

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД В  
ОБУЧЕНИИ И ВОСПИТАНИИ**

Крючкова Г.Н., Дашкина А.А.

СПГА

*Стерлитамак, Россия*

Недифференцированность представлений детей о здоровье отражает состояние нашего общества. Долгое время в нем не были приоритетными ценности личного характера и поэтому здоровье в лучшем случае, определялось специалистами как «отсутствие болезни» (Ветрова В.В.).

Развитие личности согласно ему происходит в процессе включения в различные виды деятельности. Пути решения проблемы развития личности, намеченные П.П. Блонским и Л.С. Выгодским, развернул и углубил А.Н. Леонтьев, который писал, что в изучении развития психики ребенка следует исходить из развития его деятельности, так, как она складывается в данных конкретных условиях жизни.

Стихийно складывающийся опыт индивидуальной жизни нуждается в организации и осмыслении. Искажение представлений о себе, своих возможностях, о других людях и о мире приводит к трудностям психоэмоционального развития, к ранней детской соматизации.

В дошкольном возрасте ведущей деятельностью является игра. Главное значение игры для детей дошкольного возраста состоит в том, что благодаря особым игровым приемам ребенок моделирует в ней отношения между людьми. Отдельно взятое предметное действие не позволяет обнаружить его мотив и смысл, но это возможно выявить только тогда, когда предметное действие включено в систему человеческих отношений это возможно в игре. Ролевая игра выступает как деятельность, в которой происходит ориентация ребенка в смыслах человеческой деятельности. На этой основе у него формируется стремление к общественно значимой и общественно оцениваемой деятельности, которое является ведущей деятельности в этот период и в дальнейшем влияет на выбор профессии.

Особую важность имеет работа по профилактике и коррекции нарушений эмоциональной сферы. Так как именно этот аспект остается вне внимания других специалистов.

Проблема развития и воспитание эмоций и преодоление трудностей в обучении детей остается актуальной и на сегодняшний день.

Особую важность имеет коррекционная работа со слабослышащими детьми. Обследование слабослышащих и глухих детей тестами составляет трудности. Литература по данной проблеме предлагает методики, которые диагностируют детей с нормальным психическим развитием. На каком-то этапе это и верно, особенно при определении развития интеллектуальной сферы.

Сложнее диагностировать эмоционально-волевою сферу.

Данный факт и определяет актуальность практической разработки психодиагностической и психокоррекционных мероприятий по преодолению нарушений в эмоциональной сфере личностного развития у детей.

**КОРОНАРНАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА КАК  
ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА ВНЕЗАПНОЙ  
СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ ЧЕЛОВЕКА**

Павлович Е.Р.

*Лаборатория нейроморфологии с группой  
электронной микроскопии ИКК**им. А.Л. Мясникова ФГУ РКНПК**Москва, Россия*

Большую часть внезапной сердечной смерти (ВСС) составляет смерть на фоне коронарной болезни сердца (КБС) - тяжелой формы поражения коронарных артерий атеросклеротическим процессом в основном у мужчин трудоспособного возраста (Vikhert, et al., 1982; Павлович, с соавт., 1987; Кактурский, 2002). При этом у ряда больных КБС протекала совершенно бессимптомно, и первым проявлением заболевания сердца у них была ВСС. При постановке диагноза КБС морфологическими методами при ВСС учитывали данные катамнеза. Сердца мужчин были увеличенной массы (380 – 900 граммов) с большим количеством крупноочаговых или мелкоочаговых изменений и значительным стенозом коронарных артерий (сужение просвета 1-3 основных сосудов сердца кольцевыми атеросклеротическими бляшками на 50-90%). В миоцитах наблюдали значительное уменьшение миофибрилярного содержимого, отечность цитоплазмы и ее вакуолизацию. Ультраструктурное исследование синусного узла (СУ) и приузлового рабочего миокарда проводили у 12 внезапно умерших мужчин в возрасте от 34 до 69 лет (средний возраст -  $49 \pm 6$  лет). Материал брали в пределах 3 часов после наступления ВСС. Проводили двойную фиксацию в параформальдегиде и четырехоксида осмия, спиртовую проводку и заключение в эпоксидные смолы. Поиск СУ и околоузлового рабочего миокарда осуществляли на полутонких срезах. Ультратонкие срезы контрастировали уранилацетатом и цитратом свинца и просматривали в электронном микроскопе. Показали, что плотность иннервации проводящего миокарда СУ в несколько раз выше (в 2-3 раза), чем приузлового рабочего миокарда. В СУ помимо интактных нервных волокон встречались и патологически измененные, их эфферентные и афферентные терминалы, осевые цилиндры немиелинизированных (ННВ) и миелинизированных нервных волокон (МНВ) и леммоциты. В ННВ и МНВ наблюдали фрагментацию микротрубочек и нейрофиламентов, отек осевых цилиндров и леммоцитов, скопление в

