

ния методического единства содержания, технологий, средств и методов обучения; внесения предложений в Совет университета по реорганизации кафедр, планированию учебного процесса и распределению учебной нагрузки среди кафедр вуза.

Деканаты факультетов управление качеством образовательного процесса должны осуществлять по следующим основным направлениям: контроль за содержанием учебных программ (соответствие образовательному стандарту, расширение междисциплинарных связей, практическая направленность и др.); разработка и внедрение инновационных форм, методов и средств методической организации и проведения учебных занятий; контроль наличия и качества методических и дидактических материалов для подготовки и самоподготовки студентов; учет и анализ сведений о посещаемости и успеваемости студентов; проведение отсроченных форм педагогического контроля (проверка выживаемости знаний); организация форм и методов самостоятельной работы студентов; индивидуальная работа со студентами (выяснение причин проблем, возникающих в процессе обучения, усиление мотивации к достижению позитивных результатов).

Необходимо акцентировать внимание на роли кафедры как наиболее близкого и непосредственно контактирующего со студентами подразделения. Кафедры определяют конкретные пути реализации учебных программ и обеспечивают контроль качества обучения студентов путем: постоянного повышения квалификации преподавательского состава; внедрения инновационных методов и средств организации и проведения занятий (новых форм и методов самостоятельной, учебно- и научно-исследовательской работы студентов); постоянной обратной связи с деканатами по вопросам учебной дисциплины; проведения различных форм педагогического контроля; совершенствования, организации и анализа итогового контроля знаний и умений, приобретенных на кафедре (зачеты, экзамены).

Как активную фигуру в учебном процессе, а не пассивный объект обучения следует рассматривать студента. Он является главным субъектом учебного процесса наряду с преподавателем. Именно между ними выстраиваются специфические учебно-познавательные отношения, в результате которых совершается процесс «образования» (формирования) специалиста. Поэтому для получения оценки качества учебного процесса необходимо регулярно проводить анкетирование студентов, подвергать всестороннему анализу и доводить до сведения профессорско-преподавательского состава его результаты. Важно проводить анкетирование и студентов выпускных курсов для выявления их профессиональных намерений, субъективной оценки деятельности факультетов, кафедр, вуза в целом, степени удовлетворенности результатами обучения. Еще более важно для принятия решений в управлении качеством обучения изучать мнение выпускников после распределения и первого опыта их профессиональной деятельности. Необходимо учитывать опыт, получаемый выпускниками после распределения, выяснять, насколько востребованы знания, полученные в вузе.

Заключение

Таким образом, качественное обучение должно давать хороший результат. А как измерить результат педагогической деятельности? Ведь он виден не сразу, его проявление растянуто на долгие годы, к тому же он трудноизмерим. Выход может быть в том, чтобы измерять не результат, а сам процесс, уровень его организации, как это делается на производстве: качество конечного продукта (а в нашем случае — образовательной услуги) можно не измерять, если создана надежная система, его гарантирующая.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Косинец, А. Н. Инновационное образование — главный ресурс конкурентоспособной экономики государства / А. Н. Косинец // Высшая школа. — 2007. — № 6. — С. 4–12.
2. Бардовская, Н. В. Оценка качества высшего образования: идея уровневого подхода // Высшее образование сегодня. — 2002. — № 9. — С. 26–29.

Поступила 19.01.2010

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 612.6-053.5:613.955

АНАЛИТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ НА РУБЕЖЕ СТОЛЕТИЙ (обзор литературы)

В. А. Мельник, А. А. Козловский, Н. В. Козакевич, В. А. Кравцова

Гомельский государственный медицинский университет

В обзоре представлены современные представления отечественных и зарубежных авторов о закономерностях формирования морфологического статуса на восходящем этапе онтогенеза на рубеже XX и XXI сто-

летий. Проведенный анализ литературы позволит расширить знания о влиянии экологически неблагоприятных факторов в сочетании с комплексом социально-психологических факторов на состояние здоровья подрастающего поколения.

Ключевые слова: физическое развитие, дети и подростки, морфологические показатели.

