діти середнього дошкільного віку (5-ий рік життя). Метою цього етапу було розвиток і закріплення набутих елементарних умінь і навичок музичної діяльності в оздоровчому ключі, а також поглиблення уявлень щодо музичного мистецтва засобами повтору та ускладнення музично-навчальних завдань.

Навчальними завданнями цього етапу виступали: розвиток емоційно-ціннісного ставлення до всіх учасників і самого процесу навчання музики на засадах саногенно-особистісного підходу; поглиблення розвитку фантазії та уяви, емоційно-образної сфери дітей; розвиток умінь і навичок керованої музично-творчої діяльності; збагачення музично-практичного досвіду творчого характеру; закріплення та розширення первинної теоретичної обізнаності дітей у сфері музичного мистецтва; сприяння

активізації потреби у музично-пізнавальній діяльності; виховання комунікативно-творчої розкутості.

Досягнення даних завдань перебувало у взаємозалежності із завданнями оздоровчого напрямку. А саме: формування у дітей відчуття стабільності, звичності та безпеки; гармонізація емоційно-почуттєвого стану дітей; розвиток комунікативно-регулятивних умінь і навичок дітей; оптимізація міжособистісних стосунків і соціально-психологічної атмосфери у дитячому колективі.

Методична спрямованість музично-оздоровчої діяльності цього етапу будувалась на основі закріплення навичок заданого відтворення характеру музики у процесі вокального, інструментального та рухового музикування. Найоптимальнішою формою музичного навчання на засадах саногенно-особистісного підходу на даному другому етапі було визначено заняття-мандри. Тематична спрямованість також підпорядковувалась порам року (осінь, зима та весна).

Види музично-навчальної діяльності була та ж сама, що й на попередньому етапі роботи з молодшими дошкільниками: початок і закінчення заняття, музичне привітання-звертання, музично-танцювальна діяльність, спів пісень та тонування звуків, музичні ігри, гра на музичних інструментах, музично-релаксаційні вправи.

Розпочиналося кожне заняття зі звуку одного й того ж самого музичного інструмента, але кожен педагога обирав свій, спостерігаючи за уподобаннями дітей. Це був і дзвіночок, і трикутник, і гонг тощо. Однак у процесі проведення цього методичного прийому педагогу здійснювали спробу замінити традиційний музичний інструмент на новий і слідували за реакцією дітей. Поєднання традиції і новаторства, яке має обов'язково супроводжувати будь-який розвиток і музичний зокрема, полягав у тому, що традиція розпочинати заняття звуком музичного інструменту, який сповіщав «Заняття починається!», а новаторство полягало у зміні музичних інструментів. Згодом педагог питав дітей, яким би музичним інструментом вони хотіли розпочати заняття. Звичайно, що відповіді були різними і в таких випадках педагогу було важливо обрати найбільш бажаний, який більшість дітей мали бажання почути у якості музичного інструменту, який розпочинає наше заняття. Наступного заняття обирали інший і так кожного заняття міг бути новий музичний інструмент.

Третій етап музичного навчання на засадах саногенно-особистісного підходу – інтерпретаційно-спонукальний – було реалізовано з дітьми старшого дошкільного віку (6-ий рік життя) і його головною метою було здійснення переходу від відтворювально-наслідувальної до самостійно-творчої музичної діяльності дітей. Відповідно зміст цього етапу було спрямовано на формування здатності дітей до презентації певного музичного образу засобами різних видів музично-оздоровчого навчання.

Навчальними завданнями цього етапу виступають: підготовка до шкільної традиції сповіщення дзвоником початку та закінчення уроку; формування мотивації та інтересу до музично-навчальної діяльності у саногенно-особистісному аспекті; розвиток умінь інтерпретації музичних образів і відтворення образного змісту твору; збагачення музично-образної сфери та палітри емоційно-почуттєвих переживань дітей у процесі музично-інтерпретаційної діяльності; формування музично-творчих умінь і навичок інтерпретаційно-оцінювального характеру; закладення основ навичок оцінювання того чи іншого музичного явища.

Виконання даних завдань перебували у комплементарній залежності із оздоровчими завданнями, які полягали у наступному: розвиток довірливих відносин між дітьми та педагогом; створення



доброчинливості та невимушеної атмосфери музично-педагогічного процесу; розвиток здатності сублімувати емоційні переживання (як позитивні, так і негативні) у музичну творчість; сприяння появи естетичної насолоди й відчуття причетності до процесу музично-інтерпретаційної творчої діяльності; надання можливості виражати власні переживання та відчуття, які викликає різна за змістом та характером музика; покращення соціально-психологічної атмосфери у дитячому колективі (групі, класі); створення умов для зняття емоційно-комунікативних блоків у процесі інтерпретаційно-оцінювальної діяльності.

Методичний аспект третього етапу у музично-оздоровчій роботі з дошкільниками полягав у формуванні вміння музичної інтерпретації та ціннісного відношення до музичного мистецтва. Ефективна реалізація оздоровчо-освітніх цілей і завдань музичного навчання у саногенно-особистісному напрямку на даному етапі здійснювалося у формі заняття-звукпізнання. На заняттях широко використовувався додатковий інструментарій (стрічки, тканини, кульки, каміння, листочки, каштани, вода тощо), а також акцентування уваги здійснювалося на матеріал з якого були виготовлені музичні інструменти, особливості їх звучання тощо.

Діти 6-го року життя переживають унікальний період, який є надзвичайно плідним для удосконалення їх вроджених здібностей і задатків. Велика увага на даному етапі відводилася роботі над розвитком ритмічного чуття дітей шляхом включення у кожне заняття надзвичайно великої кількості ритмічних вправ, музикування певного ритму на музичних інструментах, танцювально-ритмічних вправ тощо.

Даний вік дітей володіє необхідним потенціалом для інтенсивного розвитку їх інтелектуальної сфери, чому сприяють розвивальні заняття, підготовка до школи тощо. На музичних заняттях розвиток мозкової діяльності комплементарно здійснювався із розвитком музичності старших дошкільників під час слухання музичних творів із подальшою інтерпретацією цих образів в малюнку, створенні казки, музично-рухової діяльності тощо.

Наступним важливим аспектом цього етапу був розвиток дрібної моторики дітей у даний період. Будучи чудовим тренінгом для мозкової діяльності, це створювало надзвичайно сприятливі умови для гармонійного розвитку музичності старших дошкільників. Навантаження на пальці рук дітей, посилення їх активізації та мобільності відбувалося у процесі пальчикової гімнастики й активного музикування на інструментах.

На цьому етапі музичного навчання на засадах саногенно-особистісного підходу важлива роль відводилася розвитку фантазії дітей. Цьому сприяло включення у зміст занять ігр-інтерпретацій та творчих завдань, які потребували здатності до інтерпретації певного музичного образу у процесі інструментального, вокального й танцювально-ритмічного музикування. Завдяки цьому відбувалася активізація обох частин інтелекту: лівої півкулі головного мозку, яка відповідає за слова та логіку і правої півкулі мозку, яка відповідає за розвиток фантазії та відчуттів.

До уваги брався і той факт, що у дітей цієї вікової категорії навчання відбувається, в основному, за допомогою наслідування і прикладу. Відповідно педагог, який проводив музично-оздоровчі заняття з дітьми старшого дошкільного віку, прагнув якомога частіше демонстрував власну музичність, тобто здатність активно та емоційно проявляти себе у всіх видах музичної діяльності, особливо в інструментальному, вокальному й танцювально-руховому музикуванні. Важливу роль відігравав й емоційно-почуттєвий настрій педагога під час музично-педагогічної роботи у саногенно-

особистісному ключі. Це пов'язано з тим, що в основі музико-терапевтичного впливу перебуває закон резонансу – акустико-біорезонансний ефект, який передбачає різке посилення амплітуди коливань, частота яких співпадає з частотою зовнішнього впливу [Побережна Ребенок III тис. С. 28]. У такий спосіб позитивні або негативні переживання педагога здатні викликати відповідні емоції та почуття у дітей, особливо під час застосування емоційно-коригувального впливу музично-навчальної діяльності. Щоб зрозуміти дію закону резонансу варто згадати навіть ситуації спілкування з людиною, яка перебуває в поганому настрої, роздратована або відчуває злість. Зазвичай через певний проміжок часу ми починаємо резонувати з ними, тобто у нас з'являються ті ж самі почуття та переживання.

Всі заняття цього етапу, як і всіх попередніх, були чітко структуровані, що полягало в обов'язковому проведенні на кожному занятті таких видів музично-навчальної діяльності як: початок і закінчення заняття, музичне привітання-звертання, ритмічно-танцювальна діяльність, слухання та прислухання, спів та інсценізація пісень, тонування звуків, музичні ігри, дихальна та пальчикова гімнастики, музикування на інструментах, музично-релаксаційні вправи. Заняття проходило досить динамічно, оскільки за 40-45 хвилин слід було встигнути провести всі види музично-навчальної діяльності.

У процесі експериментальних музичних занять з дошкільників було запроваджено такі види музично-навчальної діяльності як: музичне привітання-звертання; музично-танцювальна діяльність; дихальна та пальчикова гімнастики під відповідний музичний супровід; слухання музики та прислухання до звуків оточуючої дійсності, живої та неживої природи; спів та інсценізація пісень; музично-ігрова діяльність; гра на музичних інструментах; музична релаксація; ритмодекламація; прощання-звертання.

Їх послідовність будувалася на дотриманні принципу контрасту (чергування активних (рухливих) і пасивних (спокійних) видів музичної діяльності та вимог побудови динаміки заняття (досягнення кульмінаційного сплеску емоційно-почуттєвої сфери дітей і поступове приведення її до нормального, спокійного та врівноваженого стану).

Чітка структура занять виступала основою всього музично-оздоровчої роботи з дітьми дошкільного і молодшого шкільного віку. Варто зазначити, що дотримання чіткої структури занять виступає основою для успішної реалізації оздоровчо-освітніх цілей і завдань упродовж усього експериментального музичного навчання.

Отже на основі нашого дослідження ми дійшли таких висновків:

- Музичне навчання дітей дошкільного віку згідно теоретико-методичної системи на основі саногенно-особистісного підходу реалізується впродовж трьох етапів.
- Перший етап – ознайомлювально-адаптивний – спрямовано на знайомство з різними видами музично-оздоровчої діяльності, пристосування дітей до умов процесу навчання музики на основі саногенно-особистісного підходу.
- Другий етап – наслідувально-закріплювальний – передбачає розвиток та закріплення набутих уявлень одо музичного мистецтва, їх удосконалення та поглиблення у процесі повтору ускладнених музично-навчальних дійств педагога.
- Третій етап музичного навчання на засадах саногенно-особистісного підходу – інтерпретаційно-творчий – здійснює перехід від відтворювально-наслідувальної до самостійно-творчої діяльності дітей. Його зміст спрямовано на формування здатності дітей до презентації певного музичного образу засобами різних

видів музичної діяльності.

Виконане дослідження не висвітлює всіх аспектів порушеної проблеми. Окремого розгляду потребує питання поетапності музичного навчання дітей молодшого шкільного віку на засадах саногенно-особистісного підходу, а також підготовка майбутніх

учителів музики до впровадження інноваційної теоретико-методичної системи навчання музики у загальноосвітні навчальні заклади.

ЛІТЕРАТУРА

1. Волженцева И. В. Оптимизация состояний студентов в учебной деятельности средствами музыкального воздействия: дисс... канд. псих. наук: 19.00.07 / Ирина Викторовна Волженцева; АПН Украины, Центральный ин-т последипломного педагогического образования. – К., 2006. – 216 с.
2. Євстігнєєва Н. І. Підготовка майбутніх учителів до використання музики як засобу саморегуляції функціональних станів учнів: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04 / Наталія Іванівна Євстігнєєва. – Вінниця, 2005. – 246 с.
3. Петрушин В. И. Музыкальная психотерапия: Теория и практика: Учебное пособие для студ. высш. учеб. заведений / В. И. Петрушин. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2011. – 176 с.
4. Побережная Г.И. Ребенок третьего тысячелетия – дома и в школе: музыкальной и общеобразовательной / Г.И. Побережная. – К.: Українське агентство інформації та друку «Рада» 2014. – 184 с.
5. Протасова С. Музыка в жизни ребенка и в Вальдорфской школе / С. Протасова, С. Копыл // Музыка в школе. – 2003. – № 5-6. – 60 с.
6. Федій О.А. Теорія і практика підготовки педагогів до використання засобів естетотерапії у професійній діяльності автореф. дис. на здобуття наук. ступеня доктора пед. наук: 13.00.04 – «Теорія і методика професійної освіти» / Ольга Андріївна Федій. – К., 2010. – 40 с.
7. Яновська Н. Мистецтво навчання або навчання через мистецтво / Н. Яновська // Початкова школа: Науково-медичний журнал. – 2005. – №9. – С. 47-50.

References:

1. Volzhenceva I. V. Optimizaciya sostoyanij studentov v uchebnoj deyatel'nosti sredstvami muzykal'nogo vozdejstviya: diss... kand. psih. nauk: 19.00.07 / Irina Viktorovna Volzhenceva; APN Ukrainy, Central'nyj in-t poslediplomnogo pedagogicheskogo obrazovaniya. – K., 2006. – 216 s.
2. Evstigneeva N. I. Pidgotovka majbutnih uchiteliv do vikoristannya muziki yak zasobu samoreguljacii funkcional'nih staniv uchniv: dis. ... kand. ped. nauk: 13.00.04 / Nataliya Ivanivna Evstigneeva. – Vinnicya, 2005. – 246 s.
3. Petrushin V. I. Muzykal'naya psihoterapiya: Teoriya i praktika: Uchebnoe posobie dlya stud. vyssh. ucheb. zavedenij / V. I. Petrushin. – M.: Gumanit. izd. centr VLADOS, 2011. – 176 s.
4. Poberezhnaya G.I. Rebenok tret'ego tysyacheletiya – doma i v shkole: muzykal'noj i obshcheobrazovatel'noj / G.I. Poberezhnaya. – K.: Ukrain's'ke agentstvo informacii ta druku «Rada» 2014. – 184 s.
5. Protasova S. Muzyka v zhizni rebenka i v Val'dorfskoj shkole / S. Protasova, S. Kopyl // Muzika v shkoli. – 2003. – № 5-6. – 60 s.
6. Fedij O.A. Teoriya i praktika pidgotovki pedagogiv do vikoristannya zasobiv estetoterapii u profesijnij diyal'nosti avtoref. dis. na zdobuttya nauk. stupenya doktora ped. nauk: 13.00.04 – «Teoriya i metodika profesijnioi osviti» / Ol'ga Andriivna Fedij. – K., 2010. – 40 s.
7. YAnov's'ka N. Mistectvo navchannya abo navchannya cherez mistectvo / N. YAnov's'ka // Pochatkova shkola: Naukovo-medichnij zhurnal. – 2005. – №9. – S. 47-50.



ADVANTAGES AND DISADVANTAGES OF ORAL AND WRITTEN EXAMS

ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ УСТНОГО И ПИСЬМЕННОГО ЭКЗАМЕНА

Paranov S.I.

PhD,
Medical University - Plovdiv,
Department of Pharmacognosy
and pharmaceutical chemistry,
Faculty of Pharmacy,
Bul. Vasil Aprilov 15-A Plovdiv 4000, Bulgaria

Petkova E.G.

PhD, assos. prof.
Medical University – Plovdiv
Medical College,
Str. Bratya Buxton" 120, Plovdiv 4000, Bulgaria

Ivanov K.V.

PhD, assos. prof.
Medical University - Plovdiv ,
Department of Pharmacognosy
and pharmaceutical chemistry,
Faculty of Pharmacy,
Bul. Vasil Aprilov 15-A Plovdiv 4000, Bulgaria

Ivanova S.D.

PhD,
Medical University - Plovdiv ,
Department of Pharmacognosy
and pharmaceutical chemistry,
Faculty of Pharmacy,
Bul. Vasil Aprilov 15-A Plovdiv 4000, Bulgaria

Grudeva V.V.

Hospital Sveta Ekaterina,
Blvd. Pencho Slaveykov No. 52-A, Sofia, Bulgaria

Пъпанов С. И.

дфн
Медицинский университет Пловдив,
Кафедра Фармакогнозия и фармацевтическая химия,
бул. “Васил Априлов” №15-А, г. Пловдив 4000,
Болгария

Петкова Е. Г.

дмн. доцент,
Медицинский университет Пловдив,
Медицинский колледж,
ул. Братя Бъкстон №120, г. Пловдив, 4000,
Болгария

Иванов К. В.

дфн. доцент,
Медицинский университет Пловдив,
Кафедра Фармакогнозия и фармацевтическая
химия,
бул. “Васил Априлов” №15-А, г. Пловдив 4000,
Болгария

Иванова Ст. Д.

дфн.
Медицинский университет Пловдив,
Кафедра Фармакогнозия и фармацевтическая
химия,
бул. “Васил Априлов” №15-А, г. Пловдив 4000,
Болгария

Грудева В. В.

Больница „Света Екатерина”,
бул. „Пенчо Славейков” № 52-А, г. София, Болгария

Abstract: Knowledge control and evaluation are an integral part of the learning process. Continuous improvement of the knowledge control and assessment system is a leading factor in creating well-trained staff.

Objective

This development presents the advantages and disadvantages of oral and written tests for monitoring and evaluation of knowledge, according to 151 students from different specialties.

Research methods used

- a systematic approach and a critical analysis of available scientific periodicals;
- method of interview interview. For this study, we developed a questionnaire consistent with the theory of evaluation in medical education.

Results and discussion

Most students want a written control and assessment of knowledge-103 (68.67%) - students prefer non-verbal communication with the teacher for monitoring and assessment of knowledge. 40 students (up to 25 years) associate a written test with the creation of a large objectivity and only 3 (over 25 years) think so.

In the opinion of 57 students (up to 25 years), the written test is characterized by greater accuracy of the wording and only 2 students over 25 think so.

CONCLUSIONS

1. This study shows that students have an active attitude towards ways to monitor and evaluate knowledge.
2. There is a large polarity of views, up to 25 years and over 25 years.
3. Given the views of students, the teacher can change the way assessment and control of knowledge.

Keywords: testing, writing, orally, control, evaluation, knowledge

Анотация. Контроль и оценка знаний является неотъемлемой частью процесса обучения. Постоянное совершенствование системы мониторинга и оценки знаний является ведущим фактором в создании хорошо подготовленного персонала.

Цель:

Настоящая разработка представляет преимущества и недостатки устных и письменных тестов для контроля и оценки знаний, по мнению 151 студента из разных специальностей.

Используемые исследовательские методы

- системный подход и критический анализ имеющихся научных периодических изданий;
- метод опроса интервью. Для этого исследования мы разработали вопросник согласно с теорией оценки в медицинском образовании.

Результаты и обсуждение

Большинство студентов хотят письменный контроль и оценку знаний-103 (68.67%) - студенты предпочитают невербальное общение с преподавателем для контроля и оценки знаний. 40 студентов (до 25 лет) связывают письменный тест со созданием большой объективности и только 3 (старше 25 лет) думают так.

По мнению 57 студентов (до 25 лет), письменный тест характеризуется большей точностью формулировки и только 2 студента старше 25 лет думают так.

Выводы

1. Это исследование показывает, что студенты имеют активное отношение к способам мониторинга и оценки знаний.
2. В распоряжении есть большая полярность взглядов - до 25 лет и старше 25 лет.
3. Учитывая мнение студентов преподаватель может изменить способ оценки и контроля знаний.

Ключевые слова: экзамен, письменный, устно, контроль, оценка, знания

ВВЕДЕНИЕ

Контроль и оценка знаний является частью процесса обучения. Они являются показателем уровня подготовки и критериями оценки результатов студента (отдельно для каждого). Тест может рассматриваться как движение полученных знаний, от студента к преподавателю. Правильно установленная оценка может привести к полному взаимодействию между преподавателем и студентом. В основе этого сотрудничество и взаимное уважение.

Цель:

Настоящая разработка представляет преимущества и недостатки устных и письменных тестов для контроля и оценки знаний, по мнению 151 студента из разных специальностей.

Материал и методы

Объект исследования является мнением студентов по устному и письменному тесту.

Источники информации

1. информация о типах оценок в имеющихся научных изданиях.

2. Данные из опроса среди студентов:

- медсестры - 46
- акушерки - 16
- ассистент фармацевта - 34
- инспектор коммунальное здоровье - 40
- рентгеновские техники - 15

Все 151 участника.

Время исследования охватывает период: январь 2016- март 2017

Место исследования - Медицинский университет Пловдив (Факультет коммунального здоровья и Медицинский колледж).

Используемые исследовательские методы

— системный подход и критический анализ имеющихся научных периодических изданий;

— метод опроса интервью. Для этого исследования мы разработали вопросник согласно с теорией оценки в медицинском образовании.

Результаты и обсуждение

В данной работе мы рассмотрим письменный тест в целом. Без учета использования современных информационных технологий для контроля и оценки знаний.

Возрастное распределение опрошенных, представляем в таблице 1.

Таблица 1. Возрастное распределение респондентов.

№	респондент	до 25 лет	старше 25 лет
1	медсестра	44	2
2	акушерка	15	1
3	ассистент фармацевта	30	4
4	инспектор коммунальное здоровье	33	7
5	рентгеновский техник	9	6
	ОБЩИЙ	131	20

Мы разделили респондентов на две группы – группа до 25 лет и вторая группа старше 25 лет. По-видимому, группа студентов до 25 лет (131 человека) больше чем группой студентов старше 25 лет (20 человек).

Распределение по полу представим в таблице 1.

Как видно из таблицы, что мужчины 21, до 25 лет – 16 человек и старше 25 лет – 5; женщины – 129, до 25 лет – 107, старше 25 лет – 22, только один респондент не указал свой возраст.

Большое разнообразие средних школ, где учились прежде респондентов: средняя школа, профессиональная гимназия, средняя специальная школа, математическая гимназия, коммерческая гимназия, профессиональная гимназия, языковая гимназия и другие.

Опрошенные студенты в настоящее время учатся в Медицинском университете Пловдив, (Факультет коммунального здоровья-медсестра и акушерка и Медицинский колледж – ассистент фармацевта, инспектор коммунальное здоровье, рентгеновский техник).

Специфика образования в высших медицинских учебных заведениях требует получения большого количества знаний и навыков. Поэтому возникает вопрос об объективности и беспристрастности оценки, которая обеспечивает систематическое изложение знаний.

Таблица 2 дает ответ на этот вопрос.



Таблица 2. Письменная, устная или письменная и устная оценка.

	Письменная оценка		Устная оценка		Письменная и устная оценка	
	до 25 лет	старше 25 лет	до 25 лет	старше 25 лет	до 25 лет	старше 25 лет
медсестра	39	1	1		5	-
акушерка	7	-	1	-	7	1
ассистент фармацевта	21		1	-	8	4
инспектор коммунальное здоровье	24	4		1	8	2
рентгеновский техник	6	1	0	1	3	4
общий	97	6	3	2	31	11

Большинство студентов хотят письменный контроль и оценку знаний-103 (68.67%); как до 25 лет 97 респондентов; следует студенты которые предпочитают письменные и устные оценки-42 (до 25 лет-68.89%). Только 5 студентов предпочитают устную оценку (3 до 25 лет и 2 старше 25 лет). Студенты предпочитают невербальное общение с преподавателем для контроля и оценки знаний. Этот факт можно объяснить с появлением информационных технологий во всех сферах жизни.

Вероятно, в письменной оценке студенты видят возможность для сохранения и документирования знаний.

Анализ письменной или устной оценки мы рассматриваем в аспекте преимуществ и недостатки обоих типов оценки. Преимуществ устной оценки и контроля, представляем в таблице 3.

контроля позволяет своевременно исправлять любые ошибки в знаниях. По мнению 59 респондентов, устный тест показывает, как студент строит логику и последовательность выставки. В устном контроле и оценке знаний 52 респондента видят личный контакт между студентом и преподавателем. При пероральном тестировании можно установить качество разговорного языка студента, так думают 29 респондентов.

Такое мнение у студентам до 25 летнего возраста.

Пероральный тест может рассматриваться как канал для движения полученных знаний, студентов к преподавателю.

Респонденты выражают свое отношение к ограничениям устной оценки и к контролю знаний. Эту информацию, мы представляем в таблице 4.

Таблица 3. Преимущества устной оценки.

	А) контакт между студентами и преподавателем!!!		Б) Выполненное своевременное исправление неточностей в знаниях		В) Внимание уделяется тому, как студенты построили логику и последовательность выставки		Г) Устанавливается качество устной речи студента	
	до 25 лет	старше 25 лет	до 25 лет	старше 25 лет	до 25 лет	старше 25 лет	до 25 лет	старше 25 лет
медсестра	19	2	34	2	16	-	2	-
акушерка	5	1	8	1	8	-	6	-
ассистент фармацевта	13	3	11	3	15	2	6	2
инспектор коммунальное здоровье	11		14	7	14	2	10	1
рентгеновский техник	4	4	6	4	6	4	5	1
общий	52	10	73	17	59	8	29	4

Большинство студентов 73 человека считают, что этот тип

Замечание: Сумма превышает 151, то есть 100%, так как респонденты дали более одного ответа.

Таблица 4. Ограничения устного экзамена и оценки.

	А) имеет большую объективность		Б) более точная формулировка		В) равные условия для тестирования и оценки студентов		Г) Та же тема и критерии для оценки студентов		Д) меньше временнестата		Е) документирование результатов письменного экзамена		Ж) можно проверить письменную культуру студента	
	до 25 лет	ст. 25 лет	до 25 лет	ст. 25 лет	до 25 лет	ст. 25 лет	до 25 лет	ст. 25 лет	до 25 лет	ст. 25 лет	до 25 лет	ст. 25 лет	до 25 лет	ст. 25 лет
медсестра	2	1	18	-	14	-	22	2	7	-	37	1	7	-
акушерка	4		9		1	1	9	1	3		10		5	
ассистент фармацевта	11	1	9	1	3	-	8	-	8	2	14	1	3	2
инспектор коммунальное здоровье	6	-	9	1	3	-	7	-	11	3	21	3	4	2

рентгеновский техник	1	3	5	1	1	1	3	3	0	1	6	3	4	0
общий	24	5	50	3	22	2	49	6	29	6	88	8	23	4

Пероральный тест как старый метод оценки не утратил свою актуальность, так как респонденты не нашли преимущество орального теста.

Комментарии о преимуществах письменного теста, представ-

ляем в таблице 5.

Во-первых, рассматриваем преимущества письменного экзамена по мнению респондентов до 25 лет.

Анализ информации осуществляется путем сравнения ответов

Таблица 5. Преимущества письменного теста.

	А) имеет большую объективность		Б) более точная формулировка		В) равные условия для тестирования и оценки студентов		Г) Та же тема и критерии для оценки студентов		Д) меньше временитета		Е) документирование результатов письменного экзамена		Ж) можно проверить письменную культуру студента	
	до 25 лет	ст. 25 лет	до 25 лет	ст. 25 лет	до 25 лет	ст. 25 лет	до 25 лет	ст. 25 лет	до 25 лет	ст. 25 лет	до 25 лет	ст. 25 лет	до 25 лет	ст. 25 лет
мед-сестра	16	-	20	-	30	-	41	-	1	27	2	13	1	
аку-шерка	3	-	5	-	10	-	12	1	4	1	9	1	7	-
ассис-тент фармацевта	6	-	15	-	17	2	14	2	4	-	10	3	6	2
Инспек-тор коммунальное здоровье	11	1	12	-	17	4	19	3	9	1	10	2	15	2
рентгеновский техник	4	2	5	2	7	5	7	3	2	3	4	2	6	5
общий	40	3	57	2	81	11	93	9	19	6	60	10	47	10

студентов в возрасте до 25 с тем более 25 лет.

40 студентов (до 25 лет) связывают письменный тест со созданием большой объективности и только 3 (старше 25 лет) думают так.

По мнению 57 студентов (до 25 лет), письменный тест характеризуется большей точностью формулировки и только 2 студента старше 25 лет думают так.

Студенты особенно чувствительные к условиям теста и оценки. Не редко возникает вопрос, почему их коллега был испытаным в различных условиях. Таким образом, 81 студента (до 25 лет) и 11 (старше 25 лет) уделяют большое внимание условиям оценки и экзамена.

Вопрос о единой теме и критериях оценки, по данным опроса, возбуждает большинство студентов до 25 лет 93 человека и 9 старше 25 лет.

Второе по значению для студентов, документирование результатов письменного экзамена. С таким мнением 60 студентов (до 25 лет) и 10 старше 25 лет. Когда в сомнениях с различным характером

студент может проверить свою письменную работу. Это разрешается болгарским законодательством, где задокументировано время для хранения документов. Обучающиеся могут ознакомиться со своими работами.

Студенты с подозрением относятся к однородности критериев оценки.

47 (до 25 лет) опрошенных оценили как преимущество письменного теста возможность для проверки не только знания, но и письменной культуры студента.

Так думают и 10 респондентов старше 25 лет.

Ограничения письменного теста представлены в таблице 6.

Наибольшее число респондентов (60 человек) определяют как ограничение время, которое потеряно для проверки документов; 38 респондентов сообщают о возможности изменения в критериях оценки, в результате воздействия письменного слова на экзаменаторе; 32 студента считают, что отсутствуют прямые впечатления от студента, он представлен анонимно, только через письменные

Таблица 6. Письменный тест-ограничения.

	А) оценка требует много времени, чтобы проверить письменные работы		Б) включает в себя небольшую область учебного содержания		В) возможность изменения в критериях оценки, в результате воздействия письменного слова на экзаменаторе		Г) отсутствуют прямые впечатления от студента, он представлен анонимно, только через письменные работы	
	до 25 лет	старше 25 лет	до 25 лет	старше 25 лет	до 25 лет	старше 25 лет	до 25 лет	старше 25 лет
медсестра	19	-	3	-	14	1	14	1
акушерка	7	1	2	1	4	-	5	-
ассистент фармацевта	17	2	4	1	7	-	4	2
инспектор коммунальное здоровье	13	4	6	-	11	-	6	4



рентгеновский техник	4	2	1	1	2	-	3	4
общий	60	9	16	3	38	1	32	11

работы; 16 респондентов думают, что область учебного содержания является очень маленькой и экзаминатор может ошибаться в оценке. Это ответы опрошенных студентов до 25 лет.

Студенты старше 25 лет, 11 человек, впервые показывают как ограничение отсутствия непосредственных впечатлений. Студент представлен анонимно, только через письменные работы. Следует те, кто считает, что оценка требует много времени, чтобы проверить письменные работы- 9 респондентов. 3 студента связывают ограничения письменного теста с небольшой областью учебного содержания; и только 1- как возможность изменения в критериях оценки, в результате воздействия письменного слова на экзаменаторе.

24 (до 25 лет) студента обнаружили, что пероральное тестирование и оценка стимулируют в основном запоминание знаний и фактов, а не их анализ и обсуждение, на их стороне только 5 студентов старше 25 лет; неравных условиях сообщили 50 студентов (до 25 лет), только 3 респондента старше 25 лет поддерживают их; за 22 студента (до 25 лет) этот метод мониторинга и оценок является большой тратой времени, так считают и 2 респондента старше 25 лет; ответы не могут быть зарегистрированными в соответствии с 49 респондентов (до 25 лет), так думают только 6 студентов старше 25 лет; частично с помощью всего два три вопроса делается проверка приобретенного учебного содержания, так думают 35 студентов, 25

до 25 лет и 6 старше; много респондентов сообщают о нервное напряжение во время экзамена- 88 студентов до 25 лет и 8 старше 25 лет; при помощи этого метода, оценка может быть субъективной, по мнению 27 респондентов, до 25 лет -23, старше 25 лет-4.

ВЫВОДЫ

1. Это исследование показывает, что студенты имеют активное отношение к способам мониторинга и оценки знаний.
2. Определение точного способа-создание стандарта для мониторинга и оценки знаний и умений, позволит улучшить качество связи между преподавателем и студентом; это позволит снизить психическое напряжение во время тестирования, отслюйка стереотипов и клише, приведет к более полному выражению творческих способностей студентов.
3. Возможно определить качество учебного плана, а так же и осуществить своевременное обновление.
4. В распоряжении есть большая полярность взглядов- до 25 лет и старше 25 лет.
5. Учитывая мнение студентов преподаватель может изменить способ оценки и контроля знаний.
6. Результаты дают нам основание для продолжения научных исследований в этой области, путем сравнения со студентами подобных университетов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воденичаров Ц.В. и др. *Оценяване в медицинското образование, София 2000 г.*
2. Торниова Б.Л., Каснакова П. С.; *Компетентностите на преподавателя във висшето медицинско училище, 2015 г., издателство АБ ЕООД гр. Стара Загора.*
3. Воденичаров Ц.В. и др. *Социална Медицина, ИК Горекс Прес, София 2013 г.*

REFERENCES:

1. Vodenicharov C.V. i dr. *Ocenyavane v medicinskoto obrazovanie, Sofiya 2000 g.*
2. Torniova B.L., Kasnakova P. S.; *Kompetentnostite na преподаvatelnya vav vissheto medicinsko uchilishche, 2015 g., izdatelstvo AB EOOD gr. Stara Zagora.*
3. Vodenicharov C.V. i dr. *Socialna Medicina, IK Goreks Pres, Sofiya 2013 g.*

UDC 378.147.88

PREPARATION OF PRESERVICE TEACHERS FOR SOLVING PROFESSIONAL PROBLEMS IN THE CONDITIONS OF INTEGRATION OF HIGHER AND SUPPLEMENTARY EDUCATION

ПОДГОТОВКА СТУДЕНТОВ-БУДУЩИХ ПЕДАГОГОВ К РЕШЕНИЮ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАДАЧ В УСЛОВИЯХ ИНТЕГРАЦИИ ВЫСШЕГО И ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Chervonnyy M.A.

PhD, associate professor

*Department of the Development of Education in Physics,
Centre for Supplementary Education in Physics, Mathematics and Natural Sciences*

Borisova E.E.

researcher

*Institute for the Development of Educational
of the Russian Academy of Education
Tomsk State Pedagogical University
Kievskaya St., 6, Tomsk, Russia, 634061*

Червонный М.А.

к.пед.н., доцент

*Кафедра психологии и педагогики
Томский государственный педагогический
университет
Ул. Киевская, 60, Томск, Россия, 634061*

Борисова Е.Е.

научный сотрудник

*Институт развития образования
Российской академии образования
Томский государственный педагогический
университет
Ул. Киевская, 60, Томск, Россия, 634061*

Abstract. The article treats the issues of training of pedagogues in the context of the contemporary requirements to their profession. The article presents the model of pedagogical training of higher education students, which is based on the use of trial professional actions. The paper gives the description of different areas of implementation of the model, describes the possibilities of the network interaction of organizations in the contemporary pedagogical training of higher education students.

Keywords: pedagogical training, trial professional actions, professional competence, works actions, educator's functions, professional pedagogical activity.

Аннотация. В статье рассматриваются вопросы подготовки педагогов в контексте современных требований к данной профессии. Представлена модель педагогической подготовки студентов вузов на основе пробных профессиональных действий, приведено описание различных направлений её реализации, показаны возможности сетевого взаимодействия организаций в современной педагогической подготовке студентов вузов.

Ключевые слова: педагогическая подготовка, пробные профессиональные действия, профессиональная компетентность, трудовые действия, функции педагога, профессиональная педагогическая деятельность.

Введение. В настоящее время среди качеств педагога, определяющих успешность его профессиональной деятельности, как приоритетные можно выделить: умение учиться, проявлять готовность к переменам, мобильность, способность к нестандартным трудовым действиям. Большинство из них отражены в современных профессиональных стандартах педагогической деятельности [1, 2]. При трудоустройстве выпускников вузов по педагогической профессии в организации общего образования и дополнительного образования детей эти качества, по отзывам сотрудников организаций, проявляются недостаточно. Это влияет как на качество самого образования, так и на характер интеграции выпускников в профессию, приводит к уходу многих из них педагогической сферы.

Определение основных профессиональных качеств педагога и требование соответствия этим качествам, по мнению С. И. Поздеевой, меняют характер формирования его профессиональных компетенций и профессионализма: «...профессионалами педагоги становятся, не приближаясь постепенно к некоей норме, заданной сверху (закрытый профессионализм), а профессионально и лично развиваются, изменяя образовательную практику как практику взаимодействия с обучающимися, включаясь в педагогически ориентированные профессиональные пробы еще в студенческие годы: изменяют свою позицию, взгляд на ребенка, отношение к ин-

новациям, профессиональные умения и компетенции («открытый профессионализм»)» [3, с. 88].

Обеспечение соответствия профессионализма педагогов современным требованиям возможно через использование потенциала интеграции высшего и дополнительного образования.

Постановка проблемы. Цель исследования состоит в построении модели подготовки педагога общего образования и дополнительного образования детей, которая обеспечивает формирование у педагога профессиональных качеств, отвечающих современным требованиям, и которая способствует интеграции студента-будущего педагога в профессию уже на этапе его подготовки, установлению стабильного и высокого уровня мотивированности к занятию профессиональной педагогической деятельностью. Модель задействует потенциал высшего и дополнительного образования, основывается на осуществлении студентами профессиональных пробных действий, наставничестве опытных педагогов.

На базе Центра дополнительного физико-математического образования и естественнонаучного образования Томского государственного педагогического университета (центра) в рамках сетевого взаимодействия со школами создано интегрированное образовательное пространство высшего педагогического и дополнительного образования (дополнительное образование детей и взрослых, до-



полнительное профессиональное образование). В рамках деятельности центра в соответствии с авторской концепцией «Подготовка студентов педагогического вуза к решению профессиональных задач в процессе интеграции высшего и дополнительного образования» [4] для студентов-будущих педагогов общего образования и дополнительного образования детей, а также для аспирантов педагогических направлений подготовки, предоставляется возможность осуществления пробных профессиональных действий в различных педагогических практиках. Практика для студентов организуется таким образом, что она может быть учтена в качестве официальной учебной или производственной практики в соответствии с имеющимися учебными планами факультетов педагогического вуза.

При этом в интегрированном образовательном пространстве высшего педагогического и дополнительного образования в педагогической деятельности пробуют себя студенты и аспиранты как педагогического вуза, так и студенты других университетов г. Томска (физико-математических и инженерных направлений подготовки и специальностей), желающие заниматься педагогической деятельностью в системах общего и дополнительного образования.

При разработке концепции «Подготовка студентов педагогического вуза к решению профессиональных задач в процессе интеграции высшего и дополнительного образования» использовался ситуационно-контекстный подход А. А. Вербицкого, М. Д. Ильязовой [5], в рамках которого профессиональные компетентности выпускника рассматриваются как интегральные, проявленные в деятельности (ситуации) характеристики личности, определяющие успешность и качество профессиональной деятельности, ответственность за ее результаты.

Для отработки на практике теоретической модели концепции подготовки студентов педагогического вуза в условиях интеграции высшего и дополнительного образования (структурно-функциональной, содержательно-целевой, процессуальной компонент модели) применялись деятельностный, компетентностный, субъект-субъектный и синергетический подходы. Комплекс этих подходов позволяют студенту не просто осваивать знания на практике и проявлять себя в самостоятельной профессиональной деятельности посредством выполнения сопровождаемой индивидуальной исследовательской и проектной работы, но также в соответствии с личными планами профессионального развития осуществить те профессиональные пробы, которые востребованы в контексте региональных, в том числе, инновационных образовательных практик.

Также в подготовке педагогов мы придерживаемся позиции, согласно которой для «... подлинной – открытой профессионализации – необходимо собственное активное движение к профессии и в профессии, процесс профессионально-личностного развития педагога, который им самим инициируется, организуется, рефлексивируется [1, с. 89]». В этой связи важной особенностью подготовки педагогов в центре дополнительного образования является то, что студенты приходят в него для осуществления квазипрофессиональных и профессиональных пробных действий, исходя из собственных побуждений и личностно-профессиональных предпочтений.

Представим спектр образовательных инициатив – профессиональных пробных действий, которые регулярно реализуются студентами по направлениям деятельности центра:

1. Занятия в рамках дополнительного образования школьников: курсы дополнительного образования по физике, математике, информатике, робототехнике и т.д.; «Космический урок» – открытые уроки для школьников с сеансами связи с космонавтами, находящимися на орбите; «Предпрофильные пробы» – реализация на базе

вуза по заказу школ внеурочной компоненты образования предпрофильного характера; «Занимательная наука» – проведение занимательных курсов с учащимися начальных классов и основной школы.

2. Олимпиадная подготовка и проведение олимпиад для школьников: проведение регулярных занятий по олимпиадной подготовке школьников (к ним привлекаются студенты вузов – победители школьных и вузовских предметных олимпиад и конкурсов); «Олимпиадные сборы» – проведение подготовки между этапами олимпиад; участие студентов в качестве наблюдателей, организаторов и членов жюри при проведении региональных и всероссийских олимпиад по физике и математике («Всесибирская открытая олимпиада школьников», «Сила Архимеда» и др.); «Физико-математические школы» – проведение предметных занятий и мероприятий каникулярных школ.

3. Подготовка школьников к основному и единому государственному экзаменам (ОГЭ и ЕГЭ): проведение занятий по экспериментальной части ОГЭ по физике; подготовка к ОГЭ по математике; разбор задач ЕГЭ по математике.

4. Интерактивные мероприятия для детей (физико-математические, технического творчества): «Физик на все руки» – региональный командный турнир школьников; мероприятия по профориентации учащихся в каникулы, в том числе интерактивные экскурсии в лаборатории вузов и подразделения предприятий города; «Искусство и Интеллект» – открытый региональный фестиваль робототехники и анимации; «Актуальная математика» – открытый областной конкурс.

5. Образовательные проекты, реализованные студентами на официальной производственной практике: занятия в рамках летней практики в музее науки; предметные занятия и мероприятия в рамках «Летней естественно-научной школы»; проект «Sibege» – дистанционные (онлайн) занятия по предметам; «Математические кружок» – кружки, реализуемые в течение учебного года на базе школ и центра дополнительного физико-математического и естественнонаучного образования педагогического университета.

Значительная часть образовательных инициатив (курсы, мероприятия, онлайн-занятия и т.д.) самостоятельно спроектирована и реализована студентами. Для этого студенты, используя получаемые ими теоретические знания и практические умения, проводят автономные пробные действия в различных профессиональных ситуациях. Во время таких действий студенты наблюдают на практике за деятельностью опытных педагогов, задействованных в системе дополнительного образования детей и взрослых, высшего образования; общаются с ними. Среди педагогов: опытные учителя и преподаватели-методисты, специалисты дополнительного образования, тренеры олимпиадных команд по физике и математике (в том числе представители вузов). Взаимодействие со студентами осуществляется в форме наставничества. Педагогическое сопровождение будущих педагогов осуществляется на основе субъект-субъектного подхода к подготовке студентов к решению профессиональных задач. Наставники проводят демонстрационные мастер-классы и тренинги с детьми, дают специальные консультации для студентов и молодых педагогов, открыты для коммуникаций с ними. Это позволяет обеспечить для студентов доступность профессионального общения, совместного анализа проблемно ориентированных профессиональных и квазипрофессиональных ситуаций, в которых студенты решают профессиональные задачи.

Выводы. Реализация модели подготовки педагогов в центре дополнительного образования при педагогическом вузе, которая основывается на выполнении студентами профессионально ориенти-

рованных пробных действий в интегрированном образовательном пространстве высшего и дополнительного образования (в условиях школьно-университетского сетевого взаимодействия), способствует формированию у будущих педагогов высокого уровня готовности к решению профессиональных задач (профессиональной компетентности) и содействие освоению востребованных в настоящее время трудовых действий и функций педагога. Наблюдения, полученные при реализации модели, подтверждают взгляды исследователей Лыдковой Г. М., Исмаиловой Н. И., Гайфуллиной Н. Г. и др.: рост «узкопрофессиональных» мотивов происходит у студентов, для которых созданы условия личностно-ориентированного образования, включающие реальные и квази-ситуации освоения трудовых действий будущего учителя, самостоятельные профессиональные действия, активную саморефлексию на эти действия [6]. В результате прохождения программ педагогической подготовки в центре дополнительного образования, большая часть студентов смогли легко интегрироваться в профессиональную педагогическую среду. Студенты, прошедшие педагогическую практику в центре, проявля-

ют высокую и стабильную мотивированность к педагогической профессии. Это выражается в числе прочего в том, что они выбирают педагогическую деятельность в качестве дальнейшей карьеры, на долгое время остаются работать в сфере дополнительного образования детей или общего образования.

Перспективы дальнейшего исследования. Опыт, полученный при реализации модели подготовки педагогов в интегрированном пространстве высшего и дополнительного образования, может быть полезен для других образовательных организаций. В настоящее время он распространяется через систему дополнительного образования педагогов, действующую на базе Центра дополнительного физико-математического и естественнонаучного образования Томского государственного педагогического университета. С 2015 г. он имеет статус Федеральной инновационной площадки. В этой связи перспективным направлением дальнейшей работы является разработка концепции педагогического сопровождения подготовки будущих учителей и педагогов дополнительного образования.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Профессиональный стандарт «Педагог (педагогическая деятельность в сфере дошкольного, начального общего, основного общего, среднего общего образования) (воспитатель, учитель)» // Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.rosmintrud.ru/docs/mintrud/orders/129/>*
2. *Профессиональный стандарт «Педагог дополнительного образования детей и взрослых» // Портал Федеральных государственных образовательных стандартов. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://fgosvo.ru/uploadfiles/profstandart/01.003.pdf>*
3. *Поздеева С. И. Разработка концепции открытого профессионализма педагога как исследовательская задача / С. И. Поздеева // Вестник ТГПУ. – 2016. – № 1 (166). – С. 88-90.*
4. *Червонный М. А. Построение концепции подготовки студентов педагогического вуза в контексте развития непрерывного педагогического образования / М. А. Червонный // Вестник томского государственного педагогического университета. – 2017. – № 8. – С. 51-58. DOI: 10.23951/1609-624X-2017-8-51-58*
5. *Вербицкий А. А. Инварианты профессионализма: проблемы формирования: монография / А. А. Вербицкий, М. Д. Ильязова. – М.: Логос, 2011. – 288 с.*
6. *Практическая направленность подготовки будущих педагогов как условие повышения их профессиональной мотивации / Г. М. Лыдкова [и др.]. // Фундаментальные исследования. [Электронный ресурс]. – 2015. – № 2-11. – С. 2469-2472. – Режим доступа: <https://fundamental-research.ru/ru/article/view?id=37470>*

References:

1. *Professional'nyy standart «Pedagog (pedagogicheskaya deyatel'nost' v sfere doshkol'nogo, nachal'nogo obshchego, osnovnogo obshchego, srednego obshchego obrazovaniya) (vosпитatel', uchitel')» // Ministerstvo truda i sotsial'noy zashchity Rossiyskoy Federatsii. [Elektronnyy resurs]. – Rezhim dostupa: <http://www.rosmintrud.ru/docs/mintrud/orders/129/>*
2. *Professional'nyy standart «Pedagog dopolnitel'nogo obrazovaniya detey i vzroslykh» // Portal Federal'nykh gosudarstvennykh obrazovatel'nykh standartov. [Elektronnyy resurs]. – Rezhim dostupa: <http://fgosvo.ru/uploadfiles/profstandart/01.003.pdf>*
3. *Pozdeeva S. I. Razrabotka kontseptsii otkrytogo professionalizma pedagoga kak issledovatel'skaya zadacha / S. I. Pozdeeva // Vestnik TGPU. – 2016. – № 1 (166). – С. 88-90.*
4. *Chervonnyy M. A. Postroenie kontseptsii podgotovki studentov pedagogicheskogo vuza v kontekste razvitiya nepreryvnogo pedagogicheskogo obrazovaniya / M. A. Chervonnyy // Vestnik tomского gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta. – 2017. – № 8. – С. 51-58. DOI: 10.23951/1609-624X-2017-8-51-58*
5. *Verbitskiy A. A. Invarianty professionalizma: problemy formirovaniya: monografiya / A. A. Verbitskiy, M. D. Ilyazova. – M.: Logos, 2011. – 288 s.*
6. *Prakticheskaya napravlenost' podgotovki budushchikh pedagogov kak uslovie povysheniya ikh professional'noy motivatsii / G. M. L'dokova [i dr.]. // Fundamental'nye issledovaniya. [Elektronnyy resurs]. – 2015. – № 2-11. – С. 2469-2472. – Rezhim dostupa: <https://fundamental-research.ru/ru/article/view?id=37470>*



COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF ATTITUDES TOWARDS HARMFUL HABITS OF STUDENTS OF THE SARCENIUM CLASSES OF THE GYMNASIUM OF HEALTH AND FIRST-YEAR MEDICAL STUDENTS

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ВІДНОШЕННЯ ДО ШКІДЛИВИХ ЗВИЧОК СТАРШОКЛАСНИКІВ ГІМНАЗІЇ ЗДОРОВ'Я ТА СТУДЕНТІВ ПЕРШОКУРСНИКІВ МЕДИЧНОГО ВУЗУ

Shepitko V.I.

Head of the Department of Histology, Cytology and Embryology of the Higher State Educational Institution of Ukraine "Ukrainian Medical Stomatological Academy", Doctor of Medical Sciences, Professor

Reshta V.M.

Tutor of the Poltava Gymnasium of Health № 14

Yeroshenko G. A.

Professor of the Department of Histology, Cytology and Embryology of the Higher State Educational Institution of Ukraine "Ukrainian Medical Stomatological Academy", Doctor of Medical Sciences, Professor

Lisachenko O. D.

Associate Professor of the Department of Histology, Cytology and Embryology of the Higher State Educational Institution of Ukraine "Ukrainian Medical Stomatological Academy", Ph.D. in Biology, Associate Professor

Klimach T. M.

practical psychologist of the department for quality management of education, monitoring and ECTS of the Higher State Educational Institution of Ukraine "Ukrainian Medical Stomatological Academy"

Boruta N.V.

Lecturer of the Department of Histology, Cytology and Embryology of the Higher State Educational Institution of Ukraine "Ukrainian Medical Stomatological Academy"

Шепітько В. І.

завідувач кафедри гістології, цитології та ембріології Вищого державного навчального закладу України «Українська медична стоматологічна академія», доктор медичних наук, професор

Решта В. М.

вихователь Полтавської гімназії здоров'я № 14

Єрошенко Г. А.

професор кафедри гістології, цитології та ембріології Вищого державного навчального закладу України «Українська медична стоматологічна академія», доктор медичних наук, професор

Лисаченко О. Д.

доцент кафедри гістології, цитології та ембріології Вищого державного навчального закладу України «Українська медична стоматологічна академія», кандидат біологічних наук, доцент

Климач Т. М.

практичний психолог відділу управління якістю освіти, моніторингу та ЕКТС Вищого державного навчального закладу України «Українська медична стоматологічна академія»

Борута Н. В.

викладач кафедри гістології, цитології та ембріології Вищого державного навчального закладу України «Українська медична стоматологічна академія»

Abstract: Despite a number of measures aimed at educating young people, a large number of pupils in secondary schools and students of high schools have harmful habits. Teachers are not always able to prevent the effects on the body of the younger generation of alcoholic beverages, tobacco and drugs. It once again reminds us all of the importance of work on the organization of informational and educational measures on healthy lifestyle and providing the basis for forming a socially active position in the education of a physically healthy child.

Keywords: pupils, students, tutor s, teachers, bad habits, healthy lifestyles, upbringing.

Анотація: Не зважаючи на цілий ряд заходів направлених на виховання молоді, велика кількість учнів середніх навчальних закладів та студентів ВУЗів, мають шкідливі звички. Педагогам не завжди вдається запобігти впливу на організм підростаючого покоління алкогольних напоїв, тютюнових виробів та наркотиків. Це ще раз нагадує всім нам про важливість роботи по організації інформаційно-виховних заходів з питань здорового способу життя та забезпечення основ формування соціально активної позиції по вихованню фізично здорової дитини.

