

**Государственное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
РЯЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ АКАДЕМИКА И.П. ПАВЛОВА
Федерального агентства по здравоохранению
и социальному развитию**



**МАТЕРИАЛЫ
ЕЖЕГОДНОЙ НАУЧНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ**

**РЯЗАНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО
УНИВЕРСИТЕТА имени академика И.П.ПАВЛОВА**

Часть II

Рязань, 2006

Государственное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
РЯЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ АКАДЕМИКА И.П. ПАВЛОВА
Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию

**МАТЕРИАЛЫ
ЕЖЕГОДНОЙ НАУЧНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ**

РЯЗАНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО
УНИВЕРСИТЕТА имени академика И.П.ПАВЛОВА

Часть II

*Под общей редакцией Заслуженного деятеля науки РФ,
профессора В.Г.Макаровой*

Рязань, 2006

УДК 61(071)+61:378

Материалы научной конференции Рязанского государственного медицинского университета имени академика И.П.Павлова / Общая ред. В.Г.Макаровой. – Рязань: РязГМУ, 2006. – Ч. II. – 181 с.

Основу сборника составляют материалы, представленные сотрудниками Рязанского государственного медицинского университета имени академика И.П.Павлова. В книге приведена клинико-иммунологическая характеристика профилактики и терапии наиболее распространенных инфекционных заболеваний и заболеваний органов пищеварения. Представлены результаты разработки оптимальных технологий, обеспечивающих сохранение здоровья женщин, детей, подростков и студенческой молодежи. Рассматриваются современные закономерности формирования здоровья и организации лечебно-профилактической помощи отдельным группам населения в условиях бюджетно-страховой медицины. Излагаются научные основы медицины труда, экологического благополучия населения и окружающей среды. В работах анализируются проблемы управления аптечной службой и лекарственного обеспечения населения в рыночных условиях, изыскания новых способов изготовления лекарств. Приведены сведения о новых технологиях в современном медицинском образовании и перспективах его гуманитаризации.

Сборник предназначен для научных работников, преподавателей медицинских вузов и колледжей, практических врачей.

ISBN 5-8423-0062-1

© Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П.Павлова, 2006

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА,
ПРОФИЛАКТИКА И ТЕРАПИЯ НАИБОЛЕЕ
РАСПРОСТРАНЕННЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
И ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

О.А.Маслова

СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ ОПРОС БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

Проблема язвенной болезни (ЯБ) гастродуоденальной зоны занимает центральное место в гастроэнтерологии. Это связано как с ее распространенностью, так и с социальной значимостью. Признается, что такие социальные факторы, как низкий уровень материальной обеспеченности, сопровождающийся качественной и количественной неполноценностью питания, недостаточной обеспеченностью квалифицированной медицинской помощью, неуверенностью в завтрашнем дне, безработица и т.д., могут оказывать крайне неблагоприятное влияние на развитие и течение многих заболеваний, в том числе и ЯБ.

Цель работы: определить значимость социального фактора в развитии язвенной болезни гастродуоденальной зоны.

В соответствии с целью исследования было проведено анкетирование пациентов. Помимо паспортных данных, был представлен целый ряд вопросов, касающихся семейного положения, профессии, причин возникновения и течения заболевания, отношения пациента к болезни и к врачу. Анкета включала в себя 21 вопрос, на каждый из которых предлагались несколько вариантов ответов. Было опрошено 139 человек, проходящих стационарное лечение по поводу обострения язвенной болезни, из них 119 (85,6%) мужчин и 20 (14,4%) женщин.

Выявлено, что более половины больных представлены рабочими специальностями. Служащие и пенсионеры составляют 15,1% и 13,7% соответственно, но служащих больше среди больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК), а пенсионеров – среди больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и желудка (ЯБДПК+Ж). 65-70% больных ЯБ имеют среднее образование. Пациенты с высшим образованием составили 1/7 из всех больных. Незаконченное среднее образование имеют 10% опрошенных пациентов. Средний доход на одного человека в семье у больных ЯБ составляет $3325 \pm 213,9$ руб., у больных с сочетанной язвой он ниже на 1/3. Это, вероятно, связано с тем, что 35% пациентов с сочетанной язвой – пенсионеры. Ежемесячный доход менее 2000 руб. (а значит ниже прожиточного минимума) имеют 40% опрошенных, а среди больных ЯБДПК+Ж – 60%.

Более половины респондентов связывают возникновение своего заболевания с нервно-психическими перегрузками: материальными проблемами,

конфликтами на работе, бытовыми проблемами. На втором месте среди возможных причин развития заболевания, по мнению пациентов, – нерегулярное, неправильное питание. 10% пациентов связывают свое заболевание с отягощенной наследственностью. Чаще нервно-психический фактор как возможную причину заболевания указывают больные ЯБДПК+Ж, а нерегулярное питание – больные ЯБДПК (в 2,8 раза чаще, чем больные ЯБДПК+Ж и в 1,2 раза чаще, чем больные язвенной болезнью желудка (ЯБЖ)).

Связь заболевания с отягощенной наследственностью отмечают 15% больных ЯБДПК+Ж, 11,8% больных ЯБДПК и лишь 3,1% больных ЯБЖ. Среди других возможных причин развития заболевания респонденты назвали курение (0,8%), работу с химическими веществами (0,8%), службу в армии (0,8%), с возрастом (0,8%, больному 47 лет), плохим разжевыванием пищи (0,8%), перенесенной травмой (0,8%), характером работы (1,6%), затруднились ответить 3 человека (2,3%).

Самооценка здоровья позволяет установить, насколько значимым для человека является собственное здоровье. Большинство пациентов ЯБДПК не считают себя больными людьми, в отличие от пациентов ЯБДПК+Ж и ЯБЖ. Но даже в этих группах «здоровыми» считают себя 30% больных. Именно это обстоятельство может быть причиной недостаточной приверженности больных к лечению или вообще отказом от лечения, диспансерного наблюдения и профилактики обострений заболевания. 6% пациентов предпочитают лечиться «домашними средствами». 2/3 пациентов обращаются к врачу только в том случае, если симптомы болезни выражены. Лишь 32% пациентов обращаются к врачу при первых признаках ухудшения состояния здоровья.

3/4 пациентов за медицинской помощью обращаются к терапевту, остальные – сразу к гастроэнтерологу. Больные ЯБДПК+Ж одинаково часто обращаются к терапевту и гастроэнтерологу. Больные ЯБДПК предпочитают лечиться амбулаторно, а больные ЯБЖ и ЯБДПК+Ж в стационаре, причем среди больных ЯБДПК+Ж таких пациентов 80%. К «упорному» лечению заболевания готовы только 60% больных. Остальные 40% не проводят полноценного лечения из-за нежелания тратить на это материальные средства либо время.

Выводы:

Среди больных с тяжелым течением ЯБ преобладают лица с низким материальным доходом. Наиболее частыми причинами развития заболевания больные считают нервно-психические стрессы и нарушение суточного пищевого биоритма. Основная масса больных ЯБ пренебрежительно относятся к своему здоровью и не считают целесообразным прибегать к специализированной медицинской помощи. На эти социальные и психологические особенности больных следует обращать внимание врачам при проведении лечебных и профилактических мероприятий.

В.А.Мартынов, Е.В.Сорока, В.И.Козлова
ПРИМЕНЕНИЕ УРСОСАНА В ЛЕЧЕНИИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ
Кафедра инфекционных болезней

Урсодезоксихолевая кислота (урсосан) представляет собой нетоксичную третичную желчную кислоту, содержащуюся в желчи человека в небольших количествах. При заболеваниях печени накоплено достаточно данных о лечебном действии урсосана, основанном на его гепатопротекторном, иммуномодулирующем и антихолестатическом эффекте, в связи с чем урсосан считается препаратом выбора как при острых, так и хронических вирусных гепатитах. Однако, определенная инертность и консерватизм врачей необоснованно сдерживают более широкое применение урсосана в клинической практике.

В инфекционном отделении Рязанской клинической больницы им. Н.А. Семашко за период с сентября 2004 по апрель 2005 гг. урсосан применялся в лечении 50 больных острыми и хроническими вирусными гепатитами с клинико-лабораторными признаками холестаза. Из них, с диагнозом острый вирусный гепатит В (ОВГВ) наблюдались 34 %, обострением хронического гепатита С (ХВГС) – 28 %, хронического вирусного гепатита В (ХВГВ) – 14%, с обострением хронического гепатита неуточнённой этиологии – 24 % больных. Среди пациентов с ОВГВ развитие холестатического синдрома в 4 случаях было ассоциировано с хроническим холециститом и дискинезией желчевыводящих путей. Больным ОВГВ урсосан назначался при уровне трансаминаз от 200 до 500 ед. (при норме 50 ед.), повышенном содержании билирубина в крови от 40 до 140 ммоль/л сыворотки крови. При хронических гепатитах В и С урсосан чаще всего назначался на фоне сопутствующего хронического холецистита с дискинезией желчевыводящих путей, при уровне общего билирубина крови от нормальных показателей до 40 ммоль/л, и при активности аминотрансфераз до 100-300 ед. Больным с обострением хронического гепатита неуточнённой этиологии урсосан назначался при уровне билирубинемии 70-130 ммоль и активности аминотрансфераз в 3-4 раза превышающих норму. Наблюдаемым пациентам проводилась монотерапия урсосаном, без применения других гепатопротекторов и желчегонных средств. Урсосан назначался в дозе 2 капсулы (500 мг) в сутки, в 2-х вариантах приёма суточной дозы – либо 2 капсулы вечером, либо по 1 капсуле 2 раза в день, утром и вечером. Курс лечения составил от 10 до 15 дней пребывания в стационаре и продолжался до 2-3 месяцев после выписки. Пациенты наблюдались амбулаторно, осуществлялся контроль активности аминотрансфераз, уровня содержания билирубина в крови, щелочной фосфатазы, ГГТП, α -амилазы, холестерина. Положительный клинический эффект урсосана выражался в уменьшении астенического, диспепсического и холестатического синдромов после 8-10 дня лечения. Через 10-14 дней терапии было отмечено снижение уровня трансаминаз почти в 3 раза, щелочной фосфатазы, ГГТП, холестерина и били-

рубина сыворотке крови на 40-50%. При динамическом наблюдении за больными амбулаторно, спустя месяц после выписки из стационара, отмечалась полная нормализация всех биохимических показателей. Во всех случаях лечения урсосан не вызывал аллергических реакций, не оказывал токсического действия, хорошо переносился больными.

Таким образом, урсосан может служить препаратом выбора для лечения синдрома холестаза как при остром, так и при хроническом вирусном Гепатите. Назначение урсосана при остром вирусном гепатите более быстро купирует основные клинические и биохимические проявления заболевания и сокращает длительность лечения. При хронических вирусных гепатитах урсосан может быть назначен в тех случаях, когда применение препаратов интерферона не показано, неэффективно, либо сопровождается выраженными побочными эффектами.

Н.Н.Романова, Л.М.Абросимова

К ВОПРОСУ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЭКЗАНТЕМ

Кафедра инфекционных болезней

Поражение кожи является частым клиническим признаком многих болезней человека. В связи с увеличением токсико-аллергических поражений кожи и появлением новых инфекционных заболеваний их разграничение по характеру сыпи приобретает особую актуальность. Экзантемы играют роль в дифференциальной диагностике инфекционных и неинфекционных болезней, а также в рамках разграничения отдельных нозоформ. Именно сыпной синдром может стать доминирующим и определяющим диагностическим критерием в чрезвычайных эпидемиологических ситуациях особо опасных инфекций, возлагающих на врача любой специальности особую ответственность за своевременную постановку диагноза. Наибольшие диагностические трудности у клинициста вызывает ящур и сходные с ним заболевания.

Последняя эпизоотия ящура, практически парализовавшая животноводческую и мясоперерабатывающую отрасли двадцати двух стран мира, наблюдалась в 2001 г. Заболеваемость ящуром людей носит спорадический характер с профессиональным заражением работников животноводства, ветеринарной службы, убойных пунктов, предприятий по переработке животного сырья. Наиболее частой клинической формой ящура у человека является кожно-слизистая, характеризующаяся поражением слизистых оболочек полости рта, глаз, а также кожи, преимущественно в области пальцев рук и ног. Тяжесть течения варьирует от легких, инapparантных до тяжелых с летальным исходом. Болезнь начинается с общей интоксикации в виде головной боли, общей разбитости, озноба с повышением температуры тела до 38-40°. Через 1-2 дня возникают воспалительные изменения на слизистой полости рта – гиперемия слизистой щек, десен, глотки, отек языка, сопровождающиеся жжением. Еще через 1-2 дня на фоне гиперемии

появляются везикулы от просяного зерна до крупной горошины с прозрачным, затем мутным содержимым. Через 2-3 дня везикулы вскрываются с образованием резко болезненных эрозий диаметром до 1 см на губах, языке, щеках, небных дужках, что сопровождается обильной саливацией, затруднением глотания и речи. Везикулы высыпают также на крыльях носа, слизистой носовых ходов, на ладонях в межпальцевых складках, а также у основания ногтей с последующим образованием эрозий. Эпителизация без образования рубцов завершается, как правило, к 7-10 дню, редко к концу третьей недели болезни. В связи с отсутствием клинического опыта врачей ящур даже в типичных случаях диагностируется ошибочно. С другой стороны, нередки случаи, когда врачи ставят диагноз ящура без должной дифференциации от других клинически сходных заболеваний. Обычно это случается в очагах эпизоотии ящура.

Клинический пример из практики: больной Ш., 45 лет, скотник совхоза, обратился на поликлинический прием с жалобами на неприятные ощущения саднения и шероховатости в глотке и у основания языка. Обнаружены герпетические высыпания на неизменной слизистой мягкого неба и глотки. Назначено лечение полосканиями раствором фурациллина и тушированием элементов экзантемы раствором Люголя. Спустя две недели, когда в глотке никаких изменений уже не оставалось, появились общее недомогание и буллезная сыпь на туловище диаметром от 1 до 3 см и более, не сопровождающаяся какими-либо болезненными ощущениями. Дерматовенерологом было обращено внимание на эпиданамнез больного. Он работал скотником в совхозе, закрытом в этот период на карантин в связи с эпизоотией ящура, и был единственным животноводом, ухаживающим за больным ящуром племенным быком. С учетом эпидемиологической ситуации, известного сходства клинической картины – инициальная герпетическая сыпь в ротоглотке и последующая буллезная экзантема, возможности многообразия вариантов течения ящура – больной был госпитализирован в инфекционное отделение с диагнозом ящур и организацией всех мероприятий, требующихся при ООИ.

Тщательный анализ клинической картины позволил выявить совокупность признаков, исключających ящур. Это – отсутствие общей лихорадочной реакции, воспалительных изменений слизистой ротоглотки и афтозных поражений, отставание экзантемы на целых две недели от первых проявлений болезни, её буллезный характер без воспалительной реакции в основании элементов, локализация на туловище, вместо классической на кистях и стопах. Оказался положительным симптом Никольского. Механическое раздражение непораженных участков кожи вызывало появление новых пузырей. Клиническая картина болезни в целом и особенности экзантемы соответствовали редко встречающемуся кожному заболеванию – пузырьчатке, которая возникла в уникальной эпизоотологической и эпидемиологической ситуации контакта человека с больным ящуром животным

и возможности его профессионального заражения. Именно экзантема явилась в этом непростом случае доминирующим диагностическим критерием. Это позволило не проводить обязательное в дифференциальной диагностике ящура специальное исследование – биопробу на морских свинках на присутствие вируса ящура в содержимом пузырей. Лечение больного глюкокортикостероидами привело к купированию заболевания. Это также явилось дифференциально-диагностическим моментом, подтверждающим пузырчатку.

