

для направлений подготовки, объединяющих несколько специальностей. Уровню же дипломированного специалиста должен соответствовать выпускник профильной магистратуры соответствующей специализации со сроком обучения 2 года.

Но для того, чтобы первый (базовый) уровень высшего образования, готовящего бакалавров, был востребован личностью, обществом и государством, необходимо, чтобы бакалавриат выполнял следующие функции:

1) гарантировал получение такой базовой подготовки выпускника, которая обеспечивает ему возможность осуществления определенных видов профессиональной деятельности;

2) позволял выпускнику овладевать профессионально-личностными компетенциями, которые способствуют скорой профессиональной и социальной адаптации бакалавра в обществе и на профессиональной стезе;

3) обеспечивал заинтересованность работодателей в участии в процессе подготовки специалистов и в приеме их на работу на основе полной

информированности об их квалификационных возможностях;

4) представлял интерес для вузов с тем, чтобы они готовили выпускников требуемого профиля и качества.

5) обеспечивал необходимую подготовку бакалавра для дальнейшего освоения специальных и образовательных программ магистерского уровня;

Таким образом, программа подготовки специалиста в многоуровневой системе должна включать последовательное обучение в бакалавриате и магистратуре. Тогда, можно надеяться, что система высшего образования вернется к тому, для чего она предназначена: во-первых, готовить высококвалифицированные профессиональные кадры, и, во-вторых, готовить научные кадры.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Джуринский, А.Н. Интернационализация высшего образования в современном мире / А.Н.Джуринский // Педагогика.– 2004. - №3. - С.83 -92.

Медицинские науки

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ЖЕНЩИН С ГИПОТИРЕОЗОМ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Батрак Г.А., Мясоедова С.Е.

ГОУ ВПО Ивановская государственная
медицинская академия Росздрава,
Иваново, Россия

Цель. Оценить степень нарушений липидного обмена и влияние дислипидемии на состояние сонных артерий и артерий нижних конечностей у женщин с гипотиреозом различной степени тяжести.

Материалы и методы. В исследование включены 50 женщин с гипотиреозом различной степени тяжести, из них 12 - с латентным гипотиреозом и 38 - с манифестным, в возрасте 30-60 лет (средний возраст 45,6±2,1 лет), длительностью заболевания 5-15 лет (в среднем 10,4±1,8 лет). У всех пациенток наблюдалась вторичная дислипидемия. Степень тяжести гипотиреоза оценивали иммуноферментным методом по уровню тиреотропного гормона гипофиза (ТТГ), уровень общего холестерина (ХС) и триглицеридов (ТГ) сыворотки крови определяли ферментативным методом, тип дислипидемии - по классификации Фредрикссона. Иммуноферментным методом исследовали высокочувствительный среактивный белок (СРБ) плазмы крови. С помощью дуплексного сканирования определяли тол-

щину комплекса интима-медиа (КИМ) экстракраниальных отделов брахиоцефальных сосудов и сосудов нижних конечностей. Контрольную группу составили 40 практически здоровых женщин, возраст 30-60 лет (в среднем 46±2,3 лет) без гормональных и липидных нарушений.

Результаты. У женщин с гипотиреозом уровень общего ХС составил 6,9±0,4 ммоль/л, что на 39% выше ($p<0,01$), чем в контрольной группе - 4,2±0,7 ммоль/л. Уровень ХС зависит от степени тяжести гипотиреоза: при манифестном гипотиреозе на 10% выше, чем при латентном, 7,0±0,48 ммоль/л и 6,3±0,34 ммоль/л, соответственно, $p<0,05$. Уровень ХС зависит от возраста: у женщин старше 50 лет значения ХС были выше по сравнению с более молодыми пациентками: на 14% при манифестном гипотиреозе, 7,4±0,5 ммоль/л и 6,4±0,4 ммоль/л, соответственно, $p<0,05$ и на 12 % при латентном гипотиреозе, 6,7±0,4 ммоль/л и 5,9±0,2 ммоль/л, соответственно, $p<0,05$. Таким образом, наиболее высокий уровень ХС (7,4±0,5 ммоль/л) выявлен среди женщин с манифестным гипотиреозом старше 50 лет. У всех пациенток диагностирован II А тип дислипидемии, уровень ТГ составил 1,6±0,05 ммоль/л. У женщин с гипотиреозом и дислипидемией значения СРБ не отличались от показателей контрольной группы и составили 2,5±0,12 мг/л. По результатам дуплексного сканирования у пациенток с гипотиреозом и дислипидемией не выявлено поражений экстракраниальных отделов брахиоце-

фальных сосудов и артерий нижних конечностей, КИМ, соответственно, $0,9 \pm 0,04$ и $0,8 \pm 0,12$, $p < 0,05$.

