

клетка – орган – организм. Такова элементарная схема общего устройства человека, которую вряд ли можно еще больше упростить. Но можно в той или иной мере, тем или иным способом расширить по усмотрению исследователя. Тело человека имеет квазисегментарное устройство: корпоральные сегменты сращены в разной степени, особенно на периферии, их «осевой скелет» образуют ветви аорты и сопровождающие их вены, лимфатические сосуды и нервы. Сегментарный морфогенез тела человека начинается с сомитов эмбриона. Метамерия позднее утрачивается в той или иной мере. При этом сегментация тела сохраняется, даже нарастает, хотя и видоизменяется. Сама неполная первичная, продольно-осевая сегментация эмбриона человека (парахордальные сомиты) трансформируется во вторичную, продольно-радиальную квазисегментацию путем разделения его тела на периферические комплексы дефинитивных органов в процессе все более неравномерного роста сомитов и других органов, ресегментирующего тело с адекватными изменениями сосудов и нервов.

**ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ
РЕАБИЛИТАЦИИ
ИНВАЛИДИЗИРОВАННЫХ ЛИЦ
В УСЛОВИЯХ ЛПУ**

Рослякова Л.Л.

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Курской области», Курск,
e-mail: roslayakll@mail.ru*

Последние годы на территории РФ отмечается устойчивая тенденция к увеличению количества инвалидизированных лиц, получивших впервые наиболее тяжелую – первую группу инвалидности. За последние восемь лет этот показатель увеличился в 1,7 раза, что требует модернизации методов организации лечебно-реабилитационного процесса на всех уровнях [1]. Отмечается, что в структуре нозологических форм заболеваний граждан с временной нетрудоспособностью и инвалидизированных лиц злокачественные новообразования, болезни системы кровообращения, костно-мышечной, нервной систем, цереброваскулярная патология занимают лидирующие позиции [2, 3].

Таким образом, целесообразно введение в ЛПУ амбулаторно-поликлинического звена следующих организационных изменений: курирование пациентов с хронической патологией должно осуществляться индивидуализировано одним лечащим врачом, имеющим представление о периодах возможных обострений; у пациентов указанных, потенциально инвалидизирующих, нозологических форм заболеваний, время контрольного посещения ЛПУ должно формироваться врачом самостоятельно, с ис-

пользованием систем электронного документооборота.

Список литературы

1. Михайлова Е.Н., Михайлов И.В., Разиньков Д.В., Халилов М.А. Медико-социальная экспертиза: современные аспекты правового регулирования // Вестник новых медицинских технологий (Электронное издание). – 2014. – № 1. – URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2014-1/4924.pdf> (дата обращения 15.10.2014).

2. Михайлов И.В., Халилов М.А., Курочкина О.А., Ярош Т.Г., Снимщикова А.Д. Анализ структуры заболеваний с временной утратой трудоспособности лиц, проживающих в условиях напряженного магнитного поля, формируемого Курской магнитной аномалией // Вестник новых медицинских технологий (Электронное издание). – 2014. – № 1. – URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2014-1/4934.pdf> (дата обращения 15.10.2014).

3. Михайлов И.В., Халилов М.А., Курочкина О.А., Ярош Т.Г., Снимщикова А.Д. Причины и структура первичного выхода на инвалидность лиц, проживающих в условиях напряженного магнитного поля // Вестник новых медицинских технологий (Электронное издание). – 2014. – № 1. – URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2014-1/4935.pdf> (дата обращения 15.10.2014).

**НЕКОТОРЫЕ ДАННЫЕ
МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОГО ОТБОРА
КАНДИДАТОВ В СБОРНУЮ КОМАНДУ
НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ
ПО СПОРТИВНОЙ АЭРОБИКЕ**

Филиппова Ю.С., Головин М.С.

*Новосибирский государственный
педагогический университет, Новосибирск,
e-mail: 3348691@gmail.com*

Занятия спортом представляют собой единство трёх составляющих: спортивный отбор, тренировка и соревнование [3]. Спортивный отбор – длительный, многоступенчатый процесс. *Первый уровень* – начальный отбор для выявления детей (в большинстве видов спорта это возраст 9–14 лет), обладающих потенциальными способностями к успешному овладению конкретным видом спорта. *Второй уровень* – углубленный отбор для выявления перспективных юношей и девушек (возраст 16–17 лет), обладающих высоким уровнем способностей к данному виду спорта и склонностями к определенной специализации.

Третий уровень – отбор для выявления и зачисления кандидатов (возраст 18–20 лет) в коллективы спортсменов высокой квалификации. Отбор осуществляется на основе изучения тренировочной и соревновательной деятельности, тестирования и обследования во время специально проводимых для этого учебно-тренировочных сборов. *Четвертый уровень* – отбор для выявления спортсменов в различные сборные команды (страны, регионов, ведомств и др.), для определения участников ответственных соревнований. С этой целью анализируется информация о тренировочной и соревновательной деятельности спортсмена в своем клубе, в сборной команде, изучается соревновательная деятельность на национальных чемпионатах, на учебно-тренировочных сборах [1].