Следовательно, такие признаки экзантемы, как сроки появления, характер, темпы, последовательность и метаморфоз высыпания, локализация, сочетание с другими определенными проявлениями болезни или, наоборот, при их отсутствии, являются надежным диагностическим критерием при многих, даже весьма редких, заболеваниях человека.

М.И.Козловцев

НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ ПРИ ЛЕПТОСПИРОЗЕ

Кафедра инфекционных болезней

Целью работы является характеристика неотложных состояний при лептоспирозе гриппотифоза на материалах летне-осенних вспышек 2001, 2004 гг. В исследовании была дана клинико-эпидемиологическая и лабораторная характеристика лептоспироза в зависимости от тяжести заболевания; проведен анализ ведущих неотложных состояний и их структуры; выявлены возможные факторы развития тяжелых форм лептоспироза; обоснованы практические рекомендации по оптимизации диагностики и терапии лептоспироза.

Мы наблюдали 95 пациентов, которые находились в инфекционном отделении Рязанской КБ им. Н.А. Семашко с диагнозом «лептоспироз», установленным на основании клинико-эпидемиологических и лабораторных (серологических) данных. Из общего числа обследуемых женщины составили 20%, остальные 80% - мужчины. Возраст больных от 20 до 60 лет.

Большинство пациентов госпитализированы на 5-6-ой день заболевания. Только 10% были доставлены с диагнозом «лептоспироз», в других направлениях указывалось «ОРВИ» – 24 %, «ОВГ» – 18%, «ГЛПС» – 41 %, «лихорадка неясного генеза» – 17%. Диагноз при поступлении совпал в 45% случаев с окончательным клиническим, в 55% звучал как «геморрагическая лихорадка с почечным синдромом», «острый вирусный гепатит». В большинстве случаев заболевание протекало в безжелтушной форме. У 2 пациентов развивалась слабая желтуха. У 40% (12 больных) отмечалось тяжелое течение с развитием ИТШ чаще на 5-й день болезни, продолжительностью 12 часов – 7 суток, у остальных (60%) – развивались среднетяжелые формы. У 90% обследуемых в эпидемиологическом анамнезе

встречался водный фактор и опосредованный контакт с грызунами.

Заболевание у всех пациентов протекало типично. Тяжелые формы инфекции с развитием шока характеризовались – максимальным подъемом t до 40-42 $^{\circ}$ C, значительно выраженными симптомами общей интоксикации, поражением сердечно-сосудистой системы (акроцианоз, мраморность кожных покровов, тахикардия, падение АД вплоть до нуля); гемодинамические изменения отразились на функции почек с кратковременной олигоанурией вследствие падения АД. ИТШ I-II степени наблюдался у 11 пациентов, II-III степени – у 9, III степени – у 3 больных. В составе шока наблюдались симптомы поражения центральной нервной системы в виде ОНМ I-II степени у 9 больных (потеря сознания, судороги, бред, нарушение зрения, светобоязнь, галлюцинации), без признаков менингита; РДС-синдром в 4, миокардит в 2-х, пневмония – 7 случаях. У больного с шоком 3 степени РДСВ отмечалась клиническая смерть. Поражение печени было клинически не ярким и сопровождалось увеличением до 1-2 см, умеренной трансаминазией. Геморрагический синдром клинически был не выражен. Средне-тяжелые формы лептоспироза характеризовались типичным течением и меньшей степенью выраженности клинико-лабораторных признаков болезни, без развития осложнений. Во всех случаях диагноз лептоспироза подтвержден серологически нарастанием титров антител преимущественно к *L. Grippotyphosa* (90%).

Таким образом, для тяжелых форм было характерно развитие осложнений типа ИТШ, который характеризовался сердечно-сосудистой, почечной, дыхательной недостаточностью, ОНМ и развитием РДСВ с клинической смертью (1 случай); выявлена высокая частота диагностических ошибок на раннем госпитальном этапе оказания медицинской помощи; нерациональная антибактериальная терапия является одним из факторов развития тяжелых форм лептоспироза с шоком.

Л.Г.Пятова, М.И.Козловцев

**ФАКТОРЫ РИСКА ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНЫХ
МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТОВ С РАЗВИТИЕМ ОТЕКА МОЗГА**

Кафедра инфекционных болезней

Целью исследования являлось выявление прогностических критериев и факторов риска неблагоприятных исходов при тяжёлых бактериальных менингоэнцефалитах с развитием отёка мозга. В клинике инфекционных болезней РязГМУ наблюдалось 78 пациентов с бактериальными менингоэнцефалитами, преимущественно менингококковой этиологии. Из них 45 мужчин и 33 женщины в возрасте от 18 до 81 года.

Отёк мозга у наблюдаемых пациентов характеризовался признаками, отражающими тяжёлый неврологический дефицит, нарушения гемодинамики и дыхания. Из них прогностически наиболее неблагоприятными были: судорожные подёргивания в отдельных мышечных группах (дезорганиза-

ция мышечной деятельности); угасание менингеальных симптомов; одышка с ЧДД больше 30 в минуту; патологический ритм дыхания типа Чейн-Стокса; резкие колебания АД с прогрессирующим его снижением ($p < 0,01$).

У больных с летальными исходами выявлялись относительно низкие уровни плеоцитоза в СМЖ и лейкоцитоза крови, а также более высокие показатели СОЕ и азотемии в сравнении с выжившими ($p < 0,01$).

Установленные клинико-лабораторные изменения коррелировали с тяжёлым энергетическим дефицитом и нарушениями электролитного баланса крови, характеризующими биохимически «синдром усталости клетки».

Среди других факторов риска тяжёлого течения заболевания отмечались: пневмония, алкоголизм, ЧМТ, сахарный диабет и ВИЧ-инфекция. Особенно часто у больных с летальными исходами встречались пневмония (45 против 17,5%; $p < 0,01$). Чаще летальные исходы развивались у больных при септическом течении инфекции и пневмококковых менингоэнцефалитах ($p < 0,01$). На летальность также существенно влияли нарушения условий транспортировки, в том числе необоснованная многоэтапность и перевод больных в неотложном состоянии из стационара в стационар; поздние сроки установления диагноза и госпитализации и как следствие – несвоевременное назначение антибиотиков, без учёта вероятного возбудителя и дозы препарата; относительно позднее назначение ИВЛ.

Проведённый анализ позволяет использовать полученные данные для оптимизации диагностики и лечения, больных тяжёлыми формами бактериальных менингоэнцефалитов с развитием отёка головного мозга.

Л.Г.Пятова, И.Н.Клочков, В.А.Мартынов
ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ
У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ
 Кафедра инфекционных болезней

Благодаря работам многих исследователей (Л.И. Геллер, М.И. Мамонтова, 1984; Штробак, Вильдхирт, 1964) доказано, что язвы гастродуоденальной системы у больных с поражениями печени обнаруживают в 3,8-4,2 раза чаще, чем в общей популяции. Повышенный интерес к этой проблеме вызван не только тем, что так называемые симптоматические или «гепатогенные» язвы нередко становятся в дальнейшем самым распространенным заболеванием, отягощая патологический процесс в печени, но и тем, что геморрагии на почве язвенно-эрозивных изменений слизистой оболочки гастродуоденальной области по частоте возникновения лишь немногим уступают кровотечениям из расширенных вен пищевода у больных циррозами печени с явлениями портальной гипертензии.

Цель работы – изучение функционального состояния гастродуоденальной системы у больных острым вирусным гепатитом (ОВГ). Под наблюдением находились 65 пациентов с ОВГА, ОВГВ, ОВГС и микст-гепатитом., которые были преимущественно молодого возраста, до 50 лет

– 80% больных. Мужчины составили 46,1% обследованных, женщины – 53,8%. Острый вирусный гепатит А наблюдался у 32 больных, ОВГВ у 138, ОВГС у 12 и микст-гепатит у 5 пациентов. Больные, у которых нельзя было исключить возможные поражения желудка и двенадцатиперстной кишки, возникшие до заболевания вирусным гепатитом, в исследование не включены.

Эндоскопия желудка и двенадцатиперстной кишки, произведённая 65 больным, обнаружила дуоденогастральный рефлюкс у 10,8% больных, очаговый гастрит у 7,7%, язву луковицы двенадцатиперстной кишки у 6,1%, кандидоз пищевода у 1,5%, зрозивный бульбит у 16,9%, поверхностный гастрит у 53,8, язву желудка, атрофический гастрит и гастрит с геморрагическим компонентом у 3,1% обследованных.

Таким образом, острый вирусный гепатит необходимо расценивать как фактор риска возникновения заболеваний гастродуоденальной системы, в основе которого лежат сложные механизмы, требующие дальнейшего изучения.

Н.П.Ермошина, Е.А.Ермошина в 2007 год
К ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ
Кафедра дерматовенерологии с курсом инфектологии ФПДО

Атопический дерматит (АД) – хроническое аллергическое заболевание кожи, развивающееся у лиц с генетической предрасположенностью к атопии, начинающееся обычно в первые месяцы жизни, имеющее рецидивирующее течение с возрастными особенностями клинических проявлений. Фенотипическая реализация генотипической предрасположенности (т.е. формирование клинических симптомов АД) происходит под влиянием различных экзогенных и эндогенных факторов, которые получили название триггеров.

Основными диагностическими критериями АД являются: наследственная предрасположенность к атопии – наличие аллергических заболеваний у родителей и/или близких родственников, начало заболевания в раннем детском возрасте, хроническое рецидивирующее течение с обострениями весной и в осенне-зимнее время года, с улучшением в летний период, типичная морфология и локализация кожных высыпаний, в зависимости от возраста (сгибательная лихенификация у взрослых, поражение лица и наружных поверхностей конечностей у грудных детей), зуд кожных покровов различной интенсивности, белый стойкий дермографизм.

Базисными препаратами, которые применяются у каждого без исключения больного АД, являются 2 группы средств: антигистаминные и препараты для наружного лечения, среди последних в настоящее время предпочтение отдается современным топическим кортикостероидам.

Антигистаминным препаратом нового поколения является ЭРИУС

(Дезлоратадин), который обладает тройным механизмом действия, воздействуя на все звенья аллергического воспалительного процесса. Помимо антигистаминного действия (связанного с блокадой H-1 гистаминовых рецепторов) ЭРИУС оказывает мощное противоаллергическое и противовоспалительное действие. По своей антигистаминной активности ЭРИУС в 10-50 раз превосходит все существовавшие ранее препараты. Наружная терапия является неотъемлемой частью комплексного лечения АД. В настоящее время лидирующие позиции в наружной терапии АД занимают топические ГКС.

Ранее в отечественных научно-практических программах, руководствах и монографиях, посвященных проблеме АД, предлагалось назначать топические ГКС только при отсутствии эффекта от традиционных средств. Сейчас эти взгляды претерпевают изменения, и на страницах научных журналов все чаще встречаются публикации ведущих российских дерматологов и педиатров, в которых говорится о целесообразности назначения современных высокоэффективных и безопасных ГКС в качестве препаратов первого выбора не только в периоды обострений, но и даже при первичной манифестации АД у детей.

Среди большого многообразия топических кортикостероидов, в настоящее время лидирующая роль принадлежит ЭЛОКОМу (0,1% мометазона фуруат) – нефторированному топическому ГКС последнего поколения, обладающему противовоспалительным, противозудным и сосудосуживающим действием. Сочетая в себе преимущества сильнодействующего топического стероида, ЭЛОКОМ практически лишен побочных эффектов, присущих сильным фторированным ГКС. Уровень безопасности ЭЛОКОМа аналогичен слабым ГКС, таким как 1% мазь гидрокортизона. Хорошая переносимость ЭЛОКОМа подтверждена данными многочисленных многоцентровых клинических исследований в России и за рубежом. При наружном использовании мометазона фуруата показатель системной абсорбции минимален и составляет всего 0,4% для крема и 0,7% для мази. Эти данные позволяют рассматривать ЭЛОКОМ как топический стероид, действующий исключительно в очаге поражения. ЭЛОКОМ не вызывает атрофии кожи даже при длительном применении.

Под наблюдением находилось 115 детей и 43 взрослых АД, в возрасте от 6 месяцев до 34 лет, как с распространенными, так и с ограниченными формами дерматоза, сопровождающимися постоянным зудом разной интенсивности. Все больные получали ЭРИУС (взрослые по 1 таблетке 1 раз в сутки, детская доза определялась в зависимости от возраста ребенка). Местное лечение проводили кремом или мазью ЭЛОКОМ. Длительность комбинированной терапии варьировала от 2 до 4 недель. Под влиянием лечения интенсивность зуда, отек и воспаление уменьшились уже к концу первых суток, а на 3-4 день зуд практически не беспокоил. Через 2 недели у 84 пациентов наступило состояние клинической ремиссии, значительное улучшение – у

55, улучшение – у 19.

Переносимость лечения у всех больных была хорошая, случаев побочных явлений и осложнений не выявлено ни у одного больного. Одно из главных преимуществ ЭЛОКОМа и ЭРИУСа заключается еще и в том, что в силу пролонгированного действия они применяются 1 раз в день, что позволяет получить такой же клинический эффект, что и при многократном применении других ГКС. Последнее обстоятельство экономически выгодно и создает огромное удобство в лечении для пациента. Комбинация ЭРИУСа и ЭЛОКОМа обеспечивает контроль над кожными симптомами АД, обладает наиболее высоким противовоспалительным и противоаллергическим эффектом, приводит к быстрому купированию симптомов заболевания, безопасна при длительном применении, что позволяет считать ее наиболее рациональной, обоснованной и приемлемой в терапии АД у детей и взрослых.

С.А.Косорукова

ОСОБЕННОСТИ ПАТОГЕНЕЗА АЛОПЕЦИИ У ДЕТЕЙ

Кафедра дерматовенерологии с курсом инфектологии ФПДО

Алопеция – патологическое выпадение волос в местах присущего им роста, когда в силу тех или иных причин развиваются деструктивные и морфоструктурные изменения в области волосяного фолликула.

В настоящее время тема алопеции весьма актуальна в дерматологии. Это связано с ростом заболеваемости, увеличением числа больных с тяжелыми формами алопеции, трудностями в терапии этих больных, проблемами социально-психологической адаптации, особенно в детском возрасте (существенно влияет на качество жизни, правильное формирование личности).

Целью работы явилось изучение патогенеза алопеции у детей. В настоящее время патогенез данной патологии остаётся до конца неизученным. Однако первостепенная роль отводится генетической предрасположенности, заболевание проявляется под влиянием экзогенных и эндогенных факторов. Этими факторами могут быть эндокринные, иммунные нарушения, психический стресс, дефицит цинка (заболевание сопровождается структурным изменением твердого вещества зубов и множественным кариесом), отравление катионами тяжелых металлов, единичные наблюдения лямблиозной инфекции, также наличие бактериальной (эпидермальный стафилококк, золотистый стафилококк, гемолитический стрептококк) и вирусной инфекции, нарушение функции гипоталамуса. Под наблюдением находилось 29 детей (14 девочек и 15 мальчиков) в возрасте от 1 до 18 лет. Очаговая форма была зарегистрирована у 24 детей, диффузная – у 2, тотальная – у 3. Среди них у большинства детей отмечалась алопеция в прогрессирующей стадии (18 человек), у остальных – стационарной стадии (11 человек).

