

щения (полная или частичная отслойка плаценты), в основе хронической гипоксии была фетоплацентарная недостаточность, гестозы, анемии. В контрольную группу вошли 20 условно здоровых доношенных новорожденных.

В задачи исследования входило сопоставление функциональных параметров новорожденных, перенесших перинатальную гипоксию, с параметрами здоровых детей и выявление различий показателей кардиореспираторной системы у детей с острой и хронической гипоксией.

Изменения функциональной системы дыхания в большей мере свойственны новорожденным детям, перенесшим острую перинатальную гипоксию, из них у 24-х (47% случаев) наблюдалась асфиксия. Очевидно, это связано с быстрым нарастанием гипоксии и гиперкапнии, что активирует структуры дыхательного центра. За счет накопления в крови углекислого газа, ведущего фактора гуморальной регуляции дыхания, ребенок начинает совершать дыхательные движения, не успев родиться. Отсюда возникает возможность развития аспирационного синдрома, а в первые минуты жизни новорожденного характерна одышка. На фоне хронической внутриутробной гипоксии асфиксия зарегистрирована в одном случае.

Симптомы дыхательной недостаточности с последующим восстановлением нормальных функциональных параметров системы дыхания наблюдались при перинатальной острой гипоксии в 58,8%, при хронической внутриутробной гипоксии в 8,3% случаев.

Полагаем, что в механизмах кратковременной адаптации на фоне острой перинатальной гипоксии организмом ребенка используется имеющаяся на момент рождения артериовенозная разница кислорода.

Низкая частота сердечных сокращений (126 ± 4) и уровень артериального давления 48/24 мм рт. ст. при острой гипоксии в первый день жизни могут быть объяснимы прямым воздействием гипоксии на миокард. В группе контроля эти показатели 132 ± 8 в мин и 66/36 мм рт. ст. соответственно. На фоне снижения артериовенозной разницы кислорода при хронической гипоксии еще во внутриутробном периоде развития активируется симпатoadреналовая система, что повышает частоту сердечных сокращений на момент рождения до 136 ± 6 в мин. Вместе с тем, в динамике, к 7-му дню жизни у новорожденных этой группы отмечается замедление частоты сердечных сокращений до контрольной величины: к этому времени могут проявляться рефлекторные влияния на сердце афферентной импульсации с барорецепторов сосудов. Доказательством этого является снижение частоты сердечных сокращений на фоне тенденции к увеличению артериального давления (1 день - 54/28 мм рт. ст. - 7 день - 72/40 мм рт. ст.).

Сопряженные вегетативные рефлексы: (соллярный и Данини-Ашнера) в группе новорожденных с острой гипоксией проявляются парадоксально: учащением ритма сердца, что свидетельствует о сниженном тоне кардиоингибиторного центра. Наши наблюдения свидетельствуют о том, что при острой гипоксии в подавляющем числе случаев развивается синдром угнетения центральной нервной системы, при хронической - синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости.

По данным эхокардиографии, нарушения функциональной системы кровообращения проявляются формированием малых аномалий развития сердца. В группе с острой гипоксией малые аномалии развития сердца имели место у 18 детей. Из 51 новорожденного этой группы дефект межжелудочковой перегородки наблюдался в 5,9% случаев, открытый артериальный проток - в 3,9%, открытое овальное окно - в 19,6%, добавочная хорда - в 5,9% случаев. При асфиксии, сопровождающей острую гипоксию, существенно ухудшается гемодинамика и увеличивается нагрузка на сердце новорожденного, что ведет к раскрытию фетальных коммуникаций, связанное с гипертензией в малом круге кровообращения. В группе с хронической внутриутробной гипоксией малые аномалии развития сердца имели место только в виде открытого овального окна у троих новорожденных (6,3% от общего числа).

Таким образом, острая гипоксия плода приводит к нарушениям функциональной системы дыхания, проявляющимся асфиксией, выраженной дыхательной недостаточностью и нарушениями системы кровообращения, способствующими формированию малых аномалий сердца. На фоне хронической гипоксии отсутствие малых аномалий сердца свидетельствует о морфофункциональной целостности миокарда и о наличии внутриутробной длительной адаптации к данному патогенному фактору.

ИССЛЕДОВАНИЕ МОЛЕКУЛЯРНОЙ СТРУКТУРЫ МЕМБРАН ЭРИТРОЦИТОВ У ДЕТЕЙ С ОСТАТОЧНЫМИ ЯВЛЕНИЯМИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

Терещенко В.П.

