

МОЛОДОЙ УЧЁНЫЙ

ISSN 2072-0297

МЕЖДУНАРОДНЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ



5 2026
ЧАСТЬ II

16+

Молодой ученый

Международный научный журнал

№ 5 (608) / 2026

Издается с декабря 2008 г.

Выходит еженедельно

Главный редактор: Ахметов Ильдар Геннадьевич, кандидат технических наук

Редакционная коллегия:

Жураев Хусниддин Олтинбоевич, доктор педагогических наук (Узбекистан)
Иванова Юлия Валентиновна, доктор философских наук
Каленский Александр Васильевич, доктор физико-математических наук
Кошербаева Айгерим Нуралиевна, доктор педагогических наук, профессор (Казахстан)
Куташов Вячеслав Анатольевич, доктор медицинских наук
Лактионов Константин Станиславович, доктор биологических наук
Сараева Надежда Михайловна, доктор психологических наук
Абдрасилов Турганбай Курманбаевич, доктор философии (PhD) по философским наукам (Казахстан)
Авдеюк Оксана Алексеевна, кандидат технических наук
Айдаров Оразхан Турсункожаевич, кандидат географических наук (Казахстан)
Алиева Тарана Ибрагим кызы, кандидат химических наук (Азербайджан)
Ахметова Валерия Валерьевна, кандидат медицинских наук
Бердиев Эргаш Абдуллаевич, кандидат медицинских наук (Узбекистан)
Брезгин Вячеслав Сергеевич, кандидат экономических наук
Данилов Олег Евгеньевич, кандидат педагогических наук
Дёмин Александр Викторович, кандидат биологических наук
Дядюн Кристина Владимировна, кандидат юридических наук
Желнова Кристина Владимировна, кандидат экономических наук
Жуйкова Тамара Павловна, кандидат педагогических наук
Игнатова Мария Александровна, кандидат искусствоведения
Искаков Руслан Маратбекович, кандидат технических наук (Казахстан)
Калдыбай Кайнар Калдыбайулы, доктор философии (PhD) по философским наукам (Казахстан)
Кенесов Асхат Алмасович, кандидат политических наук
Коварда Владимир Васильевич, кандидат физико-математических наук
Комогорцев Максим Геннадьевич, кандидат технических наук
Котляров Алексей Васильевич, кандидат геолого-минералогических наук
Кузьмина Виолетта Михайловна, кандидат исторических наук, кандидат психологических наук
Курпаяниди Константин Иванович, доктор философии (PhD) по экономическим наукам (Узбекистан)
Кучерявенко Светлана Алексеевна, кандидат экономических наук
Лескова Екатерина Викторовна, кандидат физико-математических наук
Макеева Ирина Александровна, кандидат педагогических наук
Матвиенко Евгений Владимирович, кандидат биологических наук
Матроскина Татьяна Викторовна, кандидат экономических наук
Матусевич Марина Степановна, кандидат педагогических наук
Мусаева Ума Алиевна, кандидат технических наук
Насимов Мурат Орленбаевич, кандидат политических наук (Казахстан)
Паридинова Ботагоз Жаппаровна, магистр философии (Казахстан)
Прончев Геннадий Борисович, кандидат физико-математических наук
Рахмонов Азизхон Боситхонович, доктор педагогических наук (Узбекистан)
Семахин Андрей Михайлович, кандидат технических наук
Сенцов Аркадий Эдуардович, кандидат политических наук
Сенюшкин Николай Сергеевич, кандидат технических наук
Султанова Дилшода Намозовна, доктор архитектурных наук (Узбекистан)
Титова Елена Ивановна, кандидат педагогических наук
Ткаченко Ирина Георгиевна, кандидат филологических наук
Федорова Мария Сергеевна, кандидат архитектуры
Фозилов Садриддин Файзуллаевич, кандидат химических наук (Узбекистан)
Яхина Асия Сергеевна, кандидат технических наук
Ячинова Светлана Николаевна, кандидат педагогических наук

Международный редакционный совет:

Айрян Заруи Геворковна, кандидат филологических наук, доцент (Армения)
Арошидзе Паата Леонидович, доктор экономических наук, ассоциированный профессор (Грузия)
Атаев Загир Вагитович, кандидат географических наук, профессор (Россия)
Ахмеденов Кажмурат Максutowич, кандидат географических наук, ассоциированный профессор (Казахстан)
Бидова Бэла Бертовна, доктор юридических наук, доцент (Россия)
Борисов Вячеслав Викторович, доктор педагогических наук, профессор (Украина)
Буриев Хасан Чутбаевич, доктор биологических наук, профессор (Узбекистан)
Велковска Гена Цветкова, доктор экономических наук, доцент (Болгария)
Гайич Тамара, доктор экономических наук (Сербия)
Данатаров Агахан, кандидат технических наук (Туркменистан)
Данилов Александр Максимович, доктор технических наук, профессор (Россия)
Демидов Алексей Александрович, доктор медицинских наук, профессор (Россия)
Досманбетов Динар Бакбергенович, доктор философии (PhD), проректор по развитию и экономическим вопросам (Казахстан)
Ешиев Абдыракман Молдоалиевич, доктор медицинских наук, доцент, зав. отделением (Кыргызстан)
Жолдошев Сапарбай Тезекбаевич, доктор медицинских наук, профессор (Кыргызстан)
Игисинов Нурбек Сагинбекович, доктор медицинских наук, профессор (Казахстан)
Кадыров Кутлуг-Бек Бекмурадович, доктор педагогических наук, и.о. профессора, декан (Узбекистан)
Каленский Александр Васильевич, доктор физико-математических наук, профессор (Россия)
Козырева Ольга Анатольевна, кандидат педагогических наук, доцент (Россия)
Колпак Евгений Петрович, доктор физико-математических наук, профессор (Россия)
Кошербаева Айгерим Нуралиевна, доктор педагогических наук, профессор (Казахстан)
Курпаяниди Константин Иванович, доктор философии (PhD) по экономическим наукам (Узбекистан)
Куташов Вячеслав Анатольевич, доктор медицинских наук, профессор (Россия)
Кыят Эмине Лейла, доктор экономических наук (Турция)
Лю Цзюань, доктор филологических наук, профессор (Китай)
Малес Людмила Владимировна, доктор социологических наук, доцент (Украина)
Нагервадзе Марина Алиевна, доктор биологических наук, профессор (Грузия)
Нурмамедли Фазиль Алигусейн оглы, кандидат геолого-минералогических наук (Азербайджан)
Прокопьев Николай Яковлевич, доктор медицинских наук, профессор (Россия)
Прокофьева Марина Анатольевна, кандидат педагогических наук, доцент (Казахстан)
Рахматуллин Рафаэль Юсупович, доктор философских наук, профессор (Россия)
Ребезов Максим Борисович, доктор сельскохозяйственных наук, профессор (Россия)
Сорока Юлия Георгиевна, доктор социологических наук, доцент (Украина)
Султанова Дилшода Намозовна, доктор архитектурных наук (Узбекистан)
Узаков Гулом Норбоевич, доктор технических наук, доцент (Узбекистан)
Федорова Мария Сергеевна, кандидат архитектуры (Россия)
Хоналиев Назарали Хоналиевич, доктор экономических наук, старший научный сотрудник (Таджикистан)
Хоссейни Амир, доктор филологических наук (Иран)
Шарипов Аскар Калиевич, доктор экономических наук, доцент (Казахстан)
Шуклина Зинаида Николаевна, доктор экономических наук (Россия)

На обложке изображен *Бертран Рассел* (1872–1970), британский философ, логик, математик и общественный деятель.

Лорд Бертран Артур Уильям, третий граф Рассел, родился в графстве Монмутшир (Уэльс). Уже к своему четвертому дню рождения он остался полным сиротой. После смерти родителей мальчика, его старшего брата Фрэнка и сестру Рэйчел взяла на попечение их бабушка — графиня Рассел. Бабушка была достаточно строгой и серьезной леди и бездельничать внукам не давала. К пятнадцати годам будущий философ уже свободно знал немецкий и французский языки. Мальчик увлекался естественной историей, античной философией и математикой.

В 1889 году Бертран Рассел поступил в Тринити-колледж Кембриджского университета. Уже на втором году обучения ему была оказана высокая честь: математик и философ Альфред Уайтхед предложил принять юного Рассела в дискуссионное общество «Апостолы». В этом обществе Рассел сдружился с Джорджем Эдвардом Муром, который стал его ближайшим другом на много лет.

Дед Бертрана — лорд Джон Рассел — в юности встречался с Наполеоном, а потом был и министром внутренних дел, и премьером. Таким образом его внуку была обеспечена прекрасная карьера, во всяком случае ее начало. Бертран начал дипломатическую работу в Париже, затем его перевели в Берлин. Там он не только работал в посольстве, но и изучал немецкую философию. Молодой человек приступил к изучению трудов Маркса, общался с лидерами социалистов и в 1896 году издал ставшую классической книгу: «Германская социал-демократия». После ее выхода в свет он стал знаменитым.

В Англии и США его пригласили читать курс лекций, а в 1900 году он участвовал во Всемирном философском конгрессе в Париже. Его увлечение марксизмом, казалось, приведет его как минимум в ряды радикальных социалистов. Но, отдавая должное социалистическим идеям, Рассел был категорически против государственного контроля над общественным производством. Он вообще считал государственные машины и произвол чиновников причиной большинства бед человечества.

Когда началась Первая мировая война, Рассел немедленно вступил в организацию «Противодействие призыву на военную службу». Он анонимно издал листовку «Два года тяжелой работы для отказывающихся повиноваться велению совести». В ней он выступил в защиту права человека отказаться от воинской повинности. Руководство Тринити-колледжа, где он уже был преподавателем, вынуждено было уволить его. Он продолжил бороться за право отказываться от призыва по религиозным

и политическим мотивам и написал в «Таймс» статью, основная мысль которой звучала неделикатно: «Политическая свобода в Великобритании обернулась фарсом». Его оштрафовали на сто фунтов стерлингов, конфисковали библиотеку, и закончилось это в 1918 году заключением в Брикстонскую тюрьму на шесть месяцев. За решеткой он написал «Введение в философию математики».

В мае 1920 года Бертран Рассел отправился в составе лейбористской делегации в Россию, где провел месяц. «Лорд-большевик» встретился с Троцким, с Горьким, поэтом Александром Блоком, выступил с лекцией в Петроградском математическом обществе. И конечно, около часа беседовал с Лениным. В ходе бесед с Лениным Бертран Рассел отметил его ограниченность и узколобое понимание марксистской ортодоксии, озлобленность и жесткость. Результатом этой поездки стали книги «Практика и теория большевизма» и «Большевизм и Запад».

Бертран Рассел путешествовал по миру, читая лекции в Америке, Китае и Европе. В Кембридже в 1945 году вышла книга «О человеческом познании. Его сферы и границы», в которой Бертран Рассел доступно изложил основные философские принципы естественных наук.

В период Второй мировой войны Рассел отказался от пацифизма и издал две фундаментальные работы: «Исследование значения и истины» и «История западной философии». При этом он не прекращал активно бороться за мир: в 1950–60-е годы выступал против ядерного оружия и за участие в антивоенных акциях снова оказался в тюрьме.

В следующие годы Рассел усиленно изучал педагогику, включая новаторские методы образования. Он написал книги «Об образовании», «Образование и общественный строй».

Еще во время учения в Кембридже Бертран Рассел близко познакомился с Элис Смит, происходившей из рода филаделфийских квакеров. Интересно отметить, что Бертран Рассел был официально женат четыре раза, не считая многочисленных романов с поклонницами его таланта. Свои взгляды на супружеские отношения Бертран Рассел изложил в книге «Брак и нравственность», за которую в 1950 году получил Нобелевскую премию по литературе.

До конца жизни Рассел отстаивал свои идеи и выпустил несколько десятков книг. Последними его книгами стали «Портреты по памяти», «Факт и вымысел», третий том «Автобиографии». Умер Рассел 2 февраля 1970 года от гриппа, прожив почти столетие.

Информацию собрала ответственный редактор
Екатерина Осянина

СОДЕРЖАНИЕ

БИОЛОГИЯ

Шишкина А. С.

Исследование толерантности к антибиотикам бактерий, входящих в состав молочнокислых продуктов69

МЕДИЦИНА

Жукова В. А., Литовская А. С., Юлгутлина Р. Р., Тукбулатов Р. Р.

Влияние зубных паст лечебно-профилактического назначения на процессы свободно-радикального окисления в полости рта73

Золотова Н. Н.

Пути и средства профилактики патологического вывиха бедра у детей76

Зубкова О. П., Балицкая М. М., Нигматуллин Р. М., Кустов В. Д.

Боли после эндодонтического лечения зуба: прогнозирование, профилактика и лечение78

Исмазова К. А.

Диагностическая значимость мультиспиральной компьютерной томографии при кистозном гайморите80

Панкратова Т. В., Герасимова Е. С.

Единый цифровой контур здравоохранения как инструмент повышения эффективности и безопасности медицинских услуг83

Самсонова Ю. В., Бадретдинова А. Д., Панкратова Д. А.

Заболевания слюнных желез при поражении щитовидной железы88

Серова А. А.

Комплексная легочная реабилитация при хронической обструктивной болезни легких в системе адаптивной физической культуры90

Тимофеева В. В., Жакиянова Б. Б., Мухарямова К. А.

Патоморфологические и клинические изменения слизистой оболочки полости рта у пациентов с кислотозависимыми заболеваниями желудочно-кишечного тракта...92

Улугов А. И.

Применение антилейкотриеновой терапии при аллергическом бронхите в детском возрасте94

Usmonaliyev F. S.

Surgical treatment of scoliosis in children and adolescents.....96

ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА И СПОРТ

Абдуллаева Н. С., Талибова А. Т., Шахбанова М. Р., Шихнабиева К. В.

Влияние аэробной физической нагрузки на функциональное состояние сердечно-сосудистой системы студентов 100

Бель Е. В.

Первые шаги на лыжах: на что стоит обратить внимание начинающему лыжнику ... 102

Деменева Д. И.

Физическая культура и спорт в системе высшего профессионального образования: актуальные проблемы и пути их решения 104

СОЦИОЛОГИЯ

Аль-Шахдани С. А.

Социальное самочувствие иностранных студентов в России: мониторинг факторов удовлетворённости и тревожности 107

Джамалов Д. К.

Мониторинг социальных сетей учащихся группы риска: этические границы и профилактический потенциал 111

ПСИХОЛОГИЯ

Арсеньева К. В.

Самораскрытие психолога в терапевтическом процессе: критерии уместности и этические ограничения..... 114

Варзарь А. В.

Самораскрытие психолога-консультанта в терапии: критерии допустимости и границы профессиональной роли 116

Васильюк Е. А.

Возможности и специфика применения
психологического тренинга в целях
профилактики эмоционального выгорания
у педагогов 120

Деева Т. С.

Роль семьи в абилитации детей с речевыми
и ментальными расстройствами 123

Евстигнеева Т.

Сферы жизни, в которых
трансгенерационная передача играет
существенную роль 125

Ермилова Н. А.

Логотерапевтический подход
в консультативной практике: методы
и современные эмпирические исследования . 128

Ермолычева Е. И.

Сравнительный анализ ценностных
ориентаций подростков и юношей из полной
и неполной семьи..... 130

Жойдик И. А.

Психологическая поддержка учащихся
посредством техник когнитивной
поведенческой психотерапии 132

БИОЛОГИЯ

Исследование толерантности к антибиотикам бактерий, входящих в состав молочнокислых продуктов

Шишкина Алиса Сереевна, студент

Научный руководитель: Лыков Игорь Николаевич, доктор биологических наук, профессор
Калужский государственный университет имени К. Э. Циолковского

В XXI веке одной из наиболее острых проблем является нарастающая устойчивость микроорганизмов к антибиотикам. Значительное число антибиотиков, ранее демонстрировавших высокую эффективность, утратили свою применимость вследствие повсеместного распространения резистентных микробных штаммов. В этом контексте особый интерес представляют исследования антимикробных свойств молочнокислых бактерий, обусловленный их многочисленными преимуществами в качестве пробиотических агентов. Поэтому целью настоящего исследования была оценка антибиотикорезистентности молочнокислых бактерий, входящих в состав молочнокислых продуктов.

Ключевые слова: антибиотики, толерантность, молочнокислые бактерии

Study of antibiotic tolerance of bacteria in lactic acid products

In the 21st century, one of the most pressing problems is the growing resistance of microorganisms to antibiotics. A significant number of antibiotics that previously demonstrated high efficacy have lost their usefulness due to the widespread spread of resistant microbial strains. In this context, studies of the antimicrobial properties of lactic acid bacteria are of particular interest due to their numerous advantages as probiotic agents. Therefore, the aim of this study was to evaluate the antibiotic resistance of lactic acid bacteria found in fermented milk products.

Keywords: antibiotics, tolerance, lactic acid bacteria

Введение

Молочнокислые бактерии занимают ключевое место среди микроорганизмов, обнаруживаемых в разнообразных экосистемах. Их высокая численность характерна для желудочно-кишечного тракта как животных, так и человека. Кроме того, они являются неотъемлемым компонентом микрофлоры множества пищевых продуктов [1].

Термин «молочнокислые бактерии» объединяет таксономически разнородные грамположительные микроорганизмы. Эти бактерии характеризуются факультативным анаэробизмом, отсутствием спорообразования и неподвижностью. Они обладают устойчивостью к кислой среде и могут иметь различную морфологию: от кокков до палочек, встречаясь в виде одиночных клеток, пар, тетрад или цепочек. Общие метаболические и физиологические особенности этих бактерий включают способность к ферментации сахаров с преимущественным образованием молочной кислоты [2, 3].

На протяжении тысячелетий молочнокислые бактерии играли ключевую роль в традиционных методах изготовления разнообразных продуктов, включая сыры, йогурты, масло, сливки, а также в производстве кофе, какао, хлеба на закваске и вина. Их способность подавлять рост микроорганизмов порчи и патогенных микроорганизмов обусловлена изменением pH среды [4].

Молочнокислые бактерии, естественным образом обитающие в дыхательной, пищеварительной и репродуктивной системах человека и животных, нашли широкое применение в качестве пробиотиков. Их используют для укрепления иммунитета, предотвращения и купирования инфекций (в том числе в период беременности), а также в комплексной терапии антибиотико-ассоциированных расстройств пищеварения (диарея, запор, воспаление кишечника). Кроме того, они эффективны при лечении аллергий, непереносимости лактозы и профилактике инфекций мочевыводящих путей [5, 6, 7].

Регулярное употребление пробиотиков, содержащих молочнокислые бактерии, демонстрирует потенциал в области иммуномодуляции и подавления роста патогенной микрофлоры, что в совокупности способствует оптимизации ки-

шечной функции. Дополнительные положительные эффекты для здоровья, ассоциированные с потреблением данных пробиотиков, включают гипотензивное действие, снижение концентрации холестерина в плазме крови, антиоксидантную активность, протективный эффект в отношении колоректального рака, редукцию аллергических проявлений, профилактику кариеса и снижение индекса массы тела [8, 9].

В последнее время сообщалось о штаммах молочнокислых бактерий, демонстрирующих один или несколько фенотипов устойчивости к антибиотикам. Кроме этого, молочнокислые бактерии могут выступать в качестве внутренних или внешних резервуаров генов устойчивости к антибиотикам. В настоящее время ВОЗ рекомендует, чтобы молочнокислые бактерии, используемые в пищевой промышленности, были свободны от устойчивости. Поэтому наличие фенотипов устойчивости к антибиотикам у молочнокислых бактерий является актуальной темой для дополнительных исследований [10, 11].

Методы исследования

Объектами исследования были следующие образцы молочнокислых продуктов:

- Йогурты двух торговых марок;
- Биойогурт;
- Йогурт с наполнителем «земляника»;
- Йогурт с наполнителем «персик-манго»;
- Йогурт соевый «Ne moloko»

Микробиологическое исследование кисломолочных продуктов направлено на выявление содержащихся в них микроорганизмов. Исследования проводили по ГОСТ 32901–2014 «Молоко и молочная продукция. Методы микробиологического анализа (с поправками)».

Определение чувствительности микроорганизмов к антибиотикам методом диффузионного тестирования начинали с процедуры посева выделенных культур на питательную среду. Затем на инокулированную поверхность агара с помощью стерильного пинцета накладывали коммерческие диски с антибиотиками (табл. 1). Непосредственно после аппликации дисков чашки Петри помещали в термостат вверх дном и инкубировали при температуре 37 ± 1 в течение 18–24 часов.

Таблица 1. Список использованных антибиотиков

Наименование	Концентрация	Обозначение
Ампициллин	10 мкг	АМП
Бензилпенициллин	10 ед	ПЕН
Доксициклин	30 мкг	ДОК
Кларитромицин	15 мкг	КТМ
Левомецетин	30 мкг	ЛЕВ
Левифлоксацин	15 мкг	ЛФК
Линкомицин	15 мкг	ЛИН
Новобиоцин	15 мкг	НБ
Оксациллин	10 мкг	ОКС
Оптохин	6 мкг	ОП
Офлоксацин	5 мкг	ОФ
Тетрациклин	30 мкг	ТЕТ
Тобрамицин	30 мкг	ТОБ
Фосфомицин	200 мкг	ФОС
Цефоперазин	75 мкг	ЦПР
Ципрофлоксацин	5 мкг	ЦИП

При наличии чувствительной к антибиотику флоры вокруг соответствующих дисков отмечается зона угнетения роста микроорганизмов. Диаметр зон задержки роста измеряют с точностью до 1 мм. Эксперимент реализовали в трех повторностях с последующей статистической обработкой.

Результаты исследований

Поскольку многие из исследованных продуктов прошли термическую обработку, то количество микроорганизмов варьировалось от 10^4 КОЕ/г до 10–50 КОЕ/г. В кисломолочных продуктах в основном обнаруживали стрептококки и бифидобактерии (табл. 2).

Таблица 2

Наименование продукта	Выделенные микроорганизмы	Количество, КОЕ/г
Йогурты	<i>Streptococcus thermophilus</i>	$10^2 - 10^4$
	<i>Bifidobacterium spp</i>	$10^2 - 10^3$
	Дрожжи	35 ± 5
Биойогурт	<i>Streptococcus thermophilus</i>	10^2
	<i>Bifidobacterium spp</i>	10^2
Йогурт с наполнителем земляника	<i>Streptococcus thermophilus</i>	50 ± 15
Йогурт с наполнителем персик-манго	<i>Streptococcus thermophilus</i>	25 ± 5
Йогурт соевый «Ne moloko»	<i>Bifidobacterium spp</i>	10 ± 5

Выделенные из молочнокислых продуктов микроорганизмы в той или иной степени обладают мультирезистентностью к исследованным антибиотикам. Среди протестированных противомикробных препаратов тетрациклин и ампициллин отличались наивысшим ответом бактериальной устойчивости к *Streptococcus thermophilus* (86,7 % и 67,9 % соответственно). За ними следуют оксациллин (61,9 %) кларитромицин (45,1 %), левомицетин (40 %) и бензилпенициллин (35,1 %). К остальным антибиотикам *Streptococcus thermophilus*, выделенные из различных молочнокислых продуктов, проявляли большую чувствительность (рис. 1).

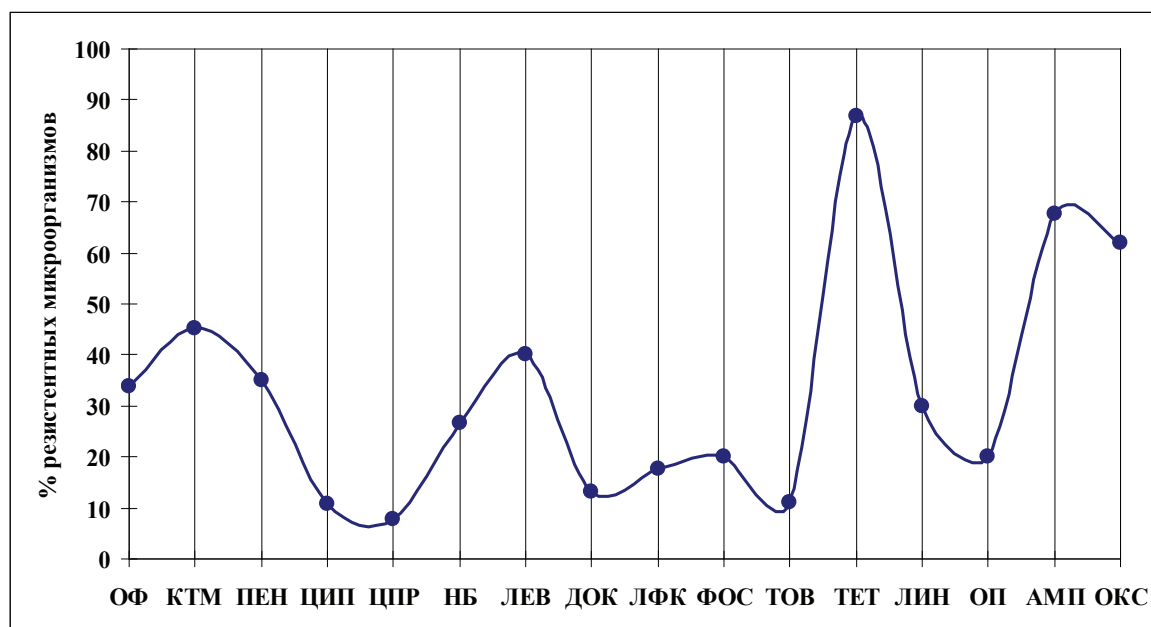


Рис. 1. Антибиотикорезистентность *Streptococcus thermophilus*

Аналогичная картина, наблюдается и в отношении *Bifidobacterium spp.* (рис. 2). Высокий уровень устойчивости у *Bifidobacterium spp.* отмечался по отношению к тетрациклину (77,7 %), ампициллину (71,9), оксациллину (67,2), левомицетину (51 %), линкомицину (38 %) и доксициллину (33,3 %).

Исследование выявило, что все выделенные микроорганизмы продемонстрировали резистентность ко всем испытанным антибиотикам. Наличие устойчивых к антибиотикам молочнокислых бактерий вызывает серьезную обеспокоенность, поскольку они обладают потенциалом к активному горизонтальному переносу генов резистентности среди других микроорганизмов, населяющих желудочно-кишечный тракт.

Выводы

1. Изолированные из ферментированных молочных продуктов микроорганизмы (*Streptococcus thermophilus* и *Bifidobacterium spp.*) демонстрируют множественную толерантность к протестированным антибиотикам.
2. Наличие антибиотикорезистентности у микроорганизмов в исследованных молочнокислых продуктах уменьшает их потенциальную эффективность в качестве пробиотиков.

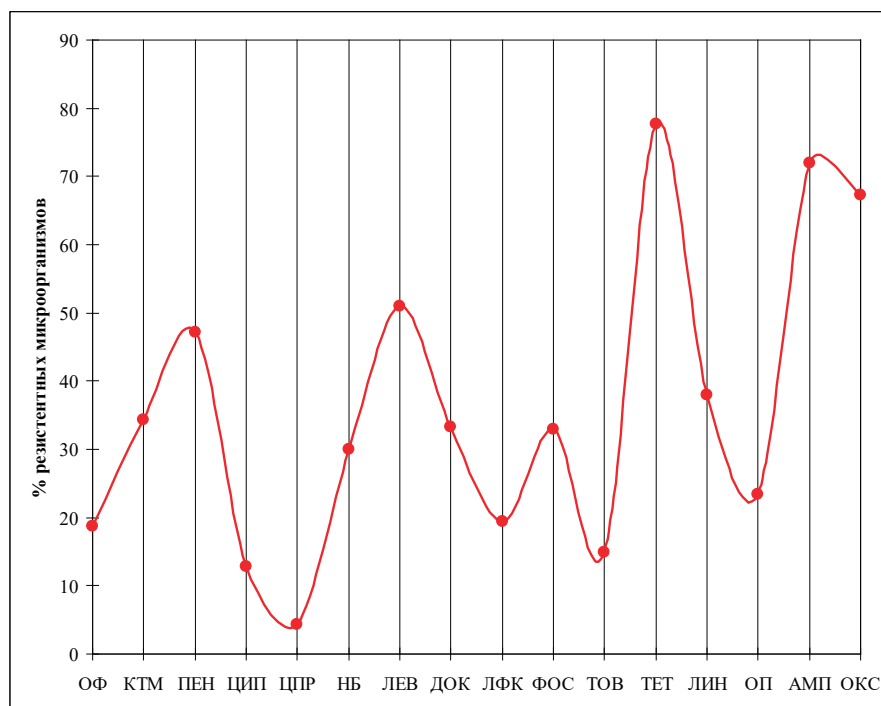


Рис. 2. Антибиотикорезистентность *Bifidobacterium spp.*

Литература:

1. Ayivi R., Ibrahim S. A. Lactic acid bacteria: an essential probiotic and starter culture for the production of yoghurt // International Journal of Food Science & Technology. — 2022. — Vol. 57(11) DOI:10.1111/ijfs.16076.
2. Волкова, Г. С. Биотехнологические свойства закваски на основе консорциума промышленных штаммов молочнокислых бактерий / Г. С. Волкова, Е. М. Серба // Известия высших учебных заведений. Пищевая технология. — 2020. — № 4(376). — С.73–77.
3. Солохина И. Ю., Гнеушева И. А. Исследование антиоксидантных свойств молочнокислых бактерий и возможности их использования в технологии йогурта // Биология в сельском хозяйстве — 2021. — № 3 (32). С. 24–31.
4. Zapaśnik A., Sokołowska B., Bryła M. Role of Lactic Acid Bacteria in Food Preservation and Safety // Foods. — 2022. — Vol. 11(9):1283. doi: 10.3390/foods11091283.
5. Ljungh A., Wadström T. Lactic acid bacteria as probiotics. Curr Issues Intest Microbiol. 2006 Sep;7(2):73–89.
6. Ghosh T. Beniwal A. Semwal A. Navani N. K. Mechanistic Insights Into Probiotic Properties of Lactic Acid Bacteria Associated With Ethnic Fermented Dairy Products // Front Microbiol. — 2019. — Vol. 10:502. doi: 10.3389/fmicb.2019.00502.
7. Chen X., Bai H., Mo W. et al. Lactic Acid Bacteria Bacteriocins: Safe and Effective Antimicrobial Agents // Int. J. Mol. Sci. — 2025. — Vol. 26(9):4124. doi: 10.3390/ijms26094124.
8. Patel A. Potentials of probiotics in the treatment of food allergy — a review. Czech Journal of Food Sciences. 2018; doi:10.17221/200/2013-CJFS
9. Плотникова ЕЮ, Захарова ЮВ. Иммуномодулирующие эффекты пробиотиков // Медицинский Совет. — 2020. — № 15. — С. 135–144. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2020-15-135-144>.
10. Phan T. N., Nguyen L. B., Tong T. A. N. Antibiotic resistance in lactic acid bacteria isolated from vietnamese fermented foods // Adv. Anim. Vet. Sci. — 2025. — Vol.13(1). — P. 36–42. <https://dx.doi.org/10.17582/journal.aavs/2025/13.1.36.42>
11. Никифорова А. П., Позняковский В. М. Изучение антибиотикорезистентности молочнокислых бактерий *Latilactobacillus sakei* // Известия вузов. Прикладная химия и биотехнология. — 2025. — Т. 15. — N 1. DOI: 10.21285/achb.966.

МЕДИЦИНА

Влияние зубных паст лечебно-профилактического назначения на процессы свободно-радикального окисления в полости рта

Жукова Виктория Александровна, студент;

Литовская Ангелина Сергеевна, студент;

Юлгутлина Резида Рудольфовна, студент;

Тукбулатов Рамиз Рафаэлевич, студент

Научный руководитель: Чехонадская Юлия Анатольевна, кандидат педагогических наук, доцент
Оренбургский государственный медицинский университет

Настоящее исследование сфокусировано на анализе воздействия лечебно-профилактических зубных паст на процессы свободно-радикального окисления в ротовой полости. Рассматривается состав паст с выделением ингредиентов, потенциально влияющих на окислительный баланс. Описываются патологические состояния, инициируемые избытком свободных радикалов. На основе проведенного анализа сформулированы рекомендации по подбору паст, способных корректировать процессы свободно-радикального окисления.

Ключевые слова: лечебно-профилактические зубные пасты, активные формы кислорода, окислительный стресс, пародонт, заболевания пародонта, профилактика.

Введение

Цель исследования: Проанализировать и обобщить данные о процессах свободно-радикального окисления в полости рта и веществах, содержащихся в лечебно-профилактических зубных пастах, способных модулировать эти процессы.

Современный рынок предлагает широкий ассортимент зубных паст, выполняющих не только гигиеническую, но и лечебно-профилактическую функцию. Специализированные компоненты их состава способны воздействовать на этиологические факторы стоматологических заболеваний, уменьшая вероятность их развития. Для достижения этого эффекта необходим осознанный выбор средства, основанный на понимании принципов его работы.

Одной из наиболее распространенных патологий является воспаление тканей пародонта. Ключевым звеном в патогенезе этого заболевания считается дисбаланс в системе активных форм кислорода (АФК): супероксиддисмутаза, ОН радикалов, NO радикалов в ротовой жидкости. Их избыток приводит к повреждению пародонтальных структур, тогда как дефицит может снижать резистентность к бактериальной инвазии. Именно поэтому поддержание окислительно-антиоксидантного равновесия в полости рта является важной задачей. Одним из методов его коррекции может служить применение специализированных лечебно-профилактических зубных паст.

Материалы и методы исследования

На основании анализа научной литературы, обзоров и данных интернет ресурсов нами было проведено исследование, посвященное роли свободных радикалов и АФК в патологии пародонта. Пародонт представляет собой комплекс тканей (десна, периодонт, альвеолярная кость, надкостница и цемент), обеспечивающих фиксацию зуба. Повреждение этого комплекса может сопровождаться потерей зуба.

Согласно статистике, заболевания пародонта диагностируются у 12–20 % детей в возрасте 5–12 лет. Хронический пародонтит обнаруживается у 20–40 % лиц моложе 35 лет и у подавляющего большинства (80–90 %) населения старше 40 лет.

К основным нозологическим формам относят гингивит, пародонтит и пародонтоз.

Несмотря на различия в клинических проявлениях, эти заболевания объединяет причиняемый пациенту дискомфорт и связь с нарушениями в системе свободно-радикального окисления (СРО) полости рта. В норме регуляция СРО обеспечивается эндогенной антиоксидантной системой (ферментной и неферментной), содержащейся в крови и ротовой жидкости. Оптимальный баланс этих процессов поддерживает гомеостаз полости рта, работу местного иммунитета и устойчивость к патогенной микрофлоре.

Клетки-фагоциты в процессе защиты продуцируют АФК, что закономерно повышает интенсивность СРО при острых и обострениях хронических воспалительных процессов в пародонте.

Подобные сдвиги связаны с развитием окислительного стресса (ОС), который возникает при снижении активности антиоксидантной защиты или дефиците необходимых для ее работы микроэлементов (цинк, селен, медь, железо) и витаминов-антиоксидантов (С, Е, D, флавоноидов и каротиноидов). Накопление прооксидантов (АФК) нарушает процесс тканевого дыхания в митохондриях и процессы гидроксирования в микросомах. В результате чего активируются лизосомальные ферменты, запускается дегполимеризация соединительной ткани, усиливается хемотаксис нейтрофилов и повышается сосудистая проницаемость, что в итоге ведет к деструкции тканей пародонта. Кроме прямого цитотоксического действия, АФК опосредованно способствуют резорбции костной ткани, участвуя в сигнальных каскадах, регулирующих остеокластогенез. Внутриклеточные сигнальные молекулы, обеспечивающие остеокластогенез, сигнальный каскад, ключевой для разрушения альвеолярной кости, включают АФК.

Классификация лечебно-профилактических зубных паст

В зависимости от действующих компонентов, лечебно-профилактические пасты делят на пять основных групп:

1) Зубные пасты с растительными экстрактами. Способствуют улучшению трофики и регенерации тканей, снижают кровоточивость десен, обладают дезодорирующим эффектом.

2) Пасты с повышенным очищающим действием. Содержат вещества лизоцим, рибонуклеазу, панкреатин, поливинилпиримидон, твин-40, настой листьев крапивы, декстроназа, гиалуронидаза, муциназа и поверхностно-активные вещества, такие как додецилсульфат натрия и сульфацинолат натрия, растворяющие мягкий зубной налет, остатки пищи и пигменты (например, никотин).

3) Пасты с минеральным концентратом ламинарии. Источник микро- и макроэлементов (натрий, калий, хром, медь, кальций, цинк), аминокислот, хлорофилла и каротиноидов.

4) Солевые пасты. Содержат соли и минералы, улучшающие микроциркуляцию, оказывающие легкое анальгезирующее действие, стимулируя отток тканевой жидкости из воспаленной десны и препятствующие формированию зубных отложений. Способствуют растворению слизи и удалению микроорганизмов с поверхности зубов.

5) Противокариозные зубные пасты. Направлены на реминерализацию эмали и ингибирование образования зубного налета.

Основные компоненты зубных паст и их влияние на окислительный баланс.

Типичный состав паст включает: воду, абразивы, гелеобразующие агенты, пенообразователи, увлажнители,

стабилизаторы pH, ароматизаторы, подсластители, консерванты и биологически активные добавки.