Ключові слова: Учні, студенти, учителі, викладачі, шкідливі звички, здоровий спосіб життя, виховання.

Згідно Закону України «Про освіту», всебічний розвиток людини як особистості та найвищої цінності суспільства - є метою освіти в нашій державі. Навчальний процес направлений на виховання відповідальних громадян, які здатні до свідомого суспільного ви-

бору та спрямування своєї діяльності на користь іншим людям і суспільству, при цьому не слід забувати про здоров'я цих громадян. Основи міцного здоров'я необхідно закладати з дитинства (в сім'ї батьками) та підтримувати протягом усього життя (на етапах навчан-

ня в садочках, школах, вузах).

За даними Міністерства охорони здоров'я України в останні десять років зареєстровано підвищення рівня захворюваності серед молоді. Соціально-небезпечною проблемою став СНІД: за темпами розвитку цієї епідемії Україна посідає одне з перших місць у світі. Переважна більшість ВІЛ-інфікованих наркоманів – особи віком від 15 до 30 років. В Україні відзначається щорічне погіршення психічного здоров'я підлітків, а саме через вживання алкогольних напоїв, наркотичних та інших психотропних речовин [4].

Для виконання умов конвенції ООН про права дитини, яка набула чинності в Україні 1991 року та положень Всесвітньої декларації про забезпечення виживання, захисту і розвитку дітей, держава та суспільство зобов'язані цілеспрямовано діяти для створення сприятливих умов життя дітей та молоді. Стан фізичного, духовного, психічного і соціального здоров'я підростаючого покоління є інтегральним показником суспільного розвитку та дієвим чинником впливу на економічний і культурний потенціал країни. Здорова дитина – здорове суспільство, а значить – міцна держава. Падіння суспільної моралі, соціальне розшарування населення і ранній початок статевого життя негативно впливають на стан здоров'я молоді. В зв'язку з цим, сім'я, школа і навчальні заклади повинні стояти на сторожі захисту здоров'я дітей, бути ефективними інституціями формування здорового способу життя та культури здоров'я молоді.

Головне завдання педагога це: забезпечення підростаючого покоління якісними знаннями та формування людини з міцним здоров'ям, здатного будувати щасливе майбутнє своєї країни. Система заходів зі збереження і зміцнення здоров'я молоді визначає наступне коло питань:

- профілактика шкідливих звичок;
- попередження розповсюдження СНІДу;
- статево виховання;
- формування валеологічного світогляду;
- прищеплення навичок ведення здорового способу життя;
- виховання здорових звичок з дитинства;
- природні та соціальні умови здоров'я;
- інтелектуально-психічне здоров'я;
- право на здоров'я;
- сім'я і здоров'я [4].

Здоров'я багато в чому залежить від способу життя, шкідливих звичок, режиму праці і відпочинку, системи харчування. Для створення здоров'я необхідно: розширювати уявлення про здоров'я і хвороби; уміло використовувати фактори, що впливають на фізичну, психічну, соціальну і духовну складові здоров'я; оволодівати оздоровчими, загальнозміцнювальними, природодоцільними методами і технологіями; формувати установки на здоровий спосіб життя [3].

Формування здорового способу життя людини необхідно починати з її народження. У вихованні свідомого відношення до власного здоров'я важливу роль відіграють родинні стосунки та правильно побудований педагогічний процес в навчальних закладах, в першу чергу - середніх і вищих закладах освіти. Педагог повинен завжди знайти альтернативу шкідливим звичкам у молоді, а саме: раціональне харчування, заняття спортом, душевний комфорт, розумне чергування праці і відпочинку, захоплююче та цікаве проведення вільного часу [5, 571]. До шкідливих звичок прийнято відносити різні види діяльності людини, які приносять шкоду здоров'ю, найбільш розповсюдженими є: паління, вживання алкоголю та наркотичних препаратів [1].

Для визначення відношення молоді різних вікових категорій до свого здоров'я та шкідливих звичок (паління та вживання алкого-

лю), було проведено анонімне опитування старшокласників гімназії здоров'я № 14 міста Полтави та студентів першокурсників Вищого державного навчального закладу України «Українська медична стоматологічна академія».

Тестування пройшли 86 студентів, що навчаються на I курсі медичного та стоматологічного факультетів академії та 50 учнів 10, 11 класів Полтавської гімназії здоров'я № 14. В анкеті використані питання, що встановлюють відношення студентів і учнів до шкідливих звичок, а саме до вживання алкоголю та паління. Для опитування вибрані учні гімназії, які серйозно займаються спортом, деякі з них планують пов'язати своє майбутнє з великим спортивним життям та студенти-медики, які в подальшому будуть пропагувати здоровий спосіб життя серед своїх пацієнтів.

Результати анкетування:

I. Відношення до алкоголю.

1. На питання, чи вживали Ви хоч раз алкоголь: 82 студенти (95%) відповіли «так», «ні» - 4 (5%). Серед учнів «так» - 43 особи (86%), «ні» - 7 осіб (14%).

2. З якою метою Ви вживали спиртні напої:

а) щоб зняти напругу (стрес) – 18 студентів (21%), показник у школярів - 2 особи (4%);

б) підвищити настрій – 20 осіб серед студентів (23%) та 2 особи (4%) серед учнів;

в) підтримати компанію - 22 осіб (26%) серед опитаних першокурсників, 3 (6%) старшокласників;

г) серед запропонованих інших варіантів відповідей: не вживають зовсім алкоголь – 4 студенти (5%) та 17 учнів (34%), вживають лише на свята – 9 студентів (10%) та 26 учнів (52%);

д) всі вище зазначені варіанти – 13 студентів (15%).

3. Чи завжди Ви можете відмовитись від пропозиції випити: 81 студент (94%) відповів «так», 5 (6%) – «ні». Показник старшокласників: «так» 46 (92%), «ні» 4 (8%).

4. Як часто Ви вживаєте спиртні напої:

- результати серед студентів:

щодня - 1 особа (1%), не більше трьох разів на тиждень - 5 осіб (6%), не більше двох разів на місяць - 80 осіб (93%);

- результати серед учнів:

щодня – 4 особи (8%), не більше трьох разів на тиждень - 0 осіб (0%), не більше двох разів на місяць - 25 осіб (50%), дуже рідко – 5 осіб (10%), не вживаю – 16 осіб (32%).

II. Відношення до паління.

1. На питання чи палите Ви: «так» - відповіли 19 першокурсників (22%) та 2 старшокласники (4%).

2. Щодо кількості випалених за день сигарет:

- результати серед студентів: 1-10 – 16 студентів (19%), 10 - 20 сигарет за день та більше пачки – серед опитаних таких немає, 1 сигарету на місяць – 3 особи (3%);

- школярі, що курять 2 особи (4%) – викурюють по 1-10 сигарет на день.

3. Внаслідок чого Ви почали палити:

- у студентів: бажання подорослішати – 0 осіб (0%), вплив компанії - 4 особи (5%), хотів спробувати – 12 (14%), особисте – 3 особи (3%);

- 2 учні (4%) - хотіли просто спробувати.

4. При визначенні віку, коли вперше спробували палити, виявлено, що серед студентів - 6 осіб (7%) почали палити в період з 12-16 років, 11 осіб (13%) – з 16-20 років, після 20 років – 2 особи – (2%).

Школярі (2 особи) розпочали палити в віці 12-16 років.

За результатами опитування, старшокласники гімназії та студен-



ти першокурсники академії, не зовсім усвідомлюють негативну дію алкогольних напоїв та паління на своє здоров'я. Анкетування показало, що більшість дітей спробували палити та приймати алкоголь у шкільному віці. В зв'язку з цим, задача, як педагога гімназії, так і викладача вузу: переконати молодь в важливості турботи про своє здоров'я та необхідності завжди вести здоровий спосіб життя.

Медики довели, що в димі тютюну знаходиться більше 30 отруйних речовин: нікотин, вуглекислий та чадний газ, синильна кислота, аміак, різні смоли і кислоти. З'ясовано, що в порівнянні з некурцями, курці: в 13 разів частіше хворіють на стенокардію, в 12 разів - інфарктом міокарда, в 10 разів - виразкою шлунка. Медичні дослідження показали ризик виникнення у курців зляканих пухлин. Нікотин - нервовий отрута. Великі дози нікотину уповільнюють або паралізують діяльність клітин центральної нервової системи, що проявляється зниженням працездатності, тремтінням рук, ослабленням пам'яті. Особливо шкідливе паління для дітей та підлітків, які мають не повністю сформовані нервову і кровоносну системи. Курець повинен пам'ятати, що піддає ризику не тільки власне здоров'я, а й здоров'я оточуючих: люди, що знаходяться в накуреному приміщенні також вдихають сигаретний дим («пасивне куріння») [1].

Зловживання алкоголем - ще одна шкідлива звичка, яка згубно впливає на організм людини, подібно дії наркотичних засобів. Мозок є найактивнішим споживачем енергії. Негативна дія алкоголю на мозок пов'язана з порушенням доступу кисню до нейронів в результаті алкогольної інтоксикації. Незворотні наслідки інтенсивного вживання алкоголю: пошкодження мозкових функцій, обумовлені ураженням клітин кори великих півкуль - «думаючої» області головного моз-

ку. Шкідливий вплив алкоголю позначається на всіх без виключення системах людського організму [2]. Дану інформацію педагогам необхідно постійно доносити до відома дітей.

Викладачі вузів та вчителі середніх загальноосвітніх закладів повинні проводити виховну роботу, направлену на роз'яснення шкідливого впливу на організм алкогольних напоїв, тютюнових виробів, наркотичних засобів. Організовані педагогами інформаційно-виховні заходи з питань здорового способу життя та збереження репродуктивного здоров'я молоді, сприятимуть впровадженню принципів усвідомленого і відповідального батьківства та формуванню соціально активної, фізично здорової, творчої особистості [6, 106].

Процес формування здорового способу життя повинен включати психологічні, педагогічні та соціальні аспекти. Всі види роботи зі студентами спрямовані на досягнення кінцевої мети – всебічного формування особистості майбутнього лікаря. Викладач медичного вузу має унікальну можливість донести всі переваги здорового способу життя до розуміння студента та переконати його на прикладах хворих пацієнтів в доцільності викорінення шкідливих звичок зі свого обиходу. Учителі гімназії здоров'я, в якій учаться діти зі спортивними нахилами, на прикладах життя спортсменів, їх досягнень та рекордів, направляють навчання та розвиток школярів у правильне русло.

Висновок. Педагоги повинні більше уваги приділяти проблемам молоді, організувати їх дозвілля і відпочинок, частіше спілкуватись з ними. Викладачі вузів та вчителі шкіл зобов'язані бути прикладом здорового способу життя для студентів і учнів, за виховання, здоров'я та життя яких, вони несуть персональну відповідальність.

Список літератури

1. *Вредные привычки и их профилактика. Электронный ресурс: http://e-reading.club/chapter.php/98062/48/Kozlova,_Kapitonova_-_Osnovy_meditsinskih_znaniy_posobie_dlya_sdachi_ekzamena.html*
2. *Влияние алкоголя на организм. Электронный ресурс: <http://www.grandars.ru/college/medicina/vliyanie-alkogolya-na-organizm.html>*
3. *Поняття про здоровий спосіб життя. Електронний ресурс: <http://lektcii.net/1-9770.html>*
4. *Формування позитивної мотивації на здоровий спосіб життя у дітей та молоді. Електронний ресурс: <http://nadoest.com/formuvannya-pozitivnoyi-motivaciyi-na-zdorovij-sposib-zhittya-u>*
5. *Шепітько В.І. Причини розвитку та основи профілактики шкідливих звичок у студентів стоматологічного факультету медичного вузу / О.Д. Лисаченко, Г.А. Єрошенко, Н.В. Борута // Матер. VII науково-прак. конф. «Педагогіка здоров'я». - Чернівці, 2017. – С. 570-573.*
6. *Шепітько В.І. Формування здорового способу життя – запорука здоров'я та майбутнього нації / В.І. Шепітько, Г.А. Єрошенко, О.Д. Лисаченко // Матер.*

Всеукр. науково-прак. конф. з міжнар. участю «Суспільство і медицина: діалог в умовах євроінтеграції». – Полтава, 2015. - С.104-106.

References:

1. *Vrednyie privyichki i ih profilaktika. Elektronnyy resurs: http://ereading.club/chapter.php/98062/48/Kozlova,_Kapitonova_-_Osnovy_meditsinskih_znaniy_posobie_dlya_sdachi_ekzamena.html*
2. *Vliyanie alkogolya na organizm. Elektronnyy resurs: <http://www.grandars.ru/college/medicina/vliyanie-alkogolya-na-organizm.html>*
3. *Ponyattya pro zdoroviy sposib zhittya. Elektronnyy resurs: <http://lektcii.net/1-9770.html>*
4. *Formuvannya pozitivnoyi motivatsiyi na zdoroviy sposib zhittya u dltey ta molodl. Elektronnyy resurs: <http://nadoest.com/formuvannya-pozitivnoyi-motivaciyi-na-zdorovij-sposib-zhittya-u>*
5. *Shepltko V.I. Prichini rozvitku ta osnovi profilaktiki shkldlivih zvichok u studentiv stomatologichnogo fakultetu medichnogo vuzu / O.D. Lisachenko, G.A. Eroshenko, N.V. Boruta // Mater. VII nauково-prak. konf. «Pedagogika zdorov'ya». - Chernigiv, 2017. – S. 570-573.*
6. *Shepltko V.I. Formuvannya zdorovogo sposobu zhittya – zapоруka zdorov'ya ta maybutnogo natsiyi / V.I. Shepltko, G.A. Eroshenko, O.D. Lisachenko // Mater.*

Vseukr. nauково-prak. konf. z mlzhnar. uchastyu «Susplstvo i meditsina: dialog v umovah EvroIntegratsiyi». – Poltava, 2015. - S.104-106.

THE EXPERIENCE OF STUDYING EMOTIONAL-PERSONAL, COMMUNICATIVE AND INTELLECTUAL QUALITIES OF HIGH SCHOOL STUDENTS IN MODERN SCHOOL

ИЗ ОПЫТА ИЗУЧЕНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫХ, КОММУНИКАТИВНЫХ И ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫХ КАЧЕСТВ СТАРШЕКЛАСНИКОВ В СОВРЕМЕННОЙ ШКОЛЕ

Шадрин Н.С.

доктор психологических наук, профессор Павлодарского государственного педагогического института, зав. лабораторией экспериментальной психологии и психодиагностики, г. Павлодар, Казахстан

Shadrin N.S.

Doctor of Psychology, Professor of Pavlodar State Pedagogical Institute, Head of the Laboratory of Experimental Psychology and Psychodiagnostics

Манякова М. В.

педагог-психолог первой категории СОШ №6, г. Павлодар, Казахстан

Manyakova M.V.

Teacher-psychologist first category, School №6

Аннотация. Исследование проводилось на базе договора о творческом сотрудничестве психологической лаборатории Павлодарского государственного педагогического института и психологов средней общеобразовательной школы №6 г. Павлодара (Казахстан).

В статье обсуждаются данные следующих пар психологических тестов, полученные по контингенту учащихся 9-х и 10-х классов в этой школе:

а) показатели депрессии по тесту Елисеева и показатели одиночества по тесту Рассела;

б) Показатели экстравертной, амбовертной или интровертной ориентации учащихся по тесту Юнга и данные о социотипах личности учащихся и их экстравертной или интровертной ориентации по тесту Вайсбанда;

Обсуждается востребованность такого рода тестов в условиях школы и делается попытка проверки их валидности методом корреляционного анализа данных по каждой паре тестов.

Обсуждаются также причины небольшого снижения уровня эмпатии у современных старшеклассников по тесту А. Мехрабиена и Н. Эпштейна. Демонстрируется особая эффективность использования некоторых тестов на интеллект в условиях современной школы.

Ключевые слова: сотрудничество психологов вуза и школьных психологов, тесты, показатели тревожности и одиночества, экстраверсия, интроверсия, интеллект, валидность тестов.

Annotation. The study was conducted on the basis of the agreement on creative cooperation of the psychological laboratory of the Pavlodar State Pedagogical Institute and psychologists of the secondary school No. 6 in Pavlodar (Kazakhstan).

The article discusses the data of the following pairs of psychological tests obtained by the contingent of students in the 9th and 10th grades at this school:

a) depression indicators according to Eliseev's test and loneliness indicators according to the Russell test;

b) Indicators of extraverted, ambitious or introverted orientation of students according to Jung test and data on the sociotypes of the students' personality and their extraverted or introverted orientation according to the Weissband test;

The demand for such tests in the conditions of the school arises and an attempt is made to verify their validity by the method of correlation analysis of the data for each pair of tests.

The reasons for the slight decrease in the level of empathy in modern high school students are also discussed, according to the test of A. Mehrabien and N. Epstein. It demonstrates the special effectiveness of using certain tests for intelligence in the conditions of a modern school.

Key words: cooperation of psychologists of the university and school psychologists, tests, indicators of anxiety and loneliness, extraversion, introversion, intellect, test validity.

Известно, что массовое психодиагностическое исследование индивидуальных особенностей учащихся в школе сопряжено с рядом трудностей и проблем, прежде всего, организационного характера. Одним из способов их решения может быть участие вузовских исследователей-психологов в реализации договоров о творческом сотрудничестве, когда тематика исследований определяется в основном школой, а весь инструментарий и технология исследований (включая компьютерные технологии обработки данных тестов и статистических методов анализа) обеспечивается учеными университетов или педагогических институтов.

Наше исследование проводилось в мае 2017 года в соответствии с договором о творческом сотрудничестве между СОШ №6 г. Павлодара и Павлодарским государственным педагогическим институтом (лаборатория экспериментальной психологии и психодиагностики).

Исследование проводилось в 9 «А» и 10 «А» классе. (В 9 «а» классе было на момент исследования 16 человек, в 10 «А» классе – 12 человек).

Существенную помощь в ходе организации исследований оказала школьный психолог Зарема Женисовна Касымова.



Математическая обработка данных, включая обработку результатов тестирования, осуществлялась по специально разработанным в нашей лаборатории компьютерным программам. Исследование было направлено на изучение эмоционально-личностных, коммуникативных и интеллектуальных качеств старшеклассников. Внимание уделялось также изучению целостной индивидуальности школьников методами соционики. При использовании исследовательского инструментария мы стремились по возможности выявлять меру его валидности и надежности на нашем контингенте, что имеет важное значение и для практики работы школьных психологов.

В ходе исследований были выявлены, прежде всего, индивидуальные показатели депрессии и переживания одиночества у детей 9 «а» и 10 «а» класса. Таблицы результатов тестирования (с указанием индивидуальных отклонений от нормы) были представлены школьным психологам.

При этом методом ранговой корреляции Спирмена вычислялась корреляция между показателями депрессии по тесту Елисеева (А) и показателям одиночества по тесту Рассела (В). Оказалось, что на материале 9 «А» кл. (16 чел.) показатель ранговой корреляции этих двух параметров оказался равным $r=0.488$. Что касается 10 «а» класса (12 чел.), то здесь показатель ранговой корреляции составил несколько большую величину $r=0.649$.

С учетом данных таблиц Урбаха о граничных значениях коэффициента ранговой корреляции Спирмена и объема наших выборок гипотеза о наличии корреляции между параметрами депрессии и одиночества в 9 «а» классе классах не подтвердилась с уровнем значимости $p=0,05$, но подтвердилась с вероятности ошибки $p=0,1$. В 10 «а» классе эта гипотеза подтвердилась даже с уровнем значимости $p=0,05$.

В целом в научной литературе по методам математической статистики допускается подтверждение статистических гипотез с уровнем значимости $p=0,1$. (См., например, учебник по теории вероятности и математической статистики [1, с. 294-296]). Нужно также подчеркнуть, что гипотеза о наличии прямой корреляции между показателями по тесту депрессии (А) и по тесту одиночества Рассела (В) ранее полностью подтвердилась в исследовании, выполненном в этой же школе в 2016 году. Так, в выборке учащихся 10 и 11 класса (19 чел.) коэффициент ранговой корреляции между указанными параметрами А и В составил уже $r=0,715$, что говорит о прямой корреляции между ними с уровнем значимости $p=0,05$.

Косвенно все это свидетельствует и об определенной интеркорреляционной валидности обоих тестов.

Для окончательного решения вопроса о наличии указанной корреляции нужны, естественно, дополнительные исследования. Но уже сейчас можно ориентировать школьных психологов на то, что выявленный у старшеклассника высокий уровень депрессии может быть связан с повышением параметра одиночества; при этом можно рекомендовать провести соответствующую работу в этом направлении.

Нами были получены также данные по экстравертной, амбовертной или интровертной ориентации учащихся 9 «А» и 10 «а» классов по тесту Юнга, а также данные о социотипах личности учащихся и их экстравертной или интровертной ориентации по тесту Вайсбанда.

Здесь нужно обратить внимание на то, что социотип личности, выявленный по поэтапному тесту известного украинского специалиста по соционике И.Д. Вайсбанда (Онуфриенко), содержит информацию и о базовой функции личности – экстраверт или интроверт. Так, если конкретная личность относится по Вайсбанду к типу

В. Гюго, что расшифровывается как «этико-сенсорный экстраверт», то это свидетельствует о принадлежности человека к типу экстраверта. Следующим шагом было определение уровня экстраверсии/интроверсии по тесту Юнга и анализ степени их соответствия/несоответствия, показанной в специальной графе таблицы.

Оказалось, что в 9 «а» классе наблюдается 50% соответствия данных по тесту Юнга и Вайсбанда по параметрам экстраверсии/интроверсии и 50% их несоответствия (амбаверты не учитывались!). В 10 «а» классе процент соответствия составил 100%.

В целом, что очень важно, определение социотипа по Вайсбанду вызвало живой интерес учащихся (особенно в 10 классе). Это, видимо, связано с тем, что социотипы являются наиболее интегральными проявлениями индивидуальности (в отличие, например, от типов темперамента или акцентуаций характера), выражая индивидуальность в многостороннем и сжатом виде. Узнав свой социотип, школьник начинает задумываться о своем жизненном пути, о своей судьбе и призвании, о своем самораскрытии в дальнейшей жизни. Недооценивать эти моменты нельзя.

Естественно, при этом встает вопрос о валидности самих тестов. Наши данные продемонстрировали, как видим, противоречивую картину. Поэтому тест Юнга на экстраверсию/интроверсию и амбоверсию надо применять с осторожностью, ибо сравнение с данными теста Вайсбанда в аспекте экстраверсии/интроверсии показывает, что тест Юнга на самом деле не всегда точно выявляет эти качества. Кроме того, надо иметь в виду, что современная соционика считает проблематичным само существование типа амбоверта, который допускается в тесте Юнга. В любом случае необходимы дополнительные исследования для устранения противоречий, которые возникают при «срабатывании» инструментария соционики в реальной практике психодиагностических исследований.

Согласно классикам соционики (А. Аугустинавичюте [2], Д. Кейрси и М. Бейтс [3], И. Вайсбанд (Онуфриенко) [4; 5], Е. Филатова [6]), определение социотипов личности в малой группе позволяет выявить тип отношений совместимости/несовместимости между представителями разных социотипов, на чем было заострено внимание учащихся в ходе бесед.

На последнем этапе применения тестов-опросников оба класса были обследованы по тесту на определение способности эмпатии А. Мехрабиена и Н. Эпштейна (33 вопроса). Этот параметр коммуникативности личности весьма интересует школьную практику.

Оказалось, что в 9 «а» классе показатели эмпатии «чуть ниже нормы» и «ниже нормы» встречаются 4 раза, а показателей «чуть выше нормы» и «выше нормы» нет совсем! В 10 «а» классе показатели эмпатии «чуть ниже нормы» встречаются дважды, а показатель «чуть выше нормы» – один раз.

В целом мы можем, видимо, говорить о некотором снижении уровня эмпатических способностей у современных старшеклассников, включающих рациональный, эмоциональный или интуитивный типы этих способностей, по В.В. Бойко. Все это следует связать с некоторыми негативными тенденциями в современной подростковой и юношеской среде. Грубо говоря, состояние заболевшего друга-одноклассника часто имеет для современного старшеклассника меньшую значимость и вызывает меньший эмоциональный отклик, чем поломка у него гаджета или компьютера (хотя это не живые существа, а всего лишь технические устройства!). Как нам представляется, довольно симптоматичен зафиксированный в СМИ факт, состоящий в том, что подросток зарубил топором мать и изранил отца за то, что они запретили ему на какое-то время пользоваться компьютером.

Изучение интеллектуальных функций и способностей учащихся. Интеллектуальное развитие – важный момент развития личности. Для удовлетворения потребности общаться, играть, а далее учиться и трудиться ребенок должен адекватно воспринимать мир, реально представлять себе, что ему нужно сделать, уметь обдумывать свои действия, высказывать правильные суждения, искать в нужных случаях пути усовершенствования процесса своей деятельности. Все это невозможно без развития интеллекта.

Наша исследовательская задача состояла в «обкатке» оптимальных условий и возможностей применения некоторых тестов на интеллект – в основном конструктивных тестов, а также тестов на внимание.

Если говорить о тесте «кубики Кооса», то нами апробировался как вариант, разработанный в Институте практической психологии «Иматон» (г. Санкт-Петербург) и приобретенный нашей лабораторией по заказу отдела госзакупок ПГПИ, так и вариант, уже несколько лет применяющийся в нашей лаборатории. Достоинство методики «Иматоны» (автор разработки А.А. Надуваев) в том, что в ней представлены 10 очень корректно выстроенных заданий (узоров на карточках) возрастающей степени сложности от 1 до 10. (Разработать самостоятельно такую систему без участия классных специалистов-экспертов нам не представляется возможным!). К сожалению, в иматоновскую таблицу обработки результатов, которая предполагает выставление определенных баллов за определенное время выполнения задания той или иной степени трудности, вкрались досадные ошибки. Не меняя установок автора методик, нами была составлена непротиворечивая таблица обработки результатов работы испытуемых, Обкатка методики показала ее неплохие возможности.

Однако мы считаем, что при проведении диагностических исследований в школе предпочтение надо отдавать все же тестам с минимальным временем выполнения задания. Поэтому в 9 «а» и 10 «а» классе мы более широко использовали другую разновидность тестов на интеллект – «Куб Линка», а из тестов на внимание мы выбрали тест «Черно-красная таблица чисел Шульте». Наилучшие результаты по тесту куб Линка показал Матышкин Богдан из 9 «а»

класса, а по тесту Шульте на переключаемость внимания – Токблатов Тимур (как оказалось, они неплохо успевают по математике). Тестирование проводилось в присутствии всего класса, содержало элементы состязательности и вызывало у детей живой интерес.

Методика «Куб Линка» (с разными модификациями предлагаемых конструктивных заданий) может, как известно, применяться для реализации развивающих игр. Но мало известен факт, что автор книги «Развивающие игры» Б.П. Никитин (эту книгу легко скачать в Интернете) при разработке системы развивающих заданий, названную им «Уникубом», основывался именно на методике «Куб Линка», с которой он познакомился на факультете психологии МГУ! (Методике «Уникуб», фактически с «никитинскими» вариантами заданий, можно сейчас заказать по посильной цене в Интернете).

Анализируя особенности заданий «Уникуба», мы пришли к выводу, что многие формулировки заданий (инструкций для ребенка) надо упростить, сделав их более доступными для детского восприятия. Такая работа была частично нами проделана, что позволило использовать методику для занятий в коррекционном 3 «б» классе СОШ №6. При этом если интеллектуально неразвитые учащиеся А.Д. и Д.П. практически совсем не справились с нашими заданиями (кроме самых простых), то относительно продвинутая ученица А. Кихмет осилила все задания. Все это говорит о неплохой применимости модифицированной нами системы развивающих заданий на базе «Куба Линка» («Уникуба»).

В то же время развитие интеллекта детей нельзя свести к развитию наглядно-образного и наглядно-действенного мышления, конструктивных способностей и т.д. Развитию мышления в старших классах может способствовать такой, слабо представленный в современной школе вид занятий, как риторика, понимаемая как умение планировать, составлять и произносить публичные речи, вести дискуссию, уметь отвечать на вопросы. Полезны и различные формы письменного изложения мысли, применяемые на занятиях не только языком и литературой, но и другими школьными предметами. Способы диагностики и развития этих форм интеллектуальных способностей старшеклассников, естественно, требуют специальных исследований.

Список литературы

1. Колемаев В.А., Калинина В.Н. Теория вероятностей и математическая статистика. Учебник. – М.: ИНФРА, 1999. – 302 с.
2. Аугустинавичюте А. Модель информационного метаболизма // Соционика, ментология и психология личности. - 1995. - № 1.
3. Keirse D., Bates M. Please Understand Me. Character and Temperament Types. Gnoseology Books Ltd. 1984.
4. Вайсбанд И. Кто я такой? Немного о соционике //Знание – сила. – 1992. – №1, 3– 10.
5. Вайсбанд И. Соционика. Определите свой тип. – Киев, 1992. – 52 с.
6. Филатова Е. Соционика для Вас. – Новосибирск: Сибирский хронограф, 1993. – 296 с.

References:

1. Kolemaev V.A., Kalinina V.N. Teoriya veroyatnostey i matematicheskaya statistika. Uchebnik. – M.: INFRA, 1999. – 302 s.
2. Augustinavichyute A. Model informatsionnogo metabolizma // Sotsionika, mentologiya i psihologiya lichnosti. - 1995. - # 1.
3. Keirse D., Bates M. Please Understand Me. Character and Temperament Types. Gnoseology Books Ltd. 1984.
4. Vaysband I. Kto ya takoy? Nemnogo o sotsionike //Znanie – sila. – 1992. – #1, 3– 10.
5. Vaysband I. Sotsionika. Opredelite svoy tip. – Kiev, 1992. – 52 s.
6. Filatova E. Sotsionika dlya Vas. – Novosibirsk: Sibirskiy hronograf, 1993. – 296 s.



UDC 159.923

TO THE ORIGIN OF DEVELOPING HOLISTIC CONCEPTION OF PERSONAL CREATIVE POTENTIAL

ДО ВИТОКІВ РОЗРОБКИ ХОЛІСТИЧНОЇ КОНЦЕПЦІЇ ТВОРЧОГО ПОТЕНЦІАЛУ ОСОБИСТОСТІ

Mishchykha L. P.

*PhD in Psychology Department of General and Clinical Psychology Precarpathian national Vasyl Stefanyk University
Taras Shevchenko, 57 Str.
Ivano-Frankivsk town, Ukraine, 76025*

Міщыха Л.П.

*д.психол.н., проф. Прикарпатського національного університету імені Василя Стефаника,
вул. Тараса Шевченка, 57
м. Івано-Франківськ, Україна, 76025*

Abstract: The article reveals the problem of personal creative potential.

There have been made a theoretical methodological analysis of finding and developing the problems of personal creative potential through an integrative personal approach.

Based on the given above approach a whole view on a personality is possible, meanwhile there is interaction between its endopsychic and exopsychic components in all spectors of age developments (age, proficient, creative etc), psychological neoplasm. Thus, a personality is revealed in coordination with all his/her life components, represented by conscious and automatic processes, cognitive and emotional inductions.

Key words: methodology, holistic conception, integrative personal approach, a creative personality, creativity, creative potential, creative activity.

Анотація. У статті досліджується проблема творчого потенціалу особистості. Здійснено теоретико-методологічний аналіз з'яви та розгортання проблеми творчого потенціалу особистості під кутом зору інтегративно-особистісного підходу.

Саме з позиції вище заявленого підходу уможливується цілісний погляд на особистість на рівні взаємодії ендо- й екзопсихічних її складових у всіх спектрах прижиттєвих напрацювань (вікових, професійних, творчих тощо), психологічних новоутворень. Відтак, особистість розглядаємо в єдності всіх її складових психічного життя, репрезентованого свідомими і несвідомими процесами, когнітивними й емоційними привнесеннями.

Ключові слова: методологія, холістична концепція, інтегративно-особистісний підхід, творча особистість, творчість, творчий потенціал, творча активність.

Постановка проблеми. Звернення до проблеми творчого потенціалу особистості обумовлює виведення площини наукового постулювання у методологічний дискурс інтегративного підходу до особистості, що уможливує як цілісне бачення психічної реальності, так і синтез складових концепцій у широкій палітрі розуміння і пізнання особистості на рівні усього її багатогранного ества у єдності соматичних, психологічних та духовних властивостей. Звідси послугуємося основними постулатами аналітичної теорії особистості, де розвиток репрезентований процесом індивідуації; вершинної екзистенційно-гуманістичної психології і декларованими нею цінностями креативності, ноодинаміки творчого життя особистості; феноменологічним напрямом, напрацюваннями школи С. Л. Рубінштейна про творчу самодіяльність особистості та науковим доробком у царині психології творчості, а також положеннями про поступальний розвиток особистості на різних етапах онтогенезу, що розгортають онтологічну візію особистості як суб'єкта творчої діяльності.

Новизна дослідження полягає в тому, що в ньому вперше розкривається проблема творчого потенціалу особистості у руслі інтегративно-особистісного підходу.

Мета статті – здійснити теоретико-методологічний аналіз витоків холістичної концепції творчого потенціалу особистості та обґрунтувати необхідність її застосування у дослідженні вищезаявленого феномену.

У нашому дослідженні ми виходимо з гуманітарного підходу в

науці, що заклав підвалини неklasичного методологування, де було експліковано підхід про те, як із об'єктивованого матеріального світу людини постає її суб'єктивний світ, тим самим кардинально змінивши бачення особистості під кутом зору соціально-історичного, культурного контексту, не як речі серед речей, а як індивіда, укоріненого в світі культури, з якою він взаємодіє і з якої себе будує. Звідси особистість – творець власного життя, активний суб'єкт, самостворюючий, самодетермінуючий, унікальний, здатний «бути» не тільки спонуканнями «зсередини» чи «ззовні», а джерелом і причиною своїх дій [6].

Шлях переходу потенційного в актуальне К.Юнг вбачає у розвитку Самості, яку назвав головним архетипом (що визначає функціонування цілісної психіки методом інтеграції свідомого і несвідомого), а самореалізацію – у творчій діяльності. «Через пізнання внутрішньої природи, знаходження свого покликання, Самості досягається психологічна інтеграція особистості» [15].

Концепція творчого «Я» є головним конструктом адлерівської теорії, позаяк стиль життя формується під впливом творчих здібностей особистості. «Кожна людина є творцем, оскільки вона творить дещо із різних вроджених факторів і можливостей. Звідси картина її душевного життя складає єдність» [2].

Введення нами категорії «особистість» у наукову площину екзистенційно-гуманістичного постулювання детерміноване холістичним підходом у поглядах гуманістичних персонологів на особистість в єдності органічного й психічного, усвідомлюваного

й неусвідомлюваного, почуття й думки. З точки зору гуманістичної психології сама сутність людини постійно рухає її у напрямі особистісного росту, творчості і самодостатності. Визнання пріоритету творчої сторони в людині є, можливо, найбільш значущою концепцією гуманістичної психології, де людина постає в ролі активного творця власного життя. Вчення гуманістів про творчість – це гімн творчості, гімн творчій особистості. Одним із вихідних положень гуманістичної психології А. Маслоу виступає проблема творчості як складова процесу самоактуалізації особистості. На думку вченого, сутність розвитку людини полягає в тому, щоб реалізувати у процесі життєдіяльності свій вроджений потенціал. А. Маслоу перший наголосив, що творчість є найбільш універсальна функція людини, яка веде до всіх форм самовираження. Мовиться не лише про представників творчих професій (митців, учених та ін.), а й про творчість як спонтанну креативність, притаманну кожному індивіду як суб'єкту будь-якого виду діяльності.

Беручи до уваги соціокультурний запит на тлі сучасності, вчений звертає увагу на важливість формування людини, здатної жити в безперервно змінюваному світі, долати труднощі, приймати рішення, здійснювати вибір. Суспільство, яке, на думку А. Маслоу, виховає таку «Гераклітову людину», матиме перспективу [8]. Звідси креативність – фундаментальна характеристика людської природи, особливий спосіб світосприйняття, взаємодії з реальністю, потенціал, іманентно присутній у кожній людині. Творчість стає синтезуючим, конструктивним, об'єднуючим процесом завдяки внутрішній інтеграції особистості. Саме на цій основі і даються «пікові переживання», пізнаються глибини творчості.

«Потенціалізм» як термін для означення наукової парадигми у психологічній науці зводив розвиток людини до повного розгортання вроджених потенцій, іманентно притаманних і заданих їй вже на біологічному рівні життя. Звідси потенціалістський варіант гуманістичної психології передбачав, що вроджений потенціал (специфічні якості і характеристики людини) за сприятливих умов розвитку повинен розгортатися, переходячи з потенційної в актуальну форму. Всупереч потенціалізму, що постулював: «Все закладено в біології», «Добрим людським екземплярам потрібне добре суспільство для їх росту» [8], – пропонується екзистенціалістська позиція: «Існування передує сутності» (Ж. П. Сартр). Відтак ніякий розвиток попередньо не заданий і невідомо, що вибере людина, ким стане, проєктуючи себе і, відповідно, власну долю. «Людина є не тільки продуктом спадковості і середовища, – зауважує В. Франкл, – існує третій елемент: прийняття рішення. Людина зрештою вирішує сама за себе» [13]. З екзистенційно-гуманістичної концепції про місце людини у світі бере свій початок вивчення людини як суб'єкта життя і діяльності. Людина розглядається як частина буття, одночасно виступаючи суб'єктом і об'єктом перетворень.

Феноменологічний напрям (К. Роджерс), репрезентований на концепції росту, сконцентрованої на процесі реалізації внутрішніх можливостей і особистісного потенціалу «ідеально функціонуючої особистості», відображає розроблену К. Роджерсом концепцію творчості, згідно з якою «головним спонукальним мотивом є прагнення людини реалізувати себе, проявити свої можливості» [11]. У ставленні до творчості К. Роджерс відобразив загальне ставлення гуманістичних персоналогів до даного феномену, вивішивши його далеко за межі вузькоспеціалізованих мистецькознавчих студій: «Творчість, на мій погляд, не залежить від якогось певного змісту. Я вважаю, що немає суттєвої різниці у творчості при створенні картини, літературного твору, симфонії, винаходу, розвитку наукової теорії, пошуку нових особливостей у людських стосунках чи створенні но-

вих граней власної особистості» [11].

Назвавши людину істотою творчою, Е. Фромм [14] наголошує на її здатності трансформувати доступну їй матерію за допомогою розуму й уяви. Саме продуктивна творчість, як здатність людини використовувати свої сили і реалізовувати закладені в ній потенційні можливості, доступна кожній людині (в якій не порушені ментальний та емоційний рівні), сприяє розвитку власного «Я». На думку Е. Фромма, тільки ті якості, які є результатом творчої активності особистості, надають їй сили і тим самим створюють основу її цілісності. У всіх видах продуктивної творчості людина і предмет її праці об'єднуються; вона досягає злиття зі світом, знаходить власний смисл життя.

У той час як К. Гольдштейн, А. Маслоу і К. Роджерс «робили ставку» на притаманну людині від народження внутрішню силу, що розгортає закладені у неї можливості, В. Франкл, Р. Мей як контроверзу запропонували позицію, за якою напрям розвитку людини задається виключно виборами, які вона здійснює. Звідси представники екзистенційного напрямку стверджують, що неправильний вибір, як і втеча від відповідальності за нього, – це передумови нездорового розвитку, оскільки однозначно заданого спрямування у людини немає, позаяк вона може наповнити своє життя смислом за допомогою реалізації креативних цінностей. Робиться акцент на власне покликання як життєве завдання, унікальне й специфічне за своїм характером і можливостями реалізації.

Ідея трансцендування в екзистенційній психології перегукується з ідеями діяльнісного підходу О. М. Леонтьєва і позицією С. Л. Рубінштейна щодо особистості як суб'єкта життя. У контексті діяльнісного підходу інтенціональне, предметне спрямування активності особистості розглядалося як основна рушійна сила її розвитку. Для нас особливу вагу має проголошений С. Л. Рубінштейном принцип творчої самодіяльності: «У світі об'єктивного буття, кожен акт рецептивності (сприйняття явищ), як і кожен акт пізнання світу, є актом творчої самодіяльності (як безперервний процес)». Важливий постулат С. Л. Рубінштейна – «суб'єкт у власних діяннях, в актах творчої самодіяльності не тільки виявляється і проявляється, але й в них створюється і визначається» [12, с. 437-438]. Звідси результати праці не тільки стають фактом констатації «Who's Who?», але й формують самого суб'єкта. Творячи, митець створює і свою творчу індивідуальність, творячи, він творить і себе [12, с. 438]. С. Л. Рубінштейн зауважує: «Особистість тим значніша, чим більша її сфера дій, той світ, в якому вона живе, і чим завершенишим є останній, тим більш завершеною є вона сама. Одним і тим самим актом творчої самодіяльності, створюючи і його, і себе, особистість створюється і визначається, лише залучаючись в її об'ємне ціле» [12, с. 437-438], де творення індивідуальності проходить не у площині її ізолюваності, а у взаємодії з життям людства, втіленого у продуктах діяльності народу, суспільства. Смисл людського існування С. Л. Рубінштейн вбачає у виконанні головної онтологічної задачі: врахування і реалізації всіх можливостей, які створюються життям особистості та її діяльністю, яка кваліфікується як об'єктивація, як творча самореалізація суб'єкта. Звідси боротьба особистості за вищий рівень людського існування, за вершину людського буття, за свободу у ставленні до певних умов, наявного буття, даної ситуації, що характеризує її як суб'єкта власної життєдіяльності.

Знаковим для розуміння реалізації «потенційності» особистості є висування

Л. С. Виготським принципу «зовнішнє через внутрішнє», що поглиблює значення провідної ролі суб'єкта в різних видах активності, як і трактування соціального середовища як «джерела» розвитку особистості [4].



Розвиваючи екзистенційно-гуманістичну парадигму в сучасній психології, Д. О. Леонтьєв шлях розвитку творчого потенціалу вбачає у ставленні самої людини до нього. «Особливості особистості можуть стати непереборною перешкодою на шляху реалізації найбільшого творчого потенціалу, але сильна і внутрішньо багата особистість може якоюсь мірою компенсувати недолік обдарованості» [7, с. 218]. Таким чином, з позиції екзистенційно-гуманістичного підходу саме завдяки творчості людина розбудовує своє життя, розвиваючи при цьому себе, свій творчий потенціал, оскільки «буття – унікальний патерн потенційних можливостей індивіда» (Р. Мей).

Формат творчого виміру особистості є не що інше, як «претензія» на статус особистості як творчої з різними розставленими при цьому акцентами. Він може бути репрезентований у площині розгортання усіх її прижиттєвих напрацювань, «привнесень» у власний творчий потенціал. Звідси становлення, розвиток творчої особистості уможлиблюється тільки шляхом цілісного уявлення про її життєвий шлях, що «відбувається» у процесах, не тільки суголосних її творчим потребам, але й гальмівних, блокуючих (кризи, втрати, хвороби тощо), розгортає творчу візію людини у ставленні до себе, світу, власного життя, діяльності, всього того, що вибудовує систему її цінностей та смислів і формує ставлення до них як суб'єкта власної життєдіяльності. Звідси розглядаємо особистість як «складну цілісну систему систем» [5], єдність її тілесних, душевних та духовних проявів, яка охоплює усі сфери психічної діяльності, що виявляє себе, за О. Ф. Лазурським, на рівні взаємодії ендого- й екзопсихічних її складових.

Особистість, як «система систем» (Г. С. Костюк), виступає носієм властивостей суб'єктності, яка проявляє індивідуальне розгортання Я людини в конкретно-історичних формах здійснення в системі складних і різнопланових його відносин у Соціумі. Суб'єктне буття означає, по-перше, вивільнення від об'єктних визначень і предметно-речових залежностей, від зовнішніх форм природного і соціального детермінізму, а по-друге, вільне творення світу і себе в ньому, можливість бути автором власного життя. Водночас ще Б. Г. Ананьєв зауважував, що поділ людських властивостей на індивідні, особистісні та суб'єктні відносний, оскільки людина є цілісною, водночас поєднуючи в собі природне й соціальне.

Ініціуюче-творче начало, що лежить в основі суб'єктності особистості, має екзистенційне значення для людини, розкриває

феномен її авторства, що виявляється передусім в її внутрішній детермінації – самоорганізації внутрішньої активності, що виступає умовою її розвитку. Звідси активність суб'єкта носить творчий характер, оскільки її Серцевина (Самість) проявляється у дорослої людини лише частково завдяки розкриттю і прийняттю того, що іманентно в людині представлене (Цит.за:[10]). Відтак особистість – «не набір потреб, цінностей, здібностей, характеру, волі, темпераменту, а є суб'єктом тією мірою, якою вона використовує свій інтелект, здібності, підпорядковує свої нижчі потреби вищим, будучи своє життя у відповідності зі своїми цінностями та принципами» [1]. Звідси вона, будучи інтегрованою системою, володіє структурно-рівневою організацією, охоплює на нижчому рівні конституцію й темперамент людини, а на вищому – активність, свідомість, здібність до організації життєвого часу (Цит. за: [10]).

У континуумі діяльності проявляється статус особистості як «соціального індивіда» чи «творчої особистості» [9], де тільки на другому рівні активності особистість «трансформує», змінює, розвиває діяльність, яка стає творчою, ламаючи стереотипи заданого, алгоритмізованого, завчасно вибудованого, виборює право на власне бачення, власний проект, «побічний продукт» діяльності (Я. О. Пономарьов). Відтак «не особлива специфічна здібність, а позиція суб'єкта діяльності визначає можливість творчих досягнень» [3]. Так з'являється автор – творець, який у заданих координатах діяльності розбудовує свій вектор руху, своє творче «Я». Цей феномен народжується не всупереч зовнішній детермінації і не з неї, а як розкриття глибинних потенцій особистості як внутрішньо детермінованої вільної дії».

Висновки. Виходячи із вищесказаного можна постулювати, що інтеграційний ефект когнітивних і мотиваційних складових психіки емпірично проявляється у взаємодії різних за змістом і функціями її компонентів, їх «злитті» у складні психологічні феномени. Інтеграція, цілісність, узгодженість взаємодії різних рівнів і структур особистості породжують активність та ефективну психічну її саморегуляцію. Відтак складається наукове уявлення про єдину систему регуляції та реалізації творчої діяльності, що уможлиблює дослідження творчого потенціалу особистості в рамках саме холистичної концепції.

Відтак, перспективу дослідження вище згаданої проблеми вбачаємо у конструюванні акумулятивно-інтегративної моделі творчого потенціалу особистості на кожному з вікових періодів її життя.

ЛІТЕРАТУРА

1. Абульханова-Славская К. А. О субъекте психической деятельности / К. А. Абульханова-Славская. – М. : Наука, 1973. – 287 с.
2. Адлер Альфред. Наука жить / Альфред Адлер. – К. : Port-Royal, 1997. – 288 с.
3. Богоявленская Д. Б. «Субъект деятельности» в проблематике творчества / Д. Б. Богоявленская // Вопросы психологии, 1999. – № 2. – С. 35–41.
4. Выготский Л. С. Собрание сочинений в 6-ти томах. Т. 3. Проблемы развития психики / Л. С. Выготский ; [ред. А. М. Матюшкина]. – М. : Педагогика, 1983. – 368с.
5. Костюк Г. С. Избранные психологические труды / Г. С. Костюк. – М.: Педагогика, 1988. 304с.
6. Леонтьев Д. А. Неклассический вектор в современной психологии / Д. А. Леонтьев // Теория и методология психологии : постнеклассическая перспектива / отв. ред. А. Л. Журавлев, А. В. Юревич. – М. : Ин-т психологии РАН, 2007. – С. 74-94.
7. Леонтьев Д. А. Пути развития творчества : личность как определяющий фактор / Д. А. Леонтьев // Воображение и творчество в образовании и профессиональной деятельности. Материалы чтений памяти Л. С. Выготского : 4-я Международ. конф. – М. : РГГУ, 2004. – С. 214–223.
8. Маслоу А. Новые рубежи человеческой природы / А. Маслоу. – М. : Смысл, 1999. – 425 с.
9. Міцциха Л. П. Психологія творчості : навч. посіб. / Л. П. Міцциха. – Івано-Франківськ : Гостинець, 2007. – 448 с.
10. Міцциха Л. П. Творчий потенціал особистості у період пізньої дорослості : [монографія] / Л. П. Міцциха. –

Івано-Франківськ : Місто НВ, 2014. – 400 с.

11. Роджерс К. Р. Взгляд на психотерапию. Становление человека / К. Р. Роджерс. – М. : Прогресс, 1997. – 480 с.
12. Рубинштейн С. Л. Принцип творческой самодеятельности (к философским основам современной педагогики) / С. Л. Рубинштейн // Избранные философско-психологические труды. Основы онтологии, логики и психологии. – М., 1997. – С. 433–438.
13. Франкл В. Доктор и душа / В. Франкл. – СПб. : Ювента, 1997. – 286 с.
14. Фромм Э. Душа человека / Э. Фромм. – М. : Республика, 1992. – 430 с.
15. Юнг К. Г. Структура психики и процесс индивидуации / К. Г. Юнг. – М. : Наука, 1996. – 269 с.

References:

1. Abul'hanova-Slavskaya K. A. O sub"ekte psichicheskoy deyatel'nosti / K. A. Abul'hanova-Slavskaya. – М. : Nauka, 1973. – 287 s.
2. Adler Al'fred. Nauka zhit' / Al'fred Adler. – К. : Port-Royal, 1997. – 288 s.
3. Bogoyavlenskaya D. B. «Sub"ekt deyatel'nosti» v problematike tvorchestva / D. B. Bogoyavlenskaya // Voprosy psichologii, 1999. – № 2. – S. 35–41.
4. Vygotskiy L. S. Sobranie sochinenij v 6-ti tomah. T. 3. Problemy razvitiya psihiki / L. S. Vygotskiy ; [red. A. M. Matyushkina]. – М. : Pedagogika, 1983. – 368 s.
5. Kostyuk G. S. Izbrannye psichologicheskie trudy / G. S. Kostyuk. – М. : Pedagogika, 1988.–304s.
6. Leont'ev D. A. Neklassicheskij vektor v sovremennoj psichologii / D. A. Leont'ev // Teoriya i metodologiya psichologii : postneklassicheskaya perspektiva / otv. red. A. L. Zhuravlev, A. V. YUrevich. – М. : In-t psichologii RAN, 2007. – S. 74–94.
7. Leont'ev D. A. Puti razvitiya tvorchestva : lichnost' kak opredelyayushchij faktor / D. A. Leont'ev // Vobrazhenie i tvorchestvo v obrazovanii i professional'noj deyatel'nosti. Materialy chtenij pamyati L. S. Vygotskogo : 4-ya Mezhdunar. konf. – М. : RGGU, 2004. – S. 214–223.
8. Maslou A. Novye rubezhi chelovecheskoj prirody / A. Maslou. – М. : Smysl, 1999. – 425 s.
9. Mishchiha L. P. Psichologiya tvorchosti : navch. posib. / L. P. Mishchiha. – Ivano-Frankivs'k : Gostinec', 2007. – 448 s.
10. Mishchiha L. P. Tvorchij potencial osobistosti u period pizn'oi dorosl'osti : [monografiya] / L. P. Mishchiha. – Ivano-Frankivs'k : Misto NV, 2014. – 400 s.
11. Rodzhers K. R. Vzglyad na psichoterapiyu. Stanovlenie cheloveka / K. R. Rodzhers. – М. : Progress, 1997. – 480 s.
12. Rubinshtejn S. L. Princip tvorcheskoy samodeyatelnosti (k filosofskim osnovam sovremennoj pedagogiki) / S. L. Rubinshtejn // Izbrannye filosofsko- psichologicheskie trudy. Osnovy ontologii, logiki i psichologii. – М., 1997. – S. 433–438.
13. Frankl V. Doktor i dusha / V. Frankl. – SPb. : YUventa, 1997. – 286 s.
14. Fromm EH. Dusha cheloveka / EH. Fromm. – М. : Respublika, 1992. – 430 s.
15. YUng K. G. Struktura psihiki i process individuacii / K. G. YUng. – М. : Nauka, 1996. – 269 s.