Выводы. У женщин с гипотиреозом различной степени тяжести и гиперхолестеринемией наблюдается II А тип дислипидемии, выраженность нарушения липидного обмена нарастает после 50 лет и зависит от степени нарушения функции щитовидной железы. У пациенток с гипотиреозом и дислипидемией уровень СРБ не изменен, по данным дуплексного сканирования не выявлено атеросклеротических поражений сонных артерий и артерий нижних конечностей.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОДИНАМИКИ ШТАНГИСТОВ НА ЭТАПЕ ПОДГОТОВКИ К СОРЕВНОВАНИЯМ

Быков Е.В., Хоменко Р.В., Чипышев А.В.
Южно-Уральский государственный университет,
Челябинск, Россия

В настоящее время напряженность тренировочного процесса существенно нарастает, предопределяя повышенные требования к здоровью и функциональному состоянию спортсменов. Главной целью физической и функциональной подготовки спортсмена является повышение уровня его специальной работоспособности. Для достижения этого сильнейшие спортсмены постоянно балансируют на грани между оптимальной дозой нагрузки и перегрузкой. В этой связи актуальна проблема разработки модельных характеристик и чувствительных тестов, позволяющих осуществлять раннюю диагностику функционального состояния систем организма спортсмена, и, прежде всего – кардиореспираторной системы. Одним из высоко информативных и доступных методов диагностики является спектральный анализ медленноволновой вариабельности показателей сердечно-сосудистой системы, однако в доступной литературе отсутствуют данные об особенностях спектральных характеристик кардиогемодинамики

спортсменов, определяющих активность различных уровней нейровегетативной регуляции деятельности сердечно-сосудистой системы, которые можно использовать в качестве маркеров функционального состояния, уровня спортивной формы в зависимости от вида спорта.

Целью работы являлось выявление особенностей функционального состояния спортсменов-штангистов путем оценки спектральных характеристик сердечно-сосудистой системы спортсменов-штангистов.

Был проведен спектральный анализ ряда показателей сердечно-сосудистой системы штангистов мужского пола, средний возраст $21,42 \pm 0,23$ лет, спортивная квалификация – от первого разряда до мастера спорта. Для оценки вариабельности ритма сердца (РС), показателей насосной функции (фракция выброса и ударный объем), средне-динамического артериального давления (СДД) использованы показатели общей мощности спектра (ОМС, мс^2) и ее распределение по диапазонам частот: 1. ультранизкочастотный диапазон (УНЧ) – до $0,025$ Гц (отражает активность метаболических факторов); 2. очень низкочастотный диапазон (ОНЧ) – $0,025$ – $0,075$ Гц (надсегментарный уровень регуляции, гуморальные факторы); 3. низкочастотный диапазон (НЧ) – $0,075$ – $0,15$ Гц (симпатический отдел вегетативной нервной системы, барорефлекторные механизмы); 4. высокочастотный диапазон (ВЧ) – $0,15$ – $0,5$ Гц (дыыхательные волны, парасимпатический отдел ВНС). Осуществлялась запись 500 последовательных кардиоциклов и их спектральный анализ с помощью компьютерной технологии «Кентавр» фирмы «Микролюкс» (Челябинск).

Результаты. В исходном положении частота сердечных сокращений (ЧСС) соответствовала нормокардии у всех спортсменов (в пределах от 62 уд/мин до 74 уд/мин), что было обусловлено достаточной активностью парасимпатических воздействий на ритм сердца (доля ВЧ-колебаний составила около 26%) (табл. 1).

Таблица 1. Спектральные характеристики ритма сердца и средне-динамического артериального давления штангистов в положении лежа (1) и стоя (2) ($M \pm m$ и в %)

Проба	ЧСС, уд/мин	ОМС, усл. ед.	УНЧ	ОНЧ	НЧ	ВЧ
проба 1	$69,73 \pm 3,41$	$22,02 \pm 2,65$	$2,66 \pm 0,51$	$8,13 \pm 1,40$	$5,52 \pm 0,85$	$5,71 \pm 0,92$
%			12,1	36,9	25,1	25,9
проба 2	$88,09 \pm 3,78$	$65,30 \pm 10,23$	$8,82 \pm 1,31$	$26,38 \pm 3,61$	$24,48 \pm 3,76$	$5,61 \pm 0,84$
%			13,5	40,4	37,5	8,6
	СДД, мм рт.ст.	ОМС, усл. ед.-	УНЧ	ОНЧ	НЧ	ВЧ
проба 1	$84,55 \pm 2,32$	$17,30 \pm 2,95$	$7,11 \pm 2,02$	$9,66 \pm 1,53$	$0,53 \pm 0,32$	$0,10 \pm 0,10$
%			41,1	55,85	3,05	0,1
проба 2	$94,36 \pm 2,73$	$6,35 \pm 0,97$	$1,71 \pm 0,64$	$2,99 \pm 0,79$	$1,35 \pm 0,44$	$0,29 \pm 0,21$
%			27,0	47,1	21,3	4,6