Вода выполняет функцию базового растворителя в составе зубной пасты, обеспечивая однородность смеси всех ингредиентов. В технологическом процессе применяется предварительно очищенная вода — дистиллированная либо деионизированная, которую получают путём различных способов фильтрации и обессоливания.

Абразивные компоненты отвечают за механическое очищение поверхностей зубов и мягких тканей, а также формируют необходимую пастообразную текстуру средства. Их массовая доля колеблется от 20 % до 40 %, что определяет основную очищающую способность пасты по удалению микробного налёта и остатков пищи.

За создание однородной гелевой консистенции отвечают гелеобразователи. Эта функция реализуется за счёт включения в рецептуру природных или синтетических гидроколлоидов, растворимых в воде.

Поверхностно-активные вещества (ПАВ) снижают межфазное натяжение, стабилизируя суспензию твёрдых частиц в пасте и предотвращая их слипание. В процессе чистки зубов они обеспечивают обильное пенообразование, что способствует лучшему распределению средства. Кроме того, ПАВ обладают способностью ингибировать формирование новых зубных отложений и способствуют удалению уже существующих.

Увлажняющие вещества (гумиданты) предотвращают потерю влаги, придают массе пластичность и предохраняют тюбик от высыхания. Типичными представителями этой группы являются многоатомные спирты: глицерин, сорбит и полиэтиленгликоль. Они также влияют на пенообразующие свойства и улучшают вкусовое восприятие.

Регуляторы кислотности (буферные агенты) необходимы для поддержания физиологически нейтрального или слабощелочного уровня pH пасты. С этой целью применяются соединения: гидрофосфат натрия, тринатрийфосфат или цитрат натрия.

Ароматизирующие компоненты вводят для придания средству приятного запаха. Как правило, используются натуральные эфирные масла (мятное, лимонное, эвкалиптовое) или их синтетические аналоги, а также ментол и ванилин. Для коррекции вкусовых качеств применяются подсластители, не содержащие сахар. Чаще всего это ксилит, сорбит или сахарин.

Лечебно-профилактический эффект обеспечивается за счёт биологически активных добавок. Эти вещества направленно воздействуют на состояние дёсен и слизистой оболочки, оказывая противовоспалительное, регенерирующее и гемостатическое действие.

Отдельные ингредиенты в составе зубных паст способны поддерживать и усиливать антиоксидантную систему ротовой полости. Наиболее значимыми среди них являются непосредственно антиоксиданты. Ключевую роль играют витамины С и Е, эффективно нейтрализующие свободные радикалы.

Аскорбиновая кислота также участвует в образовании коллагена, улучшая состояние десен, а токоферол защищает липидные мембраны клеток от перекисного окисления.

Фторид-ионы, помимо своего основного реминерализующего действия на эмаль, способны модулировать воспалительный ответ. Данные ряда исследований свидетельствуют, что фтор может подавлять генерацию активных форм кислорода, тем самым препятствуя развитию воспаления.

Растительные экстракты, например, из листьев зелёного чая, содержат полифенольные соединения с выраженной антиоксидантной активностью. Эти вещества связывают свободные радикалы и уменьшают воспалительные явления в пародонте. Аналогичными, хотя и менее сильными, свойствами обладают экстракты ромашки, которые также способствуют снижению окислительного стресса.

Пасты, содержащие компоненты с антигликационной активностью, потенциально могут влиять на свободнорадикальные процессы, ингибируя реакции неферментативного гликозилирования белков. Эти реакции считаются одним из факторов старения тканей и источником образования свободных радикалов.

Следует учитывать и влияние абразивных систем. Неправильно подобранная абразивность может вызывать микроповреждения слизистой, создавая условия для усиления воспаления и сопутствующего ему окислительного стресса. Поэтому абразивные вещества должны быть выбраны аккуратно.

Некоторые вспомогательные вещества, такие как ментол и определённые эфирные масла, улучшают локальную микроциркуляцию в деснах, что может способствовать лучшему поступлению эндогенных антиоксидантов и питательных веществ в ткани.

Вместе с тем, ряд распространённых компонентов зубных паст обладает прооксидантным потенциалом или может провоцировать окислительный стресс.

Хлоргексидин. Этот эффективный антисептик может стимулировать клеточную продукцию супероксид-аниона и пероксида водорода, повышая уровень окислительного стресса.

Лаурилсульфат натрия (SLS). Данный детергент, часто используемый для пенообразования, способен нарушать целостность слизистой барьера, увеличивая её проницаемость для повреждающих агентов, включая АФК.

Триклозан. Применение этого антибактериального агента связывают с риском нарушения микробиома полости рта и развитием вторичного воспаления, сопровождающегося ростом уровня АФК.

Некоторые эфирные масла. Несмотря на то, что многие эфирные масла обладают антимикробными и противовоспалительными свойствами, отдельные масла (гвоздичное, тимьяновое) в определённых условиях могут про-

являть прооксидантные свойства, усиливая генерацию активных форм кислорода.

Ионы металлов. Присутствующие в составе паст ионы железа, меди или марганца способны катализировать реакции Фентона и Хабера-Вейсса, приводящие к образованию высокоактивных радикалов.

Консерванты. Некоторые соединения, например, парабены или бензоат натрия, при продолжительном применении могут потенцировать оксидативное повреждение клеток.

Активированный уголь. Несмотря на частые обсуждения отбеливающих свойств угольных паст, высокая адсорбционная способность неспецифична и может приводить к выведению из полости рта полезных веществ, в том числе антиоксидантов, ослабляя естественную защиту.

Фторид. В высоких концентрациях фтор способен вызывать флюороз и выступать в роли прооксиданта, увеличивая риск развития оксидативного стресса и повреждения тканей пародонта.

Вывод

В рамках проведённого исследования был выполнен анализ процессов свободно-радикального окисления в полости рта и оценен значительный потенциал компонентов лечебно-профилактических зубных паст влиять на эти процессы. Полученные данные подтверждают, что физиологический баланс свободно-радикальных реакций является необходимым условием для здоровья слизистой оболочки полости рта и тканей пародонта. Дисбаланс в данной системе служит основой для развития окислительного стресса, что создаёт предпосылки для возникновения целого ряда стоматологических патологий. Проведённый обзор показал, что лечебно-профилактические пасты включают в свой состав широкий спектр биоактивных веществ, обладающих двойственным эффектом: одни из них способны усиливать антиоксидантную защиту, в то время как другие могут выступать в роли прооксидантов, усугубляя окислительный стресс.

Таким образом, одним из значимых аспектов профилактики и борьбы с окислительным стрессом в полости рта является правильный выбор зубной пасты. Данный выбор должен базироваться на индивидуальной оценке состояния тканей пародонта и слизистой оболочки у конкретного пациента. Грамотное сочетание активных и вспомогательных компонентов в пасте позволяет достичь оптимального профилактического и лечебного результата: снизить риск усиления свободно-радикального окисления и способствовать поддержанию структурной и функциональной целостности тканей пародонта.

Литература:

1. Биохимические особенности процессов свободнорадикального окисления и локальной продукции гуморальных факторов защиты в ротовой полости при ишемической болезни сердца с нормальным и нарушенным углеводным обменом / А. А. Басов. // Киберленинка: [сайт]. — URL: cyberleninka.ru

- Иванов, П. В. Антиоксидантная терапия в комплексном лечении пародонтита / П. В. Иванов, И. В. Маланин, А. В. Стоматов. // Фундаментальные исследования. — 2008. — № 11. — С. 23–27.
- Курякина, Н. В. Стоматология профилактическая / Н. В. Курякина, Н. А. Савельева. — М.: НГМА, 2005. — 193–208 с.
- Бородовицина, С. И. Профилактика стоматологических заболеваний / С. И. Бородовицина, Н. А. Савельева, Е. С. Таболина. — Рязань: ОТСиОП, 2019. — 82–97 с.

Пути и средства профилактики патологического вывиха бедра у детей

Золотова Наталья Николаевна, доктор медицинских наук, доцент
Ташкентский государственный медицинский университет (Узбекистан)

Одной из актуальных проблем детской ортопедии является лечение и реабилитация осложнений острого гематогенного метаэпифизарного остеомиелита, в частности, патологического вывиха бедра. Для профилактики этого осложнения мы провели ретроспективный анализ клинико-anamnestических данных пациентов с патологическим вывихом бедра. Установлено, что костно-деструктивные изменения развиваются в период от 10 до 30 дней с момента начала заболевания. Выявленные ультрасонографические признаки, такие как нарушение соотношения компонентов тазобедренного сустава, наличие внутрисуставного выпота и утолщение капсулы сустава, имеют важное значение для ранней диагностики патологического вывиха бедра у детей первого года жизни и определения тактики лечения. Использование чрескожного дренирования и санации гнойной полости сустава в сочетании с ранней, патогенетически обоснованной противовоспалительной терапией, позволило минимизировать деструктивные изменения в костной и хрящевой ткани тазобедренного сустава.

Ключевые слова: дети, гнойный коксит, эпиметафизарный остеомиелит, бедро, диагностика, лечение.

Введение. Одной из актуальных проблем детской ортопедии является лечение и реабилитация осложнений острого гематогенного метаэпифизарного остеомиелита, в частности патологического вывиха бедра (ПВБ). Поражение метаэпифизарной зоны обусловлено анатомическими особенностями строения и кровоснабжения костей в детском возрасте [1, 2]. Деструктивные изменения головки и шейки бедренной кости могут развиваться при уже сформировавшемся вывихе бедра. Степень деструкции костной и хрящевой ткани зависит от обширности поражения питающих сосудов, вирулентности возбудителя и длительности воспалительного процесса.

В основе возникновения ПВБ лежит разрушение гнойно-некротическим процессом фиброзной капсулы сустава, круглой связки головки и проксимальной метаэпифизарной зоны бедренной кости у детей раннего возраста. Ранняя диагностика этого осложнения затруднена, и ПВБ часто приводит к инвалидности и ухудшению качества жизни [3].

Материал и методы. Проведен анализ результатов диагностики и лечения 31 пациента с ПВБ после перенесенного эпиметафизарного остеомиелита за период 2015–2019 гг. Пациенты были разделены на две группы: 15 больных в возрасте от 1 месяца до 1 года, проходивших лечение в гнойном отделении 2ГДКХБ г. Ташкента, и 16 больных в возрасте от 1 года до 3 лет, проходивших лечение в ортопедическом стационаре клиники ТашПМИ. В исследование вошли 19 мальчиков и 12 девочек.

С целью выявления факторов риска развития ПВБ после эпиметафизарного остеомиелита был проведен ре-

троспективный анализ клинико-anamnestических данных пациентов с ПВБ. В остром периоде заболевания основными жалобами были боли в области тазобедренного сустава и вынужденное положение нижней конечности. Диагноз основывался на следующих признаках: продолжительность заболевания, боли и отек в тазобедренном суставе, местная гиперемия, нарушение функции тазобедренного сустава, локальная и общая гипертермия, наличие в анамнезе пупочного сепсиса, перенесенные ОРВИ или ОКИ, переохлаждение, предшествующая вакцинация, болезненность при пальпации и движениях в тазобедренном суставе, воспалительные изменения в анализах крови, отсутствие костных изменений на рентгенограммах тазобедренного сустава. При наличии этих признаков пациенты обращались к педиатрам по месту жительства и направлялись в детский хирургический стационар.

Всем пациентам в стационаре проводилось рентгенологическое обследование в острой фазе воспаления и на последующих этапах лечения. Для оценки специфичности метода рентгенологические данные сравнивались со здоровой контралатеральной костью. Ранним рентгенологическим признаком остеомиелита считалось расширение суставной щели на стороне поражения (7–10 суток от начала заболевания). Костно-деструктивные изменения выявлялись на 10–30 суток от начала заболевания.

Результаты исследования. Следует отметить, что рентгенография на ранних этапах не позволяла достоверно оценить истинный объем поражения.

Ультрасонографические признаки, такие как нарушение соотношений тазового и бедренного компонентов, наличие внутрисуставного выпота и утолщение капсулы сустава, рассматривались как важные факторы ранней диагностики ПВБ у детей первого года жизни и определения тактики лечения.

С учетом тяжести состояния и степени интоксикации проводилась антибактериальная терапия с использованием цефалоспоринов I поколения (цефазолин 80–100 мг/кг/сут каждые 8 часов) и III поколения (цефтриаксон 20–50 мг/кг/сут). Иммунная терапия включала введение иммуноглобулина нормального человеческого (3–5 введений через сутки).

При пункции очага воспаления тактика была следующей: при серозном содержимом лечение ограничивалось парентеральным введением антибиотиков, при гнойном содержимом проводилось дренирование очага воспаления с санацией и установкой микроиригатора для введения антибиотика в очаг. Чрескожное дренирование и санация гнойной полости сустава в сочетании с ранней патогенетически обоснованной противовоспалительной терапией позволили минимизировать деструктивные изменения костной и хрящевой ткани элементов тазобедренного сустава.

Исследовались рентгенограммы в передне-задней проекции. Оценивались форма и размер головки, состояние шейки, форма и глубина вертлужной впадины, характер суставных соотношений, линии Шентона и Омбредана. Пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от патологических изменений в компонентах тазобедренного сустава:

1 группа (22 %): показатели суставных компонентов соответствовали возрастной норме, вывих бедра расценивался как дистензионный.

2 группа (71 %): деструкция головки бедренной кости, показатели вертлужной впадины соответствовали возрастной норме.

3 группа (7 %): тотальное нарушение структуры головки и шейки бедренной кости в сочетании с дисплазией (во всех случаях отмечалась децентрация головки).

Результаты. Среди пациентов с ПВБ под наблюдением 22 % имели 1 степень вывиха и поступили на лечение в возрасте до 1 года (до 3 месяцев после излечения

эпифизарного остеомиелита). Лечение проводилось консервативными методами: детям до 3 месяцев накладывалась шина ЦИТО или лифчик, в возрасте от 3 месяцев до 1 года — шина клиники или гипсовая повязка Тер-Егизарова — Шептуна. Срок фиксации ортопедическими средствами составлял 3 месяца, затем применялась шина Виленского на срок до 3 месяцев.

Диагностика ПВБ основывалась на клинических симптомах (позднее начало стояния, хромота) и данных рентгенографии тазобедренных суставов. У детей первых 3–4 месяцев жизни при отсутствии окостенения головок бедер использовались общепринятые схемы для определения смещения суставного отдела бедренной кости. При ПВБ, кроме смещения проксимального отдела, отмечалось «разрежение» костной ткани при нормальном ацетабулярном индексе. Снимок сустава с внутренней ротацией бедра на угол истинной антеверсии позволял определить форму и размер костного остатка шейки и головки бедренной кости. Содержание кальция в сыворотке крови было снижено ($2,05 \pm 0,18$ ммоль/л), содержание фосфора, магния и щелочной фосфатазы ($285,59 \pm 43,8$ ЕД/л) оставалось в пределах нормы.

Тактика лечения была выжидательной и индивидуальной, в зависимости от динамики анатомических изменений в тазобедренном суставе. В консервативном лечении до 1 года применяли гипсовую повязку Тер-Егизарова — Шептуна. У детей старше 1 года лечение проводилось с помощью лейкопластырного вытяжения по Мао. После вправления накладывали гипсовую повязку в положении Лоренца I на 1 месяц, затем удаляли переднюю крышку гипсовой повязки и продолжали удержание в гипсовой повязке ещё 3 месяца. После снятия гипсовой повязки больного переводили на шину Виленского на 4–6 месяцев.

Заключение. Наряду с ортопедическим лечением, пациентам проводились курсы массажа, физиотерапии, лечебной физкультуры и коррекция кальциевого обмена. При комплексном консервативном лечении детей с ПВБ с использованием функциональных приспособлений, различных видов вытяжения и гипсовых повязок к 3-летнему возрасту удалось достичь хороших и удовлетворительных результатов в 75 % случаев.

Литература:

1. Гисак С. Н., Шестаков А. А., Вечеркин В. А., и др. Ранняя диагностика острого гематогенного остеомиелита у детей с целью оптимизации его лечения // Детская хирургия. — 2014. — Т. 18. — № 5. — С. 28–32.
2. Золотова Н. Н. Лечение патологического вывиха бедра у детей. Автореф. канд. мед. наук. — Ленинград, 1991. — 16 с.
3. Николаев А. И. Профилактика и ранее комплексное лечение детей с патологическим вывихом бедра: автореф. ... канд. мед. наук. — Санкт-Петербург, 2005. — 16 с.

Боли после эндодонтического лечения зуба: прогнозирование, профилактика и лечение

Зубкова Ольга Павловна, студент;

Балицкая Мария Михайловна, студент;

Нигматуллин Радэль Маратович, студент;

Кустов Владимир Денисович, студент

Научный руководитель: Чехонадская Юлия Анатольевна, кандидат педагогических наук, доцент
Оренбургский государственный медицинский университет

В статье рассматривается одна из наиболее актуальных проблем современной терапевтической стоматологии — постэндодонтическая боль (ПЭБ). Несмотря на совершенствование методик и технологий, частота возникновения значимых болевых ощущений после эндодонтического лечения остается существенной, оказывая влияние на качество жизни пациентов и формируя их общую удовлетворенность оказанной стоматологической помощью.

В работе проведен анализ современных данных о распространенности и интенсивности ПЭБ. Подробно рассмотрены основные прогностические факторы риска, связанные как с состоянием зуба и периапикальных тканей, так и с техническими аспектами проведения лечения. Особое внимание уделено стратегиям профилактики, основанным на доказательных данных, включая премедикацию, современные протоколы ирригации и медикаментозной обработки корневых каналов, а также методы obturation. Представлен поэтапный алгоритм лечения уже возникшей ПЭБ, от дифференциальной диагностики ее причин до консервативных и хирургических методов вмешательства. Делается вывод о необходимости комплексного подхода, учитывающего все прогностические факторы, для минимизации риска развития ПЭБ и эффективного ее купирования.

Ключевые слова: постэндодонтическая боль, прогнозирование, профилактика, медикаментозная обработка, ирригация, премедикация, гиперокклюзия, фармакотерапия.

Эндодонтическое лечение является основным методом сохранения зубов с воспалением или некрозом пульпы, а также с периодонтальным поражением инфекционного генеза. Критерием успешности терапии традиционно считается рентгенологическое подтверждение заживления периапикальных тканей в отдаленные сроки (6, 12, 24 месяца). Однако не менее важным клиническим критерием, непосредственно влияющим на пациента, является отсутствие или минимальная выраженность болевого синдрома в ближайшем послеоперационном периоде.

Согласно современным исследованиям, частота возникновения значимой боли (от умеренной до сильной) после первичного эндодонтического лечения варьируется от 3 % до 58 % в первые 24–48 часов, что демонстрирует высокую вариабельность и сохраняющуюся проблему [1, 2]. ПЭБ не только ухудшает качество жизни, но и может подрывать доверие пациента к стоматологу, являясь частой причиной экстренных обращений. Поэтому вопросы прогнозирования, профилактики и эффективного лечения ПЭБ сохраняют высокую практическую значимость.

Цель: на основе анализа современных литературных данных систематизировать информацию о факторах риска развития постэндодонтической боли, представить научно обоснованные методы ее профилактики и сформулировать алгоритм лечебных мероприятий при ее возникновении.

Задачи:

1. Проанализировать современные эпидемиологические данные о частоте и интенсивности ПЭБ.

2. Выявить и классифицировать ключевые прогностические факторы, влияющие на развитие ПЭБ.

3. Оценить эффективность различных профилактических стратегий (медикаментозных, технических).

4. Разработать структурированный клинический алгоритм диагностики и лечения ПЭБ.

Прогнозирование ПЭБ позволяет выделить группу пациентов, нуждающихся в особом внимании и усиленных профилактических мерах. Факторы риска можно разделить на несколько групп.

1) Преоперационные (связанные с пациентом и состоянием зуба):

а) Наличие симптомов до лечения: наиболее значимый предиктор. Зубы с диагнозами острый пульпит, острый апикальный периодонтит или обострение хронического апикального периодонтита статистически значимо чаще сопровождаются ПЭБ. Патологической основой является исходное состояние сенсibilизации ноцицепторов и активного воспаления в периапикальных тканях [2, 3]. По данным мета-анализа, вероятность возникновения боли после лечения зубов с живой пульпой составляет около 3–6 %, тогда как для зубов с некротизированной пульпой и симптоматическим апикальным периодонтитом этот показатель возрастает до 20–40 % [1].

б) Пол и возраст: некоторые исследования указывают на большую предрасположенность женщин к развитию ПЭБ, что может быть связано с гормональными и психоэмоциональными факторами [4]. Пациенты молодого возраста также демонстрируют несколько более высокий

риск, возможно, из-за более выраженного воспалительного ответа и лучшей васкуляризации тканей.

с) Сопутствующая патология: состояния, связанные с дисфункцией иммунной системы или изменением болевого порога (например, стресс, тревожность, депрессия, фибромиалгия), могут усиливать восприятие послеоперационной боли.

2) Интраоперационные (технические и тактические):

а) Препарирование за апикальное сужение: является одним из основных ятрогенных факторов. Выведение инструмента, ирриганта или пломбировочного материала за пределы апикального отверстия вызывает механическую травму и химическое раздражение периапикальных тканей, провоцируя острый воспалительный ответ. Частота ПЭБ в таких случаях возрастает в 2–3 раза [2].

б) Недопломбировка канала: оставление значительной части канала незаполненной создает резервуар для остаточной инфекции и ее токсинов, что поддерживает воспаление.

с) Ошибки в технике ирригации: неадекватная ирригация (недостаточный объем, неправильная активация) приводит к неэффективному удалению дентинных опилок, смазанного слоя и биопленки, повышая риск послеоперационного обострения [5].

д) Гиперокклюзия: нескорректированный контакт пломбы или временной реставрации, приводящий к повышенной нагрузке на пролеченный зуб, является частой, но легко устранимой причиной послеоперационной болезненности при накусывании.

Стратегия профилактики должна быть многоуровневой, начиная с премедикации и заканчивая финишным рентгенологическим контролем.

1. Фармакологическая профилактика (премедикация):

а) Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП): прием за 30–60 минут до начала лечения рассматривается как «золотой стандарт» для пациентов из группы риска (симптоматические зубы). Ибупрофен (400–600 мг) или кетопрофен демонстрируют доказанную эффективность в снижении частоты и интенсивности ПЭБ за счет подавления синтеза простагландинов на ранней стадии [3, 6].

б) Кортикостероиды: однократный прием дексаметазона (4–8 мг) перед лечением показывает высокую эффективность, особенно в случаях массивного преоперационного воспаления. Однако их применение требует учета возможных противопоказаний (язвенная болезнь, диабет) [3].

с) Долговременные анестетики: использование анестетиков на основе артикаина или бупивакаина с вазоконстриктором продлевает послеоперационную аналгезию на несколько часов, что помогает преодолеть наиболее острый период.

2. Техническая профилактика:

а) Биомеханическая подготовка и ирригация: следование современным протоколам с использованием ультразвуковой активации ирригантов (например, гипохлорита натрия, ЭДТА) и лазера значительно повышает

эффективность очистки канальной системы. Ключевым принципом является щадящая обработка, не приводящая к экструзии инфицированного дентинного детрита за апекс [5].

б) Внутриканальная медикаментозная терапия: для однопосещенного лечения профилактическое значение имеет тщательная ирригация. При многосеансовом лечении использование лечебных паст на основе гидроксида кальция между посещениями является стандартом для купирования воспаления и стерилизации канала, что значительно снижает риск ПЭБ на этапе окончательного пломбирования [2].

с) Обтурация: использование методов холодной латеральной или термопластической гуттаперчи с силером на основе биосовместимых материалов (силикон, стеклоиономер) минимизирует риск химического раздражения. Обязателен рентгенологический контроль уровня пломбирования.

д) Коррекция окклюзии: после наложения временной или постоянной реставрации обязательной процедурой является проверка и устранение любых суперконтактов с помощью копировальной бумаги.

Если, несмотря на профилактику, боль развилась, необходим структурированный диагностический и лечебный подход. Сбор анамнеза: уточнение характера боли (ноющая, пульсирующая, при накусывании), времени появления, динамики; клинический осмотр: оценка состояния слизистой, наличие отека, свища. Обязательна перкуссия и пальпация в проекции верхушки корня; рентгенологическое исследование: прицельный снимок для оценки качества пломбирования, выявления обнаруженных каналов, перфораций или материала за верхушкой; тест на витальность соседних зубов: для исключения ошибки в определении причинного зуба.

Фармакотерапия первой линии: назначение системных НПВП (ибупрофен, кетопрофен) на 3–5 дней по стандартной схеме. При сильной боли возможна комбинация с парацетамолом [6]. Физиотерапия: низкоинтенсивная лазерная терапия (НИЛТ) обладает доказанным противовоспалительным и биостимулирующим эффектом, способствуя снижению боли и ускорению разрешения воспаления [7]. Коррекция окклюзии: при жалобах на боль при накусывании первым и обязательным шагом является повторная тщательная коррекция прикуса.

Эндодонтическое повторное вмешательство показано при неэффективности консервативных мер и наличии рентгенологических или клинических признаков технических ошибок. Распломбировка и повторная обработка проводится при неадекватном качестве первоначального пломбирования, наличии персистирующей инфекции. На время лечения может быть оставлен внутриканальный антисептик (гидроксид кальция). Хирургическая эндодонтия (апикозектомия) является методом выбора при неудаче консервативного перелечивания, наличии крупного

излишка пломбировочного материала за апексом, перфорациях в апикальной трети или сложных анатомических особенностях (резорбция, изогнутость корня) [8].

Постэндодонтическая боль остается распространенным клиническим явлением, однако современный уровень знаний позволяет не только эффективно ее лечить, но и в значительной степени прогнозировать и предотвращать. Ключом к успеху является комплексный подход, основанный на оценке индивидуальных факторов риска для каждого пациента.

Прогнозирование, базирующееся на тщательной преоперационной диагностике, позволяет идентифицировать пациентов высокого риска (с симптоматическим периодонтитом) и вовремя применить упреждающие меры — премедикацию НПВП или кортикостероидами. Профилактика в ходе лечения должна быть направлена на безупречное соблюдение биомеханических принципов: контроль рабочей длины, эффективная ирригация с акти-

вацией, апикально-коронарная obturation и обязательная коррекция окклюзии. Эти меры минимизируют ятрогенную травму и остаточную инфекцию — основные источники боли.

Если боль все же возникла, системный алгоритм, включающий дифференциальную диагностику, адекватную фармакотерапию и, при необходимости, своевременное эндодонтическое повторное вмешательство, позволяет в большинстве случаев быстро купировать симптомы и сохранить зуб.

Таким образом, управление постэндодонтической болью — это динамичный процесс, интегрированный во все этапы лечения, от планирования до послеоперационного наблюдения. Постоянное внедрение в практику доказательных методов прогнозирования, профилактики и терапии является залогом повышения комфорта пациента и клинических результатов эндодонтического лечения.

Литература:

1. Лукиных, Л. М., Максимовская, Л. Н., Янушевич, О. О. Осложнения эндодонтического лечения и их профилактика // Клиническая стоматология. — 2019. — № 2 (90). — С. 82–87.
2. Цимбалистов, А. В., Робустова, Т. Г., Михальченко, Д. В. Постаппарационные боли в эндодонтии: причины возникновения и тактика ведения пациента // Институт стоматологии. — 2020. — Т. 23, № 3 (84). — С. 228–231.
3. Дмитриенко, С. В., Лепилин, А. В., Ипполитов, Е. В. Возможности фармакологической профилактики болевого синдрома после эндодонтического вмешательства // Медицинский вестник Северного Кавказа. — 2017. — Т. 12, № 3. — С. 444–447.
4. Матвеева, Е. А., Копылова, И. А. Влияние психоэмоционального статуса пациента на интенсивность послеоперационной боли в эндодонтии // Стоматология для всех. — 2021. — № 4. — С. 54–58.
5. Николаев, А. И., Цепов, Л. М. Современные методы ирригации корневых каналов в контексте профилактики осложнений // Эндодонтия Today. — 2022. — Т. 20, № 1. — С. 31–37.
6. Янушевич, О. О., Лукиных, Л. М., Решетняк, В. Ю. Тактика применения нестероидных противовоспалительных препаратов для купирования боли в стоматологии (обзор литературы) // Проблемы стоматологии. — 2020. — Т. 16, № 4. — С. 141–148.
7. Григорьянц, Л. А., Дзугкоева, Л. Х., Сабеева, Л. Р. Применение низкоинтенсивного лазерного излучения для купирования воспаления и боли после эндодонтического лечения // Российский стоматологический журнал. — 2018. — Т. 22, № 5. — С. 259–263. — DOI: <https://doi.org/10.18821/1728-2802-2018-22-5-259-263>. — EDN YXDSIQ. — [Электронный ресурс]. — URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=36363481> (дата обращения: 26.01.2026).
8. Борисенко, А. В., Скрипкина, Г. И. Современные аспекты хирургического эндодонтического лечения (апикальной микрохирургии) // Эндодонтия Today. — 2023. — Т. 21, № 2. — С. 125–130.

Диагностическая значимость мультиспиральной компьютерной томографии при кистозном гайморите

Исмадова Камола Аскарровна, ассистент
Ташкентский государственный медицинский университет (Узбекистан)

Особое место среди хронических форм синуситов занимают кистозные поражения околоносовых пазух. Согласно данным компьютерной томографии, кисты верхнечелюстных пазух выявляются в 8–20 % случаев обследований, причём более чем в 90 % случаев патологический процесс локализуется именно в гайморовых пазухах [3; 4; 7].

Ключевые слова: кистозный гайморит, верхнечелюстная пазуха, мультиспиральная компьютерная томография, диагностика, околоносовые пазухи, хронический синусит.

Diagnostic value of multislice computed tomography in cystic maxillary sinusitis

Ismatova Kamola Askarovna, assistant
Tashkent State Medical University (Uzbekistan)

Cystic lesions of the paranasal sinuses occupy a special place among chronic forms of sinusitis. According to computed tomography data, cysts of the maxillary sinuses are detected in 8–20 % of examinations, and in more than 90 % of cases the pathological process is localized specifically in the maxillary (antral) sinuses [3; 4; 7].

Keywords: cystic maxillary sinusitis, maxillary sinus, multislice computed tomography, diagnostics, paranasal sinuses, chronic sinusitis.

Введение

Хронические воспалительные заболевания носа и околоносовых пазух остаются одной из наиболее распространённых патологий в оториноларингологии. По данным эпидемиологических исследований последних лет, хронический риносинусит диагностируется у 10–15 % взрослого населения, при этом отмечается устойчивая тенденция к росту заболеваемости на 1,5–2 % ежегодно [1; 2].

Особое место среди хронических форм синуситов занимают кистозные поражения околоносовых пазух. Согласно данным компьютерной томографии, кисты верхнечелюстных пазух выявляются в 8–20 % случаев обследований, причём более чем в 90 % случаев патологический процесс локализуется именно в гайморовых пазухах [3; 4]. Во многих случаях заболевание протекает бессимптомно и выявляется случайно при лучевых методах исследования.

В последние годы мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) стала «золотым стандартом» визуализации околоносовых пазух, позволяя детально оценить анатомические особенности, характер патологических изменений и их распространённость, что имеет принципиальное значение для выбора тактики лечения и планирования хирургических вмешательств [5–7].

Цель исследования

Оценить диагностическую значимость МСКТ в выявлении и характеристике кистозного гайморита, определить особенности локализации кист верхнечелюстных пазух и их связь с клиническими проявлениями.

Материал и методы исследования

В период с 2022 по 2023 г. в клинике Happy Life обследовано 523 пациента с заболеваниями носа и околоносовых пазух. У 257 пациентов (49,13 %) диагностированы различные формы хронического гнойного риносинусита.

Среди обследованных:

- мужчины — 136 (52,9 %);
- женщины — 121 (47,1 %);
- возраст — от 12 до 67 лет (средний возраст $32,2 \pm 2,3$ года).

Длительность заболевания составляла от 1 года до 5 лет и более. Всем пациентам выполнено комплексное ЛОР-обследование, включавшее:

- сбор анамнеза;
- переднюю и заднюю риноскопию;
- фарингоскопию;
- отоскопию;
- эндоскопию полости носа и носоглотки (эндоскопы Karl Storz диаметром 2,7 и 4,0 мм, углы обзора 0, 30, 70°);
- МСКТ околоносовых пазух.

Результаты исследования

Клинические проявления

Наиболее частые жалобы пациентов представлены в таблице 1.

Таблица 1. Частота клинических симптомов у пациентов с кистозным гайморитом (n = 257)

Симптом	Количество пациентов	%
Затруднение носового дыхания	237	92,2
Постоянная заложенность носа	101	39,3
Периодическая заложенность носа	52	20,2
Слизисто-водянистые выделения	112	43,6
Слизисто-гнойные выделения	98	38,1
Головная боль	97	37,7
Снижение обоняния	79	30,7
Дискомфорт в проекции пазух	51	19,8
Бессимптомное течение	20	7,8

У 44 пациентов (17,1 %) отмечалась припухлость мягких тканей в проекции верхнечелюстных пазух ($p < 0,05$).

Данные МСКТ

Кисты верхнечелюстных пазух выявлены у 111 пациентов (43,2 %). Двустороннее поражение зарегистрировано у 42 пациентов (37,8 %).

Таблица 2. Локализация кист верхнечелюстных пазух по данным МСКТ

Локализация	Количество	%
Задненижняя стенка	32	28,8
Передняя и медиальная стенки	24	21,6
Верхняя стенка	9	8,1
Латеральная стенка	6	5,4
Двусторонние кисты	42	37,8

Наиболее частой зоной локализации кист являлась задненижняя стенка верхнечелюстной пазухи.

Сопутствующая патология

У всех пациентов кистозный гайморит сочетался с анатомическими и воспалительными изменениями полости носа:

- искривление носовой перегородки — 91 %;
- буллёзные изменения носовых раковин — 49,8 %;
- гипертрофия нижних носовых раковин.

У 69 пациентов (26,8 %) искривление перегородки носа осложнялось развитием кистозного гайморита.

Обсуждение

Полученные данные подтверждают высокую диагностическую ценность МСКТ в выявлении кистозных поражений верхнечелюстных пазух. Современные исследования (2019–2024 гг.) указывают, что именно МСКТ позволяет наиболее точно дифференцировать кисты от полипов, опухолевых образований и воспалительных утолщений слизистой оболочки [6].

Высокая частота бессимптомных форм подчёркивает необходимость применения лучевых методов диагностики даже при минимальных клинических проявлениях. Определение точной локализации кист имеет ключевое значение при выборе эндоскопического или экстраназального хирургического доступа.

Выводы

1. МСКТ является ведущим и информативным методом диагностики кистозного гайморита, позволяющим выявлять патологические изменения верхнечелюстных пазух, в том числе при бессимптомном течении заболевания.
2. Применение МСКТ обеспечивает точную визуализацию локализации, размеров и количества кист, а также позволяет оценить их влияние на окружающие анатомические структуры и состояние полости носа.

3. Наиболее частой зоной локализации кист верхнечелюстных пазух по данным МСКТ является задненижняя стенка, что выявлено у 28,8 % обследованных пациентов.

4. Использование МСКТ в комплексной диагностике кистозного гайморита способствует обоснованному выбору хирургической тактики, снижению риска интраоперационных осложнений и вероятности рецидивов заболевания.

Литература:

1. Fokkens W. J. et al. European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2020 // Rhinology. — 2020. — Vol. 58. — N. Suppl S29. — P. 1.
2. DeConde A.S., Soler Z.M. Chronic rhinosinusitis: Epidemiology and burden of disease // American Journal of Rhinology & Allergy. — 2016. — Vol. 30(2). — P. 134–139.
3. Пискунов И. С. Компьютерная томография в диагностике воспалительных и невоспалительных заболеваний полости носа и околоносовых пазух: автореф. дис.... д-ра мед. наук / И. С. Пискунов. — Москва, 2001. — С. 38.
4. Hany Amin. Pitfalls in Otolaryngology Surgery Avoiding Common Mistakes in Nose, Ear, Throat, and Head & Neck Surgery. A Practical Guide for ENT Residents, Fellows, and Practicing Surgeons. URL: https://www.researchgate.net/publication/394054453_Pitfalls_in_Otolaryngology_Surgery_Avoiding_Common_Mistakes_in_Nose_Ear_Throat_and_Head_Neck_Surgery_A_Practical_Guide_for_ENT_Residents_Fellows_and_Practicing_Surgeons
5. Накатис Я. А. Современный этап лучевой диагностики в ринологии / Я. А. Накатис, Н. Е. Конеченкова, С. В. Кузнецов // Вестник КазНМУ. 2014. № 2-3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennyy-etap-luchevoy-dagnostiki-v-rinologii> (дата обращения: 01.02.2026).
6. Wang J. H., Jang Y. J., Lee B. J. Natural course of retention cysts of the maxillary sinus: long-term follow-up results // The Laryngoscope. — 2007. — Vol. 117. — N. 2. — P. 341–344.
7. Чанцева Т. И., Хрусталева Е. В., Лепилов А. В. Оценка соответствия рентгенологических проявлений данным патогистологических исследований у больных кистозным гайморитом // Сибирский научный медицинский журнал. 2013. № 3. С. 23–28. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/otsenka-sootvetstviya-rentgenologicheskikh-proyavleniy-dannym-patogistologicheskikh-issledovaniy-u-bolnyh-kistoznym-gaymoritom>

Единый цифровой контур здравоохранения как инструмент повышения эффективности и безопасности медицинских услуг

Панкратова Татьяна Викторовна, студент магистратуры;
Герасимова Екатерина Сергеевна, кандидат медицинских наук, доцент
Рязанский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова

Информационно-аналитическая деятельность является важнейшей частью функционирования медицинских организаций, позволяя эффективно обрабатывать и анализировать данные, принимая обоснованные решения в области здравоохранения. В условиях современной системы здравоохранения, где информация становится ключевым ресурсом, информационно-аналитическая деятельность обеспечивает оптимизацию управления, планирования и контроля качества медицинских услуг [6]. Рязанская область, как и другие регионы России, сталкивается с вызовами в области здравоохранения, что делает работу информационно-аналитических центров особенно актуальной.