UDC 159.923

PSYCHOLOGICAL INSIGHT OF THE INDIVIDUALS PRONE TO DOMINATION

Sannikova O.P.

*Doctor of Psychological Sciences, professor
Head of the Department of General
and Differential Psychology
South Ukrainian National Pedagogical
University named after K. D. Ushynsky
4, Fontanska Doroha Str., Odesa, Ukraine*

Sannikov A.I.

*Doctor of Psychological Sciences, senior researcher,
associate Professor
Department of Theory and Methodology of Applied
Psychology,
South Ukrainian National Pedagogical University named
after K. D. Ushynsky,
4, Fontanska doroga Str., Odesa, Ukraine*

Abstract: In the given report the results of conducted investigation of professionally important traits of a person (proneness to domination, psychological insight) and interrelations between them are presented. The correspondence of the psychological insight and essentice proneness to domination indices is marked out.

Key words: psychological insight, proneness to domination, personality of a psychologist.

Topicality of the subject. The main aspect of the aspect of a psychologist is work with people. It includes a number of interrelated aspects: studying and assessment of another person, setting and development of psychological contact, the implementation of certain impact, etc. In connection with this, the study of those qualities of personality, which ensure the success of interaction between people acquires special significance. A special place in the system of professionally important qualities of the personality of a psychologist takes psychological insight.

Underestimation of the peculiarities of the psychological insight of the future professional, especially the psychologist, leads to the fact that the formation of this professionally important quality is carried out spontaneously, with additional moral breakdowns and time expenditures, which greatly confuses the process of adequate perception and understanding of another person, causes the mistakes in the work of the psychologist. Therefore, as a personal trait of a psychologist psychological insight should be considered professionally significant, being the basis of profes-



sional achievements, which develops through experience, in the process of labor activity. All above said reveals need to study the phenomenon of psychological insight, its structure and component composition of indicators, their possible complexes and combinations.

In recent years, the problem of personality traits of a psychologist, which ensures the success of scientific and practical activity, is actively developed in the studies of G. S. Abramova, M. A. Aminov, M. M. Bogomolova, N. B. Temnov, N. Yu. Khryashev; conditions and criteria for the success of certain spheres of the practice of a psychologist, in particular, individual and managerial counseling in the work of A. A. Derkach, A. F. Kopyov, G. I. Marasanov and others.

The purpose of the article is to determine the manifestation of the parameters of psychological insight of future psychologists and to identify the relationship between the markers of psychological insight and predisposition to domination indices.

The essence of psychological insight discloses the ability of a psychologist to seep into the inner world of a person, to know his character and the relationship with others. Psychological insight is an integrative entity, which includes in its structure a number of blocks of professionally significant qualities for a personality of a psychologist: cognitive, communicative, emotional, reflexive-perceptual, value-content, volitional and behavioural.

Among the modern studies of insight the study, conducted by O. P. Sannikova and O. A. Kiselyova could be outlined [2]. To define better the scope of research interests concerning the psychological phenomenon under scrutiny and to limit the range of characteristics of psychological insight to certain indicators, the structure of psychological insight is regarded from the standpoint of the personality structure elaborated by O. P. Sannikova [1].

A special place takes the disposition to domination of the psychologist, which is associated with self-confidence, confidence in communicating with people, ability to influence the surrounding, the pursuit of discipline, presence of success and influence in the eyes of others, flexibility in choosing means of achieving goals.

Currently there is no single approach to the definition of domination-subordination. In social psychology, the study of the problem of domination-subordination problematic is seen in various aspects: leadership, power, gender, etc. Domination-subordination is often identified with the existing system of influence, or combined with «power terms», such as «managing», «authority», «empowerment», etc. Numerous approaches are united by the consideration of dominance-subordination as means of embodying changes in behaviour and making decisions of those, whom this influence is directed on. The tendency to domination can be manifested: a) in the proneness to give advice, effort to direct the affairs of others, in the form of initiative or leadership; b) inability of a person to establish a relationship of equality. If this person does not become a leader, he feels helpless, but what feels like helplessness can only be an attempt to by-pass achieve dominance [3].

Organization of empirical research. The choice of specific psychodiagnostic techniques was determined by the need to study psychological insight as a professionally important quality of the personality of the future psychologist, as well as the diagnosis of psychological characteristics associated with it (the disposition to domination). With an aim of choosing the methods, the following requirements were taken into account: correspondence of those methods to the purpose and subject of research; adequate representativeness, reliability and validity of the tests.

Owing to the results of the analysis by available methodical tools, the following methods were identified as appropriate for the purpose of

the study: A questionnaire for psychological insight (O. P. Sannikova, O. A. Kiselyova), Interpersonal Relationship Questionnaire (T. Leary), The Type Indicator Personality Inventory (I. Myers, K. C. Briggs).

The diagnostic stage consisted in the gradual conduct of empirical measures in accordance with the purpose of the study. The research was conducted on the basis of the South Ukrainian National Pedagogical University named after K. D. Ushynsky. The total number of testees was 137 people, including 107 women and 30 men – all tested being students of the Social-Humanitarian Faculty at the age of 23-47 years. Such a group of subjects was selected for further analysis after taking into account the factors which effect the homogeneity of the sample. Thus, the factors of selection were: simultaneity of the research, consideration of social desirability in the responses of the subjects, all the probationers – students of 1-2 courses who study specialty «psychology».

One can assume that the manifestation of the parameters of psychological insight is related to the fact that the tested are still psychologists at the stage of getting an education, that is they still do not have proper idea of forming the image of another person on the basis of the generalization of the features, properties, reactions, behavior, and more characteristic proneness to the description of the personality traits of another person through the allocation of a large number of elements, characteristics, details. At the same time, it can be supposed that the vision of the psychological problems of another person, a deeping into his inner world, in his experience and the creation of an adequate image of another person, grounding on hidden insight, without the consciousness part, more depends on life experience and natural sense, therefore can dominate at any stage of becoming a professional psychologist.

For a more detailed analysis of the ratio between indicators of psychological insight and the disposition to domination a qualitative analysis of data, was conducted. Thus, two subgroups were marked out: the subgroup «Dom +» has been classified by subjects with a high level of expressiveness of the «Dominance» factor (the first quartile of the distribution of the sample), while the subgroup «Dom-» has been outlined by the individuals with a low level of expressed «Dominance» factor (fourth quartile). Proneness to dominance – humility are mutually exclusive by the studied, as been confirmed by the correlation analysis results on expression of parameters by the method of T. Leary, so that obtained data is consistent with other studies [4].

Qualitative analysis of the parameters of psychological insight of the subjects who have belonged to different subgroups on the expressed tendency to dominance or dependence on others, is presented in Fig. 1.

In Fig. 1, one can see that in the Dom + group, which shows that individuals are prone to domination in comparison with the representatives of the second group, being prone to dependence on others, and such parameters as «Psychological vigilance», «Focusing on understanding of another», «Propensity for psychological interpretation», «Dispassion», «The disposition to create a holistic image» are outlined. The prevailing of such markers as «Psychological vigilance», «Independence of judgments», «Flexibility of image» are distinguished by the individuals, inclined to depend on others.

The results of the correlation analysis of essential indicators of psychological insight show the existence of a significant positive relationship between the parameters «The disposition to create a holistic image» and «Altruistic type» (0.399, at $p \leq 0.05$), «Flexibility of image» and «Benevolent type» (0.288, at $p \leq 0.01$). Significant negative correlations between the parameters «Psychological vigilance» and «Prone to Conquest» (0.516, at $p \leq 0.05$), «Social Intuition» and «Authoritarian Type» (0.332, at $p \leq 0.01$), «Social intuition» and «Selfishness type» (0.307, at $p \leq 0.01$), «Social Intuition» and «Aggressive Type» (0.326, at $p \leq 0.01$), «Dispo-

sition for Psychological Interpretation» and «Benevolent Type» (-0,397, at $p \leq 0,05$), «Propensity for psychological interpretation» and «Altruistic type» (-0,370, at $p \leq 0,01$), «Disposition to psychological interpretation» and factor «Benevolence» (-0,319, at $p \leq 0,01$) were distinguished.

on external events and objects are not characterized by high rates of social intuition; those who prefer scheduling activities in advance have no focus on understanding of another person and the independence of judgments. The individuals, who tend to act without detailed training, depending on the circumstances, have no tendency to display the flexibility of the image.

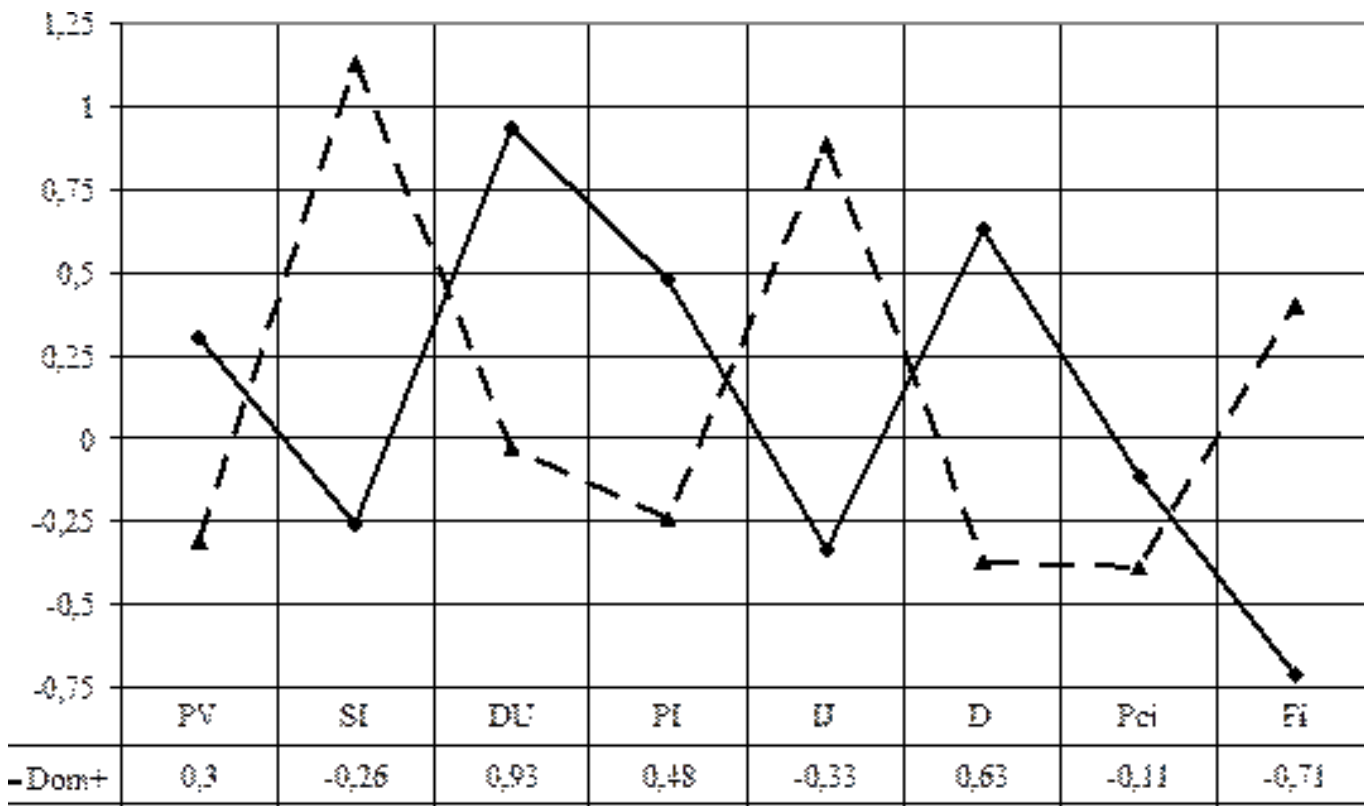


Fig. 1. Expressiveness of different parameters of psychological insight of testees with a tendency to domination (Dom+) and with a tendency to dependence on others (Dom-).

Commentary: Psychological vigilance (PV); Social Intuition (SI); Direction to understanding another person (DU); Tendency to Psychological Interpretation (PI); Independence of judgments (IJ); Dispassion (D); Propensity to create a holistic image (PCi); Flexibility of the image (Fi).

The results of qualitative analysis revealed, that the disposition to domination is more characteristic for people with a highly expressed parameters of psychological insight, namely, «Psychological vigilance», «Direction to understanding of another», «Propensity to psychological interpretation», «Dispassion», «Tendency to create a holistic image». The individuals, inclined to depend on others, showed prevailing of the indices, such as «Psychological vigilance», «Independence of judgments», «Flexibility of an image».

Thus, according to the results of the correlation analysis of the parameters of psychological insight and typological peculiarities of the person (according to the method «MBTI»), a significant positive correlation between the parameters «Social Intuition» and «Introversion» (0,315, at $p \leq 0,01$), «Social Intuition» and «Perception» (0,323, at $p \leq 0,01$) was displayed. Significant negative correlations between such parameters as «Social Intuition» and «Extroversion» (-0,317, at $p \leq 0,01$), «Social Intuition» and «Solution» (-0,318, at $p \leq 0,01$), «Impartiality» and «Logic» (-0,319, at $p \leq 0,01$) were disclosed as well.

Consequently, the tested, for whom it is typical to perceive the world in integral images, are more prone to the independence of judgments; subjects who are inclined to act without detailed preparation, and depending on the circumstances, tend to independent judgments and focus on the understanding of another person. At the same time, those who are more focused

The regularities of expressiveness of parameters of psychological insight in the group of the tested subjects were set. The studied, who are prone to noticing the psychological problems of another person, deep involvement into someone's inner world, experiences, are characterized by the emergence rapidly of psychological image of others. They are capable of creating an adequate image of people who surround them in social life without logical justification, without analyzing personality traits, psychological peculiarities, uniqueness of the reactions, behavior, pantomimicry. The ground for an image forming of another individual for them is to create an picture of another person, based on logical inferences, analysis and synthesis of different information. They are characterized by a well-founded, competent interpretation of the information received by the psychological characteristics of another person, the search for links between the individual features of the holistic image of social surrounding. Dominance, power, despotism are not proper for them; they do not show self-confidence, self-affirmation, selfishness; irritability, criticality, intolerance to someone's mistakes.

Conclusions. The analysis of results in obtained data of the given investigation revealed, that initial assumption, that psychological insight, being an important personality and professional trait of a psychologist, correlates with the tendency to domination, has been confirmed. However, the disposition to domination was revealed within the individuals with a high level of expressiveness of some specific parameters of psychological insight, namely – «Psychological vigilance» and «Social Intuition». In our opinion, the outlined patterns may be related to the peculiarities of the individual style of activity of the probationers with a disposition to domination.



References

1. Sannikova O. P. (1995). *Jemocional'nost' v strukture lichnosti [Emotionality in the personality structure]*. Odessa : Hors [in Russian].
2. Sannikova O. P. & Kiseleva E. A. (1997). *Psihologicheskaja pronicatel'nost' i ee diagnostika [Psychological insight and its diagnostics] // Vychovannia ekolohichnoi kultury – Education of ecological culture, Odessa, pp. 91-98 [in Russian]*.
3. Evtihov O. V. (2007). *Trening liderstva [Leadership Training]*. SPb. : Rech' [in Russian].
4. Sannikov A. I. (2014). *Ispol'zovanie shkaly SACS i metodiki T. Liri v ocenke dejstvij po realizacii prinjatogo reshenija [Use of the SACS scale and T. Leary's methodology in assessing the actions to implement the decision taken] // Sovremennaja psihologija: teorija i praktika – Modern psychology: theory and practice: mater. XII Intl. scientific-practical. conf. (April 7-8, 2014, Moscow). Moscow : Izd Publishing house «Special book» [in Russian]*.

Литература

1. Санникова О. П. *Эмоциональность в структуре личности : [Монография] / О. П. Санникова. – Одесса : Хорс, 1995. – 334 с.*
2. Санникова О. П. *Психологическая проницательность и ее диагностика / О. П. Санникова, Е. А. Киселева // Виховання екологічної культури. – Одеса 1997. – С. 91-98.*
3. Евтихов О. В. *Тренинг лидерства: Монография / О. В. Евтихов. — СПб.: Речь, 2007. — 256 с.*
4. Санников А. И. *Использование шкалы SACS и методики Т. Лири в оценке действий по реализации принятого решения / А. И. Санников // Современная психология: теория и практика [Текст]: матер. XII межд. науч.-практ. конф. (7-8 апреля 2014 г., г. Москва). – М. : Изд-во «Спецкнига», 2014. – С. 200-206.*

UDC 159.9

THE CONTENT OF MANAGERIAL ABILITIES OF STATE EMPLOYEES

СОДЕРЖАНИЕ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ СПОСОБНОСТЕЙ ГОСУДАРСТВЕННЫХ СЛУЖАЩИХ

Chernyshikhina E.O.
 Master of the Bryansk
 State University. Acad. I. G.
 Petrovsky Bezhickaya str. 14, Bryansk,
 Bryanskaya obl.

Чернышихина Е.О.
 магистр,
 Брянский государственный университет имени
 академика И. Г. Петровского
 ул. Бежицкая, 14, Брянск, Брянская обл: 241036

Abstract: The article gives a description of existing approaches of different Russian and foreign authors to the content of managerial abilities of state employees and their main features. As well as there are results of our empirical research of these aptitudes. For empirical research of managerial competencies was used the inventory of M. Woodcock and D. Francis, "Ability to control".

Key words: management, managerial abilities, general and special abilities, intelligence, state employees, leaders, diagnosis.

Аннотация. В статье дается характеристика существующих подходов разных отечественных и зарубежных авторов к содержанию управленческих способностей государственных служащих и их основных особенностей. Также описаны результаты проведенного нами изучения данных способностей эмпирически. Для эмпирического исследования управленческих способностей была использована методика М. Вудкока и Д. Фрэнсиса «Способности к управлению».

Ключевые слова: управление, управленческие способности, общие и специальные способности, интеллект, государственные служащие, руководители, диагностика.

Профессиональная деятельность субъекта управленческой деятельности, приобретает все большую популярность, а также все чаще называется молодежью в числе наиболее привлекательных [1].

Изучению особенностей управленческой деятельности, факторов и условий достижения в ней успеха посвящено значительное количество публикаций как у нас, так и за рубежом. Обращает на себя внимание, что психологические особенности деятельности менеджера, руководителя изучены достаточно полно. Однако проблема диагностики и развития управленческих способностей не нашла должного отражения в психологической литературе, чем и обусловило интерес к данной проблематике.

В психологической литературе выделяются разнообразные качества личности руководителя. Их весьма обоснованный и логи-

чески упорядоченный перечень выделил Р.Л. Кричевский в своей книге «Если вы руководитель...» [3]. На основе его классификации, а также на материалах других авторов, к важнейшим качествам личности руководителя можно отнести следующие:

- доминантность, то есть стремление влиять на других людей. Данная черта напрямую связана с мотивацией руководства и стремлением к лидерству;
- стрессоустойчивость, эмоциональная уравновешенность и самообладание. Управленец должен уметь невзирая на эмоции, контролировать свое поведение, не выказывать неприязнь или личные пристрастия к отдельным работникам, в отношениях со всеми быть объективным и ровным. Конечно, как и любой человек, он не может не испытывать отрицательных и положительных эмоций. Перманентное подавление эмоций может отрицательно сказаться

на здоровье, вызывать различного рода заболевания, язвенные, гипертонические и другие, а также неврозы. Поэтому руководителю необходимо находить время для эмоциональной разрядки, которую могут дать хобби, туризм, спорт, активное общение и т.д.;

- уверенность в себе. В уверенного в себе руководителя можно верить, на него можно положиться, и наоборот, неуверенный в себе руководитель, постоянно колеблющийся и сомневающийся не способен мобилизовать и объединить людей на выполнение заданий и не вызывает доверия;

- умение максимально использовать возможности коллектива путем их правильной мотивации. Для успеха организации индивидуальных усилий руководителя недостаточно. Для этого необходим максимальный вклад каждого сотрудника [23].

Содержание управленческих способностей, в свою очередь, по-разному рассматривается в отечественной и зарубежной литературе. В работе Л. И. Уманского наиболее полно раскрыты общеправленческие способности. Основными среди них он считает следующие: психологическая избирательность; быстрое и точное (часто не осознанное) отражение психологических особенностей и состояний других людей; эмоциональная синхронность (сопереживание того, что чувствуют другие люди); высокая чувствительность и восприимчивость к описанию психологических качеств других людей; избирательно-психологическая память и наблюдательность; умение поставить себя в психологическую ситуацию другого человека [2]. Р.Л. Кричевский отмечал, что успешный руководитель должен обладать высоким интеллектом, однако это должен быть практический интеллект, а не собственно теоретический, выявляемый с помощью специальных тестов [3].

Традиционно к управленческим способностям в отечественной литературе также относят коммуникативные и организаторские способности, а в зарубежной литературе - пол и возраст.

Британские исследователи И. Георгелисс, Н. Санке выделяют общие (интеллектуальные) и специальные управленческие способности. К специальным управленческим способностям они отнесли: самоконтроль, умение обучать и развивать подчиненных, способность к саморазвитию, навыки быстрого принятия решений. Результаты, полученные в исследовании И. Георгелисса и Н. Санке подтверждают, что подъем по служебной лестнице возможен при наличии данных способностей, а также развитыми экстраверсией, открытостью и доброжелательностью. Однако данная закономерность, в основном, наблюдается только у мужчин [4].

На основе проведенного анализа был выделен ряд характеристик, изучение которых даст наиболее полное представление об управленческих способностях. Среди них психологическая избирательность, быстрое и точное отражение психологических особенностей и состояний других людей, умение поставить себя в психологическую ситуацию другого человека. Особое место в структуре управленческих способностей занимают также следующие характеристики: коммуникативные и организаторские способности, самоконтроль, умение обучать и развивать подчиненных, способность к саморазвитию, навыки быстрого принятия решений.

Таким образом, с целью получения более целостных представлений о проблеме управленческих способностях государственных служащих нами было проведено эмпирическое исследование, в котором приняло участие 25 государственных служащих - руководителей различных подразделений.

Для изучения разных аспектов управленческих способностей была использована методика «Способности к управлению» М. Вудкока и Д. Фрэнсиса. Результаты исследования представлены в Таблице 1.

Таблица 1. Результаты опросника «Способности к управлению»

Сильные стороны	Ранг	Обратный ранг	Ограничения
Способность управлять собой	1	11	Неумение управлять собой
Четкие ценности	2	10	Размытость личных ценностей
Четкие личные цели	4	8	Смутные личные цели
Продолжающееся саморазвитие	3	9	Остановленное саморазвитие
Хорошие навыки решения проблем	5	7	Недостаточность навыка решать проблемы
Творческий подход	6	6	Недостаток творческого подхода
Умение влиять на окружающих	7	5	Неумение влиять на людей
Понимание особенностей управленческого труда	9	3	Недостаточное понимание особенностей управленческого труда
Способность руководить	10	2	Недостаток способности руководить
Умение обучать	8	4	Неумение обучать
Умение наладить групповую работу	11	1	Низкая способность формировать коллектив

Так, «сильными» сторонами своей деятельности и личности как руководителя испытуемым представляются: способность управлять собой, четкие ценности и продолжающееся саморазвитие.

Наряду с этим, исследование показало, что в качестве «слабых» сторон испытуемые отмечают у себя низкую способность формировать коллектив, недостаток способности руководить, а также недостаточное понимание особенностей управленческого труда.

Таким образом в ходе эмпирического исследования, целью которого выступило получение целостного представления о проблеме управленческих способностях государственных служащих было установлено, что по мнению испытуемых среди развитых управленческих способностей они выделили способность управлять собой, четкие ценности, продолжающееся саморазвитие. Среди «слабых сторон» - низкая способность формировать коллектив, недостаток способности руководить, а также недостаточное понимание особенностей управленческого труда

Испытуемым необходимо развивать и совершенствовать лидерские качества в работе с коллективом. Для развития черт лидера и обретения признания группы рекомендуется принятие следующих мер:

1. Развитие индивидуальных нравственных и интеллектуальных лидерских качеств. К таким качествам относятся в первую очередь порядочность (соблюдение нравственных норм, честность), профессиональная компетентность, развитый интеллект;
2. Выработка личной мотивированности, уверенности в себе, устойчивого желания быть лидером, готовности брать на себя ответственность и принимать решения, упорства и последовательности в реализации общих целей, веры в достижение результата, сознания собственной силы, энтузиазма и т.п.
3. Приобретение умения и навыков правильно и быстро оцени-



вать ситуацию, знать и учитывать интересы, особенности, ожидания и запросы всех членов группы;

4. Совершенствование социальной компетентности лидера, его доброжелательность. Это предполагает культуру общения, умение четко и ясно выражать мысли, делать замечания, корректно выслушивать сотрудников, давать советы.

Также стоит отметить факторы, способствующие развитию личностной гибкости работника государственной службы: саморазвитие в пространстве когнитивных, эмоционально-волевых и ценностно-смысловых отношений, направленное на достижение определенной цели; личностно-профессиональная саморегуляция, детерминирующая специфику проявления общих способностей в профессиональной деятельности. Многие авторы выделяли

особое место интеллекта в структуре управленческих способностей. Среди рекомендаций по развитию интеллекта в психологической литературе мы можем выделить: решение логических задач, тренировка памяти, размышления над сложными вопросами, занятия точными науками, игра на музыкальных инструментах, изучение иностранных языков

Результаты настоящей работы могут быть использованы практическими психологами и сотрудниками психологических служб различных государственных учреждений. Последующая разработка программы диагностики управленческих способностей государственных служащих и разработка разного рода рекомендаций по развитию навыков руководства у указанной категории лиц является перспективным направлением исследования.

Список литературы

1. Орлова, Е.А., Нормова, Ю.В. Условия формирования управленческих способностей студентов (на примере факультета ГМУ) // В сборнике: Экономическая психология и поведенческая экономика в условиях глобальных социальных и экономических изменений Материалы Всероссийской научной конференции. - 2014. - С. 211-213.
2. Уманский, Л.И. Организаторские способности. М.: ИНФРА, 1997. - 512 с.
3. Кричевский, Р.Л. Если вы руководитель... - М.: Дело, 1993. – 352 с.
4. Georgellis, Y., Sankae N., "The personality of managers in Britain: gender and sector differences", Evidence-based HRM: a Global Forum for Empirical Scholarship, - 2016 - Vol. 4 Iss: 1, - P. 67 – 80

References:

1. Orlova, E.A., Normova, Yu.V. Usloviya formirovaniya upravlencheskih sposobnostey studentov (na primere fakulteta GMU) // V sbornike: Ekonomicheskaya psihologiya i povedencheskaya ekonomika v usloviyah globalnyih sotsialnyih i ekonomicheskikh izmeneniy Materialy Vserossiyskoy nauchnoy konferentsii. - 2014. - S. 211-213.
2. Umanskiy, L.I. Organizatorskie sposobnosti. M.: INFRA, 1997. - 512 s.
3. Krichevskiy, R.L. Esli vy rukovoditel... - M.: Delo, 1993. – 352 s.
4. Georgellis, Y., Sankae N., "The personality of managers in Britain: gender and sector differences", Evidence-based HRM: a Global Forum for Empirical Scholarship, - 2016 - Vol. 4 Iss: 1, - P. 67 – 80

UDC: 616.-018.73-092: 616.314 + 612.017.1

EVALUATION OF THE IMMUNE PARAMETERS IN PATIENTS WITH GENERALIZED PARODONTITIS ASSOCIATED WITH DIABETES MELLITUS UNDER VITAMIN D3 INSUFFICIENCY

Antonenko M.Yu.

*Doctor of Medicine, Professor,
Head of Department of Dentistry
Bogomolets National Medical University
Bul. Shevchenko, 13, Kiev, Ukraine, 01601
E-mail: antonenko.nmu@gmail.com*

Komisarenko Yu.I.

*Doctor of Medicine, Professor,
Head of Department of Endocrinology
Bogomolets National Medical University
Bul. Shevchenko, 13, Kiev, Ukraine, 01601
E-mail: julia_komissarenko@hotmail.com*

Maly D.Yu.

*Postgraduate
of the Department of Dentistry
Bogomolets National Medical University
Bul. Shevchenko, 13, Kiev, Ukraine, 01601
E-mail: maliydmiriy@gmail.com*

Revych V.O.

*Department of Dentistry
Bogomolets National Medical University
Bul. Shevchenko, 13, Kiev, Ukraine, 01601
E-mail: revych.v@gmail.com*

Summary. The data on the level of background concentrations of the cytokines - Th1-profile (INFg, TNFa, IL-2, IL-6, IL-12) and Th2-profile (IL-4, IL-5) and IL-10 and IL -17 in patients with generalized periodontitis associated with diabetes mellitus type 1 and 2 against inadequate supply of vitamin D3. The Results of the study indicate the presence of imbalance in the immune status of patients, supporting the autoimmune inflammatory process and create conditions for disease progression.
Key words: generalized periodontitis associated with diabetes mellitus, vitamin D3, type 1 and 2 diabetes mellitus, INFg, TNFa, IL-2, IL-6, IL-12, IL4, IL-5, IL-10 and IL-17.

On the background of the development of diagnostic technology and treatment of periodontal diseases, the prevalence of generalized periodontitis in the world is constantly increasing [1]. Particular attention needs to be proven fact of cause-effect relationships of periodontal lesions with endocrine system disorders, in particular, diabetes [2]. In modern periodontal practice, there is a tendency to increase periods of exacerbation, an increase in the frequency of cases of aggressive course of disease in young age, and the progression of inflammatory-destructive changes in periodontal tissues, primarily in the tissues of the alveolar bone [3]. To a large extent, this can be considered in the context of systemic metabolic and immune disorders that develop, for example, in diabetes mellitus, a combination of endocrine pathology [4].

Recently, considerable attention of researchers falls on the role of vitamin D and its metabolites in the pathogenesis of a significant proportion of diseases, in particular, diabetes mellitus, metabolic syndrome, as well as a number of dental diseases - generalized periodontitis, red flat lichen and other chronic diseases of the oral cavity [5]. Gets a new interpretation of the role of vitamin D3, which previously seemed completely and long-studied. Thus, it has been established that in at least 38 organs and tissues of the human body there are specific receptors of the hormonally active form of vitamin D, including in bone tissue [6]. Concerning hard tissues of teeth, alveolar bone, the literature provides isolated data on the presence of vitamin D receptors in odontoblasts and ameloblasts, which suggests that these particular cells can act as target cells. [7].

At the same time, the search for periodontitis genetic markers continues. One of the most studied markers is the gene of the vitamin D receptor (VDR-vitamin D receptor). It is he, according to researchers, that inherent properties of control of the mineral density of the tissue of the alveolar sprout, which is realized in the pathogenesis of generalized periodontitis [8].

The influence of vitamin D on the pathogenesis of GP is primarily due

to its calcium activity and participation in the regulation of bone homeostasis, as well as its immunotropic action. Vitamin D, which is synthesized in the skin or comes from food, increases the serum calcium concentration due to its effect on the intestines, kidneys and bone tissue. The main target tissue for vitamin D is the intestine, where it stimulates the expression of calcium-binding protein, which increases the absorption of calcium proportionally. In the kidneys it increases the reabsorption of calcium. In bone tissue, vitamin D performs a double function by influencing the differentiation of osteoblasts and osteoclasts by affecting the synthesis of the RANK/RANKL/OPG RANKL ligand-receptor system and the M-CSF (macrophage colony stimulating factor). Calcitriol, thus, takes part both in the process of resorption and bone formation [9].

VDR is largely represented among immune cells such as antigen presenting cells, N-killers, T-cells, B cells; 1,25 (OH)2D3 has important antiproliferative, anti-differentiating and immunomodulatory functions [10]. Calcitriol activates the activity of natural killer cells and increases the phagocytic activity of macrophages. Immune effects of 1,25(OH)2D3 are fundamentally related to dendritic lymph node cells, from modulating antigen specific immune responses in vivo [11]. Congenital immune responses of the body to mucosal infections are closely related to antibacterial peptides, 1,25 (OH)2D3 induces the expression of beta-defensin-4, which has the properties of antimicrobial activity against microflora of the oral cavity, including periodontal pathogenic strains such as *Actinobacillus actinomyces comitans*, *Porphyromonas gingivalis*, *Fusobacterium nucleatum*, *Candida* and papillomavirus [12]. Thus, vitamin D able to learn here in regulating inflammatory responses and immune response, which may also influence the risk of periodontitis. Effects of active metabolites of vitamin D mediated by VDR are detected in 36 human cell types [13]. Researchers believe that VDR can regulate transcription of 500 of 20488 genes in the human genome. A greater number of GDR-regulated genes reflects the distribution of both VDR and 25 (OH) D3-1-alpha-hydroxylase



in many organs [14].

The classic function of vitamin D is an increase in intake of calcium in the intestine, regulating some transport proteins in the small intestine. However, other cells, including immune system cells, have 1 α -ONase and VDR and thus can synthesize the hormonal form of vitamin D from circulating 25(OH) D₃, and in this regard it is important to note that extra-renal 1 α -hydroxylase acts differently in response to parathormone, calcium and phosphorus than the renal 1 α -hydroxylase. In particular, extrarenal 1 α - hydroxylase is not regulated by parathormone and, therefore, the secretion of 1,25(OH)₂D depends on the concentration of the substrate – 25 (OH) D. The determination of level 25 (OH) D is considered an indicator of the state of vitality of the organism with D [4].

It is well-known that the low level of vitamin D₃ contributes to the development of a number of autoimmune diseases. Epidemiological studies have shown that vitamin D-deficiency status is associated with type 1 diabetes and type 2 diabetes [4,17]. Moreover, prospective studies have shown that vitamin D deficiency can contribute to impaired glucose tolerance and even diabetes [15, 16]. And in the presence of the latter lead to its decompensation. Thus, previous collaborative studies showed that the absolute majority of patients with type 1 and type 2 diabetes mellitus with a lower level of 25(OH) D₃ had a different level of vitamin D₃ deficiency expressed (50 nmol/l) and measurable (51 - 75 nmol/l) [17].

Table 1
Classification of the degree of availability of vitamin D
(Gomez A.C., 2003, Michael F., 2007, ODS / NIH conf., 2007)

N	Concentration 25(OH)D ₃		Diagnosis
	ng/ml ⁻¹	nmoles/l ⁻¹	
1.	> 40,0 - 100	> 100,0-250	Normal
2.	60,0 -90,0	150,0 - 225,0	Optimallevel
3.	31,0 -<40,0	77,5 -<100,0	D - Hypovitaminosis
4.	16,0 -<30,0	40,0 -<75,0	D - VitaminInsufficiency
5.	<15,0 (<20,0)	<37,5 (<50,0)	D - Vitamindeficiency
6.	>300,0	>750,0	D – Hypervitaminosis
7.	>100,0	>250,0	Guarantee of a wide range of security

The purpose of our study was to determine the level of background concentration of cytokines in patients with generalized periodontitis associated with type 1 diabetes and 2 diabetes in the background of insufficient supply of vitamin D₃.

Materials and methods

We analyzed the data from studies of patients with hypertension associated with type 1 diabetes and type 2 diabetes at the age of \geq 20 years. Patients were treated at the in-patient departments of the City Center for Endocrinology and Metabolism. The state of periodontal tissues was determined using standard methods of clinical and X-ray examination, using the classification of MF Danilevsky (1994). All patients included in this fragment of research were diagnosed with GP of I-II degree, an acute course.

The examined patients with diabetes mellitus type 1 and type 2 had a decreased level of vitamin D₃ and were divided into two groups of 27 and 33 patients, respectively. All patients were assigned a Th1-cytokine profile (INF-g, TNF-a, IL-2, IL-6, IL-12), Th2-profile (IL-4, IL-5), and IL-10 and IL -17

The analysis of the obtained results was carried out using the methods of variation statistics with the calculation of the frequency characteristics of the indicators (P), the average values (the arithmetic mean - X) and the evaluation of their variability (mean square deviation - σ).

The evaluation of the statistical significance of the difference between

the groups compared to the studied parameters was carried out using the Wilcoxon-Mann-Whitney criterion.

The statistical significance of the results was evaluated at a given marginal level of error of the first kind (α) not higher than 5% ($p < 0,05$).

Results and discussions

The results of researches indicate that among the examined patients with diabetes mellitus with 1 – 55,6% had a marked deficiency of vitamin D₃, while others 44.4% had moderate hypovitaminosis. Among all patients with CS with diabetes mellitus, the minimum level of vitamin D₃ was determined with severe disease and was 38,9 \pm 4,6. The same was observed in patients with type 2 diabetes mellitus, where the level of vitamin D₃ was the smallest in severe form and was determined by an even smaller amount of vitamin D 33,6 \pm 7,2. And the proportion of patients with severe deficiency D₃ was 56%.

Among all patients with GP associated with type 1 diabetes, 25 (OH) D₃ was 51,8 \pm 4,9 nmol/l on average and in patients with GP, associated with type 2 diabetes, this average was 43,6 \pm 5,1 nmol/l. Such indicators are estimated to be low, since the normal level of vitamin is 75-100 nmol/l.

The data in Table 2 show that when comparing carbohydrate metabolism in groups of patients with GP associated with diabetes mellitus type 1 and 2 with different vitamin D₃ deficiencies, there is a reciprocal association between the levels of vitamin D₃ and HbA_{1c}. The highest glycemic levels and significantly increased HbA_{1c} were observed in the group of patients with severe deficiency of 25 (OH) D₃. At the same time, the difference in the level of compensation for diabetes in the groups of patients with hypertension with severe and moderate deficiency of vitamin D₃ was reliable.

Table 2
Comparative assessment of carbohydrate metabolism status
in groups of patients with generalized periodontitis associated with
diabetes mellitus with various vitamin D₃ deficiencies ($x \pm \sigma$), nmol / l

Generalized periodontitis of the 1st and 2nd degree, Typeofdiabetes	Indexes	Levels 25 (OH) D		Ratingp
		to 50	to 75	
1	HbA _{1c}	9,1 \pm 1,1	8,4 \pm 0,91	p=0,003*
	Glycemia	8,1 \pm 0,95	7,8 \pm 0,93	p=0,15
2	HbA _{1c}	10,2 \pm 1,1	9,6 \pm 1,0	p=0,01*
	Glycemia	9,7 \pm 1,08	9,05 \pm 0,95	p=0,006*

Note: p is an estimate of the significance of the difference by the Mann Whitney criterion; * P <0.05

According to data presented in Table 3, in patients with GP, associated with type 1 diabetes with low blood levels of vitamin D₃, a significant increase in the background concentration of Th1-profile cytokines (INF γ , TNF α , IL-2, IL-6, IL-12) And a decrease in the concentration of Th2-profile cytokines (IL-4, IL-5 ($p=0,101$)), as well as IL-10 and IL-17.

The normal levels of the cytokines with which the comparison was made were: INF-g – 61,2 \pm 5,4 pg/ml, TNF-a – 41,3 \pm 3,2 pg/ml, IL-6 – 60,2 \pm 6,3 pg/ml, IL-2 – 31,7 \pm 3,4 pg/ml, IL-12 – 62,4 \pm 3,1 pg/ml, IL-4 – 36,1 \pm 4,6 pg/ml, IL-5 – 65,1 \pm 3,3 pg/ml, IL-10 – 38,3 \pm 5,0 pg/ml, IL-17 – 78,0 \pm 2,4 pg/ml.

As shown in Table 3 and Table 4, a significant increase in the background concentration of Th1-profile cytokines (INF γ , TNF α , IL-2, IL-6, IL-12), and a decrease in the concentration of Th2-profile (IL-4, IL-5) and IL-10 and IL-17 cytokines, which were reduced, but the changes were unreliable ($p=0,633$, $p=0,279$).

Table 3

Assessment of the studied parameters of immune status in patients with generalized periodontitis, associated with diabetes 1 type in the background of insufficient supply of vitamin D3 ($x \pm \sigma$), pg / ml

Indicator	Thelevelofcytokines	p(normal) *
INF γ	133,7 \pm 31,1	0,0001
TNF-a	122,3 \pm 15,8	0,0001
IL-2	122,4 \pm 12,4	0,0001
IL-6	134,2 \pm 14,4	0,0001
IL- 12	184,7 \pm 60,2	0,0001
IL-4	19,8 \pm 7,9	0,002
IL-5	56,8 \pm 14,3	0,101
IL-10	21,5 \pm 8,3	0,003
IL-17	67,8 \pm 14,4	0,025

- where p (norm) * - an estimate of the significance of the difference in the indicator relative to the norm

Table 4

Assessment of the studied parameters of immune status in patients with generalized periodontitis, associated with type 2 diabetes against a background of insufficient vitamin D3 ($x \pm \sigma$), pg/ml

Indicator	Thelevelofcytokines	p(normal)*
INF γ	165,8 \pm 41,2	0,0001
TNF-a	146,2 \pm 14,8	0,0001
IL-2	105,0 \pm 12,1	0,0001
IL-6	127,5 \pm 14,7	0,0001
IL- 12	128,5 \pm 19,4	0,0001
IL-4	23,9 \pm 9,1	0,019
IL-5	37,4 \pm 9,6	0,0001
IL-10	35,2 \pm 18,8	0,633
IL-17	73,2 \pm 16,6	0,279

- where p (norm) * - an estimate of the significance of the difference in the indicator relative to the norm

Conclusions. In patients with generalized periodontitis of the I-II degree of acute flow associated with type 1 and type 2 diabetes against a background of reduced blood levels of vitamin D3, a significant increase in the background concentration of Th1-profile cytokines (INF γ , TNF α , IL-2, IL-6, IL-12) and a decrease in the concentration of Th2-profile cytokines (IL-4, IL-5), as well as IL-10 and IL-17. This indicates an imbalance in the immune status of patients that supports the autoimmune inflammatory process and creates conditions for progression of the disease.

The prospect of further research is to study changes in the immunological status of patients with generalized periodontitis, associated with a combined endocrine pathology - diabetes mellitus and hypothyroidism, depending on the availability of vitamin D₃.

Literature

1. Antonenko M. Yu. Антоненко М. Ю. Substantiation of the strategy of prophylaxis of periodontal diseases in Ukraine [Obruntuvannya strategii profilaktiki zahvorjuvan' parodonta v Ukrainij] / M. Yu. Antonenko // East European Journal of Public Health [Shidnoevropejs'kij zhurnal gromads'kogo zdorov'ja]. – 2012. – № 1 (17). – P. 83–84. [in Ukrainian].
2. Pavlenko O.V. Planning of medical and preventive care for patients with generalized periodontitis on the basis of evaluation of the risk of periodontal disease [Planuvannya likuval'no-profilaktichnoi dopomogi hvorim na generalizovaniy parodontit na osnovi ocinki riziku urazhennja parodonta] / O.V. Pavlenko, M. Yu. Antonenko, P.V. Sidelnikov // Modern dentistry [Sovremennaja stomatologija]. – 2009 – № 1. – P. 56–60. [in Ukrainian].
3. Practical Periodontology [Praktichna parodontologija] / Scientific and methodical publication [Naukovo-metodichne vidannja] // A. V. Borisenko, M. Yu. Antonenko, L. F. Sidelnikova. – K.: LLC "Doctor-Media" [K.: TOA «Doktor-Medija»], 2011. – 472 p. [in Ukrainian].
4. Kebashni Thandrayen, John M. Pettifor. Endocrinology and Metabolism // Clinics of North America. — 2010. — Vol. 39, Issue 2. — P. 303-320.
5. Spirichev V.B. On the biological effects of vitamin D [O biologicheskikh jeffektah vitamina D] // Pediatrics [Pediatrija]. — 2011. — Vol. 90. - № 6. — P. 113-119. [in Russian].
6. Holick M.F. Vitamin D deficiency // N Engl J Med. – 2007. - Vol. 357- P. 266-281.
7. Mariko Naito et al. Association between vitamin D receptor gene haplotypes and chronic periodontitis among Japanese men. // Int J Med Sci. - 2007. - №4. - p. 216-222.
8. Zyablitskaya M.S. Role of polymorphisms of the vitamin D receptor gene in the etiopathogenesis of periodontitis [Rol' polimorfizmov gena receptora vitamina D v jetiopatogeneze parodontita] / M. S. Zyablitskaya, V. G. Atrushkevich, A. M. Mkrtumyan // Russian Dental Journal [Rossijskij stomatologicheskij zhurnal]. - 2012. - №5. - p.53-57. [in Russian].
9. Wang C., Zhao H., Xiao L. et al. Association between vitamin D receptor gene polymorphisms and severe chronic periodontitis in a Chinese population // J. Periodontol. – 2009. – Vol. 80, N 4. – P. 603–608
10. Provvedini D. M., Tsoukas C. D., Deftos L. J., Manolagas S. C. 1,25-Dihydroxyvitamin D3 receptors in human leukocytes. Science. 1983 – 221, P.1181-1183.
11. Mathieu, C. Vitamin D: Modulator of the immune system // Curr.Opin.Pharmacol. - 2010. -10. - P. 482-496.
12. Amano Y, Komiyama K, Makishima M. Vitamin D and periodontal disease // J. Oral. Sci. — 2009. — Vol. 51, N 1. — P. 11-20.
13. Fraser DR. Physiology of vitamin D and calcium ho-meostasis. Rickets, ed.by Francis H. Glorieux, Nestle Nutrition Workshop Series, vol 21, 1991. p. 23-34
14. Borges M.A., de Figueiredo L.C., de Brito R.B. et al. Microbiological composition associated with vitamin D receptor



gene polymorphism in chronic periodontitis. // *Braz. Oral Res.* 2009. — Vol. 23, № 2. — P. 203–208.

15. The role of vitamin D and calcium Pittas A.G. in type 2 diabetes. A systematic review and meta-analysis / A.G. Pittas, J.Lau, F.B. Hu, B. Dawson-Hughes // *J. Clin. Endocrinol. Metab.* — 2007. — № 92. — P. 2017-2029.

16. Serum 25-hydroxy vitamin D, diabetes, and ethnicity in the Third National Health and Nutrition Examination Survey / R. Scragg, M. Sowers, C. Bell // *Diabetes Care.* — 2004. — № 27. — P. 2813-2818.

Komisarenko Yu.I. Association of A1s in patients with diabetes mellitus of Kyiv [Asociacija z A1s u hvorih na cukrovij diabet meshkanciv m. Kieva] / Yu.I. Komisarenko, O.V. Antonenko // *Endocrinology [Endokrinologija]*. — 2012. — Vol. 17, № 2. — P. 40-43. [in Ukrainian].

UDC: 616.36-002-056.52-06-07:616.12-008.331.1

PATHOGENETIC FEATURES FLOW NONALCOHOLIC STEATOHEPATITIS IN OBESITY OF PATIENTS WITH HYPERTENSION

ПАТОГЕНЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТУ У ХВОРИХ НА ОЖИРІННЯ ТА ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ

Khukhlina O.S.

MD, professor, head of the department of Internal Medicine, Clinical Pharmacology and Occupational Diseases, HSEE of Ukraine “Bukovinian State Medical University”

Хухлина О.С.

доктор медицинских наук, профессор заведующий кафедрой внутренней медицины, клинической фармакологии и профессиональных болезней “Буковинський державний медичинський університет”

Antoniv A.A.

Candidate of Medical Science, Assistant of the Department of Internal Medicine, Clinical Pharmacology and Occupational Diseases, HSEE of Ukraine “Bukovinian State Medical University” e-mail: antonivalona@ukr.net

АНТОНІВ А.А.

к.мед.наук, асистент кафедри внутрешней медицины, клинической фармакологии и профессиональных болезней e-mail: antonivalona@ukr.net

Mandryk O.Y.

Candidate of Medical Science, Assistant of the Department of Internal Medicine, Clinical Pharmacology and Occupational Diseases, HSEE of Ukraine “Bukovinian State Medical University”

Мандрик О.Э.

к.мед.наук, асистент кафедри внутрешней медицины, клинической фармакологии и профессиональных болезней

Kotsiubiichuk Z.Y.

Doctor – intern of the Department of Internal Medicine, Clinical Pharmacology and Occupational Diseases, HSEE of Ukraine “Bukovinian State Medical University”

Коцюбийчук З.Я.

врач-интерн кафедри внутрешней медицины, клинической фармакологии и профессиональных болезней

Hryniuk O.Y.

Doctor – intern of the Department of Internal Medicine, Clinical Pharmacology and Occupational Diseases, HSEE of Ukraine “Bukovinian State Medical University”

Гринюк О.Э.

врач-интерн кафедри внутрешней медицины, клинической фармакологии и профессиональных болезней

Summary. The article is devoted to the study of clinical and pathogenetic peculiarities of nonalcoholic steatohepatitis, a condition of components of connective tissue, metabolic intoxication, hemostasis and fibrinolysis by comorbidity with stage II hypertension. It was found that in the course of comorbid nonalcoholic steatohepatitis with hypertension and obesity is a higher intensity of hemostasiological disorders.

Keywords: nonalcoholic steatohepatitis, obesity, hypertension.

Аннотация: Статья посвящена исследованию клинических и патогенетических особенностей хода неалкогольного стеатогепатиту, состояние компонентов соединительной ткани, метаболической интоксикации, гемостазу и фибринолизу с гипертонической болезни II стадии. Установлено, что при ходе неалкогольного стеатогепатиту из гипертонической болезни и ожирением установлена высокая интенсивность гемостазиологических расстройств.

Ключевые слова: неалкогольный стеатогепатит, ожирение, гипертоническая болезнь.

Актуальність діагностики та ведення пацієнтів з неалкогольною жировою хворобою печінки (НАЖХП) на фоні метаболічного синдрому (МС), компонентом якого є артеріальна гіпертензія (АГ), визначається істотним збільшенням у останній час захворюваності на МС [1, 2, 3, 9], високого рівня інвалідації внаслідок розвитку широкого спектру ускладнень [8, 9]. Проблема коморбідного перебігу неалкогольного стеатогепатиту (НАСГ) у хворих на ожиріння та гіпертонічну хворобу (ГХ) полягає у каскаді реакцій взаємообтяження, які призводять до прогресування усіх супровідних захворювань [1,4, 8]. Водночас, дослідження впливу ГХ на перебіг НАСГ, зокрема на процеси печінкового кровообігу, гемостазу, фібринолізу у взаємозв'язку із метаболічними розладами та станом компонентів сполучної тканини досі не проводились, що і лежить в основі робочої гіпотези нашого дослідження.

Мета дослідження: дослідити патогенетичних особливості перебігу НАСГ на тлі ожиріння та ГХ, а саме стан компонентів сполучної тканини, метаболічної інтоксикації, параметри печінкового кровообігу, гемостазу та фібринолізу.

Матеріал та методи дослідження. Обстежено 120 хворих на НАСГ: з яких 60 хворих на НАСГ м'якої та помірної активності із ожирінням I ступеня (1 група), 60 хворих на НАСГ м'якої та помірної активності із коморбідним перебігом ГХ II стадії та ожирінням I ступеня (2 група). Для визначення залежності перебігу НАСГ від активності цитолітичного синдрому кожна група була поділена на 2 підгрупи пацієнтів: 1а – НАСГ м'якої активності, 1в – НАСГ помірної активності, 2а – НАСГ із ГХ м'якої активності, 2в – НАСГ із ГХ помірної активності, які були рандомізовані за віком, статтю, ступенем ожиріння та активністю цитолітичного синдрому.