THE ANALYTICAL ASSESSMENT OF SOMATIC STATUS OF CHILDREN AND TEENAGERS AT THE CENTURY BOUNDARY (literature review)

V. A. Melnik, A. A. Kozlovsky, N. V. Kozakevich, V. A. Kravtsova
Gomel State Medical University

In the review the present-day conceptions of authors from our country as well as foreign authors about the regularities of forming of morphological status at the ascending phase of ontogenesis at the boundary of the 20th and 21st centuries have been presented. The realized analysis of literature will allow to broaden the knowledge about the influence of ecologically unfavorable factors coupled with social and psychological factors on the growing generation's health condition.

Key words: physical development, children and teenagers, morphological indices.

Физическое развитие, характеризуя процессы роста и развития ребенка, по праву считается одним из важнейших критериев, отражающих состояние здоровья детского населения, а данные, полученные при антропометрических обследованиях детей и подростков, могут служить основой для популяционного мониторинга состояния здоровья школьников на конкретной территории [33].

Существуют различные определения понятия «физическое развитие» (ФР). Так, П. Н. Башкиров под ФР понимает «единство морфологических и функциональных способностей организма» [4]. По В. В. Бунаку, ФР «есть некоторая условная мера физической дееспособности организма, определяющая запас его физических сил, суммарный рабочий эффект, обнаруживающийся как в одномоментном испытании, так и в длительный срок» [5]. В. М. Левин заменяет ФР термином «физическое состояние» и подразумевает под ним «комплексную оценку состояния здоровья и функциональных состояний». Г. Л. Апанасенко, исследуя вопрос трактовки ФР, считает, что каждый человек как функциональная единица должен рассматриваться в трех аспектах: социально-психологическом, органическом (морфофункциональном) и половом [3].

Наиболее важными признаками ФР являются длина тела (ДТ), масса тела (МТ), а также обхват грудной клетки (ОГК). Однако в ряде случаев для более полного анализа ФР ребенка требуется больший круг показателей: жизненная емкость легких, мышечная сила рук и ног и др. Отслеживание динамики данных величин и сравнение их со стандартными кривыми «росто-массовых» параметров должно быть составной частью любой программы исследования здоровья и питания детей [35].

Морфологический статус отражает влияние многочисленных эндогенных и экзогенных

факторов, поэтому уровень и гармоничность ФР детского контингента — важные социально-экономические показатели особенно при динамическом наблюдении за состоянием здоровья, которое должно постоянно находиться в поле зрения специалистов [7].

По мнению Н. Н. Миклашевской, показатели ФР представляют собой «фундаментальную характеристику организма», а их значительные изменения можно расценивать как фактор риска в ходе нормального онтогенеза. Вопрос о взаимосвязях между ФР, состоянием здоровья и заболеваемостью не является окончательно решенным. Это связано с тем, что, отражая процессы роста и формирования организма, ФР непосредственно зависит от состояния здоровья, так как наличие серьезного заболевания может существенно отразиться на процессе ФР, а ФР во многом определяет течение и исход болезни.

Все факторы, характеризующие рост и развитие детского организма, можно условно разделить на 3 группы: генетические, средовые, трудно классифицируемые [16].

Генотип человека, то есть его генетическая конституция является своеобразным «сводом законов», в пределах которого осуществляются биохимические процессы, участвующие в формировании структурных и функциональных особенностей организма в соответствии с предъявляемыми к нему требованиями окружающей среды [22]. Наследственные факторы определяют главным образом темп и возможный предел роста ребенка при наличии оптимальной окружающей среды. При ухудшении экологических условий проживания реализация генетической программы роста либо существенно затрудняется, либо искажается, однако все изменения происходят в пределах нормы реакции признака, которая сама по себе генетически детерминирована.

Влияние средовых факторов на скорость роста в детском возрасте прослеживается весьма отчетливо. Особую опасность представляют увеличение и накопление в окружающей среде различных мутагенных веществ, воздействующих на генетические структуры. Влияние мутагенных факторов предполагает специфические ответные биологические реакции на ксенобиотики, ранее не встречавшиеся в естественной природной среде, приспособление к которой осуществлялось в течение длительной истории [2]. К факторам такого рода следует отнести изменения в характере питания и витаминной обеспеченности, двигательном режиме, эмоциональных нагрузках и др. Происходит то, что Б. А. Никитюк назвал «конфликтом организма со средой» [18]. При этом факторы окружающей среды могут изменять скорость ростовых процессов. Выявлено, что ускорение или замедление темпов ФР приводит к снижению функциональных возможностей организма, а особенно это проявляется в ухудшении качества регулирования функций.