В исследовании наследственность прослеживается у 4 детей. Немалое

значение имеет воздействие на организм ионизирующего излучения. Трое детей в нашем исследовании проживали в зоне радиоактивного загрязнения. У 2 облысение появилось после гибели близкого родственника. Кроме того, 3 детей связывали появление алопеции с нейроинфекцией, краснухой, паротитом. У 8 отмечалась та или иная форма пищевой или лекарственной непереносимости. В 18 случаях у матерей наблюдалась патология беременности и родов.

Большая роль отводится высокой частоте сопутствующей патологии. Так, у всех детей отмечался дисбактериоз и дискинезия желчевыводящих путей; у 15 (51,7%) – другая патология ЖКТ (кариес зубов, хронический гастрит, гастродуоденит, панкреатизм, реактивный панкреатит); у 14 (48,1%) – астеноневротический синдром; у 10 (34,5%) – НЦД; у 5 (17,2%) – аутоиммунный тиреоидит, диффузный узловой зоб; у 4 (13,9%) – атопический дерматит, бронхиальная астма; у 3 (10,3%) – синдром внутричерепной гипертензии; у 2 (6,9%) – хронический тонзиллит и пиелонефрит.

При обследовании были обнаружены следующие изменения: в анализе кала на дисбактериоз у всех больных снижение общего количества кишечных палочек, бифидобактерий, увеличение количества кишечных палочек со слабоферментативными свойствами. У 3 детей обнаружены цисты лямблий. В биохимическом анализе крови отмечается повышение билирубина и аминотрансфераз. С учетом отсутствия заболеваний печени данные могут расцениваться как результат нарушения регуляции углеводного обмена со стороны высших вегетативных центров. 20 больным было проведено исследование иммунного статуса, у 13 детей в показателях клеточного иммунитета снижение субпопуляций Тл, Тх, Тс и повышение иммунорегуляторного индекса (Тх/Тс), что говорит о недостаточности Тс, в связи с чем резко снижается их тормозящее действие на выработку В – лимфоцитами иммуноглобулинов, что проявляется в анализах повышением содержания IgG (этот иммуноглобулин указывает на наличие хронической инфекции в организме).

Однозначно ответить на вопрос о причинах и механизмах возникновения алопеции мы не можем. Однако можно с уверенностью утверждать, что это – мультифакториальное заболевание, мешающее нормальному формированию личности и психосоциальной адаптации, что особенно важно в детской среде. А дети с алопецией нуждаются в комплексном лечении совместно с педиатрами, гастроэнтерологами, эндокринологами, невропатологами, иммунологами, психиатрами.

Е.Е.Жильцова

УРОГЕНИТАЛЬНЫЕ МИКОПЛАЗМОЗЫ – ПРОБЛЕМА ТЕРАПИИ
Кафедра дерматовенерологии с курсом инфектологии ФПДО

Воспалительные заболевания половых и мочевыводящих органов, этиологическими агентами, которых могут быть как патогенные, так и условно – патогенные микроорганизмы, являются одной из наиболее частых причин обращения пациентов к специалистам. В последнее десятилетие отмечается высокая степень участия ассоциированных инфекций в возникновении и развитии воспалительных заболеваний органов малого таза, способность микроорганизмов взаимно ухудшать течение основного заболевания и провоцировать развитие осложнений.

Одной из главных проблем венерологии современности является терапия микоплазменной инфекции. Микоплазмы относятся к семейству *Mycoplasma*. Это семейство разделяют на два рода – род *Mycoplasma*, из которых патогенными для человека, и вызывающими воспалительные процессы урогенитального тракта являются *M.hominis*, *M.genitalium*, *M.fermentans* и род *Ureaplasma*, в котором насчитывается 3 вида (*U.Urealiticum*, *U.Parvum*, *U.biovar 200*). Проявление патогенного действия микоплазм на организм человека обусловлено малыми размерами, отсутствием клеточной стенки и сходством строения клеточной мембраны с мембранами клеток человека. Это обуславливает их внедрение в мембрану клеток макроорганизма и делает их более защищенными от воздействия гуморальных и клеточных факторов иммунитета. Такими специфическими особенностями можно объяснить своеобразие этой инфекции, протекающей преимущественно латентно, асимптомно и трудности терапии.

Микоплазменные инфекции приводят к воспалительным процессам органов малого таза и серьезным нарушениям репродуктивной функции.

В связи с этим вопросы терапии микоплазмозов остаются актуальными. Антибактериальными препаратами выбора при лечении микоплазменной инфекции являются макролиды, так как они относятся к наиболее безопасным антибиотикам, характеризуются небольшим числом побочных эффектов и хорошей переносимостью. Целью работы было – изучение эффективности Фромилида (кларитромицина) у группы больных микоплазмозами.

Под наблюдением находилось 57 женщин в возрасте от 18 до 42 лет. При обращении пациенток на основании жалоб и осмотра было выявлено – торпидный уретрит – у 37, подострый эндоцервицит – у 41, кольпит – у 22, торпидный сальпингоофорит – у 7, эрозия шейки матки – у 32.

Всем женщинам проводилось комплексное обследование, которое включало микроскопию мазка на гонококки, трихомонады, грибы рода *Candida*, влагалищную гарднереллу; измерение рН влагалищного отделяемого; микроскопию мазка методом ПИФ и исследование методом ПЦР для определения хламидийной, микоплазменной и уреаплазменной инфекций, посев на «цветной ряд», определение хламидийного антигена, антител к хламидиям в классах Ig G, M; исследование иммунного статуса и биохимических показателей крови.

При обследовании было выявлено: *U. urealiticum* – у 32, гарднереллы – у 25, *M. hominis* – у 22, *M. genitalium* – у 19, грибы рода *Candida* – у 16, трихомонады – у 5 пациенток. Более чем у 70% больных отмечалась смешанная урогенитальная инфекция в различных ассоциациях, инфекционный процесс у всех исследуемых характеризовался как подострый и хронический.

В процессе лечения Фромилид назначался в дозе 1500 мг в сутки в 3 приема, на курс лечения от 2-х до 3–4 недель. Побочный эффект отмечался у 1 пациентки в виде выраженной тошноты и повлек за собой отмену препарата. У остальных пациенток при приеме Фромилида побочных эффектов не наблюдалось. В комплекс терапии включались иммунные препараты (Виферон, Кипферон, Имунофан и др.), антимикотические средства (Дифлазон) и местное лечение с применением антибактериальных препаратов.

У всех пациенток наблюдалось клиническое излечение. К установлению этиологической иррадикации приступали через 2 недели по окончании лечения и далее дважды с интервалом в 1 месяц. Элиминация возбудителей была достигнута у 94,7% женщин.

Таким образом, Фромилид является эффективным и безопасным средством в борьбе с микоплазменной инфекцией и позволяет добиться большого успеха при лечении больных.

А.В.Федосеев, А.П.Мотин, Л.А.Новиков

ТЕЧЕНИЕ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У БОЛЬНЫХ С ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ АМИНОКИСЛОТНОГО ГИДРОЛИЗАТА «АМИНОК»

Кафедра общей хирургии

Изучено течение раннего послеоперационного периода у больных с желудочно-кишечными кровотечениями на фоне применения аминокислотного гидролизата «Аминонок».

С этой целью были созданы две группы больных – контрольная (36 больных) и основная (32 больных), оперированных по экстренным и срочным показаниям на фоне желудочно-кишечного кровотечения с целью окончательного гемостаза. Больным основной группы в отличие от контрольной в комплексную послеоперационную терапию был включен препарат «Аминонок» в дозе 0,25 г на кг веса в сутки per os, либо через зонд.

В контрольной группе частота послеоперационных гнойных осложнений со стороны операционной раны составила 41,3% (16 человек), в основной – 13,04% (6 человек), что в 2,7 раза меньше, чем в контрольной.

Толщина подкожно-жировой складки в контрольной группе составила $5,35 \pm 0,66$ см; в основной – $4,04 \pm 0,45$ см.

В динамике отслеживались клинические и лабораторные показатели в исследуемых группах.

Исходные показатели ЧСС в основной группе в среднем составили 95,05 уд/мин, что на 1% больше, чем аналогичный показатель в контрольной. К 3 суткам тахикардия в основной группе уменьшалась и составила 94% от аналогичного показателя контрольной группы. К 7 суткам в обеих группах ЧСС была в пределах нормы и сохраняла такую динамику и к концу наблюдения. Снижение этого показателя было более выражено в основной группе: к 10 суткам снижение показателя ЧСС в основной группе составила 18,8% по отношению к исходным показателям, в контрольной – 11%.

ЧДД в контрольной группе была на 2,41% больше, чем в основной. В дальнейшем в обеих группах определяется тенденция к уменьшению ЧДД, но в основной группе эта тенденция была более выражена. К 10 суткам в контрольной группе снижение ЧДД составило 8,44%, тогда, как в основной – на 16,3%.

Выявлено, что в контрольной группе перистальтика на 3 сутки появлялась у 60,98% больных против 94,74% в основной группе, самостоятельный стул на 3 сутки имел место в 28,13% наблюдений в контрольной группе, а в основной – 65,8% наблюдений, отхождение газов – у 66,67% больных контрольной группы и 92,11% – основной. На 7 сутки моторная функция желудочно-кишечного тракта в основной группе восстанавливалась полностью. В контрольной группе у 9,76% больных оставалась вялая перистальтика и к 7 суткам не было самостоятельного стула в 2,38% наблюдений.

Уровень лейкоцитоза в основной группе к 10 суткам снизился на 29,7%, в контрольной – на 20,3%.

Показатель ЛИИ достоверно снизился в основной группе на 86%, в контрольной – на 58%.

В обеих группах наблюдения имелось снижение показателей МСМ, в основной группе к 10 суткам это снижение произошло на 13,8%, в контрольной на 10,3%.

При исследовании уровня общего белка плазмы выявлен достоверный рост этого показателя в основной группе к 10 суткам на 27,9%, в контрольной группе отмечен рост уровня общего белка на 13%.

При исследовании показателей альбуминовой фракции белка плазмы крови в исследуемых группах обнаружен более стабильный и выраженный рост концентрации именно этой фракции. Так, в основной группе имелся рост концентрации альбуминовой фракции к 10 суткам на 28,11%, в то время как в контрольной группе – на 8,03%.

Уровень креатинина в основной группе снизился к 10 суткам на 26,3%. В контрольной группе наблюдался рост уровня креатинина плазмы к 10 суткам на 22,3%.

Уровень мочевины плазмы в основной группе к 10 суткам наблюдения снизился на 11,7%. В контрольной группе наблюдался рост этого показателя

теля, который к 10 суткам наблюдения составил 100,7% от исходного уровня.

Уровень остаточного азота плазмы крови в основной группе к 10 суткам снизился на 6,5%, в то время как в контрольной группе наблюдался рост этого показателя, который к 10 суткам составил 104,5% от исходных цифр.

Таким образом, выявлено, что применение аминокислотного гидролизата “Аминок” в раннем послеоперационном периоде у больных с желудочно-кишечными кровотечениями приводит к повышению уровня общего белка с ростом концентрации альбуминовой фракции, к уменьшению явлений эндогенной интоксикации, более полному и раннему восстановлению моторной функции желудочно-кишечного тракта в послеоперационном периоде, снижению частоты развития ранних послеоперационных гнойных осложнений со стороны послеоперационной раны в 2,7 раза по сравнению с контрольной группой, уменьшению пребывания больных в стационаре на 25,4%.

А.А.Сумин, Н.В.Курякина

ОЦЕНКА СОХРАННОСТИ ПЛОМБ У БОЛЬНЫХ ЭРОЗИЕЙ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА ЧЕРЕЗ 3, 6, 12 МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ

Кафедра терапевтической и детской стоматологии

Распространенность эрозии твердых тканей зуба за последнее десятилетие возросла (47,2%), в связи с этим проблема профилактики и лечения данного заболевания приобретает важное значение. Было предложено множество методик лечения, включающих применение реминерализующих средств и последующего пломбирования эрозивных дефектов. Однако частота замены реставраций, повторные обращения пациентов с жалобой на повышенную чувствительность свидетельствуют о недостаточной их эффективности. Цель исследования: выявить метод лечения эрозии твердых тканей зуба, обеспечивающий наилучшую сохранность пломб.

Клиническое исследование проводили на 138 зубах у 102 больных эрозией твёрдых тканей зуба в возрасте от 20 до 60 лет, в том числе активной формой - 42 зуба, стабилизированной – 96 зубов. Срок наблюдения – один год. В зависимости от метода лечения все больные были распределены на 2 группы: основную и контрольную.

Основная группа включает 6 подгрупп. В 1, 2 и 3 подгруппах использовали методы лечения с применением лазера. Первую подгруппу составляют больные (20 зубов у 14 человек), у которых при лечении зубов применяли обработку стенок, дна полости эрозии и окружающей ее эмали эмаль-герметизирующим ликвидом, если полость эрозивного дефекта находилась в пределах эмали, и дентин-герметизирующим ликвидом, если полость эрозии имела среднюю глубину (глубокое фторирование), пломбирование светоотверждаемым композитом “Filtek Z250” и облучение лазером

«Оптодан». Для лечения зубов больных второй подгруппы (19 зубов у 13 человек) применяли пломбирование стеклоиономерным цементом «Fuji IX» и облучение лазером «Оптодан». В третьей подгруппе (15 зубов у 14 человек) использовали пломбирование светоотверждаемым композитом «Filtek Z250», покрытие фторлаком «Bifluorid 12» и облучение лазером «Оптодан». Зубы пациентов 4, 5 и 6 подгрупп лечили без применения лазера. В четвертой подгруппе (21 зуб у 15 человек) применяли глубокое фторирование и пломбировали эрозивные дефекты светоотверждаемым композитом «Filtek Z250». Зубы больных пятой подгруппы (16 зубов у 11 человек) пломбировали стеклоиономерным цементом «Fuji IX». В шестой подгруппе (19 зубов у 15 человек) использовали пломбирование светоотверждаемым композитом «Filtek Z250» и обработку фторлаком «Bifluorid 12». Для лечения зубов пациентов контрольной группы (20 зубов у 15 человек) применяли пломбирование светоотверждаемым композитом «Filtek Z250».

Сохранность пломб исследовали по следующим критериям (Г.Рюге, 1998) (в нашей модификации): пломба с хорошим краевым прилеганием; краевое прилегание нарушено; откол, частичное или полное отсутствие пломбы при визуальном обследовании или ее подвижность при зондировании.

Через 3 месяца после лечения краевое прилегание пломбировочного материала не было нарушено в 100% случаев в основной группе в подгруппах 1 (для лечения использовали глубокое фторирование, пломбирование композитом и облучение лазером), 2 (пломбирование стеклоиономерным цементом и облучение лазером), 5 (пломбирование стеклоиономерным цементом). В подгруппах 3 (пломбирование композитом, обработка F-лаком, облучение лазером), 4 (глубокое фторирование, пломбирование композитом), 6 (пломбирование композитом, обработка F-лаком) основной группы краевое прилегание было сохранено в 93,33%; 90,48%; 84,21% соответственно. В контрольной группе (пломбирование композитом) только у 65,0% пломб было хорошее краевое прилегание. Выпадение пломб наблюдалось в 6 подгруппе основной группы (пломбирование композитом, обработка F-лаком) в 5,26% случаев, в контрольной группе – в 10,0%.