Стадію фіброзування печінкової тканини вивчали за допомогою ФіброТесту, ступінь жирової дистрофії печінки вивчали за допомогою СтеатоТесту (BioPredictive, Франція). Стан компонентів сполучної тканини вивчали за вмістом у сироватці крові вільного оксипроліну – за С.С. Тетянець, білковозв'язаного оксипроліну – за М.А. Осадчуком. Колагенолітичну активність плазми крові досліджували за інтенсивністю лізису азоколу методом імуноферментного аналізу.

Ступінь компенсації вуглеводного обміну встановлювали за рівнем глікемії натще та через 2 години після навантаження глюкозою (глюкозотолерантний тест) глюкозооксидазним методом, вмістом у крові інсуліну натще (DRG System) – методом імуноферментного аналізу (ІФА), вмістом у крові глікозильованого гемоглобіну (HbA1c) за допомогою стандартних наборів реактивів („ДанишLtd”, Львів) за методом В.А. Королева. Ступінь інсулінорезистентності (ІР) встановлювали за величиною індексу маси тіла (ІМТ): маса тіла (кг)/зріст² (м); індексом HOMA-IR (D.R. Matthews et al.), який обчислювали із використанням програми HOMA Calculator Version 2.2 Diabetes Trials Unit University of Oxford (Велика Британія).

Загальний коагуляційний потенціал крові визначали за показником протромбінового часу (ПТЧ) та індексу (ПТІ), сумарну фібринолітичну активність плазми (СФА), потенційну активність плазміногену (ПАП), вміст фібриногену в плазмі крові, активність антитромбіну III, активність XIII фактора вивчали за допомогою наборів реактивів фірми „DanushLtd” (м.Львів) за методиками Н. Тіца. З використанням реактивів цієї ж фірми вивчали стан ферментативного (ФФА) та неферментативного фібринолізу (НФА). Кількість та агрегаційну здатність тромбоцитів вивчали аналізаторі агрегації тромбоцитів AP 2110 (ЗАО СОЛАР, Беларусь) за показниками спонтанної (СпАТ) та індукованої агрегаційної здатності тромбоцитів (ІАТ) із використанням у якості індуктора агрегації АДФ (у кінцевій концентрації 0,5×10⁻⁶ М) турбідиметричним методом.

Статистичну обробку матеріалу здійснювали за допомогою параметричних та непараметричних методів варіаційної статистики.

Результати дослідження. Порівняльний аналіз частоти та інтенсивності клінічних синдромів НАСГ у хворих 1-ї та 2-ї груп показав, що у хворих 2-ї групи астеновегетативний, абдомінально-больовий синдром, гепатомегалія, спленомегалія, здуття живота та збільшення його у розмірах, як початкові прояви синдрому портальної гіпертензії, зустрічалися частіше та прояви синдромів були інтенсивніші, ніж у хворих 1-ї групи (p<0,05). У 30,0% хворих 2-ї групи спостерігався геморагічний синдром у вигляді ясневих, носових, маткових або гемороїдальних кровотеч, наявності гематом у ділянках довенних ін'єкцій, поява синців при мінімальній травматизації, у той час, як у хворих 1-ї групи зазначених проявів не спостерігалося.

До початку лікування було зареєстровано більш значне зростання вмісту загального білірубину в крові хворих 2-ї групи у середньому у 3,8 раза проти 1,5 (p<0,05) - у хворих 1-ї групи із наявністю вірогідної міжгрупової різниці (p<0,05). Вміст кон'югованого білірубину у хворих 2-ї групи перевищував норму у 5,8 раза проти 3,4 раза у 1 групі (p<0,05), вміст некон'югованого білірубину – у 4,5 раза проти 2,3 раза у 1-й групі, що свідчить про наростаючу неспроможність печінки зв'язувати жовчний пігмент і транспортувати його у складі жовчної міцели у жовчовивідні шляхи, наявний цитоліз і холестаза за коморбідності з ГХ. Підтвердженням вищої інтенсивності цитолітичного синдрому у хворих на НАСГ за коморбідності з ГХ є вірогідне зростання активності АСТ та АЛТ у крові хворих 2-ї групи, причому у хворих 2а групи активність АСТ перевищила норму у 2,8 раза (p<0,05), у той час, як у хворих 1а групи – зростання складало 2,3 раза (p<0,05) у порівнянні з ПЗО; у хворих 2в групи активність АСТ перевищила нормативні показники у 4,5 раза (p<0,05) проти 3,8 раза у групі 1в, з вірогідною міжгруповою різницею (p<0,05).

Водночас, у хворих 2-ї групи слід зазначити вищу інтенсивність мезенхімально-запального синдрому НАСГ, що ми оцінювали за показником тимолової проби та вмістом у крові α₂- та γ-глобулінів (p<0,05), ніж у хворих 1-ї групи (p<0,05), а також істотніше гальмування білок синтезувальної функції печінки (вміст альбумінів у 2в групі був нижчий від показника у ПЗО на 28,0% (p<0,05) проти 10,7% (p>0,05) у 1в групі) та вірогідне пригнічення активності аргінази, як маркера дезінтоксикаційної функції печінки, відповідно в 4,5 раза (p<0,05) у 2в групі та в 1,7 раза у 1в групі (p<0,05).

Оцінюючи інтенсивність МС та ІР у групах порівняння, то рівень постпрандіальної глікемії та показника ІР – HOMAIR (табл. 1) у групах порівняння відрізнявся залежно від ступеня активності цитолітичного синдрому.

У хворих 1а групи рівень глікемії через 2 год після навантаження глюкозою перевищував показник ПЗО на 16,7% (p<0,05), 1в – на 25,3%, у той час як у хворих 2а групи вміст глюкози у крові перевищив показник у ПЗО на 32,7% (p<0,05), 2в групи – на 43,3% (p<0,05), що вказує на більш істотний рівень ІР із наявністю вірогідної міжгрупової різниці (p<0,05). Вміст у крові HbA1c до лікування у хворих 2-ї групи також був вірогідно підвищений у межах 18,0-22,7% (p<0,05), однак не досягав показників, які б свідчили за наявність цукрового діабету [1, 3], а у 1-й групі показник лише мав тенденцію до підвищення (10,0-14,3% p>0,05). Вміст у крові інсуліну натще до лікування був вірогідно підвищеним в усіх групах спостереження, однак статистичної різниці показників у міжгруповому аспекті встановлено не було. Водночас, нами були зареєстровані вірогідні відмінності змін індексу ІР – HOMA IR, який у хворих на НАСГ2а



Таблиця 1

Показники функціонального стану печінки, ліпідного спектру крові, глікемії, вмісту в крові малонового альдегіду та глутатіону відновленого, колагенолітичної активності плазми крові, сонографічні показники печінкового кровообігу, тромбоцитарного гемостазу та фібринолізу у хворих на неалкогольний стеатогепатит м'якої активності із ожирінням (група 1а), помірної активності (група 1в), неалкогольний стеатогепатит м'якої активності із ожирінням та ГХ II стадії (група 2а), неалкогольний стеатогепатит помірної активності із ожирінням та ГХ II стадії (група 2в), (M±m).

Показники	ПЗО, n=30	Група 1а, n=30	Група 1в, n=30	Група 2а, n=30	Група 2в, n=30
АСТ, мкмоль/год×л	0,4±0,01	0,9±0,03 *	1,5±0,04 **/	1,1±0,02 **/	1,8±0,04 **/
Заг. ХС, ммоль/л	4,72±0,101	6,41±0,127 *	5,83±0,115 **/	6,98±0,108 **/	6,84±0,092 **/
ТГ, ммоль/л	1,47±0,033	3,18±0,019 *	2,93±0,020 **/	2,72±0,032 **/	2,51±0,024 **/
ЛПНГ, ммоль/л	2,59±0,028	4,35±0,027 *	4,23±0,029 **/	4,61±0,019 **/	4,53±0,013 **/
Глюкоза ч-з 2 год.	7,51±0,531	8,75±0,193 *	9,40±0,117 **/	9,95±0,153 **/	10,75±0,108 **/
НОМА IR	1,30±0,296	3,50±0,047 *	3,71±0,032 **/	4,14±0,045 **/	4,38±0,028 **/
МА ер., мкмоль/л	9,09±0,138	10,75±0,128 *	11,95±0,139 **/	13,13±0,255 **/	15,16±0,127 **/
ГВ	0,93±0,013	0,75±0,004 *	0,62±0,003 **/	0,52±0,002 **/	0,41±0,002 **/
НО крові, мкмоль/л	15,32±1,225	30,33±1,321 *	36,49±1,352 **/	39,51±1,174 **/	45,14±1,142 **/
СФА, Е440/мл/год	1,68±0,022	1,54±0,023 *	1,39±0,018 **/	1,30±0,024 **/	1,21±0,019 **/
К-ть тромбоцитів×10 ⁹ /л	297,3±15,34	255,2±21,19	215,9±24,54 *	145,2±22,39 **/	131,5±17,19 **/
Ступінь ІАТ, %	24,35±1,152	43,83±2,055*	50,02±1,021 **/	35,34±2,127 **/	39,22±1,053 **/
FibroTest, у.о.	0,18±0,01	0,23±0,02*	0,30±0,01 **/	0,31±0,01 **/	0,36±0,01 **/
SteatoTest, у.о.	0,19±0,02	0,55±0,02*	0,48±0,01 **/	0,45±0,01 **/	0,37±0,02 **/
D в.в., мм.	9,4±0,51	10,6±0,12 *	11,5±0,20 **/	12,4±0,14 **/	12,7±0,15 **/
KI	0,023±0,0019	0,034±0,0013*	0,039±0,0021*	0,041±0,0019 **/	0,047±0,0018 **/
КЛА, мкМ/лхгод	0,84±0,016	0,58±0,020*	0,51±0,013 **/	0,52±0,009 **/	0,48±0,017 **/
БЗОП, мкмоль/л	41,48±3,709	64,70±7,236	73,47±6,311*	79,53±6,129 *	87,05±6,138*

Примітки: * - різниця вірогідна у порівнянні з показником у практично здорових осіб (p<0,05);

** - різниця вірогідна у порівнянні з показником у хворих 1а групи (p<0,05);

*** - різниця вірогідна у порівнянні з показником у хворих 1в групи (p<0,05);

- різниця вірогідна у порівнянні з показником у хворих 2а групи (p<0,05).

групи перевищив показник у ПЗО у 3,2 раза, 2в групи – у 3,4 раза (p<0,05) (табл. 1), а у хворих 1-ї групи – відповідно перевищив нормативні у 2,7 та 2,8 раза (p<0,05). Таким чином, коморбідний перебіг НАСГ із ожирінням та ГХ сприяє ранньому та більш інтенсивному розвитку порушення толерантності до вуглеводів, десенситизації інсулінових рецепторів та розвитку синдрому ІР.

Аналізуючи показники ліпідного обміну (табл. 1) у обстежених хворих, слід вказати на деякі особливості встановленого ліпідного дисбалансу у хворих на НАСГ та НАСГ із ГХ та ожирінням. Зокрема, вміст загального ХС у 1а та 1в групах, хоча перевищував показник у ПЗО у 1,4 та 1,2 раза (p<0,05), все ж залишався нижчим від аналогічних показників у групах порівняння, де зростання складало відповідно: у 2а групі – 1,5 раза та у 2в – у 1,4 раза (p<0,05) (табл. 1). Загальна гіперхолестеролемія мала таку ж тенденцію, як і вміст у крові ЛПНГ, які також максимально перевищили показник у ПЗО у 2а та 2в групах – відповідно у 1,8 та 1,7 раза (p<0,05), проти 1,6 та 1,5 раза у 1а та 1в групах (p<0,05). Слід також вказати на той факт, що із зростанням ступеня активності цитолізу вміст у крові ХС та ЛПНГ знижувався у обох групах порівняння, однак за коморбідності із ГХ – зростав, що може бути важливим прогностичним чинником прогресування атеросклерозу у даної категорії хворих [1, 8]. Нами встановлено також вірогідне зниження показника вмісту у крові ЛПВГ у хворих усіх груп порівняння із максимальним зниження у 2-й групі хворих (p<0,05).

Важливим, на нашу думку, аспектом розвитку та прогресування НАСГ у хворих на МС є вміст ТГ у крові, які по суті складають патогенетичну основу стеатозу печінки за умов ожиріння [3, 4]. Аналіз показників вмісту ТГ у крові вказував на протилежну тенденцію

відносно вмісту ХС у крові. Так, у 1а та 1в групах вміст ТГ був вищий від показника у ПЗО відповідно у 2,2 та 2,0 раза (p<0,05), а також і від показника у 2а та 2в групах, де перевищення складало 1,9 та 1,7 раза (p<0,05) у порівнянні з ПЗО. Таким чином, коморбідність з ГХ на НАСГ характеризується вірогідною більш високою гіперхолестеролемією та зростанням проатерогенних ЛПНГ, ніж при ізольованому перебігу НАСГ на фоні менш значної гіпертриацилгліцеролемії. Слід зазначити, що показники вмісту у крові ТГ та ЛПНГ у щільній взаємозалежності корелюють із показником інтенсивності стеатозу (ІС) (Стеатотест) – відповідно r=0,75 (p<0,05), r=0,69 (p<0,05). Встановлена нами залежність вмісту ТГ у крові від ступеня активності НАСГ спостерігалася і для показника ІС у групах порівняння. Так, ІС у хворих 1а та 1в груп – перевищували показник у ПЗО відповідно у 2,9 та 2,5 раза (p<0,05), у той час, як у 2а та 2в групах – інтенсивність стеатозу була дещо нижчою і складала 2,3 та 1,9 раза (p<0,05) у порівнянні з ПЗО.

У хворих на НАСГ із МС встановлено значну інтенсивність метаболічної інтоксикації, причому усі показники були вищі за коморбідності з ГХ. Встановлено суттєве зростання інтенсивності ПОЛ (табл. 1) за зростанням вмісту МА в еритроцитах у хворих 2а та 2в груп – відповідно на 44,3% та 66,5% (p<0,05) проти 18,1% та 31,3% (p<0,05) у 1а та 1в групах (табл. 1) із наявністю вірогідної міжгрупової різниці (p<0,05). За коморбідності з ГХ також було встановлено вищу інтенсивність нітрозитивного стресу (за вмістом нітритів/нітратів), яка зростала із збільшенням ступеня активності цитолітичного синдрому (табл. 1). Водночас, система детоксикації та протіоксидантного захисту була пошкоджена у хворих на НАСГ із ГХ більш істотно: вміст ГВ у еритроцитах знижувався у напрямку

1а, 1в, 2а, 2в і був нижчий від нормативних показників відповідно у 1,2 раза, 1,5, 1,8 та 2,3 раза($p<0,05$) (табл. 1).

Згідно з результатами наших досліджень, за фонового МС та ГХ перебіг НАСГ супроводжується раннім розвитком фіброзування печінкової тканини. Про це свідчать результати проведеного Фібротесту (табл.1): середній показник фіброзоутворення у хворих на НАСГ м'якої активності перевищує нормативні у 1,3 раза($p<0,05$), за коморбідності НАСГ з ГХ – у 1,7 раза($p<0,05$), при НАСГ помірної активності показники відповідно групам 1в та 2в – перевищують ПЗО у 1,7 та 2,0 раза($p<0,05$). Досліджуючи причини даного явища, ми встановили вірогідне зростання вмісту у крові БЗОП – маркера анаболізму колагену у межах 1,6-1,8 раза($p<0,05$) без вірогідної міжгрупової різниці, разом із вірогідним пригніченням КПА: більш істотної у хворих 2а та 2в групи – відповідно у 1,6 та 1,8 раза($p<0,05$), менш вираженої у 1-й групі хворих (у 1,4 та 1,6 раза($p<0,05$)), тобто інтенсивність фіброзоутворення у 2-й групі хворих виникає як за рахунок активації синтезу колагену присинусоїдальними зірчастими клітинами Іто [3], так і внаслідок гальмування деградації колагену системою матриксних колагеназ.

Аналізуючи окремі показники гемостазу було встановлено вірогідне зниження активності показників протизгортальної систе-

ми: АТ III ($p<0,05$), XII фактора ($p<0,05$), фібринолізу (СФА, ФФА, ПАП ($p<0,05$)) на тлі компенсаторної активації НФА та агрегаційної здатності тромбоцитів ($p<0,05$) (табл. 1), які також вірогідно переважали у хворих 2-ї групи і є суттєвим чинником ризику розвитку тяжких ускладнень (інсульт, інфаркт), які можуть супроводжувати перебіг ГХ на тлі МС.

Висновки. 1. Клінічний перебіг неалкогольного стеатогепатиту на фоні гіпертонічної хвороби II стадії та метаболічного синдрому характеризується інтенсивністю проявів астеновегетативного, абдомінально - больового синдромів, гепатомегалії, розвитку початкових проявів синдрому портальної гіпертензії (спленомегалії, гіперспленізму, флєбектазій), геморагічного синдрому. Для перебігу НАСГ на фоні гіпертонічної хвороби II стадії та метаболічного синдрому характерним є переважання інтенсивності біохімічних синдромів: цитолізу, мезенхімального запалення, печінково-клітинної недостатності, метаболічної інтоксикації, активація процесів фіброзування печінкової тканини (зростання показників Фібро Тесту у межах F1 ($p<0,05$), вмісту в крові білковозв'язаного оксипроліну($p<0,05$), гальмування колагенолітичної активності крові($p<0,05$)).

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Успенский Ю.П. *Метаболический синдром и неалкогольный стеатогепатит: причинно-следственный континуум* / Ю.П.Успенский, Е.В.Балукова // *Гастрознтерол.* - 2009. - №1. - С. 43-46.
2. Харченко Н.В. *Неалкогольный стеатогепатит как проявление метаболического синдрома. Современные подходы к лечению* / Н.В. Харченко, Е.В. Родонежская // *Новости мед. и фармации.* -2007. - Тем. номер „Гастрознтерология”. - №226. - С. 18-19.
3. Хухліна О.С. *Неалкогольна жирова хвороба печінки та інсулінорезистентність: патогенез, клініка, діагностика, лікування глютаргіном* // О.С.Хухліна, М.Ю.Коломоєць. - Чернівці, 2008. - 318с.
4. Bohinc B.N. *MechanismsofDiseaseProgressionin NASH: NewParadigms* / B.N.Bohinc, A.M.Diehl // *Clin.LiverDis.* - 2012. -Vol.16, №3. - P. 549-65.
5. Fujii H. *Inflammationand fibrogenesisin steatohepatitis* // H.Fujii, N.Kawada // *J.Gastroenterol.* - 2012. -Vol.47, №3. - P. 215-225.
6. *NASH isan Inflammatory Disorder: Pathogenic, Prognosticand Therapeutic Implications/* Farrell G.C., vanRooyen D., Gan L., Chitturi S. // *GutLiver.* - 2012. -Vol.6, №2. - P.149-71.
7. Targher G. *Non-alcoholicfatty liverdisease, themetabolic syndrome and the risk of cardiovasculardisease: theplotthickens* / G. Targher // *Diabet. Med.* - 2007. - Vol.24, №1. - P.1-6.
8. Torres D.M. *Features, diagnosis, and treatment of nonalcoholic Fatty liver disease* / Torres D.M., Williams C.D., Harrison S.A. // *Clin.Gastroenterol.Hepatol.* - 2012. -Vol.10, №8. - P. 837-58.

ЛИТЕРАТУРА

1. Uspenskij YU.P. *Metabolicheskij sindrom i nealkogol'nyj steatogepatit: prichinno-sledstvennyj kontinuum* / YU.P.Uspenskij, E.V.Balukova // *Gastroehnterol.* - 2009. - №1. - S. 43-46.
2. Harchenko N.V. *Nealkogol'nyj steatogepatit kak proyavlenie metabolicheskogo sindroma. Sovremennye podhody k lecheniyu* / N.V. Harchenko, E.V. Rodonezhskaya // *Novosti med. i farmacii.* -2007. - Tem. nomer „Gastroehnterologiya”. - №226. - S. 18-19.
3. Huhlina O.S. *Nealkogol'na zhirova hvoroba pechinki ta insulinoresistentnist': patogenez, klinika, diagnostika, likuvannya glutarginom* // O.S.Huhlina, M.YU.Kolomoec'. - CHernivci, 2008. - 318s.
4. Bohinc B.N. *MechanismsofDiseaseProgressionin NASH: NewParadigms* / B.N.Bohinc, A.M.Diehl // *Clin.LiverDis.* - 2012. -Vol.16, №3. - R. 549-65.
5. Fujii H. *Inflammationand fibrogenesisin steatohepatitis* // H.Fujii, N.Kawada // *J.Gastroenterol.* - 2012. -Vol.47, №3. - P. 215-225.
6. *NASH isan Inflammatory Disorder: Pathogenic, Prognosticand Therapeutic Implications/* Farrell G.C., vanRooyen D., Gan L., Chitturi S. // *GutLiver.* - 2012. -Vol.6, №2. - P.149-71.
7. Targher G. *Non-alcoholicfatty liverdisease, themetabolic syndrome and the risk of cardiovasculardisease: theplotthickens* / G. Targher // *Diabet. Med.* - 2007. - Vol.24, №1. - P.1-6.
8. Torres D.M. *Features, diagnosis, and treatment of nonalcoholic Fatty liver disease* / Torres D.M., Williams C.D., Harrison S.A. // *Clin. Gastroenterol.Hepatol.* - 2012. -Vol.10, №8. - P. 837-58.



UDC 614.777:543.3 (477)

INFLUENCE OF WATER FACTOR ON THE INCIDENCE (XI, XIV, XIV) CLASSES OF DISEASES AMONG ADULT POPULATION IN THE RURAL TAXONS

Hryhorenko L.V.

PhD, assistant professor, „Dnipropetrovsk Medical Academy MHU”, Hygiene and Ecology Department, Dnipro

Samoshkin V.V.,

PhD, assistant professor, chief of Department of Anatomy, Biomechanics and Sport Metrology, Prydniprovsk Academy of Physical Training and Sport, Dnipro

Denisenko N.M.

PhD, assistant professor of Department of Anatomy, Biomechanics and Sport Metrology Prydniprovsk Academy of Physical Training and Sport, Dnipro hryhorenkoluibov@ukr.net

Abstract. Purpose of research: correlation analysis influence of some indicators of drinking water quality (total hardness, dry residue, Cl⁻, SO₄⁻, salts of Ca, Mg, F, Al, Fe, Zn, Cu, Mn, nitrogen ammonia, nitrites, pH, nitrates, oxidation) to the incidence (XI, XIV, XIV) classes of diseases among adult population in the rural taxons of Dnipropetrovsk region for 2008 – 2013 years. Materials and Methods. Statistical processing and analysis results of research carried out by the medical statistical methods. Evaluation of the relationship between variables was carried out by coefficients of Spearman's rank correlation (r). Research methods: sanitary-toxicological, physical-chemical (for definition indicators of potable water quality from decentralized water supply sources); medico – statistical (mathematical processing obtained quantitative indicators, methods of variation statistics). Results of research and Discussion. In the local water sources from some rural taxons was shown, that salt arthropathy among adults was weakly correlated with all inorganic substances, except: pH + F + oxidability (r=0.01–0.28, p < 0.05). A similar trend was observed between salt arthropathy, which was correlated with all inorganic substances, except nitrate + oxidability (r= 0.03, p < 0.05). Weak correlation had been shown between a combined effect in water pH + F + nitrates and incidence of the stones of kidney and ureter diseases at the adult population (r=0.03, p < 0.05).

Key words: rural taxons; morbidity (XI, XIV, XIV) classes of diseases; drinking water; adult population.

Introduction. Mineral composition of drinking water carried out to the development of non-infectious diseases and non-specific somatic pathology [1]. In particular, an increased total hardness of water leads to the disruption of mineral metabolism (numerous disorders of blood concentration for calcium, magnesium, potassium, strontium, iodine, chlorine, and iron) [2]. Increased water salinity, mainly due to the chlorides and sulphates could affect to the secretory activity of a digestive system, disturbs water-salt balance and contributes to the development of circulatory system diseases [3]. Consumption of drinking water, containing hardness and salts higher than hygienic standard can contribute to the development of urolithiasis, diseases of the circulatory system, digestive system, as a result of influence on water-salt and lipid metabolism [4]. In the research works [5, 6] were studied effect on a population health of drinking water with abnormal iron content. Another researcher [7] was focused on the influence of high concentrations of microelements in drinking water to the non-infectious morbidity. It was shown, that action of unbalanced mineral composition of drinking water on the human body: Fe (23 MAC), Mn (6 MAC), small amount of chlorides, sulfates, iodine, fluoride, total hardness correlated with increased incidence of main classes of diseases among the adult population: diseases of endocrine system; blood and blood-forming organs; circulatory system; digestive organs [8, 9]. In work [10] was found that consumption of drinking water with excessive concentrations of total hardness, salinity and iron content in 1.1 – 3.2 times caused increasing of morbidity at the population of such diseases as musculoskeletal system, genitourinary system and diseases of a digestive system.

Purpose of research: correlation analysis influence of some indicators of drinking water (total hardness, dry residue, Cl⁻, SO₄⁻, salts of Ca, Mg, F, Al, Fe, Zn, Cu, Mn, nitrogen ammonia, nitrites, pH, nitrates, oxidation) on the incidence (XI, XIV, XIV) classes of diseases among adult population in the rural taxons of Dnipropetrovsk region for 2008 – 2013 years.

Materials and Methods. All kinds of statistical processing were performed with using standard package "STATISTICA" version 6.1. (serial number AGAR 909 R455721FA). Evaluation of relationship between variables was conducted on the coefficient of rank correlation Spearman's (r). Research methods: sanitary-toxicological, physical-chemical (for definition indicators of drinking water quality from water supply sources); medico–statistical (mathematical processing of the obtained quantitative indicators, methods of variation statistics).

Results of Research and Discussion. In a structure of all diseases proportion of gallstone disease was varied from 0.12 % in the 1 taxon to 0.16% in the 6-taxon. At the same time, a highest growth rate of XI class of disease was observed in the 3 taxon: in all rural districts +24,7 %, in Dnipropetrovsk region +0.8. The lowest incidence of gallstone disease was significantly detected among adult residents of the 1 taxon: (6.08±0.55) %00 (p < 0.001), with negative growth rate in a range (from -21.2 to -36.3) % respectively, by the districts and region. It was revealed increasing morbidity of salt arthropathies among adult population in the 2, 3 4 taxons: in (1.50–1.61); (2.95–3.17); (1.10–1.18) times by the levels of average district and average regional indicators. The highest positive growth rate XIV class of disease (N25-N29), in a comparison with all types of taxons, was observed among rural residents from the 3 taxon: +194.9 % (by the districts), +216.8 % (by the region).

The high incidence this class of diseases was shown among rural population in the 2nd taxon: (18.03±3.52) %00, with overnormal levels of average district and average regional indicators on 1.61–1.11 times. At the same time, a positive growth rate for the stones of kidney and ureter diseases was varied from +61.4 % in the districts and +10.9 in the region. Proportion XIV class of diseases (N17-N19) in the separate taxons of a region was the following: 0.23 % (in the 1 and 5 taxons); 0.31 % (in the 2 taxon); 0.16 % (in the 3 and 4 taxons); 0.26 % (in the 6 taxon). Another tendency was revealed by the

stones of kidney and ureter diseases level. The lowest level of intensity for XIV class of diseases (N17-N19) was carried out in the 3rd and 4th taxons: from (9.58±0.73) to (7.03±0.51) ‰ (p<0.001) (Fig. 1-2).

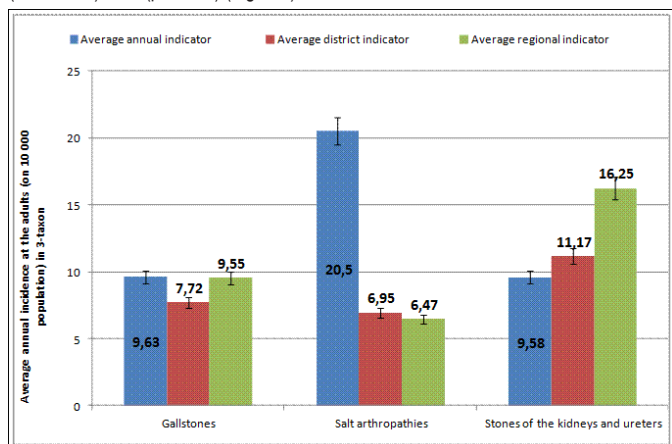


Figure 1. Morbidity (XI, XIV, XIV) classes of disease at the adult population in the 3rd taxon of Dnipropetrovsk region during 2008-2013 years (M±m).

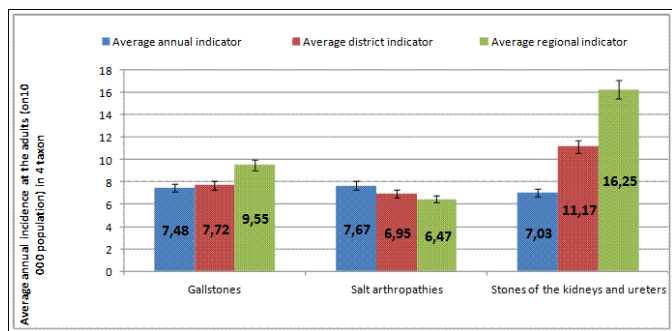


Figure 2. Morbidity (XI, XIV, XIV) classes of disease at the adult population in the 4th taxon of Dnipropetrovsk region during 2008-2013 years (M±m).

Negative growth rates was typical for stones of kidney and ureter diseases in the 3 and 4 taxons, in both cases – by the districts and by the region. It was varied in the values from (-14.2 to -41.0) % in 3 taxon; from (-37.1 to -56.7) % in 4 taxon.

Noteworthy increasing for prevalence of the stones of kidney and ureter diseases at the adult population, primary among rural population in the 1-2 taxons. The lowest level of this class of diseases among rural residents was observed in 5 taxon: (48.74±1.89) ‰ (p < 0.05).

Whereas a highest prevalence XIV class of diseases (N17-N19) was identified in 1 taxon of the region: (66.95±5.76) ‰, with a positive growth rate both for the districts and the region – from (+21.1 to +1.6) %. Overnormal level of an average district and average regional indicator was registered in (1.21–1.02) times. Proportion of prevalence kidney of stones and ureter, in a structure of all diseases, was a highest during 2008–2013 years in the 1–2 taxons and was on the level (0.48) %.

A negative growth rate for prevalence this class of diseases was carried out at the residents in 3 taxon. It was varied from (-0.6 to -16.6) % by average district and average regional indicator, respectively. In the 4 taxon was carried out from (-19.1 to -32.1) % respectively. In the 5 taxon a growth rate was ranges from (-11.8 to -26.0) %; in the 6 taxon: from (-0.4% to -16.4) %.

The highest prevalence of salt arthropathies was observed among peasants in the 3 taxon: (137.68±8.09) ‰ (p<0.001), with a positive growth rates, respectively: in the districts (+133.4 %), in a region (+206.1 %). Overnormal levels were typical for both indicators: in 2.33 – 3.06 times. Probably lowest prevalence XIV class of disease (N25-N29) was shown at the adult population in the 1 taxon: (29.85±7.91) ‰ (p<0.001), with a negative growth rate both for all districts (-49.4 %) and for the region

(-33.6 %) (Fig. 3).

The negative growth rates for prevalence this class of diseases was observed in the following taxons: 2 – by the districts (a growth rate -17.1 %); 5 – by the districts (-26.2 %), and by the region (-3.3 %); 6 – by the districts (-23.4 %).

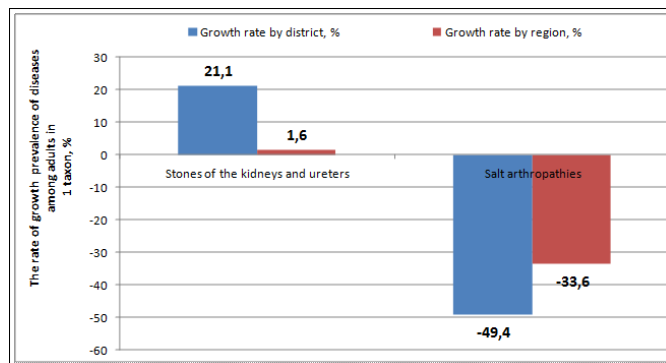


Figure 3. Growth rate for prevalence XIV class of diseases among adult population in the 1 taxon of Dnipropetrovsk region.

It was shown, that incidence of salt arthropathy at the adult population having a moderate correlation with contents in the drinking water from centralized sources of the next substances: in the 1 taxon – Ca, Mg, Fe (r=0.47, p<0.05). In the 2nd taxon salt arthropathy was correlated with total hardness (r=0.56, p<0.05), dry residue, content of Cl-, SO4-, Ca, Mg (r=0.47, p<0.05). In the 3 taxon – with a dry residue, Cl-, SO4-, Ca Mg, except rigidity and Fe (r=0.47, p<0.05). In the 4-taxon – with a dry residue (r=0.30, p<0.05). In the 5-taxon – correlation was absent. In the 6 taxon –was shown a weak correlation with Fe (r=0.03, p<0.05).

Incidence of the kidney of stones and ureter was correlated with a salt composition of drinking water in the centralized water supply sources, carried out in the 1, 2, 5, 6 taxons. In the 1 taxon disease of this class had an average correlation with rigidity (r=0.35, p<0.05), dry residue (r=0.64, p<0.05), Cl- (r=0.58, p<0.05), SO4- (r=0.51, p<0.05). In the 2 taxon – was shown correlation with hardness (r=0.43, p<0.05), dry residue, Cl-, SO4-, Ca, Mg (r=0.58, p<0.05). In the 5 taxon – with dry residue, SO4- (r=0.32, p<0.05). In the 6-taxon was found a weak correlation with dry residue (r=0.01, p<0.05).

Gallstone disease in the majority of rural taxons did not correlate with indicators of salt composition of centralised water sources, or having an average correlation in the 2nd taxon – with Fe (r=0.54, p<0.05). In water sources from 5 taxon – was demonstrated correlation with dry residue, SO4- (r=0.08, p<0.05).

In the centralized water sources from some taxons, salt arthropathy in adults was weakly correlated with all inorganic substances, except: pH + F + oxidability in the 5 taxon (r=0.01–0.28, p<0.05). A similar trend was observed between salt arthropathy, which was correlated with all inorganic substances, except nitrate + oxidability in the 6 taxon (r = 0.03, p<0.05). A weak correlation was shown in the 5-taxon between combined effect in water (pH + F + nitrates) and incidence on the stones of kidney and ureter (r=0.03, p < 0.05).

Among adult population in the 1 taxon was observed a moderate correlation between incidence of salt arthropathy and combined effect in the decentralized sources salts of Ca+Mg+Fe (r=0.47, p<0.001). Stones of kidney and ureter diseases was correlated with total hardness (r=0.35, p<0.001), dry residue (r=0.58, p<0.001), Cl- (r=0.51, p<0.001), SO4- (r=0.51, p <0.001).

In the 2 taxon was revealed a weak correlation between gallstone disease among adults with dry residue (r=0.09, p<0.001) and SO4- (r=0.04, p<0.001) in the water from decentralized sources. Stones of kidney and ureter diseases were correlated with dry residue (r=0.05, p<0.001). It should be noted that in the 3-taxon stones of kidney and ureter diseases was correlated with Fe in water from decentralized sources (r=0.35, p<0.001). Whereas a salt arthropathy was correlated with Fe in water from the 5– 6 taxons (r=0.33–0.47, p <0.001).



In the 4 taxon were absent any correlation links (XI, XIV, XIV) classes of diseases with indicators of the drinking water quality. Taking into account incidence at the adults of the stones of kidney and ureter diseases, in the territory of 5-taxon was identified a medium-strength correlation with content in water of the hardness, dry residue, Cl⁻, SO₄⁻, Ca, Mg ($r=0.35-0.51$, $p<0.001$). In the 6 taxon was carried out correlation the given classes of diseases with a dry residue, Cl⁻, SO₄⁻, Ca, Mg ($r=0.33 - 0.39$, $p<0.001$).

Conclusions. In the majority of drinking water sources, taking from some rural taxons of Dnipropetrovsk region, was revealed a typical tendency – increased content of the total hardness, dry residue, chlorides, sulfates, calcium, magnesium, iron. The excess iron content was found in all taxons of the region, except 3 taxon: (12.1 MAC) in the 1 taxon; (from 2.25 to 35.5) MAC in the 2 taxon; (from 1.15 to 3.7) MAC in the 4 taxon; (from 1.35 to 60) MAC in the 5 taxon; (from 1.15 to 1.1) MAC in the 6

taxon. Therefore, a long-term consumption of drinking water with a high salt content leads to the increasing of the stones of kidney and ureter diseases, salt arthropathy, cholelithiasis at the adult population.

Results of our previous studies [11-13] had been shown, that the greatest weight in a structure of all diseases among adult population of 6 types of taxons could be caused by the stones of kidney and ureter diseases, salt arthropathy, cholelithiasis.

In particular, infectious and parasitic, digestive system, urogenital, bone and muscular system and other classes of disease, i.e. nervous system, blood and organs of hematopoiesis, anemia, neoplasms, such as some nosological forms – congenital anomalies (malformations), including anomalies of the circulatory system, occupy the last rank place in a structure of all diseases in the separate taxons of Dnipropetrovsk region for 2008 – 2013 years.

References:

1. Horbas, I. M. *Prevention of the chronic non-infection diseases – real way of improvement demographic situation in Ukraine*. Assess mode: <http://www.ukrcardio.org/journal.php/article/356>
2. *National report about quality of drinking water and state of drinking water supply in Ukraine in 2010 year*. Kiev, 564 p.
3. Nikitin, S. V., Mubarakshyn, R. R. (2005). *Hygienic estimation of water supply in the rural district*. *Gigiena i sanitariya*, 4, 55–58.
4. Mudryi, I. V. *About influence mineral composition of drinking water on the population health (rewire)*. *Gigiena i sanitariya*, 1999: 1, 15–18.
5. Hrishchenko, S. B., Agarkov, V. I., Hrin, N. V., Koval, E. N. *Influence chemical composition of drinking water on the rate of diseases endocrine system among population of ecocrises region of Ukraine*. *Dnipropetrovsk. Materialy s"ezda gigienistov Ukrainy*, 2004: 1, 301–304.
6. Hermanuik, T. A. (2008). *Metabolic basis of prevention chronic non-infection diseases*. *Ukrainskij medicinskij al'manah*, 11; 1, 169–171.
7. Hoholi, A. A. (1992). *Meaning of hygienic standards of water rigidity at the foundation and development of atherosclerosis process*. *Gigiena i sanitariya*, 9, 9 – 13.
8. Stavitskyi, E. A., Rudko, H. I., Yakovleva, E. O. (2011). *Strategy of using underground water resources for water supply*. *Kiev-Chernovcy*, 1, 347 p.
9. Ahafonova, L. V. (2004). *Regional features of environmental influence on a formation diseases of circulation system*. *Avtoreferat dissertacii kandidata medicinskih nauk*. Mytishchi, 38 p.
10. Dichka, L. V. (2008). *Influence mineral water of different types at the using as drinking water on the state of population health*. *Avtoreferat dissertacii kandidata medicinskih nauk*. Kiev, 20 p.
11. Hryhorenko L.V. *Analysis of medico - demographic indicators among peasants in the rural districts of Dnipropetrovsk region and role of water factor at the spread of water born diseases / Hryhorenko L.V. // I stage of research analytics championship and CXLII International Research and Practice Conference "Traditional and Experimental methods of studying and overcoming the medical and biological problems in ensuring the optimal vital functions of human beings and the wildlife (13.04.17-20.04.17)*. – London: IASHE, 2017. – P. 27 – 30.
12. Hryhorenko L.V. *Nitrification activity of water sources in Dnipropetrovsk (Ukraine) / L.V. Hryhorenko // Atmospheric and Oceanic Sciences*. – Vol. 2, № 2. – New York: Research Publishing Group, 2017. – P. 45 – 50.
13. Hryhorenko L.V. *Drinking water quality influence to the peasants' morbidity in the Ukrainian settlements (by the results of sociological survey and correlation analyses) / L.V. Hryhorenko // International Journal of Statistics and Actuarial Science*. – № 1 (2). – New York: Research Publishing Group, 2017. – P. 46 – 54.

ANGIOPATHIES IN SYSTEMIC RHEUMATIC DISEASES

Syniachenko O.V.*DM, professor**Department of internal medicine 1
Donetsk National Medical University
of Health Ministry of Ukraine
27, Pryvokzalna str,
Lyman, Donetsk region, 84404, Ukraine***Yehudina Ye.D.***PhD, associate professor**Department of internal medicine 3
SE "Dnepropetrovsk Medical Academy"
of Health, Ministry of Ukraine
9, Vernadsky str,
Dnypro, 49044, Ukraine***Khaniukov O.O.***DM, associate professor**Department of internal medicine 3
SE "Dnepropetrovsk Medical Academy"
of Health Ministry of Ukraine, Vernadsky str,
Dnypro, 49044, Ukraine*

Annotation. Systemic autoimmune rheumatic diseases are characterized by high mortality in all regions of the globe, and the number of such patients is growing everywhere. Vascular damage (angiopathy, vasopathy, vasculopathy) is one of the main manifestations of systemic lupus erythematosus (SLE), systemic scleroderma (SSD), rheumatoid arthritis (RA) and ankylosing spondylitis (AS). The aim of the study was to improve the quality of diagnostics, to establish new links in pathogenesis and to identify prognostic criteria for the clinical course of vascular lesion in systemic autoimmune rheumatic diseases. Systemic angiopathy develops in 88% of the number of patients with SSD, 85% with AS, 84% with SLE and 61% with RA, according to laboratory and instrumental methods of research in patients with different nosological forms of systemic autoimmune rheumatic diseases, there are features of vascular lesions that depend on the degree activity of the pathological process. Further clarification of clinical, laboratory and instrumental features of vascular lesions in systemic autoimmune rheumatic diseases will improve the quality of early diagnosis of the pathological process, develop criteria predicting the clinical course of the disease.

Key words: systemic rheumatic diseases, angiopathy, clinic, pathogenesis.

Introduction. The systemic autoimmune rheumatic diseases (SARD) group includes systemic lupus erythematosus (SLE), systemic scleroderma (SSD), rheumatoid arthritis (RA) and ankylosing spondylitis (AS), which are characterized by increase arterial rigidity with signs of generalized angiopathy [1,2]. SARD are characterized by high mortality in all regions of the globe, and the number of such patients is increasing everywhere [3]. Among all diseases of the rheumatological profile, the share of SLE and RA is by 3% of cases, SSD and AS - by 2% respectively [4].

Vascular damage (angiopathy, vasopathy, vasculopathy) is one of the main manifestations of SLE, SSD, RA and AS, which according to the International Chapel-Hill classification are characterized as "vasculitis associated with a systemic disease" [5, 6]. Angiopathy in the presence of SARD can involve vessels of the most diverse caliber - from the lesions of capillaries and arterioles (much more often) to the aorta, and the clinical course and pathogenesis of such vascular changes have not been studied sufficiently [7-10].

The aim of the study: to improve the quality of diagnostics, to establish new links in the pathogenesis and to identify prognostic criteria for the course of vascular lesions in SARD.

Material and methods. 379 patients with SARD were monitored, including 112 patients with SLE, 57 – with SRS, 131 - with RA, and 79 - with AS. In the first group, the ratio of men and women was 1: 9, in the second group - 1: 8, in the third group - 1: 2, in the fourth - 19: 1, minimal, moderate and high degree of disease activity - 1: 2: 1, 2: 2: 1, 1: 2: 1, 1: 1: 1 respectively, the average age of the examined patients

was $35,7 \pm 1,02$ years, $41,5 \pm 1,67$ years, $45,7 \pm 1,02$ years, $38,3 \pm 1,28$ years, and the duration of clinical manifestation was $11,6 \pm 0,78$ years, $11,0 \pm 0,95$ years, $9,4 \pm 0,68$ years and $11,3 \pm 0,82$ years. The subacute course of SLE was found in 14% of cases, and the ratio of I, II, III and IV stages of chronic kidney disease was 20: 2: 2: 1, the limited form of SSD occurred in 47% of cases, diffuse - in 30%, I, II, III and IV stages of RA were diagnosed in 8%, 40%, 34% and 19% of the number of patients, and the average arthritis activity was $4,5 \pm 0,10$ r.u., the ratio of slow to fast-progressive AS 4: 1, with bilateral sakroileitis found in 73% of cases, and enthesites in 10%.

Patients underwent echocardiography (Acuson-Aspen-Siemens, Germany and HD-11-XE-Philips, the Netherlands), sonography of vessels and internal organs (Envisor-Philips (Netherlands), ultrasound dopplerography of vessels (Aplia-XG-Toshiba, Japan), conjunctival biomicroscopy ("Haag-Streit-Bern-900", Switzerland) was used to determine the integral clinical and instrumental indices of vascular pathology (Ω, Ψ). The content of C-reactive protein (CRP) and rheumatoid factor (RF) in blood serum were studied with the analyzer "Olympus-AU-640" ("Japan"), concentration of anti-deoxyribonucleic acid (aDNA), cardiolipin (aCL), citrulline cyclic peptide (aCCP), endothelial vascular growth factor (VEGF), endothelin-1 (ET1), thromboxane-A2 (TxA2), prostacyclin (Pgl2), cyclic guanosine monophosphate (CGMP) was studied with reader PR2100 Sanofi diagnostic pasteur, France), - levels of antinuclear factor (ANF) and topoisomerase antibodies (aScI70) were studied with immunoblot method (Euroline-Euroimmun, Germany).

Statistical processing of the obtained results of the research



was carried out with the help of computer variational, correlation, nonparametric, ANOVA and multivariate ANOVA / MANOVA variance analysis (Microsoft Excel and Statistica-Stat-Soft, USA). The mean values, their standard deviations and errors, the Pearson correlation parametric coefficients and the nonparametric Kendall coefficients, the Brown-Forsythe and Wilcoxon-Rao dispersion criteria, the Student-McNamara-Fisher differences, and the reliability of the statistical indices were estimated. The critical level of significance in this study when testing statistical hypotheses was assumed to be 0.05.

Results. Patients with angiopathy were included in the main group of examinees, while the remaining patients were in the control group. The frequency of separate signs of angiopathy in patients with SARD are presented in the table.

The systemic nature of angiopathy develops in 84% of the number of patients with SLE, which is associated with the overall severity of the disease and the state of the autonomic nervous system, it is determined by the degree of activity of the pathological process, by the presence and levels of ANF and aCL in blood, by involving capillaries, arterioles, aorta and carotid arteries, by the development of antiphospholipid syndrome, pulmonary hypertension, skin lesions, its appendages, mucous membranes, kidney, central and peripheral nervous system. And a status of conjunctiva vessels in the biomicroscopy may be an integral diagnostic criterion.

Table. The frequency of different angiopathy signs in patients with SARD (%)

Features of angiopathy	Nosological form SARD			
	SLE (n=112)	SSD (n=57)	RA (n=131)	AS (n=79)
Vascular lesion of the skin	75,5	17,6	20,0	10,1
Capillaritis of hands and feet	11,7	8,8	12,5	1,3
Leukocytoclastic enanthema	13,8	7,0	-	-
Heilit	7,5	-	-	1,3
Uveitis	6,4	8,8	23,8	26,6
Raynaud's syndrome	30,9	89,5	18,8	13,9
Arterial hypertension	34,1	29,8	16,3	15,2
Pulmonary hypertension	20,2	24,6	21,3	51,9
Glomerulonephritis	83,0	19,3	26,3	25,3
Antiphospholipid syndrome	35,1	14,0	8,8	5,1
Encephalopathy	33,0	26,3	6,3	53,2
Peripheral vasoneuropathy	16,0	33,3	21,3	32,9

Manifest lesion of the vessels is observed in 88% of the number of patients with SSD, the clinical and instrumental features of which are closely related to the degree of activity and duration of the disease, the nature of the "vegetative passport" (vagotonic or sympathotonic type), seropositivity for aScl, ANF, aDNA and aCL, but angiopathy is accompanied by changes in vasodilation, increased pulmonary pressure and vascular resistance, while the integral parameters of Ω and Ψ affect the severity of scleroderma pneumopathy and nephropathy, and the values of aScl and ANF, along with the level of endothelial dysfunction of blood vessels, participate in pathogenetic constructs of vasculopathy.

Systemic angiopathy is observed in 61% of the RA patients, more

often in cases of high visceral activity with the presence of osteoporosis, the development of skin vasculitis and peripheral vasoneuropathy closely related to the level of aCCP in serum, which, along with the CRP concentration, has a negative prognostic significance concerning vascular pathology, and the appearance of digital arteritis is determined by the activity of the joint syndrome, glomerulonephritis - high level of aCCP in blood, and the presence of angiopathy reflects the increase of pressure in a lesser circulation.

Angiopathy is observed in 85% of the patients with AS, the development of which is directly related to the degree of activity of the pathological process and to RF seropositivity, at the same time cutaneous vasculitis depends on the age of the patients; and uveitis, scleritis, Raynaud's syndrome, central and peripheral nervous system damage - on the features of the course of the joint syndrome; the integral indices of Ω and Ψ reliably correlate with RF and CRP, and vascular lesions occurs with an increase in the values of pulmonary pressure and vascular resistance, in the genesis of which CRP participates, that have prognostic significance.

Endothelial dysfunction of the vessels develops in 53% of the patients with AS, which in the presence of vascular pathology is accompanied by a large increase in the concentration of cGMP in the blood and a decrease in Pgl2, which is associated with the duration of the disease, the degree of activity of the pathological process, peripheral nervous system lesion, the severity of spondylopathy and sacroiliitis, at the same time violations of endothelial vascular dysfunction involved in the pathogenetic constructs of enthesopathies, tendovaginitis, uveitis and scleritis, determine the rate of the joint syndrome progression and the integral severity of angiopathy.

Endothelial dysfunction of vessels in the form of an imbalance of vasoconstrictors VEGF, ET1, TxA2 and vasodilator Pgl2 occurs in 35% of RA patients with renal damage and in 39% of SLE patients, which are closely related to the severity of clinical and instrumental signs of systemic angiopathy (with skin, mucous membranes and peripheral nervous system lesions, with parameters of biomicroscopy of the vessels of the conjunctiva and vasodilation of the brachial artery).

On the basis of the performing variational, correlation, regression and variance analysis, the criteria have a certain practical significance: 1) prognosis negative criteria for the severe course of angiopathy in SLE are serum level of aCL > 15 U/ml and in RA - the content of aCCP > 40 U/ml; 2) in patients with SSD, the values of the total basal conjunctival index > 10 points refer to the unfavorable signs of the leukocytoclastic enanthema; 3) in cases of SSD and AS to the risk factors for pulmonary hypertension are concerned the positivity of the disease according to aScl70 and concentration in the blood CRP > 20 mg / l, respectively.

Conclusion. Systemic angiopathy develops in 88% of the number of patients with SSD, 85% - with AS, 84% - with SLE and 61% - with RA, and according to laboratory and instrumental methods of research, there are features of vascular lesions in patients with different nosological forms of autoimmune rheumatic diseases, in the pathogenetic constructions of which immune and endothelial-vascular disorders are involved. Further clarification of the features of vascular lesions in SLE, SSD, RA and AS will contribute to improving the quality of early diagnosis of the pathological process, the development of predicting criteria the course of the disease.

References.