К трудно классифицируемым факторам, влияющим на рост и развитие детского организма, можно отнести материальную обеспеченность семьи, уровень образования матери и отца, взаимоотношения в семье. Причем, как считает Т. М. Максимова, ведущее место занимает материальное положение семьи [12].

В течение нескольких десятилетий конца XX века в большинстве стран мира у детей и подростков стал отмечаться феномен выраженного ускорения роста и развития — акселерация (ускорение процессов полового созревания, достижение максимальных показателей ДТ в более раннем возрасте и т. п.).

Дети с опережением своего паспортного возраста в пре- и пубертатный периоды чаще, чем растущие согласно общебиологическим закономерностям имеют увеличенную щитовидную железу, у них снижена глюкокортикоидная активность надпочечников, чаще отмечается дисгармоничное ФР. Увеличение МТ, являющееся следствием акселерации, повышает вероятность развития артериальной гипертензии, повышение общей заболеваемости, особенно ОРВИ, ангины, тонзиллитами, а также «кариозной эпидемией» [16].

Начиная с конца 80-х — начала 90-х годов XX столетия стали появляться первые сообщения о стабилизации или затухании ускорения роста и развития человека, проявляющиеся в снижении темпов прироста признаков ФР [10, 11, 17, 19, 33]. При этом наибольший процент отставания по ДТ и МТ приходится на возраст 12–13 лет, т. е. на пубертатный период [1]. Такие проявления могут быть расценены как завершение процессов ускоренного роста и раз-

вития школьников в конце XX века и постепенная смена акселерации ретардацией [25].

В настоящее время широко обсуждается новый феномен — «отрицательный эпохальный сдвиг», который нередко отождествляется с понятием «деселерация». К концу XX века ожидалось замедление темпов роста и развития детского организма [10, 16].

Причина этого, по мнению Н. А. Матвеевой с соавторами (1997, 2001), заключается в резкой смене социально-экономических условий жизни в России [6]. На первое место по значимости выходят сдвиги в характере питания [21, 25]. Второй серьезной проблемой является изменение образа жизни детей, высокая учебная нагрузка, низкая двигательная активность, социальные потрясения в обществе, распространенность вредных привычек. Отмечается, что снижение МТ чаще регистрируется у детей, проживающих на эколого-депрессивных территориях крупных промышленных городов [6].

Однако в литературе имеются данные о противоположных тенденциях в динамике ФР детей и подростков. Так, в некоторых регионах России отмечено дальнейшее увеличение ДТ как у мальчиков, так и у девочек, что в большей степени характерно для школьников старших возрастных групп — 14–17 лет [31].

Исследования, проведенные М. Ф. Сауткиным в 1973–1976 и в 1992–1993 гг., показали, что у мальчиков г. Рязани продолжалась акселерация ФР, выразившаяся в увеличении ДТ, МТ и ОГК. У девочек же, наоборот, отмечалась «деакселерация» ФР, что проявилось в существенном снижении МТ и ОГК [23].

Сопоставляя средние величины ДТ и ее годовых прибавок у мальчиков и девочек 10–11 лет, И. Б. Тубол с соавторами (1995) показали, что данные по детям 1990-х годов не расходятся с полученными в 1970-х годах. Такие же результаты получены и по средним величинам МТ и ее годовым прибавкам у мальчиков [29].

Одной из наиболее важных особенностей возрастной динамики ФР детей и подростков является неравномерность изменений скорости роста [16]. Так, изменения антропометрических показателей в половозрастном аспекте указывают на наличие фазы замедленного роста (от 7 до 11 лет), когда между мальчиками и девочками различия недостоверны [32], и фазу ускоренного роста (от 12 до 17 лет) [26]. Пубертатное ускорение роста у мальчиков и девочек начинается в разном возрасте. У мальчиков наиболее интенсивный прирост ДТ происходит в 13–15 лет, у девочек на 2 года раньше — в 11–13 лет. Девочки начинают опережать в росте мальчиков примерно с 10 лет, а после 13–14 лет, с наступлением менархе, темп роста девочек резко снижается, и мальчики начина-

ют вновь обгонять их [17, 24, 27]. Некоторые авторы выделяют возрастной период 5–8 лет, в течение которого отмечается достаточно интенсивный ростовой скачок [16].

