

возможность как скорректировать неоправданно утрируемое значение частных сведений, так и понять педагогику в качестве инвариантной формы социализации человека. **1.2.** Философия, особенно социальная, будучи акцентированно-личностной формой мироотношения, прежде всего обращена к члену социума – личности – как субъекту, а не только как к объекту педагогики. **1.3.** Однако социальность должна трактоваться философски грамотно, распространяясь и на деятельности, не сосредоточенные непосредственно на социальной сфере; так, давая инженерное образование, педагогика должна специфически развивать атрибутивные качества личности обучаемого. **2.** *Внедрение новых образовательных технологий и принципов* подразумевает педагогический акцент на инновациях и новациях, на творчестве, как умения и навыках новаторского мышления и внедрения. С учетом обозначенных тре-

бований, а также конкретных индивидуальных и типолого-групповых особенностей обучаемых, ориентируем образование на четыре инвариантные диалектические качества конструктивного преобразования креативного мировосприятия в соответствующую дальнейшую деятельность: **2.1.** продуктивное дистанцирование субъекта от дотворческих форм активности и непосредственного эмпирического содержания знаний и проблемы – в направлении конструирования нового атрибутивного восприятия; **2.2.** наличие внутренней достоверности прогностически-нового; **2.3.** собственно конструктивация ("аполлонический" принцип) атрибутивного и объективная верификация; **2.4.** атрибутивно-конструктивное достраивание, как результирующий этап творчества.

Автор приглашает обращаться с отзывами и вопросами по Email: [vichief@sandy.ru](mailto:vichief@sandy.ru)

### Медицинские науки

#### ОЦЕНКА ЛИЧНОСТНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ ВРАЧА В КОНТЕКСТЕ ГОТОВНОСТИ К ДЕЙСТВИЯМ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЯХ

Доника А.Д., Поройский С.В.

Волгоградский государственный медицинский  
университет  
Волгоград, Россия

Актуальность проблемы подготовки врачей разного профиля к деятельности в экстремальных условиях обусловлена ростом чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера в современных реалиях. Для оценки формирования личностных компетенций, характеризующих готовность врачей к деятельности в экстремальных ситуациях, мы проводили исследование психоэмоционального статуса студентов медицинского вуза в динамике обучения с использованием методики «Уровень невротизации и психопатизации» Л.Л.Дмитриевой, 1990 г. по шкале невротизации, в которой учитывались четыре подшкалы: астении, депрессии, тревоги, ипохондрии.

Полученные результаты демонстрируют значительную распространенность субклинических уровней невротических состояний (СУНС) среди студентов. Среди *девушек* чаще регистрируются СУНС по шкале тревоги и астении. Наибольшее число студенток-девушек с СУНС тревожного характера отмечено на втором и шестом годах обучения (80,2% и 72,9 %;  $p < 0,05$  - между показателями других лет обучения). Среди *юношей* также чаще регистрируются лица с СУНС по шкале тревоги и астении, без четких тенденций – в среднем у 38-44%. Значительно меньше юношей с СУНС по шкале ипохондрии и депрессии (до 4,9% на 4 курсе). В целом распространен-

ность СУНС у юношей ниже, чем у девушек ( $p < 0,05$  для 2, 4 и 6 курсов).

Клинические уровни невротических расстройств (КУНС) имеют сходные характеристики. У *девушек* преобладают КУНС по шкале астении (до 26,7% на 6 курсе), в меньшей степени – тревоги (до 14,0% на 2 курсе), незначительно – ипохондрии (до 10,0% на 2 курсе) и практически отсутствуют по шкале депрессии (0-4,8%). В целом у студентов преобладают невротические проявления по шкале астении и тревоги. Распространенность КУНС по шкале астении у девушек выше, чем у юношей ( $p < 0,05$  для 2,4,6 курсов обучения). Обращает внимание, что в период обучения наблюдается негативная динамика – тенденция к росту невротизации у студентов на 6 курсе, более выраженная у девушек.

Полученные результаты свидетельствуют о невысоком уровне личностных компетенций, требующих высокой нервно-эмоциональной устойчивости в экстремальных ситуациях, и целесообразности проведения мероприятий медико-психологического сопровождения на додипломной стадии профессионального образования.

#### НАРУШЕНИЯ ОСАНКИ В САГИТАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ

Музурова Л.В., Злобин О.О.

ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ  
им. В.И. Разумовского Росздрава»  
Саратов, Россия

В сагиттальной плоскости существуют следующие типы патологических осанок: круглая спина, плоская спина, кругло-вогнутая и плоско-вогнутая спина.