Ключевые слова: информационно-аналитическая деятельность, медицинские организации, здравоохранение, Рязанская область, статистика, анализ данных, качество медицинских услуг.

Информационно-аналитическая деятельность — это процесс сбора, обработки, анализа и интерпретации информации, направленный на поддержку принятия решений и совершенствование функционирования организации. В медицинских организациях данная деятельность играет ключевую роль в управлении, помогающей улучшить качество медицинского обслуживания и оптимизировать процессы (рис. 1)

Сущность информационно-аналитической деятельности заключается в ее функциях:

1. Сбор и обработка данных из различных источников, включая медицинские карты, статистические отчеты, результаты исследований и другие источники.
2. Анализ информации — процесс исследования собранных данных для выявления тенденций, закономерностей и взаимосвязей, которые могут быть использованы для улучшения работы.
3. Подготовка аналитических материалов, включая создание отчетов, презентаций, дашбордов, аналитических записок и других материалов.



Рис. 1. Функционально-технологическая структура информационно-аналитической деятельности и управления [1]

4. Использование результатов анализа для разработки и реализации планов, стратегий и мер, направленных на улучшение работы.

Результаты информационно-аналитической деятельности используются для улучшения качества медицинской помощи, уменьшения заболеваемости и смертности, эффективного использования ресурсов, разработки и реализации новых программ и проектов, подготовки отчетности для различных органов власти [3].

На сегодняшний день ключевую роль в модернизации и цифровизации процессов оказания медицинской помощи в нашей стране играет Единая государственная информационная система в сфере здравоохранения министерства здравоохранения Российской Федерации (ЕГИСЗ). Она служит платформой для сбора, хранения и анализа медицинской информации, что значительно повышает эффективность работы учреждений здравоохранения.

Одной из основных функций ЕГИСЗ является создание единого цифрового профиля пациента. Цифровой профиль обеспечивает быстрый доступ к медицинским данным как для самого пациента, так и для медицинских работников, что позволяет улучшить качество диагностики и терапии, снижая вероятность ошибок и дублирования назначения

медицинских процедур [2]. Для органа управления здравоохранением основной функцией ЕГИСЗ является поддержка принятия управленческих решений и управления ресурсами системы здравоохранения (рис. 2).

ЕГИСЗ представляет собой цифровой контур здравоохранения, состоящий из 15 подсистем, созданных для обеспечения электронного взаимодействия всех действующих медицинских организаций. ЕГИСЗ предназначена для повышения эффективности, прозрачности и доступности российского здравоохранения [4].

Для обеспечения взаимодействия с ЕГИСЗ в каждом регионе, в рамках федерального проекта «Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ)» национального проекта «Здравоохранение» за период 2019–2024 годов (далее — Создание ЕЦК), была реализована государственная информационная система здравоохранения субъекта РФ (далее — ГИС).

В большинстве субъектов Российской Федерации, как и в Рязанской области, техническую реализацию региональных проектов информатизации осуществляют государственные учреждения здравоохранения — региональные медицинские информационно-аналитические центры (ГБУ РО



Рис. 2. Цифровой контур здравоохранения

«МИАЦ»), функционирующие в качестве операторов или технической поддержки региональных сегментов ЕГИСЗ.

По итогам 2024 года Рязанская область полностью реализовала проект создания ЕЦК, в том числе:

- 100 % доля МО, использующих медицинские информационные системы и обеспечивающих информационное взаимодействие с ЕГИСЗ;
- 100 % доля МО, подключенных к централизованным подсистемам ГИС в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации;
- 100 % доля МО, обеспечивающих доступ граждан к электронным медицинским документам в Личном кабинете пациента «Мое здоровье» на ЕПГУ;

- 100 % доля МО, подключенных к региональным защищенным сетям передачи данных;
- 100 % доля МО, обеспечивающих информационное взаимодействие с МСЭ посредством ЕГИСЗ.
- 100 % случаев оказания медицинской помощи, по которым предоставлены электронные медицинские документы в подсистемы ЕГИСЗ.

Надо отметить, что для регионального здравоохранения характерен высокий темп прироста по таким ключевым показателям, как укомплектованность медицинскими кадрами, число кабинетов медицинской профилактики, ФАПов, интенсивное развитие высокотехнологической медицинской помощи (табл. 1).

Таблица 1. Ресурсное обеспечение медицинских организаций Рязанской области

Показатель	2022	2023	2024	Темп прироста	
				абс.	%
Укомплектованность врачами, %	86,3 %	88,9 %	95,2 %	-	+ 8,9 %
Число школ для пациентов с сахарным диабетом, ед.	0	17	21	21	+ 100,0 %
Число школ для пациентов с ХНИЗ, ед.	0	0	255	255	+ 100,0 %
Число кабинетов медицинской профилактики, ед.	27	29	31	4	+ 14,8 %
Число быстровозводимых модульных ФАПов, построенных в рамках реализации РП МПЗЗ, нарастающий итог	31	64	86	55	+ 177,4
Число автомобилей, закупленных для оказания неотложной помощи в отдаленных населенных пунктах в рамках РП МПЗЗ, нарастающий итог	103	128	151	48	+ 46,6
Количество «тяжелого» оборудования (рентген, флюорограф, маммограф, КТ, МРТ, ангиограф), закупленных в рамках РП МПЗЗ, нарастающий итог	48	54	62	14	+ 29,2

Некоторое сокращение числа государственных учреждений здравоохранения объясняется реорганизацией медицинских учреждений Рязанской области, которые были указаны в региональной программе «Модернизация первичного звена здравоохранения» (далее — РП МПЗЗ) на 2021–2025 годы. Министерством здравоохранения Рязанской области проводится реструктуризация системы здравоохранения путем реорганизации подведомственных учреждений в форме слияния и присоединения (Рис. 3, Рис. 4).

На конец 2024 года в г. Рязани 18 больничных учреждений на 5,1 тысяч коек, в их числе областная клиническая больница, областная детская клиническая больница, областная клиническая больница им. Семашко, перинатальный центр, психиатрическая больница им. Н. Н. Баженова, клинический госпиталь для ветеранов войн, 5 диспансеров, 4 городские больницы, больница скорой медицинской помощи, 1 роддом, лечебно-реабилитационный центр «Дом ребенка», 13 амбулаторно-поликлинических организаций мощностью 20,4 тыс. посещений в смену: 2 поликлиники для взрослых, 5 детских поликлиник, 2 стоматологические поликлиники, 1 женская консультация, врачебно-физкультурный диспансер, консультационно-диагностический центр, поликлиника ФГБОУ

ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. академика И. П. Павлова» Минздрава России.

Кроме того, осуществляют свою деятельность такие медицинские учреждения, как: станция переливания крови; станция скорой медицинской помощи; бюро судебно-медицинской экспертизы; медицинский центр «Резерв»; медицинский информационно-аналитический центр; дезинфекционная станция, центр по сертификации и контролю качества лекарственных средств, ГБУ РО «Медицинский информационно-аналитический центр» (МИАЦ) — многопрофильная медицинская организация особого типа, объединяющая направления информатизации, статистики, аналитики и образования в здравоохранении Рязанской области.

МИАЦ является организатором и координатором всех процессов информатизации в государственном секторе здравоохранения, которые ведутся в Рязанской области. На серверах МИАЦ собирается и обрабатывается вся медицинская статистическая информация, функционирует объединённая система учёта деятельности рязанского здравоохранения (рис. 5).

Организационная структура ГБУ РО «Медицинский информационно-аналитический центр» (МИАЦ) базируется на иерархическом принципе и включает ру-

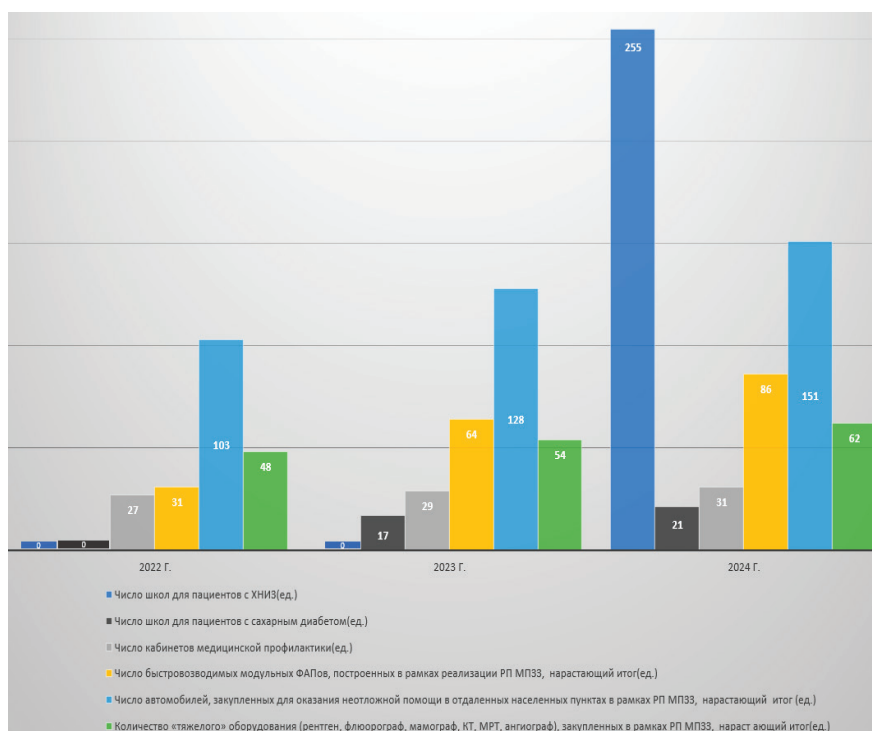


Рис. 3. Показатели оснащённости населения Рязанской области медицинскими организациями

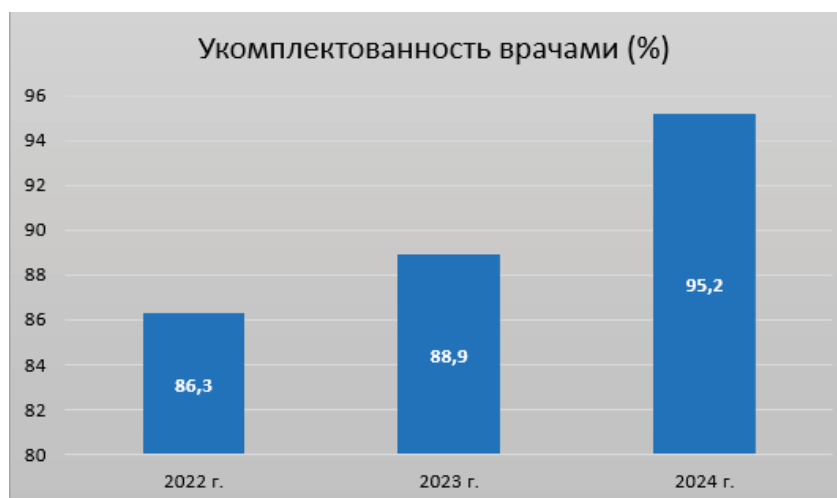


Рис. 4. Показатели оснащённости населения Рязанской области медицинскими организациями

ководство, администрацию и ряд подразделений, выполняющих специализированные функции. Директор осуществляет общее управление учреждением и контроль за его деятельностью. Администрацию составляют заместители директора и другие руководящие сотрудники, которые управляют отдельными направлениями работы МИАЦ. Служба медицинской статистики включает специалистов, занимающихся сбором, анализом и обработкой медицинской статистики. Отдел ведет статистическую отчетность и взаимодействует с федеральными и региональными учреждениями, собирая и обрабатывая данные по различным показателям. Анализ статистических данных является центральным элементом информационно-аналитической деятельности,

позволяющим выявлять основные тенденции и проблемы в системе здравоохранения.

Медико-статистическая информация годовых отчетов подлежит многоступенчатому контролю (внутриформенному, межформенному, межгодовому, форматно-логическому), позволяющему выявить и устранить многочисленные технические ошибки, возникающие при обработке массивов информации, что производится с использованием федеральной информационной системы «МедСтат».

«Медстат» — программа для анализа медицинской статистической отчетности, разработанная ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России. Значение программы — автоматизировать сбор и обработку информации федерального (отраслевого) статистического наблюдения. На

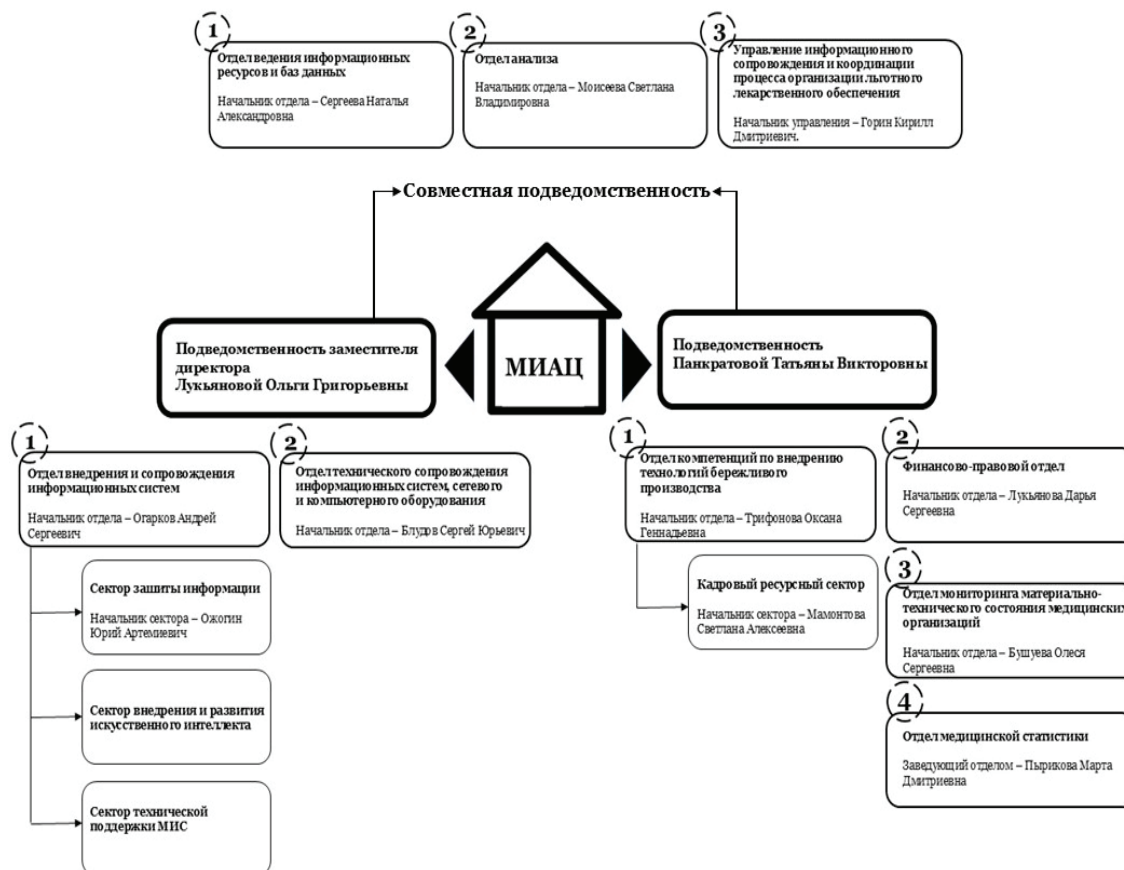


Рис. 5. Организационная структура ГБУ РО «Медицинский информационно-аналитический центр»

уровне субъекта РФ программа используется для сбора статистической отчетности от подведомственных медицинских организаций.

Информационно-аналитическая деятельность ГБУ РО «МИАЦ» включает в себя несколько ключевых направлений:

1. Мониторинг и анализ состояния здоровья населения — ведение баз данных, позволяющее отслеживать динамику заболеваемости и выявление групп риска.
2. Обоснование медицинских решений — на основе анализа данных формируются стратегии и программы по улучшению качества медицинских услуг.
3. Поддержка принятия управленческих решений — ИАД предоставляет управленческим структурам необходимую информацию для принятия оперативных решений.
4. Прогнозирование и планирование — на основе данных о текущем состоянии здоровья и ресурсах формируются прогнозы потребности в медицинских услугах и кадровых ресурсах.

мируются прогнозы потребности в медицинских услугах и кадровых ресурсах.

МИАЦ является ключевым звеном в процессе цифровой трансформации здравоохранения, обеспечивая информационную основу для повышения эффективности работы медицинских организаций, улучшения качества медицинской помощи и принятия стратегических решений на региональном уровне.

В целом, цифровая трансформация российского здравоохранения, подразумевающая изменение характера взаимодействия между тремя основными категориями — медицинскими учреждениями, врачами и пациентами, являет собой эффективный инструмент повышения качества и доступности медицинской помощи, помогает в принятии управленческих решений и повышает уровень «цифровой зрелости» отрасли российского здравоохранения [5, 7].

Литература:

1. Медицинская статистика в практической деятельности врача / Учебно-методическое пособие. Ставрополь: Л. Л. Максименко, А. А. Хрипунова, В. Б. Зафирова, Е. В. Максименко, О. О. Кравченко. Ставрополь: Изд-во СтГМУ, 2020. — 164 с. — Текст (визуальный): непосредственный.
2. ГБУ РО «Медицинский информационно-аналитический центр»: официальный сайт: сайт. — Текст (визуальный): электронный. — URL: <https://cmpmait.ru/> (дата обращения: 13.10.2025).
3. Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Рязанской области: официальный сайт: сайт. — Текст (визуальный): электронный. — URL: <https://62.rosstat.gov.ru/> (дата обращения: 13.10.2025).

09.10.2025). ГБУ РО «Медицинский информационно-аналитический центр», расчет показателей в соответствии с методикой Росстата.

4. Доан Т. М., Крестьянинова О. Г., Плотников В. А. Цифровизация здравоохранения: перспективные инструменты // Экономика и управление. — 2023. — № 2. — С. 132–140
5. Смородский А. Л. Особенности и приоритеты развития цифровой медицины // Международный журнал гуманитарных и естественных наук. — 2024. — № 5. — С. 45–48.
6. Аксенова Е. И., Горбатов С. Ю. Цифровизация здравоохранения: опыт и примеры трансформации в системах здравоохранения в мире. — Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2020. — 44 с.
7. Павлов В. Н., Ханов А. М., Тюрганов А. Г. Цифровая медицина: ожидания и перспективы // Общественное здоровье. — 2022. — № 2. — С. 73–76.

Заболевания слюнных желез при поражении щитовидной железы

Самсонова Юлия Владиславовна, студент;
Бадретдинова Аделина Дамировна, студент;
Панкратова Дарина Александровна, студент

Научный руководитель: Полякова Елена Вячеславовна, старший преподаватель
Оренбургский государственный медицинский университет

В статье рассматриваются заболевания слюнных желез, развивающиеся при поражении щитовидной железы, что представляет собой актуальную проблему на стыке эндокринологии и стоматологии. Анализируется влияние нарушений функции щитовидной железы, включая гипо- и гипертиреоз, аутоиммунные тиреопатии, на морфофункциональное состояние слюнных желез. Особое внимание уделяется изменениям слюноотделения, составу и вязкости слюны, а также клиническим проявлениям воспалительных и дистрофических процессов в слюнных железах на фоне эндокринной патологии. Рассматриваются особенности течения сиаладенитов, ксеростомии и сиалоза у пациентов с заболеваниями щитовидной железы, а также трудности диагностики и комплексного лечения данных состояний.

Ключевые слова: заболевания слюнных желез, щитовидная железа, эндокринные нарушения, гипотиреоз, гипертиреоз, сиаладенит, ксеростомия, междисциплинарный подход.

Заболевания слюнных желез, развивающиеся на фоне патологии щитовидной железы, представляют собой важную междисциплинарную проблему, находящуюся на стыке эндокринологии, стоматологии и общей терапии. Щитовидная железа играет ключевую роль в регуляции обменных процессов, водно-электролитного баланса, микроциркуляции и функционального состояния экзокринных желез, включая слюнные. Нарушения синтеза и секреции тиреоидных гормонов оказывают системное влияние на организм, что отражается на морфофункциональном состоянии слюнных желез, характере слюноотделения и устойчивости тканей полости рта к воспалительным и дистрофическим процессам [1].

По данным Всемирной организации здравоохранения, заболевания щитовидной железы занимают одно из ведущих мест среди эндокринных патологий. В различных регионах мира распространенность заболеваний щитовидной железы достигает 8–15 % среди взрослого населения, при этом субклинические формы гипотиреоза выявляются у 6–10 %, а клинически выраженные формы у 1–2 % населения. Гипертиреоз встречается реже, однако его распространенность составляет в среднем 0,8–1,5 %. У женщин тиреоидная патология диагностируется в 5–8 раз чаще, чем у мужчин, что обуславливает более высокую

частоту поражений слюнных желез именно в женской популяции [3].

Функциональная активность слюнных желез находится в тесной зависимости от уровня тиреоидных гормонов. Тироксин и трийодтиронин участвуют в регуляции белкового и водного обмена, активности ферментных систем и микроциркуляции, что напрямую влияет на объем и состав слюны. При гипотиреозе наблюдается снижение метаболической активности клеток слюнных желез, уменьшение секреции слюны и изменение ее качественного состава. В клинической практике это проявляется ксеростомией, сгущением слюны, нарушением самоочищения полости рта и повышением риска воспалительных заболеваний [2].

Статистические исследования показывают, что признаки снижения слюноотделения выявляются у 40–60 % пациентов с гипотиреозом. При этом выраженная ксеростомия отмечается примерно у 25–30 % больных, что значительно превышает аналогичный показатель в общей популяции, где он не превышает 10–12 %. Снижение секреции слюны сопровождается уменьшением концентрации защитных факторов, таких как иммуноглобулин А, лизоцим и лактоферрин, что создает благоприятные условия для роста патогенной микрофлоры и развития воспалительных процессов в слюнных железах [4].

При гипертиреозе изменения со стороны слюнных желез носят иной характер. У части пациентов отмечается повышенное слюноотделение, однако слюна часто имеет измененный состав и повышенную вязкость. В условиях тиреотоксикоза усиливаются катаболические процессы, нарушается микроциркуляция и проницаемость сосудистой стенки, что способствует развитию отека интерстициальной ткани слюнных желез. Клинически это может проявляться увеличением околоушных и поднижнечелюстных слюнных желез, чувством давления и дискомфорта, а также склонностью к развитию сиалоза [3].

Сиалоз является одним из наиболее характерных поражений слюнных желез при эндокринной патологии. Он представляет собой невоспалительное дистрофическое заболевание, связанное с нарушением иннервации и микроциркуляции. По данным клинических наблюдений, признаки сиалоза выявляются у 15–25 % пациентов с заболеваниями щитовидной железы, причем при длительном течении эндокринной патологии данный показатель может достигать 30 %. Чаще поражаются околоушные слюнные железы, что проявляется их двусторонним увеличением без выраженных болевых ощущений и признаков острого воспаления [2].

Особое место занимают аутоиммунные заболевания щитовидной железы, в частности аутоиммунный тиреоидит. Данная патология нередко сочетается с аутоиммунным поражением слюнных желез и имеет общие патогенетические механизмы. У пациентов с аутоиммунным тиреоидитом значительно чаще выявляются признаки хронического сиаладенита и ксеростомии. По данным различных авторов, симптомы поражения слюнных желез отмечаются у 30–45 % больных аутоиммунным тиреоидитом, а клинически выраженный синдром сухости полости рта диагностируется у 20–25 % пациентов [4].

Хронические воспалительные заболевания слюнных желез при патологии щитовидной железы характеризуются стертым и затяжным течением. Снижение местного иммунитета, нарушение оттока слюны и изменение ее состава способствуют хронизации воспалительного процесса. У таких пациентов чаще наблюдаются реци-

дивы сиаладенита, формирование фиброзных изменений и снижение функциональной активности желез. По данным стоматологических исследований, частота хронических сиаладенитов у пациентов с гипотиреозом в 1,5–2 раза выше, чем у лиц без эндокринной патологии [2].

Изменения слюноотделения и состояния слюнных желез при поражении щитовидной железы оказывают выраженное влияние на состояние полости рта в целом. У пациентов с тиреоидной патологией чаще выявляются кариес, заболевания пародонта, кандидоз слизистой оболочки и нарушения вкусовых ощущений. Так, распространенность кариеса у больных гипотиреозом достигает 90–95 %, тогда как в общей взрослой популяции данный показатель составляет около 80–85 %. Заболевания пародонта диагностируются у 70–80 % пациентов с нарушениями функции щитовидной железы, что также превышает среднестатистические показатели [1].

Не менее важным аспектом является влияние терапии заболеваний щитовидной железы на состояние слюнных желез. Заместительная гормональная терапия при гипотиреозе, как правило, способствует частичному восстановлению слюноотделения и улучшению функционального состояния желез. Однако у части пациентов даже на фоне компенсации гормонального фона сохраняются симптомы ксеростомии и дисфункции слюнных желез, что требует дополнительной стоматологической коррекции. При лечении гипертиреоза тиреостатическими препаратами также возможны побочные эффекты, влияющие на слюноотделение и состояние слизистой оболочки полости рта [4].

Таким образом, заболевания слюнных желез при поражении щитовидной железы имеют сложный и многофакторный характер. Нарушения гормонального баланса приводят к функциональным и структурным изменениям слюнных желез, способствуют развитию ксеростомии, сиалоза и хронических воспалительных процессов. Высокая распространенность данных нарушений, достигающая по различным данным 30–60 % среди пациентов с тиреоидной патологией, подчеркивает их клиническую и медико-социальную значимость.

Литература:

1. Асиятилов Г. А. Заболевания слюнных желез при поражении щитовидной железы: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М.: [б. и.], 2009. — 122 с.
2. Дубровина Е. И., Гайдук И. В., Панин А. М. Структурно-функциональные изменения слюнных желез у пациентов после радиоiodтерапии в комплексном лечении заболеваний щитовидной железы // Клиническая стоматология. — 2024. — Т. 27, № 2. — С. 83–89.
3. Сульимова Т. Б., Козлова М. В. Заболевания слюнных желез при эндокринопатиях // Вестник КГМА им. И. К. Ахунбаева. — 2020. — № 2. — С. 79–86.
4. Сульимова Т. Б., Глухова С. И., Селифанова Е. И. Показатели местного иммунитета околоушной слюнной железы у пациентов с болезнью и синдромом Шёгрена // Кремлёвская медицина. Клинический вестник. — 2018. — № 2. — С. 55–60.

Комплексная легочная реабилитация при хронической обструктивной болезни легких в системе адаптивной физической культуры

Серова Анастасия Алексеевна, студент магистратуры

Национальный исследовательский Нижегородский государственный университет имени Н. И. Лобачевского

Хроническая обструктивная болезнь легких остается ключевой проблемой демографического развития России. В статье представлен анализ литературы по эффективности легочной реабилитации в рамках адаптивной физической культуры. Рассмотрены подходы В. А. Балчугова, Т. Н. Биличенко, А. Г. Чучалина и других авторов. Авторы предлагают трехэтапную модель реабилитации для амбулаторных условий. Обоснована роль групповых занятий в повышении приверженности пациентов.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, легочная реабилитация, адаптивная физическая культура, мультидисциплинарный подход, поддерживающая терапия

Comprehensive Pulmonary Rehabilitation for Chronic Obstructive Pulmonary Disease within the Adaptive Physical Education System

Serova Anastasiya Alekseevna, master's student

Nizhny Novgorod State University named after NI Lobachevsky

Chronic obstructive pulmonary disease remains a key issue in Russia's demographic development. This article presents an analysis of the literature on the effectiveness of pulmonary rehabilitation within the framework of adaptive physical education. The approaches of V. A. Balchugova, T. N. Bilichenko, A. G. Chuchalin, and other authors are considered. The authors propose a three-stage rehabilitation model for outpatient settings. The role of group exercises in improving patient adherence is substantiated.

Keywords: chronic obstructive pulmonary disease, pulmonary rehabilitation, adaptive physical education, multidisciplinary approach, supportive therapy

Хроническая обструктивная болезнь легких представляет собой одну из ведущих причин инвалидности и смертности среди населения трудоспособного и пожилого возраста. По данным Т. Н. Биличенко и А. Г. Чучалина, легочная реабилитация при хронической обструктивной болезни легких обеспечивает улучшение качества жизни и толерантности к физическим нагрузкам у всех пациентов второй и выше стадии заболевания [1, с. 7]. Демин В. М и Петрухин И. С. подчеркивают глобальный характер проблемы, отмечая распространенность хронической обструктивной болезни легких в Российской Федерации на уровне 15,3 % в общей популяции [2, с. 54].

Президент Российской Федерации Владимир Владимирович Путин в Послании Федеральному Собранию от 15 февраля 2023 года отметил стратегическое значение укрепления здоровья населения: «Здоровье нации — это фундамент национальной безопасности и главный капитал будущего» [12]. В контексте национальных проектов «Здра-

воохранение» [10] и «Демография» [9] совершенствование системы медицинской реабилитации при хронических заболеваниях легких приобретает государственное значение. Автор научных работ Орлов М. А. обосновывает роль реабилитации в комплексном лечении хронической обструктивной болезни легких как неотъемлемой части терапии наряду с медикаментозным лечением [8, с. 557].

Представленные в таблице 1 данные систематизируют доказательную базу отечественных исследований по основным направлениям легочной реабилитации при хронической обструктивной болезни легких. Анализ работ Г. Г. Жданова и Н. Е. Кольцовой подтверждает эффективность дыхательной гимнастики в улучшении компенсаторных возможностей дыхательной системы [4, с. 19]. К. В. Комиссаров с соавторами обосновывают целенаправленную тренировку дыхательных мышц как метод повышения толерантности к физическим нагрузкам [5, с. 49]. Демьяновская Е. А. подчеркивает уникальные био-

Таблица 1. Основные направления легочной реабилитации по данным отечественных исследований

Направление	Авторы	Ключевые эффекты
Дыхательная гимнастика	Г. Г. Жданов, Н. Е. Кольцова [4, с. 19]	Штанге 27,8 %, Генчи 37,5 %
Тренировка дыхательных мышц	К. В. Комиссаров, Н. Н. Мещерякова [5, с. 49]	толерантность 25–30 %
Скандинавская ходьба	Е. А. Демьяновская [3, с. 18]	90 % мышечного аппарата
Гидрокинезотерапия	Л. М. Полухина, М. В. Морозова [11, с. 21]	ЖЕЛ 200–400 мл
Комплексные программы	В. В. Сафронова [13, с. 22] и др	Эффективность 83,3 %

механические преимущества скандинавской ходьбы [3, с. 19]. Полухина Л. М. и Морозова М. В. демонстрируют физиологическое обоснование гидрокинезотерапии [11, с. 22]. Комплексный подход В. В. Сафроновой и соавторов свидетельствует о синергетическом эффекте мультимедийных программ с клинической эффективностью 83,3 % [13, с. 21]. Систематизация данных выявляет методологическую основу для разработки стандартизированных протоколов адаптивной физической культуры.

Анализ современной литературы выявляет системный подход к организации легочной реабилитации. Коллектив авторов Комиссаров К. В., Мещерякова Н. Н. и Белевский А. С. разработали методологию физической реабилитации при хронической обструктивной болезни легких, включающую дыхательную гимнастику, тренировку дыхательных мышц и аэробные упражнения [5, с. 49]. Логин Л. П. и Сычева М. Г. акцентируют внимание на необходимости длительных программ не менее восьми недель для достижения клинически значимых эффектов [6, с. 31]. Малкова Н. В. в исследовании качества жизни пациентов с хронической обструктивной болезнью легких установила корреляцию между регулярными занятиями физической культурой [7, с. 119].

Следующим важным направлением выступает укрепление дыхательных мышц. Жданов Г. Г. и Кольцова Н. Е. обосновали эффективность тренировки дыхательных мышц при хронических заболеваниях легких, демонстрируя улучшение функциональных проб Штанге и Генчи на 27,8 и 37,5 % соответственно [4, с. 21]. Сафронова В. В., Яковлева О. В. и Скворцова М. И. подтвердили высокую эффективность комплексных программ реабилитации при хронической обструктивной болезни легких с клинической эффективностью 83,3 % [13, с. 22]. Титова Л. В. подчеркивает роль реабилитации в замедлении прогрессирования заболевания и профилактике обострений [14, с. 102].

Разнообразие методик требует строгой индивидуализации нагрузок. Удоденко И. А. и Ефремова О. А. разработали организационно-методические основы восстановительной медицины при хронической обструктивной болезни легких, акцентируя принцип индивидуализации нагрузок [15, с. 101]. Полухина Л. М. и Морозова М. В. обосновали эффективность гидрокинезотерапии в реабилитации пациентов с бронхолегочными заболеваниями благодаря поддерживающему эффекту воды [11, с. 19]. Автор научных работ Демьяновская Е. А. отметила пользу скандинавской ходьбы для пациентов пожилого возраста с хронической патологией [3, с. 23].

Авторы предлагают модифицированный протокол обучения дыхательной гимнастике для условий адаптивной физической культуры на основе анализа литературы. Начальная фаза в течение двух недель включает четыре шесть циклов вдоха носом и удлиненного выдоха через сомкнутые губы по десять минут ежедневно с акцентом на технику дыхания с сомкнутыми губами по рекомендации Г. Г. Жданова и Н. Е. Кольцовой [4, с. 19]. Основная фаза в течение четырех недель предусматривает

добавление звуковых упражнений и дренажных позиций по методике К. В. Комиссарова [5, с. 49]. Поддерживающая фаза предполагает самостоятельное выполнение два раза в день для автоматизации навыков согласно принципам Л. П. Логина и М. Г. Сычевой [6, с. 31].

Тренировка дыхательных мышц должна проводиться с использованием пороговых тренажеров по рекомендации Н. Н. Мещеряковой и А. С. Белевского с прогрессией от 30 вдохов 2 раза в день до 45 вдохов [5, с. 56]. Аэробная тренировка выносливости в режиме от 50 до 70 % индивидуального максимума оптимальна согласно данным В. М. Демина и И. С. Петрухина [2, с. 57]. Авторы обосновывают приоритет скандинавской ходьбы, вовлекающей более восьмидесяти процентов мышечного аппарата, что соответствует рекомендациям Е. А. Демьяновской [3, с. 17].

Силовые упражнения для мышц верхнего пояса и туловища с эспандерами и гантелями массой от 0,5 до 2 килограммов по 8–12 повторений 2–3 раза в неделю повышают толерантность к нагрузкам согласно данным Л. П. Логина и М. Г. Сычевой [6, с. 31]. Гидрокинезотерапия расширяет возможности реабилитации по показаниям Л. М. Полухиной и М. В. Морозовой [11, с. 19].

Критически важным является переход от стационарной к амбулаторной реабилитации. Авторы предлагают трехэтапную модель для адаптивной физической культуры на основе анализа И. А. Удоденко и О. А. Ефремовой [15, с. 107]: первая интенсивная фаза в течение 8 недель включает 5 занятий в неделю продолжительностью 45 минут; вторая поддерживающая фаза в течение 6 месяцев предусматривает 3 занятия в неделю; третья домашняя фаза включает ежедневную гимнастику и ходьбу. Такая структура обеспечивает стойкость эффекта согласно данным В. В. Сафроновой [13, с. 16].

Образовательный компонент повышает комплаенс согласно исследованиям А. Г. Чучалина и С. Н. Авдеева [16, с. 69]. Авторы рекомендуют разработку памяток по управлению одышкой и энергосбережению для самостоятельных занятий. Групповой формат занятий усиливает мотивацию за счет психоэмоционального микроклимата по наблюдениям Н. В. Малковой [7, с. 121].

Мониторинг эффективности требует унифицированных инструментов, таких как тест шестиминутной ходьбы, шкала COPD Assessment Test и шкала Борга по рекомендациям А. П. Щербатенко [17, с. 11].

Анализ литературы выявил пробелы в амбулаторных программах реабилитации для пациентов с коморбидной патологией. Предлагаемая авторами модель стандартизированных протоколов решает эту проблему, обеспечивая воспроизводимость результатов в поликлиниках. Комплексная легочная реабилитация должна стать обязательным компонентом диспансеризации лиц старше 40 лет.

Реализация предложенной концепции позволит реализовать национальные приоритеты укрепления здоровья населения. Адаптивная физическая культура выступает связующим звеном между медициной и спортом, обеспечивая преемственность реабилитационных мероприятий.