1. Heijnen T, Wilmer A, Blockmans D, Henckaerts L. Outcome of patients with systemic diseases admitted to the medical intensive care unit of a tertiary referral hospital: a single-centre retrospective study. *Scand J Rheumatol* 2016; 45 (2): 146-50. doi: 10.3109/03009742.2015.1067329.
2. Ungprasert P, Srivali N, Kittanamongkolchai W. Ankylosing spondylitis and risk of venous thromboembolism: A systematic review and meta-analysis. *Lung India* 2016; 33 (6): 642-5. doi: 10.3978/j.issn.2305-5839.
3. Ramos-Casals M, Brito-Zerón P, Kostov B, Sisó-Almirall A, Bosch X, Buss D, Trilla A, Stone JH, Khamashta MA, Shoenfeld Y. Google-driven search for big data in autoimmune geoepidemiology: analysis of 394,827 patients with systemic autoimmune diseases. *Autoimmun Rev* 2015; 14 (8): 670-9. doi: 10.1016/j.autrev.2015.03.008.
4. Yang Z, Ren Y, Liu D, Lin F, Liang Y. Prevalence of systemic autoimmune rheumatic diseases and clinical significance of ANA profile: data from a tertiary hospital in Shanghai, China. *APMIS* 2016; 124 (9): 805-11. doi: 10.1111/apm.12564.
5. Anic B. New classification of vasculitis. *Lijec Vjesn* 2014; 136 (7-8): 226-8.
6. Sharma A, Dhooria A, Aggarwal A, Rathi M, Chandran V. Connective tissue disorder-associated vasculitis. *Curr Rheumatol Rep* 2016; 18 (6): 31-41. doi: 10.1007/s11926-016-0584-x.
7. Dessertenne G, Canaud L, Marty-Ané C, Alric P. Saccular thoracoabdominal aneurysms in systemic lupus erythematosus. *Ann Vasc Surg* 2015; 29 (7): 14481-3. doi: 10.1016/j.avsg.2015.03.056.
8. Giannakakis S, Galyfos G, Stefanidis I, Kastrisios G, Maltezos C. Hybrid treatment of lower limb critical ischemia in a patient with systemic lupus erythematosus. *Ann Vasc Surg* 2015; 29 (3): 5961-5. doi: 10.1016/j.avsg.2014.10.040.
9. Maldonado A, Blanzari JN, Asbert P, Albiero JA, Gobbi C, Albiero E, Alba P. Medium vessel vasculitis in systemic lupus erythematosus. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba* 2016; 73 (1): 50-2.
10. Wong U, Yfantis H, Xie G. Urticarial vasculitis-associated intestinal ischemia. *Case Rep Gastrointest Med* 2016; 20 (16): 8603679. doi: 10.1155/2016/8603679.

UDC 614.2

INFORMATION FACTORS OF INCREASING ADHERENCE OF PATIENTS TO CLINICAL EXAMINATION

Zhilyaeva T.P.

Researcher

Laboratory of modeling of management technologies Federal State Budget Scientific Institution "Scientific Research Institute of Complex Problems of Cardiovascular Diseases",
Kemerovo, Russia
Sosnoviy bulvar, 6, Kemerovo, Russia, 650000

Strokolskaya I.L.

Researcher

Laboratory of modeling of management technologies Federal State Budget Scientific Institution "Scientific Research Institute of Complex Problems of Cardiovascular Diseases", Kemerovo, Russia
Sosnoviy bulvar, 6, Kemerovo, Russia, 650000

Жиляева Т.П.

Научный сотрудник

Лаборатория моделирования управленческих технологий Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний», Кемерово, Россия
Сосновый бульвар, 6, г. Кемерово, Россия, 650000

Строкольская И.Л.

Научный сотрудник

Лаборатория моделирования управленческих технологий Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний», Кемерово, Россия
Сосновый бульвар, 6, г. Кемерово, Россия, 650000

Abstract. Forming the population's need for prevention is one of the main tasks of public health. The actual issue remains the study of ways to increase the awareness and attendance of the population of preventive measures. The introduction of modern information technologies makes it possible to increase the attendance of citizens for preventive measures. The authors analyze the means and methods of inviting the population for clinical examination and identified the features that should be taken into account when forming public awareness programs.

Keywords: prophylaxis, medical examination, information technologies.

Аннотация. Формирование у населения потребности к профилактике – это одна из основных задач общественного здравоохранения. Актуальным вопросом остается изучение способов повышения информированности и



посещаемости населения профилактических мероприятий. Внедрение современных информационных технологий позволяет увеличить явку граждан на профилактические мероприятия. Авторами приведен анализ средств и методов приглашения населения на диспансеризацию и выявлены особенности, которые следует учитывать при формировании программ информирования населения.

Ключевые слова: профилактика, диспансеризация, информационные технологии.

Введение: Диспансеризация каждого конкретного человека должна быть непрерывным процессом, направленным на постоянное наблюдение и коррекцию лечебных и профилактических мероприятий с учетом индивидуальных особенностей обследуемого. Непрерывность процесса может быть достигнута только своевременным информированием и стимуляцией населения к профилактическому обследованию (И.Н. Кутузов, Н.И. Заярский, 2006).

В конце 2013 года посредством анкетирования был проведен контроль отношения и удовлетворенности граждан проведением диспансеризации (всего порядка 600 тысяч человек) в разных регионах страны. Интересно, что всего 57,1% респондентов узнали о диспансеризации от сотрудников медицинских учреждений, 36,1% получили информацию время посещения поликлиники, 7,8% узнали от других людей (знакомых и родственников), 14,6% из СМИ и 7,8% от своих работодателей. Из этого следует чрезвычайная важность информационной работы медицинских работников (Т.В. Яковлева и др. 2014).

Некоторые авторы, демонстрируя свой опыт проведения диспансеризации, показывают, что для оповещения населения о проведении, целях, задачах профилактического обследования должны использоваться все доступные информационные ресурсы: объявления, размещенные в поликлиниках, на предприятиях; распространение среди граждан памяток, буклетов; привлечение телевизионных и других средств массовой информации. В таком

случае охват населения при диспансеризации составляет почти 99% (Т.В. Матвейчик, П.Н. Михалевич 2010).

Цель исследования: Изучение отклика пациентов на различные виды приглашений для прохождения диспансеризации.

Материалы и методы: База исследования – территориальная поликлиника ГБУЗ КО КККДЦ г. Кемерово. Объект исследования – прикрепленное население, единица наблюдения – пациент, обратившийся в муниципальную поликлинику для проведения диспансеризации.

В исследование включено 2000 пациентов подлежащих диспансеризации в 2016 году. Всем пациентам было предложено ответить на информационную анкету о том, как они узнали про диспансеризацию.

Результаты: По итогам анкетирования 62,1% пациентов ответили, что их «отправил врач с приема»; 25,9% – «пригласили по смс»; 5,2% – «пригласили по телефону (позвонили)»; 2,8% – «прочитал объявление на двери в поликлинике»; 2,4% – «увидел объявление на телевизоре в поликлинике»; по 0,5% – «приглашение в почтовом ящике», «увидел объявление в магазине, почте», «прочитал на вашем сайте», «прочитал в газете»; 0% – «увидел объявление на подъезде».

Также проводился половозрастной анализ респондентов. Всего в опросе приняло участие 1146 женщин (57,3%) и 554 мужчины (42,7%)(таб.1).

Таблица №1

№	Как вы узнали про диспансеризацию?	кол-во	%	Ж	%	М	%	p-уровень
1	Прочитал объявление на двери в поликлинике	56	2,8	38	2,6	18	3,2	p=0,46
2	Пригласили по телефону (позвонили)	103	5,2	85	5,9	18	3,2	p=0,015
3	Пригласили по смс	517	25,9	404	27,9	113	20,4	p=0,0006
4	Увидел объявление на телевизоре в поликлинике	47	2,4	38	2,6	9	1,6	p=0,18
5	Отправил врач с приема	1241	62,1	854	59,1	387	69,9	p=0,00001
6	Приглашение в почтовом ящике Увидел объявление на подъезде Увидел объявление в магазине, почте Прочитал на Вашем сайте Прочитал в газете	36	2,0	27	1,8	9	1,6	p=0,34
	Итого	2000	100	1446	100	554	100	

Среди женщин и мужчин ответы распределились следующим образом - на первом месте преобладал ответ «отправил врач с приема» - 59,1% из всех женщин и 69,9% из всех мужчин (p=0,00001). На втором месте – 25,9% – «пригласили по смс» - 27,9% женщин и 20,4% мужчин (p=0,0006). На третьем – 5,2% – «пригласили по телефону (позвонили)» - 5,9% женщин и мужчин 3,2% (p=0,015). Далее ответы у женщин и мужчин отличались. Женщины: на четвертом месте «прочитал объявление на двери в поликлинике», «увидел объявление на телевизоре в поликлинике» - 2,6%; на пятом месте «приглашение в почтовом ящике», «прочитал на вашем сайте», «прочитал в газете» - 0,6%; ни одного положительного ответа на вопросы - «увидел объявление в магазине, почте», «увидел объявление на подъезде». Мужчины: дополнительно на третьем месте «прочитал объявление на двери в поликлинике» - 3,2%; на

четвертом месте «увидел объявление в магазине, почте», «увидел объявление на телевизоре в поликлинике» - 1,6%; ни одного положительного ответа на вопросы - «приглашение в почтовом ящике», «увидел объявление на подъезде», «прочитал на вашем сайте», «прочитал в газете».

Среди респондентов преобладала возрастная категория от 37 до 60 лет - 912 человек (45,6%). Возрастная категория лица старше 60 лет – 675 человек (33,8%), а от 18 до 36 лет составила 413 человек (20,6%)(таб.2).

По результатам анкетирования в возрастной группе от 37 до 60 лет ответы распределились в следующей последовательности: «отправил врач с приема» - 56,8%; «пригласили по смс» - 28,8%; «пригласили по телефону (позвонили)» - 7,2; «прочитал объявление на двери в поликлинике» - 3,1%; «увидел объявление на теле-

Таблица №2

№	Как вы узнали про диспансеризацию?	18-36 □				37-60 □				Старше 60 □				p-уровень
						19	2,9	9	3,4	19	3,8	9	5,1	
1	Прочитал объявление на двери в поликлинике					57	8,8	9	3,4	28	5,6	9	5,1	P _{□□} =0,0003 P _{□□} =0,00001 P _{□□} =0,29
2	Пригласили по телефону (позвонили)	66	22,0	28	24,8	216	33,3	47	17,9	122	24,5	38	21,3	P _{□□} =0,00001 P _{□□} =0,00001 P _{□□} =0,17
3	Пригласили по смс					19	2,9			19	3,8	9	5,1	P _{□□} =0,023 P _{□□} =0,73 P _{□□} =0,023
4	Пригласили по смс	225	75,0	85	75,2	329	50,7	189	71,9	300	60,4	113	63,5	P _{□□} =0,0031 P _{□□} =0,00001 P _{□□} =0,020
5	Отправил врач с приема	9	3,0			9	1,4	9	3,4	9	1,8			P _{□□} =0,00001 P _{□□} =0,00001 P _{□□} =0,079
6	Приглашение в почтовом ящике Увидел объявление на подъезде Увидел объявление в магазине, почте Прочитал на Вашем сайте Прочитал в газете	300	100	113	100	649	100	263	100	497	100	178	100	P ₁₂ =0,0002 P ₁₂ =0,00001 P ₁₂ =0,3
Итого		300	100	113	100	649	100	263	100	497	100	178	100	

визоре в поликлинике» - 2,1%; «увидел объявление в магазине, почте», «прочитал на вашем сайте» - 1,0%.

По результатам анкетирования в возрастной группе от 18 до 36 лет ответы распределились в следующей последовательности: «отправил врач с приема» - 75,1%; «пригласили по смс» - 22,8%; «приглашение в почтовом ящике» - 2,2%.

Среди респондентов в возрастной группе старше 60 лет ответы распределились в следующей последовательности: «отправил врач с приема» - 61,2%; «пригласили по смс» - 23,7%; «пригласили по телефону (позвонили)» - 5,5; «прочитал объявление на двери в поликлинике», «увидел объявление на телевизоре в поликлинике» - 4,1%; «прочитал в газете» - 1,3%.

Обсуждение: Исследование показывает, что как у мужчин, так и у женщин во всех возрастных группах на первом месте ответ «отправил врач с приема» и на втором «пригласили по смс». Женщины в отличие от мужчин уделяют внимание «приглашениям в почтовом ящике», читают «объявления в газетах» и смотрят «объявления на сайте». В свою очередь только мужчины обращают внимание на «объявления в магазине, почте». Возрастная категория 18-36 лет помимо двух основных видов приглашений дополнительно обращает внимание только на объявления в почтовом ящике, а на другие виды приглашений на диспансеризацию нет отклика. При этом нужно отметить, что отклик на объявления в почтовом ящике только в этой возрастной группе. Возрастная категория 37-60 лет обращает внимание на «объявления в магазине, почте» и «объявления на сайте». Однако такие оповещения, как «приглашение в почтовом ящике», «объявление на подъезде» и «прочитал в

газете» не нашли отклика в данной возрастной группе. Возрастная группа старше 60 лет обращает внимание на «информацию в газете», не воспринимает такие виды приглашений как «объявление на подъезде», «объявления в магазине, почте», «объявления на сайте» и «приглашение в почтовом ящике».

Заключение: Следует отметить, что существующая система приглашения населения на диспансеризацию, не отвечает требованию 100% охвата населения профилактическими мероприятиями. Сегодня уже практически невозможно довести профилактическую информацию до большинства населения, используя только один метод информирования. В связи с этим стоит задача повышения эффективности функционирования систем оповещения для чего необходимо спроектировать принципиально новую систему оповещения и разработать методику оценки эффективности информирования и приглашения населения. Обратная связь с населением позволяет выявить наиболее эффективные методы информирования для различных категорий населения. Это является основой для последующего принятия управленческих решений на региональном и муниципальном уровнях при организации диспансеризации населения.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ в рамках проекта проведения научных исследований «Разработка и внедрение методов повышения эффективности диспансеризации болезней системы кровообращения населения крупного промышленного центра», проект № 15-06-10782.

Список литературы

1. Кутузов И.Н. Заярский.Н.И. Современные организационные основы массовой диспансеризации населения // Главный врач. 2006. Т. 1. С. 44–82.
2. Яковлева Т.В. и др. Диспансеризация взрослого населения Российской Федерации: первый год реализации, опыт, результаты, перспективы // «Социальные аспекты здоровья населения». 2014. № 1.
3. Матвейчик Т.В., Михалевиц П.Н., Шевцов Д.Е. Проблемы и перспективы работы помощника врача // Военная медицина. 2010. № 1. С. 97–101.



References:

1. Kutuzov I.N. Zayarskiy.N.I. *Sovremennyye organizatsionnyye osnovyy massovoy dispanserizatsii naseleniya* // *Glavnyy vrach*. 2006. T. 1. S. 44–82.
2. Yakovleva T.V. i dr. *Dispanserizatsiya vzroslogo naseleniya Rossiyskoy Federatsii: pervyy god realizatsii, opyt, rezultaty, perspektivy* // «*Sotsialnyye aspekty zdorovya naseleniya*». 2014. # 1.
3. Matveychik T.V., Mihalevich P.N., Shevtsov D.E. *Problemy i perspektivy raboty pomoshchnika vracha* // *Voennaya meditsina*. 2010. # 1. S. 97–101.

IMPROVEMENT OF COMPLEX TREATMENT OF PURULENT PROCESSES OF DIABETES MELLITUS

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ ПРОЦЕССОВ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Karatieieva S.Y.

*MD, PhD, Assoc. Professor,
Department of Nursing and Higher Nursing Education
Higher educational establishment Ukraine state
«Bukovinian State Medical University», Ukraine.
E-mail: Karatsveta@gmail.com*

Golovachuk O.K.

*MD, PhD, Assoc. Professor,
Women’s counseling № 1
Chernivtsi. Ukraine*

Berezova M.S.

*MD, PhD, Assoc. Professor,
Department of Internal Medicine and Infectious
Higher educational establishment Ukraine state
«Bukovinian State Medical University», Ukraine.
E-mail: myroslava@bukovynaonline.com*

Cherevuk A. A.

*Student of Higher educational establishment Ukraine state
«Bukovinian State Medical University», Ukraine.*

Karatieieva A.O.

*Student of Yuriy Fedkovych Chernivtsi National University
Chernivtsi. Ukraine
E-mail: nastyakarateyeva@gmail.com*

Каратєєва С.Ю

*доцент кафедри ухода за больними и высшего
медсестринского образования
ВГУЗ Украины
«Буковинский государственный медицинский
университет»*

Головачук Д.К

*к. мед. н ., доктор женской консультации № 1
г.Черновцы*

Акентьева М.С

*асистент кафедры внутренней медицины
ВГУЗ Украины
«Буковинский государственный медицинский
университет»*

А.А.Черевик

*Студентка 5-го курса стоматологического
факультета ВГУЗ Украины «Буковинский
государственный медицинский университет»*

А.А. Каратеева.

*студентка 2-го курса Черновицкого национального
университета им. Юрия Федьковича*

Summary. Ozone application in a complex treatment of patients with diabetes complicated by pyoinflammatory processes has an apparent therapeutic effect and prevents the development of the relapse and complications of the disease promoting significant improvements of direct and remote results of treatment of the given pathology.

Key words: diabetes mellitus, pyoinflammatory processes, lipid peroxydation, ozonotherapy

Резюме. Применение озона при комплексном лечении пациентов с сахарным диабетом, осложненным гнойно-воспалительными процессами, имеет очевидный терапевтический эффект и предотвращает развитие рецидива и осложнений заболевания, способствуя значительному улучшению прямых и отдаленных результатов лечения данной патологии.

Ключевые слова: сахарный диабет, гнойно-воспалительные процессы, перекисное окисление липидов, озонотерапия.

Introduction. Diabetes mellitus remains one of the pressing problems of medicine, since it is one of the most common endocrine diseases with a steady upward trend. Along with oncological and cardiovascular diseases, diabetes mellitus is one of the most common causes of disability and mortality in patients [4, 6, 8]. Over the past ten years, the prevalence of diabetes in Ukraine has increased by 1.5 times and is estimated to be up to one million patients. Scientific data analysis shows a steady increase in the number of patients with diabetes, and in developed countries reaches more than 6% of the population [2, 5].

Despite some advances in the treatment of diabetic patients with severe localized wound infection, surgical treatment results can not be considered satisfactory [2, 7]. The accumulated experience in the medical practice of the use of physical factors with a therapeutic purpose of influence on the stimulation of reparative processes associated with targeted pharmacotherapy, confirm the correctness of the search attempts. Ozonotherapy have been widely used for this purpose in recent years [1, 8].

It is known that the condition of the blood coagulation system plays an essential role in the healing of wounds in the surgical treatment [1, 5, 6, 7]. Special studies devoted to the influence of ozone on the blood coagulation system, as a factor affecting the wound healing in diabetes mellitus with purulent-inflammatory complications have not been found in the available scientific literature. Hence, it is important to study the ozone influence on blood clotting in diabetes with pyoinflammatory processes [2, 3, 4, 6].

From the surgical point of view, topicality of this problem is first of all stipulated by the fact that purulent-necrotic processes develop in more than 30-70% diabetic patients and 50% of hospitalized patients need surgical care concerning these complications [1, 3, 4].

With regard to the mentioned facts, it becomes evident that the effective methods of complex treatment of purulent processes in diabetic patients should be searched in order to introduce into clinical practice the effective methods of conservative treatment and new ways

of reparative processes activation. For this purpose ozonotherapy has recently become widely used.

Material and methods. 124 diabetic patients with pyoinflammatory complications have been examined. The main group - 53 (42.7%) patients, along with comprehensive treatment underwent intravenous ozone therapy. The control group -71 (57.2%) patients were treated by conventional methods.

Intravenous administration of ozonized physiological solution was performed in all patients of the main group, along with traditional therapy, similar in composition to the control group of patients [6]. Coagulogram indices, lipid peroxidation, parameters were determined.

Discussion of results.

According to some authors, in diabetic patients with pyoinflammatory lesion of soft tissues the level of lipid peroxidation end product – malonic aldehyde in the wound increases. Inhibition of AOP manifests by a significant decrease in tissue retinol and tocopherol in particular, as well as decreased activity of glutathione reductase. The most effective treatment methods in terms of lipid peroxidation stabilization are those including ultraviolet blood irradiation, low-intensity laser irradiation and sorbents application [7, 9].

Hypercoagulation syndrome with microthromboses development and which is manifested by is pathognomonic an increased thrombocytes aggregation activity. Combined with decreased anticoagulant and fibrinolytic blood activity it stipulates the widespread use of reocorrectors together with anticoagulants and antiaggregants [8].

The results of the coagulogram study in diabetic patients with pyoinflammatory complications (Table 1) showed that in the control group of patients on admission, during the treatment and at discharge significant changes were not detected concerning to the prothrombin index, recalcification time, thrombin time, hematocrit, and fibrinogen. In the context of ozone therapy application in the main group of patients on admission, during the treatment and at discharge the significant coagulogram parameters changes were not revealed.

Table 1. Coagulogram characteristics in diabetic mellitus patients with pyoinflammatory complications using ozonotherapy

Indices	Main group			Control group		
	On admission	During treatment	At discharge	On admission	During treatment	At discharge
Prothrombin index (%)	89,96±1,3	94,50±1,6	90,73±1,2	94,39±1,2	81,96±1,9	87,36±1,8
Recalcification time (s)	105 ±0,9	100±0,7	98±1,1	110±0,8	105±1,1	99±0,7
Thrombin time (s)	19,30±0,4	19,43±0,6	19,50±0,4	19,35±0,6	19,40±0,3	19,43±0,3
Hematocrit (%)	36,84±0,2	32,29±0,1	32,75±0,3	40,47±1,1	38,15±0,2	37,81±0,3
Fibrinogen (g/l)	6,77±0,2	5,90±0,1	5,70±0,1	6,41±0,1	4,87±0,2	4,12±0,1
P	>0,05	≤0,001	≤0,001	>0,05	≤0,001	≤0,001

Note: P – index of statistical significance

These changes against a background of typical positive clinical effects of ozone therapy can be regarded as a favourable signs of coagulogram parameters for the application of this method of treatment in diabetic patients with pyoinflammatory complications.

The analysis of lipid peroxidation indices, AOP, OPM parameters in diabetic patients with pyoinflammatory complications (Table 2)

showed that in the control group of patients on admission, during the treatment and at discharge significant changes were not detected as to the activity of AOP factor – ceruloplasmin, lipid peroxidation product – malonic aldehyde and OPM. In the context of ozone therapy application in the main group of patients on admission, during the treatment and at discharge the parameters were not considerably changed either.

Table 2. Characteristics of lipid peroxidation, AOP, OPM parameters in diabetic patients with pyoinflammatory complications

Indices	Main group			Control group		
	On admission	During treatment	At discharge	On admission	During treatment	At discharge
Ceruloplasmin (E/g of plasm)	5,2±0,10	5,1±0,30	5,1±0,10	5,3±0,30	5,5±0,7	5,5±0,50
Malonic aldehyde (micromole/l of serum)	0,23±0,10	0,24±0,05	0,20±0,10	0,22±0,10	0,23±0,10	0,19±0,10
Degree of oxidative modification of proteins (ΔE/ml of plasm)	2,2±0,05	2,2±0,04	2,0±0,06	1,5±0,05	1,4±0,03	1,6±0,04



In our opinion the coagulogram parameters, lipid peroxidation, AOP, OPM indices against the background of typical positive clinical effects of ozone therapy application can be regarded as favorable biochemical signs for the use of the given method of treatment in diabetic patients with pyoinflammatory complications.

Determination of blood glucose levels at 3, 6, 14 days after surgery in both groups showed that in patients in the primary and control groups, the level of glycemia at the beginning of treatment was approximately at the same level. However, at a later date, starting from the 7th day of treatment, the patients in the main group after intravenous administration of the ozonized saline solution determined the probable difference between these parameters compared with the control group. Subsequently, blood glucose levels in both groups were aligned with a tendency for greater reduction and stabilization in the main group.

As a result of disturbances of metabolic processes occurring in patients with diabetes with purulent-inflammatory processes of soft tissues, favorable conditions for the development of pathogenic microorganisms in the zone of inflammatory process are created. Distorted by the long-term hyperglycemic state, metabolism leads to significant disorders of metabolic processes in biological tissues of the human body.

Microcirculatory disorders that arise along with this, combined with defects of the nervous trophic, significantly impair the protective properties in the zone of already localized, under such conditions,

inflammatory process.

The increased propensity to thrombosis in small vessels potentiates manifestations of local tissue ischemia and, as a result, leads to further progression and proliferation of purulent-inflammatory process. Usually, the course of the disease is approaching fatal changes in the tissues of the body, the most vulnerable are the lower limbs.

Such features of the manifestations of the disease indicate the need for further search for medical, operational and technical and other types of therapeutic innovations of general and local orientation, aimed at suppressing the development of the microflora in the nucleus of purulent inflammatory focus.

Taking into account the above mentioned, the optimally chosen method of complex health improvement on the affected area of the patient, implemented taking into account the quantitative and specific characteristics of the microbial spectrum in the cell purulent-inflammatory process, provides the expected success of the treatment.

Conclusions.

1. Implementation of the positive effects of ozone therapy in the clinic in diabetic patients with pyoinflammatory complications is not accompanied by the development of damage reactions on the level of hemostasis parameters and blood biochemical parameters.

2. The above mentioned fact confirms the expediency of intravenous ozone therapy application clinically in this category of patients.

References

1. Польовий В.П. Гнійні процеси м'яких тканин: етіологія, патогенез, лікування / В.П.Польовий, В. Д. Фундюк // Чернівці: Медуніверситет. – 2013. – 220 с. Монографія.
2. Польовий В.П. Клінічна трансфузіологія. Частина I. Антигенні властивості крові / В.П. Польовий, В.Д.Фундюк, М.Д.Желіба. // Чернівці: Медуніверситет, 2014. – 402 с. Навчально-методичний посібник рекомендований МОШ України
3. Ahsen B. Avoiding hypoglycemia: a key to success for glucose – lowering therapy in type 2 diabetes / B. Ahsen // Vase. Healht. Risk. Man. – 2013. – Vol. 9. – P. 155-163.
4. American Diabetes Association. Standarts of medical care in diabetes – 2014 //Diabetes Care. – 2014. – Vol. 37. – P. S14-S80.
5. Andrews M.A. Diabetes overtreatment in elderly individuals: risky business in need of better management / Andrews M.A., O'Malley PG. // JAMA. – 2014. – Vol. 311. – P. 2326-2327.
6. Atkinson M.A. Current concepts of the pathogenesis of type 1 diabetes — considerations for attempts to prevent and reverse the disease / Atkinson M.A., Herrath M., Powers A.C., Clare-Salzer M. // Diabetes Care. – 2015. – Vol. 38. – P. 979-988.
7. Bolli G.B. New long-acting insulin analogs: from damp studies to clinical practice / Bolli G.B., De Vries J.H. // Diabetes Care. – 2015. – Vol. 38. – P. 541-543.
8. Karatieieva S.Yu. Evaluation of the use of ozone therapy in the treatment of inflammatory processes in diabetes mellitus in an experiment. / S.Yu. Karatieieva, O.I., Yurkiv, S.B., Semenenko // Gorgian medical news. – 2016. – № 10(259).- P.58-61.
9. Karatieieva S.Yu. New method of treatment of pyoinflammatory soft tissue complications in patients with diabetes mellitus . / S.Yu. Karatieieva, O.I., I.A. Plesh, O. I.Yurkiv // Gorgian medical news. – 2017. – № 3(264).- P.58-60.

UDC 615.28.012:547.79'222'781

ANTIMICROBIAL ACTION OF 1-ARYL-4-CHLORO-5-DIFLUORO (TRIFLUORO) METHYL-1H-IMIDAZOLES**Svizhak V.K.**

postgraduate student of the Department of microbiology and virology, Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine
E-mail: svizhak@bsmu.edu.ua

Dejneka S.E.

MD, professor, Head of the Department of microbiology and virology, Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine, E-mail: sd@bsmu.edu.ua

Chornous V.A.

PhD, associate professor of the Department of Medical and Pharmaceutical Chemistry, Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine
E-mail: chornous.vitalij@bsmu.edu.ua

Svizhak V.J.

Assistant, Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine
E-mail: doxxtar@gmail.com

Abstract. 1-aryl-4-chloro-5-difluoro(trifluoro)methyl-1H-imidazoles are found to manifest a moderate antimicrobial activity concerning reference-strains of Gram-positive and Gram-negative bacteria and yeast-like fungi. The effect of chemical structure of these compounds on their antimicrobial activity is determined. On the basis of the results obtained concerning antimicrobial action certain recommendations are given for a directed synthesis of new compounds with prognosticated antimicrobial properties.

Key words: 1-aryl-4-chloro-5-difluoro(trifluoro)methyl-1H-imidazoles, antimicrobial properties, antibacterial activity, antifungal action

Introduction.

Elaboration of antimicrobial means to treat infections was one of the most famous medical achievements in the last century [3,12,20,24,27]. Numerous compounds on the basis of imidazole are included to this group, which with a high therapeutic efficacy are widely used in clinical practice to treat different kinds of diseases such as antifungal, antibacterial, anti-TB, antiviral, anti-parasitic, anti-tumour, anti-inflammatory, hypotensive, antihistaminic and other medicines [1,2,10,19]. Imidazole heterocyclic system is widely used for projection and elaboration of various biologically active molecules [23]. Introduction of imidazole nucleus is an important synthetic strategy in elaboration of drugs. High therapeutic properties of medicines associated with imidazole promoted synthesis of a number of new chemotherapeutic agents [17].

Due to a quick growth of fungal infections and increase of spread medical resistance, in recent years the efforts of scientists have been directed to discovery and development of new antifungal preparations [13]. The compounds of azole group, imidazole and triazole in particular, are in this respect a priority class of synthetic antifungal means [5,22]. They are presented in many effective antifungal medicines which are widely used in treatment of various mycosis.

Although, a wide use of modern antifungal preparations has resulted in increased resistance of fungi and considerably influenced on their therapeutic effect. Therefore, development of new antifungal means on the basis of imidazole is a perspective direction [1]. At the same time, structural modification of clinical antifungal azole preparations is an effective strategy to increase biological activity and make an active spectrum of acting agents in clinical work wider [23]. In addition to structural modifications of clinical preparations one more direction is development of antifungal imidazole compounds with a new structural frame. Recently on the basis of imidazole frame new compounds have been obtained with a high antifungal activity [8,14-16,18].

Antibacterial preparations on the basis of imidazole have found a wide clinical application for the treatment of diseases caused by protozoa and anaerobic bacteria. In recent years much effort has been made

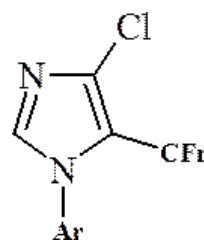
to obtain new imidazole antibacterial agents with new structures, and at the same time a wide spectrum of antibacterial activity has been found [4,6,11,21,25].

Investigations concerning structural modification of clinical imidazole preparations are being continued with the purpose to intensify antifungal action and reduce toxicity. One of the most important strategies is application of certain functional groups or structural fragments which are useful for improvement of physical-chemical properties and efficacy of the effect on the targets of microorganisms. It enables to increase biological activity and overcome resistance of microorganisms [23].

Therefore, the desire to find structurally new derivatives of imidazole that will be more effective in treatment, less toxic, and less cause side-effects and resistance of microorganisms, stipulate a great interest and is practically important, although it remains a rather complicated task [7,26].

Objective: to study antimicrobial action of 1-aryl-4-chloro-5-difluoro(trifluoro)methyl-1H-imidazoles concerning reference-strains of Gram-positive and Gram-negative bacteria and yeast-like fungi.

Materials and methods. New compounds of chemical synthesis of 1-aryl-4-chloro-5-difluoro(trifluoro)methyl-1H-imidazoles were studied of the following general formula:



The indicated compounds were synthesized at the Department of Medical and Pharmaceutical Chemistry, Higher State Educational Establishment of Ukraine "Bukovina State Medical University" by the Candidate of Chemical Sciences V.O. Chornous. The structure of the



compounds was proved by up-to-date physical-chemical methods of analysis: ЯMP1H spectroscopy, chromate-mass spectrometry. Structural formulas of the investigated compounds are presented in Table.

Antimicrobial action of the investigated compounds was studied with the use of common methods of two-time serial dilutions in fluid nutrient medium [9]. Minimal bacteriostatic and fungistatic concentrations (MBsC and MFsC) minimal bactericidal or fungicidal concentrations (MBcC and MFcC) were determined concerning reference-strains of Gram-positive bacteria (*Staphylococcus aureus* ATCC 25923), Gram-negative bacteria (*Escherichia coli* ATCC 25922) and yeast-like fungi (*Candida albicans* ATCC 885/653).

All the experiments were accompanied by appropriate control, with the aim to obtain reliable results the experiments were carried out three times with every concentration of the compound and examined culture of microorganisms.

Results and discussion.

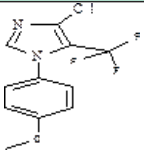
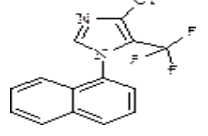
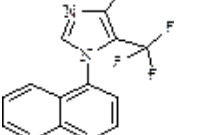
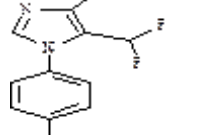
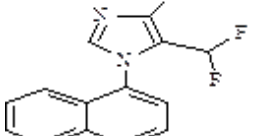
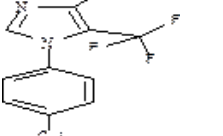
The conducted microbiological examinations enabled to find that synthesized compounds manifest a moderate antimicrobial activity. The results of investigation of antibacterial and anti-candidal action of 1-aryl-4-chloro-5-difluoro(trifluoro)methyl-1H-imidazoles concerning reference-strains of Gram-positive and Gram-negative bacteria and yeast-like fungi are presented in Table.

Presented in Table data are indicative of the fact that minimal bacteriostatic concentration (MBsC) of the examined 1-aryl-4-chloro-5-difluoro(trifluoro)methyl-1H-imidazoles concerning Gram-positive bacteria (*Staphylococcus aureus* ATCC 25923) was within rather wide range – from 15,62 to 250 µg/mL. Although, the majority (66,67 %) of the examined compounds possessed MBsC concerning the given reference-strain on the range of 15,62 µg/mL. And only the compounds 2841 and 2842 possessed MBsC concerning *S. aureus* ATCC 25923 on the level of 31,25 and 250 µg/mL.

MBsC of the indicated compounds concerning *E. coli* ATCC 25922 was also within rather wide ranges – from 31,25 to 250 µg/mL. Although, the majority (83,33 %) of the examined compounds possessed MBsC concerning the given reference-strain on the level of 31,25 - 62,5 µg/mL. The compound 2841 again manifested lower antibacterial activity – its MBsC concerning *E. coli* ATCC 25922 was on the level of 250 µg/mL.

Minimal bactericidal concentrations of 1-aryl-4-chloro-5-difluoro(trifluoro)methyl-1H-imidazoles were on the level of 31,25 - 500 µg/mL and exceeded their minimal bacteriostatic concentrations twice in 41,67 % cases, and four times – in 16,67 %, eight times – in 25,0 % (Table). In 16,67 % of cases minimal bactericidal concentrations of the investigated compounds were equal their minimal bacteriostatic concentrations.

Table
Structure and antimicrobial action of 1-aryl-4-chloro-5-difluoro(trifluoro)methyl-1H-imidazoles (µg/mL)

Cipher compound	The chemical formula of the compound	S.aureus ATCC 25923		E.coli ATCC 25922		C.albicans ATCC 885-653	
		MBsC	MBcC	MBsC	MBcC	MFsC	MFcC
2842		250	500	62,5	250	15,62	125
2841		31,25	250	250	500	15,62	15,62
2820		15,62	31,25	62,5	62,5	≥1000	≥1000
1723		15,62	62,5	31,25	62,5	15,62	15,62
1725		15,62	31,25	31,25	31,25	15,62	15,62
1833		15,62	125	31,25	250	15,62	500

Investigation of anti-candidal activity of 1-aryl-4-chloro-5-difluoro(trifluoro)methyl-1H-imidazoles determined that it is higher than that of their antibacterial action (Table). Thus, minimal fungistatic concentration (MFsC) for the majority (83,33 %) of the examined compounds concerning *C. albicans* ATCC 885-653 was on the level of 15,62 µg/mL. Only the compound 2820 did not manifest antifungal action – its MFsC and MFcC were higher than 1000 µg/mL.

Minimal fungicidal concentrations (MFcC) of 1-aryl-4-chloro-5-difluoro(trifluoro)methyl-1H-imidazoles also were in wide ranges – from 15,62 to 500 µg/mL (Table). At the same time, in half of the cases MFcC was equal MFsC.

Investigation of the chemical structure effect of 1-aryl-4-chloro-5-difluoro(trifluoro)methyl-1H-imidazoles on their antimicrobial action detected that imidazole derivatives 1723 and 1725, containing difluoromethyl fragment in 5 position manifest twice as much antimicrobial effect concerning the prevailing majority of strains as compared to their trifluoromethyl analogues.

Conclusions:

1. 1-aryl-4-chloro-5-difluoro(trifluoro)methyl-1H-imidazoles manifest a moderate antimicrobial activity concerning reference-strains of Gram-positive and Gram-negative bacteria and yeast-like fungi.

2. Investigation of the chemical structure of 1-aryl-4-chloro-5-difluoro(trifluoro)methyl-1H-imidazoles on their antimicrobial action has found that difluoromethyl derivatives manifest higher activity than their trifluoromethyl analogues.

3. The obtained results enable to recommend further search of effective antimicrobial means among the given group of chemical compounds including due to purposeful synthesis of new compounds with prognosticated antimicrobial properties.

Prospects of further studies.

The obtained results are preconditions for further purposeful synthesis of new compounds with prognosticated antimicrobial properties.

References:

- Ashley ESD. *Pharmacology of azole antifungal agents*. Ghannoum MA, Perfect JR, editor. *Antifungal Therapy*. New York: Taylor & Francis Group 2010;p199-218. 228.
- Burnier M, Wuerzner G. *Pharmacokinetic evaluation of losartan*. *Expert Opin Drug Metab Toxicol* 2011;7:643-649.
- Cai JL, Lu YH, Gan LL, Zhang YY, Zhou CH. *Recent advance in the research of piperazine-containing compounds as antimicrobial agents*. *Chin J Antibiot* 2009;34:454-462.
- Damu GLV, Wang QP, Zhang HZ, Zhang YY, Lv JS, Zhou CH. *A series of naphthalimide azoles: Design, synthesis and bioactive evaluation as potential antimicrobial agents*. *Sci China Chem* 2013. 56: 952.
- Kathiravan MK, Salake AB, Chothe AS, Dudhe PB, Watode RP, Mukta MS, Gadhe S. *The biology and chemistry of antifungal agents: A review*. *Bioorg Med Chem* 2012;20:5678-5698.
- Khahnadideh S, Rezaei Z, Ghasemi Y, Montazeri-Najafabady N. *Antibacterial activity of some new azole compounds*. *Anti Infect Agents* 2012;10:26-33. 306.
- Lamberth C, Dumeunier R, Trah S, Wendeborn S, Godwin J, Schneider P, Corran A. *Synthesis and fungicidal activity of tubulin polymerisation promoters. Part 3: Imidazoles*. *Bioorg Med Chem* 2013;21:127-134.
- Marona H, Szkaradek N, Karczewska E, Trojanowska D, Budak A, Bober P, Przepiora W, Cegla M, Szneler E. *Antifungal and antibacterial activity of the newly synthesized 2-xanthone derivatives*. *Arch Pharm* 2009;342:9-18.
- Metodychni vказivky 9.9.5-143-2007 «Vyznachennja chutlyvosti mikroorganizmiv do antybakterial'nyh preparativ» [Guidelines 9.9.5-143-2007 "Determination of the sensitivity of microorganisms to antibiotics"]. (2007). Kyiv: MOZ Ukrainy, 63 [in Ukrainian].
- Mishra R, Ganguly S. *Imidazole as an anti-epileptic: An overview*. *Med Chem Res* 2012;21:3929- 3939.
- Munoz-Bonilla A, Fernandez-Garcia M. *Polymeric materials with antimicrobial activity*. *Prog Polym Sci* 2012;37:281-339.
- Peng XM, Cai GX, Zhou CH. *Recent developments in azole compounds as antibacterial and antifungal agents*. *Curr Top Med Chem* 2013;13(16):1963-2010.
- Petrov O., Gerova M., Petrova K., Borisova Ivanova Y. *New Imidazole Derivatives of 2(3H)-Benzazolones as Potential Antifungal Agents*. *Journal of Heterocyclic Chemistry* 2009 46 (1): 44-48.
- Rodriguez-Argiuelles MC, Mosquera-Vazquez S, Sanmartin-Matalobos J, Garcia-Deibe AM, Pelizzi C, Zani F. *Evaluation of the antimicrobial activity of some chloro complexes of imidazole- 2-carbaldehyde semicarbazone: X-ray crystal structure of cis-NiCl₂ (H₂L)(H₂O)*. *Polyhedron* 2010;29:864-870.
- Saiz-Urra L, Racero JC, Macias-Sanchez AJ, Hernandez-Galan R, Hanson JR, Peprez-Gonzalez M, Collado IG. *Synthesis and quantitative structure-antifungal activity relationships of clovane derivatives against Botrytis cinerea*. *J Agric Food Chem* 2009;57:2420-2428.
- Salimon J, Salih N. *New Schiff bases derivatives containing anthracene and 1,3,4-thiazole moieties: Synthesis and fungicidal activity*. *Int J PharmTech Res* 2010;2:205-208.
- Shalini K, Sharma PK, Kumar N. (2010): *Imidazole and its biological activities: A review*. *Der Chemica Sinica*, 1(3):36-47.
- Sharma N, Kumar V, Sharma R, Kumari M, Kanwar SS. *Coordination compounds of hydroxama- tooxovanadium(IV) complexes with nitrogenous bases and their antimicrobial activities*. *Bull Chem Soc Jpn* 2011;84:855-861.
- Steinman RA, Brufsky AM, Oesterreich S. *Zoledronic acid effectiveness against breast cancer metastases-A role for estrogen in the microenvironment?* *Breast Cancer Res* 2012;14:213.
- Wang XL, Wan K, Zhou CH. *Synthesis of novel sulfanilamide-derived 1,2,3-triazoles and their evaluation for antibacterial and antifungal activities*. *Eur J Med Chem* 2010;45:4631- 4639.
- Wang XL, Wang XL, Geng RX, Zhou CH. *Advance in research of antimicrobial drugs with sulfamide group*. *Chin J New Drug* 2010;19:30-39. 303.
- Zhai B, Lin XR. *Recent progress on antifungal drug development*. *Curr Pharm Biotechnol* 2011;12:1255-1262.
- Zhang L., Peng X-M., Damu GLV., Geng R-X., Zhou C-H. *Comprehensive Review in Current Developments of Imidazole-Based Medicinal Chemistry*. *Med. Res. Rev.*, 2014,34(2), 340-437.



24. Zhang SL, Chang JJ, Damu GLV, Fang B, Zhou XD, Geng RX, Zhou CH. Novel berberine triazoles: Synthesis, antimicrobial evaluation and competitive interactions with metal ions to human serum albumin. *Bioorg Med Chem Lett* 2013;23:1008-1012.
25. Zhou CH, Luo Y. Bistriazolone, bistriadimenol compounds with antimicrobial activity, and salts, synthesis method and uses thereof. *CN Patent* 2010;CN101817792 (A).
26. Zhou CH, Mi JL. Preparation of Fluotrimazole ether derivatives as antimicrobial agents. *CN Patent* 2009;CN101391986 (A).
27. Zhou CH, Wu J, Jin L, Mi JL, Zhang FF, Jang Y. Triazoles compounds with antimicrobial activity and preparation method and pharmaceutical use thereof. *CN Patent* 2009;CN101445488 (A).

UDC 616.24-005*616.131

MORPHOMETRIC INDICATORS OF HEART OF FLAT RATS AND AT THEIR SHORT-TERM ADAPTATION TO HIGHLANDS ALAY"

МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СЕРДЦА РАВНИННЫХ КРЫС ПРИ КРАТКОСРОЧНОЙ ИХ АДАПТАЦИИ К ВЫСОКОГОРЬЮ АЛАЯ

Ismailova Seylikan Abdimomunovna
 Applicant for Candidate Degree
 To biochemistry and physiopathology
 Teacher of department Edge clinical
 Osh state university medical faculty.
 Kyrgyz Republic city Osh
 E- mail seylikan.ismailova.69@mail.ru

Djaparova Dinara Bapievna
 Applicant for Candidate Degree
 Teacher of the cycle of pediatrics,
 obstetrics and gynecology
 Osh Kyrgyz –Uzbek University
 E- mail:djaparova80@mail.ru

Исмаилова Сейликан Абдымомунова,
 Соискатель на кандидатскую степень
 Преподаватель кафедры, Общей и клинической
 Биохимии и патофизиологии
 Ошский государственный университет,
 Медицинский факультет.
 Кыргызстан, г. Ош.
 E- mail: seylikan.ismailova.69@mail.ru

Жапарова Динара Бапыевна.
 Соискатель на кандидатскую степень

Annotation. The summary In this article are carried out гисто – ultrastructural and stereological research of a cardiac muscle and its blood capillaries at quickly (from the 3rd to 21 – day) the adapted rats to highlands Scarlet (3200).

The early terms of adaptation (from 3 to 21дней) to the terms of highland are characterized by the expressed unevenness of structural changes in myocardium. Brief adaptation formed in the process of co-operating of organism with an environment, the here purchased during life changes often expressed as deep structural alterations are not passed on an inheritance, and accumulate on the inherited signs and in totality form a phenotype, i.e. the question is about phenotypical adaptation. Based on the obtained data position of origin is pulled out by the further structure of instability of myocardium because of tense operation of heart, assisting development his structural instability. The data obtained on the whole it is necessary to examine as not damage of structure of myocardium, but as emergency adaptation reaction, adjusting myocardium to the changing terms of alpine factors.

Actuality of theme conditioned by the all broadening mastering of alpine territories of south region of Kyrgyzstan (in particular Памиро-Алая, Чаткала, Кок-Арта of and other).

Realization of such researches is especially important in connection with the decision of forming task in the alpine districts of stable adaptations due to arriving here on the protracted inhabitation, where coming them not only to live but also work.

Keywords: Hypoxia, high mountains, adaptation, cardiomyocytes, myofibrils, histostructures, ultrastructure.

Аннотация. В данной статье проведены гисто-ультраструктурные и стереологические исследования сердечной мышцы и ее кровеносных капилляров у кратковременно (от 3-х до 21-дня) адаптированных крыс к высокогорью Алая (3200).

Ранние сроки адаптации (от 3 до 21дней) к условиям высокогорья характеризуются выраженной неравномерностью структурных изменений в миокарде. Кратковременная адаптация формируется в процессе взаимодействия организма с окружающей средой, при этом приобретенные в ходе жизни изменения, часто выражающиеся в виде глубоких структурных перестроек, не передаются по наследству, а наслаиваются на наследственные признаки и в совокупности формируют фенотип, т.е. речь идет о фенотипической адаптации. На основании полученных данных выдвигается положение возникновения дальнейшей структурой нестабильности миокарда вследствие напряженной деятельности сердца, способствующей развитию структурной его неустойчивости. В целом полученные данные

следует рассматривать не как повреждение структуры сердечной мышцы, а как аварийную адаптационную реакцию, приспособляющую миокард к изменившимся условиям высокогорных факторов.

Актуальность темы обусловлена все расширяющимся освоением высокогорных территорий южного региона Кыргызстана (в частности Памиро-Алая, Чаткала, Кок-Арта и др.).

Особенно важно проведение таких исследований в связи с решением задачи формирования в высокогорных районах стабильных адаптаций за счет приезжающих сюда на длительное жительство, где им предстоит не только жить, но и работать.

Ключевые слова: гипоксия, высокогорья, адаптации, кардиомиоциты, миофибриллы, гистоструктуры, ультраструктура.

Цель исследования - изучение адаптационных реакций гисто структуры сердечной мышцы и их капилляров к высокогорью Алая и выяснение общих закономерностей организма, способствующих поддержанию энергетического и структурного гомеостаза.

В соответствии с этим были поставлены следующие конкретные задачи.

1. Изучение основных морфологических признаков проявления адаптации миокарда крыс, степень и последовательность изменений миокарда происходящих в кардиомиоцитах под влиянием высокогорных факторов.

2. Выяснение различия в адаптационной перестройке сердечной мышцы крыс, кратковременно и длительно адаптированных к условиям высокогорья и осторожно могут быть эксплуатированы прибывших в горы людей.

Методы исследования;

Для изучения механизма и закономерностей адаптации к высокогорью использован комплекс современных морфофункциональных методов исследования, включающего морфологические, физиологические и стереологические методы, специфически характеризующие функциональное состояние миокарда.

Материалом для гистологического и морфометрического исследования служили сердечная мышца крыс при адаптации к высокогорью, а именно: кратковременно (3-12 дней), в условиях высокогорья Алая (3000-3200 метр над уровнем моря).

Всего было исследовано 120 животных, разделенных на 8 групп. Для этого были использованы к условиям высокогорья; половозрелые беспородные крысы – самцы. Подопытных животных 1,2,3,4 группы вывозили для адаптации из г. Ош на перевал Сары – Таш, Чон Алая, (3000-3200 м).

Крыс, подвергшихся краткосрочной адаптации, забивали на 3,7,14,21 сутки. Контрольных животных для всех серий опытов забивали в с. Араван (400 – 500 метров над уровнем моря) по тем же срокам, что и адаптированных крыс.

Результаты исследования.

Краткосрочные адаптации (3,21 дней) половозрелых крыс к условиям высокогорья Алая (3200 м.) сопровождаются нарастающими изменениями гисто и ультраструктуры сердечной мышцы и ее капилляров.

[1,21ср.] [5,23ср]

После 3-х дневной адаптации миокарда обнаруживаются изменения васкуляризации сердечной мышцы в виде расширения сосудов, а также отека саркоплазмы кардиомиоцитов, где выявляются разволокненные миофиломенты, расширенные каналцы саркоплазматического ретикулума. Эти явления возникают, по-видимому, в связи с повышенной проницаемостью плазмолеммы, возрастанием концентрации Са в цитоплазме и нарушением водного обмена. [7,65с.]

На 7-й день адаптации наблюдаются почти одинаковые показатели раздельного взвешивания сердца контрольных и адаптированных к высокогорью крыс. Для этого периода характерно кардиомиоциты с выраженными деструктивными изменениями в виде

фрагментации, разволокнение миофибрилл и исчезновения их поперечной исчерченности, а также сильного набухания митохондрий с дезорганизацией, а иногда и дисконформацией крист, так и клетки и с изменениями компенсаторно-приспособительного характера: в саркоплазме значительно увеличивается количество митохондрий с многочисленными кристами, уплотненным матриксом. [10,112с]

Для периода 14-21 сутками адаптации, наряду с прогрессирующим повреждением сократительных элементов (контрактурные изменения, разволокнение и лизис отдельных участков миофибрилл) и отеком митохондрий наблюдаются признаки усиления функциональной активности отдельных кардиомиоцитов: расширение и увеличение количество элементов образование липидных гранул по липофусцина. Количество митохондрий, моно- и полисом. [9,43с][13,98с]

Как показывает стереологический анализ ультраструктуры кардиомиоцитов, объемные параметры митохондрий и миофибрилл во всех группах наблюдений при краткосрочной адаптации близки между собой. Заметное увеличение суммарного объема энергообразующих структур (митохондрий). Долговременная адаптация к высокогорью свидетельствует о том, что в итоге постепенно развившихся приспособительных реакций миокардиальные клетки и сердечная мышца в целом приобретает новое качество, т.е. из неадаптированного состояния переходят к адаптированному. [12,35ср] [3,43ср]

У кратковременно и длительно адаптированных животных к высокогорью является способность к увеличению интенсивности функциональных систем и срочная мобилизация органов кровообращения и дыхания на недостаток кислорода при кратковременной адаптации, для осуществления которых в организме имеются генетические структуры, обеспечивающие на основе многократной активации механизмов кратковременной адаптации. [10,22ср][2,23ср].