Через 6 месяцев полная сохранность пломб была отмечена только в 1 и 5 подгруппах основной группы. Во 2, 3, 4, 6 подгруппах основной группы краевое прилегание не было нарушено в 89,47%; 80,0%; 90,48%; 78,95% соответственно. В контрольной группе у 60,0% пломб отмечалось хорошее краевое прилегание. 5,26% пломб в 6 подгруппе основной группы и 15% пломб в контрольной группе выпали. Через 12 месяцев хорошее краевое прилегание сохранилось у всех пломб 1 подгруппы основной группы. Не было выявлено нарушений краевого прилегания у 93,75% зубов 5 подгруппы основной группы. Во 2, 3, 4, 6 подгруппах краевое прилегание сохранилось в 84,21%; 80,0%; 85,71%; 73,68% соответственно. В контрольной группе меньше половины пломб остались с хорошим краевым приле-

ганием (45,0%).

Следовательно, по сохранности пломб оптимальными методами лечения эрозии твердых тканей зуба являются глубокое фторирование, пломбирование композитом и облучение лазером, а также пломбирование стеклоиономерным цементом.

Е.И.Фукс

ЖЕВАТЕЛЬНАЯ РЕЗИНКА С НИКОТИНОМ

Кафедра терапевтической и детской стоматологии

Привычка к курению возникает, чаще всего, как дань моде или как стремление адаптироваться в социальной среде. Для многих это способ повысить работоспособность, снять стресс, поднять самооценку.

Отказ от курения является определенным процессом. Многие курильщики откладывают отказ от курения на более поздний срок, считая, что их организму уже причинен непоправимый вред и поэтому бросать курить уже поздно. Это не соответствует действительности. Отказ от курения сразу же оказывает на здоровье человека положительное влияние. В отказе от курения многие врачи и психологи рекомендуют использовать жевательную резинку, но только после того, как пациент получит тщательную инструкцию (1).

Препарат для лечения никотиновой зависимости позволяет избежать развития синдрома отмены (раздражительность, недомогание и желание закурить). При применении препарата обеспечивается поступление в организм никотина; при этом такие ингредиенты табачного дыма, как смола, канцерогены, окись углерода, в организм не попадают. Необходимо иметь в виду, что пациент сам решает отказаться от курения, а препарат только помогает ему в этом, уменьшая физиологическую зависимость от никотина.

В случаях, когда не удастся сразу отказаться от курения, уменьшение количества выкуриваемых сигарет также является положительным результатом. Успех, связанный с уменьшением количества выкуриваемых сигарет, может стимулировать полный отказ от курения.

В процессе жевания резинки никотин медленно высвобождается и абсорбируется в полости рта. По сравнению с курением, степень абсорбции никотина во время жевания ниже, его концентрация повышается медленнее и имеет более низкие значения (3).

Показания: снятие симптомов отмены, вызванных уменьшением употребления табака (при лечении табачной зависимости): при полном отказе от курения у тех, кто решил бросить курить; при уменьшении количества выкуриваемых сигарет у тех, кто не может или не хочет полностью отказаться от курения; при временном отказе от курения.

У взрослых пациентов (в т.ч. пациентов пожилого возраста) в зависимости от выраженности пристрастия к курению применяют жевательную ре-

зинку с различной концентрацией активного вещества. Если пациент выкуривает 20 или менее сигарет в сутки, то следует использовать жевательную резинку с содержанием никотина 2 мг. Если пациент выкуривает более 20 сигарет в сутки, то для лечения синдрома отмены рекомендуется жевательная резинка с содержанием никотина 4 мг. Резинку следует медленно жевать до появления резкого вкуса, затем жевание следует прекратить и поместить резинку между десной и внутренней стороной щеки. После исчезновения привкуса следует возобновить жевание. Эту процедуру необходимо осуществлять в течение примерно 30 мин. Примерно через 30 мин после начала соответствующего использования в резинке не остается никотина. Средняя доза составляет около 10 резинок в сутки. Не следует использовать более 1 резинки одновременно и более 15 резинок в день. Если в сутки требуется более 15 резинок по 2 мг, то рекомендуется перейти на применение резинок по 4 мг.

Пациент должен попытаться бросить курить, когда он будет к этому готов, но не позже чем через 6 месяцев после начала лечения. Если в течение 9 месяцев после начала терапии бросить курить не удалось, следует обратиться за консультацией к специалисту. Консультации специалиста и психологическая поддержка способствуют повышению эффективности терапии. Противопоказания: недавно перенесенный инфаркт миокарда (в течение последних 3 мес); нестабильная или прогрессирующая стенокардия; стенокардия Принцметала; тяжелые нарушения ритма сердца; острая фаза инсульта; повышенная чувствительность к никотину и другим компонентам препарата.

С осторожностью следует назначать препарат пациентам с тяжелыми заболеваниями сердечно-сосудистой системы (окклюзионные заболевания периферических артерий, заболевания сосудов головного мозга, стабильная стенокардия, застойная сердечная недостаточность в фазе декомпенсации), при спазмах сосудов, неконтролируемой артериальной гипертензии, при тяжелых и средней тяжести заболеваниях печени, при тяжелых заболеваниях почек, при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в фазе обострения (2, 3).

Литература:

1. Соловьева А.М. Лечебно-профилактические аспекты употребления жевательной резинки / А.М. Соловьева, С.К. Мателло, Т.В. Купец. – М.: ООО «Ригли», 2003. - 84с.

2. www.doktor.ru/smoke/index2.htm

3. www.nosmoke.ru/program/addres/addres.htm

Т.В.Кузнецова

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА
«СТОМАТИДИН» В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ПАРОДОНТИТОМ

Кафедра терапевтической и детской стоматологии

Воспалительные заболевания пародонта – представляют серьёзную медико-социальную проблему. Распространенность этой патологии среди взрослых остаётся на высоком уровне и не имеет тенденции к снижению. По данным ВОЗ, в настоящее время более 80 % населения РФ страдает заболеваниями пародонта.

В комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта важное место занимает медикаментозная терапия. Местная антимикробная терапия является начальным и важнейшим звеном комплексного лечения деструктивных поражений пародонта. Используемые средства местной фармакотерапии воспалительных заболеваний пародонта далеко не всегда обеспечивают комплексное воздействие на пародонт, т.е. антисептическое действие не всегда сочетается с купированием воспалительного процесса. По мере увеличения числа антисептиков, которые отвечают современному уровню науки как адекватные средства местной противовоспалительной терапии, требования к ним возрастают. В связи с выше сказанным, мы считаем актуальным оценить эффективность применения при комплексной терапии пародонтита таких препаратов, как «Стоматидин», который представляет собой гексетидин – антисептик широкого антибактериального и фунгицидного спектра действия, сохраняет активность до 65 часов.

Объектами исследования были 18 человек, в т.ч. 10 женщин и 8 мужчин в возрасте от 30 до 50 лет с диагнозом хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести. Состояние тканей пародонта оценивали по наличию или отсутствию гиперемии и отека десен, пародонтальных карманов, гноетечению из них, кровоточивости при зондировании, и наличию над- и поддесневого зубного камня. Эффективность лечения оценивали на основании клинических данных, оценку противовоспалительного действия предлагаемого лечения проводили с помощью динамических изменений индекса РМА в сочетании с пробой Шиллера-Писарева.

Основную группу составляли 10 человек, где оральный антисептик «Стоматидин» вводили в пародонтальные карманы на турундах на 2 минуты и на протяжении всего курса лечения назначали «Стоматидин» в виде полосканий полости рта 3-4 раза в день в домашних условиях. Контрольная группа - 8 человек, у них использовали ирригации «Ротоканом» с 3% перекисью водорода и метилурациловую мазь под повязку. Общим для всех групп было тщательное удаление зубных отложений и устранение пунктов травматической окклюзии. Назначали физиотерапевтическое лечение: электрофорез хлористого кальция по 5 сеансов на десну. Все пациенты в течении 2-х недель были научены правилам гигиены полости рта, больным были рекомендованы противовоспалительные зубные пасты.

Результатом, проводимого лечения было полное снятие симптомов воспаления тканей пародонта: десна стала бледно-розового цвета, исчезли гиперемия и отек, выделения из пародонтальных карманов отсутствовали. У пациентов основной группы уже на 2-3 посещение наблюдалось отсут-

ствии боли, зуда десен, уменьшение кровоточивости десен при чистке зубов, отсутствие неприятного запаха изо рта. Тогда как, у пациентов контрольной группы все выше перечисленные признаки исчезали на 3-4 дня позже. Необходимо отметить, что в группе, где в процессе лечения применяли препарат «Стоматидин», около 20% пациентов отмечали обезболивающий эффект уже на 2-ой день лечения. Также в основной и контрольной группах за время лечения отмечена положительная динамика индекса воспаления. Однако в основной группе этот процесс протекал значительно интенсивнее: после проведения профессиональной гигиены и противовоспалительной терапии произошло снижение индекса в 5 раз по сравнению с исходным уровнем, а в контрольной группе аналогичный показатель снизился лишь в 3 раза. Согласно клиническим данным «Стоматидин» как антисептик благоприятно влияет на течение патологического процесса, в результате чего сокращаются сроки лечения на 20-25%. Все это позволяет прогнозировать удлинение сроков ремиссии генерализованного пародонтита и профилактику осложнений.

Таким образом, анализ результатов, проведенных исследований, позволяет рекомендовать использование препарата «Стоматидин» в комплексной терапии заболеваний пародонта.

Е.В.Фаворская

ТРЕБОВАНИЯ, ПРЕДЪЯВЛЯЕМЫЕ К СОВРЕМЕННЫМ ПЛОМБИРОВОЧНЫМ МАТЕРИАЛАМ

Несмотря на все достижения современной стоматологии изготовление стабильных, долговечных и безупречных с эстетической точки зрения реставраций по-прежнему остается одной из наиболее важных проблем. Основной причиной стремительного развития рынка пломбировочных материалов стало несовершенство классических форм, которые в какой-то момент времени просто перестали удовлетворять объективным требованиям, предъявляемым к долговечности, биосовместимости и эстетическому совершенству реставрации, а также постоянно возрастающим требованиям пациентов. Целью исследования было проведение краткого анализа требований, предъявляемых к современным пломбировочным материалам.

Универсальность. Для того чтобы обеспечить функциональную эффективность и эстетическое совершенство реставраций для жевательных и передних зубов, универсальные пломбировочные материалы должны обладать достаточно высоким пределом прочности на сжатие и на изгиб, а также обладать совершенно определенным набором оптических свойств. Подавляющее большинство современных материалов позволяет изготавливать реставрации любого оттенка цвета классической палитры Vita, кроме этого они дают возможность в достаточно широких пределах варьировать таким параметрам, как насыщенность цвета и прозрачность реставрации, то есть достигать «эффекта хамелеона». В то же время, благодаря оптими-

зации состава, структуры и концентрации наполнителей, большинство материалов с легкостью выдерживают повышенные функциональные нагрузки, характерные для жевательных зубов.

Низкая величина усадки при полимеризации. Благодаря уплотнению структуры и образованию внутренних химических связей в процессе полимеризации происходит уменьшение объема материала, что является основной причиной образования краевых трещин, а, следовательно, и возникновения вторичного кариеса.

Адгезия к тканям зуба. Большинство современных пломбировочных материалов требуют использования адгезивных систем. При работе с этими материалами нет необходимости создания дополнительных ретенционных пунктов, то есть объем препарированных тканей минимален.

Хорошая полируемость. Формирование гладкой поверхности является одним из основных гигиенических требований, предъявляемых к стоматологическим реставрациям. Выполнение этого требования позволяет замедлить образование и закрепление бактериального налета и, как следствие этого, значительно снизить вероятность возникновения кариеса.

Низкая чувствительность к дневному свету замедляет процесс самопроизвольной полимеризации, то есть увеличивает рабочее время пломбировочного материала, что значительно облегчает его практическое применение, в частности моделирование тонких элементов структуры поверхности окклюзии фронтальной группы зубов.

Стабильность формы. Консистенция пломбировочных материалов в неотвержденном состоянии должна обеспечивать возможность моделирования тонких элементов структуры реставрации, а также стабильность их формы и геометрических размеров, вплоть до окончательной полимеризации.

Рентгеноконтрастность. Высокая рентгеноконтрастность материала значительно облегчает контроль качества и плотности краевого прилегания изготовленных реставраций, особенно в области жевательных зубов.

Таким образом, в настоящее время основными направлениями усовершенствования существующих пломбировочных материалов и разработки материалов нового поколения является оптимизация их физико-механических, химических и оптических свойств, а также снижение величины усадки при их полимеризации.

Список литературы:

1. Борисенко А.В. Композиционные пломбировочные и облицовочные материалы в стоматологии / А.В.Борисенко, В.П.Неспрядько. - М.: Книга плюс, 2002.
2. Борисенко А.В. Секреты лечения кариеса и реставрации зубов. - М.: Книга плюс, 2005.
3. Макеева И.М. Восстановление зубов светоотверждаемыми композитными материалами. - М.: Стоматология, 1997.
4. Николишин А.К. Современные композиционные пломбировочные ма-

териалы. - Полтава, 1996.

5. Салова А.В, Рехачев В.М. Особенности эстетической реставрации в стоматологии. - СПб.: Человек, 2004.

Ю.А.Юдина, Н.В.Курякина

КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТА ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ БИОЛОГИЧЕСКИМ И ВИТАЛЬНО-АМПУТАЦИОННЫМ МЕТОДАМИ

Кафедра терапевтической и детской стоматологии

Воспаление пульпы временных зубов является весьма актуальной задачей детской стоматологии. В настоящее время из методов лечения пульпита временных зубов наиболее популярны девитальные, несмотря на большое количество осложнений, выявляемых в клинко-рентгенологической картине в виде деструктивных изменений со стороны периапикальных тканей. Одним из перспективных путей решения этой проблемы является развитие биологического направления. В силу влияния патологического процесса в пульпе временного зуба на зачатки постоянных, на состояние организма, возникает необходимость поиска новых лекарственных средств для покрытия пульпы. С этой целью, по нашему мнению возможно использование фитоэкдистероидных препаратов в силу того, что они являются биологически активными природными соединениями, корректируют метаболические процессы в организме. Целью исследования явилось совершенствование лечения пульпита временных зубов с использованием фитоэкдистероидного комплекса.

Было проведено лечение с последующим клинко-рентгенологическим наблюдением 277 зубов у 243 детей с острым частичным и хроническим фиброзным пульпитом. Все дети относились к первой или второй группам здоровья (здоровые или практически здоровые дети) и имели компенсированную форму кариозного процесса. Проводили лечение временных зубов (моляров) в состоянии физиологического покоя и в начальном периоде физиологической резорбции корней. В зависимости от средства, применяемого в качестве лечебной прокладки, больных подразделяли на две группы: контрольную, где использовали лечебную прокладку на основе гидроокиси кальция «Дайкал» и основную, в которой применяли фитоэкдистероидную пасту (Патент № 2268063 от 20.01.2006 г. «Способ лечения пульпита временных зубов»). Срок наблюдения 12 месяцев, с контрольными осмотрами через 2-14 дней, 1, 6 и 12 месяцев.