Нарастание МТ также имеет определенные закономерности: до 11 лет значения признака у девочек и мальчиков примерно равны; с 11 до 14 лет МТ у девочек превышает таковую у мальчиков, после 15 лет наблюдаются обратные соотношения [8].

Изучение региональных особенностей ФР детей и подростков Беларуси показало его зависимость от среды обитания: климата, минерального состава почвы [11]. С. А. Ляликов и С. Д. Орехов (1997) установили, что мальчики и девочки, проживающие на Полесье, значительно уступают по показателям ДТ и МТ своим сверстникам из других регионов Беларуси [11]. Различия в антропометрических показателях установлены и между подростками, проживающими на Севере России и в Центральном регионе [19].

При сравнении показателей ФР в зависимости от степени урбанизации выявлено, что городские дети независимо от пола выше своих сельских сверстников. Особенно существенные различия установлены в возрастных группах 8–14 лет, в которых ДТ была достоверно выше. Значительных различий по МТ в зависимости от места проживания Ю. А. Ямпольской и другими авторами не выявлено, хотя у городских мальчиков и девочек величина признака была несколько выше [17, 28, 32].

Исследования О. В. Киека с соавторами (2000) антропометрических показателей у школьников, проживающих в условиях промышленного города, выявили достоверное отставание по ДТ и МТ от разработанных стандартов [9].

Важной характеристикой здоровья детей и подростков является гармоничность ФР, так как это весьма информативный показатель, который отражает интегральную взаимосвязь между различными антропометрическими показателями (ДТ и МТ), а также возрастом и полом ребенка.

При сравнении показателей ФР сельских и городских детей и подростков выявлено, что независимо от места проживания примерно одинаковое количество детей имели гармоничное ФР [28].

В. И. Пляскина и М. Ф. Сауткин (2000), изучая динамику ФР школьников, установили, что в 1990-е годы произошло снижение числа детей с гармоничным ФР [20]. При этом отмечено уменьшение группы с избыточной массой тела (Имт) и увеличение с дефицитом массы тела (Дмт) [19, 20, 30], что в большей степени характерно для девочек, чем для мальчиков. В литературе имеются данные о том, что дисгармоничное ФР с Имт чаще встречается среди девочек [28, 34].

Изучением морфологического статуса на восходящем этапе онтогенеза в конце XX сто-

летия у детей и подростков Гомельского региона активно занимались сотрудники кафедры нормальной физиологии УО «Гомельский государственный медицинский университет», что нашло свое отражение в работах, представленных А. И. Киеней и В. А. Мельником с соавторами. Так, авторами установлено, что у школьников, проживающих в населенных пунктах с низким и средним уровнем урбанизации: в г. Ветка и в сельской местности Гомельского района, наблюдается ускорение ростовых процессов. При этом в экологически более благоприятной сельской местности Гомельского региона чаще встречаются школьники с гармоничным физическим развитием, а в городах — чаще с избыточной массой тела. Половой диморфизм проявляется в региональных особенностях реактивности организма на сложные эколого-социальные условия жизни [13, 14, 15].

Выводы

В результате проведенного нами анализа литературы установлено, что данные, полученные различными исследователями об антропометрических показателях и гармоничности физического развития детей и подростков, проживающих в условиях экологического неблагополучия, носят разрозненный и неоднозначный характер, а выявляемые тенденции зачастую противоречивы. При этом в большинстве работ признается, что ухудшение среды обитания вызывает существенные изменения морфофункциональных характеристик организма человека, а наиболее экосенситивной группой являются дети и подростки.