Заключение.

Таким образом, адаптация крыс – обитателей равнины к гипоксической гипоксии, вызванной кратковременным пребыванием (от 3-х до 21 дней) на высоте 3200 метров над уровнем моря, сопровождается существенными изменениями в гисто- и ультраструктуре сердечной мышцы.

Вышеотмеченная однотипность реакции кардиомиоцитов рассматривается как один из существенных морфофункциональных состояний миокарда в высокогорных условиях. Результаты наших исследований показали, что высокогорная гипоксия по всей вероятности, связана с необходимостью включения ряда механизмов, призванных усилить мощь сократительного аппарата миокардиальных клеток.

Вышеописанные показатели в значительной мере определяют функциональное состояние кардиомиоцитов и являются важным параметром при гипоксии.

В целом наблюдаемые в ранние сроки адаптации изменения в кардиомиоцитах позволяют говорить о структурной нестабильности и напряженной функции миокарда. Установленные данные следует рассматривать как адаптационную реакцию, отражающую переход миокарда на новый уровень функционирования по сравнению по средней исходной нормой, т.е. сердечная мышца и ее микроциркуляторное русло из неадаптированного состояния переходят к адаптированному.



Литература:

1. Авцын А.П., Шахламов В.А.// “Ультраструктурные основы патологии клетки”. М. 1979г.127с
2. Башкиров. А. А.// “ физиологические механизмы адаптации к гипоксии”. М 1985, 10-28 издательство МГУ
3. Большаков. В.Н // “ Популяционные и видовые адаптации животных к горным условиям” 1982г Т-1, 234с.
4. Даниаров С.Б. // “Состояние сердечно-сосудистой системы в условиях высокогорья Киргизии”, Фрунзе “Илим”, 1982г.
5. Жапаров Б.Ж. и соавт. // “Сравнительное морфологическое изучение кровеносных капилляров сердца у постоянных обитателей гор, а также адаптированных к высокогорью животных” Фрунзе, “Система микроциркуляции и гемокоагуляции в экспериментальных условиях”, 1991.
6. Миррахимов М.М.// «Высокогорная адаптация и диадаптация». Фрунзе, Кыргызстан.1984.
7. Исабаев В.А. // “ Физиологическая адаптации в природе и эксперименте”, Фрунзе “ илим”1978г.
8. Саркизав Д.С. // М 1977, М, 1980.
9. Genevese A// Myocardial hypertrophy in rats exposed simulated high alritudt 1985? 93 4 331-338
10. Heath D Williams D R //Man at high altitude Edinborg1981
11. Bismas U M //intBiometeorol 1983141
12. Bielenbtrg L //altitude Sickness Mtdiz Mo natsscgrift fur pgarmazeuten 1996 185
13. Gossido Marin E //et tai Mountain Sickness 1998 582

References:

1. Avtsyin A.P, Shahlamov V.A.// “Ultrastrukturnye osnovy patologii kletki”. М. 1979g.127s
2. Bashkirov. A. A.// “ fiziologicheskie mehanizmyi adaptatsii k gipoksii”. М 1985, 10-28 izdatelstvo MGU
3. Bolshakov. V.N // “ Populyatsionnye i vidovye adaptatsii zhivotnyih k gornym usloviyam” 1982g Т-1, 234s.
4. Daniarov S.B. // “Sostoyanie serdechno-sosudistoy sistemyi v usloviyah vyisokogorya Kirgizii”, Frunze “Ilim”, 1982g.
5. Zhaparov B.Zh. i soavt. // “Srvnitelnoe morfologicheskoe izuchenie krovonosnyih kapillyarovserdtsa u postayannyih obitateley gor, a takzhe adaptirovannyih k vyisokogoryu zhivotnyih” Frunze, “Sistema mikrotsirkulyatsii i gemokaogulyatsii v eksperimentalnyih usloviyah”, 1991.
6. Mirrahimov M.M.// «Vyisokogornaya adaptatsiya i diadaptatsiya». Frunze, Kyrgyzstan.1984.
7. Isabaev V.A. // “ Fiziologicheskaya adaptatsii v prirode i eksperimente”, Frunze “ ilim”1978g.
8. Sarkizav D.S. // М 1977, М, 1980.
9. Genevese A// Myocardial hypertrophy in rats exposed simulated high alritudt 1985? 93 4 331-338
10. Heath D Williams D R //Man at high altitude Edinborg1981
11. Bismas U M //intBiometeorol 1983141
12. Bielenbtrg L //altitude Sickness Mtdiz Mo natsscgrift fur pgarmazeuten 1996 185
13. Gossido Marin E //et tai Mountain Sickness 1998 582

UDC 616-036.86-053.2-059-084

ANALYSIS OF DISABILITY OF INFANTS AND ITS PREVENTION

АНАЛІЗ ІНВАЛІДНОСТІ ДІТЕЙ ТА ШЛЯХИ ЇЇ ПРОФІЛАКТИКИ

Slabkiy G.O.

Head of the Department of Public Health of Uzhgorod National University, doctor of medical sciences, professor
g.slabkiy@ukr.net

Слабкий Г.О.

Завідувач кафедри, громадського здоров'я Ужгородський національний університет, доктор медичних наук, професор
g.slabkiy@ukr.net

Dudina O. O.

Head of the department of the State Establishment «Ukrainian institute of strategic researches of Ministry of Public Health of Ukraine», PhD in medical sciences
uisr_moz@ukr.net

Дудіна О.О.

Завідувач відділом, ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», кандидат медичних наук
uisr_moz@ukr.net

Gaborets Yu.Yu.

Competitor of the State Establishment «Ukrainian institute of strategic researches of Ministry of Public Health of Ukraine», PhD in medical sciences
uisr_moz@ukr.net

Габорець Ю.Ю.

пошукувач, ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», кандидат медичних наук
uisr_moz@ukr.net

Summary. Conducted comprehensive analysis of infants' disability in Ukraine demonstrated the decrease of overall indicator for primary disablement among children from 22.8 per 10 thousands of child population in 2012, to 21.4 in 2016. Among the causes due to which the infants become disabled, the first place belongs to congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities (30.0-31.1%), the second one - to the disease of nervous system (17.9-16.6%), the third one – to mental and behavioral disorders (13.9-14.4%).

Limit indicators of the total infants' disability in the regional aspect are 1.3 times different and primary disablement - 1.6 times. It is stressed that the factor determination of the main causes of infants' disability determines the expediency of forming the principal directions and programs to reduce disability among children. This type of approach envisages inter sectional interaction at the national and local levels.

Key words: infants, primary disablement, total disability, structure, causes, prevention.

Резюме. Проведений комплексний аналіз інвалідності дітей в Україні показав зниження загального показника первинного виходу на інвалідність дитячого населення з 22,8 на 10 тис. дитячого населення в 2012 році до 21,4 в 2016 році. Серед причин, внаслідок яких діти стають інвалідами, перше місце посідають природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії (30,0–31,1%), друге – хвороби нервової системи (17,9–16,6%), третє – розлади психіки та поведінки (13,9–14,4%). Граничні показники загальної дитячої інвалідності в регіональному аспекті відрізняється в 1,3 разу, а первинного виходу на інвалідність в 1,6 разу. Наголошено, що факторна детермінація основних причин дитячої інвалідності зумовлює доцільність формування основних напрямків та програм зі зниження інвалідності дітей. Такий підхід передбачає міжсекторальну взаємодію на національному та місцевому рівнях.

Ключові слова: діти, первинний вихід на інвалідність, загальна інвалідність, структура, причини, профілактика.

Вступ.

Інвалідність дитячого населення є однією з найбільш актуальних проблем, оскільки вона є медичною, соціальною, психологічною, економічною проблемою і має державне значення [1]. Піклування суспільства про інвалідів дитинства триває довгі роки [2].

Значущість проблеми інвалідності з дитинства також обумовлена тим, що майже у 25% інвалідів у віці до 50 років інвалідизація обумовлена захворюванням, перенесеним у дитинстві [3]. Дитяча інвалідність є найбільш чутливим індикатором якості життя населення, інтегруючи усі негативні сторони сучасності і побічно характеризуючи рівень розвитку усіх сфер життєдіяльності суспільства [6]. Питання дитячої інвалідності стають усе більш актуальними в умовах стрімкого зростання проблем соціального розвитку, розтрати людського потенціалу, розбалансованості міжособистісних стосунків, воєнних дій на Сході України і показують необхідність пошуку рішень як медичного, так і соціально-політичного характеру, на якісно новому рівні [5].

Актуальність проблеми профілактики інвалідності з дитинства зумовлена тим, що упродовж останніх років в Україні уперше інвалідами впродовж року стають близько 16 тис. дітей, а серед усього дитячого населення діти-інваліди складають 2,0–2,1% [4]. Переважна більшість з них зберігають статус інваліда у подальшому

житті, що суттєво впливає на проблему збереження працездатності та обороноздатності країни.

Мета роботи. Провести аналіз інвалідності дітей та запропонувати шляхи її профілактики і реабілітації інвалідів

Матеріали та методи дослідження. Матеріалами дослідження слугували дані галузевої статистичної звітності за період 2012-2016 рр. Методами дослідження слугували: статистичний та структурно-логічний аналіз. Методичною основою дослідження став системний підхід.

Результати та їх обговорення.

Показник інвалідності дітей можна вважати концентрованим відображенням успішності суспільства, соціальної захищеності, рівня та якості здоров'я підростаючого покоління. Він найбільш яскраво ілюструє різке зниження у дітей функціональних можливостей організму, реакцій пристосування і захисту. В Україні спостерігається тенденція до зниження рівня поширеності інвалідності у дітей з 209,6 на 10 тис. дітей віком до 18 років у 2012 р. до 205,0 у 2016 р., що ніби свідчить про позитивні тенденції стану здоров'я дитячого населення. Це викликає питання, попри офіційну статистику підтвердженої реєстрації поширеності хвороб у дитячого населення. Первинна інвалідність за цей період також зменшилася з 22,8 на 10 тис. дитячого населення до 21,4 (рис. 1).

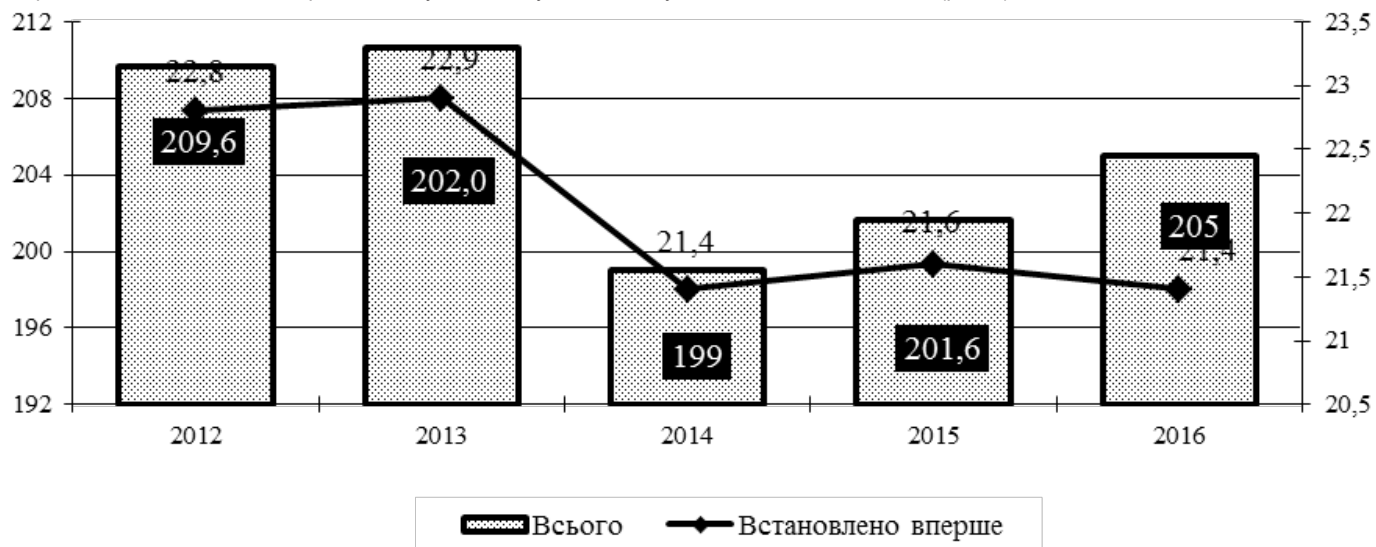


Рис. 1 . Динаміка інвалідності дітей до 18 років в Україні у 2012–2016 рр., на 10 тис. дітей віком до 18 років



Проте виявлена тенденція дуже тісно пов'язана з початком воєнних дій на території України, що безпосередньо вплинуло на достовірність статистики щодо якості надання медичної допомоги населенню країни, передусім дітям, які проживають на територіях Донецької і Луганської областей (ці області завжди мали високі рівні інвалідності у дітей), та неврахування до статистики даних по АР Крим.

Загальна чисельність дітей-інвалідів упродовж останніх п'яти років зменшилася на 10,96 тис. і у 2016 р. становила 156099 осіб, або 2,02% від загальної кількості дітей. За розрахунками Європейської Академії Дитячої Інвалідності, в Україні очікується більше 200 тис. дітей-інвалідів віком до 18 років, з них до 80 тис. з важкою інвалідністю.

Ці дані ще раз підтверджують необхідність відходу від суто медичної моделі встановлення інвалідності, що розглядає обмеження життєдіяльності як персональну проблему особи, викликає безпосередньо хворобою, травмою або іншою причиною, що вимагає медичної допомоги у вигляді індивідуального лікування, з урахуванням соціальної моделі, яка розглядає проблему обмеження життєдіяльності з позиції можливості повної інтеграції особи в суспільство. Впровадження Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності і здоров'я (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF, 2007) передбачає можливість об'єднання як медичної, так і соціальної моделі із формуванням єдиної біопсихосоціальної моделі визначення інвалідності.

Перші двадцять років життя людини характеризуються швидким зростанням і розвитком організму. Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків (МКФ-ДП) дає можливість точно описати стан здоров'я на різних вікових етапах. Коди класифікації представляють функції і структури організму, показники активності та участі, а також фактори навколишнього середовища, що впливають на здоров'я і життєдіяльність дітей і підлітків. Дана класифікація забезпечує універсальну мову для опису здоров'я, функціонування, їх порушень в різні вікові періоди і допоможе клініцистам, педагогам, дослідникам, адміністраторам, політикам і батькам виявити потреби дітей і підлітків у сфері охорони здоров'я та освіти.

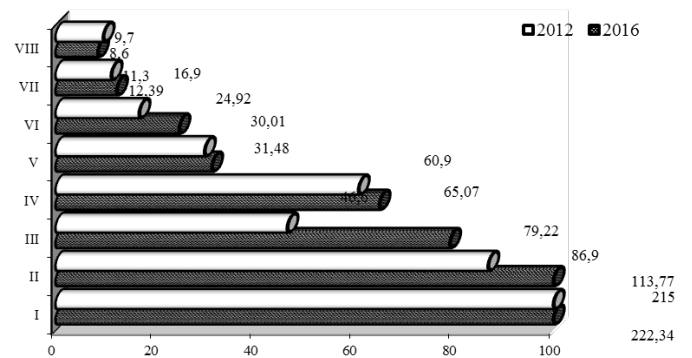
Важливими документами на шляху розбудови сучасних підходів до організації забезпечення прав і свобод людей з інвалідністю стали укази Президента України: «Про активізацію роботи щодо забезпечення прав людей з інвалідністю» від 03.12.2015 р. № 678; «Про затвердження Національної стратегії у сфері прав людини» від 25.08.2015 р. № 501; «Про активізацію роботи щодо забезпечення прав людей з інвалідністю» від 03.12.2015 р., який, у тому числі, започаткував введення професій ерготерапевта та ергономіста, лікаря фізичної і реабілітаційної медицини, фізичного терапевта.

Суттєве значення для розбудови системи мали Постанова Верховної Ради України від 13.01.2015 р. № 96-VIII «Про Рекомендації парламентських слухань на тему: Освіта, охорона здоров'я та соціальне забезпечення дітей з порушеннями психофізичного розвитку: проблеми та шляхи їх вирішення» та постанови Кабінету Міністрів України: від 1 серпня 2012 р. № 706, якою затверджено Державну цільову програму «Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права інвалідів» на період до 2020 р.; від 21 листопада 2013 р. № 917 «Деякі питання встановлення лікарсько-консультативними комісіями інвалідності дітям»; від 23.11.2015 №1393-р «Про затвердження плану дій з реалізації Національної стратегії у сфері прав людини на період до 2020 року» тощо.

При повному використанні прав, наданих законодавством України, число дітей з встановленою інвалідністю має значно зростати. Ці тенденції притаманні будь-якій цивілізованій державі, бо на перше місце ставиться збереження життя усім дітям. Така постановка проблеми правильна, оскільки дає можливість упорядкувати статистичні дані щодо дитячої інвалідності, збільшити число сімей, охоплених соціальною допомогою, і зумовити оптимальне планування медичних і медико-соціальних програм щодо створення служб реабілітації та відновного лікування.

Проведений нами спеціальний аналіз частки інвалідів серед загальної кількості хворих дітей у розрізі класів хвороб у 2012 р. і у 2016 р. засвідчив, що найбільш інвалідизуючими хворобами є природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії, розлади психіки та поведінки, новоутворення та хвороби нервової системи (рис. 2).

Так, в середньому на 1000 зареєстрованих захворювань у дітей у 2012 р. припадало 11,0 інвалідів, у 2016 р. – 12,5, з коливанням цього показника у 2016 р. від 222,34 і 113,77 при природжених вадах розвитку, деформаціях та хромосомних аномаліях і розладах психіки та поведінки до 13,9 і 8,6 при хворобах кістково-м'язової системи та сполучної тканини, ока та його придаткового апарату. У 2016 р. порівняно з 2012 р. збільшилася частота інвалідів серед дітей з розладами психіки і поведінки та новоутвореннями (113,77 і 86,9 та 79,22 і 46,6 відповідно), що може бути зумовлено як більш важким перебігом цих хвороб, так і більш повним використанням прав дітей на отримання інвалідності.



- I – Природжені вади розвитку, деформації і хромосомні аномалії
- V – Хвороби вуха та соскоподібного відростка
- II – Розлади психіки та поведінки
- VI – Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин
- III – Новоутворення
- VII – Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини
- IV – Хвороби нервової системи
- VIII – Хвороби ока та його придаткового апарату

Рис. 2. Частка дітей-інвалідів у загальній кількості хворих дітей в Україні у 2012 р. і в 2016 р. (%)

Отримані нами дані кореспондуються з даними публікацій, у яких розглядаються проблеми інвалідизації дитячого населення, і свідчать про необхідність посилення первинної профілактики захворюваності дітей та удосконалення надання медичної допомоги дітям із важкими інвалідизуючими хворобами.

У структурі інвалідності дітей упродовж 2012–2016 рр. серед причин, внаслідок яких діти стають інвалідами, перше місце посідають природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії (30,0–31,1%), друге – хвороби нервової системи (17,9–

16,6%), третє – розлади психіки та поведінки (13,9–14,4%). Як видно на рис. 3, у цілому зміни у структурі причин інвалідності були незначними – спостерігалася незначна тенденція до зменшення хвороб нервової системи, розладів психіки та поведінки, при тенденції до збільшення у структурі причин питомої ваги ендокринних хвороб, розладів травлення та порушень обміну речовин, природжених вад розвитку, деформацій та хромосомних аномалій, хвороб вуха та соскоподібного відростка.

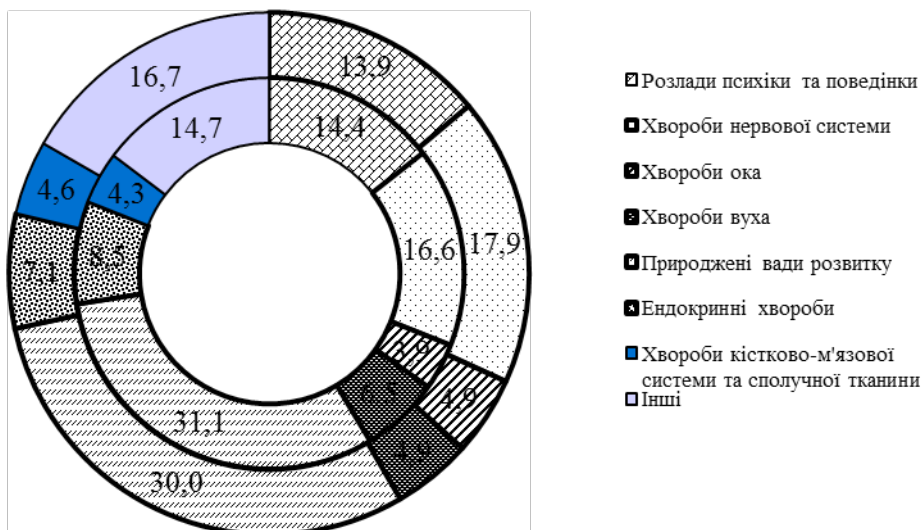


Рис. 3. Динаміка структури інвалідності дітей віком 0–17 років включно в Україні у 2012 р. і 2016 р. (%)

7–14 років – з 222,0 на 10 тис. відповідного населення у 2012 р. до 257,2,0 у 2016 р.. Відмічається тенденція до її зростання серед дітей підліткового віку – з 274,8 до 275,5. При цьому зменшилася інвалідність у вікових групах дітей 0–2 роки (83,2 і 77,2) та 3–6 років (179,6 і 164,6 відповідно) (рис. 4).

Динаміка інвалідності за віковими групами збігається з динамікою поширеності хвороб у дітей відповідних вікових груп – збільшується з віком. Як і в попередні роки, у 2016 р. відмічається зростання інвалідності залежно від віку: з 77,2 на 10 тис. дітей відповідного віку серед дітей 0–2 років до 164,6 серед дітей 3–6 років, 257,2 серед дітей 7–14 років та до 275,5 серед дітей підліткового віку. Зростання інвалідності з віком притаманне зростанню її за усіма причинами.

За проаналізований період зросла інвалідність серед дітей віком

У 2016 р., як і в попередні роки, спостерігалася коливання показника загальної інвалідності в регіональному аспекті від 258,4 на 10 тис. дітей віком до 18 років у Чернігівській, 251,7 у Київській, 247,3 у Житомирській, 237,8 у Рівненській, 236,9 у Хмельницькій, 236,3 у Вінницькій областях до 172,9 у Одеській, 190,8 у Херсонській, 198,8

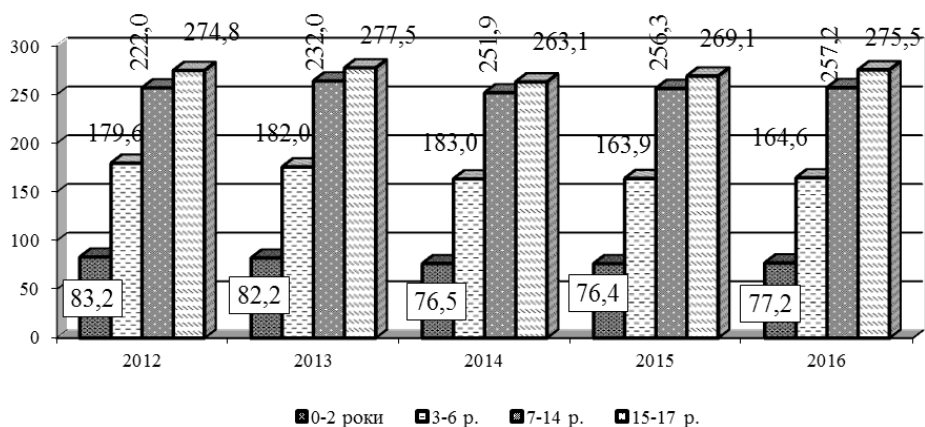


Рис. 4. Динаміка інвалідності дітей окремих вікових груп в Україні у 2012–2016 рр. на 10 тис. відповідного населення

у Луганській областях. Гранічна різниця показника відрізняється в 1,3 разу. (табл.1). Діапазон регіональних коливань первинної інвалідності дитячого населення України становив від 28,2 на 10 тис.

дитячого населення у Чернігівській, 27,8 у Київській, 26,7 у Вінницькій до 17,5 у Одеській, 18,0 у Харківській областях. Гранічна різниця показника відрізняється в 1,6 разу.



Таблиця 1 Характеристика загальної і первинної інвалідності в Україні у 2016 р., на 10000 дитячого населення

Регіон	Загальна інвалідність	Первинна інвалідність
Україна	205,0	21,4
Область		
Вінницька	236,3	26,7
Волинська	227,3	24,7
Дніпропетровська	224,3	23,5
Донецька	216,5	24,0
Житомирська	247,3	23,9
Закарпатська	222,1	25,4
Запорізька	231,0	26,3
Івано-Франківська	215,1	23,4
Київська	251,7	27,8
Кіровоградська	224,4	20,5
Луганська	198,8	22,5
Львівська	219,9	23,6
Миколаївська	227,6	25,4
Одеська	172,9	17,5
Полтавська	217,3	22,5
Рівненська	237,8	24,7
Сумська	210,5	21,4
Тернопільська	228,7	23,7
Харківська	211,0	18,0
Херсонська	190,8	20,6
Хмельницька	236,9	21,6
Черкаська	220,3	20,5
Чернівецька	225,3	22,2
Чернігівська	258,4	28,2
м. Київ	201,3	21,6

Станом на 31.12.2016 р. в Україні налічувалося 156099 дітей-інвалідів та зареєстровано 15531315 хвороб, у середньому на 1000 захворювань припадало 11,54 інваліда. Враховуючи однакову важкість перебігу захворювань у дітей з різних регіонів, логічно припустити, що розбіжності цього показника в розрізі регіонів незначні. Проте проведений нами аналіз засвідчив суттєві розбіжності у співвідношенні зареєстрованої кількості хвороб та інвалідів між регіонами (рис. 5).

Діапазон частоти інвалідів серед зареєстрованих захворювань коливався в розрізі регіонів від 9,03 на 1000 захворювань у м. Києві, 10,17–10,5 у Івано-Франківській, Харківській і Київській до 16,85 у Закарпатській, 13,42–13,01 у Чернівецькій та Миколаївській областях.

Отримані дані вказують на доцільність проведення тематичних клінічних аудитів з первинної профілактики захворюваності дітей та якості надання медичної допомоги дітям з важкими інвалідизуючими хворобами у Закарпатській, Чернівецькій та Миколаївській областях.

Загалом ситуація щодо дитячої інвалідності свідчить про необхідність структурної перебудови системи надання медичної допомоги дітям на користь первинної ланки, раціоналізації стаціонарної та спеціалізованої медичної допомоги шляхом запровадження міжнародних стандартів лікувальної діяльності в умовах єдиного медичного простору. Водночас зміцнення педіатричної служби слід поєднати з розвитком профілактичної медицини та формуванням мотивації населення до збереження та зміцнення здоров'я.

Слід зазначити, що в Україні не отримала належного розвитку позиція експертів ВООЗ і провідних вітчизняних авторів: вирішення проблеми погіршення здоров'я дітей, зокрема попередження інвалідності, не має замикатися на службах охорони здоров'я і реабілітації, а слід залучати до їх вирішення інші відомства, громадські організації, міжнародні проекти.

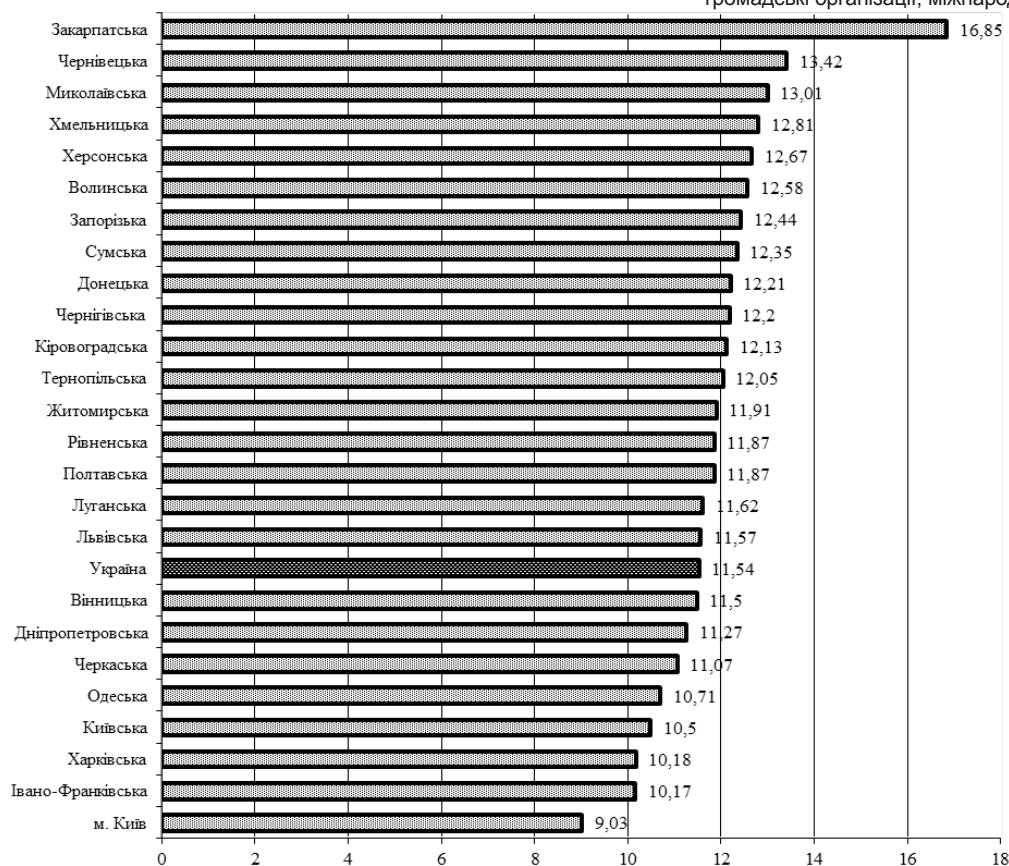


Рис. 5. Співвідношення зареєстрованої кількості хвороб та інвалідів у розрізі регіонів у 2016 р. (кількість інвалідів на 1000 хвороб)

Крім того, факторна детермінація основних причин дитячої інвалідності зумовлює доцільність формування основних напрямків та програм зі зниження інвалідності дітей. Це, насамперед, подальший розвиток служб медико-генетичного консультування, планування сім'ї, поліпшення якості медичного догляду новонароджених із низькою і дуже низькою масою тіла при народженні, організація служб медико-соціального патронажу в сім'ях високого соціального ризику. З метою підвищення батьківської компетенції необхідно тактовно формувати об'єктивне уявлення про наявний у дитини дефект і можливі його наслідки.

У вирішенні питань профілактики інвалідності дітей та реабілітації дітей-інвалідів значний внесок повинна зробити система громадського здоров'я, яка сьогодні формується в Україні.

Висновки. При зниженні загального показника первинного виходу на інвалідність дитячого населення України з 22,8 на 10 тис. дитячого

населення в 2012 році до 21,4 в 2016 році відмічається необхідність впровадження Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності і здоров'я (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF, 2007). Серед причин, внаслідок яких діти стають інвалідами, перше місце посідають природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії (30,0–31,1%), друге – хвороби нервової системи (17,9–16,6%), третє – розлади психіки та поведінки (13,9–14,4%). Гранична різниця показника загальної дитячої інвалідності в регіональному аспекті відрізняється в 1,3 разу, а первинного виходу на інвалідність в 1,6 разу. Наголошено, що факторна детермінація основних причин дитячої інвалідності зумовлює доцільність формування основних напрямків та програм зі зниження інвалідності дітей. Такий між хід передбачає між секторальну взаємодію на національному та місцевому рівнях.

Література

1. Вахрушева Л. Н. Особенности социальной работы с детьми-инвалидами в МУ «Комплексный центр социальной помощи семье и детям» Октябрьского района г. Пензы. Причины детской инвалидности / Л. Н. Вахрушева // Информационный бюллетень г. Пензы. — 2008. — № 18. Т. 68–79
2. Дудіна О. О. Досягнення, проблеми та шляхи вирішення питань в охорони здоров'я матерів і дітей / О. О. Дудіна, А. В. Терещенко // Результати діяльності галузі охорони здоров'я: 2012 рік. — Київ, 2013. — С. 37–51.
3. Деннер В. А., Федюнина П. С., Давлетшина О. В., Набатчикова М. В. Научный обзор вопроса детской инвалидности как медико-социальной проблемы // Молодой ученый. — 2016. — №20. — С. 71-75.
4. Моїсеєнко Р. О. Діти з інвалідністю: сучасний погляд на вирішення проблеми / Р. О. Моїсеєнко, Н. Г. Гойда, О. О. Дудіна // Депресія: давай поговоримо: матеріали Міжнародної наук.-практ. конф. до Всесвітнього дня здоров'я 2017 р., м. Київ, 06–07 квітня 2017 р. — Київ, 2017. — С. 122–126.
5. Мостіпан О. Державна політика щодо інвалідів, її перспектива та пріоритети / О. Мостіпан // Соціальний захист. — 2002. — №11. — С. 15–18.
6. Рожавський Л. А. Медико-социальные проблемы детской инвалидности / Л. А. Рожавский // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2006. — № 6. Т. 23–25. С. 8-13

1. Vakhrusheva L.N. Osobennosti sotsialnoi raboty s detmi-invalidami v MU "Kompleksniy tsentr sotsialnoi pomoshchi seme i detyam" Otktyabrskogo raiona g.Penzy. Prichiny detskoj invalidnosti/L.N.Vakhrusheva// Informatsionniy buleten g.Penzy. - 2008. — № 18. Т. 68–79
2. Dudina O. O. Dosyahnennya, problem ta shlyakhy vyrishennya pytan v okhorony zdorovya materiv i ditey / O. O. Dudina, A.V. Tereshchenko// Rezultaty diyalnosti haluzi okhorony zdorovya: 2012 — Kyiv, 2013. — P. 37–51.
3. Denner V. A., Fedyunina P.S., Davletshina O. V., Nabatchikova M. V. Nauchniy obzor voprosa detskoj invalidnosti kak mediko-sotsialnoy problemy // Molodoy ucheniy. — 2016. — №20. — P. 71-75.
4. Moiseyenko R. O. Dity z invalidnistyu: suchasniy pohlyad na vyrishennya problemy / R. O.Moiseyenko, N. G. Hoida, O. O. Dudina // Depresiya: davay pohovorymo: materialy Mizhnarodnoyi nauk.-prakt. konf. do Vsesvitnyoho dnya zdorovya 2017, Kyiv, 06–07 kvitnya 2017. — Kyiv, 2017. — P. 122–126.
5. Mostipan O. Derzhavna polityka shchodo invalidiv, yiyi perspektiva ta priorytety/ O. Mostipan // Sotsialniy zakhyst. — 2002. — №11. — P. 15–18.
6. Rozhavskiy L. A. Mediko-sotsialniye problemy detskoj invalidnosti / L. A. Rozhavskiy // Problemy sotsialnoy higieny, zdravookhraneniya i istorii mediciny. — 2006. — № 6. Т. 23–25. P. 8-13



UDC 314.4:616-053.2:303.724(477)

MODERN STATUS AND AGE-SPECIFIC TENDENCIES OF MORTALITY OF UKRAINE'S CHILDREN FROM EXTERNAL CAUSES

СУЧАСНИЙ СТАН ТА ВІКОВІ ТЕНДЕНЦІЇ СМЕРТНОСТІ ДІТЕЙ УКРАЇНИ ВІД ЗОВНІШНІХ ПРИЧИН

Slabkiy G.O.

Head of the Department of Public Health of Uzhgorod National University, doctor of medical sciences, professor
g.slabkiy@ukr.net

Dudnyk S.V.

Academic Secretary of the State Establishment "Ukrainian institute of strategic researches of Ministry of Public Health of Ukraine", PhD in medical sciences
sv.dudnik@ukr.net

Tyapkin G.M.

Competitor of the State Establishment "Ukrainian institute of strategic researches of Ministry of Public Health of Ukraine",
greg_tyapkin@ukr.net

Слабкий Г.О.

Завідувач кафедри, громадського здоров'я Ужгородський національний університет, доктор медичних наук, професор
g.slabkiy@ukr.net

Дудник С.В.

вчений секретар ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», кандидат медичних наук
sv.dudnik@ukr.net

Тяпкін Г.М.

пошукувач ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»,
greg_tyapkin@ukr.net

Summary. External causes of death are one of the leading causes of child mortality in Ukraine. In the course of the study, the dynamics of the age-specific mortality rates of Ukraine's children from external causes were studied, analyzed and determined, the structure and tendencies of children's mortality from external causes depending on the age for the period 2012-2016 were studied. An increase in the share of external causes in the overall structure of mortality and rates of child mortality from external causes in certain age groups was recorded. The leading causes of death in the structure of external causes of mortality depending on the age of the children were studied. The need has been established to develop and implement an effective intersectoral program at the state level for the prophylaxis and prevention deaths of children from external causes and reducing the burden of children's traumatism in Ukraine.

Key words: child mortality, external causes of mortality, age-specific indices of mortality, part of death cases from external causes of mortality, tendencies of mortality.

Резюме. Зовнішні причини смерті є однією із провідних причин смертності дітей України. В ході дослідження було вивчено, проаналізовано та визначено динаміку повікових рівнів смертності дітей України від зовнішніх причин, досліджено структуру та тенденції смертності дітей від зовнішніх причин в залежності від віку за період 2012-2016 рр. Спостерігається зростання частки зовнішніх причин смерті в загальній структурі смертності та рівнів дитячої смертності від зовнішніх причин у певних вікових групах, вивчено провідні причини смерті в структурі зовнішніх причин смертності в залежності від віку дітей. Встановлено необхідність у розробці та впровадженні ефективної міжсекторальної програми на державному рівні щодо профілактики і попередження випадків смерті дітей від зовнішніх причин смерті та зниженні тягаря дитячого травматизму в Україні.

Ключові слова: дитяча смертність, зовнішні причини смертності, повікові показники смертності, частка випадків смерті від зовнішніх причин смертності, тенденції смертності.

Вступ. Однією з головних проблем громадської охорони здоров'я, що представляють загрозу для дітей і виступають однією з провідних причин смертності та інвалідності дітей як у всьому світі так і в Європейському регіоні ВООЗ, є зовнішні причини смерті. Особливо уразливі діти відносно травматизму. Так, близько 90% травм дітей у світі є результатом ненавмисних, або випадкових, інцидентів. Щорічно від таких травм помирає близько 830 000 дітей, або близько 2300 щодня, де більше 1000 з цих дітей могли б бути врятовані при прийнятті перевірених заходів щодо попередження травматизму. За даними ВООЗ, у Європейському регіоні травми є головною причиною смертності дітей у віці від 5 до 18 років, при цьому тягар дитячого травматизму розподіляється нерівномірно, найбільше він простежується в бідних соціальних категоріях (незалежно від рівня

доходів країни непропорційно великий тягар травматизму лягає на дітей з найменш забезпечених верств населення) і в країнах Європейського регіону з низьким і середнім рівнем доходів, а саме 5 із 6 випадків смерті від зовнішніх причин у Європейському Регіоні відбуваються в країнах з низьким і середнім рівнем доходів. Недостатньо уваги щодо профілактики випадків зовнішніх причин смерті приділяється і в Україні, де спостерігається достатньо високий рівень смертності дітей від зовнішніх причин серед країн Європейського Регіону. В зв'язку з такими масштабами проблеми смертності від зовнішніх причин, країни з низьким і середнім рівнем доходів у величезних обсягах витрачають ресурси не тільки систем охорони здоров'я, а й усього суспільства. Існуюча на даний час у Європейському Регіоні нерівність між країнами в рівнях смертності та інвалідності дітей від

зовнішніх причин абсолютно неприйнятна з етичної точки зору, якщо взяти до уваги переконливі докази того, що профілактика дає хороші результати. Згідно з наявними оцінками, зниження показників смертності в усіх країнах до найнижчих рівнів (за рахунок обміну успішними стратегіями між країнами) здатне попередити три з чотирьох випадків смерті від травм в Європейському Регіоні і щороку врятувати 24 тисячі людських життів. Організованими зусиллями суспільства можна було б різко зменшити безглузді втрати життя дітей [1-5, 9].

Основними механізмами смертності дітей від зовнішніх причин є дорожньо-транспортні аварії, утоплення, отруєння, ушкодження, падіння, самоушкодження, але незалежно від механізму залишаються однаковими головні причини смертності від зовнішніх причин та їх основні соціально-економічні та екологічні детермінанти. Як підкреслюється в Конвенції ООН про права дитини, діти потребують особливої турботи для того, щоб їм було забезпечено їх право на здоров'я і на безпечне довкілля, в якій немає місця травмам і насильству. Кожне суспільство несе відповідальність за те, щоб це основне право неухильно дотримувалось. [1-9]. З урахуванням вищенаведеного, стає очевидним, що дослідження щодо моніторингу та вивчення сучасного стану смертності дітей від зовнішніх причин в Україні особливо у віковому аспекті, дослідження її провідних причин в структурі зовнішніх причин смертності та тенденцій в залежності від віку є особливо актуальним і необхідним з метою розробки подальших заходів щодо протидії випадкам смерті від зовнішніх причин та їх профілактики.

Мета дослідження: вивчити, проаналізувати та визначити динаміку повікових рівнів смертності дітей від зовнішніх причин, дослідити структуру та тенденції смертності дітей від зовнішніх причин в залежності від віку в Україні за період 2012-2016 рр.

Матеріали та методи. Дослідження і розрахунки повікових показників дитячої смертності від зовнішніх причин та повікової структури дитячої смертності проведено на підставі статистичних даних Державного комітету статистики України за період 2012-2016 рр. Використано наступні методи: аналітичний, статистичний, порівняльний аналіз, системний підхід.

Результати та їх обговорення. У даному дослідженні для здійснення розрахунків необхідних для вивчення стану та тенденцій дитячої смертності від зовнішніх причин в залежності від віку дитини, використано дані щодо смертності дітей у віці від 0 до 17 років життя включно, це пов'язано із прийнятим визначенням поняття «дитина», що наведено у статті 1. Конвенції ООН про права дитини, як «будь-якої людської істоти до досягнення 18-річного віку» [1].

Протягом 2012-2016 рр. внески зовнішніх причин смерті в загальній повіковій структурі смертності дітей залежать від віку дитини. У дітей у віці до 1- року життя за період дослідження частка зовнішніх причин в загальній структурі смертності дітей у віці до 1-року мала хвилеподібний характер, і зросла в 2016 р. відносно 2012 р. на 1,8%. Питома вага зовнішніх причин смерті в структурі загальної смертності дітей вікової групи 1-4 роки знизилась в 2016 р. відносно вихідного 2012 р. спостереження на 7,9% і склала 31,3%, але слід зазначити, що у дітей у віці 3 роки частка зовнішніх причин смертності в загальній структурі смертності у цьому віці зросла на 3,6%. Слід зауважити, що у дітей з 2-х до 4-х років життя, внесок зовнішніх причин смерті в загальну повікову структуру смертності складає більше ніж 30%. У наступній віковій групі дітей 5-9 років життя протягом останніх п'яти років частка зовнішніх причин смертності в загальній повіковій структурі смертності мала тенденцію до зниження на 17,1%, аналогічні тенденції до зниження були притаманні майже для кожного віку дитини з цієї групи, крім дітей 9-річного віку, у яких в структурі загальної смертності дітей 9-річного віку частка зовнішніх причин смерті зросла

на 55,3%. Питома вага зовнішніх причин смерті в структурі повікової загальної смертності у віковій групі 10-14 років знизилась на 10,3% відносно 2012 року, і в 2016 році склала 45,4%. Слід зазначити, що у дітей цієї вікової групи, практично у всіх віках частка смерті від зовнішніх причин в загальній повіковій структурі вже перевищує 40 %, а саме у 10-річних дітей частка зовнішніх причин складає 44,1%, 12-річних – 41,5%, 13-річних – 45,6%, 14-річних дітей – вже 54,0% , і лише у 11-річних дітей частка зовнішніх причин смерті в загальній структурі смертності дітей даного віку складає 38,8%. У віці 15-ти, 16-ти та 17- ти років спостерігаються тенденції до зростання частки зовнішніх причин смерті в загальній повіковій структурі смертності відповідно у кожному з вказаних віків, а саме в 2016 р. відносно 2012 р. на 1,3% зросла питома вага зовнішніх причин у дітей 15-ти річного віку і склала 63,0%, на 12,7% зросла частка смертей від зовнішніх причин в структурі загальної смертності у 16-ти річному віці і склала 64,6% та на 6,3% у 17-ти річному віці і склала 70,7% (таблиця 1).

Таблиця 1. Частка випадків смерті від зовнішніх причин смертності у загальних повікових структурах дитячої смертності за період 2012-2016 рр. (%)

Вік дитини або вікова група	2012 рік	2013 рік	2014 рік ¹	2015 рік ¹	2016 рік ¹
до 1-го року	5,5	5,4	6,1	5,8	5,6
1	27,7	22,4	25,0	28,2	27,1
2	40,2	34,2	32,5	32,2	34,2
3	36,0	33,1	35,8	36,9	37,3
4	36,2	33,3	34,1	40,0	31,4
1-4	34,0	29,0	30,3	32,5	31,3
5	33,6	45,1	39,1	28,1	26,4
6	39,1	46,9	36,8	31,5	30,1
7	46,4	39,2	45,5	32,1	29,3
8	43,0	47,7	46,3	31,0	31,0
9	31,1	42,3	38,4	40,5	48,3
5-9	38,7	44,0	41,2	32,5	32,1
10	48,2	41,7	40,5	32,5	44,1
11	50,6	46,3	43,5	45,0	38,8
12	42,1	44,7	43,2	47,5	41,5
13	48,4	52,9	44,2	57,7	45,6
14	59,0	60,8	55,1	52,1	54,0
10-14	50,6	50,5	46,4	47,8	45,4
15	62,2	65,9	55,9	67,2	63,0
16	57,3	64,9	70,7	73,4	64,6
17	66,5	69,6	69,5	74,4	70,7

¹Без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим і м. Севастополя та частини зони проведення антитерористичної операції.

При дослідженні структури смертності дітей від зовнішніх причин смертності (клас XX у відповідності до МКХ-10) в залежності від віку, визначається її вікова диференціація: кожен вік або вікова група має



свою структуру смертності від зовнішніх причин смерті, притаманну саме певному віку з характерним розподілом рейтингових місць. Так, у 2016 році, у структурі смертності дітей у віці до 1 року життя від зовнішніх причин смертності розподіл рейтингових місць залишився таким же, як і в попередні роки: найвищу частку складають «всі інші зовнішні причини смерті» (72,0%), «випадки ушкодження з невизначеним наміром (крім алкоголю)» займають друге місце (11,0%), III місце належить «наслідкам нападу з метою убивства чи нанесення ушкодження» (6,1%), «випадкові утоплення або занурення у воду» (3,1%) посіли IV місце. У дітей вікової групи 1-4 роки життя структура смертності від зовнішніх причин вже відрізняється щодо розподілу рейтингових місць від структури смертності дітей до 1 року життя, а саме перше місце, як і у дітей до 1-року життя, належить «всім іншим зовнішнім причинам смерті» (22,0%), але друге місце вже займають «випадкові утоплення або занурення у воду» (19,0%), на III місці знаходяться «випадкові ушкодження з невизначеним наміром (крім алкоголю)» (14,6%), IV місце розділили «нещасні випадки, спричинені дією диму, вогню та полум'ям» (9,3%) та «падіння» (9,3%). Структура смертності дитячої вікової групи 5-9 років має наступний вигляд: I рейтингове місце посідають «випадкові утоплення або занурення у воду» (24,8%), II місце займають «випадки смерті пішоходів, потерпілих внаслідок транспортного нещасного випадку» (15,7%), III місце належить «всім іншим зовнішнім причинам смерті» (12,4%), і останнє IV місце посідають «випадки смерті пасажирів, потерпілих внаслідок транспортного нещасного випадку» (9,9%). У дітей вікової групи 10-14 років «випадки утоплення або занурення у воду» мають найбільшу питому вагу в структурі смертності дітей у віці 10-14 років від зовнішніх причин (25,8%), II місце поділяють між собою «навмисні самоушкодження» (14,6%) та випадки смерті «пішохід, потерпілий внаслідок транспортного випадку», III місце посіли «всі інші зовнішні причини смерті» (12,9%), і останнє IV місце належить «випадкам ушкодження з невизначеним наміром (крім алкоголю)» (9,6%). Починаючи з 15-ти річного віку і до 17 років включно в структурах смертності від зовнішніх причин I місце займають «навмисні самоушкодження» (28,3% у 15-ти річному віці, 24,7% у 16-ти річному віці, 26,5% у 17-ти річному віці), всі інші рейтингові місця в структурах смертності у вищезазначених віках мають відмінності, а саме у 15-ти річному віці II місце в структурі смертності від зовнішніх причин належить «випадковим утопленням або зануренням у воду» (14,1%), III місце – «випадкам ушкодження з невизначеними намірами (крім алкоголю)», IV місце займають випадки смерті за причиною «пасажир, потерпілий внаслідок транспортного нещасного випадку» (12,0%). У структурі смертності від зовнішніх причин у 16-ти річному віці II місце належить «випадкам ушкодження з невизначеним наміром (крім алкоголю)» (15,1%), на III місці знаходяться випадки смерті «пасажир, потерпілий внаслідок транспортного нещасного випадку» (14,0%), і IV місце належить випадкам смерті «пішохід, потерпілий внаслідок транспортного випадку» (12,9%). У 17-ти річному віці II місце в структурі смертності від зовнішніх причин посіли «випадки ушкодження з невизначеним наміром (крім алкоголю)» (16,3%), на третьому рейтинговому місці знаходяться випадки смерті «пішохід, потерпілий внаслідок транспортного випадку» (13,6%), і «випадкове утоплення або занурення у воду» (12,2%) займають IV місце.

За результатами розрахунків та дослідження повікових показників смертності дітей України від зовнішніх причин смерті було встановлено тенденції зниження рівнів повікової смертності дітей в 2016 р. відносно вихідного року спостереження (2012 р.) майже у всіх вікових групах дітей, за виключенням дітей у віці 15-ти і 17-ти років, де спостерігається зростання показників смертності від зовнішніх

причин на 2,34% та 14,1% відповідно. В цілому, слід зазначити, що зниження рівнів повікової смертності носить не поступовий, а хвилеподібний характер, і не зважаючи на тенденції щодо їх зниження, показники повікової смертності дітей в Україні від зовнішніх причин залишаються достатньо високими (таблиця 2).