Выявлено, что при консервативном методе лечения с использованием кальцийсодержащей пасты «Дайкал» положительный результат составил в ближайшие сроки $94,7 \pm 2,07\%$, а в группе, где применяли фитокомплекс – $97,8 \pm 2,92\%$. Во всех клинических группах показатели эффективности лечения статистически достоверны ($p < 0,05$). Причем, характер осложнений в обеих группах был идентичным, различия отмечены только в частоте проявлений. Осложнения наблюдали чаще в сроки от 2 дней до 1 месяца в

виде острого общего пульпита в $5,3 \pm 1,07\%$ в контрольной группе и $1,4 \pm 0,93\%$ в группе, где использовали фитокомплекс. Эти зубы перелечивались экстирпационным методом. В отдаленные сроки положительные клиничко-рентгенологические результаты лечения острого частичного и хронического фиброзного пульпита временных зубов консервативным методом составили в контрольной группе - $80,0 \pm 4,9\%$, а в группе, где применяли фитокомплекс – $88,8 \pm 4,1\%$. Проведенный анализ осложнений в отдаленные сроки показал, что они проявлялись в виде хронического периодонтита или его обострения ($12,47 \pm 2,31\%$ в контрольной группе и $4,26 \pm 1,97\%$ – в основной). При лечении пульпита временных зубов витально-ампутационным методом ближайшие положительные клиничко-рентгенологические результаты были прослежены в контрольной группе в $96,9 \pm 2,5\%$ случаев, в основной группе – в $98,6 \pm 2,1\%$. По нашему мнению, ближайшие осложнения связаны с несовпадением клинического и патоморфологического диагнозов и проявлялись в виде острого общего пульпита или обострения хронического фиброзного пульпита ($4,5 \pm 1,7\%$ при использовании пасты «Дайкал» и $1,2 \pm 0,8\%$ – в группе, где применялся фитокомплекс). В отдаленные сроки эффективность лечения витально-ампутационным методом составила в контрольной группе $93,3 \pm 3,9\%$, в основной группе – $95,6 \pm 2,04\%$. Осложнения в отдаленные сроки проявлялись в виде обострения хронического фиброзного пульпита, хронического гангренозного пульпита, хронического периодонтита или его обострения, и составили $14,10 \pm 3,22\%$ в контрольной группе и $7,8 \pm 2,12\%$ при использовании фитокомплекса. Различия были достоверны ($p < 0,05$). Рентгенологически, как при консервативном методе, так и витальной ампутации выявлено в различной степени репаративное действие фитоэкдистероидного комплекса и пасты «Дайкал», которое заключалось в образовании заместительного дентина в отдаленные сроки после лечения. Положительная динамика выражалась в отсутствии патологических изменений околоверхушечной и межкорневой области при соответствующей возрасту резорбции корней. Ускоренная резорбция корней через 6 и 12 месяцев после лечения в основной группе не наблюдалась, в контрольной группе составила $2,4 \pm 1,3\%$ случаев. В отдельных случаях ($3,4 \pm 1,9\%$) при лечении как острого частичного, так и хронического фиброзного пульпита витально-ампутационным методом в контрольной группе был отмечен процесс внутренней резорбции корней временных зубов. Проведенное клиничко-рентгенологическое исследование временных зубов, вылеченных с использованием фитоэкдистероидного комплекса выявило значительное снижение количества ближайших и отдаленных осложнений после лечения, в сравнении с таковыми показателями в зубах контрольной группы.

РАЗРАБОТКА ОПТИМАЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ,
ОБЕСПЕЧИВАЮЩИХ СОХРАНЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН,
ДЕТЕЙ, ПОДРОСТКОВ И СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

Н.В.Дмитриева, Р.А.Гудков

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ
РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Кафедра детских болезней с курсами детской хирургии и педиатрии ФПДО

Онкологические заболевания у детей (ОЗД) представляют собой особую медико-социальную проблему, что связано с серьёзным прогнозом, а также проблемностью и высокой стоимостью лечения. Перспективное значение имеют эпидемиологические исследования, которые с одной стороны могут помочь понять причины и факторы риска заболеваний, с другой определить долгосрочные тенденции. При этом оптимальным методом исследования является динамическое региональное наблюдение с учётом потенциальных факторов риска (мониторинг, канцер-регистр). К эпидемиологическим факторам новообразований относят генетические особенности популяции, загрязнение окружающей среды химическими экотоксикантами, влияние радиации. Генез опухолей у детей имеет отличия от взрослых, причины и факторы различных новообразований не однородны. В части случаев новообразования у детей обусловлены влиянием мутагенов на внутриутробном этапе развития, а также на генетический материал предыдущих поколений. Тем не менее, суммарная заболеваемость детей новообразованиями является общепризнанным маркёром экопатогенной нагрузки.

Полноценный учёт онкологических заболеваний у детей ведётся в Рязанской области с 1996 г. Мы проанализировали 342 случая ОЗД, зарегистрированных начиная с 1995 г.

На протяжении 1995-2005 гг. роста заболеваемости не выявлено, больше всего случаев отмечено в 1996 и 2003 году. Солидные опухоли и опухоли крови имеют параллельную динамику с тенденцией к росту, опухоли головного мозга имеют тенденцию к снижению. В структуре ОЗД преобладают опухоли крови 54% в том числе острый лимфобластный лейкоз 32%, лимфогранулематоз 10%, лимфомы 7% и острый миелобластный лейкоз 5%. На долю солидных опухолей приходится 30%, а опухолей головного мозга - 18%. В последние годы возросла доля лимфобластного и миелобластного лейкоза и солидных опухолей, а доля нейроновообразований снизилась.

Наибольшее число заболеваний у детей 1 года жизни, дальнейшие пики заболеваемости соответствуют началу 1 и 2 ростовых скачков. Солидные опухоли наиболее часты у детей первых 4 лет жизни (эмбриональные опухоли) и у подростков (саркомы, меланомы). Наибольшее число заболева-

ний зарегистрировано в областном центре, городах Рязск, Касимов и Сасово. По абсолютному числу случаев и по заболеваемости на 1000 детского населения лидируют районы центральной и юго-западной части области (Новодеревенский, Рязский, Милославский и Рыбновский, Рязанский, Спасский районы). Это районы, испытывающие техногенную нагрузку вследствие загрязнения территории предприятиями металлургии (Скопинский гидрометаллургический комбинат) и топливно-энергетического комплекса (Новомичуринская ГРЭС). Эта территория в наибольшей мере подверглась радиоактивному загрязнению вследствие аварии на ЧАЭС. Южнее расположены металлургические предприятия Липецкой области.

Исходя из характера перечисленных промышленных объектов и результатов геохимических исследований, проводившихся в данных районах ранее, основными экологическими агентами здесь являются соли тяжёлых металлов (ванадий, олово, медь, свинец, марганец и другие), а также продукты сгорания органического топлива (бензапирен, диоксины, окислы азота и серы). Перечисленные токсиканты обладают в своём большинстве известным мутагенным эффектом. Комбинированное действие нескольких экофакторов, например тяжёлых металлов и радионуклидов, способно потенцировать патогенные эффекты. Мутагенное действие может быть реализовано в следующем поколении опосредованно через генетический материал.

Дополнительным фактором онкогенеза могут являться пестициды, кумулирующиеся в почвах и продуктах земледелия. Наиболее широкое их использование приходится на 70-е годы прошлого столетия, однако, некоторые средства, например ДДТ, длительно и не адекватно использовались в частном секторе, имеются не оборудованные и не санкционированные захоронения. В настоящее время пестициды широко используются в частном секторе, спектр используемых препаратов широк.

В юго-западной части области в структуре ОЗД высока доля солидных опухолей и опухолей головного мозга. В северной и восточной части области заболеваемость в целом ниже, здесь преобладают опухоли крови. В целом для сельской местности более характерны опухоли кроветворной системы, в промышленных зонах и городах относительно выше доля опухолей нервной системы и солидных новообразований.

Северная часть области имеет существенное отличие от южной – она менее освоена в хозяйственном отношении, в целом менее населена. В отношении природных условий здесь велика площадь лесов, болот, большая пойменная территория, почвы представлены серыми лесными и дерново-подзолистыми, а также алювиальными (пойменными). Указанные почвы бедны микроэлементами и плохо фиксируют техногенные загрязнители. Имеются данные о связи гипоселеноза и повышенной онкологической заболеваемостью. Южная часть области – это степь или лесостепь, сильно изменённая земледелием, выстланная чернозёмами. Последние богаты микроэлементами и хорошо фиксируют тяжёлые металлы.

В северной и восточной части области относительно высокий уровень заболеваемости характеризует помимо областного центра Касимовский и Сасовский районы. Здесь расположены предприятия металлургической (приокский завод цветных металлов) и химической промышленности (Нижне-Мальцево). При этом в Касимовском районе заболевания регистрируются как в районном центре, так и в районе.

Выявлены особенности эпидемиологии онкологических заболеваний у детей в Рязанской области, в частности географические особенности распределения и предполагаемая связь с экологической ситуацией. Однако, для суждения о значении тех или иных региональных факторов, а также для определения долгосрочных тенденций заболеваемости необходимо проведение более длительного мониторинга с учётом потенциальных факторов риска.

Т.Г.Ткаченко

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В УСЛОВИЯХ
ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ г.РЯЗАНИ

Кафедра детских болезней с курсом детской хирургии и педиатрии ФЛДО

Социально-экономическое неблагополучие является одним из важнейших факторов, определяющих низкий уровень здоровья детей.

Цель исследования – получить информацию о проблемах социально-неблагополучных семей для организации эффективной работы с ними. Многолетний мониторинг «отказов» от детей в родильных домах Рязанской области регистрирует их тенденцию к росту с 0,8% до 1% от числа родившихся. Число отказов одинаково, как в городе, так и на селе. 10% из «отказных» детей усыновляются на первом месяце жизни, 30% – на первом году. Семьи, отказавшиеся от ребенка, в основном, социально-неблагополучные. 72% женщин в браке не состоят. Возраст женщин – активный детородный период 18-35 лет (70%). Самой молодой матери – 14 лет («юные» матери составляют 18%). 44% женщин – безработные, 8% - учащиеся, 75% во время беременности не наблюдаются, 47% злоупотребляют алкоголем. Сведений о состоянии здоровья отца, как правило, нет. Женщины отказываются от ребенка при 1-ой беременности в 23% случаев, чаще - при 3-ей и более (36%). Значительно выше (39%), чем в популяции (5%). процент преждевременных родов Среди детей. выявлен высокий уровень внутриутробной гипотрофии (54%). Симптомы внутриутробной инфекции регистрировались у 85% из них, анемия новорожденных в 31%, неонатальная желтуха - у 58%. У 15% новорожденных диагностировано глубокое поражение ЦНС. 38% детей родились с врожденными пороками и стигмами развития. Сразу после рождения все дети переводятся в областную клиническую детскую больницу, где им оказывается лечебно-диагностическая помощь.

Для выявления социально-неблагополучных семей на базе детских по-

ликлиник г.Рязани с 2004 г. созданы отделения медико-социальной помощи детям и подросткам, задачами которых является проведение активного медицинского наблюдения за детьми, реабилитация, оказание правовой помощи. В состав отделения входят: заведующий отделением - педиатр, медицинский психолог, подростковый психолог-нарколог, юрист и социальный работник. Специалисты центра собирают максимально полную информацию о семье, ее материальном состоянии, психологическом климате, наличии факторов риска. Для формирования банка данных разработан социальный паспорт семьи групп риска

Анализ двухлетней работы отделений медико-социальной помощи детям и подросткам выявил, что 1,1 % детей, из общего числа, проживают в социально-неблагополучных семьях. Социально-бытовые условия различаются в зависимости от района проживания. В «старом», центральном районе города неудовлетворительные жилищные условия имеют 71%, материальные проблемы 85,5% семей, неработающие родители составляют 30%, многодетные семьи - 19,6%. В «новых» промышленных районах плохие жилищные условия отмечены лишь в 6%, материальный недостаток испытывают 19% семей. В 9% детей воспитывают родители инвалиды, в 61% - родственники, из них в 35% случаев в связи с длительными отъездами родителей. 36% родителей страдают алкоголизмом 2% находятся под следствием, 1,5% не имеют постоянного места жительства. В некоторых случаях в этих семьях проживают такие же социально и морально неблагополучные бабушки и дедушки. В одной из семей в 19-летнем возрасте умерла мать годовалого ребенка от алкогольного поражения печени. Характерен низкий уровень здоровья и низкий образовательный уровень воспитателей. У родителей регистрировались заболевания дыхательной системы в 27,3% случаев; сердечно-сосудистой в 21,4%; желудочно-кишечного тракта в 36,4%; мочеполовой системы в 7,3%; эндокринной в 1,7%. Матери-одиночки составляют 33,3%.

Возраст детей в неблагополучных семьях: до 1 года—21,2%, 1-5 лет—9,1%, 6-12 лет—36,4%, 13-18 лет—33,3%. «Юные» родители в возрасте до 18 лет составляют 9,1%, матери-одиночки 35,3%. Заболевания передающиеся половым путем зарегистрированы в 12,3% у матерей. Дети из «неблагополучных» семей имеют патологию нервной системы в 36,4% случаев, ЛОР-органов и зрения в 15,2%, бронхо-легочной системы в 9,2%; педикулез в 6,1%, заболевания передающиеся половым путем, в том числе сифилис в 6,2%, врожденные пороки сердца в 3,1%. Инвалиды детства составляют 4%. Заболевшие дети обслуживаются в основном на дому, от посещений в поликлинику и проведения анализов, осмотра узких специалистов воспитатели отказываются. В 6,1% дети не имеют регистрации, а следовательно и страхового медицинского полиса. Известны случаи нанесения телесных повреждений детям, Выявлены случаи бродяжничества среди детей в 18,2%, не посещают школу—6,1 %, употребляют спиртные напитки—

12,4 %, наркотики–3,1 %, курят 18,1 %, занимаются проституцией–6,3%.

Специалисты отделения проводят коррекционную работу с каждым ребенком из неблагополучной семьи, при необходимости оформляют в Дома ребенка, интернаты, приюты. Участвуют в судебных процессах по лишению родительских прав. Материально-неблагополучные семьи направляют в Центр социальной защиты населения, который обеспечивает бесплатными обедами, путевками в санатории, оказывает материальную помощь на ремонт квартир, приобретение учебников и другое. В реабилитации этих детей участвуют «Детский Фонд», к медицинской помощи, кроме участковых врачей привлекаются психологи, наркологи, венерологи и другие специалисты.

Таким образом, социально-экономическое неблагополучие, низкий образовательный уровень родителей является ведущим фактором в нарушении психо-соматического здоровья детей. Наряду с педиатрами в решении проблемы медико-социальной помощи необходимо участие педагогов, волонтеров, спортивных работников, военной молодежи.

Е.Е.Шатская, Т.Г.Ткаченко, Н.В.Дмитриева, А.В.Дмитриев

**ЛЕЧЕБНОЕ ПИТАНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ
С ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

Кафедра детских болезней с курсом детской хирургии и педиатрии ФПДО

Адаптация желудочно-кишечного тракта ребенка первых месяцев жизни к новым условиям существования и питания – один из наиболее важных этапов развития. Лучшим видом вскармливания является грудное молоко матери. Однако, в силу различных причин, до 20% новорождённых и до 60% детей грудного возраста лишены материнского молока и находятся на искусственном вскармливании. В настоящее время имеется широкий арсенал искусственных адаптированных продуктов питания для детей первого года жизни. Наиболее перспективным направлением диететики раннего возраста можно считать развитие индустрии лечебного питания. Метод диетической коррекции особенно востребован при лечении гастроэнтерологических заболеваний. Для коррекции стойкой регургитации, в настоящее время предложен ряд специальных адаптированных смесей с антирефлюксным действием: “Нутрилон АР”, “Фрисовом”, “Энфамил АР”. В их состав в определенных соотношениях введены растительные полисахариды: галактоза, манноза, целлюлоза, клейковина рожкового дерева и др. Механизм влияния подобного углеводного комплекса состоит в том, что он, обладая осмотическим действием, снижает перистальтику кишечника, регулирует пассаж пищи.

Цель исследования: определить эффективность использования лечебной смеси Нутрилон-антирефлюкс в лечении детей с патологическими изменениями верхних отделов пищеварительного тракта (ВОПТ), выявленными на первом месяце жизни.