В июне 2014 года в антропологической лаборатории морфо-функциональной диагностики «Научно-исследовательского института Безопасности и Здоровья» НГПУ было проведено обследование кандидатов в сборную команду области по спортивной аэробике (6 мужчин и 22 женщины в возрасте от 18 до 27 лет, имеющих спортивные разряды от I взрослого до мастера спорта международного класса). Перед нами стояла задача выявить наиболее перспективных спортсменов с точки зрения морфо-функциональных характеристик. Необходимо было отобрать лучших кандидатов из имеющихся, которые смогут показать хороший результат на соревнованиях в ближайшие два года [2].

Спортивная аэробика (aerobic gymnastics) – вид спорта, который наряду со спортивной гимнастикой, художественной гимнастикой, акробатикой и прыжками на батуте относится к гимнастическим дисциплинам и входит в федерацию гимнастики (International Gymnastics Federation). Имеющиеся в литературе данные и результаты наших предыдущих исследований позволяют сравнивать изучаемых спортсменов

с модельными характеристиками для данного вида спорта. К **морфологическим особенностям** следует отнести средний рост, выраженную мышечную массу, сниженное количество жирового компонента, пропорциональное телосложение. Функциональные особенности: парасимпатикотония, хорошая восстанавливаемость после нагрузок, показатели физической работоспособности и максимального потребления кислорода выше среднего уровня. Хорошая общая физическая подготовленность [4, 5, 6].

Во время учебно-тренировочных сборов оценку физической подготовленности (ФП) проводили тренеры, работающие с данным контингентом, и группы экспертов из числа ведущих специалистов Новосибирской области. В перечень тестов ФП были включены по 5 упражнений общей физической и специальной физической подготовленности, а также выполнение 10 элементов из групп сложности.

Исследование результатов проводилось в смешанной группе мужчин и женщин, т.к. по правилам соревнований выступления в трио и группе оцениваются вне зависимости от полового состава команд (таблица).

№ п/п	*Имя спортсмена квалификация	Пол	АМТ%	Рейтинг	ФР ₁₇₀ /кг, кг·м/мин·кг	Рейтинг	МПК/кг, мл/мин/кг	Рейтинг	Рейтинг ФП	Общий рейтинг
Модельное значение			80,5 ± 1,4		14,45 ± 0,8		49,48 ± 3,46			
1	КК-МС	м	91,2	1	18,6	1	60,6	1	1	1
2	БВ-МС	м	85,9	3	16,0	3	59,7	2	4	2
3	ПК-МС	м	90,1	2	15,3	4	50,9	4	7	3
4	АТ-МС	м	85,6	4	17,5	2	53,8	3	9	4
5	БЕ-МС	ж	85,0	7	14,9	6	43,3	7	2	5
6	КТ-МС	ж	81,0	15	15,2	5	43,6	6	8	6
7	ГА-КМС	ж	85,4	5	12,8	12	37,3	14	5	7
8	КЕ-МС	ж	84,3	9	14,6	8	44,9	5	16	8
9	КО-КМС	ж	83,3	11	13,4	10	37,6	12	8	9
10	КА-МС	ж	82,3	13	12,2	17	40,9	10	3	10
11	ЧЕ-МСМК	ж	84,2	10	14,4	9	41,7	9	17	11
12	ТТ-КМС	ж	78,3	20	14,7	7	42,1	8	10	11
13	СА-1	ж	84,9	8	13,1	11	37,6	13	14	12
14	РВ-КМС	м	79,8	18	12,6	13	39,2	11	13	13
15	ПА-КМС	ж	85,1	6	11,6	19	32,9	20	11	14
16	ГА-КМС	ж	79,8	19	11,6	20	36,6	15	6	15
17	ЛЕ-КМС	ж	80,8	16	12,4	14	35,3	18	14	16
18	ГС-КМС	ж	80,0	17	12,3	16	35,8	17	20	17
19	ЮТ-МС	ж	77,6	22	12,4	15	36,1	16	12	17
20	БВ-МС	ж	81,8	14	10,9	25	30,1	24	10	18
21	АА-КМС	ж	78,9	21	12,0	18	33,5	19	16	18
22	ГЕ-КМС	ж	82,8	12	10,9	26	30,8	22	18	19
23	АК-МС	ж	77,5	23	11,6	21	31,8	21	18	20
24	ЗА-КМС	ж	75,3	24	11,1	23	29,9	25	15	21
25	ОА-1	ж	74,2	25	11,3	22	30,1	23	17	21
26	ЧИ-1	ж	72,9	26	11,1	24	29,7	26	20	22
27	ТВ-1	ж	70,5	27	10,3	27	28,1	27	19	23

Примечание. *Имя спортсмена – это первые буквы фамилии и имени, 1 – 1 спортивный разряд, КМС – кандидат в мастера спорта, МС – мастер спорта, МСМК – мастер спорта международного класса.