Таблиця 2. Повікові показники смертності дітей України від зовнішніх причин смерті за період 2012-2016 рр. (на 100 тис. відповідного населення)

Вік дитини або вікова група	2012 рік	2013 рік	2014 рік ¹	2015 рік ¹	2016 рік ¹
до 1-го року	47,03	43,03	47,05	43,79	40,80
1	18,35	13,19	16,26	16,69	16,75
2	17,58	13,31	13,35	11,26	10,92
3	12,63	7,99	10,25	9,39	9,17
4	10,28	6,91	9,51	8,11	7,72
1-4	14,73	10,34	12,36	11,35	11,10
5	8,45	9,46	8,98	5,71	4,91
6	9,36	8,24	6,96	5,84	4,65
7	16,67	8,67	10,31	5,87	4,59
8	11,14	7,35	9,15	5,04	5,65
9	6,85	7,26	7,0	7,71	6,42
5-9	9,30	8,24	8,49	6,01	5,22
10	10,86	8,88	7,66	6,50	7,23
11	11,18	8,21	7,22	9,20	7,76
12	9,65	10,12	10,59	10,16	6,9
13	11,57	14,35	11,76	15,61	9,63
14	19,59	19,12	19,20	17,09	15,06
10-14	12,70	12,19	11,21	11,54	9,18
15	25,20	25,82	21,12	24,14	25,79
16	31,02	32,40	39,32	33,53	25,52
17	34,08	37,30	39,74	40,79	38,80

¹Без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим і м. Севастополя та частини зони проведення антитерористичної операції.

З урахуванням вищезазначених результатів дослідження, можна зазначити, що деяким країнам Європейського регіону вдається вдало протистояти зовнішнім причинам смертності дітей. У цих країнах Європейського регіону з найнижчою поширеністю дитячого травматизму і найвищими показниками безпеки в світі прийнята і узгоджена комплексна довготривала системна політика, спрямована на вирішення проблеми шляхом цілісного підходу, також там існують прогресивна соціальна політика і програми соціального забезпечення населення, що передбачають надання соціальної і матеріальної допомоги знедоленим групам. Найважливішими передумовами для цього є позитивно і рішуче налаштоване керівництво і повсюдно прикладені зусилля щодо забезпечення більш безпечного фізичного і соціального середовища. Дані вказують на те, що попередити або зменшити заподіяну травмами шкоду можна за допомогою цілого ряду підхо-

дів: законодавства, регулювання та правозастосування, поліпшення конструкції виробів, поліпшення навколишнього середовища, освіти та вироблення навичок, невідкладної медичної допомоги, ці підходи найбільш дієві, коли їх використовують в комбінації. До того ж доказано, що профілактика смертності від зовнішніх причин та травматизму характеризується надзвичайно сприятливим співвідношенням витрат і результатів: витрати на профілактичні втручання часто бувають набагато нижче, ніж витрати, зумовлені наслідками травми [5-9].

Висновки. В ході дослідження визначено сучасний стан та тенденції дитячої смертності від зовнішніх причин в залежності від віку дитини, встановлено, що протягом останніх п'яти років в Україні зберігається достатньо високий рівень смертності дітей від зовнішніх причин смерті, що робить зовнішні причини однією із провідних причин смертності дитячого населення країни. На підставі вищевикладеного можна зазначити, що в країні не приділяється адекватної уваги до проблеми дитячої смертності від зовнішніх причин, не застосовуються достатні ресурси щодо профілактики ненавмисних

травм серед дітей та молоді, і це в той час, коли зовнішні причини смерті у більшості дитячих вікових групах є провідною причиною смерті, що вимагає від держави розробки та впровадження ефективної програми щодо охорони дитинства із включенням до неї повного комплексу заходів із профілактики зовнішніх причин смерті і з урахуванням того, що причини всіх видів травм пов'язані з фізичним і соціальним середовищем, в якому живуть діти, тому профілактичні заходи повинні передбачати дії на міжсекторальному рівні з участю держави, громадянського суспільства, науково-дослідних установ і приватного сектора.

Перспективи подальших досліджень полягає у вивченні успішних стратегій щодо протидії та профілактики випадків смерті від зовнішніх причин у Європейському регіоні для перейняття кращого досвіду, і в розробці та реалізації ефективної міжсекторальної програми щодо профілактики і попередження випадків смерті дітей від зовнішніх причин смерті та зниженні тягаря дитячого травматизму в Україні, що має стати пріоритетним питанням державного рівня.

Список використаної літератури:

1. Конвенція о правах ребенка. Нью-Йорк, Организация Объединенных Наций, 1989 г. (A/RES/44/25) (<http://www.un.org/russian/document/convents/childcon.htm>, по состоянию на 19 ноября 2008 г.).
2. Декларация молодежи по безопасности дорожного движения [веб-сайт]. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2008 г. (<http://www.who.int/roadsafety/week/activities/global/youth/declaration/en/index.html>, по состоянию на 19 ноября 2008 г.).
3. Why children die: a pilot study 2006. Children and young people's report. London, National Children's Bureau, 2008 (<http://www.cemach.org.uk/getattachment/c77d8563-8795-442e-a998-f4aaef0cfe68/Why-Children-Die-->, accessed 19 November 2008).
4. Резолюция Всемирной ассамблеи здравоохранения ВА357.10 «Дорожная безопасность и здоровье». Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2004 г. (http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R1-ru-res.pdf, по состоянию на 28 октября 2008 г.).
5. Резолюция Европейского регионального комитета ВОЗ EUR/RC55/R9 «Предупреждение травматизма в Европейском регионе ВОЗ». Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005 г. (http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2005/20050922_1?language=Russian, по состоянию на 28 октября 2008 г.).
6. Таллиннская хартия: Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2008 г. (http://www.euro.who.int/document/hsm/6_hsc08_rdoc06.pdf по состоянию на 16 декабря 2008 г.).
7. Резолюция Европейского регионального комитета ВОЗ EUR/RC58/R9 «Стратегическое управление/руководство системами здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ». Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2008 г. (<http://www.euro.who.int/Document/E91935r.pdf> по состоянию на 13 ноября 2008 г.).
8. Европейская стратегия «Здоровье и развитие детей и подростков». Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005 г. (<http://www.euro.who.int/childhealthenv/Policy/200207242?language=Russian>, по состоянию на 28 октября 2008 г.).
9. О профилактике детского травматизма в Европе. Доклад ВОЗ, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98744/E92049R.pdf.

Spysok vykorystanoyi literatury:

1. Konvenciya o pravah rebenka. N'yu-York, Organizaciya Ob'edinennyh Nacij, 1989 g. (A/RES/44/25) (<http://www.un.org/russian/document/convents/childcon.htm>, po sostoyaniyu na 19 noyabrya 2008 g.).
2. Deklaraciya molodezhi po bezopasnosti dorozhnogo dvizheniya [veb-sajt]. Zheneva, Vsemirnaya organizaciya zdavoohraneniya, 2008 g. (<http://www.who.int/roadsafety/week/activities/global/youth/declaration/en/index.html>, po sostoyaniyu na 19 noyabrya 2008 g.).
3. Why children die: a pilot study 2006. Children and young people's report. London, National Children's Bureau, 2008 (<http://www.cemach.org.uk/getattachment/c77d8563-8795-442e-a998-f4aaef0cfe68/Why-Children-Die-->, accessed 19 November 2008).
4. Rezolyuciya Vsemirnoj assamblei zdavoohraneniya VAZ57.10 «Dorozhnaya bezopasnost' i zdorov'e». Zheneva, Vsemirnaya organizaciya zdavoohraneniya, 2004 g. (http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R1-ru-res.pdf, po sostoyaniyu na 28 oktyabrya 2008 g.).
5. Rezolyuciya Evropejskogo regional'nogo komiteta VOZ EUR/RC55/R9 «Preduprezhdenie travmatizma v Evropejskom regione VOZ». Kopenhagen, Evropejskoe regional'noe byuro VOZ, 2005 g. (http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2005/20050922_1?language=Russian, po sostoyaniyu na 28 oktyabrya 2008 g.).
6. Tallinskaya hartiya: Sistemy zdavoohraneniya dlya zdorov'ya i blagosostoyaniya Kopenhagen, Evropejskoe regional'noe byuro VOZ, 2008 g. (http://www.euro.who.int/document/hsm/6_hsc08_rdoc06.pdf po sostoyaniyu na 16 dekabrya 2008 g.).
7. Rezolyuciya Evropejskogo regional'nogo komiteta VOZ EUR/RC58/R9 «Strategicheskoe upravlenie/rukovodstvo sistemami zdavoohraneniya v Evropejskom regione VOZ». Kopenhagen, Evropejskoe regional'noe byuro VOZ, 2008 g. (<http://www.euro.who.int/Document/E91935r.pdf> po sostoyaniyu na 13 noyabrya 2008 g.).
8. Evropejskaya strategiya «Zdorov'e i razvitie detej i podrostkov». Kopenhagen, Evropejskoe regional'noe byuro VOZ, 2005 g. (<http://www.euro.who.int/childhealthenv/Policy/200207242?language=Russian>, po sostoyaniyu na 28 oktyabrya 2008 g.).
9. O profylaktyke det'skoho travmatyzma v Evrope. Doklad VOZ, Evropejskoe rehyonal'noe byuro VOZ, 2009 http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98744/E92049R.pdf.



UDC: 616.36-003.826:616-091.816:616-035

ASSESSMENT OF COMORBIDITY AND PROGNOSIS IN PATIENTS WITH NON-ALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE ON THE BACKGROUND OF DIABETES MELLITUS, TAKING INTO ACCOUNT THE FUNCTION OF THE THYROID GLAND

ОЦІНКА КОМОРБІДНОСТІ ТА ПРОГНОЗУ У ПАЦІЄНТІВ З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ НА ФОНІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ ІЗ ВРАХУВАННЯМ ФУНКЦІЇ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

Feysa S.V.

Ass. prof. of the Therapy and Family Medicine Department of Uzhhorod National University, PhD, candidate of medical sciences

Chopej I.V.

Dean of the Faculty of Postgraduated Education and Pre-University Preparation of Uzhhorod National University, doctor of medical sciences, professor

Фейса С.В.

Доцент кафедри терапії та сімейної медицини Ужгородського національного університету, кандидат медичних наук, доцент snizhana.feysa@uzhnu.edu.ua

Чопей І.В.

Декан факультету післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки Ужгородського національного університету, доктор медичних наук, професор ivan.chopej@uzhnu.edu.ua

Summary. The combined pathology creates a new clinical situation, which requires taking into account its peculiarities in the appointment of a number of examinations and treatment. A therapy that is effective in one disease may lead to a significant worsening of concomitant disease or, conversely, to be good for both diseases. Comorbidity is a practically important and little studied area of medicine. 65.2% of patients with signs of non-alcoholic fatty liver disease with a second type of diabetes suffer more than 2 diseases or conditions. During the evaluating comorbidity and calculating the prognosis of comorbid patients, it is necessary to take into account the condition of the thyroid gland, since the presence of hypothyroidism worsens the clinical situation.

Key words: comorbidity, CIRS index, Kaplan-Feinstein index, Charlson Index, non-alcoholic fatty liver disease, type 2 diabetes mellitus, hypothyroidism.

Резюме. Поєднана патологія створює нову клінічну ситуацію, що вимагає урахування її особливостей при призначенні ряду обстежень та лікування. Терапія, що ефективна при одному захворюванні, може привести до істотного погіршення супутньої патології або, навпаки, добре допомагає при обох захворюваннях. Коморбідність представляє практично важливу і мало вивчену область медицини. 65,2% пацієнтів, що мають ознаки неалкогольної жирової хвороби печінки на фоні цукрового діабету другого типу, страждають більше ніж 2 захворюваннями або станами. При оцінці коморбідності та розрахунку прогнозу коморбідних хворих необхідно враховувати стан щитоподібної залози, оскільки наявність гіпотиреозу погіршує клінічну ситуацію.

Ключові слова: коморбідність, індекс CIRS, індекс Kaplan-Feinstein, Charlson Index, неалкогольна жирова хвороба печінки, цукровий діабет, гіпотиреоз.

Вступ. Коморбідність та високий кардіоваскулярний ризик (КВР) справедливо вважаються не тільки основними прогностичними факторами для хронічних хворих, а й найголовнішими проблемами сучасної медицини [4]. Сьогодні стрімко диктує свої вимоги, і нині фахівці визнають, що сучасний пацієнт усе частіше становить собою екстраординарний клінічний феномен з погляду наявності коморбідності різноманітних за характером і перебігом патологій, які конкурують за своєю діагностичною і прогностичною значущістю [2, 5], потребують призначення багатьох (часто й несумісних) препаратів, призводячи до поліпрагмазії та, із-за можливості виникнення взаємодій між ліками, часто змінюють відповідь на терапію, знижуючи результати лікування [4].

Явище коморбідності є доволі частим у пацієнтів з цукровим діабетом другого типу (ЦД-2), оскільки ця хронічна недуга нерідко супроводжується хронічними ускладненнями (нейро- нефро-, ангиопатії), ожирінням, неалкогольною жировою хворобою печінки (НАЖХП) та іншими порушеннями, що значно погіршує перебіг ЦД-2 та негативно впливає на прогноз [6]. Так, при поєднанні ЦД-2 з артеріальною

гіпертензією (АГ) в декілька разів підвищується ризик розвитку ішемічної хвороби серця (ІХС), інсульту та в десятки разів – повної втрати зору, уремії, гангрені нижніх кінцівок та ін. [3]

Для стандартизації наукових досліджень поєднаних захворювань запропоновано використання індексів коморбідності. В літературних даних знайдено 12 методів оцінки коморбідності [2, 3, 5, 6], кожен з яких має свої переваги та недоліки. Найпопулярнішими із них є система CIRS (Cumulative Illness Rating Scale), індекс Kaplan-Feinstein та індекс Чарлсона (Charlson Index).

Мета дослідження: оцінити інформативність індексів коморбідності у визначенні важкості стану здоров'я та прогнозу у хворих на НАЖХП на фоні ЦД-2, а також дослідити можливий вплив функціонального стану щитоподібної залози на кардіоваскулярний ризик коморбідних пацієнтів.

Матеріали та методи. На кафедрі терапії та сімейної медицини факультету післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки Ужгородського національного університету обстежено 114 пацієнтів з НАЖХП на фоні ЦД-2, з яких у 47 діагностовано супутній гіпотиреоз

(32 – субклінічний, 15 – клінічно виражений). Діагноз НАЖХП встановлювався згідно [1] та «Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Неалкогольний стеатогепатит» (Наказ МОЗ України від 06.11.2014 року №826). Діагноз ЦД-2 – згідно «Уніфікованого клінічного протоколу первинної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Цукровий діабет 2 типу»» (Наказ МОЗ України від 21.12.2012 №1118). Лабораторні показники визначалися за допомогою уніфікованих методик, затверджених МОЗ України.

Кожному з обстежених пацієнтів розраховувалися 3 індекси коморбідності: CIRS, Kaplan–Feinstein та Charlson Index. Індекс CIRS визначався за [8] з використанням калькулятора <http://tools.farmacologiaclinica.info/index.php>. Індекс Kaplan–Feinstein обчислювався за методикою [7]. Для розрахунку Charlson Index використаний он-лайн калькулятор, доступний за посиланням: <https://www.mdcalc.com/charlson-comorbidity-index-cci>. KBP хворих оцінювали за допомогою он-лайн калькулятора Risk calculator (ACC/AHA ASCVD Risk calculator), доступного он-лайн за посиланням: <http://www.cvriskcalculator.com/>. Статистична обробка результатів виконувалася за допомогою пакету програм «Statistica 10.0» з попереднім створенням бази даних в електронних таблицях Excel.

Результати та їх обговорення. Вік пацієнтів, включених у дослідження, коливався від 35 до 73 (57,8±4,1) років. Із зростанням віку збільшувалася кількість коморбідних захворювань та погіршувався загальний стан.

Роблячи сумарну оцінку кожної із систем організму за CIRS, нами використано таку інтерпретацію нарахування балів: «0» - відсутнє захворювання, «1» - легке відхилення від норми або захворювання в анамнезі; «2» - захворювання, що потребує призначення медикаментів, «3» - хвороба, що стала причиною інвалідності, «4» - важка органна недостатність, що потребує невідкладної терапії. CIRS оцінює коморбідність за сумою балів від 0 до 56.

У наших хворих середнє значення коморбідності за CIRS становило 15,6±3,4 бали. Оцінити прогноз за CIRS неможливо із-за відсутності інтерпретації отриманих результатів і їх зв'язку з прогностичними характеристиками.

Індекс Kaplan–Feinstein, який нами теж використовувався, був створений для оцінки впливу супутніх хвороб саме у пацієнтів з ЦД-2. Для його розрахунку всі захворювання та їх ускладнення, що є у хворого, залежно від вираженості органних уражень класифікуються на легкі, середні та важкі, а висновок про сумарну коморбідність робиться на основі найбільш декомпенсованої системи органів. Інтерпретація балів: «0» - відсутність хвороби, «1» - легкий перебіг, «2» - захворювання середньої важкості, «3» - важка хвороба. Значення індексу – від 0 до 36 балів. При розрахунку індексу Kaplan–Feinstein у наших пацієнтів його середнє значення становило 10,6±2,12 бали, що вказувало на легкий перебіг захворювання. Перевагою цього методу перед CIRS є можливість врахування АГ, що часто супроводжує ЦД-2, особливо в складі метаболічного синдрому, та злоякісних новоутворень. Проте, використовуючи цю систему, ми прийшли до висновку, що вона має суттєві недоліки. Так, індекс Kaplan–Feinstein, як і CIRS, не дає можливості оцінити прогноз у хворого. Крім того, багато захворювань у шкалі відсутні, їх можна відмічати лише як «різне».

Для оцінки віддаленого прогнозу у наших хворих використано Charlson Index. При його розрахунку сумуються бали за кожне враховане методикою захворювання та додається 1 бал на кожні 10 років життя при перевищенні пацієнтом 50-річного віку. За допомогою он-лайн калькулятора нами вираховано Charlson Index для кожного хворого. Середнє значення цього показника наших хворих

становило 3,86±1,02.

Враховуючи, що у наших пацієнтів діагностовано ЦД-2, всі вони відносяться до групи дуже високого кардіоваскулярного ризику (КВР) згідно Європейських рекомендацій з профілактики серцево-судинних захворювань (2012 р.). Для математичної оцінки та порівняння КВР у різних хворих ми використали Risk calculator (в онлайн-режимі), що базується на ACC/AHA Guideline on the Assessment of Cardiovascular Risk (2013 р.). Згідно з ним, середнє значення КВР наших пацієнтів становить 25,05±3,56%, тобто ризик виникнення протягом наступних 10 років серцево-судинних подій складає 25,05±3,56%.

Оскільки серед наших пацієнтів було 32 особи, у яких серед інших коморбідних станів діагностовано субклінічний гіпотиреоз, та 15 осіб із супутнім клінічно вираженим гіпотиреозом, то для оцінки можливого впливу гіпофункції щитоподібної залози на величину КВР ми вираховували середні значення КВР всередині кожної з цих груп. Нами виявлено, що пацієнти із супутнім субклінічним гіпотиреозом мають ризик вірогідності виникнення ІХС чи інсульту протягом наступних 10 років 32,03±3,86%, що достовірно вище, ніж середнє значення всіх хворих. КВР пацієнтів з клінічно вираженим гіпотиреозом склав 30,06±3,12%. З отриманих даних стає зрозумілим, що наявність гіпотиреозу достовірно збільшує числове значення КВР, тобто ймовірність виникнення серцево-судинних подій протягом наступних 10 років достовірно зростає за наявності гіпофункції щитоподібної залози у пацієнтів з НАЖХП та ЦД-2. Проте, у жодну із 12 шкал, які використовуються для оцінки коморбідності хворих, гіпотиреоз не включений.

Кожен із використаних нами індексів коморбідності має свої переваги та недоліки, жоден із них не є ідеальним для застосування у пацієнтів з ЦД-2 та НАЖХП, оскільки вони не враховують всю гамму коморбідних захворювань та не оцінюють їх важкість. Як приклад отримання суперечливих даних наводимо розрахунок індексів коморбідності у хворого В., 46 років. Його індекс CIRS дорівнював 17 і вказував на коморбідність середньої важкості. Розрахунок індексу Kaplan–Feinstein цього ж хворого дав 14 балів, вказавши на «легкий» стан пацієнта. Наявність у В. супутнього гіпотиреозу, ожиріння II ступеню та дисліпідемії клінічно є суттєвими станами, що формують коморбідність хворого в умовах субкомпенсованого ЦД-2 середнього ступеня важкості та неалкогольного стеатогепатозу, проте при визначенні індексу Kaplan–Feinstein ці чинники в сумі дали лише 1 бал (як «різне»), завдяки чому загальний стан хворого оцінився як «легкий» із значенням індексу 14. В той же час, Charlson Index у нього склав 5 балів, що відповідає важкій коморбідності і свідчить про 21% 10-річного виживання таких пацієнтів. Проаналізувавши коморбідний статус хворого В., 46 років, за допомогою найбільш вивчених міжнародних шкал оцінки коморбідності, ми отримали принципово різні результати. Їх неоднозначність утруднює об'єктивну оцінку важкості стану хворого та ускладнює призначення раціональної фармакотерапії.

Висновки. Доведено, що описані методи оцінки коморбідності є недосконалими та у випадках НАЖХП на фоні ЦД-2 потребують перегляду. При наявності серед коморбідних захворювань гіпотиреозу, в тому числі субклінічного, необхідно розцінювати його як несприятливий прогностичний чинник, що підвищує КВР хворих.

Перспективи подальших досліджень. З отриманих результатів випливає необхідність розробки модифікованої шкали оцінки коморбідності з врахуванням функції щитоподібної залози.



Список використаної літератури:

1. Клінічні рекомендації EASL-EASD-EASO щодо діагностики та лікування неалкогольної жирової хвороби печінки / *Journal of Hepatology*. – 2016. – Vol. 64. – P.1388-1402.
2. Коломоєць М.Ю. Коморбідність і поліморбідність у терапевтичній практиці / М.Ю.Коломоєць, О.О.Вашеняк // *Укр.мед.часопис*. – 2012. - №5 (91). – с. 140-143. www.umj.com.ua
3. Коморбідна патологія у хворих на артеріальну гіпертензію в амбулаторно-поліклінічній практиці / О.П. Букач, М.В. Антонюк, Л.П. Сидорчук [та ін.] // *Буковинський медичний вісник*. – 2013. – Т. 17, № 4 (68). – С. 26-31.
4. Коморбідність і високий кардіокаскулярний ризик – ключові питання сучасної медицини / Г.Д. Фадєєнко, О.Є. Гріднєв, А.О. Несен [та ін.] // *Український терапевтичний журнал*. – 2013. - № 1. – С. 102-107.
5. Коморбідність при хронічних неінфекційних захворюваннях у пацієнтів стаціонару з високим кардіокаскулярним ризиком / А.О.Несен, В.А.Чернишов, М.М.Грунченко [та ін.] // *Український терапевтичний журнал*. – 2015. - №4. – с. 47-55.
6. Проведення рутинної оцінки кардіокаскулярного ризику та розрахунку індексу Charlson при цукровому діабеті і коморбідності / А.О.Несен, В.А.Чернишев, О.Б.Тверетінов [та ін.] // *Буковинський медичний вісник*. – 2013. – том 17, №3 (67), ч.2. – с.169-172.
7. Kaplan M. H., Feinstein A. R. Acritique of methods in reported studies of long-term vascular complications in patients with diabetes mellitus // *Diabetes*. 1973; 22 (3): 160–174
8. Linn B. S., Linn M. W., Gurel L. Cumulative illness rating scale // *J Amer Geriatr Soc*. 1968; 16: 622–626

Spysok vykorystanoi literatury:

1. Klinichni rekomendatsii EASL-EASD-EASO shchodo diahnostryki ta likuvannia nealkoholnoi zhyrovoy khvoroby pechinky / *Journal of Hepatology*. – 2016. – Vol. 64. – P.1388-1402.
2. Kolomoiets M.Iu. Komorbidnist i polimorbidnist u terapevtychnii praktysi / M.Iu.Kolomoiets, O.O.Vasheniak // *Ukr.med.chasopys*. – 2012. - №5 (91). – s. 140-143. www.umj.com.ua
3. Komorbidna patolohiia u khvorykh na arterialnu hipertenziiu v ambulatorno-poliklinichnii praktysi / O.P. Bukach, M.V. Antoniuk, L.P. Sydorчук [та ін.] // *Bukovynskiy medychnyi visnyk*. – 2013. – Т. 17, № 4 (68). – С. 26-31.
4. Komorbidnist i vysokiy kardiokaskuliarniy ryzyk – kliuchovi pytannia suchasnoi medytyny / H.D. Fadiienko, O.Ie. Hridnєv, A.O. Nesen [та ін.] // *Ukrainskyi terapevtychnyi zhurnal*. – 2013. - № 1. – S. 102-107.
5. Komorbidnist pry khronichnykh neinfektsiynnykh zakhvoriuvanniakh u patsientiv statsionaru z vysokym kardiokaskuliarnym ryzykom / A.O.Nesen, V.A.Chernyshov, M.M.Hrunchenko [та ін.] // *Ukrainskyi terapevtychnyi zhurnal*. – 2015. - №4. – с. 47-55.
6. Provedennia rutynnoi otsinky kardiokaskuliarnoho ryzyku ta rozrakhunku indeksu Charlson pry tsukrovomu diabeti i komorbidnosti / A.O.Nesen, V.A.Chernyshev, O.B.Tveretinov [та ін.] // *Bukovynskiy medychnyi visnyk*. – 2013. – том 17, №3 (67), ch.2. – s.169-172.
7. Kaplan M. H., Feinstein A. R. Acritique of methods in reported studies of long-term vascular complications in patients with diabetes mellitus // *Diabetes*. 1973; 22 (3): 160–174
8. Linn B. S., Linn M. W., Gurel L. Cumulative illness rating scale // *J Amer Geriatr Soc*. 1968; 16: 622–626

UDC 616.31+ 616.511-06:616.98:578.825.11

DETERMINANTS OF HUMORAL IMMUNITY IN THE DEVELOPMENT OF HERPES SIMPLEX VIRUS-ASSOCIATED ERYTHEMA MULTIFORME

ДЕТЕРМІНАНТИ ГУМОРАЛЬНОГО ІМУНІТЕТУ В РОЗВИТКУ ГЕРПЕСАСОЦІЙОВАНОЇ БАГАТОФОРМНОЇ ЕРИТЕМИ

Snaider S.A.

Doctor of Medicine, Professor, Head of Department of General Dentistry Odessa National Medical University

Шнайдер С.А.

доктор мед. наук, професор, завідувач кафедри загальної стоматології Одеський національний медичний університет

Denisova M.T.

assistant professor of the Department of General Dentistry Odessa National Medical University

Денисова М.Т.

асистент кафедри загальної стоматології Одеський національний медичний університет

The urgency of the study is due to the high frequency and significant severity of manifestations in the oral cavity of multiform erythema associated with herpes simplex, and the lack of clear criteria for early diagnosis of the relapse simple herpes transition to another nosological form - herpes-associated multiform exudative erythema. (HA MEE). Among a number of determinants of pathogenesis of HA MEE, the attention is attracted by the factors of humoral immunity - the profile of serum immunoglobulins.

The purpose of the study was to identify the characteristics of the profile of serum immunoglobulins IgA, IgG, IgM in patients with HA MEE and recurrent simple herpes and multiform exudative erythema of the oral cavity and lips of various degrees of severity, depending on the period of the course of the disease - relapse and remission.

Methods. 159 persons were examined: I group - 77 patients with HA MEE, II group - 56 patients with MEE and Group III - 26 patients with oral and liposuction Herpes simplex virus, aged 20 to 45 years. The control group consisted of 30 people who did not have relapses of herpes and manifestations of MEE. Determination of levels of serum immunoglobulins IgA, IgG, IgM was performed according to G.A.Mancini's method, the level of the CIC by the method of precipitation of large-blooded immune complexes circulating in the blood, high-molecular polyethylene glycol-6,000, followed by the direct spectrophotometry with a wavelength of $\lambda = 450$ nm.

Results and discussion. The level of IgA and IgM in patients with HA MEE was the lowest at a severe degree - 1.11 ± 0.07 g / l and 0.79 ± 0.11 g / l, respectively, no significant difference in IgM in patients with HA MEE in comparison With RHS and MEE with severe degree, the level of IgG was highest at a severe degree of HA MEE - 9.96 ± 0.22 g / l and significantly different with patients with RHS and MEE.

Conclusions. The analysis of indices of humoral immunity showed that in all experimental groups there is a significant ($p \leq 0,5$) deviation from the control values according to the selected criteria, the dynamics of the indicators is observed, depending on the severity and the period of the disease - relapse or remission. In the development of HA MEE diisimoglobulinemia develops due to a decrease in the concentration of IgA and an increase in the level of IgG in serum, as well as an increase in the level of CIC.

Key words: herpes-associated multiform erythema, immunoglobulins of serum IgA, IgM, IgG, circulating immune complexes.

Актуальність дослідження обумовлена високою частотою та значною тяжкістю проявів у порожнині рота та навколоротовій ділянці багатоформної еритеми, асоційованої з простим герпесом, та відсутністю чітких критеріїв ранньої діагностики переходу рецидивного простого герпесу в іншу нозологічну форму - герпесасоційовану багатоформну ексудативну еритему (ГА БЕЕ). Серед низки детермінант патогенезу ГА БЕЕ увагу привертають чинники гуморального імунітету – профіль сироваткових імуноглобулінів.

Мета дослідження – виявити особливості профілю сироваткових імуноглобулінів IgA, IgG, IgM у хворих з ГА БЕЕ та рецидивним простим герпесом і багатоформною ексудативною еритемою порожнини рота та губ різних ступенів тяжкості в залежності від періоду перебігу захворювання – рецидиву та ремісії.

Методи. Обстежено 159 осіб: I група – 77 хворих з ГА БЕЕ, II група – 56 хворих з БЕЕ та III група – 26 хворих з РПГ порожнини рота та губ, у віці від 20 до 45 років. Контрольну групу склали 30 осіб, які не мали рецидивів герпесу та проявів БЕЕ. Визначення рівнів сироваткових імуноглобулінів IgA, IgG, IgM проводили за методикою за G.A.Mancini, рівень ЦІК – методом преципітації великоглобулярних імунних комплексів, які циркулюють у крові, високомолекулярним поліетиленгліколем-6 000 з подальшим обліком результатів прямим спектрофотометруванням при довжині хвилі $\lambda = 450$ нм.

Результати та обговорення. Рівень IgA та IgM у хворих на ГА БЕЕ був найнижчим при тяжкому ступені - $1,11 \pm 0,07$ г/л та $0,79 \pm 0,11$ г/л відповідно, не виявлено достовірної різниці IgM у хворих на ГА БЕЕ в порівнянні з РПГ та БЕЕ при тяжкому ступені, рівень IgG був найвищим при тяжкому ступені ГА БЕЕ - $9,96 \pm 0,22$ г/л та достовірно різнився з хворими на РПГ та БЕЕ.

Висновки. Аналіз показників гуморального імунітету показав, що у всіх дослідних групах є достовірне ($p \leq 0,5$) відхилення від контрольних значень за обраними критеріями, прослідковується динаміка показників в залежності від ступеню тяжкості та періоду захворювання – рецидив чи ремісія. При розвитку ГА БЕЕ розвивається дизімуноглобулінемія внаслідок зниження концентрації IgA та підвищення рівня IgG в сироватці крові, а також підвищення рівня ЦІК.

Ключові слова: герпесасоційована багатоформна еритема, імуноглобуліни сироватки крові IgA, IgM, IgG, циркулюючі імунні комплекси.

Актуальність

В структурі стоматологічних захворювань запального характеру багатоформна ексудативна еритема (БЕЕ) посідає значуще місце та характеризується різноманітністю проявів, тяжкістю ураження не тільки слизової оболонки порожнини рота (СОПР), а й інших слизових та шкіри [1, 2].

Частота діагностики герпесасоційованої форми БЕЕ (ГА БЕЕ) серед хворих на БЕЕ варіює від 30 до 93% [3, 4]. Така достатньо висока частота ГА БЕЕ обумовлює проблему диференційної діагностики уражень СОПР в колі різноманіття неспецифічних екзантематозних висипів, частіше спричинених вірусною інфекцією (ентеровірусами, герпесвірусами, респіраторними вірусами (риновірус, аденовірус, вірус парагрипу тощо), які зі значною частотою симулюють прояви БЕЕ як в порожнині рота, так і в поєднанні з ураженнями губ та шкіри.

Для розуміння механізмів імунної реалізації взаємодії організму з вірусом простого герпесу та ключових детермінант формування ГА БЕЕ як самостійної нозологічної форми вважаємо за доцільне дослідити деякі аспекти гуморальної ланки імунітету хворих з ГА БЕЕ, що дозволить обґрунтувати пошук ефективних методів своєчасної діагностики та лікування хворих з ГА БЕЕ, а також методів запобігання розвитку ГА БЕЕ як тяжкого наслідку взаємодії організму з вірусом простого герпесу.

Отже, метою даного фрагменту нашого комплексного дослідження, присвяченого виявленню особливостей клінічного перебігу, патогенезу та лікування хворих з ГА БЕЕ, є визначення характерних детермінант гуморальної ланки імунітету у хворих з ГА БЕЕ.

Матеріал і методи

Всього було обстежено 159 пацієнтів, які розподілені на три клінічні групи та 30 осіб контрольної групи.

Група I (основна група) – 77 пацієнтів з герпесасоційованою багатоформною еритемою, з них переважно більшість склали чоловіки – 52 особи (67,5%), відповідно жінки – 25 осіб (32,5%). Вік досліджуваних пацієнтів коливався від 18 до 45 років.

Група II (перша група порівняння) – 56 пацієнтів з БЕЕ іншого генезу, 32 чоловіки (57,1%) та 24 жінки (42,9%), у віці від 21 до 37 років.

Група III (друга група порівняння) – 26 осіб з простим герпесом СОПР та губ, 17 чоловіків (65,4%) та 9 жінок (34,6%), у віці від 19 до 34 років.

Група К (контрольна група) - 30 практично здорових осіб, 17 чоловіків (56,7%) та 13 жінок (43,3%), аналогічного досліджуваним групам віку (від 22 до 34 років), які, за даними anamnesis vitae, не мали рецидивів герпесу та проявів БЕЕ.

Визначення рівнів сироваткових імуноглобулінів IgG, IgM, IgA проводили за загальноприйнятою методикою простої радіальної іму-



нодифузії в гелі за G.A.Mancini. Рівень ЦІК визначали за стандартним методом преципітації великоглобулярних імунних комплексів, які циркулюють у крові, високомолекулярним поліетиленгліколем-6 000 з подальшим обліком результатів прямим спектрофотометруванням при довжині хвилі $\lambda = 450$ нм. Отриманий показник оптичної густини множать на тисячу і виражають в умовних одиницях.

Результати дослідження оброблені методами варіаційної статистики з обрахуванням коефіцієнту Стюдента. Для виявлення кореляційних взаємозв'язків низки показників використовували лінійний коефіцієнт кореляції Пірсона. Розбіжності результатів вважали статистично достовірними за рівнем значення $p < 0,05$. Математична обробка проведена з використанням програми Microsoft Excel 2000 XP, STATISTICA 6.0.

Результати та їх обговорення

Для визначення найбільш характерних патологічних змін імунного статусу у хворих на ГА БЕЕ було проведено порівняльний аналіз показників сироваткових імуноглобулінів в залежності від ступеня тяжкості перебігу захворювання, порівнюючи отримані значення з аналогічними показниками груп порівняння II та III, а також контрольної групи (таблиця 1.). Наведені результати досліджень, що були здійснені під час рецидиву.

Таблиця 1
Показники гуморального імунітету у хворих на ГА БЕЕ в залежності від ступеня тяжкості

Група	Ступінь тяжкості	Показники*			
		IgA г/л	IgM г/л	IgG г/л	ЦІК од. опт. щільності
I ГА БЕЕ (n=77)	Легкий (n=21)	1,23±0,05	0,87±0,01	8,97±0,43	0,07±0,019
	Середній (n=46)	1,17±0,14	0,82±0,05	9,41±0,31	0,071±0,022
	Тяжкий (n=10)	1,11±0,07	0,79±0,11	9,96±0,22	0,074±0,009
II БЕЕ (n=56)	Легкий (n=11)	1,29±0,10	0,86±0,18	8,34±0,21	0,068±0,002
	Середній (n=34)	1,23±0,14	0,83±0,16	8,32±0,19	0,068±0,014
	Тяжкий (n=11)	1,24±0,13	0,83±0,18	8,41±0,11	0,071±0,017
III РПГ (n=26)	Легкий (n=16)	1,29±0,10	0,99±0,01	8,13±0,60	0,052±0,001
	Середній (n=7)	1,21±0,23	0,98±0,01	8,32±0,21	0,065±0,002
	Тяжкий (n=3)	1,22±0,14	0,92±0,03	8,42±0,67	0,069±0,003
K (n=30)		2,67±0,11	1,15±0,08	8,08±0,61	0,051±0,001

Примітка: $p \leq 0,05$ вірогідно в порівнянні з контрольною групою.

Аналіз показників гуморального імунітету показав, що у всіх дослідних групах є достовірне ($p \leq 0,5$) відхилення від контрольних значень за обраними критеріями. Міжгрупове порівняння виявило низку особливостей.

У всіх пацієнтів прослідковується динаміка показників в залежності від ступеню тяжкості. Рівень IgA у хворих на ГА БЕЕ був нижчим при тяжкому ступені (1,11±0,07 г/л) в той час, як для середнього та легкого ступенів значення концентрації IgA у сироватці крові був достовірно вищим – відповідно 1,17±0,14г/л та 1,23±0,05г/л при

контролі 2,67±0,11 г/л ($p < 0,05$). В групах порівняння цей показник коливався в залежності від ступеню тяжкості БЕЕ та РПГ, достовірно відрізнявся від контролю. Цікаво зазначити, що достовірної різниці в цих групах між собою не визначено ($p > 0,05$).

Рівень IgM у хворих на ГА БЕЕ достовірно нижче за контрольні значення – від 0,87±0,01 г/л при легкому ступені до 0,79±0,11 г/л при тяжкому, порівняно з контролем 1,15±0,08 г/л ($p < 0,05$). Однак достовірної різниці між показниками при ГА БЕЕ та БЕЕ не виявлено ($p > 0,05$). А значення концентрації IgM у сироватці хворих на РПГ (III група) максимально наближені до контрольних, хоча й різняться з ними ($p < 0,05$), адже дорівнюють від 0,99±0,01 г/л при легкому ступені до 0,92±0,03 г/л при тяжкому ступені.

Щодо рівня IgG в сироватці крові хворих усіх груп, вони були найвищими у хворих на ГА БЕЕ при тяжкому ступені перебігу захворювання – 9,12±0,22 г/л, достовірно знижувалися при середньому та легкому ступенях ГА БЕЕ – 8,93±0,31 та 8,67±0,43 г/л, але значно перевищували контроль – 8,08±0,61 г/л.

У хворих на БЕЕ (II група) та РПГ (III група) цей показник гуморального імунітету коливався в залежності від ступеню тяжкості, але міжгрупової достовірної різниці не виявлено.

Оцінка рівня ЦІК засвідчила підвищення показника у хворих на ГА БЕЕ (від 0,07±0,019 од. опт. щільності при легкому ступені до 0,074±0,009 од. опт. щільності при тяжкому ступені, порівняно з контролем 0,051±0,001 од. опт. щільності ($p < 0,05$) та іншими групами, однак залежності від ступеню тяжкості в межах групи хворих на ГА БЕЕ не визначено ($p > 0,05$).

Таким чином, результати проведених досліджень засвідчили, що у хворих на ГА БЕЕ зі збільшенням ступеню тяжкості перебігу патологічного процесу змінюються показники гуморального імунітету, а саме розвивається дизімуноглобулінемія внаслідок зниження концентрації IgA та підвищення рівня IgG в сироватці крові, а також підвищенні рівня ЦІК.

Для хворих на БЕЕ та РПГ, що увійшли до груп порівняння, подібні процеси також мають місце, але ступінь їх проявів достовірно нижче.

Далі ми прослідкували динаміку концентрації основних класів імуноглобулінів у хворих на ГА БЕЕ під час рецидиву та ремісії захворювання (таблиця 2).

Таблиця 2
Показники гуморального імунітету у хворих на ГА БЕЕ у періодах рецидиву та ремісії захворювання

Імунологічні показники	Контрольна група	Рецидив ГА БЕЕ	Ремісія ГА БЕЕ	Δ %
IgA, г/л	2,67±0,11	1,17±0,09 $p < 0,05$	1,99±0,13 $p < 0,05$	41,21
IgM, г/л	1,15±0,08	0,83±0,02 $p < 0,05$	0,91±0,04 $p > 0,05$	8,79
IgG, г/л	8,08±0,61	9,45±0,12 $p < 0,05$	8,84±0,14 $p < 0,05$	4,33
ЦІК, од. опт. щільн.	0,05±0,01	0,073±0,016 $p < 0,05$	0,058±0,007 $p > 0,05$	20,55

Примітка: $p \leq 0,05$ вірогідно в порівнянні з контрольною групою.

Показовою є тенденція до нормалізації рівня основних класів імуноглобулінів у сироватці крові в періодах рецидиву та ремісії. Насамперед, це стосується рівня IgA, коли значне зниження показника під час рецидиву – до 1,17±0,09г/л в порівнянні з контролем (2,67±0,11 г/л) зростає до рівня 1,99±0,13г/л, тобто збільшується на 41,21%.

Medical sciences

Рівень IgM під час ремісії не достовірно відрізнявся від контролю - $0,91 \pm 0,04$ г/л при контролі $1,15 \pm 0,08$, а розбіжності між рецидивом та ремісією склали 8,79%.

Найменшими були коливання з боку IgG, де різниця між рецидивом та ремісією склала 4,33%, хоча розбіжність у значеннях в рецидиві та ремісії є достовірною ($p < 0,05$) як при порівнянні між собою, так і з контролем: $9,45 \pm 0,12$ г/л під час рецидиву, $8,84 \pm 0,14$ г/л під час ремісії при контрольному показнику $8,08 \pm 0,61$ г/л.

Коливання рівню ЦІК в періодах рецидиву та ремісії сягали 20,55% при абсолютних показниках $0,073 \pm 0,016$ та $0,058 \pm 0,007$ при контролі $0,05 \pm 0,01$ од.опт.щільності. Практично можна вважати, що цей показник виявив максимальну тенденцію до нормалізації під час ремісії, адже різниця з контролем не є достовірною ($p > 0,05$). Хоча, на думку Регеди М.С. (2009), просте виявлення в крові циркулюючих імунних комплексів ще не є доказом участі комплексу в патогенезі захворювання, а є показником включення імунної реакції. Виявлену нами динаміку ЦІК у хворих на ГА БЕЕ можна вважати показником лабільності імунної системи при інтермітуючому перебігу захворювання.

Отже, під час рецидиву ГА БЕЕ, у порівнянні з періодом ремісії, спостерігається достовірне збільшення рівня IgG на 14,36% в середньому, хоча і в період ремісії значення не досягають контрольних показників.

Динаміка вмісту IgA у сироватці крові під час рецидиву та ремісії

є достовірною, але навіть за ремісії цей показник значно, у 1,3 разу менший за контроль. При тяжкому ступені ГА БЕЕ вміст IgA зменшується у 2,4 разу, вміст IgM- у 1,5 разу, а IgG – збільшується у 1,2 разу.

У порівнянні з БЕЕ та РПГ динаміка IgM та IgG при ГА БЕЕ від рецидиву до ремісії є менш виразною та складає, відповідно, 8,79% та 4,33%. При цьому порівняння показників рівня IgM при тяжкому ступені БЕЕ у рецидиві констатує зменшення, порівняно з контролем, у 1,4 разу та аналогічно РПГ – у 1,25 разу, а IgA відповідно однаково, у 2,2 разу.

Висновки. Порівняння середніх показників різних класів сироваткових імуноглобулінів периферійної крові хворих на ГА БЕЕ під час рецидиву захворювання з відповідними показниками дослідження в стадії ремісії та в контрольній групі дає підстави стверджувати про значні порушення імунного статусу саме в рецидивному періоді. В основному вони проявляються вираженою дисімуноглобулінемією, яка обумовлена підвищенням рівнів IgG та зниженням вмісту IgA та IgM, а також підвищенням рівня ЦІК. При цьому слід зазначити, що показник ЦІК є найбільш динамічним з точки зору тенденції до нормалізації значень у період ремісії, що може свідчити про лабільність імунної системи у хворих на ГА БЕЕ.

Перспектива подальших досліджень полягає у визначенні ролі і місця секреторного IgA та інших чинників місцевого імунітету ротової порожнини у патогенезі ГА БЕЕ.

Література

1. Buhova V.P. Citokinovyj profil' u bol'nyh MJeJe, associiруemoj s herpesvirusnoj infekciej [Cytokine profile in patients with MEE associated with herpesvirus infection] / V.P. Buhova // Vestnik dermatologii i venerologii [Herald of Dermatology and Venereology]. – 2005. -№. – 3. - С. 44-47 [in Russian].
2. Grigorjan S.S., Sistema interferona i induktory interferona pri herpesvirusnyh infekcijah [Interferon system and interferon inducers for herpesvirus infections] / S.S. Grigorjan, F.I. Ershov // Materia Medica. - 2003. – V.40(4). – S. 34-45[in Russian].
3. Burnett J.W., Acute skin eruptions that are positive for herpes simplex virus DNA polymerase in patients with stem cell transplantation: a new manifestation within the erythema multiforme reactive dermatoses / Burnett J.W., Laing J.M., Aurelian L. // Arch. Dermatol. – 2008. – Vol. 144. - № 7. - P. 902-907.
4. Wetter D.A., Recurrent erythema multiforme: Clinical characteristics, etiologic associations, and treatment in a series of 48 patients at Mayo Clinic, 2000 to 2007 / Wetter D.A., Davis M.D. // J. Am. Acad. Dermatol. - 2010. . - Vol. 62. - №. 1. – P. 45-53.
5. Regurec'ka R.A., Kliniko-immunologichni osoblivosti perebigu recidivujuchoho prostogo herpesu SOPR i gub u osib molodogo viku» [Clinico-immunological features of the course of relapsing herpes simplex and lips in young people] / A.V.Borisenko, R.A.Regurec'ka // Sovremennaja stomatologija [Modern dentistry]. – 2006.-№3. – S.84-86 [in Ukrainian].
6. Alergichni zahvorjuvannja legen' [Allergic diseases of the lungs] / Regeda M. S. - L'viv, 2009. - 342 s [in Ukrainian].



UDC 159.961.63

HEALER'S ABILITIES OF INTEGRAL BODY PERCEPTION AND CLAIRVOYANCE (Neurophysiological study)

СПОСОБНОСТИ К ИНТЕГРАЛЬНОМУ ТЕЛЕСНОМУ ВОСПРИЯТИЮ И ЯСНОВИДЕНИЮ У НАРОДНЫХ ЦЕЛИТЕЛЕЙ (Нейрофизиологические исследования)

Koyokina O.I.
PhD, professor
Center for the Research
of Consciousness

Коёкина О.И.
к.мед.н.
Научный центр исследования сознания
Зеленоград, 923-128, Москва, Россия,
124575

Abstract. The healers-clairvoyants' integral body perception is accompanied by the brain activity of two types: first is the increasing activity in the somatosensory areas of cortex and the scanning of optical areas by somatosensory rhythms. Another type is the increasing activity in optical areas which is accompanied by scanning the body information in somatosensory areas. It is suggested that described mechanism of the synesthesia, promotes integral perception of information and its transformation into the images of the modality, that is most developed or active at the moment of performance.

Keywords: clairvoyance, healer, encephalography, extrasensory perception, consciousness, synesthesia, precognition.

Аннотация. Для целителей-ясновидцев интегральное телесное восприятие сопровождается двумя типами активности мозга. Первый - это усиление активности соматосенсорных областей коры и сканирование зрительных областей коры соматосенсорными ритмами. По другому типу усиление активности зрительных зон коры сопровождается сканированием ритмами этих зон телесной информации в соматосенсорных областях. Предполагается, что описанный механизм зрительно-телесных синестезий способствует целостному восприятию сенсорной информации и её преобразованию в образы той модальности, которая наиболее развита или активна в момент исполнения.

Ключевые слова: ясновидение, целитель, энцефалография, экстрасенсорное восприятие, сознание, синестезия, предвидение.

Введение. Ясновидение относится к уникальным способностям, свойственным практически каждому целителю. Согласно известным определениям [10,15,17], оно выражается в тонкой проницательности, прозорливости, основанной на восприятии одновременно настоящего, прошлого и будущего, причины и следствия развития страдания у больного, и благодаря этому позволяет народному целителю в отдельных случаях противопоставить свои возможности новейшим медицинским технологиям диагностики и терапии.

Новизна исследования

По-видимому, явление ясновидения будет подвергаться сомнению до тех пор, пока будут отсутствовать предпосылки для объяснения этого, пока не столь распространенного у людей, феномена. В России, начиная с 90-х годов [4,5,7,8,12,16], стали проводиться объективные современные нейрофизиологические исследования особенностей биоэлектрической активности мозга при экстрасенсорном восприятии человека.

В данной работе делается предположение о том, что ясновидение связано с особыми самоуправляемыми состояниями сознания и может сопровождаться особой формой деятельности мозга, позволяющей интерпретировать в едином ключе информацию, поступающую в мозг по разным каналам, сенсорным и внесенсорным.

Анализ источников и анализ литературы. Примерно два века тому назад были начаты исследования ясновидения как необычного

феномена в состоянии сознания. Эти исследования проводились, в основном, с целью констатации фактов или способов его обнаружения. Ясновидение стало рассматриваться как необычная способность при экстрасенсорном восприятии [10]. Отличие ясновидения от других видов экстрасенсорного восприятия заключалось в его проявлении во временном континууме в форме когниции, ретрокогниции и прекогниции.

Цель и методы исследования. Основная задача заключается в том, чтобы получить предварительные объективные данные об особенностях биоэлектрической активности мозга при экстрасенсорном восприятии у целителей-ясновидцев. Можно рассматривать это как начало исследований в области обширной научной темы, посвящённой вопросам ясновидения.

Постановка проблемы. Когда речь идёт о телесном восприятии, предполагается, что имеет место внутреннее ощущение своего организма. Комплекс массивной телесной экстеро- и интероцептивной сенсорной афферентации создаёт ощущение состояния организма на каждый данный момент времени. Однако, при изменениях воздействий на организм со стороны внешней и внутренней среды, изменяется и ощущение состояния организма. В настоящее время невозможно полностью оценить и контролировать эти изменения. Можно только констатировать, что сенсорные, телесные ощущения менее дифференцированы на уровне их осознания по сравнению, например, со зрительным или слуховым восприятием у здорового

человека. Ясновидящие интерпретируют свои телесные ощущения как интегральные, связанные с сопереживанием или соотношением страданий пациента со своим собственным состоянием, и рассматривают их во временном континууме в соответствии с задаваемой программой получения и оценки информации. При этом возможно получение информации о состоянии пациента внесенсорным путём.

Имеются работы, в которых экспериментально показано, что возможно бесконтактное, вне доступности органов чувств, взаимодействие между целителем и пациентом на уровне биоритмов сердца и мозга. Взаимность психоэмоционального влияния и взаимодействие между ритмами сердца исследованы в работах Institute of HeartMath USA [13].

Объективность взаимодействия между отдельными областями мозга целителя и пациента была подтверждена с помощью оценки синхронности ритмов биоэлектрических потенциалов активности. Синхронные ритмы динамичны как по частоте, так и по вовлечению в процесс взаимодействия различных структур мозга. Динамичность и сложность такого взаимодействия сопоставимы с деятельностью мозга, поэтому процесс взаимодействия между целителем и пациентом рассматривался как виртуальный мозг [4]. Природа этого взаимодействия остается не раскрытой, однако, известно, что у операторов, произвольно меняющих состояние сознания при экстрасенсорном восприятии, на порядок изменяются величины электрических параметров точек акупунктуры телесных меридианов.

Таким образом, на уровне неосознаваемого взаимодействия возможны синхронные резонансные телесные или интероцептивные эффекты.