Группу исследования составили 132 новорождённых ребёнка, госпитализированных в неонатальном периоде, гестационного возраста 32-41 недели, с массой тела 1800-3800 г. Сопоставлялись данные акушерско-гинекологического анамнеза, клинические особенности течения неонатального периода, результаты клинико-лабораторных исследований, в том числе фиброэзофагогастродуоденоскопии (ФГДС) с браш-биопсией, цитологический анализ мазков-отпечатков с последующей морфометрической обработкой, определение контаминации верхних отделов пищеварительного тракта (ВОПТ).

У всех пациентов в качестве ведущего синдрома выступала рвота с патологическими примесями (кровь, слизь, желчь) и упорные срыгивания более 6 раз в сутки. При оценке анамнестических данных определено сочетание факторов риска интранатального инфицирования, хронической или острой гипоксии плода, функциональных нарушений системы пищеварения у беременных женщин. Эндоскопическое исследование проведённое в неонатальном периоде у новорождённых данной группы позволило диагностировать эрозивно-геморрагическое поражение слизистой желудка в сочетании с катаральным, фибринозным или фибринозно-эрозивным воспалением в пищеводе и желудке, в трети случаев сочетавшихся с катаральным дуоденитом. Дискинетические проявления присутствовали в виде гастроэзофагального (ГЭР) и/или дуоденогастрального рефлюксов (ДГР), а также пилороспазма. Цитологическое исследование мазков-отпечатков выявило картину острого воспаления, тканевой деструкции и гипоксического “страдания” клеток. При посеве биоптатов фиксировался высокий процент высева широкого спектра условно-патогенных микроорганизмов в титре 10^5 - 10^6 КОЕ.

Коррекция питания проводилась во всех группах. В зависимости от степени снижения толерантности к пище предложено введение различных по сроку разгрузочных пауз. Клиника пареза кишечника, рвота энтеральным содержимым, желудочное кровотечение определяли наибольшую длительность пищевого покоя – до 12 часов, после чего при отсутствии рвоты, вводили грудное молоко. Выраженность моторных нарушений у пациентов являлась показанием к применению смеси Нутрилон-антирефлюкс, в виде докорма вводимого в разовой дозе 3-5-10 мл/кг перед кормлением грудным молоком. При искусственном вскармливании смесь Нутрилон-антирефлюкс назначалась в полном объёме. Лечебные смеси использовались длительно при рецидивах рвоты. Сроки определялись выраженностью ГЭР. При ГЭР 1 ст. применение смесей с добавлением загустителей продолжалось 1-1,5 месяца. ГЭР 2-3 степени являлся показанием для постоянного докорма в течение полугодия, первого года жизни. При использовании лечебной смеси достоверно ($p < 0,05$) уменьшался период острых проявлений диспепсии. Побочных эффектов, требующих отмены лечебного питания, среди пациентов отмечено не было. Однако у 4 детей на фоне кормления

антирефлюксной смесью в полном объёме питания отмечались 1-2 дневные задержки стула, не отражающиеся на общем состоянии детей. Вскармливание смесью Нутрилон-Антирефлюкс не вызывало потенцирования болевого синдрома. После ликвидации диспепсических нарушений при достаточной лактации у матерей дети переводились на грудное вскармливание (34,6%). В случае гипогалактии у матерей осуществлялось смешанное (18,2%) или искусственное вскармливание (47,2 %) смесью Нутрилон-1 до 6 месяцев. Во втором полугодии жизни использовалась “формула” Нутрилон-2. К 1 году физическое и нервно-психическое развитие детей соответствовало норме в 92,6% наблюдений, у 2 пациентов регистрировалась гипотрофия 1 степени, у 4 темповая задержка моторного развития. Анемия легкой степени и атопический дерматит в 6,8% и 3,2% соответственно.

Использование антирефлюксных смесей в виде докорма в разовой дозе 10/мл/кг или в качестве основного продукта при искусственном вскармливании снижает длительность проявлений диспепсии у новорождённых с эзофагогастродуоденитами. Использование данного лечебного питания с последующим переводом на грудное вскармливание или кормление базовыми адаптированными смесями той же фирмы – производителя удовлетворяет физиологические потребности ребенка в основных питательных веществах и обеспечивает адекватный рост и развитие.

Л.П.Гребова, Н.А.Комарова, М.В.Фалетров, Н.И.Головачева
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ
С ИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Кафедра детских болезней с курсом детской хирургии и педиатрии ФПДО

В клинической практике трудности диагностики и лечения детей с инфекционной патологией связаны с отсутствием критериев, позволяющих с достаточной степенью достоверности определять тяжесть заболевания. Разработка способов объективной оценки тяжести состояния у детей с инфекционными заболеваниями является одной из актуальных задач в современной педиатрии.

Наибольшее распространение в педиатрической практике получила система неспецифической оценки тяжести состояния – шкала предсказания риска развития летального исхода у ребенка PRISM (M.Pollack, 1988). В ней выделяются 14 наиболее значимых клинико-биохимических показателей в т.ч. кардиореспираторные, неврологические, водно-электролитного баланса, кислотно-основного состояния и др. Каждому из показателей в зависимости от степени его изменения и возраста пациента присваивается определенное количество баллов. Учет результатов осуществляется подсчетом суммы баллов.

Другим информативным критерием тяжести состояния больного, по данным отечественных и зарубежных авторов, является синдром эндогенной интоксикации (СЭНИ), который оценивается по уровню накопления

продуктов нарушенного метаболизма в тканях и биологических жидкостях организма и сопровождается функциональными и морфологическими изменениями систем органов детоксикации. Основными маркерами СЭИ являются концентрация веществ низкой и средней молекулярной массы (ВНиСММ) в биологических субстратах и лейкоцитарные индексы.

Цель исследования: оценить тяжесть состояния детей с инфекционными заболеваниями по шкале PRISM и уровню СЭИ. Для подтверждения СЭИ нами определялся лейкоцитарный индекс интоксикации по Кальф-Калифу (ЛИИ). Для оценки фазы СЭИ мы использовали определение концентрации ВНиСММ в плазме и эритроцитах по методу М.Я.Малаховой (1995) в модификации О.Я.Гребневой (2005).

Нами было обследовано 84 ребенка, в возрасте от 1 мес. до 17 лет, проходивших лечение на базе детского отделения реанимации и интенсивной терапии (ДРИТ) 11 ГКБ в 2005-2006 гг. Пациенты были поделены на группы соответственно нозологиям: 1-ю группу составили 25 человек с вирусными и бактериальными инфекциями дыхательных путей, 2-ю – 23 человека с острыми кишечными инфекциями, 3-ю – 36 человек с нейроинфекциями, из них 17 – с серозными менингитами (3а подгруппа), 10 – с гнойными менингитами неуточненной этиологии (3б подгруппа) и 9 – с менингококковым менингитом на фоне генерализованной менингококковой инфекции (3в подгруппа). Оценка фаз СЭИ была произведена у 17 человек из числа обследованных (8 человек из 1-й группы и 9 – из 3-й).

Оценка тяжести состояния больного по шкале PRISM, расчет ЛИИ, забор крови из вены для определения концентрации ВНиСММ производились в первые сутки нахождения ребенка в отделении.

Анализ полученных данных выявил, что в 1-й группе больных бальная оценка по шкале PRISM составила 0 баллов (28,0%), от 1 до 5 (48,0%), от 5 до 10 (20,0%), более 10 баллов (4,0%). Средний балл – 3,8. ЛИИ в 36,0% соответствовал нормальным значениям (от 0,3 до 1,5), в 4,0% был ниже нормы, в 36,0% в диапазоне от 1,5 до 5, в 24,0% – выше 5. При оценке СЭИ у 5 человек была зарегистрирована II фаза (накопление продуктов из очага агрессии), у 2 – I (компенсаторная), у 1 – IV (необратимой декомпенсации органов детоксикации).

Во 2 группе клинико-биохимические показатели не изменялись до критических значений у большинства больных. Оценка по шкале PRISM составила 0 баллов (39,0%), от 1 до 5 (30,0%), от 6 до 10 баллов (21,0%). Средний балл в данной группе составил 3,1. ЛИИ в 56,5% соответствовал норме, в 39,1% находился в диапазоне от 1,5 до 5 и лишь в 4,4% – выше 5. Характер СЭИ в данной группе не оценивался.

Наиболее неблагоприятные тенденции отмечались в 3 группе больных. Так в 3а подгруппе оценка по шкале PRISM составила от 1 до 5 баллов (58,8%), от 6 до 10 баллов (29,4%), редко - 0 баллов (11,8%). Средний балл – 4,3. ЛИИ в 76,4% был выше нормы: от 1,5 до 5 (52,9%), больше 5

(23,5%) и лишь в 23,5% соответствовал нормальным значениям и ниже.

В 3б подгруппе – в 100% случаев количество баллов указывало на выраженную тяжесть процесса: от 1 до 5 баллов (30,0%), от 6 до 10 (50,0%), более 10 баллов (20,0%). Средний балл – 5,9. ЛИИ от 1,5 до 5 (20,0%), больше 5 (40,0%), норма и менее (40,0%).

В 3в подгруппе больных, на фоне генерализованной инфекции, получены показатели, подчеркивающие не только тяжесть процесса, но и высокий риск неблагоприятного исхода заболевания. В 100% случаев количество баллов по шкале PRISM значительно превышало норму: в 55,6% - более 10, в 11,0% - от 5 до 10, в 33,4% - от 1 до 5 баллов. Средний балл - 18,2, оказался в 3-4 раза выше, чем при локализованных нейроинфекциях и в 4-6 раз выше, чем у больных с инфекциями дыхательных путей и ЖКТ. ЛИИ также в 100% превышал допустимый уровень нормы: от 1,5 до 5 (44,4%) и более 5 (55,6%). СЭНИ характеризовался у 4 человек – III фазой (обратимой декомпенсации органов детоксикации), у 2 – IV фазой, у 3 – II фазой. Во всех случаях у больных с IV фазой СЭНИ отмечался неблагоприятный исход заболевания: биологическая смерть (2), глубокая инвалидизация (1).

Выводы: существующие объективные методы оценки тяжести состояния инфекционного больного информативны и доступны в практической педиатрии. Наибольшая степень тяжести отмечается у больных с нейроинфекциями, особенно при генерализации процесса. Проведенная оценка позволяет наметить пути более углубленного обследования детей и дифференцированного подхода к выбору тактических решений.

Л.П.Гребова, Т.Л.Прошлякова, С.В.Муратова, С.В.Стрижкова
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ДЕВОЧЕК-
ПОДРОСТКОВ

Кафедра детских болезней с курсом детской хирургии и педиатрии ФПДО

Последние годы во всем мире отмечается увеличение числа беременных девочек-подростков. Проблемы подростковой беременности широко дискутируются педагогами, медиками, социологами. Данные публикаций, посвященные течению беременностей и родов у девочек-подростков весьма противоречивы. Беременность у девочек-подростков была, есть и будет актуальной медико-социальной проблемой.

Проведен анализ особенностей течения беременностей и родов у 242 девочек-подростков (14-18 лет) и состояния здоровья их новорожденных детей по материалам родильного дома №1 г.Рязани. По возрастам юные матери распределились следующим образом: 14 лет – 1(0,4%); 15 лет – 6 (2,5%); 16 лет – 29 (12,0%); 17 лет – 66 (27,3%); 18 лет – 140 (57,8%) человек.

Регулярно в женских консультациях наблюдались 189 юных женщин (78,2%), нерегулярно – 36 (14,8%), не наблюдались вообще – 17 (7,0%).

Большинство юных женщин были первобеременные 201 (83,1%), повторнобеременные 41 (16,9%) женщин (из них у 38 – вторая беременность,

у 3 – третья беременность). В структуре экстрагенитальных заболеваний у девочек-подростков преобладали заболевания почек (в основном – хронический пиелонефрит) – 23 (10,0%) случаев, на втором месте заболевания ССС 11 (4,8%), на третьем – эндокринные заболевания – 7(2,9%).

В структуре осложнений беременностей чаще всего наблюдались такие осложнения, как анемия – в 75 (31,0%) случаях; ОРВИ – в 64 (26,4%) случаях, некоторые девушки переболели вирусными инфекциями 2-3 раза, а в трех случаях – 4 раза в течение беременности. На третьем месте – ранний токсикоз беременных у 60 (24,8%), угрозой прерывания беременность осложнилась у 58 (24,1%) девушек, токсикоз 2-ой половины беременности выявлен у 48 (19,8%), кольпит у 38 (15,7%) юных беременных. Средняя продолжительность родов у девушек-подростков составила 10,2 часа. В 20 (8,3%) случаях роды были стремительные. Несвоевременное отхождение вод отмечалось в 59 (24,4%) случаях. У 44 (18,2%) юных беременных наблюдалась слабость родовой деятельности, с последующей родостимуляцией. Роды закончились операцией кесарева сечения в 14 (5,8%) случаях.

Преждевременные роды были у 13 (5,4%) девушек. Запоздалые роды у 16 (6,6%). Анатомический и клинический узкий таз был выявлен у 29 (12,0%) юных матерей. Дефект последа с последующим РОПМ у 5 (2,1%). Выраженной зависимости течения родов от экстрагенитальных заболеваний и осложнений во время беременности у девочек-подростков наблюдения не выявили.

Всего родилось 242 ребенка (двоен не было). Все дети родились живыми, потерянных детей не было. Из 242 новорожденных 213 (88%) родились в срок. Недоношенных детей родилось 13 (5,4%), переношенных – 16 (6,6%). Соотношение полов составило: мальчиков – 132 (54,6%); девочек – 110 (45,4%). Вес 3000 г и выше имели 183 (75,6%) новорождённых детей (3 (1,2%) имели вес более 4500 г). Рост 50 см и более имели 211 (91,3%) детей. У 38 (15,7%) младенцев отмечалась внутриутробная гипотрофия (ВУГ 1-ой степени – 19 (7,9%), ВУГ 2-ой степени – 16 (6,6%), ВУГ 3-ей степени – 3 (1,2%)). Оценка по шкале Апгар ниже 7 баллов наблюдалась у 15 (6,2%) детей.

В структуре заболеваемости новорождённых детей от юных матерей на первом месте реализация внутриутробной инфекции – 22 (9%), далее следует асфиксия – 15 (6,2%), неонатальная желтуха – 8 (3,3%), родовая травма (кефалогематома) – 5 (2,1%), ГБН по АБ (О) – 4 (1,7%), ВПС – 1 (0,4%).

Средний срок послеродовой госпитализации юных матерей и их новорожденных детей составил 5,6 дней, что не превышает средних показателей по родильному дому. Анализируя вышеизложенное, можно сделать вывод, что в основном течение беременностей и родов у девочек-подростков проходит благоприятно, новорожденные дети от девочек-подростков имели средние весоростовые показатели, заболеваемость их

была ниже заболеваемости в целом по родильному дому. Но тем не менее, необходимо обратить внимание на своевременную санацию очагов инфекции, активизировать адаптационные механизмы беременных подростков.

Т.В.Ащеулова, Т.В.Крыгина

**ВОЗРАСТНАЯ ДИНАМИКА МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ СЕРДЦА
У ПОДРОСТКОВ РАЗНЫХ МОРФОТИПОВ С АРИТМИЯМИ**

Кафедра детских болезней с курсами детской хирургии и педиатрии ФПДО

У пациентов с различными видами аритмии в 60% случаев регистрируются малые аномалии развития сердца (МАРС), ведущими среди них являются дополнительные трабекулы левого желудочка (ДТЛЖ) и пролапс митрального клапана (ПМК) (Э.В.Земцовский, 1999). Однако, данных о возрастной динамике морфологических особенностей сердца у детей и подростков в доступной нам литературе не встретилось.