**Круглая спина** характеризуется уменьшением изгибов шейного, и особенно пояснично-

го отделов, и увеличением физиологического изгиба грудного отдела позвоночного столба. Наиболее характерными признаками являются наклоненная вперед голова, свисающие плечи, крыловидные лопатки, дугообразная спина, выпяченный живот, уплощенные ягодицы, уменьшенный угол наклона таза, слегка согнутые в коленях ноги, иногда согнутые в локтях руки. При круглой спине связки и мышцы спины растянуты. Выделяют ряд морфологических признаков, связанных с круглой спиной: западая грудная клетка, дугообразная спина, несколько свисающий живот. Все это вызывает нарушение деятельности внутренних органов. Растянутые связки и мышцы спины вследствие слабости не обеспечивают максимальное разгибание позвоночника, что отражается на глубине вдоха и уменьшении дыхательной экскурсии грудной клетки. Укороченные брюшные мышцы плохо растягиваются и затрудняют экскурсию диафрагмы, что снижает жизненную емкость легких и понижает колебания внутрибрюшного давления. Неполноценная экскурсия грудной клетки и связанное с этим поверхностное дыхание приводят к уменьшению присасывающей силы грудной клетки и, следовательно, затрудняют работу сердца. Связанное с этим понижение окислительных процессов отражается на деятельности органов пищеварения. В связи с неблагоприятным воздействием круглой спины на функциональное состояние внутренних органов необходимо как можно раньше начать борьбу с этим дефектом осанки, используя для этой цели как профилактические средства, так и систематические упражнения. Запущенные формы круглой спины приобретают устойчивый характер и весьма трудно поддаются исправлению, переходя в более сложные аномалии позвоночника.

**Кругло-вогнутая спина** - встречается наиболее часто из других дефектов осанки в сагиттальной плоскости. Этот тип осанки характеризуется увеличением физиологических изгибов в переднезаднем направлении. В верхней половине туловища изменения почти те же, что и при круглой спине, в нижней же половине происходят противоположные изменения. Вследствие увеличения угла наклона таза увеличивается поясничная кривизна, поясничная область сильно прогнута вперед, брюшная стенка растянута (отвислый живот), что может служить причиной опущения органов брюшной полости.

**Плоская спина** характеризуется уменьшением физиологических изгибов позвоночника и даже иногда перемещением их. В норме наиболее глубокое западение поясничного лордоза находится на уровне III поясничного позвонка, а на уровне XII грудного позвонка уже заметен переход поясничного лордоза в грудной кифоз с вершиной его на VI позвонке. При плоской же спине нижняя половина поясничного отдела позвоночника представляется плоской, и только с III по-

звонка начинается небольшой лордоз, который простирается до VIII грудного позвонка, откуда начинается незначительный кифоз. Иногда вместо поясничного лордоза наблюдается кифоз, что может служить указанием на рахит в раннем возрасте. При плоской спине физиологические изгибы, особенно в поясничной области позвоночника, стертые, и поэтому рессорная функция его снижена, что отрицательно сказывается на состоянии спинного и головного мозга при беге, прыжках и других передвижениях. Основной первопричиной уплощения позвоночника является недостаточный наклон таза. Грудная клетка уплощена, узкая. Мышцы спины ослаблены, лопатки чаще всего отстоят от позвоночника.

**Плоско-вогнутая спина** является вариантом плоской спины, встречается редко. Этот вид осанки имеет черты сходства с плоской спиной, но в ряде случаев усиливается крестцово-поясничный лордоз. Таз сильно наклонен вперед и смещен кзади. Сильно выпячены кзади ягодицы. Поясничная область значительно втянута, грудная же и шейная части представляются уплощенными. Указанные патологические изменения при плоско-вогнутой спине создают функциональную неполноценность позвоночника.

#### **ВЛИЯНИЕ ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛЕЙ НА АПОПТОЗ ГЕПАТОЦИТОВ**

Нурмагомаев М.С., Магомедова З.С.,  
Нурмагомаева З.С.

*Дагестанская государственная  
медицинская академия  
Махачкала, Россия*

Детальное рассмотрение механизмов апоптоза в клетках иммунной системы печени и в паренхимальных клетках печени в настоящее время практически не изучено.

В данной работе пытались проанализировать общий иммунный статус больных хроническими гепатитами различной этиологии и сравнить его с локальным иммунным статусом ткани печени, полученной при чрезкожной биопсии. Конечной целью было установление участия клеток иммунной системы в развитии некротического повреждения ткани печени, последующего воспаления и фиброзирования.

Для изучения функциональных особенностей клеток иммунной системы больных использовалась периферическая кровь и материал биоптата печени.

Фактор некроза опухолей TNF- $\alpha$ , продуцируемый клетками Купфера, вызывает некроз и/или апоптоз гепатоцитов и других клеток печени. Сигналы гибели клеток проводятся через рецепторы TNF-R1, -R2, TRAIL и другие рецепторы семейства TNF на мембранах клеток.

Полученные данные указывают на повышение чувствительности клеток печени к TNF-