

влияния окружающей развивающей среды на процесс социализации ребенка.

В работах русских педагогов и общественных деятелей развивающая среда рассматривалась как условие самосовершенствования ребенка, как фактор развития личности (П.Ф. Каптерев, Л.Н. Толстой, К.Д. Ушинский и др), при этом проводилась параллель зависимости воспитания от среды. Значение развивающей среды является принципиально важным вопросом в проблеме гендерной социализации ребенка – дошкольника. На основе работ Н.А. Ветлугиной, В.А. Петровского, И.Н. Евтушенко и др. нами было установлено, что авторы под развивающей средой предлагают понимать мир природы, людей, предметно – пространственное окружение, способное обеспечить социально – культурное становление ребенка. Специально организованное образовательное пространство позволяет создать систему развивающих отношений, вызвать у ребенка активность, позволяет не только обогатить процесс познания окружающей действительности, но и развить качества для жизни в обществе.

При построении развивающей среды в дошкольном учреждении следует следовать основным принципам, которые были выделены В.А. Петровским, Л.Н. Стрелковой, Л.М. Клариной и др., активность, эмоциональность, учет возрастных и индивидуальных различий, стабильность, динамичность, гибкое зонирование, открытость – закрытость среды. Кроме выше перечисленных принципов построения развивающей среды С.А. Смирнов выделяет принцип учета возрастных и половых особенностей, то есть построение среды с учетом половых различий, предоставления возможности как мальчикам, так и девочкам проявлять свои склонности в соответствии с принятыми в обществе эталонами мужественности и женственности. Исходя из вышесказанного, мы полагаем, что с целью формирования адекватных полоролевых представлений необходимо стремиться к организации полоразвивающего пространства в ДОУ.

Присутствие второго условия – *сочетание различных видов коллективной деятельности в процессе формирования у детей представлений о полоролевом поведении*, по нашему мнению, обусловлено тем, что в коллективной деятельности ребенок может свободно усваивать и проявлять ценности, нормы и правила поведения в обществе. Именно в коллективной деятельности можно увидеть, насколько качественно детьми усвоены представления о поведении, соответствующем их полу. Кроме того, сочетание разных видов деятельности (в нашем исследовании мы предлагаем использовать игровую и трудовую деятельность) позволит каждому ребенку в разных ситуациях оценить правильность и адекватность своего полоролевого поведения, скорректировать его, если это необходимо.

Введение третьего условия – *сотрудничество ДОУ и семьи с целью формирования представлений о полоролевом поведении детей* – обусловлено тем, что процесс формирования представлений о полоролевом поведении будет успешным в том случае, если педагоги ДОУ и родители объединят свои усилия для достижения общего результата. Для более эффективного сотрудничества с педагогами ДОУ и родителями необходимо проводить специальную предварительную работу по разъяснению важности гендерного воспитания детей, которая может включать разные формы взаимодействия (консультации, круглый стол, теоретический семинар, практикум, оформление тематической газеты, тренинги).

На наш взгляд, реальный социальный эффект результатов научно-исследовательской деятельности по заявленной проблематике будет возможен при отказе от критики системы раздельного и совместного воспитания мальчиков и девочек и от идеи создания изолированных образовательных учреждений. Создавая систему полового воспитания, соответствующую уровню развития общества, следует четко определить задачи каждого этапа становления личности ребенка – дошкольника и устранить противоречия между задачами полоролевого воспитания и общими задачами нравственного воспитания.

Медицинские науки

ДЕСИНХРОНОЗ У БОЛЬНЫХ С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Бурдин В.Н., Мотов И.В., Гребенникова В.В.
*Красноярский государственный медицинский университет
Красноярск, Россия*

Проблема преждевременной и предотвратимой смертности – одна из важнейших составляющих современного демографического кризиса в России, и сердечно-сосудистым заболеваниям здесь принадлежит ведущая роль. Как сказано в

докладе экспертов научного общества по изучению артериальной гипертонии и Всероссийского научного общества кардиологов, артериальная гипертония (АГ) является величайшей в истории человечества неинфекционной пандемией, определяющей структуру сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности. Около 90% всех случаев артериальной гипертонии приходится на гипертоническую болезнь. Гипертоническая болезнь (эссенциальная артериальная гипертония) – это заболевание, ведущим признаком которого является артериальная гипертония, не связанная с какой-либо известной причиной. Около 10%