Цель работы: определить с позиции возрастной эволюции морфологические особенности сердца у подростков разных морфотипов с аритмиями.

Методы исследования: клинический, лабораторный и инструментальный (ЭКГ, ХМТ, ЭХО КГ) с учетом пола и физического развития, в динамике, в возрастные периоды 12, 15 и 18 лет.

Обследовано 60 подростков (30 мальчиков и 30 девочек) с различными видами аритмий в следующие возрастные периоды: 12, 15 и 18 лет. В возрасте 12 лет в 98,6% случаев у мальчиков регистрируется нормосомический (масса тела (МТ) и длина тела (ДТ) соответствовала 25-75), 1,4% гиперсомический (МТ и ДТ более 75) морфотипы. У девочек – в 84,8% нормосомический морфотип, в 15,2% – нормолептосомический (ДТ – 25-75, МТ менее 25).

На ЭХО КГ исследовании у подростков с гиперсомическим морфотипом выявлялись в 70,1% случаев ПМК I-II степени с регургитацией I-II степени, в 29,9% ПМК сочетался с ДТЛЖ или ДХЛЖ; у подростков с нормо- и нормолептосомическими морфотипами в 75,4% регистрировались ДТЛЖ и ДХЛЖ изолировано и в 24,5% случаев в сочетании с ПМК I степени. Выявленные на ЭХО КГ изменения отмечались у подростков обоих полов в одинаковой степени. При определении размеров миокарда левого желудочка (ЗСЛЖ и КДР) у подростков нормо- и нормолептосомического морфотипов они соответствовали уровню 25-75 центиля (ЗСЛЖ – 7-7,5 мм), у подростков с гиперсомическим морфотипом – также 25-75 центиля (ЗСЛЖ – 7,5-8,5 мм). При оценке размеров ЗСЛЖ на единицу ДТ оказалось, что размеры ЛЖ у подростков с гиперсомическим морфотипом меньше, чем у сверстников с нормо- и нормолептосомическим морфотипами, согласовываясь с наличием ПМК I-II степени и регургитацией I-II степени.

В 15 лет количество подростков с гиперсомическим морфотипом увеличилось и составило среди мальчиков 64,8%, девочек – 31,2%. Пубертатный спурт у них, характеризовался интенсивными прибавками ДТ и МТ. Проводимое в этом возрасте ЭХО КГ показало увеличение числа подростков с

ПМК I-II степени и регургитацией I-II степени (64,5%). На ЭХО КГ у подростков с нормо- и нормолептосомическим морфотипами динамики не выявлялось.

В возрасте 18 лет, в период завершения пубертата, у юношей в 98,2% и девушек в 96,4% случаев регистрировалась нормосомия, в 1,8% и 3,6% соответственно нормолептосомия. На ЭХО КГ в 70,2% случаев у молодых людей с гиперсомическим морфотипом в пубертатном периоде ранее выявляемые ПМК I-II степени с регургитацией I-II степени не регистрировались. У подростков с нормо- и нормолептосомическими морфотипами – на ЭХО КГ по прежнему динамики не отмечалось.

Выводы: У подростков, страдающих аритмиями, морфологические изменения сердца в виде ПМК I-II степени с регургитацией I-II степени регистрировались у лиц гиперсомического морфотипа. При динамическом наблюдении отмечалось исчезновение выявленных ранее изменений к 18-летнему возрасту (70,2%), что указывает на их транзиторный характер, обусловленный гетерохронным характером течения пубертатного периода. Формирование гиперсомического морфотипа в пубертате можно рассматривать в качестве скрининга риска развития морфологических изменений сердца.

И.В.Исайкина

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЯМИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ

Кафедра детских болезней с курсами детской хирургии и педиатрии ФПДО

Профилактика и лечение нарушений сердечного ритма (НСР) и проводимости у детей и подростков являются одной из актуальных проблем современной педиатрии. Это связано с высокой распространенностью аритмий среди других заболеваний сердечно-сосудистой системы у детей и подростков, многообразием вызывающих их причин, отсутствием единого понимания механизмов развития данной патологии. НСР обнаруживаются как при органических поражениях сердца, так и в отсутствии таковых.

Цель работы: определить клинико-морфологические особенности сердца у подростков с различными НСР и проводимости.

Проводилось клинико-инструментальное исследование у подростков с НСР: регистрация ЭКГ в 12 общепринятых отведениях, холтеровское (суточное) мониторирование ЭКГ, ультразвуковое исследование сердца (ЭхоКГ) по стандартной методике с использованием двухмерного режима и доплерографии с определением размеров полостей сердца (КДР, КСР левого желудочка, левого предсердия), толщина стенок предсердий, желудочков (ЗСЛЖ).

Обследовано 48 подростков (30 мальчиков и 18 девочек) в возрасте 10-14 лет с различными НСР и проводимости. При обращении в 83,4% случа-

ев подростки предъявляли жалобы на колющие боли в сердце в 60,0% случаев у девочек и 61,1% у мальчиков, головные боли – 56,6% и 55,5%, синкопальные состояния – 16,6% и 22,2%, лабильность АД – 23,3% и 16,6%, сердцебиения- 16,6% и 11,2% соответственно, утомляемость – 16,6%, головокружение – 33,3% у обоих полов. Жалоб не было в 16,6% случаев. Комплексное обследование подростков позволило выявить наличие внешних признаков соединительнотканной дисплазии в 38,8 % девочек и 23,3% мальчиков. Фенотип характеризовался наличием плоскостопия – 22,2% и 3,3% (у девочек и мальчиков соответственно), сколиозов – 16,6% и 6,6%, нарушения осанки – 22,2% и 16,6%, миопии – 11,1% и 3,3%, грыжи белой линии живота – 5,5% и 3,3%; другой патологии органа зрения (сложный астигматизм, косоглазие, амблиопия) – 5,5% и патологии костной системы (отсутствие 1-х пальцев на стопах, ногтевых фаланг 1-х пальцев кистей) – 5,5% девочек.

При оценке основных морфометрических характеристик сердца (КДР, КСР ЛЖ, ЛП, ЗСЛЖ), а так же показателей внутрисердечной гемодинамики выявлены определенные особенности. В 39,5% случаев НСР у подростков протекали на фоне малых аномалий развития сердца (МАРС): изолированный пролапс митрального клапана (ПМК) 1 степени встречался в 6,2%, сочетание ПМК с дополнительными хордами левого желудочка (ДХЛЖ) – в 14,5%, изолированные ДХЛЖ – в 14,5%, другие (повышенная трабекулярность, гиперплазия евстахиевой заслонки, избыточная длина хорд) – в 4,3%. По данным ЭхоКГ при наличии МАРС нормальные размеры сердца (КДР, КСР ЛЖ, ЛП, ЗСЛЖ) выявлялись в 62,5% случаев, увеличение изучаемых показателей в 37,5% случаев: ЗСЛЖ – 55,6%, КДР – 22,2%, КДР и ЗСЛЖ – 22,2%.

В 60,5% случаев у подростков с НСР МАРС не регистрировались. У 62,5% этих подростков выявлялись нормальные размеры сердца, в 37,5% выявлялось увеличение размеров сердца: ЗСЛЖ – в 20,8% случаев в сочетании с врожденной патологией (аномалией аортального клапана) только у мальчиков, КДР – в 4,2% случаев, КДР и ЗСЛЖ – у 8,3% подростков мужского пола, у которых регистрировалась частая политопная экстрасистолия, ставшая причиной аритмогенной кардиопатии.

Выводы: Подростки 10-14 лет с НСР характеризуются наличием неспецифических жалоб астено-невротического характера и внешних признаков соединительнотканной дисплазии у каждого второго ребенка. Не выявлено прямой корреляции между изменениями морфометрических показателей сердца и наличием МАРС. Из всех подростков мальчики требуют пристального внимания.

В.Г.Чикин, И.Б.Глуховец

ПРОСТЫЕ И СЛОЖНЫЕ ОРГАНОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ
МАКРОСКОПИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ ПУПОВИНЫ

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом акушерства и гинекологии ФПДО

Пуповина – это провизорный орган плода, являющаяся самым длинным сосудисто-мезенхимальным пучком системы мать – плацента – плод. Последние исследования доказали, что пупочный канатик не просто проводит кровь от плаценты к плоду и обратно, а что пуповина является как бы вторым сердцем, активно участвующим в фетоплацентарном кровотоке. Акушеры-гинекологи, неонатологи и патоморфологи, давно обращают внимание на изменение внешнего вида пуповины. Однако единого критерия оценки анатомо-функциональных изменений в пупочном канатике нет. Необходимо разработать объективные критерии оценки данных макроскопических показателей и выяснить их влияние на фетоплацентарный кровоток в целом.

Патологоанатом изучает только часть пупочного канатика, с послеродовыми его изменениями – неравномерно выраженным отеком, кровоизлияниями в зоне пересечения. Дать объективную оценку состоянию фетоплацентарного кровотока по остатку пуповины сложно и большинство патоморфологов ограничиваются измерением длины. Степень отека Вартонова студня оценивается крайне субъективно или не оценивается совсем. Учитывая выше сказанное, была разработана методика объективной макроскопической оценки пуповины.

Макроскопическая оценка ее функционального состояния была основана на простых (масса (г); длина (см)) и сложных органометрических показателях (средний диаметр пуповины (СДП d мм); объем ($V = \pi r^2 \times l$ мм³); единица объемной массы – вес одного кубического сантиметра пуповины (ЕОМ = $m:v$ г/мм³); единица линейной массы – вес одного линейного сантиметра пуповины (ЕЛМ = $m:l$ г/см); показатель стандартной массы – для дальнейшего сравнения с весом плаценты и плода (ПСМ = $EЛМ \times 50$ см г)).

В работе изучались 186 наблюдения доношенной беременности, завершившейся рождением живого младенца. На основании среднего диаметра пуповины (СДП) все случаи были разделены на 3 группы: тонкие пуповины (СДП меньше 0,9 см), средние пуповины (СДП от 0,9 до 1,2 см), отечные пуповины (СДП больше 1,2 см). Наиболее длинными и тяжелыми были отечные пуповины соответственно $37 \pm 4,71$ см и $35,88 \pm 6,1$ г. Тонкие пуповины были немного короче ($35,46 \pm 2,5$ см), но на 12,63 г. легче ($m = 23,25 \pm 2,6$ г). Самыми короткими доставлялись средние по диаметру пуповины – $l = 31,34 \pm 1,5$ см, $m = 25,87 \pm 1,6$ г. Сложные органометрические показатели различались более предсказуемо. ЕЛМ и ПСМ изменялись прямо пропорционально в зависимости от диаметра пуповины, постепенно возрастая от тонких к отечным пупочным канатикам.

ЕЛМ: тонкие пуповины – $0,65 \pm 0,02$ г/см; средние пуповины – $0,83 \pm 0,02$ г/см; отечные пуповины – $0,98 \pm 0,09$ г/см. ПСМ: тонкие пуповины – $32,44 \pm 1,45$ г; средние пуповины – $41,43 \pm 1,12$ г; отечные пуповины – $49 \pm 4,71$ г.

ЕОМ соответственно имела обратно пропорциональную зависимость и имела следующие значения. ЕОМ: тонкие пуповины – $1,5 \pm 0,07 \text{ г/см}^3$; средние пуповины – $1,08 \pm 0,03 \text{ г/см}^3$; отечные пуповины – $0,61 \pm 0,07 \text{ г/см}^3$.

На основании полученных данных заметны следующие закономерности, простые органомерметрические параметры (масса и длина) отличаются значительной вариабельностью значений (коэффициент вариации $C > 20\%$), а сложные, сформулированные коэффициенты (ЕЛМ и ЕОМ) более однородны ($C < 10\%$) и статистически достоверно различаются между собой ($p < 0,01$).

Выводы: Сложные органомерметрические показатели объективно и статистически достоверно позволяют разделять пупочные канатики на тонкие, средние и отечные пуповины, что имеет значение для опосредованной оценки состояния фето-плацентарного кровотока. При органомерметрическом исследовании плаценты целесообразно производить не только измерение длины пуповины, но и ее взвешивание, вычисление среднего диаметра пупочного канатика с дальнейшим определением единицы линейной массы и единицы объемной массы, данный комплекс органомерметрических показателей, позволяют более точно макроскопически оценивать состояние пуповины, в том числе и степень ее отека.

Л.М.Соломатина, Д.В.Анфалов, О.И.Денисова

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ИСХОДОВ ДЛЯ МАТЕРИ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ В
РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ ПО РОДИЛЬНОМУ ДОМУ №2

ЗА 1999 И 2005 ГГ.

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом акушерства и гинекологии ФПДО

Ежегодно 127000 (25% всей материнской смертности) женщин в мире умирает от кровотечений. В РФ кровотечения являются ведущими осложнениями, обусловившим летальный исход. Целью исследования явилось анализ ведущих причин кровотечений в родах и групп риска по развитию кровотечения в родах у женщин за период 1999 г. и 2005 г.

Было проанализировано 70 случаев кровотечений, что составило 2,3%. В каждом конкретном случае были выделены наиболее значимые факторы: анамнеза, количество беременностей, гинекологические заболевания, наличие осложнений при беременности, осложнения возникшие в родах, продолжительность родов, объём кровопотери, наличие геморрагического шока причины кровотечения, проводимые мероприятия, частота переливания препаратов крови. Анализируя данные, получили: первородящие и повторно родящие с воспалительными заболеваниями шейки матки, придатков + урогенитальная инфекция составили 75% в 1999 г. и 91% в 2005 г., медицинский аборт и самопроизвольный выкидыш – 44,4% в 1999 г. и 55% в 2005 г.

Из осложнений во время беременности: угрожающие прерывания соста-

вили 42% и 58% соответственно, гестоз II половины беременности – 39% и 67%, анемия беременных – 67% и 32%, экстрагенитальная патология – 33% и 23%. Беременность сопровождалась развитием хронической фетоплацентарной недостаточностью – 28% и 47%, урогенитальная патология (уреаплазмоз, хламидиоз, трихоманиоз, гарднерелез, кандиломатоз) – 25% в 1999 г. и 32% в 2005 г.

Из осложнений в родах: наблюдались маловодие и многоводие – 31% и 58%, аномалия родовой деятельности – 19,4% и 14%, (стимуляция родовой деятельности проводилась – 44,4% и 26%), крупный плод – 19,4% в 1999г. и 11%. в 2005г. По объёму кровопотери: 400 – 700 мл 80,5% и 70,5%; 700 – 1000 мл – 10% и 17,6%; больше 1000 мл – 3% и 11%. По причине кровотечения: гипотония матки – 61% и 53% в 2005г. Дефект последа – 19,4% и 11%, плотное прикрепление плаценты – 8,3% и 20%, кровотечения в раннем послеродовом родовом периоде – 8,3% и 9%.

Проводимые мероприятия: ручное обследование полости матки – 77,7% и 65%, ручное отделение и выделение последа – 83,3% и 20%, шов по Лосицкой – 14% и 12%. Частота переливания препаратов крови: эритроцитарной массы – 33,3% и 17,6%, свежезамороженной плазмы – 26% и 29,4%.