Литература:

1. Биличенко, Т. Н. Легочная реабилитация при хронической обструктивной болезни легких / Т. Н. Биличенко, А. Г. Чучалин // Вестник медицинского института. — 2020. — № 5. — С. 4–15.
2. Демин, В. М. Основы физической реабилитации при хронической обструктивной болезни легких / Демин В. М., Петрухин И. С. // Журнал «Вестник терапевта». — 2021. — № 11. — С. 50–68.
3. Демьяновская, Е. А. Невролог объяснила пользу скандинавской ходьбы / Е. А. Демьяновская // Известия. — Москва: Издательский дом «Известия», 2025. — 8 февр. — С. 12–29.
4. Жданов, Г. Г. Тренировка дыхательных мышц при хронических заболеваниях легких / Г. Г. Жданов, Н. Е. Кольцова // Физиология и патология дыхания. — 2018. — № 2. — С. 15–22.
5. Комиссаров, К. В. Методология физической реабилитации при ХОБЛ / К. В. Комиссаров, Н. Н. Мещерякова, А. С. Белевский // Пульмонология. — 2006. — № 4. — С. 45–60.
6. Логин, Л. П. Физическая реабилитация больных ХОБЛ / Л. П. Логин, М. Г. Сычева // Пульмонология. — 2018. — № 3. — С. 28–40.
7. Малкова, Н. В. Качество жизни пациентов с хронической обструктивной болезнью легких и факторы, его определяющие / Н. В. Малкова // Медицинский журнал. — 2019. — № 11. — С. 115–125.
8. Орлов, М. А. Роль реабилитации в комплексном лечении хронической обструктивной болезни легких / М. А. Орлов // Русский медицинский журнал. — 2016. — № 8. — С. 552–560.
9. Паспорт национального проекта «Демография» (утв. президиумом Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и национальным проектам, протокол от 24 декабря 2018 г. № 18) // Официальный сайт Минтруда России. — URL: <https://mintrud.gov.ru/ministry/programms/demography> (дата обращения: 24.01.2026).
10. Паспорт национального проекта «Здравоохранение» (утв. президиумом Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и национальным проектам, протокол от 24 декабря 2018 г. № 16) // Официальный сайт Правительства РФ. — URL: <http://government.ru/info/35561/> (дата обращения: 24.01.2026).
11. Полухина, Л. М. Гидрокинезотерапия в реабилитации пациентов с бронхолегочными заболеваниями / Л. М. Полухина, М. В. Морозова // Методики восстановительной медицины. — 2022. — № 3. — С. 12–24.
12. Послание Президента Российской Федерации Федеральному Собранию от 21 февраля 2023 г. // Официальный сайт Президента РФ. — URL: <http://kremlin.ru/events/president/news/70565> (дата обращения: 24.01.2026).
13. Сафронова, В. В. К вопросу об оценке эффективности реабилитации больных ХОБЛ / В. В. Сафронова, О. В. Яковлева, М. И. Скворцова // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. — 2022. — № 1. — С. 12–28.
14. Титова, Л. В. Роль реабилитации в комплексном лечении ХОБЛ
15. / Л. В. Титова // Вестник физической и реабилитационной медицины. — 2020. — № 5. — С. 99–114.
16. Удоденко, И. А. Организационно-методические основы восстановительной медицины при ХОБЛ / И. А. Удоденко, О. А. Ефремова // Архив внутренней медицины. — 2020. — № 5. — С. 99–109.
17. Чучалин, А. Г. Качество жизни больных хронической обструктивной болезнью легких / А. Г. Чучалин, С. Н. Авдеев // Журнал пульмонологии. — 2005. — № 2. — С. 65–78.
18. Щербатенко, А. П. Тест 6-минутной ходьбы как метод оценки функционального состояния / А. П. Щербатенко // Медицинские применения и возможности. — 2023. — № 9. — С. 7–15.

**Патоморфологические и клинические изменения
слизистой оболочки полости рта у пациентов с кислотозависимыми
заболеваниями желудочно-кишечного тракта**

Тимофеева Виктория Витальевна, студент;

Жакиянова Элла Бекбулатовна, студент;

Мухарямова Камила Анваровна, студент

Научный руководитель: Полякова Елена Вячеславовна, старший преподаватель

Оренбургский государственный медицинский университет

В данной работе проведен обзор и анализ патологических изменений слизистой оболочки рта, ассоциированных с кислотозависимыми заболеваниями, в частности гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ). Рассматриваются механизмы прямого повреждающего действия желудочного рефлюктата на эпителий полости рта, а также нейроре-

флукторные механизмы патогенеза. Описаны основные клинические формы поражений, включая катаральные, эрозивно-язвенные процессы и изменения языка. Обоснована необходимость междисциплинарного взаимодействия гастроэнтерологов и стоматологов для ранней диагностики кислотозависимых патологий по их «стоматологическим маскам».

Ключевые слова: кислотозависимые заболевания, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, слизистая оболочка полости рта, рефлюкс-эзофагит, стоматологические проявления, эрозии, глоссит.

Патогенез поражений слизистой оболочки рта при кислотозависимых заболеваниях носит сложный, мультифакторный характер. Ведущим механизмом повреждения является непосредственный контакт эпителия полости рта с агрессивным содержимым желудка, попадающим в вышележащие отделы в результате гастроэзофагеального рефлюкса. Как указывается в современных исследованиях, рефлюктат, содержащий соляную кислоту, пепсин, а в ряде случаев и желчные кислоты, преодолевает защитный барьер пищевода и достигает ротоглотки [1]. Высокий проксимальный заброс (так называемый фаринголарингеальный рефлюкс) приводит к смещению кислотно-основного равновесия ротовой жидкости в кислую сторону. Это вызывает деминерализацию твердых тканей зубов и химическое раздражение мягких тканей, провоцируя развитие воспалительно-деструктивных процессов [3]. Кроме того, хроническая кислотная агрессия истощает буферную емкость слюны и снижает ее реминерализующий потенциал, что замыкает порочный круг патологических изменений в ротовой полости.

Клиническая картина изменений СОПР при кислотозависимых заболеваниях отличается значительным разнообразием. Наиболее распространенным проявлением, выявляемым при осмотре, является катаральный стоматит, характеризующийся отеком и гиперемией слизистой оболочки. Исследователи отмечают, что у пациентов с ГЭРБ часто наблюдается пастозность слизистой оболочки щек, наличие отпечатков зубов на боковых поверхностях языка и по линии смыкания зубов, что свидетельствует о хроническом отеке тканей [2]. Важной особенностью является изменение цвета слизистой: она может приобретать цианотичный оттенок, а в зонах непосредственного контакта с кислотным аэрозоном — ярко-гиперемированный вид. Частота выявления подобных изменений напрямую коррелирует с длительностью анамнеза основного заболевания и степенью недостаточности кардии.

При более тяжелом течении кислотозависимых патологий или их длительном отсутствии лечения катаральные явления могут трансформироваться в эрозивно-язвенные поражения. У пациентов с выраженными клиническими симптомами рефлюкса нередко диагностируются рецидивирующие афты и эрозии, локализующиеся преимущественно на слизистой оболочке губ, щек и мягкого неба. Данные изменения рассматриваются как внепищеводные проявления ГЭРБ, что подтверждается их резистентностью к местной терапии без коррекции гастроэнтерологического статуса [1]. Существует прямая зависимость между тяжестью эндоскопической картины в пищеводе

и желудке и выраженностью воспалительных явлений в полости рта. Так, при эрозивных формах эзофагита и язвенной болезни частота выявления деструктивных изменений эпителия полости рта достоверно выше, чем при неэрозивных формах [5]. Это подтверждает концепцию единого морфофункционального поражения слизистой оболочки всего пищеварительного тракта.

Особое внимание в научной литературе уделяется изменениям языка, которые служат высокочувствительным маркером патологии ЖКТ. У пациентов с повышенной желудочной секрецией часто наблюдается обложенность языка плотным налетом белого или желтовато-серого цвета, который трудно удаляется при поскабливании. Локализация налета, как правило, затрагивает заднюю треть спинки языка, что связано с анатомической близостью к глотке и зонам микроаспирации рефлюктата [2]. Помимо налета, характерным признаком является десквамативный глоссит, известный также как «географический язык». Исследования показывают, что чередование участков десквамации и регенерации нитевидных сосочков связано с трофическими нарушениями, возникающими на фоне хронического гастродуоденита и рефлюксной болезни [3]. Пациенты при этом могут предъявлять жалобы на чувство жжения, пощипывания (глоссалгию) и парестезии, которые усиливаются после приема кислой пищи или эпизодов изжоги.

Состояние тканей пародонта также претерпевает значительные изменения под воздействием кислого рефлюктата. Данные последних лет свидетельствуют о высокой распространенности воспалительных заболеваний пародонта у лиц с кислотозависимыми заболеваниями. Хроническое закисление среды полости рта способствует нарушению микробиоценоза, подавлению резидентной микрофлоры и активному размножению пародонтопатогенных бактерий. Это приводит к развитию катарального гингивита и пародонтита, которые протекают агрессивнее на фоне снижения местной иммунологической резистентности [4]. Отмечается, что у таких пациентов чаще фиксируются рецессия десны и повышенная чувствительность шеек зубов, что является следствием сочетанного воздействия воспаления и химической эрозии эмали. Корреляция между тяжестью патологии пародонта и выраженностью желудочной диспепсии подтверждена статистически, что позволяет рассматривать пародонтальный статус как дополнительный критерий тяжести основного заболевания.

Диагностика описанных изменений требует комплексного подхода, так как стоматологические симптомы часто маскируют основную гастроэнтерологическую проблему.

В научной литературе данные проявления классифицируются как «стоматологические маски» заболеваний органов пищеварения [2]. Врачи-стоматологи при обнаружении у пациента упорного течения стоматитов, эрозий эмали некариозного происхождения или глоссалгии, не поддающихся стандартной терапии, должны заподозрить наличие ГЭРБ или другой кислотозависимой патологии. Клинико-эндоскопические параллели демонстрируют, что своевременное выявление и лечение гастроэнтерологического заболевания приводит к быстрой регрессии проявлений в полости рта, улучшению трофики слизистой оболочки и восстановлению ее барьерной функции [5].

Следует также отметить роль нейрорефлекторных связей в патогенезе изменений СОПР. Патологическая импульсация из пораженных отделов желудка и двенадцатиперстной кишки через блуждающий нерв может вызывать сосудистые расстройства в челюстно-лицевой области, приводя к нарушению микроциркуляции в слизистой

оболочке рта. Это проявляется снижением скорости слюноотделения (гипосаливацией), что усугубляет воздействие кислоты на ткани, лишая их естественной защиты [3]. Сухость во рту (ксеростомия), на которую жалуются многие пациенты с КЗЗ, является следствием как висцеро-висцеральных рефлексов, так и побочным эффектом приема некоторых препаратов.

Проведенный анализ литературы позволяет сделать вывод о том, что кислотозависимые заболевания оказывают выраженное негативное влияние на состояние слизистой оболочки полости рта. Патологические изменения носят системный характер и варьируют от легких катаральных форм до глубоких эрозивно-язвенных поражений и атрофических процессов. Основными этиопатогенетическими факторами выступают прямое химическое повреждение тканей рефлюктом, изменение физико-химических свойств слюны, нарушение микробиоценоза и нейротрофические расстройства.

Литература:

1. Ивашкин, В. Т. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / В. Т. Ивашкин, И. В. Маев, А. С. Трухманов. — Текст: непосредственный // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 2020. — № 30, № 4. — С. 70–97.
2. Трухан, Д. И. Изменения в полости рта при заболеваниях органов пищеварения: в помощь врачу-стоматологу и терапевту / Д. И. Трухан. — Текст: непосредственный // Медицинский совет. — 2020. — № 15. — С. 132–140.
3. Стоматологические проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / И. В. Маев, Г. Л. Юренев, С. Г. Бурков, Т. А. Селезнева. — Текст: непосредственный // Терапевтический архив. — 2020. — № Т. 92, № 8. — С. 98–104.
4. Саркисян, С. А. Оценка состояния слизистой оболочки полости рта и тканей пародонта у пациентов с кислотозависимыми заболеваниями / С. А. Саркисян, А. В. Лепилин. — Текст: непосредственный // Стоматология. — 2021. — № Т. 100, № 2. — С. 28–31.
5. Козлова, И. В. Патология полости рта при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: клинико-эндоскопические параллели / И. В. Козлова, А. Л. Пахомова. — Текст: непосредственный // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. — 2021. — № 5 (189). — С. 121–127.

Применение антилейкотриеновой терапии при аллергическом бронхите в детском возрасте

Улугов Аскар Исматович, кандидат медицинских наук, доцент
Ташкентский государственный медицинский университет (Узбекистан)

Аллергический бронхит у детей является одной из актуальных проблем современной педиатрии и часто сопровождается рецидивирующим кашлем и снижением качества жизни. Целью данного исследования явилось изучение клинико-лабораторной эффективности антилейкотриенового препарата монтелукаст (бризези) в комплексной терапии аллергического бронхита у детей. Под наблюдением находились 63 ребёнка в возрасте от 2 до 10 лет, проходившие лечение в 2021–2022 гг. Пациенты были разделены на две группы: основную, получавшую монтелукаст, и группу сравнения, получавшую цетиризин. Оценка эффективности терапии проводилась на основании динамики клинических симптомов, уровня эозинофилов периферической крови и содержания общего иммуноглобулина IgE. Результаты исследования показали более выраженное клиническое улучшение и снижение лабораторных показателей аллергического воспаления у детей, получавших монтелукаст.

Ключевые слова: аллергический бронхит, дети, монтелукаст, антилейкотриеновые препараты, IgE.

Use of antileukotriene therapy for allergic bronchitis in childhood

Ulugov Askar Ismatovich, d. in medicine, associate professor
Tashkent State Medical University (Uzbekistan)

Allergic bronchitis in children is a relevant problem of modern pediatrics and is often accompanied by recurrent cough and decreased quality of life. The aim of this study was to evaluate the clinical and laboratory effectiveness of the anti-leukotriene drug montelukast (Brizezi) in the complex treatment of allergic bronchitis in children. The study included 63 children aged 2 to 10 years who were treated in 2021–2022. The patients were divided into two groups: the main group received montelukast, while the comparison group received cetirizine. Treatment effectiveness was assessed based on changes in clinical symptoms, peripheral blood eosinophil count, and total serum immunoglobulin E (IgE) levels before and after therapy. The results showed a more pronounced clinical improvement and a significant reduction in laboratory markers of allergic inflammation in children treated with montelukast. The findings confirm the effectiveness of anti-leukotriene therapy in the management of allergic bronchitis in pediatric patients.

Keywords: allergic bronchitis, children, montelukast, anti-leukotriene drugs, immunoglobulin E.

Введение

Аллергический бронхит у детей относится к числу хронических воспалительных заболеваний дыхательных путей аллергического генеза и характеризуется длительным кашлем, бронхиальной гиперреактивностью и частыми рецидивами [1]. В последние годы отмечается рост распространённости данной патологии, что связано с увеличением аллергенной нагрузки и неблагоприятными экологическими факторами [2].

В патогенезе аллергического бронхита важную роль играют лейкотриены — медиаторы воспаления, вызывающие бронхоспазм, отёк слизистой оболочки и гиперсекрецию слизи. В связи с этим антилейкотриеновые препараты рассматриваются как перспективное направление терапии в педиатрической практике [3].

Цель исследования

Изучить клинико-лабораторную эффективность антилейкотриенового препарата монтелукаст в лечении аллергического бронхита у детей.

Материалы и методы

Под наблюдением находились 63 ребёнка в возрасте от 2 до 10 лет с диагнозом аллергического бронхита. Среди

них было 36 мальчиков (57,1 %) и 27 девочек (42,9 %). Пациенты были разделены на две группы.

Основную группу составили 32 ребёнка, получавшие монтелукаст (бризеи) в возрастных дозировках (4 мг детям 2–4 лет и 5 мг детям 5–10 лет) в течение 14 дней. В группу сравнения вошёл 31 пациент, получавший цетиризин в стандартных дозах.

Оценка эффективности лечения проводилась на основании клинических данных, а также показателей эозинофилов периферической крови и уровня общего иммуноглобулина Е до и после терапии.

Результаты и обсуждение

До начала лечения у всех детей отмечался упорный сухой или малопродуктивный кашель, преимущественно в ночное время. У половины пациентов выявлялось повышение уровня общего IgE, а эозинофилия достигала 8–23 %.

Основные клинические жалобы пациентов представлены в таблице 1.

После проведённого лечения улучшение состояния наблюдалось в обеих группах, однако у детей, получавших монтелукаст, регресс клинических симптомов наступал быстрее. У всех пациентов основной группы отмечалась нормализация уровня эозинофилов, а концентрация общего IgE снижалась в 1,5–2 раза. В группе сравнения у части детей сохранялись признаки аллергического воспаления.

Таблица 1. Структура клинических жалоб у детей с аллергическим бронхитом (n = 63)

Симптомы	Количество детей	%
Кашель	63	100
Сухой кашель	49	77,8
Затруднение носового дыхания	47	74,6
Ринорея	36	57,1
Чихание	29	46,0
Нарушение сна	25	39,7
Снижение активности	29	46,0

Заключение

Полученные результаты свидетельствуют о высокой эффективности антилейкотриенового препарата монтелукаст в лечении аллергического бронхита у детей.

Применение данного препарата способствует более быстрому купированию клинических симптомов и улучшению лабораторных показателей, что позволяет рекомендовать его для использования в педиатрической практике.

Литература:

1. Нигметзянова Г. И., Абдуллина А. С., Галиева Е. Р. Кашуба В.А. Факторы риска развития и течения острого обструктивного бронхита у детей раннего возраста // Academy. 2020. № 1(52). С. 50–52.
2. Мизерницкий Ю. Л., Сулайманов Ш. А. Антилейкотриеновые препараты в педиатрии // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2019. Т. 64. № 4. С. 128–132.
3. Новик Г. А. Роль и место антилейкотриеновых препаратов в лечении аллергических заболеваний // Лечащий врач. 2014. № 3. С. 75–82.
4. Diamant Z., Mantzouranis E., Bjermer L. Montelukast in the treatment of asthma and beyond // Expert Review of Clinical Immunology. — 2009. — Т. 5. — № 6. — С. 639–658. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1586/eci.09.62?scroll=top&needAccess=true>
5. Pawankar R. et al. Asia Pacific Association of Allergy Asthma and Clinical Immunology White Paper 2020 on climate change, air pollution, and biodiversity in Asia-Pacific and impact on allergic diseases // Asia Pacific Allergy. — 2020. — Т. 10. — № 1. — С. e11. https://journals.lww.com/apallergy/fulltext/2020/01000/asia_pacific_association_of_allergy_asthma_and.11.aspx

Surgical treatment of scoliosis in children and adolescents

Usmonaliyev Farkhod Shavkatjon o'g'li, master's student

Scientific advisor: Umarkhodjayev Fatkhulla Rikhsikhodjayevich, doctor of medical sciences (dsc), associate professor
Tashkent State Medical University (Uzbekistan)

This article reviews methods of preoperative preparation for children and adolescents diagnosed with idiopathic scoliosis. Surgical approaches for the correction of scoliotic spinal deformities using modern double-rod and frame-based systems, including hook-based and hybrid pedicle screw transpedicular fixation (TPF) systems such as Cotrel–Dubousset instrumentation (CDI) and its analogues, are analyzed. The presented technologies allow for a high degree of deformity correction while minimizing the risk of postoperative complications.

Keywords: scoliosis; preoperative preparation; surgery; deformity correction; children; adolescents.

According to data from various researchers, the prevalence of scoliosis remains relatively stable, affecting approximately 1.5–3 % of the general population. Within the overall disease structure, idiopathic scoliosis (IS) predominates, accounting for 75–85 % of all cases [33]; [34]; [6]; [35].

Clinically significant progressive scoliotic deformities that progress to the surgical stage are observed in only 0.1–0.38 % of all scoliosis cases [40]; [41]; [42]; [43]; [44].

Surgical treatment plays a central role in the management of scoliosis and is primarily aimed at correcting and stabilizing spinal deformities. Although modern instrumented surgical technologies demonstrate high effectiveness in deformity correction, they significantly restrict spinal mobility and remain complex, invasive, and costly procedures associated with a high risk of complications. These factors have led some researchers to question the overall appropriateness and justification of their widespread use [45]; [46]; [47].

Considering these limitations, there is a growing need to develop and implement new surgical strategies for scoliosis

treatment that are cost-effective, efficient, and technologically advanced. Multimodal approaches—such as active surgical treatment programs or “Fast Track” surgery protocols—originally introduced during the expansion of minimally invasive and endoscopic surgery, may currently offer substantial benefits for scoliosis surgery and clinical practice.

Assessment of the mobility or correctability of a scoliotic deformity is a mandatory functional diagnostic component in surgical planning. Traditionally, the flexibility of the main scoliotic curve is evaluated radiographically using non-standardized external corrective forces. These include lateral bending of the trunk, application of manual pressure to the apex of the curve, or various combinations of these maneuvers. Radiographs may be obtained with the patient in the supine, prone, or lateral decubitus position, with manual pressure applied to the curve apex, as well as in standing or lateral decubitus positions using a bolster placed beneath the apex of the deformity (fulcrum bending radiographs) [48]; [49]; [50].

In addition, axial traction techniques are used, performed manually or mechanically in the supine position in conscious patients [49], under general anesthesia [51], or by suspension from the axillae [48], sometimes combined with additional manual pressure applied to the curve apex [52].

Despite the variety of available methods, no standardized approach currently exists for determining the individual mobility or correctability of scoliotic deformities. This is primarily due to substantial variability in the magnitude and point of application of corrective forces, not only among different investigators but even within the same study [53]; [52]; [48].

This lack of standardization complicates informed surgical decision-making, increases the risk of planning errors, and introduces uncertainty in outcome prediction [53]; [48]. Moreover, inconsistent and non-uniform concepts of spinal mobility may limit the effectiveness of surgical correction and increase the risk of complications, while also preventing meaningful comparison and systematization of clinical outcomes. As a result, reporting accuracy is compromised and scientific discussion becomes more complex [48]. To date, the effects of systematic traction on the organism of patients with scoliotic deformities have not been sufficiently investigated.

In most studies addressing preoperative corrective interventions for scoliosis, the nonlinear and viscoelastic properties of the muscle-tendon system—which determine the extensibility of spinal and thoracic deformities—have not been adequately considered or investigated. These biomechanical properties indicate that elongation of spinal and thoracic deformities may depend not only on the magnitude of the applied corrective force but also on the duration of its application. Moreover, the nature and adaptive capacity of time-dependent changes occurring during growth and development in the spine and other skeletal structures, as well as in the cardiovascular, respiratory, and nervous systems, remain insufficiently understood. Such changes are likely associated with the effects of systematically repeated and prolonged corrective interventions on the developing organism.

According to DeWald (1970), halo traction—including permanent halo-pelvic or halo-gravity traction systems—has been used as part of preoperative preparation for the surgical treatment of severe and rigid scoliosis. This method aims to reduce intraoperative complications, assess and increase deformity mobility, and improve the effectiveness of surgical correction [54]; [55]; [56]; [57].

However, the use of such traction techniques remains limited, as they represent independent surgical interventions associated with a high complication rate (up to 50 % or more), strict patient selection criteria, and a labor-intensive, invasive, and prolonged treatment course [57]. To date, no universally accepted, resource-efficient, and minimally traumatic clinical alternatives have been proposed.

In the surgical treatment of scoliosis, modern double-rod, frame-based, hook-based, hybrid, and pedicle screw transpedicular fixation (TPF) systems, including Cotrel-Dubousset instrumentation (CDI) and its analogues, enable highly effective correction of scoliotic deformities, achieving correction rates of 70 % or more [58]; [59]; [60].

At the same time, numerous studies have emphasized that the transition to TPF systems—particularly strategies involving high-density pedicle screw placement—has increased the invasiveness, technical complexity, operative difficulty, and duration of surgical procedures. The number of implanted construct components has risen substantially, along with the demand for specialized instruments, equipment, and pharmacological support. These factors have contributed to increased intraoperative blood loss, higher rates of complications and reoperations, and a marked escalation in hospital costs, ultimately reducing the accessibility of surgical treatment [61]; [58]; [62]; [63]; [64]; [59].

Attempts by the Texas Scottish Rite Hospital (TSRH) to revert to single-rod hook constructs placed on the concave side of the primary scoliotic curve—aimed at reducing complication rates, hospital costs, surgical burden, and invasiveness—failed to achieve the anticipated benefits. On the contrary, this approach was associated with serious complications and a need for additional revision surgeries, ultimately rendering the strategy unreliable.

From the perspective of correction mechanics, the use of a single-rod segmental hook construct positioned on the concave side of the primary scoliotic curve should theoretically be no less effective in correcting scoliosis deformities than modern double-rod frame-based systems, including TPF strategies. From both structural and technological standpoints, this positional strategy has the potential to address many of the limitations inherent in widely used contemporary techniques.

However, the clinical indications and the technique itself have not yet been fully developed, and its potential effectiveness, surgical burden, and associated risks remain insufficiently studied. To date, no publications in the scientific literature have specifically investigated the outcomes of scoliosis deformity correction using single-rod hook constructs applied according to this positional strategy.

Despite advances in modern orthopedics, surgical management of severe and rigid scoliosis deformities remains far from ideal. There are no standardized methods or universal criteria to stratify the severity of the pathology, which results in a lack of differentiated surgical correction strategies and limited understanding of the prevalence of severe deformities. Treatment of severe scoliosis carries a significant risk of complications, remains technically and technologically demanding, and often yields outcomes that are unsatisfactory for both patients and surgeons, occasionally raising questions about its medical and social justification [65]; [66]; [67]; [68]; [55]; [69].

Complex reconstructive-corrective methods aimed at mobilizing deformities are employed in the treatment of severe scoliosis. These include staged anterior correction [55]; [70] and/or halo-traction [65]; [66]; [56]; [57]; [71], as well as multi-segment anterior and/or posterior column reconstructions [55]; [72]; [73]; [69]. Some surgeons consider preoperative deformity mobilization unnecessary and rely solely on posterior approaches combined with instrumented correction [74], while others emphasize the effectiveness of vertebroplasty and spinal reconstruction [75]; [76].

Due to their structural characteristics, implantable systems do not always provide an adequate corrective effect tailored to the primary scoliotic curve [68]; [77], resulting in correction rates often not exceeding 30–40 % [55]. The incidence of complications—including pseudoarthrosis, infection, loss of achieved correction, postural imbalance, and pain—ranges from 20 % to 59 % [78]; [79]; [69], and may reach or exceed 100 % depending on deformity severity and surgical techniques employed [80], while the rate of severe neurological complications ranges from 0.68 % to 7.7 % [81].

Complications, insufficient correction, loss of functional capacity, cosmetic defects, and anatomical disproportions limit professional opportunities, reduce employment prospects, marriage, and childbearing potential, and constitute a major cause of impaired medical-social adaptation and decreased quality of life in the younger population [82]; [83]; [69].

The lack of less invasive, standardized multimodal approaches, preoperative treatment and preventive interventions,

individualized prediction, and functional mobility assessment, along with the limited practical applicability of existing surgical strategies and implantable correction systems, remains a pressing problem.

Preoperative mobilization and preventive development of mobility in the scoliotic spine and thoracic cage, together with a personalized functional diagnostic and prognostic approach using systematic traction-based “suspension” techniques, constitute a standardized, effective, and safe treatment-diagnostic complex.

For children and adolescents with scoliosis of varying etiology and severity, a comprehensive strategy—including preoperative diagnostic preparation, planning and prognosis, and correction using less burdensome, resource-saving, minimally invasive, and highly effective single-rod systems—can reliably improve quality of life in both the short and long term. This approach forms the basis for considering it as an active surgical strategy or “Fast Track” surgery in scoliosis management.

References:

1. Садовая Т. Н. Скрининг, мониторинг и организация специализированной ортопедической помощи детям с деформациями позвоночника. Дисс. Док. мед. наук. — С-Пб., 2010. — 322 с.
2. Умарходжаев Ф. Р. Реконструктивно-корригирующие методы лечения прогрессирующего сколиоза. Дисс. Док. мед. наук. — Ташкент., 2021. — 235 с.
3. Умарходжаев Ф. Р., Умаров Д. Т. Идиопатический сколиоз (обзор литературы). O'zbekiston tibbiyot jurnali, 2024. Ташкент. Стр. 196–199.
4. Умарходжаев Ф. Р. Bemorlarni skoliotik deformatsiyalarni to'g'irlash yuzasidan operatsiyaga tayyorlash usuli. № FAP 2521. Ташкент. 2024.
5. Boachie-Adjei O., Cunningham M. E. Revision Spine Surgery in the Growing Child. Management of Spinal Disorders in Young Children / The Growing Spine // Editors: Akbarnia; Yazici; Thompson. — 2011.- P. 487–497.
6. Campbell R. M., Spine Deformities in Rare Congenital Syndromes. Clinical Issues // Spine. — 2009. — V. 34. — pp. 1815–1827.
7. Chan G., Dormans, J. P. Update on Congenital Spinal Deformities Preoperative Evaluation // Spine. — 2009. — V. 34. — pp. 1766–1774.
8. Cheung W. Y., Lenke L. G., Luk K. D. Prediction of scoliosis correction with thoracic segmental pedicle screw constructs using fulcrum bending radiographs // Spine. — 2010. — 35:557–561.
9. Crostelli M., Mazza O., Mariani M., Mascello D. Treatment of severe scoliosis with posterior-only approach arthrodesis and all-pedicle screw instrumentation // Eur. Spine J. — 2013. — V. 22(6). — P. 808–814.
10. Davis B. J., et al. Traction radiography performed under general anesthetic: a new technique for assessing idiopathic scoliosis curves // Spine. — 2004. — 29: P. 2466–2470.
11. Demura S., Bastrom T. P., Schlechter J., Yaszay B., Newton P. O. Should postoperative pulmonary function be a criterion that affects upper instrumented vertebra selection in adolescent idiopathic scoliosis surgery? // Spine. — 2013. — V. 38(22). — P. 1920–1926.
12. Diard G. H. Idiopathic scoliosis: epidemiology and natural history // Spine. — 2002.
13. Hamilton D. K., Smith J. S., Sansur C. A., et al. Rates of new neurological deficit associated with spine surgery based on 108,419 procedures: a report of the scoliosis research society morbidity and mortality committee // Spine. — 2011. — Vol. 36(15). — P. 1218–1228.
14. Hari T., et al Surgical treatment of adolescent idiopathic scoliosis in the United States from 1997 to 2012: an analysis of 20,346 patients // J Neurosurg Pediatr. — 2015. — 16:322–328.
15. Hyun S. J., Lee B. H., Park J. H., et al Proximal junctional kyphosis and proximal junctional failure following adult spinal deformity surgery // Korean J Spine. — 2017. — 14: 126–132.
16. Jasiewicz B., Potaczek T., Szczesniak A., Retrospective study of two-stage surgery in the treatment of scoliosis exceeding 100 degrees-assessment including spinal balance evaluation // Ortop Traumatol Rehabil. — 2009. — 11:495–500.
17. Klepps S. J., Lenke L. G., Bridwell K. H., et.al. Prospective comparison of flexibility radiographs in adolescent idiopathic scoliosis // Spine. — 2001. — 26:E74–E79.

18. Kulkarni A. G., Shah S. P. Intraoperative skull-femoral (skeletal) traction in surgical correction of severe scoliosis ($>80^\circ$) in adult neglected scoliosis // *Spine*—2013 -Apr 15; 38(8): 659–64.
19. Kwan KYH, Alanay A, Yazici M, et al. Unplanned reoperations in magnetically controlled growing rod surgery for early onset scoliosis with a minimum of two-year follow-up. *Spine (Phila Pa 1976)* 2017;42(24):E1410-E1414.
20. Lamarre M. E., et al Assessment of spinal flexibility in adolescent idiopathic scoliosis: suspension versus side-bending radiography // *Spine*. — 2009. — 34(6): 591–597.
21. Lenke L. G., Newton P. O., Sucato D. J., et al. Complications after 147 consecutive vertebral column resections for severe pediatric spinal deformity: a multicenter analysis // *Spine*. — 2013. — Jan 15; 38(2): P. 119–32.
22. Lonner B. S., Ren Y., Yaszay B., et al. Evolution of Surgery for Adolescent Idiopathic Scoliosis over 20 Years: Have Outcomes Improved? // *Spine*. — 2017. — Jul 18.
23. Luhmann S. J., Lenke L. G., Bridwell K. H., et al. Revision surgery after primary spine fusion for idiopathic scoliosis // *Spine*. — 2009. — V. 34(20). — P. 2191–2197.
24. Luo M., Li N., Shen M., Xia L. Pedicle screw versus hybrid instrumentation in adolescent idiopathic scoliosis: A systematic review and meta-analysis with emphasis on complications and reoperations // *Medicine (Baltimore)*. — 2017. — 96(27): e7337.
25. Mehlman C. T., Al-Sayyad M. J., Crawford A. H. Effectiveness of spinal release and halo-femoral traction in the management of severe spinal deformity // *J Pediatr Orthop*. — 2004. — 24: 667–73.
26. Modi H. N., Suh S. W., Hong J. Y. Posterior multilevel vertebral osteotomy for severe and rigid idiopathic and nonidiopathic kyphoscoliosis: a further experience with minimum two-year follow-up // *Spine (Phila Pa 1976)*. — 2011. — 36(14): 1146–53.
27. Mueller F. J., Gluch H. Cotrel–Dubousset instrumentation for the correction of adolescent idiopathic scoliosis. Long-term results with an unexpected high revision rate // *Scoliosis*. — 2012. — 7(1): P. 13.
28. o'Brien M., Newton P., Betz R. Complications in the Surgical Treatment of Adolescent Idiopathic Scoliosis (AIS): A Ten Year Review of a Prospective Database with 1292 Patients // *Spine*. — 2013. — 38(19)pgs.i-i, 1613–1713, E1179-E1234.
29. Park D. K., Braaksma B., Hammerberg K. W., Sturm P. The efficacy of preoperative halo-gravity traction in pediatric spinal deformity the effect of traction duration // *J Spinal Disord*. — 2013. — 26(3): 146–154.
30. Qian B. P., Qiu Y., Wang B. Brachial plexus palsy associated with halo traction before posterior correction in severe scoliosis // *Stud Health Technol Inform*. — 2006. — 123: 538–42.
31. Rafi S., Munshi N., Abbas A., et al. Comparative analysis of pedicle screw versus hybrid instrumentation in adolescent idiopathic scoliosis surgery // *J Neurosci Rural Pract*. — 2016. — 7(4): 550–553.
32. Ramos D. G. R., Nakhla J., Nasser R. Effect of body mass index on surgical outcomes after posterior spinal fusion for adolescent idiopathic scoliosis // *Neurosurg Focus*. — 2017. — 43(4):E5.
33. Rushton PRP, Siddique I, Crawford R, Birch N, Gibson MJ, Hutton MJ. Magnetically controlled growing rods in the treatment of early-onset scoliosis: a note of caution. *Bone Joint J* 2017;99-B(6):708–713.
34. Smyrnis Alexopoylos A., Sekouris N., et al. Screening for preadolescent and adolescent Idiopathic Scoliosis of the spine in a Greek ROM population // *Scoliosis*.—2009.-Vol. 4. — Suppl 1. — 04.
35. Soultanis K., Pyrovolou N., Karaliotas G., et al. A radiographic evaluation of elasticity in idiopathic scoliotic curves: are lateral bending films reliable enough to estimate curve elasticity? // *Scoliosis*. — 2009, — 4 (Suppl 1): O12 The electronic version of this abstract is the complete one and can be found online at: <http://www.scoliosisjournal.com/content/4/S1/O12>.
36. Suh S. W., Modi H. N., Yang J., e.a. Posterior multilevel vertebral osteotomy for correction of severe and rigid neuromuscular scoliosis: a preliminary study // *Spine*.- 2009. — V34. — P. 1315–1320.
37. Suk S. I., Kim W. J., Lee S. M., Kim J. H., Chung E. R. Thoracic pedicle screw fixation in spinal deformities // *Spine*. — 2001. — V. 26. — P. 2049–2057.
38. Suk S. I., Kim J. H., Kim W. J., et al. Posterior vertebral column resection for severe spinal deformities // *Spine*. — 2002. — V. 27. — P. 2374–2382.
39. Tan R., Ma H., Zou D., Wu J. et al. Surgical treatment of severe scoliosis and kyphoscoliosis by stages Chinese Medical Journal. — 2012. — 125(1): P. 81–86.
40. Theologis A. A., Sing D. C., Chekeni F. et al. National Trends in the Surgical Management of Adolescent Idiopathic Scoliosis: Analysis of a National Estimate of 60,108 Children From the National Inpatient Sample Over a 13-Year Time Period in the United States // *Spine Deform*. — 2017. — 5(1): 56–65.
41. Watanabe K., Lenke L. G., Bridwell K. H., et al. Efficacy of perioperative halo-gravity traction for treatment of severe scoliosis ($\geq 100^\circ$) // *J Orthop Sci*. — 2010. — Nov. — 15(6): 720–30.

ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА И СПОРТ

Влияние аэробной физической нагрузки на функциональное состояние сердечно-сосудистой системы студентов

Абдуллаева Нармиля Сакитовна, студент;

Талибова Анна Тагировна, студент;

Шахбанова Марина Рустамовна, студент;

Шихнабиева Камила Вагифовна, студент

Научный руководитель: Селимов Мурад Селимович, преподаватель
Дербентский медицинский колледж имени Г. А. Илизарова (Республика Дагестан)

Статья посвящена изучению проблемы влияния систематических аэробных спортивных физических нагрузок на функциональное состояние сердечно-сосудистой системы организма. Современное поколение студентов все чаще предпочитает использование новейших технологий, исключая аэробную физическую активность. Это приводит к развитию гиподинамии и, связанных с ней, различных функциональных расстройств дыхательной и сердечно-сосудистой систем. Снижение максимального потребления кислорода, в этом плане, определяет у студентов снижение показателей аэробной мощности, что в свою очередь снижает общую выносливость организма.

Ключевые слова: аэробная мощность, физические нагрузки, выносливость, проба Летунова, сердечно-сосудистая система.

Сохранение и укрепление здоровья студентов в настоящее время превращается в значимый фактор идеологической, социальной, культурной, экономической политики государства. В этих условиях спорт как элемент здорового образа жизни студенческой молодежи становится важной составляющей, характеризующей развитие общества в современных условиях. Для студенчества, как работников умственного труда, занятия физической культурой имеют существенное значение, так как «сидячий» образ жизни приводит к тому, что даже незначительные физические нагрузки (например, трехмоментная функциональная проба Летунова), вызывают учащенное дыхание и сердцебиение, тогда как физически крепкий и тренированный человек с ними легко справляется [1].

Если говорить о физическом развитии, то его можно рассматривать и как процесс изменения морфологических и функциональных свойств организма, который происходит с ростом и развитием. Одним из основных физических качеств является выносливость. Повышению выносливости способствуют систематично и последовательно выполняемые циклические физические упражнения, с хорошим обеспечением организма кислородом, такие как бег на длинные дистанции, плавание, катание на велосипеде и другие упражнения подобного характера. Одним из требований при выполнении упражнений циклического характера является то, что интервал значений

частоты сердечных сокращений (ЧСС) должен находиться в пределах 120–180 уд/мин. Интенсивность нагрузки при выполнении упражнений подобного характера должна повышаться постепенно. В целом выносливость к 17–19 годам составляет 85 % уровня взрослого человека, максимальных значений она достигает к 25–30 годам [2].

В литературе, в качестве критерия аэробной работоспособности, обсуждается множество показателей, в той или иной степени связанных со спортивным результатом, когда ресинтез аденозинтрифосфорной кислоты (АТФ) обеспечивается преимущественно аэробными реакциями. Аэробные возможности человека определяются прежде всего скоростью максимального потребления кислорода (МПК). Чем выше МПК, тем больше абсолютная мощность максимальной аэробной нагрузки. Кроме того, чем выше МПК, тем относительно легче и дольше выполнение аэробной работы. Уровень МПК зависит от максимальных возможностей двух функциональных систем: 1) кислородтранспортной, абсорбирующей кислород из окружающего воздуха и транспортирующей его к работающим мышцам и другим активным органам и тканям тела; 2) системы утилизации кислорода, то есть мышечной системы, экстрагирующей и утилизирующей доставляемый кровью кислород. Кислородтранспортная система включает систему внешнего дыхания, систему крови и сердечно-сосудистую систему. Максимальные возможности

кислородтранспортной системы проявляются при возрастающей физической нагрузке [3].

Для определения функционального состояния студентов первого курса медицинского колледжа, мы провели экспериментальное исследование, в ходе которого определяли показатели, характеризующие аэробные возможности организма. Эксперимент проходил в течении осеннего семестра с сентября по декабрь 2025 года. За-

нятия по физической подготовке проводились в соответствии с расписанием 2 раза в неделю. Большая часть занятий проводилась на спортивной площадке, а с конца ноября в спортивном зале. В эксперименте приняли участие 2 группы студентов медсестринского отделения, с приблизительно похожим распределением по возрастному и половому признаку. Одна группа была контрольной, а вторая экспериментальной (табл.№ 1).

Таблица 1. Характеристика групп эксперимента

Группа эксперимента	Общее количество	Юноши	Девушки	Средний возраст
Контрольная группа	25	13	12	16,59
Экспериментальная группа	25	12	13	16,23

В контрольной группе проводили стандартные занятия по физической подготовке, с нагрузками низкой и средней интенсивности, в соответствии с рабочей программой. В экспериментальной группе первый час занятий проходил идентично контрольной, а второй час студенты выполняли аэробные упражнения средней и высокой интенсивности (бег на 1500 метров девушкам и 3000 метров юношам, езда на шоссейном велосипеде 3000 метров и 5000 метров соответственно, игра в баскетбол, волейбол, мини футбол и т. д.). У обеих групп в начале занятия и в конце каждого часа проводили оценку следующих параметров: вес, рост, индекс массы тела, артериальное дав-

ление, пульс, сатурация крови и жизненная емкость легких (табл.№ 2). В конце каждого месяца проводилась оценка трехмоментной пробы Летунова по классической методике. Первый момент — выполнение 20 глубоких приседаний за 30 с. Период восстановления — 3 мин (в течение каждой определяют ЧСС за 10 с и АД). Второй момент — 15-секундный бег на месте в максимальном темпе. Период восстановления — 4 мин (в течение каждой определяют ЧСС и АД). Третий момент — 3-минутный бег на месте в темпе 180 шагов в минуту. Период восстановления — 5 мин (в течение каждой регистрируются показатели ЧСС и АД).

Таблица 2. Средние значения показателей функционального состояния

Показатели функционального состояния	Контрольная группа				Экспериментальная группа			
	сентябрь	октябрь	ноябрь	декабрь	сентябрь	октябрь	ноябрь	декабрь
Рост (см)	168,3	168,3	168,3	168,3	166,7	166,7	166,7	166,7
Вес (кг)	60,26	60,09	59,93	59,89	61,13	60,67	59,94	59,22
ИМТ	21,57	21,45	21,34	21,31	22,41	22,08	21,55	21,03
Пульс (уд/мин)	97,71	95,87	92,16	89,45	97,15	94,63	90,14	86,38
Артериальное давление (мм.рт.ст)	116/79	115/80	113/77	112/78	118/76	116/75	113/79	110/77
Сатурация крови (%)	95,92	96,12	96,54	96,79	96,18	96,43	96,92	97,31
ЖЕЛ (мл)	3239,7	3257,3	3279,1	3291,4	3117,3	3137,5	3189,8	3254,7

При оценке функциональной пробы профессора Летунова выявляют реакции сердечно — сосудистой системы на нагрузку разной интенсивности. Возможны следующие типы реакций: нормотоническая, дистоническая, гипертоническая, со ступенчатым возрастанием максимального артериального давления и гипотоническая. Реакции студентов, участвовавших в эксперименте, показаны в таблице № 3. В соответствии с данными таблицы видно, что в начале эксперимента у большинства студентов в обеих группах выявлялась гипертоническая реакция, у 5 студентов (2 из контрольной и 3 из экспериментальной) дистоническая, и у 8 студентов (5 из контрольной и 3 из экспериментальной) нормотоническая реакция. К концу эксперимента нормотоническая реакция на на-

грузку определялась у 27 студентов. Причем, в экспериментальной группе было 16, а в контрольной 11 студентов.

Выводы

- 1. Проведенные экспериментальные исследования показали положительное воздействие физической нагрузки на функциональное состояние сердечно — сосудистой системы в обеих группах эксперимента. Однако, более выраженным оно было в экспериментальной группе, благодаря более интенсивным аэробным нагрузкам.
- 2. При оценке функциональной пробы Летунова, нами установлен факт адаптации сердечно — сосудистой системы студентов к нагрузкам, в сторону смещения к нор-

Таблица 3. Реакция сердечно-сосудистой системы студентов на пробу Летунова

Тип реакции	Контрольная группа		Экспериментальная группа	
	сентябрь	декабрь	сентябрь	декабрь
Нормотоническая	5	11	3	16
Дистоническая	2	1	3	1
Гипертоническая	18	13	19	8
Со ступенчатым возрастанием максимального артериального давления	-	-	-	-
Гипотоническая	-	-	-	-

мотонической реакции. Однако, в экспериментальной группе большее количество студентов улучшили состояние своей сердечно — сосудистой системы от гипер- тонической и дистонической к нормотонической.

Литература:

1. Вьюшин С. Г., Викулов А. Д. Физическое развитие студентов-первокурсников и необходимость его коррекции // Ярославский педагогический вестник. –2014. — № 4. — Т. II. — С. 119–122.

2. Святлова Н. В., Урбанов А. Ю., Мифтахов С. Ф., Абдулин И. Ф. Функциональные возможности организма студентов в связи с занятиями физическими нагрузками, направленными на развитие выносливости // Современные проблемы науки и образования. 2018.-№ 1; URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=27396> (дата обращения: 22.11.2025).

3. Апанасенко Г. Л. Законы термодинамики и здоровье человека // Сеченовский вестник. 2017. № 2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/zakony-termodinamiki-i-zdorovie-cheloveka> (дата обращения: 18.11.2025).

4. Петрова Т. Г. Влияние спортивных физических нагрузок на функциональное состояние нервной системы и аэробные возможности организма студентов. // Автореф...канд.биол.н.-Майкоп.-2012.-29с.

5. Кириллова Н. Е., Сметанина И. А. Развитие аэробных возможностей организма методом нетрадиционных форм физического воспитания в системе вузовского обучения: метод. указания / Владимир.- Владим. гос. ун-т.–2008. — 44 с.

6. Криволапчук И. А., Чернова М. Б. Влияние аэробных и анаэробных возможностей на функциональное состояние подростков-спортсменов при напряженных когнитивных нагрузках // «Теория и практика физической культуры».-№ 11.- 2024.- с.29–31.

Первые шаги на лыжах: на что стоит обратить внимание начинающему лыжнику

Бель Елизавета Вячеславовна, курсант
Научный руководитель: Гордиенко Евгений Геннадьевич, преподаватель
Кузбасский институт Федеральной службы исполнения наказаний России (Кемеровская область)

Ключевые слова: первые шаги, лыжи, спортивное снаряжение, начинающие лыжники, разминка для разогрева.

Катание на лыжах — популярный зимний вид спорта, привлекающий миллионы любителей активного отдыха. Однако новичкам часто сложно начать заниматься данным спортом самостоятельно.

Лыжи — это не просто зимнее развлечение, а тренировка, которая укрепляет сердце, ноги и повышает выносливость.

Все снаряжение для занятия, а именно лыжи, ботинки, палки и одежда, подбирается по росту и стилю катания.

Рекомендуемая длина лыж для классического хода — на 25–30 см больше роста лыжника. Ширина лыж должна соответствовать уровню подготовленности спортсмена:

широкие облегчают удержание равновесия, узкие позволяют развивать скорость и маневренность.

Ботинки должны плотно фиксироваться на ноге, обеспечивая комфорт и поддержку стопы. Начинающим лучше выбрать ботинки средней жесткости, позволяющие сохранять подвижность голеностопа.

Длина палок также определяется ростом лыжника: из роста нужно вычесть 25–30 см [1].

Необходимо подбирать одежду, обеспечивающую тепло и защиту от ветра и влаги. Идеальным вариантом является многослойная одежда, позволяющая регулировать температуру тела в зависимости от интенсивности нагрузки.

При переходе к практике одним из важных аспектов является выбор места для тренировок [2]. Начинать обучение рекомендуется на ровной местности с небольшим уклоном. Это позволяет избежать резких падений и травм у новичков. Для этого существуют трассы, специально оборудованные для начинающих лыжников.

Вторым важным аспектом является обязательная короткая разминка: вращения плечами, махи ногами, легкие приседы и наклоны. Достаточно пяти — семи минут. Без разогрева связки и мышцы хуже реагируют на нагрузку, что повышает риск растяжений и падений.

Третьим можно выделить первые шаги на лыжах. Сначала надо двигаться небольшими шажками, сохраняя баланс и контроль над телом, постепенно увеличивая длину шага, стараясь скользить плавно и уверенно.

И, наконец, самым важным является умение тормозить на лыжах. Начинающему необходимо освоить основную технику торможения — «плугом» [3]. Это один из наиболее распространенных и универсальных способов замедления скорости на лыжах. Он позволяет плавно регулировать скорость, не теряя контроля над лыжами.

Чтобы такое торможение получилось, следует развести носки лыж, держа пятки вместе. Таким образом, получится клиновидная форма «плуга». При этом нужно перенести вес тела на пятки, слегка согнув колени.

Выделим два основных стиля катания на лыжах: классический и коньковый [2]. Классический ход — это движение по лыжне с шагами и попеременной работой рук и ног. А коньковый ход — скольжение по широкой трассе с отталкиванием наружу — требует большей силы и координации.

Новичкам лучше начать с техники классического хода. Он соответствует естественным движениям человека, поэтому более понятен и легче в освоении. Классический ход менее требователен к физической подготовке и качеству трасс.

Есть ключевые моменты, на которые стоит обратить внимание. Руки работают ритмично с акцентированным втыканием палки в снег и отталкиванием. Сами шаги мощные, с фазой проката на одной лыже после отталкивания [1]. Каждый шаг производится маховым движением ноги, чтобы использовать силу инерции, при этом корпус слегка наклонен вперед, что помогает сохранить баланс и подключить крупные мышцы спины к отталкиваниям.

Коньковый ход на лыжах — красивый и динамичный, но сложный и энергозатратный, поэтому не подходит для новичков и прогулок на лыжах.

Перейдем к самому главному — страху падения у начинающего лыжника.

Сам по себе страх падения — это психический барьер, который мешает человеку выложиться по максимуму на тренировке. При страхе наше тело становится дере-

вянным, центр тяжести при этом уходит назад. А при катании на лыжах это — главная ошибка: чем сильнее корпус тела наклоняется назад из-за страха, тем сложнее управлять лыжами.

Перед тем как встать на лыжи, нужно принять факт, что падают все: от начинающих лыжников до олимпийских чемпионов.

Зачастую страх связан не с болью, которую можно получить при падении, а с тем, что если человек упадет на склоне, то все будут смеяться и обсуждать его. Но это совсем не так. Каждый занят своим катанием и отдыхом.

Устойчивость на лыжах напрямую зависит от отсутствия напряжения в мышцах [3]. Вместо того чтобы бороться со склоном, напрягая каждую мышцу, нужно, наоборот, позволить телу стать расслабленным и мягким. Только так получится уменьшить удары неровностей на центр тяжести, в противном случае даже малейший эффект трассы станет непреодолимым препятствием.

Перейдем к случаю, когда падение неизбежно.

Важно научиться распознавать тот момент, когда контроль над управлением потерян, и тогда единственно правильным решением становится самостоятельное падение, которое будет более безопасным, чем хаотичное кружение по трассе.

Главное правило лыжника в такой ситуации — никогда не падать вперед или назад.

При падении вперед лыжные палки и крепления могут нанести серьезную травму запястьям, а колени принимают фронтальный удар, потому что встречаются с рельефом первыми [4].

При падении назад человек становится беззащитным. Голова подвергается риску резкого и опасного удара о склон, а лыжи в это время, не встретив на своем пути сопротивления, продолжают движение под действием инерции. Это может привести к травме голеностопных суставов.

Оптимальный вариант — упасть на бок. Это позволит сократить дистанцию полета и даст шанс быстрее остановиться [5].

После падения нужно аккуратно встать на колени и подняться.

В заключение можно сказать, что необходимо уделить время подготовке снаряжения, выбору трассы и моральной подготовке. Если путь начинающего лыжника выстроен грамотно, то он приведет к приобретению уверенности, основанной на навыке, и формированию здоровой привычки, которая будет заряжать энергией долгие зимние месяцы. Важно помнить: лыжи — это спорт для всех возрастов, и самый главный соперник на трассе — только ваш страх. Поэтому даже маленькое достижение на этом пути — это победа, которая должна мотивировать на следующий выезд и сделать его максимально желанным.

Литература:

1. Ильку, А. Н. Техника и методика обучения способам передвижения на лыжах / А. Н. Ильку, Д. Н. Немытов, Ю. С. Антонов. — Ульяновск : УлГПУ, 2012. — 63 с. — Текст : непосредственный.

2. Лыжный спорт: учебно-методическое пособие / В. Н. Платонов, Д. Е. Баянкина, П. Е. Тюльков, О. Н. Дитятев. — Барнаул : АлтГПА, 2012. — 306 с. — Текст : непосредственный.
3. Бутин, И. М. Лыжный спорт: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / И. М. Бутин. — М. : Академия, 2009. — 368 с. — Текст : непосредственный.
4. Шиховцов, И. В. Анализ травматизма в лыжных гонках / И. В. Шиховцов, А. Н. Рожков. — Текст : непосредственный // Теория и практика физической культуры. — 2020. — № 5. — С. 45–47.
5. Преображенский, В. С. Учимся ходить на лыжах / В. С. Преображенский. — М. : Советский спорт, 2008. — 88 с. — Текст : непосредственный.

Физическая культура и спорт в системе высшего профессионального образования: актуальные проблемы и пути их решения

Деменева Дарья Ивановна, студент

Научный руководитель: Артемьев Игорь Ярославович, старший преподаватель
Гатчинский государственный университет

В данной статье рассматривается роль и место физической культуры и спорта в современной системе высшего профессионального образования. Актуальность темы обусловлена возрастающими требованиями к здоровью и работоспособности будущих специалистов в условиях интенсивной информационной нагрузки и гиподинамии. Целью работы является анализ текущего состояния физического воспитания в вузах, выявление ключевых проблем и предложение практических рекомендаций по его совершенствованию. В ходе исследования использовались методы анализа научной литературы, нормативно-правовых документов, а также метод анкетирования студентов. На основе проведенного анализа выявлены такие проблемы, как низкая мотивация студентов, недостаточная материально-техническая база, устаревшая методическая база и формальный подход к оцениванию. В заключении предлагаются пути модернизации процесса физического воспитания, включая внедрение личностно-ориентированного подхода, развитие спортивной инфраструктуры, интеграцию IT-технологий и популяризацию ценностей здорового образа жизни. Результаты исследования могут быть полезны администрациям вузов, преподавателям кафедр физического воспитания, а также организаторам студенческой жизни.

Ключевые слова: физическая культура, спорт, высшее образование, профессиональная подготовка, здоровье студентов, мотивация, физическое воспитание, здоровый образ жизни, ЗОЖ, гиподинамия, компетентностный подход.

Современная система высшего профессионального образования находится в состоянии постоянной трансформации, отвечая на вызовы глобализации, цифровизации и динамичного рынка труда. В этих условиях ключевой задачей становится подготовка не только высококвалифицированного, но и конкурентоспособного, стрессоустойчивого и, что немаловажно, здорового специалиста. Однако парадокс современного студенчества заключается в том, что интенсивная интеллектуальная нагрузка, сопровождающаяся малоподвижным образом жизни, длительной работой за компьютером и высоким уровнем стресса, зачастую приводит к ухудшению физического и психического здоровья молодежи.

Именно поэтому дисциплина «Физическая культура и спорт» должна рассматриваться не как второстепенный, факультативный элемент учебного плана, а как неотъемлемая и системообразующая составляющая формирования будущего профессионала. Физическая активность является доказанным инструментом повышения когнитивных функций, работоспособности, эмоциональной стабильности и укрепления здоровья в целом.

Целью настоящей статьи является комплексный анализ роли физической культуры в системе высшего образования, выявление актуальных проблем в организации данного процесса и разработка практико-ориентированных предложений по его оптимизации.

Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие задачи:

— Проанализировать нормативно-правовую и научно-методическую базу, определяющую место физической культуры в вузе.

— Выявить основные проблемы, снижающие эффективность физического воспитания студентов.

— Определить степень мотивации студентов к занятиям физической культурой (на основе микросоциологического опроса).

— Предложить конкретные меры по модернизации системы физического воспитания в высшей школе.

1. Теоретические аспекты и нормативная база физического воспитания в вузе

Основополагающим документом, регулирующим деятельность в сфере физической культуры и спорта в России,

является Федеральный закон № 329-ФЗ «О физической культуре и спорте в Российской Федерации». В соответствии с ним, образовательные организации высшего образования обязаны создавать условия для физического воспитания студентов, включая проведение обязательных учебных занятий в объеме не менее 4 часов в неделю [1].

Федеральные государственные образовательные стандарты (ФГОС) высшего образования по всем направлениям подготовки включают в перечень универсальных компетенций (УК) компетенцию, связанную со способностью поддерживать должный уровень физической подготовленности для обеспечения полноценной социальной и профессиональной деятельности (например, УК-8). Реализация этой компетенции возлагается на дисциплину «Физическая культура и спорт» [2].

С теоретической точки зрения, физическая культура в вузе решает триединую задачу:

Оздоровительная: Компенсация дефицита двигательной активности, профилактика заболеваний, укрепление здоровья.

Образовательная: Формирование системы знаний о здоровом образе жизни, освоение двигательных умений и навыков.

Воспитательная: Развитие личностных качеств, таких как дисциплинированность, целеустремленность, умение работать в команде, воля к победе.

Таким образом, законодательная и теоретическая база создают прочный фундамент для построения эффективной системы физического воспитания. Однако на практике ее реализация сталкивается с рядом системных проблем.

2. Актуальные проблемы организации физического воспитания в вузах

Проведенный анализ и данные микросоциологического опроса, в котором приняли участие 100 студентов младших курсов одного из столичных вузов (проведен автором в апреле 2024 г.), позволили выявить следующие ключевые проблемы.

2.1. Низкий уровень внутренней мотивации студентов.

Значительная часть студентов (около 60 % по результатам анкетирования) воспринимает занятия по физической культуре как формальную обязательку. Основными причинами являются:

Устаревшая система оценивания: Часто оценка выставляется не за прирост личных показателей и усилия, а за соответствие нормативным требованиям (бег на время, подтягивания), что демотивирует студентов с низким исходным уровнем подготовки.

Отсутствие выбора: Стандартная программа часто не учитывает индивидуальные интересы и физические возможности студентов.

2.2. Дефицит материально-технической базы.

Многие вузы, особенно региональные, испытывают серьезные проблемы с обеспечением современной спортивной инфраструктурой. Нехватка спортивных залов, бассейнов, современного инвентаря и открытых пло-

щадок приводит к низкому качеству проведения занятий и их монотонности.

2.3. Консервативность методик преподавания.

Преподавание часто строится на устаревших, «советских» принципах, ориентированных на подготовку спортсменов, а не на оздоровление массового контингента. Недостаточно используются современные фитнес-направления (йога, пилатес, функциональный тренинг), пользующиеся популярностью у молодежи.

2.4. Недостаточное внимание к теоретическому блоку.

Лекционные занятия, посвященные основам здорового образа жизни, физиологии, питанию и профилактике травм, часто носят формальный характер или отсутствуют вовсе. Студенты не получают системных знаний, которые могли бы мотивировать их на самостоятельную заботу о здоровье.

3. Пути модернизации системы физической культуры в высшей школе

Для преодоления указанных проблем необходима комплексная модернизация подхода к физическому воспитанию. Предлагаются следующие меры:

3.1. Внедрение личностно-ориентированного и дифференцированного подхода.

Студентам должен быть предоставлен широкий выбор спортивных секций и направлений деятельности в рамках дисциплины «Физическая культура». Это могут быть не только традиционные игровые виды спорта и легкая атлетика, но и:

Фитнес-направления (аэробика, стретчинг, силовой тренинг).

Единоборства.

Плавание.

Туризм и скалолазание.

Спортивные танцы.

Оценивание должно быть переориентировано с нормативов на учет регулярности посещений, приложения усилий и динамики улучшения индивидуальных показателей.

3.2. Развитие материально-технической базы и партнерств.

Вузам необходимо инвестировать в модернизацию и строительство новых спортивных объектов. Эффективным решением может стать создание партнерских программ с коммерческими фитнес-клубами, где студенты могли бы заниматься по льготным абонементам, засчитывая это как учебные часы.

3.3. Интеграция цифровых технологий.

Использование фитнес-трекеров, мобильных приложений для мониторинга физической активности, онлайн-платформ для теоретической подготовки и тестирования может значительно повысить вовлеченность цифрового поколения студентов.

3.4. Активная популяризация ценностей ЗОЖ и массового спорта.

Необходимо выводить физическую культуру за рамки обязательных занятий. Этому способствует организация

внутривузовских спортивных праздников, турниров, дней здоровья, приглашение известных спортсменов для проведения мастер-классов. Создание позитивного имиджа спортивного и здорового студента является мощным мотивационным инструментом.

Физическая культура и спорт являются критически важным элементом системы высшего профессионального образования, напрямую влияющим на качество подготовки будущих специалистов. В условиях современных вызовов, связанных с гиподинамией и информационными перегрузками, их роль только возрастает.

Проведенное исследование показало, что, несмотря на прочную нормативную базу, существующая система физического воспитания в вузах страдает от ряда системных проблем: низкой мотивации, слабой материальной базы и устаревших методик.

Литература:

1. Федеральный закон от 04.12.2007 N 329-ФЗ (ред. от 24.02.2021) «О физической культуре и спорте в Российской Федерации».
2. Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по направлению подготовки 38.03.01 «Экономика» (уровень бакалавриата). Утвержден Приказом Минобрнауки России от 12.08.2020 № 970.
3. Лубышева Л. И. Социология физической культуры и спорта: учебное пособие / Л. И. Лубышева. — М.: Академия, 2019. — 272 с.
4. Виленский М. Я. Физическая культура и здоровый образ жизни студента: учебное пособие / М. Я. Виленский, А. Г. Горшков. — М.: КНОРУС, 2020. — 240 с.
5. Ашмарин Б. А. Теория и методика физического воспитания: учебник для вузов / Б. А. Ашмарин. — М.: Просвещение, 2021. — 287 с.
6. Ильинич В. И. Физическая культура студента и жизнь: учебник / В. И. Ильинич. — М.: Гардарики, 2022. — 366 с.

Выход из сложившейся ситуации видится в последовательной модернизации, ключевыми направлениями которой должны стать:

Переход от унифицированной системы к личностно-ориентированной, предоставляющей студенту свободу выбора и оценивающей его личный прогресс.

Технологическое обновление процесса обучения и инфраструктуры.

Активная воспитательная и пропагандистская работа по формированию в студенческой среде моды на здоровый образ жизни.

Реализация предложенных мер позволит трансформировать физическую культуру из формальной дисциплины в действенный инструмент формирования здорового, активного и высокоэффективного профессионала, способного к долгой и продуктивной трудовой деятельности.

СОЦИОЛОГИЯ

Социальное самочувствие иностранных студентов в России: мониторинг факторов удовлетворённости и тревожности

Аль-Шахдани Суфьян Аднан Хамид, соискатель
Южный федеральный университет (г. Ростов-на-Дону)

В условиях глобализации высшего образования и реализации политики «мягкой силы» Россия стремится к увеличению присутствия иностранных студентов. Их социальное самочувствие выступает ключевым индикатором эффективности не только образовательных, но и социально-адаптационных институтов. Целью статьи является анализ структуры и динамики социального самочувствия иностранных студентов в России через мониторинг комплекса факторов удовлетворённости и тревожности. На основе эмпирических данных (N=320, анкетирование и глубинное интервью, 2023–2024 гг.) выявлены ключевые детерминанты. К факторам удовлетворённости отнесены: качество академической поддержки, эффективность формальных институтов адаптации (визовая поддержка, правовой патронаж), формирование мультикультурной среды в университете. К факторам тревожности отнесены: бюрократические барьеры во внеучебной сфере (регистрация, банковское обслуживание), опыт бытовой ксенофобии, языковые трудности в повседневной коммуникации, социокультурная дистанция. Делается вывод о дуализме социального самочувствия: высокая академическая удовлетворённость часто сосуществует с повышенной тревожностью, порождаемой слабостью неформальных социальных сетей поддержки и институциональными пробелами в социокультурной интеграции. Предложены рекомендации по смещению фокуса адаптационной политики с исключительно административно-образовательных на комплексные социально-коммуникативные практики.

Ключевые слова: Россия, социальное самочувствие, иностранные студенты, социальная адаптация, социальные институты, удовлетворённость, тревожность, интеграция, высшее образование.

Введение

Процессы интернационализации российского высшего образования актуализируют вопросы не только академической, но и успешной социальной интеграции иностранных студентов. Социальное самочувствие данной группы, понимаемое как комплексная субъективная оценка условий жизни, перспектив и уровня психологического комфорта в принимающем обществе, является результирующим показателем функционирования целого ряда социальных институтов: от системы образования и миграционного регулирования до институтов гражданского общества и культурной коммуникации [1]. Исследование данного феномена в категориях удовлетворённости и тревожности позволяет перевести анализ с макроуровня государственной политики на мезо- и микроуровень повседневных практик и институциональных взаимодействий. Мониторинг этих факторов необходим для выявления «узких мест» в социальных процессах адаптации и разработки адресных мер, направленных на укрепление позитивного имиджа России как образовательного центра.

Теоретико-методологические основания. Исследование опирается на институциональный подход в социологии, рассматривающий адаптацию как процесс взаимодействия индивида с формальными и неформальными институтами принимающего общества [2]. Социальное самочувствие концептуализируется через призму теории социального капитала (П. Бурдьё, Р. Патнэм), где доступ к ресурсам социальных сетей (как соотечественников, так и принимающего сообщества) напрямую влияет на уровень тревожности и удовлетворённости. Мониторинг факторов осуществляется на основе биполярной модели, где удовлетворённость и тревожность не являются полными антиподами, а могут сосуществовать в разных сферах жизнедеятельности. [3]

Методы и материалы. Эмпирическую базу составили результаты смешанного исследования, проведённого в 2023–2024 гг. в трёх университетах (г. Москва, г. Краснодар, г. Ростов-на-Дону). Выборка (N=320) квотная, представляет студентов из стран СНГ, Юго-Восточной Азии, Ближнего Востока и Африки. Применялся анкетный опрос (шкалы удовлетворённости и тревожности, разработанные автором), а также 25 глубинных полуструктурированных интервью для верификации количе-

ственных данных и анализа нарративов. [4] Обработка данных проводилась с использованием статистического пакета SPSS 26.0 и метода тематического анализа для качественных данных.

Социальное самочувствие иностранных студентов в России

Социальное самочувствие иностранных студентов относится к общим условиям, влияющим на жизнь этих студентов во время обучения за границей, включая академическую поддержку, медицинское обслуживание, социальную интеграцию и финансовые ресурсы (Таблица 1). Социальное обеспечение направлено на улучшение качества жизни студентов и предоставление им возможности достичь своих образовательных и личных целей. [5]

1. Факторы, способствующие удовлетворению:

— Академическая поддержка: Российские университеты предлагают программы академической поддержки, такие как помощь в выполнении заданий, репетиторство и академическое консультирование.

— Культурное разнообразие: Разнообразная культурная среда России позволяет студентам знакомиться с новыми культурами и обмениваться идеями со сверстниками разных национальностей.

— Возможности для социального взаимодействия: Студенческие мероприятия и социальные события, организуемые университетами, способствуют общению и взаимодействию между студентами. [6]

— Медицинское обслуживание: Иностранным студентам доступны медицинские услуги, обеспечивающие получение необходимой медицинской помощи.

— Финансирование и финансовая поддержка: для покрытия расходов студентам доступны стипендии или возможности подработки.

2. Факторы, вызывающие беспокойство:

— Язык: Трудности в общении из-за языкового барьера могут негативно повлиять на опыт иностранных студентов. [7]

— Социальная изоляция: Некоторым студентам может быть трудно интегрироваться в местное сообщество или завести новых друзей.

— Культурные проблемы: Культурные различия могут привести к чувству отчуждения или отчуждения.

— Безопасность: Опасения по поводу личной безопасности в некоторых районах, а также политическая или социальная напряженность.

— Финансовые проблемы: Высокие расходы на проживание или невозможность найти подработку могут привести к финансовому стрессу. [8]

Таблица 1. Факторы удовлетворенности и тревожности иностранных студентов в России

Факторы	Факторы удовлетворенности	Факторы тревожности
Академическая поддержка	Доступность академической помощи и репетиторства	Отсутствие академической поддержки или неэффективность некоторых услуг
Культура	Культурное разнообразие и возможности для обмена идеями	Трудности адаптации к новой культуре
Социальное взаимодействие	Социальные мероприятия и возможности для знакомства с людьми	Изоляция и трудности в заведении друзей
Здравоохранение	Доступность медицинских услуг	Тревога по поводу качества услуг или доступности к ним
Финансовая поддержка	Стипендии и возможности трудоустройства	Отсутствие стипендий и возможностей трудоустройства из-за финансовых трудностей, связанных с ростом стоимости жизни

Существуют факторы, способствующие удовлетворению иностранных студентов в России, но, с другой стороны, есть и источники тревоги, которые могут негативно повлиять на их благополучие. Для обеспечения успешного и комфортного обучения для иностранных студентов важно, чтобы образовательные учреждения подчеркивали позитивные аспекты и устраняли негативные. [9]

Перед приездом в Россию

Эта часть работы предназначена для студентов, желающих учиться в российских университетах. Она охватывает темы, связанные с периодом до приезда в Россию, включая информацию о восприятии иностранными студентами Российской Федерации во всех аспектах — поли-

тическом, экономическом и культурном. На основе информации, собранной из литературы, использованной в данном исследовании, эта тема разделена на подпункты, связанные с основным заголовком. Первый подпункт рассматривает объем доступной информации о России, ее культуре и народе. Второй подпункт исследует, как иностранные студенты могут получить информацию об учебных программах и процедурах поступления в российские университеты. [10]

1. Информация о России до приезда: Исследования показали, что большинство иностранных студентов имеют ограниченные знания о Российской Федерации и её культуре. Иностранные студенты, как правило, не обладают достаточной информацией о русском языке, традициях и обычаях, и не прилагают достаточных усилий для подготовки к интеграции в принимающее общество

и его культуру, которая значительно отличается от многих других. [11] Это особенно актуально для студентов из стран с культурой, сильно отличающейся от российской. Многие студенты плохо говорили по-русски до приезда в Россию или вообще не говорили на этом языке. Значительная часть тех, кто выучил русский язык, начала осваивать его только после прибытия. Кроме того, большинство иностранных студентов получают информацию о России из интернета, а средства массовой информации, особенно англоязычные, часто создают негативное впечатление о России, особенно в отношении политики, и пренебрегают правами и свободами человека. Это полностью противоречит реальности; русский народ образован, осведомлен и добр. [12] Этот недостаток лежит как на студентах, так и на университетах. Университеты должны подготовить презентации, фотографии и краткие пояснения о России, её культуре и народе.

2. Информация о российских университетах и процессе поступления: в качестве основного источника информации об академических программах и возможностях получения стипендий использовались веб-сайты университетов, в которые подавали заявки студенты. Одно исследование показало, что иностранные студенты выбирали университеты, основываясь на информации из различных источников. [13] Значительный процент студентов получал информацию о выбранных университетах до подачи заявки либо от органов образования в своих странах, либо от других студентов из своих стран, которые либо уже учились, либо окончили российские университеты. Это может негативно повлиять на процесс отбора, особенно если человек сталкивался с маргинализацией или ненадлежащим обращением. Хотя отдельные случаи редки, к сожалению, иногда они могут повлиять на выбор. [14] Некоторые студенты заявляли, что выбрали университет на основе рекомендаций своих преподавателей или российских студентов, работающих или обучающихся в их странах. Лишь небольшой процент иностранных студентов был принят благодаря рекламным кампаниям выбранного ими университета в своих странах.

Результаты и обсуждение:

1. Структура удовлетворённости. Выявлены статистически значимые корреляции между общим уровнем удовлетворённости и следующими факторами:

— Академическая сфера: компетентность преподавателей, техническая оснащённость вузов, наличие программ тьюторской поддержки ($r=0,72$). Иностранные студенты высоко оценивают уровень академических знаний.

— Формальные институты адаптации: работа международных служб вуза по визово-регистрационному сопровождению и правовому информированию ($r=0,61$). Четкость этих процедур снижает институциональную неопределённость.

— Внутриуниверситетская социальная среда: наличие и активность студенческих клубов, волонтерских программ «buddy system», межкультурных мероприятий ($r=0,54$). Данные институты создают «буферную зону» комфорта.

2. Структура тревожности. Высокий уровень ситуативной и личностной тревожности (по модифицированной шкале Спилбергера) устойчиво коррелирует с иными группами факторов:

— Бюрократия вне университета: взаимодействие с органами МВД по вопросам регистрации, получение банковских услуг, оформление полисов ДМС. Данные процессы описаны в интервью как источники стресса и ощущения уязвимости.

— Опыт социальной эксклюзии: респондентов сообщали о единичных или регулярных случаях бытовой ксенофобии, недружелюбного поведения в общественных местах, что формирует фон небезопасности.

— Языковой барьер в быту: несмотря на владение русским языком на академическом уровне, трудности в понимании быстрой речи, сленга и оформления бытовых сделок ведут к социальной изоляции. Эта изоляция может проявляться в различных аспектах жизни студентов, включая трудности в общении с местными жителями, недостаток уверенности при взаимодействии в магазинах или на рынках, а также проблемы с поиском жилья и заключением договоров. Кроме того, студенты могут испытывать стресс и тревогу из-за страха быть неправильно понятыми или осуждёнными за свои языковые ошибки. Это может привести к избеганию общения и ограничению круга общения только с другими иностранными студентами, что усугубляет чувство одиночества и отчуждения. Важно отметить, что языковой барьер не только затрудняет повседневные взаимодействия, но и препятствует полноценному вовлечению студентов в культурную жизнь страны. [15] Участие в общественных мероприятиях, обсуждение актуальных тем или даже простое общение с соседями становятся настоящими вызовами. Поэтому создание языковых курсов и программ поддержки, направленных на улучшение разговорных навыков и понимания местной культуры, может значительно помочь студентам преодолеть эти трудности и интегрироваться в новое общество.