них липидов. Деструкции подвергалась часть МНВ с разрушением миелиновой оболочки и осевого цилиндра. Наблюдалась патология части нейронов интрамуральных ганглиев сердца, которая касалась набухания митохондрий и появления в цитоплазме серповидных просветленных участков. Были поражены ННВ и МНВ этих ганглиев, что могло быть следствием локальных ишемических феноменов, связанных с патологией коронарных артерий сердца и микроциркуляторного русла миокарда. Гипоксические повреждения разных отделов вегетативной нервной системы нарушали баланс симпатико-парасимпатических влияний (Швалев, с соавт., 1992) в том числе и на проводящую систему сердца (Павлович, 2000), что клинически проявлялось различными аритмиями, способными привести к ВСС. Наши данные подтверждают клинические наблюдения, согласно которым ишемическая болезнь сердца у части больных может усугубляться их хроническим алкоголизмом, что утяжеляет течение основного заболевания. Помимо изменений нервного аппарата сердца и его микроциркуляторного русла в синоаурикулярной области у таких людей наблюдалась патология проводящих и рабочих миоцитов, выявляемая на ультраструктурном уровне, что приводило к их частичному повреждению, нарушению контактных взаимоотношений миоцитов и их гибели по механизму апоптоза (Павлович, 1998). На место поврежденных компонентов проводящего и рабочего миокарда синоаурикулярной области сердца компенсаторно подрастали соединительнотканнные клетки, а также коллагеновые и эластические волокна, что ухудшало регуляцию функционирования миоцитов со стороны нервных элементов сердца и его микроциркуляторного русла, увеличивая вероятность гибели больных с КБС от ВСС. В целях профилактики развития КБС и ВСС следует усилить разъяснительную работу среди мужчин и внедрять лекарственные средства растительной природы, способные уменьшить содержание холестерина в крови.

#### **ИНДУКТОРЫ ИНТЕРФЕРОНА В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

Парахонский А.П.

*Кубанский медицинский университет  
Краснодар, Россия*

Воздействие инфекционных агентов приводит к ослаблению защитных сил организма и развитию вторичных иммунодефицитных состояний (ИДС), которые сопровождаются нарушением синтеза интерферонов (ИФН), являющихся важным звеном в обеспечении резистентности организма. На внедрение инфекционного агента система ИФН реагирует значительно быстрее, чем другие звенья иммунитета, поскольку явля-

ется природной защитой клеток от микроорганизмов. Любая острая инфекция характеризуется выраженным повышением уровня циркулирующих ИФН, затем происходит активация внутриклеточных антимикробных механизмов и иммунологических реакций. Процесс интерфероногенеза представлен тремя этапами (индукция → продукция → действие), реакцией тревоги на чужеродную генетическую информацию.

Цель работы – анализ достоинств индукторов ИФН, эффективности лечения и профилактики вирусных и хламидийных инфекций, сопровождающихся ИДС. Показано, что ИФН индуцирует развитие полноценного иммунного ответа, участвуя в регуляции активности естественных киллеров, фагоцитоза, цитотоксичности, экспрессии на поверхности клеток молекул главного комплекса гистосовместимости, распознавании антигенов и выработки антител. В последние годы в лечении и профилактике инфекционных заболеваний успешно применяются индукторы ИФН. Они представляют собой семейство природных и синтетических соединений, объединённых способностью вызывать в организме образование собственного (эндогенного) ИФН. Запуская механизм интерфероногенеза, индукторы ИФН стимулируют выработку ИФН и способствуют поддержанию его в защитных концентрациях.

В результате целенаправленного скрининга выявлены индукторы ИФН с высоким иммунотерапевтическим эффектом. Из них к природным соединениям относятся низко-молекулярные полифенолы – производные госсипола (мегасин, кагоцел, саврац, рогасин, гозалидон) и полимеры – двуспиральные РНК (ларифан, ридостин). Группа синтетических соединений включает флуореноны и акриданоны (амиксин, циклоферон, неовир), а также полимеры (полудан, амплиген, полиагуцил). Большинство индукторов ИФН обладает противовирусным, противопаразитарным, антибактериальным, иммуномодулирующим и противоопухолевым действием. Индукторы ИФН имеют ряд преимуществ перед рекомбинантными ИФН: не обладают антигенностью; не вызывают гиперинтерферонемии; стимулируют неспецифическую цитотоксичность иммуноцитов; обеспечивают длительную циркуляцию ИФН; вызывают синтез всех классов ИФН; сочетаются с другими препаратами. Комбинированное применение индукторов ИФН с другими препаратами часто приводит к синергическому эффекту.

Установлено, что заметную роль в профилактике и лечении вирусных инфекций играют ИФН, ингибирующие на молекулярном уровне процессы размножения многих вирусов и способные передавать неинфицированным клеткам устойчивость к ним. Индукция ИФН является сбалансированным процессом, что исключает побочные эффекты, наблюдаемые при непосредственном применении ИФН. Сложилась опреде-