всех случаев артериальной гипертензии составляют симптоматические (вторичные) формы, которые обусловлены патологией почек и почечных сосудов, эндокринной системы, коарктацией аорты и другими причинами. По данным экспертов научного общества по изучению артериальной гипертензии, распространенность АГ ($\geq 140/90$ мм рт ст) в России составляет среди мужчин 39,2% и среди женщин 41,1%. Женщины лучше, чем мужчины, информированы о наличии у них заболевания (58,9 % против 37,1 %), чаще лечатся (46,7 % против 21,6 %), в том числе эффективно (17,5 % против 5,7 %). У мужчин и женщин отмечается отчетливое увеличение АГ с возрастом. Среди мужчин до 40 лет лекарственную терапию получают только 10 % больных АГ, в последующих возрастных группах этот показатель увеличивается до 40 % у больных 70-79 лет. Эффективность лечения АГ у мужчин практически не зависит от возраста и колеблется от 4 до 7 %. По данным национальной статистики РФ, смертность от патологии сердечно-сосудистой системы (ССС) среди мужчин в возрасте от 45 до 74 лет составляет 46,6%, из которых на долю осложненный ГБ, таких как ИБС, инсульты головного мозга, приходится 87,5%. Среди женщин того же возраста, смертность от патологии ССС составляет 53,4%, из которых на долю осложнений ГБ приходится 85%. В целом полученные данные свидетельствуют о высокой распространенности артериальной гипертензии в российской популяции, недостаточном назначении лекарственной терапии больным АГ и катастрофически низкой ее эффективности (8,9 %).

На данный момент существует только симптоматическая терапия ЭАГ, требующая пожизненного применения ряда гипотензивных препаратов. За последние десятилетия отмечается неуклонный рост числа больных ГБ, как в РФ, так и во всем мире. Как известно, для развития любого заболевания необходимы условия и причины возникновения данной патологии, которые в свою очередь, запускают иницирующее звено патогенеза. На данный момент известен ряд условий и причин, способствующих возникновению ЭАГ, но иницирующее звено до сих пор не известно. Даже само название ЭАГ подчеркивает неизвестность этиологии данного заболевания. На данный момент существует ряд теорий возникновения ЭАГ. Доминирующей считается теория Г.Ф. Ланга и А.Л. Мясникова. Нейрогенная теория происхождения АГ, созданная Г.Ф. Лангом в 40-х годах в послеблокадном Ленинграде, характеризовала артериальную гипертензию (АГ) как «невроз высших нервных центров, регулирующих артериальное давление, причем застойность раздражительных процессов в этих центрах развивается под влиянием длительных заторможенных отрицательных эмоций и аффектов». Сам автор признавал некоторую ограниченность своей теории, указывая, что «только с этой точки

зрения объяснить патогенез гипертонии нельзя». Люди, пережившие долговременный и сильный психоэмоциональный стресс (к примеру, участники боевых действий), хоть и довольно часто, но не всегда страдают ГБ. С возрастом общая возбудимость ЦНС, и тем более наличие в коре больших полушарий и вегетативных центрах очагов застойного возбуждения, падает. Хотя риск заболевания ЭАГ с возрастом только увеличивается. Многие из больных ЭАГ не подвергались сильным или длительным психоэмоциональным стрессам. Мы же рассматриваем ЭАГ как заболевание, связанное с дезадаптацией циркадианной ритмики человека. Это состояние было названо нами десинхронозом. Методами исследования явились: определение хронотипа больных ЭАГ при помощи хронотеста Хайдена и специального хронотеста, разработанного авторами специально для определения хронотипа и его подвида, состояния синхронизации, степени и уровня десинхроноза, исследование показателей гемодинамики с помощью аппарата СМАД. Всего нами было обследовано 697 больных. При мониторинговании больных ЭАГ были выведены ритмы синхронизации и десинхронизации динамики АД и физической активности. В случаях впервые возникшей ЭАГ наблюдаются графики АД, в общем соответствующие норме физической активности, но с появлением нескольких пиков повышения АД во время, не синхронизированное с физической активностью. У людей с гипертензией иногда отмечаются хаотичные графики АД. Но в большинстве случаев мы отмечали динамику АД.

Хронобиологические исследования других авторов выяснили, что основным регулятором циркадианной ритмики является гормон мелатонин (индол-N-ацетил-5-метокситриптамиин), предшественником которого является серотонин. Вырабатывается мелатонин тогда, когда сетчатка глаза не воспринимает свет. Согласно полиосцилляторной теории циркадиантных ритмов (предложенной в 1961 году Питтендраем) первичным пейсмейкером, синхронизирующим ритмы вторичных (некоторые структуры мозга, к которым относятся полосатое тело, контролирующее моторику и психические процессы, гиппокамп, связанный с организацией эмоционально-мотивационного поведения) и третичных (внутренние органы) пейсмейкеров, являются супрахиазматические ядра гипоталамуса (СХЯ). Это объясняет взаимосвязь СХЯ и стимулирующего эффекта симпатического нерва, а так же высвобождения катехоламинов, глюкокортикоидов и т.д. Это в свою очередь объясняет повышение и понижение АД в ритмической последовательности. Патологоанатомические исследования показали, что в пожилом возрасте наблюдаются дегенеративные изменения СХЯ, иногда сопровождающиеся их полной инволюцией. Это объясняет наличие хаотичной динамики повышения АД у некоторых больных и риск развития ЭАГ с воз-