— Социокультурная дистанция: различия в нормах повседневного поведения, пищевых привычках, неформальном общении создают постоянный когнитивный диссонанс и эмоциональную усталость («культурный шок» второго порядка).

Дуализм социального самочувствия. Ключевой вывод исследования — констатация дуалистической модели социального самочувствия. Академическая и формальная институциональная удовлетворённость локализована преимущественно в стенах вуза. Однако за его пределами активируются факторы тревожности, связанные с дефицитом неформального социального капитала и неэффективностью институтов более широкого социума. Университет выступает «островком стабильности», но не обеспечивает полноценной интеграции в городскую и общественную среду. [16] Это указывает на институциональный разрыв между образовательными и другими социальными институтами.

Заключение и рекомендации. Социальное самочувствие иностранных студентов в России носит противоречивый, дуалистический характер, что отражает асимметричность развития социальных институтов, ответственных за их интеграцию. Мониторинг выявил, что факторы удовлетворённости имеют преимущественно формальный и внутривузовский характер, тогда как факторы тревожности генерируются слабоструктурированной внешней средой и дефицитом доверия. [17] Для оптимизации социального самочувствия необходима институциональная конвергенция. Рекомендуется:

— Развитие межведомственных (вуз как учебное заведение — МВД — Минздрав) цифровых сервисов «одного окна» для решения административных вопросов.

— Стимулирование создания смешанных (российские и иностранные студенты) внеучебных сообществ по интересам для роста bridging social capital. А также содейство-

вать неформальному общению между местными и иностранными студентами, что, в свою очередь, способствует интеграции иностранных студентов в академическую и социальную жизнь.

— Внедрение в учебные программы модулей по социокультурной адаптации, включающих практикумы по решению бытовых проблем. Это касается не только иностранных, но и местных студентов, чтобы избежать недопониманий и конфликтов между ними.

— Подготовка волонтеров из числа местных жителей для сопровождения иностранных студентов в городской среде.

Перспективы дальнейших исследований видятся в сравнительном анализе социального самочувствия студентов из разных макрорегионов, а также в лонгитюдном мониторинге динамики их интеграционных траекторий.

Литература:

1. Мамонова Е. Б., Сидорина Е. В., Мишина М. С. Особенности стрессоустойчивости иностранных студентов в техническом вузе // Проблемы современного педагогического образования. 2025 г. № 87–3. с. 377–380 URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-stressoustoychivosti-inostrannyh-studentov-v-tehnicheskom-vuze>
2. Силаева А. В., Корнетов А. Н., Морева С. А., Луппа Н. А., Обуховская В. Б., Головаха Н. Э., Прядухина Н. И. Факторы устойчивости к организационному стрессу студентов медицинского университета первого года обучения // СПЖ. 2015. № 58. с. 108–120. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/factory-ustoychivosti-k-organizatsionnomu-stressu-studentov-meditsinskogo-universiteta-pervogo-goda-obucheniya>
3. Константинов В. В., Осин Р. В. Иностранные студенты российских вузов в условиях пандемии COVID-19: социальная тревога и психоэмоциональное состояние // Мониторинг. 2022. № 6 (172). с. 265–280. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/inostrannye-studenty-rossiyskih-vuzov-v-usloviyah-pandemii-covid-19-sotsialnaya-trevoga-i-psihoemotsionalnoe-sostoyanie>
4. Ягдрович Т., Якубовский М., Пальярани С., Суха Отман Шами, Киплз С. Аспекты благополучия учащихся и их влияние на успеваемость в странах Совета сотрудничества стран Персидского залива // Региональный центр планирования образования. 2022 г. с. 13–16 https://rcepunesco.ae/cms/Studies/27_ISLA_RS_T06_RP_Wellbeing_AR.pdf
5. Краснова В. В., Холмогорова А. Б. Социальная тревожность и ее связь с эмоциональной дезадаптацией, уровнем стресса и качеством интерперсональных отношений у студентов // Вопросы психологии. 2011. № 3. С. 41–58. [https://psychlib.ru/mgppu/periodica/VP032011/KSt-049.htm#\\$p49](https://psychlib.ru/mgppu/periodica/VP032011/KSt-049.htm#$p49)
6. Лондаджим Т. Социальное самочувствие иностранных студентов, обучающихся в российских вузах (гендерный аспект) // Женщина в российском обществе. 2011. № 4. с. 1–4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sotsialnoe-samochuvstvie-inostrannyh-studentov-obuchayuschih-sya-v-rossiyskih-vuzah-gendernyy-aspekt>
7. Ашур С.. Европейские университеты в Средние века. Арабский дом мысли для печати и издательского дела. Каир, Египет 2010 г. С. 232. https://books.google.ru/books/about/%D8%A7%D9%84%D8%AC%D8%A7%D9%85%D8%B9%D8%A7%D8%AA_%D8%A7%D9%84%D8%A3%D9%88%D8%B1%D8%A8%D9%8A%D8%A9_%D9%81%D9%8A.html?id=rkcuAQAAIAAJ&redir_esc=y
8. Аргунова В. Н., Лондаджим Т. Барьеры социокультурной адаптации иностранных студентов, обучающихся в российских вузах // Вестн. ННГУ. 2008. № 4. С. 7–12.
9. Аль-Башар С. Г. А. Иностранные студенты в высших учебных заведениях Российской Федерации (Обзор литературы) // Международный журнал гуманитарных и социальных наук. 2024 г. № 53. с. 1–27. DOI: <https://doi.org/10.33193/IJoHSS.53.2024.661>
10. Тащёва А. И., Гриднева С. В., Арпентьева М. Р., Киценко Н. В. Социально-психологическая адаптация и проблемы инклюзивного сопровождения студентов с ограниченными возможностями здоровья в вузе // КПО. 2021. № 1 (25) с 5–21. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sotsialno-psihologicheskaya-adaptatsiya-i-problemy-inklyuzivnogo-soprovozhdeniya-studentov-s-ogranichennymi-vozmozhnostyami>
11. Сомова Н. В. Анализ особенностей социокультурной адаптации иностранных студентов на этапе предвузовской подготовки // Теория и практика общественного развития (электронный научный журнал). 2014. № 1. URL: http://teoriapractica.ru/rus/files/arhiv_zhurnala/2014/1/pedagogika/somova.pdf

12. Языков К. Г. Психосемантические пространства ценностей личности при нарушении психического здоровья // Вестник Томского государственного педагогического университета. 2006. № 2. С. 115–118. <file:///C:/Users/sofya/Downloads/psihosemanticheskie-prostranstva-tsennostey-lichnosti-pri-narushenii-psihicheskogo-zdorovya.pdf>
13. Дадаева Т. М., Касаткина Н. П., Шумкова Н. В. Социальное самочувствие и социальная справедливость в оценках российской студенческой молодежи: характер взаимосвязи в условиях новых вызовов // Регионология. 2025 г. № 2. С. 293–315. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sotsialnoe-samochuvstvie-i-sotsialnaya-spravedlivost-v-otsenkah-rossiyskoy-studencheskoy-molodezhi-harakter-vzaimosvyazi-v>
14. Сухотина Н. К. Психическое здоровье детей и определяющие его факторы // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. Спецвыпуски. 2013. Т. 113. № 52. С. 16–22. <https://www.mediasphera.ru/issues/zhurnal-nevrologii-i-psikhiatrii-im-s-s-korsakova-2/2013/5/031997-72982013523>
15. Чеснова Е., Положенцева И. В. Адаптационная готовность иностранных студентов: влияние тревожности и культурных различий // Журнал прикладных исследований. 2025 г. № 10. С. 244–248 URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/adaptatsionnaya-gotovnost-inostrannyh-studentov-vliyanie-trevozhnosti-i-kulturnyh-razlichiy>
16. Хамди Ш. М., Образовательные исследования для учащихся мужского и женского пола // Дар Аль-Андалус, для публикации и распространения, Стр.136–139 2006г. https://s-education.net/php/uploads/pdf/1745941431_0338%D9%83%D8%AA%D8%A7%D8%A8%D8%A8%D8%AD%D8%AB%D8%A7%D9%84%D8%AA%D8%B1%D8%A8%D9%88%D9%8A%D9%84%D9%84%D9%85%D8%B9%D9%84.pdf
17. Ардила А., Маслова О. В., Новикова И. А., Шляхта Д. А., Агилар О. К. Ю. Разработка и психометрическая проверка шкалы аккультурации иностранных студентов к России // Вестник РУДН. Серия: Психология и педагогика. 2019. № 3. С. 393–415. DOI 10.22363/2313-1683-2019-16-3-393-415 URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/razrabotka-i-psihometricheskaya-proverka-shkaly-akkulturatsii-inostrannyh-studentov-k-rossii>

Мониторинг социальных сетей учащихся группы риска: этические границы и профилактический потенциал

Джамалов Джамал Камилович, социальный педагог
ГБОУ г. Москвы Школа № 2120

В статье рассматривается противоречивая практика мониторинга цифровых следов учащихся, отнесенных к группе риска, в социальных сетях. Анализируются потенциальные возможности данного метода для ранней профилактики девиантного поведения и суицидальных рисков, а также сложные эτικο-правовые дилеммы, связанные с приватностью, доверием и возможностью стигматизации. Делается вывод о необходимости разработки строгих этических протоколов и правовых оснований для легитимизации подобной деятельности в образовательной среде.

Ключевые слова: мониторинг социальных сетей, учащиеся группы риска, цифровая этика, профилактика, образовательная среда, приватность.

Цифровизация жизни современного подростка привела к тому, что значительная часть его социальных взаимодействий, интересов и психоэмоциональных состояний репрезентируется в открытых или полуоткрытых профилях социальных сетей. Для специалистов, работающих с подростками «группы риска», эти данные становятся потенциальным источником ценной информации для профилактической работы.

К категории подростков группы риска традиционно относятся подростки, демонстрирующие:

- Признаки депрессии, тревожности, суицидальных мыслей
- Агрессивное поведение, склонность к буллингу
- Употребление психоактивных веществ
- Принадлежность к деструктивным сообществам
- Проживание в неблагоприятных семейных условиях

— Школьную дезадаптацию и хроническую неуспеваемость

Однако сбор и анализ такой информации без четких этических и правовых рамок превращается в зону высокого профессионального риска.

В современной школе мониторинг социальных сетей учащихся, относящихся к группе риска, становится важным инструментом профилактики. Речь не о тотальной слежке, а о внимании к цифровому следу, который может сигнализировать о беде.

Профилактический потенциал мониторинга

1. Раннее выявление кризисных состояний

Социальные сети часто становятся местом, где подростки выражают то, о чем молчат в реальной жизни.

Анализ публикаций, репостов, изменений в поведении онлайн может помочь выявить:

- Прямые или завуалированные суицидальные намёки
- Признаки депрессии (пессимистичные высказывания, изменения в режиме активности)
- Симптомы пищевых расстройств
- Признаки вовлечения в деструктивные группы (экстремистские, суицидальные, пропагандирующие самоповреждение)

2. Понимание социального контекста

Мониторинг позволяет увидеть:

- Особенности социального взаимодействия учащегося
- Наличие или отсутствие поддержки в онлайн-среде
- Характер отношений со сверстниками
- Участие в кибербуллинге (как в роли жертвы, так и агрессора)

3. Проактивное вмешательство

Обнаружение тревожных сигналов позволяет:

- Своевременно подключить специалистов (психологов, социальных педагогов)
- Оказать поддержку до перехода проблемы в острую фазу
- Вовлечь родителей в решение проблемы на раннем этапе

4. Оценка эффективности профилактических программ

Анализ изменений в онлайн-активности может служить индикатором эффективности проводимой работы с учащимся.

Этические и правовые аспекты

Несмотря на профилактический потенциал, практика мониторинга сопряжена с серьезными этическими вызовами:

1. Нарушение приватности: Даже публичные данные собираются зачастую без ведома и информированного согласия подростка и его законных представителей. Это противоречит фундаментальному праву на неприкосновенность частной жизни.
2. Контекстуальная ошибка и стигматизация: Отдельный пост или лайк, вырванные из контекста личной переписки и внутренних шуток, могут привести к неверной интерпретации и необоснованному закреплению ярлыка «проблемного».
3. Подрыв доверия: Если факт мониторинга станет известен, это может безвозвратно разрушить доверительные отношения между педагогом/психологом и учеником, а также между семьей и образовательной организацией.

4. Отсутствие правового регулирования: В большинстве стран, включая РФ, нет четких законодательных норм, регулирующих подобную деятельность школ или вузов, что создает правовой вакуум и злоупотребления.

5. Субъективизм отбора: Критерии отнесения к «группе риска» и принятия решения о начале мониторинга часто размыты и субъективны.

Правовые основы в РФ:

- Федеральный закон № 152-ФЗ «О персональных данных»
- Федеральный закон № 436-ФЗ «О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию»
- Семейный кодекс РФ (статьи о правах и обязанностях родителей)
- Письмо Министерства образования и науки РФ от 14.12.2015 № 07-4317 «О направлении методических рекомендаций»

Технологические аспекты:

- Использование специализированного ПО с функциями анализа текста на выявление рисков
- Разработка чек-листов и алгоритмов для специалистов
- Обучение педагогов основам цифровой гигиены и этики онлайн-взаимодействия

Ограничения и риски

1. Технические ограничения — приватные аккаунты, использование псевдонимов.
2. Контекстуальные ошибки — риск неверной интерпретации иронии, молодёжного сленга, творческого самовыражения.
3. Эффект наблюдателя — изменение поведения подростков из-за осознания возможного мониторинга.
4. Ресурсозатратность — необходимость подготовки специалистов и выделения времени для анализа.

Рекомендации для образовательных учреждений

1. Разработать локальные нормативные акты, регулирующие мониторинг.
2. Обеспечить подготовку специалистов в области цифровой психологии.
3. Создать междисциплинарные команды для анализа данных и планирования вмешательств.
4. Развивать цифровую грамотность учащихся, обучать их ответственному поведению онлайн.
5. Создавать альтернативные каналы для обращения за помощью (школьные телефоны доверия, онлайн-консультации).

Заключение

Мониторинг социальных сетей учащихся группы риска обладает значительным профилактическим потенциалом, позволяя выявлять проблемы на ранних

стадиях и оказывать своевременную помощь. Однако его реализация требует тщательного баланса между заботой о благополучии учащихся и уважением к их приватности. Ответственный подход, основанный на этических принципах, профессионализме специалистов и прозрачности процедур, может превратить мониторинг из инструмента контроля в эффективный механизм

поддержки психологического благополучия подростков в цифровую эпоху.

Ключевой вывод: технологические возможности должны служить гуманитарным целям — не заменять живое человеческое взаимодействие, а дополнять его, создавая более целостную систему поддержки учащихся в сложных жизненных ситуациях.

Литература:

1. Barnes S. B. A privacy paradox: Social networking in the United States // First Monday. 2006.
2. Патаракин Е. Д., Ярмахов Б. Б. Цифровые следы в образовании: между тотальным контролем и развитием обучающихся // Образовательная политика. 2018.
3. Бочавер А. А., Хломов К. Д. Кибербуллинг: травля в пространстве современных технологий // Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2014.

ПСИХОЛОГИЯ

Самораскрытие психолога в терапевтическом процессе: критерии уместности и этические ограничения

Арсеньева Ксения Владимировна, студент магистратуры
Тольяттинский государственный университет (Самарская область)

Статья посвящена теоретическому анализу критериев уместности и этических ограничений феномена самораскрытия терапевта в консультативном процессе. Целью статьи является выявление критериев уместности и этических ограничений самораскрытия в процессе психологической помощи. В статье рассматриваются составляющие методологической оправданности и контекстуальной релевантности использования акта раскрытия консультантом личной информации. Пристальное внимание уделяется этическим рискам, связанным с нарушением границ в терапевтическом альянсе, смещением фокуса с терапевтической цели на удовлетворение потребностей терапевта и влиянию цифровой «прозрачности» на процесс психологической помощи. Основной вывод состоит в том, что результативность самораскрытия напрямую зависит от умения консультанта выдерживать баланс между открытостью, необходимой для установления подлинного контакта, и соблюдением этических норм.

Ключевые слова: самораскрытие, этические ограничения, терапевтический альянс, консультативный процесс, нарушение границ, психологическая помощь, терапевтическая цель, цифровая прозрачность.

Введение

Современные психологические направления, такие как гуманистическое, экзистенциальное, **гештальт-терапия, интегративный подход**, рассматривают аутентичность и прозрачность терапевта как фундамент прочного терапевтического альянса и глубины терапевтического процесса. Одним из важнейших проявлений профессиональной аутентичности является самораскрытие консультанта в процессе психологической помощи.

Самораскрытие в психологическом консультировании определяется как «готовность консультанта поделиться с клиентом своим собственным опытом, рассказать о своих личных реакциях «здесь и сейчас» или раскрыть факты о своем прошлом, уместные для терапии». [2].

Профессиональное самораскрытие способствует установлению доверия, углубляет эмоциональный контакт и является фундаментальным критерием формирования и поддержания терапевтического альянса. Прочный терапевтический альянс является наиболее универсальным предиктором успешности психотерапии независимо от ее теоретической ориентации [3].

В эпоху всеобщей цифровизации исследование критериев уместности и этических ограничений самораскрытия приобретает особую значимость. Эти критерии призваны предотвратить риски размывания границ, смещения фокуса терапии на потребности консультанта и причинения

вреда клиенту. Актуальность продиктована **противоречием** между растущей потребностью в человеческой открытости терапевта и отсутствием четких критериев её уместности, что в условиях цифровой «прозрачности» оказывает влияние на эффективность психологической помощи.

Критерии уместности и этические ограничения самораскрытия в терапевтическом процессе

Самораскрытие в консультативном процессе осуществляется исключительно в терапевтических целях и ориентировано на благополучие клиента. **Реализация данной интервенции регулируется критериями** уместности и целесообразности, которые определяется несколькими ключевыми факторами:

1. Терапевтическая целесообразность:

При принятии консультантом решения о сообщении клиенту личной информации фундаментальным критерием выступает направленность самораскрытия исключительно на интересы клиента, а не на удовлетворение потребностей терапевта. Уместное терапевтически выверенное самораскрытие должно служить катализатором терапевтических изменений и повышению эффективности терапевтического процесса.

2. Качество терапевтического альянса:

Уровень открытости терапевта должен соответствовать степени сформированного доверия. На начальных

этапах избыточное самораскрытие может напугать клиента или нарушить профессиональные границы, в то время как на этапе глубокой работы способно укрепить связь.

3. Индивидуальные особенности клиента:

Выбор стратегии самораскрытия должен учитывать тип привязанности и уровень организации личности клиента. При работе с клиентами с пограничными расстройствами личности, нарциссической уязвимостью и психотическими состояниями самораскрытие требует предельной осторожности. При самораскрытии необходимо учитывать насколько клиент способен воспринять и интегрировать информацию о терапевте. Некоторые клиенты могут быть слишком хрупкими, зависимыми или иметь трудности с границами, самораскрытие может вызвать у таких клиентов чувство растерянности или ощущение, что их потребности игнорируются. Также необходимо учитывать культурные нормы, личные предпочтения клиента в отношении дистанции и формальности.

4. Степень проработанности предъявляемого опыта и дозирование:

Консультант может раскрывать только те аспекты своей жизни, которые уже интегрированы и осмыслены. Самораскрытие неуместно, если оно вынуждает клиента брать на себя заботу о чувствах терапевта. Откровение терапевта должно быть кратким и лаконичным, не должно становиться центральной темой обсуждения и переводить фокус внимания на терапевта.

5. Содержание самораскрытия:

Информация, которой делится терапевт, должна иметь прямую смысловую связь с текущим запросом и состоянием клиента. «Случайные» откровения, не имеющие отношения к запросу, признаются методологически неоправданными [1]. Раскрывается только та часть информации, которая необходима для достижения терапевтической цели, без излишних деталей.

6. Цифровой контекст:

В условиях современной цифровой «прозрачности» уместность самораскрытия определяется также активностью специалиста в публичном онлайн-пространстве. Данный феномен **непроизвольного самораскрытия** требует от консультанта тщательной рефлексии и смысловой конгруэнтности между его цифровым образом и его профессиональной позицией в ходе сессий.

Уместное самораскрытие представляет собой осознанный акт самопредъявления, при котором дозировка и глубина открытости выступают инструментом психологического воздействия, направленным на достижение терапевтических целей.

Этические ограничения самораскрытия консультанта в терапевтическом процессе

Этические кодексы профессиональных психологических сообществ строго регламентируют использование саморас-

крытия, подчеркивая его потенциальные риски и необходимость строгой саморегуляции со стороны консультанта [4].

Основные этические ограничения включают:

1. Принцип «Не навреди».

— Риск размывания границ:

Неуместное или неэтичное самораскрытие способно трансформировать терапевтические отношения в непрофессиональные: дружеские, личные, приятельские. Это является грубым этическим нарушением и наносит ущерб терапевтическому процессу. Самораскрытие не должно стирать профессиональные границы и вести к отношениям вне кабинета.

— Самораскрытие в интересах терапевта:

Использование сессии для удовлетворения собственных потребностей терапевта: внимания, снижения тревоги, демонстрации экспертности, самоутверждения переводит фокус внимания с клиента на терапевта, дезориентирует клиента и отвлекает от терапевтических целей.

— Риск появления зависимости:

Избыточная открытость консультанта может препятствовать развитию автономии клиента и формированию у него нездоровой зависимости от терапевта.

2. Принцип «Благополучия клиента».

— Ориентация на клиента:

Самораскрытие признается этически допустимым исключительно в интересах клиента и должно служить его терапевтическим целям. При отсутствии очевидной пользы от него следует воздержаться.

— Профессиональная ответственность:

Консультант принимает полную ответственность за последствия своего самораскрытия и его влияние на динамику терапии.

3. Принцип уважения автономии клиента.

— **Идеологический нейтралитет:**

Самораскрытие не должно становиться инструментом давления на клиента и навязывания личных взглядов, ценностей или решений терапевта.

— Сохранение нейтральности:

Для обеспечения безопасности в терапевтическом процессе консультанту необходимо сохранять определенную степень нейтральности, позволяющую клиенту свободно исследовать свои проекции и внутренние конфликты без искажающего влияния личности консультанта.

4. Принцип конфиденциальности и приватности.

— Защита личной информации терапевта:

У консультанта есть право на приватность, раскрытие личных сведений должно быть контролируемым, дозированным и строго необходимым для терапевтической работы [5]. Публичное самораскрытие в блогах и социальных сетях должно быть еще более взвешенным, так как оно адресовано неопределенному кругу лиц, включая потенциальных и текущих клиентов.

— Избегание двойных отношений:

Самораскрытие в публичном цифровом пространстве требует особой осторожности, так как может привести

к нежелательным пересечениям ролей и возникновению двойных отношений [7].

— Запрет на интимное самораскрытие:

Категорически недопустимо раскрытие деталей текущих глубоко личных проблем терапевта, таких как супружеские конфликты, финансовые трудности, неразрешенные травмы, сексуальные переживания или предпочтения.

Этические ограничения феномена самораскрытия требуют от консультанта владения сложным профессиональным навыком, который предполагает высокий уровень рефлексии, четкое понимания границ терапии и постоянное супервизионное осмысление. Каждый акт самораскрытия должен быть тщательно взвешен и иметь четкую терапевтическую цель. В связи с этим, разработка протоколов и рекомендаций по его применению, особенно в условиях цифровизации, является одной из насущных задач современной консультативной психологии.

Литература:

1. Ключева Н. В., Диденко Д. Н. Самораскрытие в понимающей психотерапии // Вестник Ярославского государственного университета им. П. Г. Демидова. Серия Гуманитарные науки. 2023. Т. 17, № 3 (65). С. 464–475.
2. Кори, Дж. Теория и практика консультирования и психотерапии (10-е изд.). Пер. с англ. Е. Федотовой. — Санкт-Петербург: Питер, 2017. — 608 с.
3. Норкросс, Дж. К. (ред.). Психотерапевтические отношения: От эффективной коммуникации к успешным результатам. М.: Когито-Центр, 2011. — 376 с.
4. Этический кодекс Восточно-европейской Ассоциации экзистенциальной терапии [Электронный ресурс]. URL: <https://www.existentialtherapy.eu/ru/code-of-ethics/> (дата обращения: 28.01.2026).
5. Ялом, И. Дар психотерапии / И. Ялом; пер. с англ. Э. И. Мельник. — Москва: Эксмо, 2024. — 320 с.
6. Jourard, S. M. Self-disclosure: An experimental analysis of the transparent self / S. M. Jourard. — New York: Wiley, 1971. — 248 p.
7. Zur, O. Dual Relationships, Multiple Relationships, Boundaries, Boundary Crossings & Boundary Violations in Psychotherapy, Counseling Mental Health [Электронный ресурс]. URL: <https://www.zurinstitute.com/boundaries-dual-relationships/#top> (дата обращения: 28.01.2026).

Заключение

В современной практике психологического консультирования самораскрытие рассматривается как целенаправленная профессиональная интервенция, направленная на повышение эффективности психологической помощи и достижение терапевтических целей. Можно сделать вывод, что результативность самораскрытия напрямую зависит от умения консультанта выдерживать баланс между открытостью, необходимой для установления подлинного контакта, и соблюдением этических норм.

Резюмируя, можно утверждать, что уместное терапевтически выверенное самораскрытие имеет высокий **терапевтический потенциал. Это важнейший** профессиональный навык, требующий глубокого теоретического понимания, высокого уровня рефлексии, безукоризненного следования этическим принципам и готовности к адаптации в условиях цифровой реальности.

Самораскрытие психолога-консультанта в терапии: критерии допустимости и границы профессиональной роли

Варзарь Александра Витальевна, студент магистратуры
Тольяттинский государственный университет (Самарская область)

В статье рассматривается проблема допустимой степени самораскрытия психолога-консультанта в терапевтическом процессе. Актуальность темы обусловлена тем, что одним из значимых факторов, влияющих на успешность психотерапевтической работы, является личность специалиста. Самораскрытие рассматривается как профессиональный инструмент, который психолог-консультант может использовать для формирования терапевтического альянса, углубления контакта и повышения эффективности психологической помощи. Вместе с тем выход за пределы допустимых рамок самораскрытия связан с рисками снижения качества терапии и возможного причинения вреда клиенту. В статье предлагается система критериев допустимости самораскрытия психолога-консультанта, направленная на сохранение профессиональных границ, этическую устойчивость и эффективность терапевтического процесса.

Ключевые слова: психологическое консультирование, самораскрытие терапевта, личность психолога, терапевтический альянс, профессиональные границы, этика психологической помощи, эффективность психотерапии, личная терапия психолога-консультанта, обучающая личная терапия.

В современной психотерапевтической практике всё большее внимание уделяется роли личности психолога-консультанта как значимой для эффективности терапевтического процесса. В условиях субъект-субъектного взаимодействия специалист выступает не только носителем профессиональных знаний и методов, но и активным участником межличностного контакта, от качества которого во многом зависит эффективность психологической помощи. В научной литературе подчёркивается, что такие характеристики консультанта, как способность к эмпатии, рефлексивность, эмоциональная устойчивость и осознанность собственных реакций, напрямую связаны с формированием терапевтического альянса и результативностью психотерапии [4].

Одним из инструментов, который используется в психотерапевтическом процессе и помогает отражать степень личностного присутствия психолога в терапевтическом процессе, является самораскрытие. Под самораскрытием в консультировании понимается осознанное сообщение психологом информации о собственных переживаниях, мыслях или опыте, руководствуясь пониманием, зачем эта информация необходима в рамках терапевтического процесса клиента. При этом, в ряде подходов самораскрытие рассматривается как средство углубления контакта, нормализации клиентского опыта и усиления доверия в терапевтических отношениях [2].

В то же время в профессиональном сообществе отсутствует единое понимание допустимых границ самораскрытия психолога-консультанта, что среди прочего связано с различным отношением к данному инструменту в разных подходах. Также самораскрытие — инструмент, применение которого требует осознания рисков негативных последствий. Неуместное или избыточное самораскрытие может приводить к смещению фокуса с клиента на специалиста, размыванию профессиональных границ и снижению эффективности терапии [6].

Отметим, что в современной российской науке проблема определения критериев допустимости самораскрытия психолога-консультанта остаётся актуальной и недостаточно разработанной, что обусловило выбор темы настоящей статьи. Очевидна необходимость теоретического осмысления самораскрытия психолога-консультанта как профессионального инструмента, а также разработки критериев его уместного использования в терапевтическом процессе.

Важным видится определить, чем самораскрытие в рамках профессиональной деятельности психолога-консультанта отличается от спонтанного или неконтролируемого выражения личных чувств. В первую очередь, это осознанность и целенаправленность сообщения психологом информации о себе и собственных переживаниях, цель сообщения которой достичь конкретных терапевтических целей в интересах клиента. Кроме того, профессиональное самораскрытие предполагает рефлексивный выбор формы, содержания и момента его использования. Р. Кочюнас указывает, что любое вмешательство

психолога, связанное с проявлением его субъективности, должно быть соотнесено с задачами клиента и не нарушать профессиональных границ взаимодействия [3].

Стоит согласиться с позицией, что самораскрытие не является универсальной техникой и не может рассматриваться как обязательный элемент консультативного процесса. Психологу-консультанту стоит отталкиваться от своих личностных особенностей, подхода, в котором он работает, а также практических навыков, определяя лично для себя возможность использования данного инструмента, помня, что самораскрытие выступает вспомогательным профессиональным приёмом.

В рамках психологического консультирования выделяются различные формы самораскрытия специалиста. К ним относятся процессуальное самораскрытие (сообщение о том, что психолог замечает или переживает в текущем взаимодействии), эмоциональное самораскрытие (вербализация собственных чувств, возникающих в ответ на материал клиента), а также ограниченное фактологическое самораскрытие, связанное с профессиональным опытом или общими жизненными обстоятельствами. При этом подчёркивается, что биографическое и личностно-нагруженное самораскрытие требует особой осторожности и строгой соотнесённости с терапевтической задачей [9].

Функции самораскрытия в терапевтическом процессе рассматриваются исследователями неоднозначно. С одной стороны, указывается, что уместное самораскрытие может способствовать формированию и укреплению терапевтического альянса, повышению уровня доверия и снижению асимметрии во взаимодействии между психологом и клиентом. Самораскрытие может выполнять нормализующую функцию, помогая клиенту лучше осознавать и принимать собственные переживания.

С другой стороны, в литературе подчёркивается, что самораскрытие психолога не должно подменять собой процесс исследования клиентского опыта. При смещении фокуса внимания на личность специалиста возрастает риск снижения терапевтической эффективности и нарушения профессиональных границ. Е. В. Тарасова указывает, что неосознанное использование личных реакций психолога может становиться фактором профессиональной некомпетентности и источником ошибок в консультативной деятельности [7].

Аналогично отношение к самораскрытию психолога-консультанта существенно различается в зависимости от психотерапевтического подхода. Анализ позиций различных направлений позволяет выявить как общие основания допустимости самораскрытия, так и принципиальные различия в понимании его функций, границ и профессиональных рисков. В психодинамическом и психоаналитическом подходах самораскрытие терапевта традиционно рассматривается с высокой степенью осторожности. Классическая аналитическая позиция предполагает минимизацию личностного проявления специалиста с целью сохранения пространства для раз-

вёртывания переносных и контрпереносных процессов. Самораскрытие терапевта рассматривается как фактор, который искажает аналитическую ситуацию и затрудняет работу с бессознательным материалом клиента. Вместе с тем в современных психодинамических направлениях допускается ограниченное и осознанное процессуальное самораскрытие, при условии его тщательной рефлексии и супервизионной проработки.

В гуманистическом подходе, напротив, самораскрытие психолога рассматривается как естественное проявление подлинности и конгруэнтности специалиста. Подлинность терапевта понимается не как спонтанное выражение личных переживаний, а как согласованность внутреннего опыта и профессионального поведения. В этом контексте допустимое самораскрытие может способствовать формированию доверительных отношений и поддерживать терапевтический альянс. Однако и в гуманистической традиции подчёркивается, что самораскрытие должно быть соотнесено с потребностями клиента и не выходить на первый план терапевтического взаимодействия.

Экзистенциальный подход также допускает самораскрытие терапевта как элемент подлинной встречи с клиентом. Способность психолога быть открытым в пределах профессиональной роли рассматривается как условие диалога и совместного исследования экзистенциальных вопросов. Вместе с тем подчёркивается, что самораскрытие не должно снижать ответственность клиента за собственный выбор и жизненные решения. В этом контексте допустимость самораскрытия определяется не столько его содержанием, сколько его функцией в терапевтическом процессе.

Интегративные подходы предлагают наиболее гибкое понимание самораскрытия психолога-консультанта. В рамках интегративного взгляда подчёркивается, что допустимость и форма самораскрытия зависят от множества факторов: теоретической ориентации специалиста, этапа терапии, особенностей клиента и текущей терапевтической задачи. При этом особое значение придаётся профессиональной рефлексии психолога и его способности оценивать потенциальные последствия самораскрытия для терапевтических отношений.

В гештальт-подходе самораскрытие психолога включено в логику диалогического контакта и рассматривается как часть совместного переживания терапевтического процесса. Процессуальное самораскрытие, связанное с осознанием текущего контакта, может использоваться для повышения ясности взаимодействия и поддержания ответственности обеих сторон. При этом особое значение придаётся способности психолога различать собственные и клиентские переживания, а также удерживать профессиональные границы. Неосознанное или избыточное самораскрытие рассматривается как риск размывания ролей и нарушения терапевтической рамки.

Отечественные авторы, анализируя практику консультирования и психотерапии, указывают, что отсутствие

чётких критериев допустимости самораскрытия может приводить к профессиональным ошибкам и снижению эффективности психологической помощи. Е. В. Тарасова подчёркивает, что использование личного материала психолога без достаточной рефлексии может приводить к грубым ошибкам терапевта [16]. Л. В. Крупенина также отмечает, что личностные особенности специалиста, не прошедшие достаточной проработки, могут оказывать негативное влияние на консультативный процесс [5].

В собственной практике работы с начинающими специалистами и студентами-психологами автором настоящей статьи было отмечено, что одной из наиболее частых ошибок, допускаемых в процессе практических отработок, является использование самораскрытия без осознания его терапевтической цели и без учёта возможного влияния на ход терапевтического процесса. Начинающим психологам нередко свойственно стремление поделиться собственным жизненным или профессиональным опытом в надежде ускорить достижение результата у клиента или облегчить ему процесс изменений. Однако в подобных случаях самораскрытие используется скорее импульсивно и не всегда соотносится с задачами терапии, её этапом и актуальными потребностями клиента.

Данное наблюдение позволяет предположить, что трудности в использовании самораскрытия могут быть связаны с недостаточной сформированностью профессиональной позиции, неустойчивостью границ роли психолога-консультанта и ограниченным опытом профессиональной рефлексии. В этом контексте самораскрытие, лишённое ясной терапевтической направленности, может утрачивать свою профессиональную функцию и становиться фактором, повышающим риск снижения эффективности психологической помощи.

Важно отметить, что возможность использования самораскрытия психологом тесно связана с уровнем его профессиональной рефлексии. Способность специалиста осознавать собственные мотивы, эмоциональные реакции и возможные последствия самораскрытия рассматривается как важные условия верного использования самораскрытия в рамках терапевтического процесса. Таким образом, самораскрытие выступает не только инструментом контакта, но и индикатором зрелости профессиональной позиции психолога-консультанта, что обуславливает важность нахождения психолога-консультанта в личной терапии, в личной обучающей терапии и в супервизии.

Анализ практики консультирования и работы с начинающими специалистами позволяет сделать вывод о необходимости более чёткого осмысления границ и функций самораскрытия психолога-консультанта. В условиях отсутствия универсальных регламентов и значительных различий между психотерапевтическими подходами особое значение приобретает способность специалиста самостоятельно оценивать уместность и допустимость использования личного материала в терапевтическом процессе.

Опираясь на практический опыт и теоретический анализ проблемы, представляется возможным выделить

ряд критериев, позволяющих оценить допустимость самораскрытия психолога-консультанта.

Первым выделим критерий терапевтической целесообразности. Ключевым условием допустимости самораскрытия является наличие чётко осознаваемой терапевтической цели. Самораскрытие может рассматриваться как профессионально оправданное лишь в том случае, если оно направлено на решение конкретной задачи терапевтического процесса: поддержание контакта, нормализацию переживаний клиента, углубление степени осознания клиентом происходящего с ним или прояснения того, что происходит между клиентом и терапевтом. В последнем случае психолог делится своей реакцией в контакте, чтобы сделать видимыми скрытые процессы, имеющие место в контакте с клиентом, помочь клиенту осознать, как он влияет на другого человека, прояснить напряжение, дистанцию, ожидания, перенос, возникшие в процессе работы. Примерами подобного самораскрытия будут следующие высказывания, направленные на раскрытие переживаний терапевта: «Я замечаю, что сейчас мне сложно вас понять, и мне важно это с вами обсудить», «Когда вы говорите об этом, я чувствую дистанцию между нами».

