

ско-правового характера в рамках того же вида деятельности, что и основная работа, и на территории одного и того же региона.

#### Список литературы:

1. Указ Президента Российской Федерации «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» от 7 мая 2012 г. № 597.
2. Приказ Росстата от 12.03.2014 N 171 «О методологических и организационных положениях по проведению федерального статистического наблюдения в сфере оплаты труда отдельных категорий работников, в отношении которых предусмотрены мероприятия по повышению средней заработной платы в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. N 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики»
3. К.Э. Лайкам О развитии системы статистических показателей заработной платы // Вопросы статистики. 2016. №10. С 3-11.
4. К.Э. Лайкам, З.Ж. Зайнуллина, Е.В. Зарова

Методология расчета среднемесячной заработной платы // Вопросы статистики. 2016. №7. С 52-56.

5. Кучмаева О.В., Агеева Л.И., Смелов П.А. О совершенствовании методологии расчета показателя «средняя заработная плата» // Вопросы статистики. 2015. №7. С 3-9.

6. Карасев О.И., Карасева Л.А., Охрименко А.А. Методологические проблемы расчета и использования показателя средней заработной платы в качестве индикатора эффективности региональной социальной политики в России // Вопросы статистики. 2016. №12. С. 3-12.

7. Т. Журавлева. Платит ли российское государство «справедливую» зарплату: обзор исследований // Вопросы экономики 2015. № 11. С 62-85

8. К.Э. Лайкам, Е.В. Зарова, З.Ж. Зайнуллина, З.А. Рыжикова, С.Н. Мусихин Обоснование изменений методики расчета среднемесячной заработной платы наемных работников // Вопросы статистики. 2017. №6. С 3-8.

## РАЗДЕЛ IV. ПРОЕКТНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В ОБЛАСТИ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ, СПОРТА И ТУРИЗМА

### ОПЫТ ПРОЕКТИРОВАНИЯ ПРОГРАММЫ УСКОРЕННОЙ АКТИВИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ КРУПНООЧАГОВЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И ХАРАКТЕР ТРЕНИРОВОЧНОЙ НАГРУЗКИ НА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ



#### Швыгина Наталия Владимировна

кандидат педагогических наук, доцент кафедры физической реабилитации и оздоровительной физической культуры, Российский государственный университет физической культуры, спорта, молодежи и туризма



#### Седенков Владислав Сергеевич

Инструктор ФСО, инструктор-методист ЛФК Государственное Бюджетное Учреждение Здравоохранения Московская Областная Клиническая Травматолого-Ортопедическая Больница

**Аннотация:** В статье проанализировано использование тренировочной нагрузки на поликлиническом этапе в реабилитации больных крупноочаговым инфарктом миокарда.

**Abstract:** The article analyses the use of training load on polyclinic stage of rehabilitation of patients with large-focal myocardial infarction.

**Ключевые слова:** Проект, реабилитация, тренировки, инфаркт миокарда.

**Key words:** The project, rehabilitation, trainings, myocardial infarction.

**Введение.** Широкий диапазон лечебного действия физических упражнений определяет важную роль локомоторного аппарата в жизнедеятельности организма. С этих позиций можно выделить три основных направления лечебного действия физических упражнений: тонизирующее влияние, формирование компенсаций и нормализация нарушенных функций [1-7]. Влияние физической тренировки на реабилитацию больных ИМ во многом зависит от объема и интенсивности тренировочных нагрузок, правильного их расчета [2].

По вопросу эффективности тренировок с различной мощностью тренирующей нагрузки единого мнения среди различных исследователей нет.

По данным Ciausen J.P. с соавт. тренировки с различной мощностью (менее 45 % от максимального потребления кислорода и высокой интенсивностью – 65-75 %), проводимые в течение 3-х месяцев через 8 недель после ИМ не выявило достоверных различий.

По данным Biemeenthal J.A. длительные и интенсивные тренировки более эффективны, чем малоинтенсивные. Аналогичного мнения придерживается и Высоцкая Ж.М. На санаторном этапе ИМ автор оценивала эффективность тренировок на тредмиле различной мощности по данным ЭКГ, ЭхоКГ и потребления кислорода. В результате эксперимента автором сделано заключение об эффективности тренировки с мощностью нагрузки не менее 50 Вт. Интенсивные нагрузки на санаторном этапе рекомендовали так же Ефремушкин Г.Г. с соавт.