растом. Далее, рассмотрим патогенез ЭАГ: «растормаживание» сосудодвигательного центра ведет к спазму сосудов, что вызывает повышение АД само по себе и через повышение чувствительности к катехоламинам. Спазм сосудов ведет к гипоксии тканей, что с одной стороны повышает секрецию АКТГ и увеличивает выброс глюкокортикоидов, а с другой активирует РААС, что тоже повышает АД. Также при ЭАГ растет прямое стимулирующее влияние симпатического нерва, что тоже увеличивает АД. Мелатонин снимает напряжение в вегетативных центрах и коре головного мозга, расширяет сосуды, оказывает кардиопротекторное действие, понижает выброс стрессовых гормонов, тормозит РААС. Иными словами, действует на все звенья патогенеза сразу.

Выводы: 1. Эссенциальная артериальная гипертензия, в большинстве случаев представляет собой процесс дезадаптации по отношению к циркадианному ритму, являющийся эндогенным десинхронозом, возникающим либо при нарушении нормального ритма функционирования периферических органов, либо при нарушении ритмогенной функции центральных структур фотопериодизма. При появлении десинхроноза у больных с симптоматической гипертензией можно утверждать о комбинированной гипертензии.

2. Рассматривается возможность использования мелатонина в комплексе мер, направленных на восстановление циркадианной ритмики, как метода лечения эссенциальной артериальной гипертензии, обусловленной десинхронозом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бурдин В.Н., Мотов И.В., Гребенникова В.В., Новицкий И.А. /Десинхроноз в нозологии эссенциальной гипертензии./ Научно-технический журнал РАЕ «Современные проблемы науки и образования», г. Москва 2008, № 6 с. 125-129.

ЗАВИСИМОСТЬ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА ОТ СТЕПЕНИ ПРОТРУЗИИ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ

Олейник А.А., Олейник Е.А.

*Белгородский государственный университет,
медицинский факультет
Белгород. Россия*

Применение в комплексе обследования больных с поясничным остеохондрозом метода МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника дает возможность выявления даже незначительных, начальных изменений в межпозвонковых дисках. Это позволяет тщательнее изучить

все возникающие поражения межпозвонковых дисков и более детально сопоставить их с клиническими проявлениями данного заболевания позвоночника.

При изучении 1848 магнитно-резонансных томограмм пояснично-крестцового отдела позвоночника выявлено, что поражение только одного межпозвонкового диска имело место у 488 пациентов (26,4%). Патология двух межпозвонковых дисков отмечена у 567 больных (30,7%), а трех - у 610 человек (33,0%). Изменения четырех межпозвонковых дисков обнаружено у 146 больных (7,9%), а пяти - всего у 37 пациентов (2,0%). Следовательно, при поясничном остеохондрозе моносегментарное поражение межпозвонковых дисков имеет место примерно у четверти больных (488 человек, 26,4%). В большинстве же случаев (1360 пациентов, 73,6%) изменения в очаге остеохондроза носят полисегментарный характер.

Анализ клинической картины у 488 больных с поражением только одного межпозвонкового диска позволил установить существование возможной зависимости тех или иных клинических проявлений при поясничном остеохондрозе от степени протрузии межпозвонковых дисков. Больные с изменениями одного межпозвонкового диска были разделены на 2 группы. Первая группа - 211 человек (43,2%) с наличием только рефлекторных неврологических синдромов, когда измененный межпозвонковый диск вызывает лишь ирритативное воздействие. Вторая группа - 277 пациентов (56,8%) с клинической картиной компрессионного корешкового синдрома. При этом возникновение гипестезии в зоне иннервации компримированного корешка спинномозгового нерва рассматривалось как начальное проявление компрессионного синдрома.

Оказалось, что протрузия межпозвонкового диска у всех больных первой группы не превышала 4 мм. У пациентов второй группы протрузия диска в 256 случаях (92,4%) составила более 4 мм. У 21 человека (7,6%) величина протрузии межпозвонкового диска была равной 4 мм, однако у них был выявлен стеноз позвоночного канала либо межпозвонковых отверстий.

Принимая во внимание полученные данные о том, что протрузия межпозвонкового диска до 4 мм вызывает ирритацию корешка спинномозгового нерва, а выпячивание более 4 мм его компрессию и учитывая возможность различных сочетаний воздействия измененных межпозвонковых дисков в очаге остеохондроза на содержимое позвоночного канала, были выявлены клинико-лучевые критерии различий трех видов очага остеохондроза:

- 1) ирритативного,
- 2) компрессионного,
- 3) компрессионно-ирритативного.