Использование самораскрытия без ясного понимания его функции повышает риск смещения фокуса терапии с клиента на фигуру психолога. В этом смысле вопросы «зачем я это говорю?» или «какая цель у того, что я собираюсь сообщить клиенту» являются базовым для профессиональной оценки допустимости самораскрытия.

Второй критерий, помогающий определить допустимость самораскрытия, является наличие или отсутствие ориентации на клиента. Допустимое самораскрытие должно быть ориентировано на потребности и возможности клиента, а не на внутренние импульсы специалиста. Важно учитывать актуальное эмоциональное состояние клиента, уровень его психологической устойчивости, стадию терапии и характер запроса.

Самораскрытие, не соотносённое с возможностями клиента к восприятию и переработке данной информации, может вызывать перегрузку, усиливать зависимость или снижать чувство безопасности в терапевтическом пространстве. Таким образом, ответственность за оценку потенциальных последствий самораскрытия полностью лежит на психологе-консультанте.

Третий критерий — критерий сохранения профессиональных границ. Соблюдение профессиональных границ является одним из ключевых аспектов допустимости самораскрытия. Даже при использовании личного материала психолог должен сохранять ясность своей профессиональной роли и не переходить к обсуждению собственных нерешённых личных проблем. Самораскрытие не должно превращать клиента в слушателя или поддерживающую фигуру по отношению к психологу. Нарушение этого критерия может приводить к ролевой инверсии и снижению терапевтической эффективности.

В качестве четвертого критерия выделим уровень рефлексивной осознанности специалиста. Допустимость самораскрытия тесно связана со способностью психолога к профессиональной рефлексии. Важным является не только само решение о самораскрытии, но и осмысление его мотивов, возможных последствий и реакции клиента. Развитая рефлексивная позиция позволяет специалисту различать профессиональные и личные мотивы, а также корректировать своё поведение в случае, если самораскрытие оказывает нежелательное влияние на терапевтический процесс.

В качестве завершающего выделим критерий этической устойчивости, предполагающий, что самораскрытие психолога-консультанта должно соответствовать этическим принципам профессии, включая принцип ненападения вреда, уважение автономии клиента и конфиденциальность. Этическая устойчивость предполагает готовность специалиста отказаться от самораскрытия даже в тех случаях, когда оно кажется потенциально полезным, но может нести риск для клиента или терапевтических отношений.

Таким образом, допустимость самораскрытия психолога-консультанта определяется не формальным набором правил, а совокупностью профессиональных критериев, требующих высокой степени осознанности, ответственности и личностной зрелости специалиста. Представленная система критериев может рассматриваться как ориентир для практикующих психологов и как инструмент профессионального обучения и супервизии. При этом самораскрытие психолога-консультанта не имеет универсального статуса и не может быть оценено вне контекста конкретной терапевтической ситуации.

Проведённый теоретический анализ и обобщение практического опыта позволяют сделать ряд практико-ориентированных выводов. Самораскрытие психолога-консультанта может выступать эффективным профессиональным инструментом при условии его осознанного, ограниченного и функционально обоснованного использования. Ключевым фактором допустимости самораскрытия является его терапевтическая целесообразность и ориентация на потребности клиента, а не на субъективные импульсы специалиста.

Особое внимание следует уделять формированию у начинающих психологов навыков профессиональной рефлексии и способности различать личные и профессиональные мотивы самораскрытия. Использование предложенных критериев допустимости самораскрытия может быть включено в программы профессиональной подготовки, супервизии и повышения квалификации психологов-консультантов, а также служить ориентиром для самостоятельной оценки профессиональных рисков в практической работе.

В статье была рассмотрена проблема допустимой степени самораскрытия психолога-консультанта в терапевтическом процессе как одного из факторов, влияющих на качество и эффективность психологической помощи.

Показано, что самораскрытие специалиста занимает неоднозначное положение в профессиональной практике и по-разному интерпретируется в различных психотерапевтических подходах — от сдержанного и ограниченного использования до включения его в структуру диалогического контакта.

Подводя итог, отметим, что анализ теоретических источников и практических наблюдений позволяет утверждать, что самораскрытие не может рассматриваться как универсальный или автоматически полезный инструмент. Его эффективность определяется контекстом терапевтического взаимодействия, уровнем профессиональной зрелости специалиста и способностью последнего к ре-

флексивному анализу собственных действий. Отсутствие осознанных критериев использования самораскрытия повышает риск нарушения профессиональных границ, смещения фокуса терапии и снижения качества помощи.

В статье была предложена система критериев допустимости самораскрытия психолога-консультанта, включающая терапевтическую целесообразность, ориентацию на клиента, сохранение профессиональных границ, рефлексивную осознанность и этическую устойчивость. Данная система может рассматриваться как практический ориентир для специалистов и как основа для дальнейших эмпирических исследований в области профессионального развития психологов.

Литература:

1. Бусыгина Н. П., Силкин А. И. Параллельный процесс в супервизии: история понятия и объяснительные модели // Консультативная психология и психотерапия. — 2015. — Т. 23. — № 5. — С. 182–204.
2. Глэддинг С. Т. Психологическое консультирование. — 4-е изд. — СПб.: Питер, 2002. — 736 с.
3. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования. — М.: Академический проект, 1999. — 240 с.
4. Кочюнас Р. Психологическое консультирование: учеб. пособие для вузов. — 11-е изд. — М.: Академический проект, 2025. — 253 с.
5. Крупенина Л. В. Влияние личностных качеств практического психолога на эффективность консультативной деятельности: дис. ... канд. психол. наук. — Хабаровск, 2005. — 177 с.
6. Матюшкина Е. Я., Кантемирова М. А. Профессиональное выгорание и рефлексия специалистов помогающих профессий // Консультативная психология и психотерапия. — 2019. — Т. 27. — № 2.
7. Тарасова Е. В. Личностные качества психолога-консультанта, влияющие на его некомпетентность // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. — 2015. — № 3. — С. 166–169.
8. Хухлаева О. В., Хухлаев О. Е. Психологическое консультирование и психологическая коррекция: учебник для бакалавров. — М.: Издательство Юрайт, 2014. — 423 с.
9. Ялом И. Дар психотерапии. — М.: Бомбора (Эксмо), 2021. — 320 с.

Возможности и специфика применения психологического тренинга в целях профилактики эмоционального выгорания у педагогов

Василюк Елена Анатольевна, слушатель
Гомельский государственный университет имени Ф. Скорины (Беларусь)

Исследователи эмоционального выгорания педагогов (О. И. Бабич, М. В. Борисова, С. Б. Величкова, Н. Е. Водопьянова, В. В. Кустова, А. К. Маркова) справедливо указывают на то, что это явление негативно сказывается не только на самих педагогах, их самочувствии и стиле деятельности, но и на других людях, находящихся рядом, и ставших заложниками состояния педагога. В связи с этим важно уметь определять симптомы эмоционального выгорания и осуществлять его своевременную профилактику.

Противоположностью факторам, способствующим выгоранию, являются ресурсы противодействия выгоранию. Каждый человек обладает своим индивидуальным профилем ресурсов. Выделяют внутренние (личностные)

и внешние (социальные) ресурсы противодействия выгоранию (О. И. Бабич, Т. А. Терехова). К внутренним ресурсам относятся саморегуляция, оптимизм, физическая и психологическая устойчивость, а к внешним — поддержка семьи и коллег, комфортные условия труда, интересные хобби, баланс между работой и отдыхом.

А. Н. Акуленко считает, что противостоять выгоранию позволяет, прежде всего, способность человека определять в своих действиях жизненные смыслы. Потеря смысла жизни ведет к ряду профессиональных и личностных деформаций. Для педагога крайне важно умение открывать новые грани в профессии, ставить перед собой новые цели — все это является факторами преодоления профессионального выгорания [1, с. 6].

Актуализация личностных ресурсов, помогающих преодолевать жизненные и рабочие стрессы — та основа, на которой необходимо строить профилактику эмоционального выгорания педагогов. Одним из видов оказания такой психологической помощи, как педагогическим коллективам, так и педагогам индивидуально, являются тренинги профилактики эмоционального выгорания.

Термин «тренинг» имеет несколько значений: тренировка, подготовка, воспитание, обучение.

В. А. Плешаков определяет тренинг как систематизированную и задачно-структурированную совокупность активных методов групповой работы, которые логически и тематически связаны с поставленной целью и обеспечивают достижение заранее запланированных и корректно измеримых результатов для человека, группы и организации в ходе групповой динамики [2, с. 53].

Активную составляющую тренинга выделяют и подчеркивают И. Н. Вачков и Ю. Н. Емельянов. Данная формы работы, отмечает И. Н. Вачков, может эффективно применяться как в рамках клинической психотерапии, так и для работы с психически здоровыми людьми, имеющими психологические проблемы, в целях оказания им помощи в саморазвитии [3, с. 15].

В понимании О. В. Евтихова тренинг выступает как комплексный феномен: «...психологический тренинг частично включает в себя такие формы практической деятельности психолога, как психодиагностика, обучение, развитие, социально-психологическая работа с коллективами в их психологических контекстах» [4, с. 68–69].

По мнению С. И. Макшанова, тренинг — многофункциональный метод целенаправленных преобразований психологических показателей человека, группы и организации с целью достижения гармонии между профессиональным и личностным [5, с. 75].

Как инструмент воздействия на личность рассматривает тренинг и Ю. В. Макаров: «Психологический тренинг есть технология психологического воздействия на личность, осуществляемая в единстве и последовательности процессов обучения, коррекции и развития» [6, с. 64]. Автор отмечает, в этом определении реализуется важнейший философский принцип: единство всеобщего, особенного и единичного. Обучение, коррекция и развитие выступают как определенные виды деятельности, которые отличаются друг от друга, при этом каждый из них оказывает индивидуальное психологическое воздействие на любого из участников тренинга. Единый групповой процесс охватывает когнитивный, эмоциональный и конативный уровни личности участников.

Как считает Т. В. Харитоновна, важнейший принцип предотвращения синдрома эмоционального выгорания — формирование стрессоустойчивости личности педагога. По ее мнению, преподаватель должен признать собственное здоровье главной ценностью и не допускать негативные эмоции надолго в свой организм, а также научиться повышать самооценку [7].

По мнению М. М. Скугаревской, чтобы эффективно справиться со стрессом, педагогу важно задействовать когнитивную, поведенческую и эмоциональную составляющие [8, с. 22]. С учетом этого должен строиться тренинг профилактики эмоционального выгорания педагогов.

К общим тренинговым методам, по И. В. Вачкову, относятся: групповая дискуссия, игровые техники, методы развития социальной перцепции, методы телесно-ориентированной терапии, медитативные техники. Групповая дискуссия служит для анализа мнений, выявления конфликтов, групповой рефлексии. Ситуационно-ролевые игры направлены на преодоление скованности, обучение навыкам общения и самораскрытия. Методы развития межличностной чувствительности способствуют саморегуляции и глубокой рефлексии. Телесно-ориентированная терапия включает работу над телом и чувственным осознанием с использованием различных техник, а медитативные практики помогают снизить стресс и развивать навыки самосовершенствования [3, с. 25–26]. Эти методы могут эффективно применяться и в рамках тренинга по профилактике эмоционального выгорания педагогов.

Н. Е. Водопьянова, Е. С. Старченкова разработали 2 варианта реабилитационных тренингов под общим названием «Антивыгорание», которые прошли успешную апробацию в разных профессиональных группах, в том числе и среди педагогов. Первый вариант — «Психоэнергетический тренинг». Адресован лицам с высоким уровнем эмоционального истощения, базируется на аффективно-когнитивной модели управления стрессом. Он нацелен на восстановление психоэнергетических ресурсов организма, улучшение социальной компетентности и управленческих навыков, повышение самооценки и усиление «Я-концепции». В рамках тренинга используются элементы нейролингвистического программирования, телесно-ориентированной и рационально-эмотивной терапии, базовых тренингов психической саморегуляции и уверенности в себе.

Второй вариант антистрессового тренинга — «Обретение силы». Он построен на мотивационно-когнитивной модели восстановления личностных ресурсов, рассчитан на лиц с высокой деперсонализацией и редукцией персональных достижений. Программа включает тренинговые занятия социально-психологической и мотивационной направленности, позитивную психотерапию, тренинг личностного роста [9, с. 250–251].

Г. В. Сорокоумова считает тренинг эффективной формой работы с эмоциональным выгоранием у педагогов и отмечает, что психологические тренинги, направленные на развитие коммуникативных умений и навыков, коммуникативно-личностного потенциала, креативности, уверенности в себе, навыков управления конфликтами и других, целесообразно проводить для педагогов регулярно. Психологические тренинги несут в себе большой позитивный заряд и возможности для профилактики и психокоррекции эмоционального выгорания педагогов [10].

Об эффективности тренинговых методик в профилактике эмоционального выгорания у педагогов говорят и такие исследователи, как А. Н. Акуленко, О. И. Бабич, Б. А. Гунзунова, Е. А. Ольхина, О. М. Орлова, М. А. Селюкова, Е. М. Семенова, Л. Е. Федоренко, Т. В. Форманюк, М. А. Цалко и др.

А. Н. Акуленко отмечает, что для педагогов особенно важно, чтобы тренинг профилактики синдрома эмоционального выгорания содержал упражнения и игры, связанные с получением позитивных эмоций; обращенные к правому полушарию (например, техники арт-терапии); активизирующие различные сферы личности (когнитивную, эмоциональную поведенческую); упражнения, направленные на углубление эмоциональной рефлексии, так как на прямой вопрос «Что Вы чувствуете?» у педагогов, как правило, срабатывают механизмы психологической защиты (например, упражнения с метафорами различного рода) [1, с. 31].

Обычно тренинг по профилактике эмоционального выгорания длится от 18 до 24 академических часов. Учитывая особенности работы педагогов в школах и детских учреждениях, целесообразно разделить тренинг на тематические модули, каждый из которых будет иметь свою цель и четкую структуру. Примерная продолжительность одного занятия составляет 1,5–2 часа, и занятия рекомендуется проводить не реже одного раза в месяц.

По поводу оптимального количества участников тренинговой группы среди исследователей существуют различные мнения: от 8 человек (Г. Келлерман) до 12-ти (И. В. Вачков, Т. В. Зайцева).

И. В. Вачков отмечает, что оптимальным числом участников тренинга считается двенадцать человек. Это количество позволяет обеспечить свободное взаимодействие между всеми участниками и имеет организационные преимущества: двенадцать делится на два, три и четыре, что дает возможность формировать различные подгруппы. Это особенно важно, поскольку многие упражнения требуют работы в парах, тройках или четверках, и ведущий может столкнуться с нехваткой людей для подгрупп. Если участников больше двенадцати, то предпочтительным вариантом будет группа из пятнадцати человек. В традиционной тренинговой группе не рекомендуется превышать количество участников свыше восемнадцати, так как это может привести к значительному снижению качества обратной связи, уменьшению времени, выделяемого каждому участнику, и исчезновению условий для активного участия каждого [3, с. 24].

А. Н. Акуленко предлагает базовую структуру тренингового занятия, состоящую из 6 блоков:

1. Ритуал приветствия, напоминание правил (правила принимаются на первом занятии, фиксируются на бумаге, на последующих занятиях при необходимости правила могут изменяться). Как правило, тренинговое занятие начинается с краткого обмена чувствами, мыслями, пожеланиями. Например, каждого участника можно попросить

ответить на вопросы: что я сейчас чувствую? Какие ощущения пришли мне по итогам предыдущего занятия?

2. Разминка (лучше тематическая). Ее цель — повысить уровень активности в группе, вызвать эмоциональную вовлеченность всех участников в происходящее.

3. Упражнения, позволяющие освоить основное содержание занятия. Желательно подбирать их в логической последовательности: каждое предыдущее упражнение должно служить подготовкой к следующему. Наиболее сложные упражнения рекомендуется выполнять в середине занятия.

4. В завершающей части занятия обычно проводится обмен мыслями и впечатлениями. Можно использовать следующие вопросы: что особенно запомнилось на прошедшем занятии? Какой новый опыт получен? Чем бы хотелось заняться на следующей встрече?

5. Домашнее задание или «мостик» в следующую встречу.

6. Ритуал прощания, включающий процедуры по эмоциональной регуляции, физической релаксации [1, с. 17].

Также А. Н. Акуленко определяет принципы построения взаимодействия с педагогами в формате тренинга профилактики эмоционального выгорания:

- принцип ориентированности на личность: установление общения с педагогами на основе уважения к их индивидуальности;
- принцип сотрудничества: совместное приобретение новых знаний и опыта в процессе работы психолога и педагога, обеспечивающее развитие каждого участника;
- принцип дифференцированного подхода: учет особенностей и индивидуальных характеристик педагогов;
- принцип безопасности: создание атмосферы доверия, гарантирующей конфиденциальность информации;
- принцип эмоционального комфорта: формирование условий, способствующих раскрытию ресурсов педагогов и адекватному восприятию обратной связи;
- принцип вариативности и гибкости: готовность психолога адаптироваться к нестабильному эмоциональному состоянию педагогов и непредсказуемости ситуации взаимодействия [1, с. 33].

Таким образом, тренинг как эффективный метод профилактики эмоционального выгорания педагогов представляет собой совокупность активных методов практической психологии, направленный на изменение психологических феноменов человека или группы, охватывающий когнитивный, эмоциональный и конативный уровни личности участников, опирающийся на принципы личностно ориентированного общения, сотрудничества, дифференцированного и гибкого подхода, безопасности и эмоционального комфорта.

Тренинговые занятия для профилактики эмоционального выгорания педагогов, включают в себя формы и методы работы, активизирующие различные сферы личности педагогов (когнитивную, эмоциональную поведенческую), направленные на укрепление их внутренних ресурсов и связанные с получением позитивных эмоций.

Литература:

1. Тренинг профилактики эмоционального выгорания педагога: учеб.-метод. пособие / Акад. последиплом. образования; А. Н. Акуленко, С. С. Ладысюк, О. А. Мельник [и др.]. — Минск: АПО, 2022. — 150 с.
2. Плешаков, В. А. О тренинге как психолого-педагогической технологии / В. А. Плешаков // Проблемы педагогического образования: сб. науч. ст. / Моск. гос. пед. ин-т; Моск. соц.-пед. ин-т; под ред. В. А. Сластенина, Е. А. Левановой. — М., 2009. — Вып. 34. — С. 53–55.
3. Вачков, И. В. Основы технологии группового тренинга. Психотехники: учеб. пособие / И. В. Вачков. — М.: Ось-89, 1999. — 176 с. — URL: <https://vshp.pro/wp-content/uploads/2020/03/Vachkov-I.V.-Osnovy-tehnologii-gruppovogo-treninga.pdf> (дата обращения: 07.12.2025).
4. Евтихов, О. В. Тренинг лидерства / О. В. Евтихов. — СПб.: Речь, 2007. — 256 с.
5. Макшанов, С. И. Психология тренинга: теория, методология, практика / С. И. Макшанов. — СПб.: Образование, 1997. — 238 с.
6. Макаров, Ю. В. Психологический тренинг как технология / Ю. В. Макаров // Изв. Рос. гос. пед. ун-та им. А. И. Герцена. — 2013. — № 155. — С. 61–65. — URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskij-trening-kak-tehnologiya> (дата обращения: 07.12.2025).
7. Харитонов, Т. Г. Эмпатия как профессионально важное качество специалиста системы «человек — человек» / Т. Г. Харитонов, Р. В. Болыц // Психологическая наука и практика: проблемы и перспективы: материалы II междунар. науч.-практ. конф., г. Нижний Новгород, 21 апр. 2010 г. / Нижегород. гос. архитектур.-строит. ун-т; редкол.: В. А. Кручинин (отв. ред.) [и др.]. — Н. Новгород, 2010. — С. 233–238.
8. Скугаревская, М. М. Синдром эмоционального выгорания / М. М. Скугаревская // Медицинские новости. — 2002. — № 7. — С. 3–9.
9. Водопьянова, Н. Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика / Н. Е. Водопьянова, Е. С. Старченкова. — СПб.: Питер, 2008. — 336 с.
10. Сорокоумова, Г. В. Психологический тренинг как эффективный метод профилактики эмоционального выгорания педагогов / Г. В. Сорокоумова // Гуманизация образования. — 2019. — № 3. — С. 123–130. — URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskij-trening-kak-effektivnyy-metod-profilaktiki-emotsionalnogo-vygoraniya-pedagogov> (дата обращения: 01.12.2025).

Роль семьи в абилитации детей с речевыми и ментальными расстройствами

Деева Татьяна Сергеевна, педагог-психолог
ГБОУ г. Москвы Школа № 2120

1. Семья является ключевым фактором в процессе абилитации детей с речевыми и ментальными нарушениями. Именно родители выступают первыми и главными воспитателями, формирующими базовые представления ребенка об окружающем мире и социальных отношениях.

Вопрос развития речи у детей всегда был одним из самых важных в коррекционной работе логопедов, дефектологов и педагогов-психологов.

В последнее время все большую обеспокоенность специалистов вызывает резкое увеличение числа детей младшего и среднего дошкольного возраста с задержкой речевого развития (ЗРР) и ментальными нарушениями различного генеза. Данные отклонения характеризуются тем, что у детей отсутствует речь в то время, когда они уже должны говорить и накапливать знания о мире. Проявляется это в замыкании ребенка в себе, отсутствии потребности в коммуникации с окружающей средой. Все вышеперечисленное оказывает влияние на дальнейшее

развитие малыша и его формирование как полноценной личности.

2. Основные направления влияния семьи:

- эмоциональная поддержка (создание благоприятной атмосферы, способствующей развитию ребенка);
- правильная организация режима дня и жизненного пространства;
- систематический подход к развитию речевых навыков;
- формирование правильной речевой среды в семье (билингвы дома и в социальном взаимодействии);
- контроль выполнения рекомендаций специалистов ДОУ (педагога-психолога, логопеда, дефектолога).

Раннее детство — значимый этап с точки зрения психолого-педагогического воздействия. В возрасте до трех лет происходит усвоение важнейших компонентов общечеловеческого опыта. Своевременное начало коррекционной психолого-логопедической работы является необходимым условием для успешного формирования компе-

саторных механизмов, коррекции первичных нарушений и профилактики вторичных отклонений в развитии. Пластичность сознания в раннем возрасте, восприимчивость ребенка к внешнему воздействию со стороны родителей, специалистов ДООУ является хорошей основой для проведения коррекции. В этот период в процессе общения детей с родителями, с окружающими их людьми и происходит первичное обучение, что является фундаментом дальнейшего развития малышей.

3. Перечислим основные факторы успешного взаимодействия семьи и специалистов ДООУ.

1) Сотрудничество с профессиональными специалистами ДООУ.

При выявлении детей с ЗРР и ментальными расстройствами на первых этапах психолого-логопедической реабилитации проводится тщательное изучение анамнеза, беседы с родителями, разработка методов раннего воздействия. Система реабилитации неговорящих детей и/или детей с ментальными расстройствами в раннем возрасте предполагает комплекс психолого-педагогической и логопедической коррекции.

2) Постоянное наблюдение за развитием ребенка и изменениями, возникающими при работе со специалистами.

Правильно организованная и проведенная ранняя диагностика и предложенные коррекционные методы помогают устранить или минимизировать последствия (отклонения) в развитии ребенка, его психологической базы речи и коммуникативных возможностей, что, в свою очередь, позволяет достичь высокого уровня развития речи и общего психического развития каждого малыша.

3) Своевременное выявление проблем в развитии ребенка.

Если же не проводить психолого-логопедическую реабилитацию и всю систему коррекции, то в дальнейшем могут возникнуть более тяжелые речевые и психические нарушения, такие как моторная алалия, дизартрия, аутизм.

4) Активное участие в коррекционном процессе.

В настоящее время разработаны этапы коррекционной работы с детьми раннего и среднего дошкольного возраста. Важным является обучение родителей методам развития речи у детей, чтобы не упустить время интенсивного развития речи и психического развития ребенка.

5) Соблюдение единого подхода к воспитательному процессу.

4. В настоящее время существуют и применяются следующие подходы к организации работы с родителями:

1) Индивидуальные консультации специалистов ДООУ.

Необходимо отметить, что современные родители чаще всего не проявляют беспокойства по поводу речевого и коммуникативно-эмоционального развития своих детей. Многие из них считают, что ребенок, попав в коллектив, быстро заговорит и начнет активно познавать мир, свободно коммуницируя со сверстниками и педагогами. Успешность коррекционно-развивающей работы во многом зависит от того, насколько родители понимают своего ребенка и принимают его таким, какой он

есть. Практика показывает, что для успешного решения проблемы важно достичь оптимального взаимодействия с семьями воспитанников. В ходе индивидуальных консультаций со специалистами родителям подробно разъясняется индивидуальный маршрут развития ребенка, обсуждаются задачи, содержание и формы работы, а степень вовлеченности родителей в процесс развития малыша и коррекции существующих нарушений и их желание участвовать в коррекционной работе с собственным ребенком являются залогом успеха.

2) Групповые занятия-практикумы.

Проводится пропаганда психолого-педагогических и иных специальных знаний. Для родителей разработаны групповые занятия, на которых уделяется особое внимание развитию понимания речи, формированию звуковой культуры, развитию активного словаря и мелкой моторики рук. Специалисты ДООУ знакомят родителей со всеми тонкостями проведения подобных занятий с ребенком дома.

3) Мастер-классы по коррекционной работе.

Абилитационный процесс предполагает следующие направления работы в области логопедии: развитие слухового восприятия, способности к использованию невербальных компонентов коммуникации, зрительно-моторной координации, мелкой моторики рук и артикуляционной моторики, сенсорно-перцептивной деятельности, импрессивной и экспрессивной речи. В ходе мастер-классов родителям показываются несложные игры на материале лексических тем «Семья», «Животные», «Игрушки» и других, игры на произнесение ритмически повторяющихся слогов и слов, игры со звучащими игрушками (барабан, дудочка, колокольчик). Таким образом, достаточно простые упражнения оказывают влияние на развитие слухового восприятия, чувства ритма и зрительно-моторной координации. У детей в результате таких игр-упражнений с родителями появляется положительный эмоциональный отклик, особенно у ребят с ментальными нарушениями.

4) Логотренинги.

Для родителей проводятся логопедические тренинги, которые направлены на помощь детям в коррекции речи и развитии неречевых функций (развитие понимания речи, развитие экспрессивной речи, зрительного и слухового восприятия, формирование навыков артикуляционной моторики) и на которых проходит обучение методам и приемам оказания коррекционно-педагогической помощи детям.

5) Информационно-просветительская работа.

При помощи различных форм взаимодействия с семьей происходит знакомство родителей с новшествами в работе по коррекции задержек речевого развития и ментальных нарушений у детей, ознакомление со стандартами оказания психолого-логопедической помощи нуждающимся в ней детям.

6) Специализированные тематические клубы для родителей.

5. Вместе с тем необходимо отметить типичные ошибки родителей детей с различными видами нарушений:

- отсутствие принятия проблемы (высокая степень эмоциональной возбудимости);
- чрезмерная опека ребенка или, наоборот, недостаток внимания;
- нехватка свободного времени для систематических занятий;
- отсутствие доверия к специалистам ДООУ;
- непоследовательность в выполнении рекомендаций специалистов.

6. В целях достижения положительного результата занятий предлагаются практические советы для родителей:

1) Создание благоприятной речевой среды дома.

Вербальное поведение родителей в контексте взаимодействия с ребенком может быть организовано с учетом следующих особенностей: привязка к тому, что находится в поле внимания малыша, степень согласованности вербального поведения с его репликами и поведением, степень сложности используемых синтаксических конструкций, преобладание определенной лексики, более понятной ребенку (номинативной, глагольной, описательной), выразительности, интонационной яркости, степени вариативности используемых словесных конструкций. Правильно организованные домашние игры с детьми по звуковому и поведенческому подражанию взрослым при условии положительной эмоциональной настроенности дают хороший результат в совместной со специалистами ДООУ коррекционной работе.

2) Регулярное выполнение рекомендованных упражнений.

Речевое поведение, как и поведение в социуме — семье, формируется под воздействием поведения родителей в тех или иных обстоятельствах и во многом путем подражания ему. В младшем и среднем дошкольном возрасте ребенок осваивает основные правила синтаксического построения высказываний в процессе совместной деятельности и игр-упражнений с родителями.

3) Создание положительного эмоционального настроения на занятиях со специалистами ДООУ, где родитель обязательно отмечает и поощряет успехи ребенка.

Проявление активного интереса к игровым и познавательным действиям, совершаемым ребенком. Многие современные родители плохо представляют себе, с чем и как их дети играют. Кроме того, ребенок во время своих игровых манипуляций нуждается в заинтересованном зрителе и партнере. Это должно выражаться родителями в виде эмоционально-позитивной реакции в процессе наблюдения за игрой, положительных речевых комментариев, подтверждающих их интерес к происходящему и понимание его смысла. Родителям необходимо использовать реплики и речевые комментарии в процессе игры или совместного взаимодействия для направленной стимуляции речевого и психоэмоционального развития ребенка в соответствии с его индивидуальными особенностями. Это особенно важно для детей с ментальными (коммуникативными) нарушениями.

4) Поддержание любых попыток речевой активности у ребенка.

Повышение уровня сенситивности родителей к детям, повышение уровня реактивности (откликаемости) на проявления речевой и эмоциональной активности или неблагополучия со стороны ребенка. Это качество (реактивность) имеет как когнитивную — осознанную составляющую, — так и эмоциональную — бессознательную. Реактивность родителей зависит от их индивидуальных качеств коммуникации: общительности, эмоциональной экспрессивности, уровня речевой активности.

5) Соблюдение режима занятий.

7. Успешная абилитация детей с речевыми и ментальными расстройствами возможна только при активном участии семьи в коррекционном процессе. Правильная организация помощи, терпение и последовательность в выполнении рекомендаций специалистов ДООУ помогут достичь значительных положительных результатов в развитии ребенка.

Сферы жизни, в которых трансгенерационная передача играет существенную роль

Евстигнеева Татьяна, студент магистратуры
Тольяттинский государственный университет (Самарская область)

В современном обществе человек желает быть успешным во всех сферах жизни, и с точки зрения психологической науки трансгенерационная передача влияет на осуществление данного запроса. Одни психологи рассматривали и выделяли жизненные ситуации или пути проявления межпоколенных сценариев, а другие делали акцент на моделях, лежавших в семейных сценариях.

Введение

Трансгенерационный подход основывается на понятиях «межпоколенная передача», «семейная история»

и «генеалогическая память». Механизмы трансгенерационной передачи достаточно изучены и описаны, выделены возможности вербальной и невербальной передачи, межгенерационной и трансгенерационной, а также идентифи-

кации и проективной идентификации, семейные тайны, мифы, секреты, синдром годовщины, невидимая лояльность, телескопирование.

Теоретические проявления межпоколенных сценариев

По Тойчу, мы, люди, являемся жертвами своего генетического кода, и определенные модели поведения преследуют нас в течение нескольких поколений, но в то же время «мы должны научиться превращать все препятствия в преимущества, все отрицательное в положительное».

Тойч выделял десять сфер жизни, в которых наследственность играет определяющую роль. Одна из категорий — это жизненные ситуации, которые подчиняются работе механизма под названием «базовое внутреннее желание» (BID). Согласно этому желанию человек бессознательно движется по своему жизненному пути, до тех пор пока не начнет его осознавать и делать выбор, насколько переданное предками желание коррелирует с его жизненными целями и задачами. И именно это внутреннее направление бессознательно передается от предка к потомку. «Допустим, что предки некоторого человека, его бабушки и дедушки с обеих сторон не добились финансового благосостояния. Это сформировало у их наследников базовое внутреннее желание «добиться финансового благосостояния». Движимый этим BID, внук выходит на финишную прямую успеха. Многие решают, что он одержим манией зарабатывать деньги. Но вовсе не его характер является причиной его одержимости. Его поведение, его действия логичны и соответствуют той динамике, которой обладали его предки».

Но BID может нести не только конструктивный характер, но и деструктивный, и здесь важно понимать, что BID имеет иерархическую структуру — более приоритетные желания стоят над менее приоритетными, и их актуализацию мы корректируем своими действиями и отношением к жизненным ситуациям.

Далее идет ряд категорий, относящихся к семейным: стремление доминировать в семье, стремление быть эффективным и любящим родителем и самая важная категория, по мнению Тойча, — способность осознавать ответственность в семье. Стремление доминировать в семье может проявляться в нежелании жениться вообще или же вступлением в несчастливый брак. Стремление быть эффективным и любящим родителем будет накапливаться, пока любовь и взаимопонимание не сформируются как базовые в отношениях родители–дети. Ответственность человека по отношению к семье и к своей жизни — это и есть ключ к трансформации личности, к росту и успешной самоактуализации, так как тот, кто понимает, какие задачи ему нужно решать, найдет пути их решения.

Проявление некоторых личностных способностей может также говорить о трансгенерационном характере ситуации. Это такие ситуации, когда, например, человек

чувствует неспособность смириться с авторитетом, который был или есть в его жизни, неспособность выражать свои эмоции и переживания, модель жалоб, модель болезни. Модель несогласия с авторитетом, как правило, присутствует в 3–4 поколениях. До тех пор, пока человек не научится признавать чужой авторитет, он не будет иметь авторитета в своей семье, у своих детей. Модель болезни, как и модель жалоб, у людей встречаются очень часто, и основная задача по модификации этих моделей — найти причину ситуации, наметить этапы модификации данного состояния и предпринять шаги по его ликвидации.

Еще одна ситуация, которая в том числе имеет трансгенерационные корни, — это ситуация, связанная с необходимостью модифицировать такие семейные законы, как алкоголизм, наркомания, зависть и злоба. Все это отравляет человеку жизнь. Чтобы жизнь стала цельной и счастливой, прямая обязанность нашего поколения — выполнить то, что не сумели выполнить наши предки.

Продолжила и углубила научные исследования Тойча российский психолог Н. А. Цветкова. Она разработала свой авторский метод «ТриЭр», который отражает главные этапы пути к успеху: Решение, Развитие, Результат. Именно решение измениться, видение и понимание пути решения, то есть своего развития, и приводит к результату. По мнению автора метода, все три составляющие процесса преодоления проблемы в значительной степени обусловлены психологической наследственностью и моделями, лежащими в семейных сценариях.

«Модель — это устойчивый сплав трех компонентов: убеждений, порождаемых этими убеждениями чувств и определенного типа поведения, которое отражает эти убеждения и чувства». Модели могут быть эффективные и неэффективные. Эффективная модель состоит из конструктивного убеждения, положительной эмоциональной реакции и, как результат, адекватного поведения. Неэффективная имеет ту же структуру, только со знаком минус. Модели могут быть представлены дихотомическими парами. Это модели, которые обуславливают отношение человека к изменениям: «Поощрение изменений» — «Соппротивление изменениям»; «Вера в себя» — «Беспомощность»; «Удовлетворенность» — «Неудовлетворенность, разочарование».

Цветкова группирует модели по сферам деятельности человека, но при этом совершенно очевидно, что указанное деление условно, так как может иметь отражение и в других сферах жизни человека, и автор сама пишет, что эти модели «неумоимо руководят поведением людей и с огорчительной последовательностью проявляются буквально на каждом шагу». У нее выделены десять наиболее конструктивных моделей, способствующих достижению успеха как в создании процветающего бизнеса, так и в обретении счастливого материнства. Сюда входят: стратегичность, самоуважение, доброжелательность, оптимистичность, эффективность, ответственность, бережность по отношению к времени, избирательность

в выборе круга общения и качества поступающей информации, неутомимость в развитии и самокритичность, амбициозность в постановке целей и видении своего будущего. Перечисленные выше модели добавляют в жизнь осознанности и основанной на ней решительности, но это только в том случае, если они есть в отдаленной семейной истории.

Автор выделила и деструктивные модели — это модели болезни, сожаления, подавления и насилия, борьбы, ухода, осуждения и критики, несправедливости, лживости, зависти. Каждая модель рассматривается с точки зрения наиболее ярких убеждений, ожиданий человека и путей их трансформации. Есть и модели, связанные с детско-родительскими отношениями: «Материнство — тяжкий крест», «Отстраненное отцовство», «Семейная разобщенность». За каждой из моделей стоит свой наследственный багаж, и есть пути выхода из этой модели.

Толчок к изменению полученных по наследству деструктивных моделей дает изучение истории рода с точки зрения имеющихся в ней повторений и их осознание в качестве объектов для трансформации. Осознание наследственных предрасположенностей обеспечивает правильное понимание самого себя, мотивов осуществляемого выбора, способов коммуникации. Оно позволяет контролировать те модели поведения, которые нуждаются в корректировке. В итоге задача сводится к выбору: повторять неэффективные модели поведения предков или через их трансформацию изменить свое будущее, стать героем нового романа — об успешной, счастливой жизни, наполненной здоровьем, радостью и процветанием.

По мнению Цветковой, «включить мощный проектор осознания — вот наша задача».

Если исходить из судьбоанализа Сонди, то человек в жизни стремится реализовать притязания своих предков. Именно Сонди ввел понятие «родовое бессознательное». «Все предки, представленные в генофонде потомка, стремятся к манифестации, которая проявляется в качестве «притязаний предков». Так как эти притязания предков являются хотя и динамическими, но все же полностью бессознательными, с глубинно психологической точки зрения здесь нужно говорить о «родовом бессознательном». В этой резиденции и «зале ожидания» дислоцированы фигуры предков, которые стремятся к повторению в нашей собственной судьбе».