Zohman L., Tobis J. назначали упражнения с нагрузками в пределах 60-80 % от максимально переносимой, определяемой с помощью нагрузочного теста. При наличии признаков плохой переносимости указанной переносимости нагрузки (экстрасистолия, неприятные ощущения и т.д.) ее уровень устанавливается ниже указанного значения.

Adams W. C. с соав. использовали нагрузки 75-85% от максимальной возрастной ЧСС. Однако по мнению Аронова Д.М. для больных ИБС такие нагрузки следует считать неприемлемыми.

Аронов Д.М. с соавторами сравнивали эффективность тренировок на велоэргометре в режиме постоянной тренировки мощностью 50%, 75% и переменной нагрузки мощностью 50-60-75-90 %. Наилучшие результаты получены в первом варианте тренировок. Физические нагрузки на уровне интенсивности 50-70% позволяют удлинить период поддержания максимальной производительности сердца в три и более, чем при больших нагрузках[1].

Наиболее выраженный гипотензивный эффект был отмечен при применении нагрузки низкой и умеренной интенсивности – 50-70 % [3,5].

Большинство клиницистов считают целесообразным во время тренировки чередовать периоды нагрузок с кратковременными (1-1,5 или 3-5 мин) интервалами отдыха, в том числе в виде ходьбы или легких упражнений. Такая методика облегчает возможность адаптации сердца к повышенным энергетическим требованиям во время тренировок, что

особенно важно при интенсивных нагрузках.

Согласно последним стандартизированным рекомендациям Европейского общества кардиологов (ЕОК), физические тренировки с больными сердечно-сосудистой системы могут проводиться как в непрерывном режиме с ЧСС 60-80 % от максимальной, так и с интервалами для отдыха. Тренировки в переменном режиме позволяют достичь более выраженного стимулирующего воздействия на скелетную мускулатуру, чем в непрерывном режиме.

Считается желательным проведение занятий 3 раза в неделю продолжительностью 60 минут. Тем не менее, программа Hakila принятая рабочей группой по реабилитации Европейского регионального бюро ВОЗ и рекомендованная для больных, перенесших ИМ, предусматривает проведение занятий 2 раза в неделю, продолжительностью 60-90 минут. При этом занятия отличаются большим разнообразием упражнений. Рекомендации рабочей группы по сердечной реабилитации Европейского кардиологического общества приведены в табл.1.

**Таблица 1. Периоды физических тренировок**

Периоды	Количество тренировок
1. Начальная адаптация организма	5-7 тренировок
2. Достижение состояния тренированности (восстановление)	60 – 90 тренировок и больше
3. Поддержание тренированности	Неопределенно долго

По мере продолжения тренировок их частота уменьшается, а продолжительность и интенсивность увеличиваются (табл. 2)

**Таблица 2. Особенности тренировок**

Показатели Тренировок	Периоды тренировок		
	1	2	3
Частота в неделю	4-5	3	2-3
Продолжительность (мин)	15-20	30 – 40	40 – 60

Имеет место и дифференцированный подход по кратности и продолжительности занятий физическими упражнениями. Так, например, Горбаченков А.А., Поздняков Ю.М. предлагают проводить физические тренировки с постинфарктными больными по следующей схеме: на первом этапе (начальная адаптация – 5-7 занятий) 4-5 раз в неделю по 15-20 минут, на втором этапе (создание тренированности – 60-90 занятий и более) 3 раза в неделю по 30-40 минут; на третьем этапе (поддержание тренированности неопределенно долго ) 2-3 раза в неделю по 40-60 минут.

Основополагающими элементами всех программ тренировок следует признать их продолжительность, интенсивность, а также структура занятия. Схема любой тренировки должна состоять из разминки, основной и заключительной частей. Продол-

жительность разминки колеблется от 3 до 5 минут и включает в себя упражнения низкой интенсивности. Чем хуже переносимость физической нагрузки, тем больше период разогревания (до 20 мин).

Продолжительность основной части тренировки по данным различных авторов колеблется от 15–30 до 30–60 минут, а мощность нагрузки – от 50 до 75 % от максимально возможной.