В связи с этим представляется необходимым проведение комплексных исследований, посвященных изучению морфологического статуса детей и подростков.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Акиншин, В. И. Особенности физического развития школьников Белгородской области / В. И. Акиншин, В. И. Мелехова, К. Д. Никитин // *Здравоохранение Рос. Федерации*. — 1998. — № 4. — С. 54.
2. Алексеева, Т. И. Географическая среда и биология человека / Т. И. Алексеева. — М.: Наука, 1977. — № 21. — 34 с.
3. Апанасенко, Г. Л. Физическое развитие детей и подростков / Г. Л. Апанасенко. — Киев: Здоров'я, 1985. — 79 с.
4. Башкиров, П. Н. Учение о физическом развитии человека / П. Н. Башкиров. — М.: Изд-во МГУ, 1962. — 460 с.
5. Бунак, В. В. Опыт типологии пропорций тела и стандартизации главных антропометрических размеров / В. В. Бунак // *Учен. записки МГУ*. — 1937. — Вып. 10. — С. 7–102.
6. Динамика физического развития сельских школьников чувашей (1884–1999 гг.) / Н. А. Матвеева [и др.] // *Гигиена и санитария*. — 2001. — № 3. — С. 63–67.
7. Динамика физического развития школьников Нижнего Новгорода / Н. А. Матвеева [и др.] // *Гигиена и санитария*. — 1997. — № 2. — С. 26–28.
8. Ермолаев, Ю. А. Возрастная физиология: учеб. пособие для студентов пед. ин-тов / Ю. А. Ермолаев. — М.: Высш. шк., 1985. — 374 с.
9. Киек, О. В. Комплексная оценка физического развития мальчиков школьного возраста в условиях промышленного города / О. В. Киек, Б. В. Засорин, В. М. Боев // *Гигиена и санитария*. — 2000. — № 1. — С. 74–76.