Согласно теории судьбоанализа Сонди, когда унаследованные родовые возможности, как позитивные, так и деструктивного характера, попадают в поле сознательного, то их влияние или усиливается (происходит укрепление в мысли, что я иду правильным путем), или же рассеивается, так как человек осознал влияние родовой установки и уже делает выбор: или ее принять, или выбрать лучшую форму экзистенции.

Интересен тот факт, что Сонди различал два вида судьбы: навязанную судьбу и судьбу, связанную с выбором. Эти две формы судьбы взаимосвязаны друг с другом и имеют форму преемственности. Понятие

судьбы, связанной с выбором, не отрывается от навязанной судьбы, но дополняется возможностью выбора.

Прежде всего необходимо подчеркнуть, что наследственные функции судьбы проявляются в пяти основных сферах жизни, а именно при выборе в любви, дружбе, профессии, болезни и смерти. Это наиболее важные области проявления судьбы. В своем исследовании Сонди (поскольку был еще и генетиком) базировался на поведении латентно-рецессивных генов в генофонде человека. Он считал, что такой выбор является «иллюзорным» и не управляется самим индивидом, а имеет латентно-генетическую природу.

Выбор супруга как судьбы имеет название либидотропизм. Этот выбор управляется латентно-рецессивными генами, которые имеются в аналогичной форме в генофонде каждого из будущих супругов. На основе анализа многих сотен брачных союзов (с 1937 по 1963 год) Сонди сформировал «правило генотропического выбора партнера». «Генотропизм — это взаимное притяжение в любви, дружбе и профессии кондукторов (= трансляторов) аналогичных латентно-рецессивных генов».

Выбор друзей (социотропизм) основывается, по мнению Сонди, на том же самом тождестве латентно-рецессивных генов, что и выбор супругов.

Для учения судьбоанализа профессиональный выбор человека является очень важным, и поэтому Сонди выделил выбор профессии в отдельную группу и назвал ее оперо- или эрготропизм.

Четвертой сферой жизни человека, несущей наследственную функцию судьбы, является выбор болезни, или морботропизм. Это явление выступает, когда личность заболевает той или иной болезнью или имеет повреждение, схожее при получении травмы, но без инфекций и травм.

И пятый выбор, выявленный Сонди и описанный в судьбоанализе, — это выбор смерти как судьбы, танатотропизм. Сонди обнаружил связь между типом личности самоубийцы и способом уйти из жизни.

Выводы

К выявлению наследственных сценариев можно подходить разными путями: как с определения латентно-рецессивных генов, которые начнут притягивать к нам жизненные события, социальный круг общения и проявляться во многих сферах жизни, так и с анализа семейной истории с целью выявления моделей, которые складываются в наши жизненные сценарии, и думать категориями, в которых более явно прослеживаются моменты наследственного багажа. Выявленные модели Цветковой охватывают многие сферы жизни человека и дают понимание, каким образом убеждения формируют нашу реальность. Но на чьи бы теоретические знания мы ни опирались, в любом случае процессы каждого человека очень индивидуальны, так как история каждой семьи по-своему уникальна и содержит множество совершенно особенных людей и событий.

Литература:

1. Сонди, Л. Судьбоанализ. — М.: Три квадрата, 2007. — С. 243–245, 249.
2. Тойч, Ч. К. Духовность и самосознание личности / пер. Д. Ю. Петрова. — М.: Когито-Центр, 1997. — 76 с.
3. Тойч, Ч. К. Наследственные предрасположенности и личностная эффективность — М.: Когито-Центр, МИЦЧ «СанРэй», 2009. — С. 13, 18.
4. Цветкова, Н. А. Реконструкция семейной истории как эффективный инструмент в психокоррекционной работе. IDEALметод Тойча. — М.: Издательство Московского психолого-социального института; Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 2010. — С. 34, 40.
5. Цветкова, Н. А. Семейные истории: технологии применения. — М.: Издание книг. ком, 2019. — С. 46, 63, 75.

Логотерапевтический подход в консультативной практике: методы и современные эмпирические исследования

Ермилова Наталья Алексеевна, студент магистратуры
Тольяттинский государственный университет (Самарская область)

В современном обществе, характеризующемся высокой динамикой и неопределённостью, психологическое консультирование всё чаще сталкивается с запросами, связанными не столько с конкретными симптомами, сколько с глубоким ощущением потери ориентиров, внутренней опустошённости и кризисом смысла. В ответ на эти вызовы особую актуальность приобретают экзистенциальные подходы, среди которых логотерапия Виктора Франкла занимает ключевое положение. Данная статья исследует потенциал логотерапевтической модели в рамках консультативной работы, рассматривает её базовые принципы и практический инструментарий, а также пути интеграции с актуальными формами психологической помощи.

Анализ показывает эффективность логотерапии при сопровождении клиентов, переживающих экзистенциальные кризисы, утрату, эмоциональное выгорание, проявления тревоги и депрессии, возникающие на фоне переживания «смыслового вакуума». В работе детально описываются консультативные методики: сократический диалог, направленный на прояснение ценностей; дерефлексия, способствующая смещению фокуса с симптома на значимую деятельность; и парадоксальная интенция, используемая для работы с тревожной ожиданием. Эти техники помогают снизить симптомоцентричность, активировать личную ответственность клиента и поддержать процесс формирования новой смысловой перспективы.

Современные научные данные, включая систематические обзоры, свидетельствуют о позитивном влиянии смыслоцентрированных интервенций на снижение уровня тревожности и депрессивной симптоматики, а также на рост субъективного благополучия, качества жизни и переживания осмысленности существования в ряде клинических контекстов, прежде всего при работе с женщинами с онкологическими заболеваниями [1]. Таким образом, логотерапия представляет собой научно обоснованный и методически гибкий подход, вывод о значимости которого для современной психологической практики опирается на теоретическую базу метода, разнообразие применяемых техник и эмпирический опыт его применения в различных контекстах, и поэтому является значимым для практики психологического консультирования в условиях возрастающих стрессовых нагрузок и экзистенциальных вызовов современности [2].

Ключевые слова: логотерапия, консультативная психология, поиск смысла, экзистенциальный вакуум, смысловой кризис, дерефлексия, парадоксальная интенция, смыслоцентрированные интервенции.

Введение

Эволюция запросов в психологическом консультировании отражает глубинные тенденции современности. Всё чаще специалисты сталкиваются не с классическими неврозами, а с феноменами экзистенциальной фрустрации: переживанием бессмысленности, апатии, утратой жизненных целей и мотивации. Экзистенциальный вакуум, описываемый Франклом как состояние смыслоутраты, может приводить к ноогенному неврозу — невротическому расстройству, возникающему из-за потери смысла жизни. Терапевтический фокус в таких случаях смещается

с борьбы против симптома на поиск позитивной жизненной цели [3].

Логотерапия, возникшая как «третья венская школа психотерапии», предлагает философско-практическую модель, центральным звеном которой является «воля к смыслу» — фундаментальное стремление человека обнаруживать и реализовывать значимые цели. В логотерапевтическом консультировании это позволяет трансформировать вопрос «Как избавиться от страдания?» в вопрос «Ради чего это страдание может быть перенесено?», открывая новые ресурсы для совладания с кризисом, потерей или хроническим дистрессом [4].

Цель данной статьи — проанализировать прикладные возможности логотерапии в психологическом консультировании, охарактеризовать её ключевые техники и обобщить эмпирические данные, подтверждающие её эффективность.

Принципы логотерапии в консультативной практике

Консультативная практика, опирающаяся на логотерапию, строится на трёх взаимосвязанных принципах [3]:

1. Свобода воли: признание способности человека занять осмысленную позицию по отношению к любым, даже самым ограничивающим, обстоятельствам своей жизни.
2. Воля к смыслу: понимание стремления к смыслу как первичной мотивирующей силы, а не как «рационализации» более глубинных влечений.
3. Смысл жизни: трактовка смысла не как абстрактной универсальной концепции, а как уникальной и конкретной задачи, которую человек может обнаружить в каждый момент времени, особенно в ситуациях страдания.

Для консультанта это означает смену парадигмы: от модели «исправления недостатков» к модели «раскрытия потенциала», как это формулируется в современных интерпретациях логотерапевтического подхода. Акцент смещается на помощь клиенту в обнаружении тех ценностей — творчества, переживания, отношения — которые могут быть реализованы здесь и сейчас, формируя основу для ответственного действия и обретения внутренней опоры [5].

Сферы применения логотерапевтических методов в консультировании

1. Преодоление экзистенциального кризиса и смыслового вакуума

Работа с запросами типа «Жизнь потеряла краски», «Не вижу будущего» или «Всё бессмысленно» предполагает не поиск «готового» смысла, а совместное с клиентом исследование его ценностного поля. Консультант помогает выявить «смысловые остатки», то есть личностный смысл, который может быть обнаружен в текущей ситуации, переформулировать цели и наметить малые, но значимые шаги, возвращающие ощущение авторства и вовлечённости в собственную жизнь, в рамках логотерапевтического подхода [3].

2. Психологическое сопровождение в ситуации утраты и травмы

Утрата разрушает привычный смысловой мир. Логотерапевтический подход предлагает искать смысл не вместо потери, а внутри неё — через сохранение связи с ценностью утраченного, принятие ответственности за дальнейшую жизнь, осмысление страдания как части человеческого опыта. Исследования показывают, что такая работа способствует посттравматическому росту и восстановлению психологического равновесия [1].

3. Работа с тревожными и депрессивными состояниями

Многие формы тревоги и депрессии могут быть связаны с экзистенциальной неуверенностью и потерей перспективы. Логотерапия рассматривает эти симптомы не

только как мишень для коррекции, но и как сигнал о фрустрации воли к смыслу. Систематические обзоры подтверждают, что смыслоцентрированные вмешательства в ряде клинических исследований связаны со снижением выраженности симптомов и повышением уровня психологического благополучия [1].

4. Профилактика и коррекция синдрома эмоционального выгорания

В логотерапевтической традиции, начиная с работ В. Франкла и в интерпретациях его последователей, эмоциональное выгорание часто рассматривается как следствие разрыва между профессиональной деятельностью и глубинными ценностями личности. Консультативная работа направлена на восстановление этой связи, переосмысление трудовой деятельности как реализации ценностей служения, творчества или развития, что способствует возвращению эмоциональной и жизненной энергии и снижению уровня цинизма, как это описывается в рамках экзистенциального анализа и логотерапии [2].

Техники логотерапии в арсенале консультанта

— Сократический диалог: Метод непрямого вопрошания, который помогает клиенту самостоятельно прояснить свои истинные ценности и приоритеты. Вопросы строятся вокруг тем ответственности и выбора; в качестве примера можно привести следующие формулировки: «Что эта ситуация требует от вас как от человека?», «Какая возможность скрыта за этим ограничением?», «Какой самый малый шаг в сторону вашей ценности вы можете сделать прямо сейчас?» [3].

— Деревфлексия: Стратегия, используемая при чрезмерной концентрации клиента на проблеме (гиперрефлексии). Консультант мягко направляет внимание с симптома (например, навязчивой тревоги) на внешнюю, значимую деятельность или на другого человека, способствуя тем самым разрыву порочного круга самонаблюдения и снижению интенсивности переживаний [3].

— Парадоксальная интенция: Техника, применяемая при фобиях и тревоге ожидания. Клиенту предлагается на короткое время сознательно и даже с юмором пожелать осуществиться тому, чего он боится. Это позволяет дистанцироваться от страха, ослабить механизм «самосбывающегося пророчества» и восстановить чувство контроля. Применение требует высокого уровня раппорта и осторожности [3].

Эмпирическая база и доказательства эффективности

Логотерапия демонстрирует тенденцию к росту уровня доказательности в рамках современных исследований. Систематический обзор (2024–2025 гг.), включающий исследования с группами онкологических пациентов, людей, переживающих кризисы и ПТСР, указывает на статистически значимый положительный эффект смыслоцентрированных программ. Зафиксировано устойчивое снижение показателя

телей депрессии и тревоги, а также рост уровня смысла жизни, жизнестойкости и общего качества жизни [1].

Отечественные исследования также подчёркивают реабилитационный и ресурсный потенциал логотерапии, особенно в контексте помощи людям в ситуациях радикальных жизненных изменений, способствуя восстановлению личностной целостности и адаптации [2].

Заключение

Логотерапия предлагает консультативной психологии одну из глубоких и практичных методологий для работы с ключевыми вызовами современности — утратой смысла, экзистенциальной тревогой и духовной опустошённостью. Её сила заключается в сочетании философ-

ской глубины с конкретными, применимыми техниками, которые позволяют работать одновременно с симптоматикой и её экзистенциальными корнями.

Использование сократического диалога, дерефлексии и парадоксальной интенции может давать консультанту инструменты для того, чтобы помочь клиенту не просто адаптироваться к обстоятельствам, но и преобразовать их в поле для реализации личных ценностей и обретения уникального смысла. Научные данные подтверждают, что интеграция логотерапевтических принципов в консультативную практику способствует не только преодолению кризиса, но и достижению более высокого уровня психологического благополучия и осмысленности, что делает данный подход востребованным в современной помогающей практике [1; 2].

Литература:

1. Aiello-Puchol A., García-Alandete J., et al. A systematic review on the effects of logotherapy and meaning-centered therapy on psychological and existential symptoms in women with breast and gynecological cancer // Supportive Care in Cancer. 2025. DOI: 10.1007/s00520-025-09519-1
2. Северина Ю. В., Епишин В. Е. Логотерапия и ее возможности в процессе психологической реабилитации // Rehabilitology. 2025. DOI: 10.17749/2949-5873/rehabil.2024.34
3. Франкл В. Человек в поисках смысла: сборник / пер. с англ. и нем. — М.: Прогресс, 1990. — 366 с.
4. Wong P. T. P. Meaning-Centered Counseling and Therapy (MCCT): An integrative approach // International Journal of Existential Psychology and Psychotherapy. 2020. Vol. 9, No. 1. P. 1–12.
5. Viktor Frankl Institute of Logotherapy. Official website / Educational and scientific resources. URL: <https://www.viktorfranklinstitute.org/> (дата обращения: 03.02.2026)
6. Viktor Frankl Institute Vienna. Official website / Logotherapy and Existential Analysis resources. URL: <https://www.viktorfrankl.org/> (дата обращения: 03.02.2026)

Сравнительный анализ ценностных ориентаций подростков и юношей из полной и неполной семьи

Ермолычева Елена Игоревна, студент магистратуры
Ярославский государственный педагогический университет имени К. Д. Ушинского

Статья посвящена изучению ценностных ориентаций подростков и юношей в условиях полной и неполной семьи.

В работе представлены результаты эмпирического исследования, отражающие особенности ценностных ориентаций учащихся подросткового и раннего юношеского возраста.

Ключевые слова: ценностные ориентации, подростковый возраст, юношеский возраст, полная семья, неполная семья.

Формирование ценностных ориентаций является одним из ключевых процессов личностного развития, определяющих направленность поведения, систему жизненных приоритетов и особенности социального взаимодействия человека. Наиболее интенсивно данный процесс протекает в подростковом и раннем юношеском возрасте, когда происходит переосмысление усвоенных норм и формирование устойчивых мировоззренческих оснований личности.

Существенную роль в становлении ценностных ориентаций играет семья как первичная социальная среда развития. В условиях современных социальных изменений особую актуальность приобретает анализ влияния структурных характеристик семьи, в частности полной и неполной, на ценностную сферу подростков и юношей. Несмотря на наличие исследований, посвящённых возрастным особенностям развития личности, проблема формирования ценностных ориентаций обучающихся в зависимости от типа семьи остаётся недостаточно систематизированной и требует эмпирического уточнения.

В научной литературе представлены работы, раскрывающие психологические особенности подросткового и юношеского возраста, а также отдельные аспекты развития личности в условиях полной и неполной семьи. Однако сравни-

тельные исследования, направленные на выявление специфики ценностных ориентаций подростков и юношей с учётом структурного типа семьи, остаются ограниченными.

В связи с этим актуальной представляется задача эмпирического изучения ценностных ориентаций подростков и юношей, воспитывающихся в полных и неполных семьях, с целью выявления их особенностей и возможных различий. При этом предполагается, что форма семьи (полная / неполная) является значимым фактором, влияющим на иерархию и содержание ценностных ориентаций подростков и юношей.

В настоящей статье представлены результаты исследования, выполненного с использованием комплекса психодиагностических методик, направленных на анализ структуры и содержания ценностных ориентаций обучающихся подросткового и раннего юношеского возраста. Исследование реализовано с применением методик: «Диагностика структуры ценностных ориентаций личности» (Бубнова С. С.), «Ценностные опросник» (Шварц Ш.), «Исследование психологических особенностей ценностных ориентаций, как механизма регуляции поведения» (Семенко Ю. Н.).

В исследовании приняли участие ученики Средней школы № 14, Средней школы № 28, Средней школы № 91 г. Ярославля с 8 по 11 класс, которые соответствуют периоду подросткового и раннего юношеского возраста: подростки и юноши из полных семей — 30 человек и подростки и юноши из неполных семей — 30 человек. Общий объем выборки составил 60 человек.

В ходе эмпирического исследования были проанализированы особенности ценностных ориентаций подростков и юношей из полных и неполных семей. Для проверки различий между независимыми выборками применялся непараметрический критерий U Манна–Уитни, что обусловлено объемом выборки и ненормальностью распределений.

Таблица 1. Средние показатели ценностных ориентаций подростков и юношей из полных и неполных семей (методика С. С. Бубновой)

Ценность	Полные семьи (М)	Неполные семьи (М)
Приятное времяпрепровождение	4,4	3,9
Материальное благосостояние	4,1	3,2
Помощь и милосердие	4,0	3,5
Любовь	3,5	3,7
Высокий социальный статус	3,1	4,4
Признание окружающих	4,8	3,8

Сравнительный анализ показал, что обучающиеся из полных семей в большей степени ориентированы на ценности межличностных отношений, социальной поддержки и признания, тогда как для подростков и юношей из неполных семей более значимыми являются ценности, связанные с достижением социального статуса.

Таблица 2. Доминирующие ценностные ориентации подростков и юношей по методике Ш. Шварца (средние значения)

Ценностная ориентация	Полные семьи (М)	Неполные семьи (М)
Самостоятельность	3,8	4,5
Достижения	3,5	4,3
Конформность	4,2	3,9
Безопасность	4,4	4,0

Полученные данные свидетельствуют о смещении ценностных ориентаций респондентов из неполных семей в сторону автономности и личных достижений, в то время как для представителей полных семей более характерна ориентация на гармоничные социальные отношения.

Таблица 3. Результаты сравнительного анализа ценностных ориентаций подростков и юношей из полных и неполных семей (критерий U Манна — Уитни)

Показатель (методика)	Группа с более высоким показателем	U	p
Высокий социальный статус (С. С. Бубнова)	Неполные семьи	285,5	≤ 0,05
Самостоятельность (Ш. Шварц)	Неполные семьи	298,0	≤ 0,05
Признание и уважение окружающих (С. С. Бубнова)	Полные семьи	276,0	≤ 0,05

Статистический анализ показал наличие значимых различий между группами подростков и юношей из полных и неполных семей по ряду ценностных ориентаций. Так, для обучающихся из неполных семей статистически значимо более выражены ориентации на самостоятельность и высокий социальный статус, тогда как представители полных семей в большей степени ориентированы на признание и уважение со стороны окружающих. По остальным показателям статистически значимых различий выявлено не было ($p > 0,05$).

Полученные данные подтверждают выдвинутую гипотезу о том, что семейная структура является значимым фактором формирования ценностных ориентаций. Подростки и юноши из полных семей демонстрируют ориентацию на социальную гармонию, эмоциональную близость и взаимную поддержку, что может быть связано с более стабильной и ресурсной семейной средой. В то же время респонденты из неполных семей чаще ориентированы на самостоятельность и достижения, что может рассматриваться как адаптивный механизм компенсации дефицита семейных ресурсов.

Таким образом, проведённое исследование позволило выявить особенности ценностных ориентаций подростков и юношей из полных и неполных семей и подтвердить значимость структурного типа семьи как фактора формирования ценностной сферы личности. Полученные результаты расширяют представления о механизмах ценностного развития в подростковом и юношеском возрасте и могут быть использованы в практике психолого-педагогического сопровождения обучающихся.

Литература:

1. Ананьев Б. Г. Человек как предмет познания. — Л.: Изд-во ЛГУ, 1968.
2. Башкирова Н. А., Варданян Г. А. Особенности ценностных ориентаций подростков из неполных семей // Вопросы психологии. — 2020. — № 4. — С. 95–104.
3. Бубнова С. С. Диагностика структуры ценностных ориентаций личности. — М.: Институт психологии РАН, 2006.
4. Кон И. С. Психология ранней юности. — М.: Просвещение, 1980.
5. Мухина В. С. Возрастная психология. — М.: Академия, 2006.
6. Овчарова Р. В. Психология родительства. — М.: Юрайт, 2021.
7. Столин В. В. Семья и развитие личности ребенка. — М.: Педагогика, 2019.
8. Шварц Ш. Универсальные ценности и структура мотивации личности // Психология. Журнал Высшей школы экономики. — 2012. — Т. 9, № 2. — С. 43–70.

Психологическая поддержка учащихся посредством техник когнитивной поведенческой психотерапии

Жойдик Ирина Александровна, студент магистратуры
Тольяттинский государственный университет (Самарская область)

Представьте, что ваш мозг — это офис. В магистратуре в этом офисе срабатывает пожарная сигнализация каждый раз, когда вы видите письмо от научного руководителя, осознаете, что «сессия на носу», чувствуете леденящий душу «конец дедлайнов», или просто ловите себя на мысли о первой в своей жизни диссертации — ответственности, которая давит тише, но вернее любого учебного плана. При этом, пожара-то нет! Это и есть субклиническая тревога — фоновый шум беспокойства, который не требует госпитализации, но начисто отбивает желание заниматься наукой. Наше исследование проверяет, можно ли за 8 сессий краткосрочной когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) научить «офис» различать настоящий пожар от ложной тревоги. Особый фокус на студентах разного возраста: удивительно, но «цифровое поколение» 22–25 лет и «многозадачные универсалы» за 30+ тревожатся по-разному. Результаты показывают, что КПТ — это не просто разговор по душам, а точная настройка мышления, которая возвращает в чувство безопасности и спасает от выгорания.

Ключевые слова: субклиническая тревога, магистранты, КПТ, краткосрочная терапия, академический стресс, возрастные различия, когнитивные искажения, психогигиена учёного, чувство безопасности.

Тревожность как невидимый соавтор диссертации

Магистерская диссертация — это первый полноценный научный труд, и требования к нему серьёзные: новизна, самостоятельность, методологическая грамот-

ность [1, с. 5]. В таких условиях легкий мандраж — это норма. Но что, если эта «лёгкость» превращается в постоянного внутреннего критика, который шепчет: «Брось, ты не справишься», «Это будет провал», «Все уже давно это сдали»?

Это и есть субклиническая (доклиническая) тревога. Она не дотягивает до диагноза «тревожное расстройство», но отравляет жизнь и снижает продуктивность. Это как вирус, который не положит вас в постель, но заставит постоянно чувствовать слабость. Академическая среда — идеальный инкубатор для такого вируса: дедлайны, оценивание, повышенные профессиональные ожидания, публичность, высокая неопределенность.

Научная новизна нашего подхода в том, что мы не просто констатируем факт тревожности, а предлагаем конкретный, экономичный и возрастнo-чувствительный инструмент помощи. Мы проверяем гипотезу, что короткий курс КПТ (8 сессий), сфокусированный на общих академических стрессорах, значительно снизит уровень этой «фоновой» тревоги, причем «протокол лечения» будет одинаковым, а вот реакция и результаты могут различаться у студентов 22–25 лет и 30+.

Портрет врага: 5 признаков того, что ваша тревога субклиническая (и она мешает вам учиться)

Как отличить здоровое волнение от той самой вредоносной «субклиники»? Вот её характерные черты у магистрантов, вытекающие из классических моделей КПТ [2, 3]:

«**Прокрастинация как вид спорта**». Это не просто лень. Это избегающее поведение, вызванное страхом: «Не могу начать, потому что боюсь сделать плохо». В ход идёт гиперуборка, внезапный интерес к готовке сложных блюд или просмотр всех сезонов сериала, который вы «всегда хотели посмотреть». Задача откладывается до момента, когда тревога от приближающегося дедлайна перевешивает тревогу от её выполнения.

«**Перфекционизм-самоед**». Убеждение, что работа должна быть блестящей с первой строчки. Черновик? Нет, не слышали. Это приводит к параличу действия: «Лучше я ничего не сделаю, чем сделаю недостаточно идеально» [3]. Написание одного абзаца занимает день, после чего он в отчаянии удаляется. Научный руководитель получает работу раз в полгода, зато «почти готовую» (по мнению студента).

«**Ментальная жвачка**». Постоянный, навязчивый внутренний диалог на тему учёбы, который запускается сам собой. «А вдруг тема неактуальна?», «Что, если руководитель решит, что я бездарность?», «Все уже пишут, а я отстаю». Этот фоновый шум, состоящий из автоматических мыслей [2], истощает когнитивные ресурсы, не давая сосредоточиться на реальных задачах.

«**Соматика в подарок**». Тревога живёт не только в голове. Тело подает сигналы: трудности с засыпанием накануне дней, когда «надо работать», напряжение в шее и плечах после часа за компьютером, «синдром забывчивого кролика» (когда на встрече с научруком из головы вылетают все продуманные вопросы). Это признак того, что стресс стал хроническим.

«**Синдром самозванца в квадрате**». Обычный «синдром самозванца» — это «мне просто повезло». У магистранта с субклинической тревогой он апгрейдится до: «Я не только случайно здесь оказался, но и всем отравлю жизнь своей беспомощностью, подведу научрука и опозорю кафедру».

Это ведёт к социальному избеганию: пропуск семинаров, боязнь задавать вопросы, молчаливое страдание вместо просьбы о помощи.

Если вы узнали в этом описании себя или своих коллег — поздравляем, вы не одиноки. Ваш мозг просто выбрал не самый эффективный способ справиться с давлением. И ему можно помочь.

Инструкция по применению: что происходит на 8 сессиях краткосрочной КПТ

Наша программа «Антивирус для академического ума» — это структурированный курс перепрошивки мышления, основанный на принципах классической и рационально-эмоционально-поведенческой терапии [2, 3, 4].

На первых сессиях мы отправляемся за пониманием. Для начала развенчиваем главный миф: тревога — это не слабость характера, а древняя система выживания, которая в условиях магистратуры слишком часто даёт сбой. Мы учимся раскладывать свою реакцию по полочкам. Всё начинается с простой модели: приходит событие, например, в почте возникает письмо от научного руководителя. Мозг мгновенно выдаёт мысль-верование: «Он мной недоволен!». Эта мысль, как щелчок выключателя, запускает эмоцию — волну страха силой в 8 баллов из 10. И уже эта эмоция диктует поведение, пассивное, избегающее: письмо благополучно игнорируется следующие три дня [2, 3].

Чтобы поймать за руку этот автоматический механизм, мы берём в руки главный инструмент «Дневник мысленного детектива». Практика начинается здесь и сейчас: участники учатся фиксировать эти цепочки в реальном времени, как если бы они были сторонними наблюдателями за работой собственной психики. Сам процесс такого наблюдения — уже половина победы. Ведь он даёт то, ради чего всё и затевается: глубокое понимание, что вы — это не ваши мимолётные и пугающие мысли. Вы — тот, кто их видит. И одно это осознание заметно снижает накал внутренней бури, создавая основу для всех последующих изменений.

Дальше мы переходим к самой увлекательной части, настоящей «охоте на мух-автоматов». Так мы называем те самые мгновенные мысли-катастрофы, которые, жужжа, проносятся в голове: «Я провалюсь», «Это выше моих сил», «Все видят, что я не справляюсь». Наша задача — не отогнать их, а поймать и предъявить улики. Для этого мы устраиваем им полноценный суд с доказательствами, технику когнитивного реструктурирования [2]. Из пассивной жертвы собственных мыслей студент превращается в беспристрастного судью. Обвинение (мысль): «Я не справлюсь с этой главой». Судья требует факты: «Какие доказательства у обвинения? А какие — у защиты?». Так мысль ставится на место не эмоцией, а холодным, почти юридическим анализом.

Всё это тут же отрабатывается на практике в динамичном упражнении «Адвокат — Прокурор». Участники по очереди оттачивают аргументы то за, то против своих

же тревожных прогнозов. Этот диалог с самим собой, вынесенный вовне, творит чудеса. Что это даёт? Самый главный навык — здоровое сомнение. Способность не проглатывать первую же тревожную мысль, а задержать её и спросить: «А так ли это на самом деле?». В этот самый момент мысль теряет свою гипнотическую власть, превращаясь из приговора всего лишь в одну из версий событий, которую можно проверить, а можно и отклонить.

Затем наступает время самого интересного — поведенческого прорыва. Потому что вся теория мертва без действия. На этом этапе мы превращаем жизнь в лабораторию для смелых экспериментов [4]. Суть проста: чтобы победить страх, нужно не бежать от него, а проверить пугающее убеждение на практике. Бойтесь, что научный руководитель раскритикует сырой черновик? Спланируйте эксперимент: отправьте ему файл с честной пометкой «черновик для первых комментариев». А на следующий день замерьте по шкале от 1 до 10, случилась ли предсказанная катастрофа. Душу сковывает прокрастинация? Запустите другой эксперимент: «Писать 20 минут утром за кофе, под строгим запретом что-либо удалять или редактировать». Цель — не создать шедевр, а нарушить порочный цикл «страх — бездействие».

Практика становится личным вызовом: каждый участник составляет и выполняет свой персональный эксперимент на неделю, превращаясь в исследователя собственных реакций. И вот что удивительно: это даёт нечто, что перевешивает тысячу тревожных мыслей — это живой, неоспоримый опыт. Оказывается, мир не рухнет от отправленного черновика. Оказывается, можно писать, не испытывая мук перфекционизма. Этот полученный из первых рук опыт становится самым убедительным аргументом против власти тревоги, закладывая фундамент для новой, более уверенной модели поведения.

В финальном модуле мы переходим к самому приятному — сбору личного чемоданчика навыков на будущее. Это этап закрепления успеха и упаковки всего самого ценного, что было найдено в пути. Здесь мы переводим теорию в конкретные инструменты для ежедневного пользования: осваиваем ассертивное общение, учась чётко и уважительно обозначать свои границы «Уважаемый Иван Иванович, чтобы качественно внести правки, мне нужно две недели. Можем ли мы скорректировать срок?», шлифуем персональный тайм-менеджмент под задачи исследователя и укладываем в «аптечку» техники мгновенной саморегуляции — как то самое дыхание «4–7–8» для моментального заземления.

Вся эта теория оживает в ролевой практике «Самый сложный разговор с руководителем», которая становится генеральной репетицией перед возвращением в реальную академическую среду. В безопасной обстановке можно отрепетировать диалог, попробовать разные стратегии и получить обратную связь. А главное, что это даёт непоколебимую уверенность в том, что собранный чемоданчик с инструментами остаётся с вами навсегда. Вы уходите не просто с уменьшенной тревогой, а с конкретным, прове-

ренным на практике набором, который позволит и впредь сохранять устойчивость, проактивность и внутренний покой даже в самый разгар академических штормов.

Что мы ожидаем увидеть и почему возраст имеет значение? Результаты, согласно нашей гипотезе, проявятся на нескольких уровнях, создавая цельный образ позитивных изменений.

Общая картина: трёхслойный эффект: Прежде всего, мы ждём объективных цифр: **снижения баллов по валидным шкалам тревоги (например, Спилбергера-Ханина) на 30–40 % в основной группе** по сравнению с контрольной. Но за сухими процентами стоит живое качество жизни. Самоотчёты участников, как мы полагаем, зафиксируют не просто снижение тревоги, а **качественный сдвиг в ежедневных практиках:** сокращение эпизодов выматывающей прокрастинации, улучшение сна и что ключевое — появление устойчивого чувства контроля над процессом. Внутренний монолог должен трансформироваться: тираническое «Я *должен*» немедленно всё написать» сменится на деловое и вполне выполнимое «Я сделаю *следующий шаг*». Косвенно это проявится и в академических показателях: в повышении регулярности самостоятельной работы и в более продуктивном, партнёрском взаимодействии с научным руководителем.

Однако самое интересное кроется в нюансах. **Возраст имеет значение.** Наша работа строится на понимании, что магистрант магистранту рознь, и возраст здесь не просто цифра в паспорте, а целый комплекс жизненных обстоятельств, диктующих разные сценарии успеха.

Для **цифрового поколения (22–25 лет)** мы прогнозируем эффект «**быстрого старта**». Их когнитивная гибкость позволяет им почти играюще усваивать техники когнитивного реструктурирования. Их **главный трофей — академическая самоэффективность**. Мы ожидаем резкого снижения «ментальной жвачки» и синдрома самозванца, сменяющегося уверенным «Я могу это делать».

Для **многозадачных универсалов (30+ лет)** путь может быть иным, **более глубоким и комплексным**. Их тревога часто вплетена в плотный клубок ролевого конфликта «Учеба — Работа — Семья». Более устоявшиеся когнитивные схемы могут требовать чуть больше времени для «расшатывания», но и результат оказывается основательнее, интегрируясь в уже существующие системы саморегуляции [5]. Их **ключевая выгода — баланс и качество жизни**. Максимальную отдачу они получают от модулей по тайм-менеджменту и ассертивности. КППТ-навыки станут для них не только академическим, но и жизненным инструментарием, снижая общий уровень стресса и повышая эффективность в бизнес-процессах и семейных отношениях.

Заключение

Таким образом, краткосрочная КППТ принципиально не предлагает универсальной пилули от всех тревог. Вместо этого она предлагает точный набор инструментов, который, подобно умному конструктору, собирается в от-

части разные, но одинаково эффективные модели психического благополучия, в зависимости от того, на каком витке своей взрослой жизни находится студент.

Если же говорить о сути, то краткосрочная КПТ при субклинической тревоге [2, 3, 4] — это не про то, чтобы «стать спокойным как удав». Это про то, чтобы стать эффективным и устойчивым. Это глубокая прокачка мета-навыков: управления вниманием, работы с критикой, планирования в условиях той самой неопределенности, из которой и рождается настоящая наука.

С этой точки зрения, внедрение подобных программ в вузах — это не статья расходов, а стратегическая инвестиция. Инвестиция в качество исследований (ведь тревожный исследователь инстинктивно избегает интеллек-

туального риска и новизны), в репутацию кафедры (где студентов не «ломают», а поддерживают) и, в конечном итоге, в психическое здоровье и профессиональное долголетие будущих учёных.

Магистратура должна быть временем интеллектуального прорыва, а не затяжного выживания [1]. Краткосрочная КПТ — это и есть тот самый инструмент, который возвращает науке её главное топливо: любопытство и жгучий интерес к открытиям, вытесняя хронический страх и выгорание. И как демонстрирует наше исследование, этот инструмент работает для всех — он просто обладает встроенной гибкостью, позволяя тонко настраиваться под различный «возрастной софт» [5] и жизненные контексты.

Литература:

1. Денисова Е. А., Фатхуллина Е. В. Магистерская диссертация: учебно-методическое пособие. Тольятти: ТГУ, 2012. 67 с.
2. Бек А. Когнитивная терапия депрессии. СПб.: Питер, 2003.
3. Эллис А. Гуманистическая психотерапия: Рационально-эмоциональный подход. М.: Эксмо-Пресс, 2002.
4. Leahy R. L. Cognitive Therapy Techniques: A Practitioner's Guide. New York: Guilford Press, 2017.
5. Холодная М. А. Когнитивные стили. О природе индивидуального ума. СПб.: Питер, 2004.

Молодой ученый

Международный научный журнал

№ 5 (608) / 2026

Выпускающий редактор Г. А. Письменная
Ответственные редакторы Е. И. Осянина, О. А. Шульга, З. А. Огурцова
Художник Е. А. Шишков
Подготовка оригинал-макета П. Я. Бурьянов, М. В. Голубцов, О. В. Майер

За достоверность сведений, изложенных в статьях, ответственность несут авторы.
Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов материалов.
При перепечатке ссылка на журнал обязательна.
Материалы публикуются в авторской редакции.

Журнал размещается и индексируется на портале eLIBRARY.RU, на момент выхода номера в свет журнал не входит в РИНЦ.

Свидетельство о регистрации СМИ ПИ № ФС77-38059 от 11 ноября 2009 г., выдано Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор).

ISSN-L 2072-0297

ISSN 2077-8295 (Online)

Учредитель и издатель: ООО «Издательство Молодой ученый». 420029, Республика Татарстан, г. Казань, ул. Академика Кирпичникова, д. 25.

Номер подписан в печать 11.02.2026. Дата выхода в свет: 18.02.2026.

Формат 60×90/8. Тираж 500 экз. Цена свободная.

Почтовый адрес редакции: 420140, Республика Татарстан, г. Казань, ул. Юлиуса Фучика, д. 94А, а/я 121.

Фактический адрес редакции: 420029, Республика Татарстан, г. Казань, ул. Академика Кирпичникова, д. 25.

E-mail: info@moluch.ru; <https://moluch.ru/>

Отпечатано в типографии издательства «Молодой ученый», 420029, Республика Татарстан, г. Казань, ул. Академика Кирпичникова, д. 25.