Больные, перенесшие инфаркт миокарда, как правило принимают лекарственные препараты (бета-блокаторы), ослабляющие воздействие адреналина и норадреналина. Эти препараты понижают частоту сердечных сокращений и мощность сокращения сердечной мышцы, тем самым уменьшая потребность сердца в кислороде. Эти лекарства, влияя на субмаксимальную и максимальную ЧСС, оказывают выраженное воздействие на рекомендации по программам физической реабилитации. Так как бета-блокаторы понижают максимальную ЧСС, то оценка целевой ЧСС на основе взятых 70–85 % установленной для определенного возраста прогнозируемой максимальной ЧСС ( $ЧСС_{\max} = 220 - \text{возраст}$ ) является необоснованной и опасной. Занимающихся необходимо протестировать с целью определения действия бета-блокаторов (М. Хоули 2000) и проводить их после каждого измерения в дозировке этих препаратов.

#### Список литературы

1. Аронов Д. М., Лупанов В.П. Функциональные пробы в кардиологии. м., 2007
2. Бритвина В.В., Методика изучения качества жизни у больных инфарктом миокарда на поликлиническом этапе /Бритвина В.В.// Медицинские науки. 2007. № 4. С. 45–46.
3. Бритвина В.В. Аэробные нагрузки в реабилитации больных инфарктом миокарда на поликлиническом этапе: автореф. дис. канд. пед. наук / Бритвина Валентина Валентиновна; РГУФК. – М., 2006. – 23 с.: ил.
4. Бритвина В.В. Гимнастические упражнения с силовым компонентом для лиц, занимающихся экстремальными видами деятельности, перенесших инфаркт миокарда /Бритвина В.В.// Экстремальная деятельность человека. 2012. № 1 (23). С. 50–52.
5. Бритвина В.В. Аэробные нагрузки в реабилитации больных инфарктом миокарда на поликлиническом этапе: дис. канд. пед. наук : 13.00.04, 14.00.51 / Бритвина Валентина Валентиновна; РГУФК. – М., 2006. – 150 с.: ил.
6. Бритвина В.В. Методика ментальной гимнастики (BODY MIND GYMNAS TIC – BM-GYM) /Бритвина В.В., Лисицкая Т.С., Кувшиникова С.И.// Теория и практика физической культуры. 2012. № 2. С. 17.
7. Церябина В.В. Выявление экономически значимых методов оценки функционального состояния больного после эндопротезирования тазобедренного сустава с помощью математической статистики / Церябина В.В., Бритвина В.В., Конюхова Г.П., Конюхов В.Г., Швыгина Н.В.// Научное обозрение. 2014. № 11. С. 152
8. Швыгина Н.В. Гимнастические упражнения с силовым компонентом для лиц перенесшим инфаркт миокарда /Швыгина Н.В., Ткаченко С.А., Бритвина В.В.// В сборнике: Лечебная физическая культура: достижения и перспективы развития Материалы IV Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. 2015. С. 193–197.

## УПРАВЛЕНИЕ ПЕРСОНАЛОМ В ИНДУСТРИИ ТУРИЗМА И ГОСТЕПРИИМСТВА: РОССИЙСКАЯ И ЗАПАДНАЯ МЕНТАЛЬНОСТЬ



### Бритвина Валентина Валентиновна

кандидат педагогических наук,  
доцент Центра математического образования.  
Московский политехнический университет

**Аннотация:** В статье рассмотрены основные показатели гостиничного менеджмента в России и за рубежом. Зарубежный гостиничный менеджмент предполагает стремление у персонала к духовности, как к возможности выйти за рамки своего индивидуального существования в рамках замкнутого пространства первичного трудового коллектива. Российский гостиничный менеджмент характеризуется существованием большой внутренней дистанции во взаимоотношениях между начальником и подчиненными; ожиданием персоналом гостиничного предприятия, особенно на линейных позициях, постоянной опеки и каких-то конкретных форм попечительства со стороны менеджеров.

**Abstract:** In the article the basic indexes of hotel management are considered in Russia and abroad. A foreign hotel management supposes aspiration at a personnel to spirituality, as to possibility to go out for scopes the individual existence within the framework of the reserved space of primary labour