*ГУ НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН,
Красноярск*

С целью изучения триптофановых групп белков в мембранах эритроцитов у 65 детей с последствиями перинатального поражения центральной нервной системы (ППЦНС) произведено исследование флуоресценции выделенных мембран эритроцитов на спектрофлуориметре марки Hitachi-MPF при длине волны 284 нм. Обследованы дети двух возрастных групп - школьников (8 - 15 лет) и дошкольников (3 - 7 лет). В качестве контроля

обследовано 50 детей аналогичных возрастных групп.

Выявлено, что у детей контрольной группы уровень флуоресценции триптофановых групп белков, флуоресцирующих при длине волны 284 нм, значимо повышался по мере роста детей с $15 \pm 1,6$ ед.фл. до $19,0 \pm 0,9$ ед.фл. ($P < 0,05$). У детей с последствиями ППЦНС указанного нарастания триптофанов по мере роста детей практически не происходило. Причем по сравнению с контрольной группой у школьников с ППЦНС отмечено существенное снижение флуоресценции триптофановых групп белков с

$19,0 \pm 0,9$ ед.фл. до $14,79 \pm 0,82$ ед.фл. ($P < 0,05$). В группе дошкольников отмечалась лишь тенденция к понижению уровня флуоресценции триптофанов у больных детей по сравнению со здоровыми с $15,0 \pm 1,6$ ед. фл. до $13,39 \pm 0,74$ ед. фл. ($P < 0,5$).

Подобная динамика белковых групп мембран эритроцитов может отражать снижение активности многих мембраноассоциированных ферментов и модуляции рецепторного аппарата клетки, имеющее патогенетическое значение для манифестации последствий перинатальной патологии в школьном возрасте.

Экономические науки

ПРОБЛЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ РЕКРЕАЦИОННЫМИ ПРЕДПРИЯТИЯМИ

Белова Г.Л., Абрамов С.С., Цей С.А., Акопян С.В.
*Институт экономики, права и гуманитарных
специальностей, Краснодар*

Рекреационное использование территорий тесно связано с их природным потенциалом и является географической проблемой: оценка природных условий для организации отдыха, оптимизация выбора туристских объектов в пределах ландшафта с учетом сезонности, предотвращение опасностей от стихийных процессов и т.д. Территориальная рекреационная система, в нашем контексте рекреационная зона, представляет собой географическую систему, состоящую из взаимосвязанных подсистем: природных и культурных комплексов, инженерных сооружений, обслуживающего персонала, органа управления и отдыхающих. Каждая из перечисленных систем характеризуется определенной емкостью, устойчивостью, комфортностью, разнообразием и привлекательностью.

Так, например, подсистема природные и культурные комплексы – своего рода фундамент рекреационной зоны, выступает в качестве ресурсов и условий удовлетворения потребностей отдыхающих.

Такие специфические рекреационные потребности, как услуги лечения, экскурсионное и культурное обслуживание обеспечивает подсистема инженерные сооружения. Кроме перечисленного данная подсистема обеспечивает обычную жизнедеятельность отдыхающих и обслуживающего персонала.

Оптимальные соотношения между всеми подсистемами обеспечивает орган управления, который осуществляет информационное, законодательное, финансовое и материально-техническое формирование рекреационной деятельности.

УПРАВЛЕНИЕ РЕКРЕАЦИОННЫМИ ПРЕДПРИЯТИЯМИ НА ОСНОВЕ ИННОВАЦИОННЫХ РЫНОЧНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Габриэль Г.В.
*Институт экономики, права и гуманитарных
специальностей, Краснодар*

Центральным в определении маркетинговых коммуникаций является понятие, согласно которому все переменные комплекса маркетинга (а не только составляющая – продвижение) участвуют в общении с клиентами. Определение допускает возможность того, что маркетинговые коммуникации могут быть целенаправленными, как в случае рекламы и персональных продаж, или нецеленаправленными (хотя и оказывающими определенное воздействие), такими, как внешний вид продукта, упаковка или цена. Из данного определения следует, что рекреационные предприятия являются и отправителями, и получателями коммуникационных сигналов. В роли отправителя специалист по маркетинговым коммуникациям стремится проинформировать, убедить и побудить рынок предпринять действие, соответствующее его интересам. Как получатель, коммуникатор прислушивается к сигналам рекреационного сектора рынка с целью приспособить эти сообщения к нынешним целям, адаптировать их к меняющимся условиям рынка и выявить новые коммуникации. В условиях усиления конкурентного давления, особенно увеличения значимости неценовых факторов конкуренции, предприятию, чтобы успешно конкурировать, недостаточно создать доступный для целевых потребителей и удовлетворяющий их потребностям продукт. Первостепенное внимание предприятие должно уделять качеству своей коммуникационной политики. Это доказывает необходимость разработки схемы полного использования потенциала доступного коммуникационного инструментария, представляющего собой совокупность инструментов, используемых как для создания методических основ коммуникационной политики, так и при ее реализации.