Несмотря на сложность поставленной задачи, предполагается, что по показателям биоэлектрической активности мозга у целителей-ясновидцев можно выявить некоторые особенности межсенсорного взаимодействия на уровне отдельных областей коры головного мозга, включая зоны первичного представительства сенсомоторного и зрительного восприятия. Известно, что основные первичные поля интероцептивной афферентации также представлены в сенсомоторной области [14]. Для изучения взаимодействия было бы необходимо выделить отдельные частотные поддиапазоны альфа-ритма и определить их отношение к процессам восприятия сигналов определённой модальности – зрительной и телесной, проецирующимся соответственно к первичным зрительной и сенсомоторной зонам в затылочной и центральной областях коры головного мозга. В данной работе предпринимается попытка дать некоторое представление о взаимодействии биоритмов мозга между зонами представительства в коре сенсорных систем различных модальностей при экстрасенсорном восприятии. Это дает возможность представить себе его отдельные нейрофизиологические механизмы и сделать некоторые практические выводы.

Методика. В исследовании приняли участие десять целителей (основная группа), имеющих опыт ясновидения при оценке состояния здоровья у пациентов, страдающих различными хроническими заболеваниями, неподдающимися лечению в официальных медицинских учреждениях. Основным критерием для определения способности к ясновидению являлось совпадение основных показателей диагностики целителя с результатами объективных обследований пациента и его анамнезом и медицинским диагнозом. К контрольной группе были отнесены практически здоровые лица (10 человек), не обладающие даром ясновидения.

Исследовалась электрическая активность мозга у целителей в состоянии относительного покоя (фон), а также при моделировании состояний, соответствующих целительской деятельности. В каче-

стве моделей целительской деятельности испытуемые использовали диагностику и коррекцию энергоинформационной структуры биополя по «фантому» пациента, отсутствующего на момент исследования в непосредственной близости. В процессе каждого из моделируемых состояний регистрировали биоэлектрическую активность мозга продолжительностью по 2 минуты. Регистрацию проводили на 16-канальном нейрокортографе по стандартным монополярным отведениям в соответствии с принятой международной схемой 10-20% (от лобных – F, центральных – C, теменных – P, затылочных – O, нижнетеменных и нижнецентральных – T областей; в качестве индифферентного использовался объединённый ушной электрод).

Наряду с визуальной оценкой динамики активности мозга у целителей в разных состояниях деятельности проводили исследование распределений спектральной мощности отдельных частот в диапазоне альфа-ритма и межцентральных отношений биоэлектрических процессов методом спектрально-когерентного анализа. Последний позволяет выявить степень сочетанности биоэлектрических отделов коры и тем самым характеризовать структуру пространственно-временной организации функционального взаимодействия между отдельными областями мозга. Для этого использовали компьютерную систему анализа и топографического картирования «Brainsys».

Полученные данные подвергали вторичной групповой обработке с целью подтверждения статистической гипотезы достоверности различий. Использовали также программу, предназначенную для определения и отслеживания в объёме мозга человека центров электрической активности. Программа использовалась для того, чтобы проследить пути движения центров электрической активности альфа- и альфа-подобных ритмов в структурах мозга при различных состояниях деятельности целителей. При этом вопрос о соответствии локализации источников в глубинных структурах мозга той биоэлектрической активности, которая регистрируется на поверхности скальпа, решалась специальным алгоритмом, вычисляющим место нахождения источника биоэлектрических потенциалов в мозге, как объёмном проводнике [9].

Результаты и обсуждение. Известно, что в сенсомоторную область коры головного мозга проецируются не только кожно-мышечные афференты, но в ней представлены афференты и внутренних висцеральных систем организма [14], поэтому представления об интегральном телесном восприятии тесно связаны с состоянием этой области коры. С другой стороны, феномен ясновидения часто выражается ясновидцами в зрительных образах. Поэтому было бы важно рассмотреть у них любые соотношения активности в зрительной и сенсомоторной областях коры и сопоставить с данными контрольной группы. Исследования активности мозга лиц контрольной группы в состоянии спокойного бодрствования и мышечной релаксации показали, что ритмы частотой 7...9 Гц реагируют на мышечное усилие, сопровождающееся кожно-мышечной афферентацией. Источники происхождения этих ритмов локализируются или непосредственно в сенсомоторной области коры, или в срединных структурах мозга в области таламуса и ствола в системах восходящей активации мозга. Ритмы частотой 9...12 Гц реагируют на возбуждение зрительных афферентов поступлением светового потока, а источники их происхождения локализируются в зрительной зоне коры, в ассоциативных теменных областях или в стволе мозга (см.рис.1). Таким образом, близкие по частоте ритмы в альфа диапазоне имеют разное функциональное значение, определяемое специфичностью афферентации. и в большей степени



именно локализацией источников происхождения ритмов, чем распределением максимальных значений амплитуд биоэлектрических потенциалов на поверхности мозга.

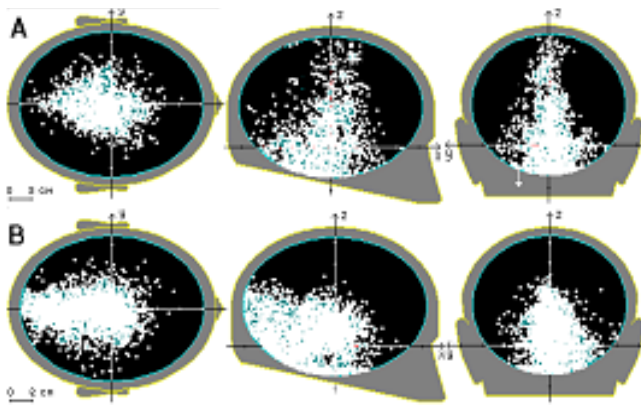


Рис.1. На схематическом изображении мозга в декартовой системе координат представлено распределение эквивалентных дипольных источников альфа ритма (оси: x - линия *nasion-inion*; y - линия между правым и левым наружным слуховыми проходами; z - линия, проведённая под углом 90° в точке пересечения осей x и y).

А. Локализация в глубинных центральных и стволовых структурах мозга множественных источников биоэлектрической активности частотой 7...9 Гц, регистрируемой на поверхности головы с максимальной амплитудой в соматосенсорной области коры.

В. Локализация не только в глубинных центральных и стволовых структурах мозга, но и в зрительных зонах коры множественных источников активности частотой 9...12 Гц.

Случаи, когда максимальная амплитуда альфа ритма наблюдается в проекционной зоне коры, не соответствующей его модальности, сопровождаются такими механизмами в деятельности мозга, которые обеспечиваются свойствами дипольности и векторной направленностью эквивалентных дипольных источников происхождения альфа колебаний [9]. Например, если источники происхождения альфа ритма частотой 9-12 Гц локализуются в зрительной зоне коры, а максимальна амплитуда этого ритма наблюдается в сенсомоторной области коры, то это может быть связано с тем, что вектор электрического диполя источника направлен из зрительной зоны коры в сенсомоторную. Таким образом, более устойчивым признаком модальности альфа ритма является локализация источников его происхождения, и она совпадает с его частотой.

Статистическое сравнение данных спектрального анализа биоритмов мозга группы народных целителей, обладающих даром ясновидения, и контрольной группы лиц, не обладающих этим даром, показало достоверные различия между группами. Эти различия (см. рис.2) выражены по показателям мощности ритмов ЭЭГ в диапазоне 7-12 Гц. На картах распределения величин показателей достоверности наблюдается выраженная тенденция, переходящая в достоверное отличие ($p < 0,05$) более высокой активности в правом полушарии и в сенсомоторных зонах обоих полушарий у целителей-ясновидцев по сравнению с контрольной группой.

Ранее было показано [11], что у лиц, обладающих экстрасенсорными способностями, межполушарная асимметрия выявляется за счёт повышенной активности правого полушария. Регуляция функционального состояния мозга у них связана с направленным изменением сознания, уровня бодрствования,

эмоций. Смещение профиля функциональной асимметрии мозга в сторону правого полушария служит необходимым условием проявления особых состояний мозга, при которых реализуются способности операторов к восприятию субсенсорной или внесенсорной информации. Критерий достоверности изменений со знаком минус (см.рис.2) говорит о том, что мощность альфа ритма снижается. Это объясняется усилением и распространением реакции активации в виде десинхронизации. На таком фоне чувствительность восприятия повышается.

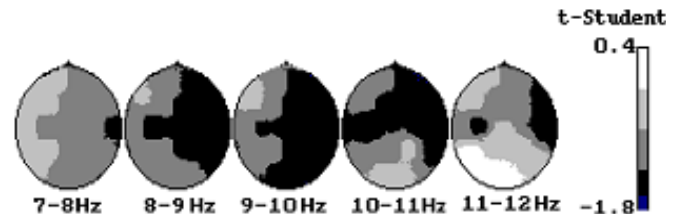


Рис.2. На картах поверхности коры мозга (ориентация: сверху – лобная область, снизу – затылочная область) изображено распределение различной активности мозга в альфа-диапазоне в соответствии с величиной критерия *t*-Стьюдента (см. шкалу справа) между группой целителей-ясновидцев и контрольной группой. Частота альфа ритма указана под картами. Вероятность ошибки $p < 0.05$ при арифметическом значении $t > 1.8$

Межполушарные взаимоотношения рассматриваются как важная нейрофизиологическая основа осознаваемых и неосознаваемых психических явлений. Особое значение придаётся правому полушарию в проблеме исследования внелогических форм мышления, подсознательного принятия решений, поисковой деятельности, творческого воображения и т.д. Результаты, представленные на рис.2, не только подтверждают смещение профиля активности в правое полушарие у целителей-ясновидцев, но и выделяют повышенную активность сенсомоторной зоны обоих полушарий, в большей степени правого.

Основная особенность экстрасенсорного восприятия – это целостность интуитивного воспроизведения образа независимо от модальности, например, зрительного или телесного. Известно, что асимметрия уровней активности полушарий мозга имеет отношение к основным характеристикам восприятия образов. Как показали нейрофизиологические исследования с участием испытуемых-экстрасенсов [7], в процессе направленного изменения состояния сознания (аутогенной деятельности) происходит устойчивое преобразование активности мозга, которая проявляется в развитии иной организации функционального взаимодействия между его различными областями. При этом в динамике межполушарного взаимодействия возникают моменты, когда активность правого полушария преобладает над активностью левого. Функциональные связи между левой лобной и правой сенсомоторной или затылочной областями устанавливаются, это характерно для состояний «инсайта» или творческого воспроизведения образов [18].

Для того, чтобы определить влияние первичных сенсомоторного и зрительного сенсорного представительства в коре мозга на процессы интегрального телесного восприятия и ясновидения, сопоставили распределение спектральной мощности ритмов сенсомоторной зоны 7...9 и зрительной зоны 9...12 Гц методом нейрокотирования по данным фоновой активности у каждого целителя в

Current research

отдельности (см. рис.3).

У шести целителей из десяти усреднённые значения мощности ритмов 7...9 Гц были выше в зрительных зонах коры, по сравнению с сенсомоторными, у четырёх – усредненные значения ритмов 9...11 Гц были выше в сенсомоторных зонах, по сравнению со зрительными. В контрольной группе усреднённые величины спектральной мощности ритмов альфа-диапазона распределялись по зонам сенсорного представительства в соответствии с их функциональным значением, т.е. максимум мощности ритма 7...9 Гц находился в сенсомоторных зонах, а ритма 9...12 Гц – в зрительных зонах коры. Таким образом, у целителей распределение мощности альфа ритма на поверхности коры отличается тем, что в первичных проекционных зонах чувствительности может наблюдаться максимальная мощность альфа ритма, имеющего отношение к другой модальности.

В условиях сенсорной депривации и ослабления потока афферентации (фоновая регистрация) увеличение мощности альфа ритма в зонах иной модальности можно рассматривать как отражение состояния повышенной возбудимости коры по отношению к сигналам иной чувствительности, не имеющей отношения к данной проекционной зоне. Повышение возбудимости к специфическим сигналам в зонах иной модальности, скорее всего, отражает функцию сканирования альфа ритмом поступающей в мозг информации в целом. Предположение о возможной роли альфа ритма в сканировании (англ. scan поле зрения), т.е. непрерывном упорядоченном поэлементном обследовании состояния активности коры мозга, неоднократно высказывалось, начиная с работ Н.Винера [1] о спектральных характеристиках биопотенциалов и продолжают по настоящее время [2]. Это свойство альфа ритма могло бы быть использовано мозгом для получения и интеграции информации.

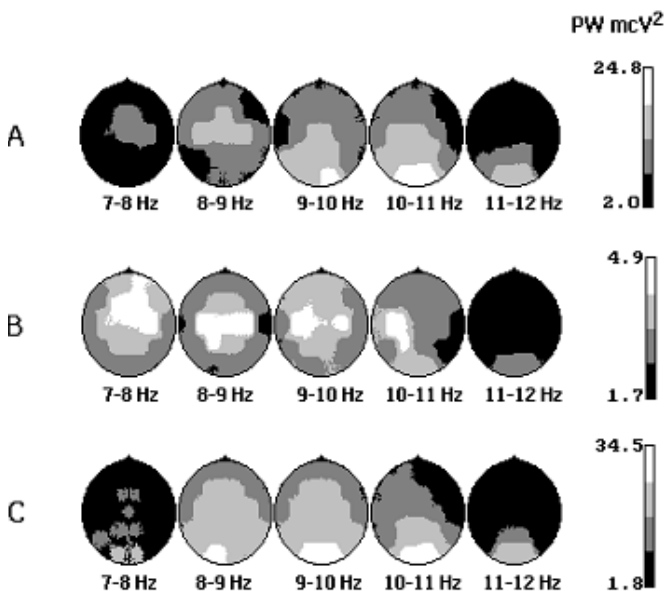


Рис.3. Картирование (ориентация как на рис.2) показателей спектральной мощности отдельных диапазонов альфа ритма.

А. Контрольная группа. Максимальная мощность ритмов частотой 7...9 Гц в сенсомоторных зонах, максимальная мощность ритмов частотой 9...12 Гц в зрительных зонах.

В. Группа народных целителей-ясновидцев. Максимальная мощность ритмов 7...9 Гц и 9...12 Гц в сенсомоторных зонах.

С. Группа народных целителей-ясновидцев. Максимальная мощность ритмов 7...9 Гц и 9...12 Гц в зрительных зонах коры.

Развивая это предположение, можно было бы высказаться о том, что происходит некоторый переход от закономерностей в деятельности нейронных сетей, влияние которых на суммарную активность мозга многократно исследовалось, к иному свойству мозга – биоэнергетическому опрашиванию и структурированию активной среды (см. рис.4). По-видимому, это случается, если, например, источник происхождения ритма 7...9 Гц находится в сенсомоторной зоне, а амплитуда этого ритма увеличивается в зрительной зоне коры. Подобные электрофизиологические феномены объясняются направленностью вектора поля локализованного эквивалентного источника происхождения ритма [9].

Как показывают полученные результаты, эта функция в большей степени развита у целителей-ясновидцев, по сравнению с контрольной группой. Возможно, этот нейрофизиологический механизм отражает одно из условий необычного восприятия в феномене ясновидения, когда слабо осознаваемая информация одной модальности, например, характеризующей телесное ощущение, переводится особой деятельностью мозга в образы другой, более развитой модальности, например, зрительной, иногда с более чёткими и яркими образами, чем при непосредственном зрительном восприятии. Аналогичные психологические явления известны как синестезии, обычно зрительные.

Полученные результаты показывают, что имеются, по крайней мере, два более крайних типа интегрального восприятия у целителей. Один тип – когда преобладает телесное восприятие, и сканирование первичных проекционных зон коры мозга осуществляется на частоте 7...9 Гц. Другой тип – когда более активен и развит способ зрительного восприятия, и сканирующий ритм соответствует ритму зрительной модальности 9...12 Гц. Более подготовленный и опытный целитель произвольно управляет обоими типами интегрального восприятия в зависимости от поставленной задачи.

В связи с этим, восприятие образов у экстрасенсов сопровождается не только известными зрительными характеристиками (цвет, освещённость, контрастность, детализация и т.д.), но и дополнительными, которые могут ощущаться интуитивно или «телесно» в виде общего приятного или неприятного телесного ощущения. В процессе экстрасенсорной диагностики пациента целитель, тем самым, может совместно с пациентом ощущать его болезненные состояния. Не исключено также, что интегральное телесное восприятие имеет отношение к восприятию, развёрнутому во времени. Это даёт возможность целителю ставить диагноз пациенту относительно его состояния одновременно в настоящем, прошедшем и будущем и в этом иметь явные преимущества перед существующими медицинскими диагностическими системами и технологиями.

Таким образом, сканирование зрительной области ритмами сенсомоторной зоны коры головного мозга раскрывает один из нейрофизиологических механизмов интегрального телесного восприятия, сопутствующего восприятию зрительных образов. Однако не исключено то, что целитель видит глазами, ощущает одновременно и телом, и вводит этот интегральный образ во временной континуум настоящего, прошлого и будущего одновременно. Доказательством этому являются результаты диагностики пациентов, а также явления пророческого и более точного прогноза последующего развития состояния здоровья. Вопросы, связанные с условиями контакта во временном континууме нуждаются в дальнейшем исследовании.

Выводы.

1. У лиц, обладающих способностью к интегральному телесному восприятию и ясновидению, в проекционных сенсорных зонах коры больших полушарий наблюдается смещение частотных характеристик



биоритмов в область частот, характерных для более развитых у данного индивидуума перцептивных систем распознавания и осознания.

2. Статистическое сравнение данных спектрального анализа биоритмов показало достоверные различия по показателям мощности ритмов ЭЭГ в диапазоне 7-12 Гц ($p < 0,05$) в виде более высокой активности в правом полушарии и в сенсомоторных зонах обоих полушарий у целителей-ясновидцев по сравнению с контрольной группой.

3. Для народных целителей-ясновидцев интегральное телесное восприятие сопровождается активным самоуправлением деятель-

ностью мозга по типу усиления активности сенсомоторной зоны и сканирования зрительных зон ритмами, исходящими из сенсомоторных зон, или по другому типу усиления активности зрительных зон и сканирования телесной информации в сенсомоторных зонах ритмами, исходящими из зрительных зон. Предполагается, что описанный механизм способствует целостному восприятию неосознаваемой или слабоосознаваемой информации и преобразованию её в образы той модальности, которая наиболее развита или активна в момент деятельности.

Список литературы.

1. Винер Н. Кибернетика, или управление и связь в животном и машине. – 2-е издание. – М.: Наука; Главная редакция изданий для зарубежных стран, 1983. – 344 с.
2. Kamenkovich V.M., Bark E.D., Shevelev I.A., Sharaev G.A. Association of visual illusions with frequency and phase shift of rhythmical photostimulation synchronized with EEG alpha wave // Zh.V.N.D. – 1997 - №47(3) – 461- 468 p.
3. Коган И.М. Теоретическая парапсихология. Естественно-научные, гуманитарные и культурологические аспекты. – М.:НПО Дельта, 1999–184 с.
4. Коёкина О.И. Виртуальный мозг как результат ИЭ-взаимодействий // Журнал «Сознание и физическая реальность» - 1996 - №1(1) – 98-102 с.
5. Koyokina O. Transformation of brain activity in altered state of consciousness // MISANA Newsletter – 1998 – #20-21, Jan-Jun – 8-11p.
6. Koyokina O. Reply to Cooperstein // MISANA Newsletter – 1999 – #24-27, Jun- Dec – 17p.
7. Коёкина О.И., Кукес В.Г. Способ определения биоэнергoinформационной связи между индуктором и реципиентом при тестировании экстрасенсорных способностей сенситива-целителя. Госрегистрация в ФИПС РОСПАТЕНТ, Патент №96100536, приоритет 17.01.1996, регистрация 13.07.1998
8. Коёкина О.И., Родионов Б.Н. Методы, показатели и критерии аппаратурной регистрации перехода человека в измененное состояние сознания // Журнал «Вестник новых медицинских технологий» - 1997 - №8(4) – 28-32 с.
9. Коптелов Ю.М. Исследование и численное решение некоторых обратных задач электроэнцефалографии: автореферат дис. кандидата физико-математических наук – М.: МГУ им. М. В. Ломоносова, 1988 - 14 с.
10. Ледбитер Ч., Ясновидение – С.-Петербург: Издание журнала "Вестник теософии", 1914 – 112 с.
11. Ли А.Г. Разработка способов управления состояниями мозга для повышения эффективности восприятия стимулов малой интенсивности и создания систем управления в биологических и медицинских системах – М.: Фонд парапсихологии им. Л.Л. Васильева, 1995 – 112 с.
12. Лебедева Н.Н., Добронравова И.С. Организация ритмов ЭЭГ человека при особых состояниях сознания // Журнал высшей нервной деятельности и нейрофизиологии – 1990 - №40(5) – С. 951-962
13. Mc.Craty R., Tiller W.A., Atkinson M., Head-Heart Entrainment // Общероссийский информационный ресурс. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.heartmath.org/assets/uploads/2015/03/head-heart-entrainment.pdf>
14. Мусящикова С.С., Черниговский В.Н. Кортикальное и субкортикальное представительство висцеральных систем – Ленинград: Наука, 1973 – 288 с.
15. Петренко В.Ф. Многомерное сознание: психосемантическая парадигма – 2-е издание. – М.: ЭКСМО, 2013 – С.446
16. Свидерская Н.Е., Королькова Т.А., Селицкий Г.В. Влияние уровня сознания на пространственную организацию корковой активности при психических процессах // Журнал высшей нервной деятельности и нейрофизиологии – 1990 - №40(5) – С. 934-944
17. Харитонов В. Портреты народных целителей России. – М.: Институт этнологии и антропологии имени Н.Н. Миклухо-Маклая, 1994 – С. 236

References:

1. Viner N. Kibernetika, ili upravlenie i svyaz' v zhivotnom i mashine. – 2-e izdanie. – М.: Nauka; Glavnaya redakciya izdaniy dlya zarubezhnyh stran, 1983. – 344 s.
2. Kamenkovich V.M., Bark E.D., Shevelev I.A., Sharaev G.A. Association of visual illusions with frequency and phase shift of rhythmical photostimulation synchronized with EEG alpha wave // Zh.V.N.D. – 1997 - №47(3) – 461 – 468 c.
3. Kogan I.M. Teoreticheskaya parapsihologiya. Estestvenno-nauchnye, gumanitarnye i kul'turologicheskie aspekty. – М.:NPO Del'ta, 1999–184 s.
4. Koyokina O.I. Virtual'nyj mozg kak rezul'tat IEH-vzaimodejstvij // ZHurnal «Soznanie i fizicheskaya real'nost'» - 1996 - №1(1) – 98-102 s.
5. Koyokina O. Transformation of brain activity in altered state of consciousness // MISANA Newsletter – 1998 – #20-21, Jan-Jun – 8-11p.
6. Koyokina O. Reply to Cooperstein // MISANA Newsletter – 1999 – #24-27, Jun- Dec – 17p.
7. Koyokina O.I., Kukes V.G. Sposob opredeleniya bioenergoinformacionnoj svyazi mezhdru induktorom i recipiendom pri testirovanii ehkstrasensornyh sposobnostej sensitiva-celitel'ya. Gosregistraciya v FIPS ROSPATENT, Patent №96100536, prioritet 17.01.1996, registraciya 13.07.1998
8. Koyokina O.I., Rodionov B.N. Metody, pokazateli i kriterii apparaturnoj registracii perekhoda cheloveka v izmenennoe sostoyanie soznaniya // ZHurnal «Vestnik novyh medicinskih tekhnologij» - 1997 - №8(4) – 28-32 s.
9. Koptelov YU.M. Issledovanie i chislennoe reshenie nekotoryh obratnyh zadach ehlektroehncefalografii: avtoreferat dis. kandidata fiziko-matematicheskikh nauk – М.: MGU im. M. V. Lomonosova, 1988 - 14 s.
10. Ledbiter CH., YAsnovidenie – S.-Peterburg: Izdanie zhurnala "Vestnik teosofii", 1914 – 112 s.
11. Li A.G. Razrabotka sposobov upravleniya sostoyaniyami mozga dlya povysheniya ehffektivnosti vospriyatiya stimulov maloj intensivnosti i sozdaniya sistem upravleniya v biologicheskikh i medicinskih sistemah – М.: Fond parapsihologii im. L.L. Vasil'eva, 1995 – 112 s.
12. Lebedeva N.N., Dobronravova I.S. Organizaciya ritmov EHEHG cheloveka pri osobyh sostoyaniyah soznaniya // ZHurnal vysshej nervnoj deyatel'nosti i nejrofiziologii – 1990 - №40(5) – S. 951-962
13. Mc.Craty R., Tiller W.A., Atkinson M., Head-Heart Entrainment // Obshcherossijskij informacionnyj resurs. [EHlektronnyj resurs]. – Rezhim dostupa: <https://www.heartmath.org/assets/uploads/2015/03/head-heart-entrainment.pdf>
14. Musyashchikova S.S., CHernigovskij V.N. Kortikal'noe i subkortikal'noe predstavitel'stvo visceral'nyh sistem – Leningrad: Nauka, 1973 – 288 s.
15. Petrenko V.F. Mnogomernoe soznanie: psihosemanticheskaya paradihma – 2-e izdanie. – М.: EHKSMO, 2013 – S.446
16. Sviderskaya N.E., Korol'kova T.A., Selickij G.V. Vliyanie urovnya soznaniya na prostranstvennyuyu organizaciyu korkovoj aktivnosti pri psichicheskikh processah // ZHurnal vysshej nervnoj deyatel'nosti i nejrofiziologii – 1990 - №40(5) – S. 934-944
17. Haritonova V. Portrety narodnyh celitelej Rossii. – М.: Institut ehtnologii i antropologii imeni N.N. Mikluho-Maklaya, 1994 – S. 236

MEDICINE – SIENCE AND ART WITHIN THE LAW

МЕДИЦИНА – НАУКА И ИСКУССТВО В РАМКАХ ЗАКОНА

Vásquez Abanto J. Estuardo

*PhD, Physician in the Emergency
Department Obolon district of Kyiv City
(Center for primary medical and sanitary help no. 2),
Ukraine.*

Васкес Абанто Х. Эстуардо

*К.м.н, врач отделения неотложной медицинской
помощи Оболонского района г. Киева
(Центр первичной медико-санитарной
помощи № 2), Украина.*

Was published the monograph "Medicine - Science and art within the law" (Ukraine, Kiev, Publisher "Alpha Reklama", 2017 - 334 pp.) in Russian. This book has been prepared for many years, adapting every year to the medical reality and the requirements of society.

Вышла на свет монография, «Медицина – наука и искусство в рамках закона» (Украина, г. Киев. Издательство «Альфа Реклама». 2017. – 334 с.) на русском языке. Данная книга готовилась много лет, с каждым годом адаптируясь к медицинской действительности и требованиям общества.

**INTRODUCTION**

Issues of ethics, morality and bioethics affect the vast majority of the population, because every person in one way or another is a consumer of medical care designed to act as an informed and autonomous subject (patient or subject of clinical trials) decision-making. Study and improvement of moral-ethical aspect of working in public health practice is a natural necessity of the process of medical relations today for any practicing professional. In the implementation of its medical activities in the relationship "Patient-Physician-Society" (in the limits of this book: medic = medical officer) the health care professional, often a doctor, increasingly have to rely on the concept of ethics and morality, usually linking scientific evidence and existing regulatory frameworks. This circumstance, along with the professional basic training of the physician, is now a mandatory component of quality medical care requiring a physician's high professional approach, and for that, continuous

and indefinite self-education and self-improvement. This is inextricably linked with a more in-depth knowledge of legislation, particularly within their specialty.

The author believes a critical component of modern medical practice knowledge by physicians of their rights and responsibilities under the law. Attached to the monograph collection of normative legal acts (ukrainian and international) that are grouped in appendices 3 and 4.

BOOK SUMMARY IN ENGLISH**Section 1. The moral and practical research work**

The history of society shows that the need for regulation of professional conduct has always existed, but with each passing day it becomes increasingly evident the need while universal coverage of the subjects of any activity. The ethical basis of medical work, certainly took their origin in those distant and ancient times of Hippocrates, it is possible to present thus:

1. Each patient needs to obtain consultative, therapeutic and medical-diagnostic assistance to a high and modern standards;
2. Not to hurt! Relationship of doctors with patients should be honest and sensitive, built on trust and the common goal of achieving the best results in the interest of the patient;
3. Totally unacceptable sexual or financial harassment and extortion in relation to the patients, and the fees and demands for payment should be only in the limits of the law.

Many of the current activities of healthcare professionals are a direct consequence of bad up to the crime, the relationship of physicians to the Holy profession of MEDICINE. Such notions in some countries as "lowest salary", "miserable existence physicians", "to pay for everything" and many others, can't be an excuse for blatant and open extortion on the part of some physicians when providing medical care. Perhaps for all these reasons, the society is outraged and has many claims, not only to medicine, but to the health system as a whole, which cannot but affect the attitude of the patients and the public to physicians.

To highlight the main directions of moral and ethical behavior of health care professional, the author outlines the "10 principles of modern bioethics in medicine" how the elements of medical ethics and deontology of the new type (more about them see p. 21-25):

1. The oath of the medic – a compromise with the other!
2. Medical ethics – the care of the doctor!
3. The desired relationship for a better impact!
4. The code of ethics reflects modern thinking and society!
5. Ethics – the basis of review of actions of a health care professional!
6. Continuous and indefinitely long self-education and self-improvement is a natural desire of the doctor!



7. Independence and professional freedom in medicine, first and foremost!
8. The activity of the Medic is regulated by the law!
9. "Online" ethics – the need for modern medicine!
10. Bioethics and the law – a comprehensive medical regulator relationships!

In today's world you need to consider a more realistic morality in medicine, definitely including legal aspects of public relations. In this regard, bioethics (principle of "respect for the rights and dignity of the person"), in the relationship "Patient-Physician-Society", is designed to be the tool.

Three positions are considered to be the author of the backbone of the modern medical ethics and deontology, at the stage of formation of the professional medic:

1. Starting with medical schools, professional ethical principles are formed and developed further in the process of continuous self-study. Every doctor (especially the doctor) makes a vow to himself, and only he knows its essence.
2. For the medic, in practice, ethical norms and principles in the implementation of its medical activities is essential to gain the trust of patients, promotion of credibility.
3. The basis of the medical profession is humanism, but not the result of fear of liability for violating the "oath" of Hippocrates, and a sincere moral quality and human feeling.

Section 2. Normative-legal regulation

A precondition for health in the individual, striving for development and global integration, the country is a well-developed social policy, enshrined in the relevant legislation and logistical resources. Modern professional methods of management and health management are key to success in the practical application of the legislative framework and any elements of reform.

Progressive development of many areas of medicine, combined with General changes in socio-economic and political spheres of post-Soviet countries required almost immediately after 1991, adequate adaptation and improvement of not only the legislative sphere of the health system, and other related public health science and practice.

It legislation-legal system has a critical role in the regulation of numerous public relations arising in the process of medical care. Significant changes (in recent years), the legal framework of health protection, a number of sub-documents, so necessary for carrying out reforming of health care, require appropriate changes in attitudes of health professionals and the public and lawyers working in the health sector.

Exposing the integrated study of aspects of regulating activities of physicians at the present time, the author tries to identify the most fundamental features and characteristics of regulation, given existing legislation, and in any case not penetrating into legal subtleties. If necessary, the materials are treated with the help of specialists of law.

Despite the significant changes that have occurred in recent years in the field of legal provision of health care, there are quite a number of unresolved issues. It is in this context of particular relevance are studies of normative-legal regulation of medical activity where is important the study of the legal status of the patient. Do not forget here and about the legal status of the physician.

Taking into account the degree of importance of the legislation of each country in the solution of problematic issues in health care currently is becoming a necessity to know not only their duties but also the rights of each member physician. To understand that the rights and silent – is also a serious shortage of doctors along with other violations of ethical and organizational nature in the course of their medical practice.

Another group involved in the provision of health services executives medical-diagnostic institutions and health departments – need refers to the decision of conflict situations more objectively from the point of view of legislation and without attachment to the mood of any particular citizen or the General population.

Knowledge of the regulatory framework of their direct activities is a guarantee of willingness of doctors before a probable conflict on the part of any subject of medical legal relations (the patient or his relatives, medic, medical institution, the management body of the health). The only problem-solving and/or conflict situations in health care – it's the law and professional medical expert evaluation, although it is difficult to accept for many people.

For a long period of stagnation in the field of transformation and a kind of resistance when trying to adapt laws and procedures to contemporary conventional norms is the most serious obstacle, since it is necessary to live and work on the old order and the current opportunities.

In the work of the physician, the main factor of the legal guarantees is the government, for its proper legislative basis and suitable attitude towards all the subjects of medical activities. It is also important influence on these processes and public organizations, foundations, private hospitals and medical insurance companies. In this context it becomes relevant the need to transfer in the future many expert functions of the independent professional medical organizations.

Society and the state are responsible to the current and future generations for the level of health, as the basis for solving all these problems in the context of reforming health systems in the world is adapted to the actual conditions of the legislation.

The need for the development of legal knowledge of doctors today is undeniable. In relation to medical activities in Ukraine, in the book there is also an emphasis on the major, according to the author, the articles of the legislation of Ukraine. It is important in this context, the study of international normative legal framework in the field of health (document of the World Medical Association (WMA), the world health organization (WHO), the International labour organization (ILO) and other international organizations).

The legislation of Ukraine in health care requires continuous improvement along with changes that occur in the life of state and society. At the same time, you need to consider the experience of the advanced countries and the accumulated data from leading international organizations in the industry. The author encourages the public, particularly health, actively participate in this process with the participation of medical practitioners can be improved, from the point of view of objectivity, and perhaps to facilitate the task of lawmakers and executives in the healthcare industry.

In practical medical activities today, there is a kind of passivity and fear, which naturally inhibits the possibility of the development of the legal knowledge of doctors, in particular on issues about the relationship "Patient-Physician-Society".

The health care professional should consider their right and duty to operate within the regulatory requirements of legislation in the field of

health, which now include all the attributes of standardization and technologization. All the same, the decisive factor should be a professional reflection and personal knowledge based on individual patient characteristics, first and foremost in the interests of the patient.

Section 3. Conclusions

When the relationship "Patient-Physician-Society" ethics, morality, evidence-based medicine, standardization, diagnostics, treatment and prevention are constantly, but not always, there is a professional relationship with the real requirements of the legislation, society and the medical profession. This reality significantly affects the negation of some common methods and ways of dealing with morbidity and sometimes on the "fanaticism" of using others. Both the first and the second statement is able to affect not only the health of patients, but also on the independence and professional freedom of the doctor, the doctor in particular, in performance of their official medical duties.

The main provisions made by the author of this monograph:

1. Medical ethics and deontology, bioethics, certainly have originated in the days of Hippocrates, are more than slogans and postulates. True principles of ethics and morality of the doctor, especially the doctor, in its modern understanding is necessary to implement, starting from the stage of medical formation and education, continuously develop and improve the rest of your professional activities.

2. Evidence-based medicine, and based on it – standardization and technologization in the field of health, is a great asset in the modern world, implemented in practical medicine to help the doctor and in the interests of a human patient. The high-quality (reputable) recommendation and the Protocol of diagnosis or treatment may not be a dogma, but guide to action.

3. Diagnosis, treatment and prevention of diseases have today, enormous scientific, technical, instrumental and laboratory facilities, where integrative efforts in treatment and prevention of diseases have become a necessity. This modern scientific-technical and the developed world creates many doctors with many obstacles due to their uncontrolled and spreading, especially among patients and "pseudo-professionals".

4. Any activity up to the management of institutions, organizations or people often generate conflict. Medical relationships are themselves a source of conflict, and professional management is a necessary condition for elimination and prevention of factors of conflict, to create an optimal and comfortable working atmosphere of employees in hospitals.

5. Modern medical activity has its legal basis enshrined not only legislation, but also international regulations. Professional independence and personal erudition, rules of law, depending on the expertise and existing infrastructure – are designed to determine today the scope and boundaries of patient care in each specific medical situation.

A report of the contents of the monograph in General, and these five provisions to their medical colleagues, the author hopes for the rethinking of their actions (or inactions), regardless of specialty, and activities in a medical environment. In compiling this monograph, the author set a main goal: to review questions of today's medical activities, from the point of view of personal experience, in close connection with the scientific medical and regulatory requirements, not forgetting that such a delicate science as medicine remains continue to be difficult and unpredictable, often requiring from its main participants, physician and patient, not only understanding, but also freedom of professional action.

The author hopes that readers will be able to derive the information they need. And yet, the necessity of activism and consciousness; continuously, indefinitely to improve their professional thinking and skills, to develop and, if possible, to increase your knowledge. It must be remembered that: "for their rights must be fought by all possible, lawful means"; "to work on "all" is impossible, if the physician does not agree"; "head, or any other "head", as the ordinary physician is subject to the law (one Law for all!)"

The book "Medicine - Science and Art within the Law" is already available in the following institutions:

- State Scientific Institution "Book Chamber of Ukraine named Ivan Fyodorov";
- National Library of Ukraine named Yaroslav Mudryi;
- National Scientific Medical Library of Ukraine;
- National Library of Ukraine named VI Vernadsky.

The author plans in the near future to place a book Summary in English (in Russian and English) in free access on the Internet, incl. in the social networks. To monitor the placement, as well as to familiarize yourself with the separate materials, you can follow the link: <http://info.medic.today/index/0-4>

Contact the author: est-vasquez@i.ua

ВВЕДЕНИЕ

Вопросы этики, морали и биоэтики затрагивают подавляющее большинство населения, поскольку каждый человек в той или иной мере оказывается потребителем медицинской помощи, призванным выступать как информированный и автономный субъект (пациент или испытуемый) принятия решений. Изучение и совершенствование морально-этического аспекта работы в практическом здравоохранении является естественной необходимостью процесса медицинских взаимоотношений сегодняшнего дня для любого практикующего профессионала отрасли. При осуществлении своей медицинской деятельности в процессе взаимоотношений «Пациент-Медик-Общество» (в пределах данной книги: медик = медицинский сотрудник) профессионалу здравоохранения, чаще всего врачу, все чаще приходится опираться на концепции этики и морали, как правило связывающие научно-доказательные и действующие нормативно-правовые основы. Такое обстоятельство, наряду с профессиональной базовой подготовкой медика, является сегодня обязательным компонентом качественного медицинского обслуживания, требующим от медика высокого профессионального подхода, а для этого, непрерывного и неопределенно долгого самообразования и самосовершенствования. Это неразрывно связано с более углубленными знаниями законодательства, особенно в пределах своей специальности.

Автор считает важнейшим компонентом современной медицинской практики знание медиками своих прав и обязанностей согласно закону. К монографии прилагается сбор нормативно-правовых актов (украинских и международных), которые сгруппированы в приложениях 3 и 4.



КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ КНИГИ

Раздел 1. Мораль и научно-практическая работа

История развития общества показывает, что необходимость в нормировании профессионального поведения существовала всегда, но с каждым днем становится все более заметной потребность всеобщего охвата субъектов любой деятельности. Этические основы медицинской работы, непременно взявшие свое начало еще в тех далеких и древних временах Гиппократ, можно представить сегодня таким образом:

1. Каждый пациент должен получать консультативную, лечебно-профилактическую и лечебно-диагностическую помощь по самым высоким и современным стандартам;
2. Не навредить! Отношения врачей с пациентами должны быть честными и конфиденциальными, построены на доверии, а общая цель – достижение наилучших результатов в интересах пациента;
3. Абсолютно недопустимы сексуальные или финансовые домогательства и вымогательства по отношению к пациентам, а гонорары и требования об оплате должны быть только в пределах законности.

Многие вопросы сегодняшней деятельности профессионалов здравоохранения являются прямым следствием нехорошего, вплоть до преступного, отношения медиков к святой профессии «МЕДИЦИНА». Такие понятия в некоторых странах, как «низкая зарплата», «нищенское существование медиков», «за все нужно платить» и многие другие, не могут быть оправданием для наглого и открытого вымогательства со стороны некоторых медиков при оказании им медицинской помощи. Возможно, по всем вышеуказанным причинам общество возмущено и имеет множество претензий не только к медицине, но к системе здравоохранения в целом, что не может не сказываться на отношении со стороны пациентов и населения к медикам.

С целью определения решающих направлений морально-этического поведения профессионала здравоохранения, автором выделяются «10 принципов современной биоэтики в медицине» как элементы медицинской этики и деонтологии нового типа (подробнее о них, см. в с. 21-25 монографии):

1. Клятва медика – компромисс с самым собой!
2. Медицинская этика – забота самого медика!
3. Нужное взаимоотношение для наилучшего воздействия!
4. Кодекс этики – отражение современного мышления и общества!
5. Этика и деонтология – основа пересмотра собственных действий профессионала здравоохранения!
6. Непрерывное и неопределенно долгое самообразование и самосовершенствование – естественное стремление медика!
7. Независимость и профессиональная свобода в медицине, прежде всего!
8. Деятельность медика регулируется законом!
9. «Онлайн (Online) этика» – необходимость для современного медика!
10. Биоэтика и закон – комплексный регулятор медицинских взаимоотношений!

В современном мире нужно рассмотреть более реальные принципы морали в медицине, обязательно включающие в себя нормативно-правовые аспекты общественных отношений. В этой связи биоэтика (принцип «уважения прав и достоинства человека»), в процессе взаимоотношений «Пациент-Медик-Общество», призвана быть тем самым инструментом.

Три положения считаются автором опорой современной медицинской этики и деонтологии, на этапе формирования профессионала-медика:

1. Начиная с медицинских учебных заведений, профессиональные этические принципы формируются и совершенствуются далее в процессе непрерывной самоподготовки. Каждый медик (особенно врач) дает себе клятву сам, и только он сам знает ее суть.
2. Для медика, на практике, соблюдение этических норм и принципов при осуществлении своей медицинской деятельности становится необходимым условием завоевания доверия пациентов, утверждения авторитета.
3. Основа медицинской профессии – это гуманизм, но не следствие страха ответственности за нарушение «клятвы» Гиппократ, а искреннее моральное качество и человеческое чувство.

Раздел 2. Нормативно-правовая регламентация

Непременным условием для здравоохранения в отдельно взятой, стремящейся к развитию и мировой интеграции стране, является развитая социальная политика, закрепленная соответствующим законодательством и материально-техническими ресурсами. Современные профессиональные методы менеджмента и управления здравоохранением являются залогом успеха при применении на практике законодательных основ и любых элементов реформирования.

Прогрессивное развитие многих направлений медицины, сочетающееся с общими изменениями в социально-экономической и политической сферах стран постсоветского пространства требовало, практически сразу после 1991 г., адекватной адаптации и совершенствования не только законодательной сферы системы здравоохранения, но и других, связанных с областью здравоохранения отраслей науки и практики.

Именно законодательно-правовой системе принадлежит важнейшая роль в регулировании многочисленных общественных отношений, возникающих в процессе оказания медицинской помощи. Значительные изменения (за последние годы) нормативно-правовой базы охраны здоровья граждан, целого ряда подзаконных документов, столь необходимых для проведения реформирования здравоохранения, требуют соответствующего изменения менталитета как медицинских работников и населения, так и юристов, работающих в сфере здравоохранения.

Подвергая комплексному исследованию аспекты регулирования деятельности медиков в настоящее время, автор старается определять наиболее принципиальные черты и особенности регламентации, учитывая существующие законодательные акты, и ни в коем случае не внедряясь в правовые тонкости. При необходимости материалы рассматриваются с помощью специалистов права.

Несмотря на значительные изменения, произошедшие за последние годы в области правового обеспечения здравоохранения, существует достаточно большое количество нерешенных вопросов. Именно в этой связи особой актуальностью характеризуются исследования нормативно-правовой регламентации медицинской деятельности, где важное значение имеет изучение правового статуса пациента. Не стоит забывать при этом и о правовом статусе медика.

Принимая во внимание степень важности законодательства каждой страны в решении проблемных вопросов в области здравоохранения, в настоящее время становится необходимостью знание не только своих обязанностей, но и прав каждым рядовым медиком. Понимать, что нарушаются права и молчать – также является серьезным недостатком у медиков наряду с другими нарушениями этически-организационного характера в процессе своей медицинской деятельности.

Другой группе участвующих в сфере оказания медицинских услуг – руководителям медико-диагностических учреждений и департаментов здравоохранения – необходимо относиться к решению конфликтных ситуаций более объективно с точки зрения законодательства и без привязанностей к настроению какого-либо конкретного гражданина или населения в целом.

Знание нормативно-правовой основы своей непосредственной деятельности является гарантией готовности медиков перед вероятными конфликтами со стороны любого субъекта медицинских правоотношений (пациент или его родственник, медик, лечебное учреждение, орган управления здравоохранением). Единственный механизм решения проблем и/или конфликтных ситуаций в области здравоохранения – это закон и профессиональная медицинская экспертная оценка, хотя с этим трудно смириться многим.

Длительный застой в сфере преобразований и некое сопротивление при попытках адаптации законодательства и порядка к современным общепринятым нормам является самой серьезной преградой, т.к. приходится жить и работать по старым порядкам и нынешним возможностям.

В работе медика главным фактором обеспечения юридических гарантий является государство со своей надлежащей законодательной основой и соответствующее отношение к ней со стороны всех субъектов медицинской деятельности. Важно также влияние на данные процессы и общественных организаций, фондов, частных лечебных учреждений и страховых медицинских компаний. В этой связи становится актуальной необходимость передачи в будущем многих экспертных функций независимым профессиональным медицинским организациям.

Общество и государство ответственны перед современным и будущими поколениями за уровень здоровья, а основой для решения всех этих задач в условиях реформирования систем здравоохранения в мире является адаптированное к современным условиям законодательство.

Необходимость развития правовых знаний медиков на сегодняшний день является неоспоримой. Применительно к медицинской деятельности в Украине, в книге акцент также делается на основных, по мнению автора, статьях законодательства Украины. Важно в этом контексте изучение международных нормативно-правовых основ в области здравоохранения (документов Всемирной медицинской ассоциации (ВМА), Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), Международной организации труда (МОТ) и других международных организаций).

Законодательство Украины в области здравоохранения требует постоянного совершенствования наряду с изменениями, которые происходят в жизни государства и общества. При этом, нужно учитывать опыт передовых стран мира и накопленные данные ведущих международных организаций в отрасли. Автор призывает общественность, в частности медицинскую, активнее участвовать в этом процессе: с участием практикующих медиков можно будет улучшить, с точки зрения объективности, а может и облегчить, задачи законодателей и руководителей в отрасли здравоохранения.

В практической медицинской деятельности сегодня наблюдается некая пассивность и страх, что естественным образом тормозит возможность развития правовых знаний медиков, в частности по вопросам о взаимоотношениях «Пациент-Медик-Общество».

Профессионал здравоохранения должен считать своим правом и обязанностью работать в пределах нормативно-правовых требований законодательства в области здравоохранения, включающих сегодня все атрибуты стандартизации и технологизации. Все же, решающими должны быть профессиональные размышления и личная эрудиция с учетом индивидуальных особенностей пациента, и в первую очередь в интересах этого же пациента.

Раздел 3. Выводы

При взаимоотношениях «Пациент-Медик-Общество» вопросы этики, морали, доказательной медицины, стандартизации, диагностики, лечения и профилактики звучат постоянно, но при этом, не всегда отмечается профессиональная связь с реальными требованиями законодательства, общества и самой медицинской профессии. Такая действительность существенным образом влияет и на отрицание некоторых распространенных методик и способов борьбы с заболеваемостью населения, а иногда и на "фанатичность" использования других. Как первое, так и второе утверждение способны повлиять не только на здоровье пациентов, но и на независимость и профессиональную свободу медика, врача в частности, при выполнении своих должностных медицинских обязанностей.

Основные положения, вынесенные автором из данной монографии:

1. Медицинская этика и деонтология, биоэтика, непременно взявшие свое начало во времена Гиппократы, являются большим, чем лозунги и постулаты. Истинные принципы этики и морали медика, особенно врача, в современном своем понимании необходимо внедрять, начиная с этапа медицинского формирования и образования, непрерывно развивать и совершенствовать до конца своей профессиональной деятельности.
2. Доказательная медицина, а на ее основе – стандартизация и технологизация в сфере здравоохранения, является огромным достоянием в современном мире, внедренным в практическую медицину в помощь врачу и в интересах человека-пациента. Самая высококачественная (авторитетная) рекомендация и протокол диагностики или лечения не может являться догмой, а всего лишь руководством к действию.
3. Диагностика, лечение и профилактика болезней имеют сегодня колоссальную научно-техническую, инструментальную и лабора-



торную базу, где интегративные усилия в вопросах лечения и профилактики заболеваний стали необходимостью. Этот же современный научно-технический и развитый мир создает для многих врачей множество препятствий ввиду своей неконтролируемости и распространения, особенно среди пациентов и «псевдопрофессионалов».

4. Любая деятельность, вплоть до управления учреждениями, организациями или людьми нередко порождают конфликтные ситуации. Медицинские взаимоотношения сами по себе являются источником конфликтов, а профессиональный менеджмент является необходимым условием для устранения и предупреждения факторов конфликтности, для создания оптимальной и комфортной рабочей атмосферы сотрудников в лечебно-профилактических учреждениях.

5. Современная медицинская деятельность имеет свою нормативно-правовую основу, закреплённую не только законодательством страны, но и международными нормативными актами. Профессиональная независимость и личная эрудиция, нормы законодательства в зависимости от специализации и имеющейся инфраструктуры – призваны определять сегодня объёмы и границы помощи пациенту в каждой конкретной медицинской ситуации.

Донесением содержания монографии в целом, и этих пяти положений в частности, до своих коллег-медиков автор надеется на переосмысление ими действий (или бездействия), независимо от специальности и направления деятельности в медицинской среде. При составлении данной монографии автор ставил перед собой главную цель: пересмотреть волнующие вопросы сегодняшней медицинской деятельности, с точки зрения личного опыта, в тесной связи с научно-медицинскими и нормативно-правовыми требованиями, не забывая при этом о том, что такая деликатная наука как медицина остается и впредь сложной и непредсказуемой, часто требующей от своих основных участников, врача и пациента, не только взаимопонимания, но и свободы профессиональных действий.

Автор надеется, что читатели сумеют извлечь для себя нужную им информацию. И все же, подчеркивается необходимость проявления активности и самосознания; непрерывно, неопределенно долго совершенствовать свои профессиональные размышления и умения, развиваться и, по возможности, расширять свои знания. Необходимо помнить, что: «за свои права надо бороться, всеми возможными, законными способами»; «работать и далее "как все" нельзя, если медик с этим не согласен»; «руководитель или любой другой "начальник", также как и рядовой медик является субъектом закона (Закон один для всех!)».

Книга «Медицина – наука и искусство в рамках закона» уже сейчас доступна в следующих учреждениях:

- Государственное научное учреждение «Книжная палата Украины имени Ивана Фёдорова»;
- Национальная библиотека Украины им. Ярослава Мудрого;
- Национальная научная медицинская библиотека Украины;
- Национальная библиотека Украины имени В. И. Вернадского.

Автор планирует в скором будущем разместить краткое содержание монографии (на русском и английском языках) в свободном доступе в Интернете, в т.ч. в социальных сетях. Следить за размещением, а также ознакомиться с отдельными ее материалами можно по ссылке: <http://info.medic.today/index/0-4>

Связь с автором: est-vasquez@i.ua

*EUROPEAN ASSOCIATION OF PEDAGOGUES,
PSYCHOLOGISTS AND MEDICS
“SCIENCE”*



International scientific periodical journal

"THE UNITY OF SCIENCE"

Vienna, Austria, 2017

"THE UNITY OF SCIENCE"

VIENNA, AUSTRIA, OCTOBER, 2017