В результате проведенного исследования были выявлены перспективные спортсмены для включения в сборную команду Новосибирской области, а также спортсмены, имеющие не достаточно высокие показатели, что необходимо будет учесть при составлении индивидуальной тренировочной программы. Неоспоримое преимущество мужчин по сравнению с женщинами по морфо-функциональным показателям, подтвержденное и в данном исследовании, в соответствии с правилами соревнований, пытаются нивелировать понижающим коэффициентом для оценки сложности.

Таким образом, важным направлением современных исследований по повышению эффективности подготовки спортсменов является внедрение в практику тренировочного процесса

отечественных спортсменов современных, научных методов исследований.

Список литературы

1. Баландин В.И., Бдулов Ю.М., Плахтиенко В.А. Прогнозирование в спорте. – М.: ФиС, 2006. – 192 с.
2. Брянкин С.В. Жданов Л.Н. Шустин Б.Н. Спортивный отбор и ориентация. – Смоленск: СГИФК, 1997. – 68 с.
3. Основы теории и методики физической культуры / под ред. А.А. Гужаловского. – М.: ФиС, 1986. – 352 с.
4. Филиппова Ю.С. Физиологические основы занятий спортивной аэробикой (с практическими рекомендациями) – Новосибирск: Параллель, 2006. – 100 с.
5. Минева М. Изследване и оптимизиране на обучение-то и тренировката по спортна аеробика: автореф. дис. ... д-ра на науките. – София, 2012. – 60 с.
6. Modelação do Sucesso Desportivo: Perfil Morfo-Funcional e Psicológico Em Ginástica Aeróbica Desportiva / Maria Alexandra Soares Dos Reis Graça Da Ponte Barroso; Orient. Maria Isabel Caldas Januário Fragoso. Lisboa: [s.n.], 2004 XIII, 213, [37] p.: il.

Педагогические науки

О ПОДГОТОВКЕ СПЕЦИАЛИСТОВ ДЛЯ ВСЕРОССИЙСКОЙ СЛУЖБЫ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ

Грушко Г.В., Линченко С.Н., Горина И.И.

*Кубанский государственный медицинский
университет, Краснодар,
e-mail: galina_grushko@mail.ru*

Актуальной задачей совершенствования Всероссийской службы медицины катастроф (ВСМК) является подготовка на качественно новом уровне медицинских специалистов, способных грамотно и квалифицированно организовать и выполнить сложный объем работ по медицинскому обеспечению населения в условиях чрезвычайных ситуаций (ЧС) [1].

В очагах стихийных бедствий, аварий, катастроф складывается, как правило, нестандартная обстановка, совершенно отличная от повседневных условий деятельности органов практического здравоохранения. Она определяется, во-первых, спецификой действующих поражающих факторов, во-вторых, массовостью санитарных потерь и, как следствие, диспропорцией между потребностью населения в медицинской помощи и возможностью ее своевременного оказания в оптимально достаточном объеме. Подобная ситуация требует не только организованности действий, но и диктует необходимость использования особых форм и методов работы медицинского персонала [2]. К сожалению, опыт ликвидации медицинских последствий ряда ЧС показывает, что работники системы здравоохранения, привлекаемые в качестве сотрудников формирований экстренной медицинской помощи, в реальных условиях нередко проявляют растерянность, недостаточную эффективность, действуют бессистемно, допуская ошибки организационного, либо лечебно-диагностического характера.

Причинами этих недостатков являются, с нашей точки зрения, следующие факторы:

недостаточный объем часов, отведенных вопросам медицины катастроф согласно действующим образовательным стандартам медицинских специальностей;

сокращение объема часов и нелогичное разделение дисциплин «Медицина катастроф, безопасность жизнедеятельности», «Безопасность жизнедеятельности, медицина катастроф» по семестрам обучения (1 и 5 курсы, либо 2 и 6 курсы согласно учебным планам специальностей по Федеральным государственным образовательным стандартам высшего профессионального образования 3-го поколения [3]), не способствующее последовательному их изучению обучающимися;

недостаточное знание врачами гражданского практического здравоохранения современной системы организации лечебно-эвакуационного обеспечения населения в ЧС;

недостаточное знание специфики поражающих факторов, свойственных ЧС;

недостаточно полные знания в области патогенеза, клиники, диагностики и лечения многообразных форм поражения при ЧС;

недостаточный практический опыт работы (либо его отсутствие) по оказанию экстренной медицинской помощи в условиях ЧС;

отсутствие должной психологической подготовки врачебных кадров к действиям в очагах широкомасштабных катастроф;

недостаточно полное обобщение и использование опыта ликвидации медицинских последствий ЧС в процессе подготовки специалистов.

В целях кардинального решения проблемы подготовки кадрового состава ВСМК и усиления системы гражданского практического здравоохранения как на уровне персонала лечебно-профилактического звена, так и на уровне