10. Кириллов, В. Ф. Здоровье детей, проживающих в районе размещения атомной электростанции / В. Ф. Кириллов, Т. Ш. Миннибаев, Е. В. Абашова // Гигиена и санитария. — 2001. — № 1. — С. 65–68.
11. Ляликов, С. А. Регионарные особенности физического развития детей и подростков Беларуси / С. А. Ляликов, С. Д. Орехов // Экологическая антропология. — Мн.-Люблин-Лодзь, 1997. — С. 99–103.
12. Максимова, Т. М. Физическое развитие детей в условиях формирования новой социальной структуры населения / Т. М. Максимова // Пробл. соц. гиг. и история мед. — 1998. — № 2. — С. 14–18.
13. Мельник, В. А. Антропометрическая характеристика детей и подростков г. Гомеля в постчернобыльский период / В. А. Мельник, Э. М. Заика, Н. И. Штаненко // Христианство и медицина: II Белорусско-Американская науч.-практ. конф. врачей, посвящ. 18-летию катастрофы на ЧАЭС: сб. рецензир. статей, представленных на конф. — Гомель: Гомель-Амарелло, 2004. — С. 10–12.
14. Мельник, В. А. Гармоничность физического развития городских и сельских детей в постчернобыльский период / В. А. Мельник, Э. М. Заика // X съезд Белорусского общества физиологов: тез. докл. — Мн., 2001. — С. 106.
15. Мельник, В. А. Морфофункциональная характеристика сельских детей, подверженных внутриутробному облучению в результате аварии на ЧАЭС / В. А. Мельник, Э. М. Заика, А. И. Киеня // Жизнь после Чернобыля: 16 лет спустя: матер. науч.-практ. конф., посвященной 15-летию Респ. диспансера радиационной мед., Минск, 2002 г. / Респ. диспансер радиационной мед. — Мн., 2002. — С. 122–126.
16. Морфофункциональные константы детского организма: справ. / В. А. Доскин [и др.]; под общ. ред. В. А. Доскина. — М.: Медицина, 1997. — 288 с.
17. Морфофункциональные особенности подросткового возраста / Л. А. Щеплягина [и др.] // Рос. педиатр. журн. — 1999. — № 2. — С. 31–36.
18. Никитюк, Б. А. Факторы роста и морфофункционального созревания организма / Б. А. Никитюк. — М.: Наука, 1978. — 468 с.
19. Оценка данных физического развития девушек-подростков Центрального региона / И. И. Соколова [и др.] // Вестн. Российской ассоциации акушеров-гинекологов. — 1998. — № 3. — С. 78.
20. Пляскина, В. И. Здоровье детей обучающихся в школах нового типа / В. И. Пляскина // Гигиена и санитария. — 2000. — № 1. — С. 62–65.
21. Проблемы здоровья детей и их физического развития / М. В. Антропова [и др.] // Здравоохранение Рос. Федерации. — 1999. — № 5. — С. 17–21.
22. Саливон, И. И. Количественный подход к определению типов телосложения у школьников / И. И. Саливон, Н. И. Полина. — Мн.: УП «Технопринт», 2003. — 40 с.
23. Сауткин, М. Ф. Новые тенденции в физическом развитии школьников Рязани / М. Ф. Сауткин // Здравоохран. Рос. Федерации. — 1999. — № 5. — С. 21–23.
24. Современные тенденции динамики состояния здоровья подростков / А. Г. Ильин [и др.] // Гигиена и санитария. — 2000. — № 1. — С. 59–62.
25. Суханова, Н. Н. Физическое развитие школьников к концу XX века: анализ и прогноз / Н. Н. Суханова // Рос. педиатр. журн. — 1999. — № 2. — С. 36–41.
26. Тамбовцева, Р. В. Возрастные изменения массы тела и мышц кистей у мальчиков 7–17 лет / Р. В. Тамбовцева // Морфология. — 1995. — № 3. — С. 45–48.
27. Усоева, Н. А. Физическое развитие девочек подросткового и юношеского возраста / Н. А. Усоева // Здравоохранение Беларуси. — 1992. — № 8. — С. 31–34.
28. Физическое развитие детей Кировской области / Л. П. Абросимова [и др.] // Гигиена и санитария. — 1998. — № 2. — С. 30–32.
29. Характеристика уровней артериального давления, физического развития и факторов риска атеросклероза у школьников, проживающих в зонах радиоактивного загрязнения / И. Б. Тубол [и др.] // Терапев. арх. — 1995. — № 1. — С. 17–19.
30. Широченко, Н. Д. Антропологическое исследование физического развития подростков / Н. Д. Широченко, Г. Г. Рыжикова, Н. Г. Аксенова // Морфология. — 1998. — № 3. — С. 134.
31. Щедрин, С. А. Проявление общебиологических закономерностей в физическом развитии школьников г. Новосибирска / С. А. Щедрин // Морфология. — 2001. — № 4. — С. 56–59.
32. Ямпольская, Ю. А. Физическое развитие и адаптационные возможности современных школьников / Ю. А. Ямпольская // Рос. педиатр. журн. — 1998. — № 1. — С. 9–11.
33. Ямпольская, Ю. А. Физическое развитие школьников Москвы в последнее десятилетие / Ю. А. Ямпольская // Гигиена и санитария. — 2000. — № 1. — С. 65–68.
34. Яйленко, А. А. Уровень физического развития и конституциональные особенности ребенка как диагностические особенности его здоровья / А. А. Яйленко, Н. Н. Зернова, Т. И. Легонькова // Российский вестн. перинатологии и педиатрии. — 1998. — № 5. — С. 11.
35. Watanabe, T. Circadian reference to normal and diseased children / T. Watanabe, M. Nagashima, Y. Hojo // Acta Paediatr Jpn. — 1994. — P. 683–689.

Поступила 04.01.2010

УДК 616.132.-002-085 ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ: СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИИ (обзор литературы, часть II)

Д. П. Саливончик

Гомельский областной клинический кардиологический диспансер

В обзоре представлена информация о современной медикаментозной и инструментальной терапии острого коронарного синдрома (ОКС).

Ключевые слова: острый коронарный синдром, инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия.

THE ACUTE CORONARY SYNDROME : POSSIBILITY ON THE MODERN THERAPY (literature review. Part II)

D. P. Salivonchik

Gomel Regional Clinical Cardial Dinspensary

The information about the modern medical treatment of the acute coronary syndrome was presented in this review.

Key words: acute coronary syndrome, myocardial infarction, unstable angina.

Лечение острого коронарного синдрома (ОКС) с подъемом сегмента ST (ОКСпST) и без подъема сегмента ST (ОКСбпST) на электрокардиограмме (ЭКГ).

• низкомолекулярный гепарин

Антикоагулянтная терапия независимо от избранной стратегии ведения (инвазивной или консервативной) является обязательным эле-