Анализируя всё вышеперечисленное, можно сделать следующие выводы: за сравниваемые годы количество умеренных кровотечений уменьшилось, в то же время процент патологической кровопотери свыше 700мл и особенно свыше 1000 мл увеличились (в 2 и 3 раза). Отмечено, что ведущей причиной кровотечений в родах является гипотония матки. Возрастающее количество патологических кровопотерь может связано с значительным увеличением воспалительных заболеваний как в анамнезе так и во время беременности, и возрастанием гестозов почти в 2 раза.

Литература:

1. Бакшеев К.С. Маточные кровотечения в акушерстве / К.С.Бакшеев. - Киев, 1980.
2. Астринский С.Д. Профилактика и терапия кровотечений в родах / С.Д. Астринский. - 1966.
3. Слепых А.С. Геморрагический шок в акушерстве / А.С.Слепых. - 1979.
4. Малиновский М.С. Оперативное акушерство / М.С.Малиновский. – М.: Медгиз, 1955.

А.В.Сидоров, В.В.Пчелинцев

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТЕЙ И ИСХОДЫ РОДОВ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ
ЖЕНЩИН РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом акушерства и гинекологии ФПДО

По данным Всемирной организации здравоохранения большинство инфицированных ВИЧ проживает в развивающихся странах Африки и Юго-Восточной Азии, причем в некоторых из них распространенность ВИЧ у беременных составляет более 30%. 90% случаев ВИЧ-инфицирования детей

– это следствие передачи вируса от матери ребенку, что может произойти внутриутробно (в конце беременности), во время родоразрешения и в послеродовом периоде через грудное молоко. Ежегодно в мире вертикальным путем инфицируется около 600 тыс. детей. В отсутствие антиретровирусной терапии зарегистрированные показатели частоты передачи ВИЧ от матери ребенку по разным странам составляет от 15 до 40% и более.

В развитых странах с внедрением в повседневную практику антиретровирусной химиопрофилактики и альтернативного грудному вскармливанию детей позволило добиться снижения перенатальной передачи ВИЧ до уровня ниже 2%. В России на апрель 2006 года зарегистрировано 350 тыс. ВИЧ инфицированных (но это – вершина айсберга!); у 1,5 тыс. людей констатирован СПИД (в том числе у 200 детей); 7,5 тыс. ВИЧ инфицированных умерло (по разным причинам). В Рязанской области зарегистрировано 1790 ВИЧ-инфицированных, из них 511 женщин. По данным центра СПИД за последние 2 года количество беременных с ВИЧ возросло в 1,5 раза. 67% инфицированных – женщины репродуктивного возраста. Преобладающий в настоящее время путь инфицирования (77%) – половой.

Нами проведен ретроспективный анализ течения беременностей и исходов родов у ВИЧ-инфицированных женщин по данным родильного дома городской больницы №10 за 2001-2005 годы.

Всего за эти годы у данного контингента женщин прошло 38 родов. Средний возраст рожениц 24,5 года (до 20 лет – 18%, 20-29 лет – 74%, 30 лет и старше – 8%). 87% женщин были первородящими, 62% – первобеременными.

При сравнении течения беременностей у ВИЧ-инфицированных и неинфицированных женщин аналогичных возрастных групп значимых отличий выявлено не было. Частота ряда осложнений и операций в родах наблюдались чаще, чем в среднем в популяции: аномалии родовой деятельности – у 19%, угрожающая асфиксия плода – у 8%, кровотечение в последовом и раннем послеродовом периоде – у 8%, ручное обследование полости матки – у 5%.

Таким образом, по полученным результатам в настоящее время ВИЧ-инфицирование не оказывает значительного влияния на течение беременности, а частота ряда осложнений в родах выше среднестатистических.

За период с 1999 года (когда были зарегистрированы первые роды у ВИЧ-инфицированной женщины) в Рязанской области прошло 132 родов, отягощенных этой патологией. 96% женщин получали химиопрофилактику. 68 родившихся детей уже сняты с учета (через 18 месяцев, если анализы на АТ к ВИЧ – отрицательны), у 4 новорожденных поставлен диагноз ВИЧ-инфекции. То есть на данный момент частота вертикальной передачи ВИЧ по нашему региону составляет 5,8%, что в 2-3 раза выше средневропейского.

Нужно принять во внимание, что ряд ВИЧ-инфицированных родильниц

не получали химиопрофилактику в полном объеме, и очень важным остается вопрос комплаентности, то есть приверженности пациентов к проводимой терапии.

А.В.Сидоров, В.В.Пчелинцев

**ПЕРИНАТАЛЬНАЯ СМЕРТНОСТЬ: ЕЕ АНТЕНАТАЛЬНАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ
НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ**

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом акушерства и гинекологии ФПДО

Перинатальная смертность – показатель потери жизнеспособных плодов начиная с 28 недель беременности и до родов (антенатально), в родах (интранатально) и в течение первых 7 суток после рождения (ранний неонатальный период) на тысячу родившихся. Погибшие анте- и интранатально отражают показатель мертворождаемости, а умершие в первые 7 дней после родов – ранней неонатальной смертности. Перинатальная смертность является отражением социального положения населения, здоровья нации, уровня медицинской помощи вообще и акушерской в частности и учитывается во всех странах. В России за последние годы по данным литературы перинатальная смертность по разным регионам составляет в среднем 12-15%, и в ее структуре преобладает мертворождаемость, особенно ее антенатальная составляющая. С целью изучения ситуации в Рязанской области проведен ретроспективный анализ 92 историй родов, в которых произошла потеря детей в перинатальном периоде по родильному дому городской больницы №10 г. Рязани за 2003-2005 г.

Общая перинатальная смертность составила в 2003 г. – 12‰ (29 детей), в 2004 г. – 12,2‰ (34 ребенка), в 2005 г. – 12,2‰ (29 детей). Из них мертворожденных в 2003 г. – 16 детей (55% от общей перинатальной смертности), в 2004 г. – 21 ребенок (62%), в 2005 г. – 19 детей (66% от перинатальной смертности). Из них антенатально потерянных детей в 2003 г. было 12, что составило 75% всех мертворожденных, в 2004 г. – 15, то есть 72% мертворожденных и в 2005 г. – 16 детей (84% от всех мертворожденных). При анализе историй родов причинами перинатальной смертности чаще являлись: антенатальная асфиксия, внутриутробная инфекция, ВПР плода, нефропатическая фетопатия. Основной причиной антенатальной асфиксии в большинстве случаев была хроническая фетоплацентарная недостаточность.

Наибольшее количество потерянных детей выпало на возрастную группу женщин 20-29 лет, что вероятно связано с максимальной частотой беременностей в этом возрасте. Отягощенный акушерский анамнез выявлен у 55% женщин. Исходные и сопутствующие экстрагенитальные заболевания, осложнявшие течение беременности, обнаружены у 78% женщин.

При анализе места проживания было выявлено, что городские жительницы (60%) преобладали над сельскими (40%). Работающие и неработающие распределились поровну, причем явных профессиональных вредно-

стей выявлено ни у кого не было. На диспансерном учете по беременности в женской консультации состояли 96% женщин.

Таким образом, можно сделать следующие выводы:

- в структуре перинатальной смертности в настоящее время преобладает мертворождаемость и прежде всего ее антенатальная составляющая;
- ведущими причинами гибели плодов в антенатальном периоде явились антенатальная асфиксия вследствие хронической фетоплацентарной недостаточности, внутриутробная инфекция, врожденные пороки развития плода и нефропатическая фетопатия;
- все это, на наш взгляд, является отражением низкого уровня социально-экономического положения населения (несбалансированное, низковитаминизированное питание беременных женщин), высокого процента инфицирования и экстрагенитальной патологии у женщин репродуктивного возраста.

Л.А.Дейнека, И.Б.Глуховец

ЧАСТОТА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН РАЗНОГО ВОЗРАСТА

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом акушерства и гинекологии ФПДО

Проблема гиперпластических процессов эндометрия находится в центре внимания многочисленных исследователей и является актуальной в современной медицине, поскольку наблюдается неуклонный рост частоты этой патологии у женщин всех возрастных групп. По различным литературным источникам гиперплазией эндометрия страдает до 50% женщин и в 25%-50% случаев малигнизация. (В.И.Бодяжина, 1990; Я.В.Бохман, 1992; Н.Фох, 1995; В.Геидане, 2000; Е.Н.Андреева, 2001).

По данным №8 горбольницы за последние 5 лет (с 2001-2005 гг.) идёт неуклонный рост данной патологии (табл. 1):

Таблица 1

Увеличение числа больных с гиперплазией эндометрия

год	Всего больных	Количество больных с гиперплазией эндометрия	%
2001	9474	403	4
2002	9594	595	6
2003	8874	595	7
2004	8677	640	7,3
2005	9086	723	8

Частота гиперпластического процесса в структуре гинекологической патологии зависит от климатических условий региона, наличия сопутствующей нейрообменно-эндокринной патологии (ожирение, сахарный диабет, гипер-

тоническая болезнь). Изучены истории болезни за последние 6 месяцев 2005-2006 г., выделены следующие клинические группы: диффузная железистая, железисто-кистозная гиперплазия эндометрия покоящегося типа; диффузная железистая, железисто-кистозная гиперплазия активного типа; очаговая железистая гиперплазия; железисто-фиброзный полип; сочетанная патология (железисто-фиброзный полип и железисто-кистозная гиперплазия).

Данная патология прослежена в различных возрастных группах: от 18 до 27 лет; 28-37 лет; 38-47 лет; старше 48 лет. За последние 6 месяцев (с декабря 2005 г) в горбольнице №8 пролечено 1230 женщин. Из них 429 по поводу гиперпластического процесса эндометрия. В структуре данной патологии чаще всего встречаются железистофиброзные полипы, на их долю пришлось 165 случаев, что составило 39%. Наблюдается неуклонный рост данной патологии по мере увеличения возраста больных: от 18 до 37 лет – 38 (9%); от 38 до 47 лет – 67 (16%); после 48 лет – 60 случаев (14%).

Железистокистозная гиперплазия активного типа встречается во всех возрастных группах: 18-27 лет – 13 (3%); 28-37 лет – 17 (4%); 38-47 лет – 13 (3%); более 48 лет – 11 случаев (2%). Железисто-кистозная гиперплазия покоящегося типа увеличивается по мере увеличения возраста женщин: 18-27 лет – 15 (3%); 28-37 лет – 16 (4%); 38-47 лет – 36 (8%); старше 48 – 34 случая (8%). Очаговая железистая гиперплазия почти с равной частотой встречается во всех возрастных группах: 18-27 лет – 16 (4%); 28-37 лет – 15 (3%); 38-47 лет – 12 (3%); 48 и более – 10 случаев (2%). Отмечается рост сочетанных форм гиперпластического процесса по мере увеличения возраста женщин: 18-27 лет – 1 (0,2%); 28-37 лет – 9 (2%); 38-47 лет – 15 (3%); 48 лет – 30 (7%).

Сопоставляя полученные данные по заболеваемости гиперпластическим процессом, следует отметить, что железисто-кистозная гиперплазия активного типа почти с равной частотой встречается во всех возрастных группах. Поскольку данная форма отражает состояние острой эстрогении и поражает женщин чадородного возраста, то изучение её причин и патогенеза представляет научный интерес.

И.М.Миров

БЕРЕМЕННОСТЬ ПОСЛЕ ТРУБНОЙ СТЕРИЛИЗАЦИИ И НАДЕЖНАЯ ВОЗМОЖНОСТЬ ИСКЛЮЧИТЬ ТАКУЮ СИТУАЦИЮ

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом акушерства и гинекологии ФПДО

Возникновение беременности после тубарной стерилизации, произведенной при повторном (или третьем) кесаревом сечении (КС) является редким осложнением такого вмешательства. По мнению большинства исследователей трубная стерилизация является наиболее надежным и экономичным методом предупреждения нежелательной беременности, контрацептивный эффект ее очень высок и составляет 0,05-0,4 беременностей на 100 женщин/лет (А.Н.Стрижаков и соавт., 1997), хотя и не является абсо-

лутным. В настоящее время считается целесообразным проведение стерилизации при повторном КС у женщин в возрасте 30-35 лет и более, имеющих не менее одного-двух здоровых детей и не планирующих дальнейшего деторождения. Возможно выполнение стерилизации и при первом кесаревом сечении при наличии противопоказаний для вынашивания беременности в связи с тяжелой экстрагенитальной патологией. При этом обязательным является письменное заявление женщины с просьбой о проведении такого вмешательства.

В клинической практике редко, но все же встречаются ситуации возникновения беременности после выполнения трубной стерилизации, что чаще всего связано с недостаточно надежной методикой ее производства. В определенной мере несовершенен в этом плане метод Мадленера, при котором средняя часть трубы захватывается зажимом и поднимается кверху в виде петли, ниже вершины которой оба участка трубы пережимаются зажимом, а затем перевязываются одной нитью, без их разъединения (Л.С.Персианинов, 1971). Еще более ненадежна перевязка истмического отдела трубы одной лигатурой, поскольку проходимость трубы может восстановиться из-за ослабления лигатуры или недостаточно прочной окклюзии трубы (Н.Д.Селезнева, 1997).

Представляется анализ 6 наблюдений повторной трубной стерилизации, проведенной в родильных домах г. Рязани в 1995-2005 гг. у 6 женщин – в возрасте от 24 до 30 лет; у 5 родоразрешенных третьим и у одной – четвертым КС. Данной беременности предшествовала стерилизация при предыдущем абдоминальном родоразрешении. Следует указать, что у 5 женщин первая стерилизация выполнялась высококвалифицированными врачами (первой и высшей квалификационной категории, в роддомах г. Рязани и области или в клинике ближнего зарубежья). Еще у одной женщины было проведено 2 корпоральных КС в Средней Азии (квалификация врача неизвестна) с проведением стерилизации при втором из них. Беременность у всех пациенток наступила в сроки от 3-4 до 12 месяцев после неудачной стерилизации.

При ревизии состояния труб, при проведении повторной стерилизации, визуально изменений труб или не отмечалось (по-видимому, действительно была произведена «перевязка» труб, кетгутом или другой саморассасывающейся лигатурой, без их пересечения), или находили уплотнение в месте вмешательства на трубе (склерозированная и осумкованная лигатура), или лигатура располагалась над стенкой трубы в серозном ее покрове. Возможно, причиной реканализации трубы явилось соединение медиального и латерального участков трубы лигатурами при остановке кровотечения или при перитонизации их культей. При выгнаивании нерассасывающихся лигатур (шелк, капрон, лавсан) и могла восстановиться проходимость пересеченного яйцевода.

Для обеспечения надежной тубарной стерилизации при повторных КС нами более 15 лет применяется оригинальная модификация метода Г.Г.

Гентера и Дюцмана. Захватывают серозный покров трубы в средней ее трети двумя зажимами на расстоянии 2-3 см, вскрывают его продольно сверху (лучше после предварительного введения 5-7 мл 0,25% раствора новокаина перитубарно и между листками мезосальпинкса – для гидравлического разъединения тканей и создания оптимальных условий для перитонизации культей трубы). На освобожденную от брюшины трубу накладывают 2 лигатуры на расстоянии 2 см и после иссечения и удаления ее участка между лигатурами, обе культы яйцевода погружают раздельно между листками мезосальпинкса и перитонизируют кисетным швом. В результате перевязанные отрезки труб с каждой стороны от матки находятся на расстоянии не менее 2-3 см друг от друга, что полностью исключает их реканализацию. Такого типа повторная стерилизация выполнена и у данных пациенток (в т.ч. и в авторском исполнении).

Всего данная методика тубарной стерилизации произведена более чем у 30 пациенток (продолжающих половую жизнь) с длительностью последующего наблюдения от 6 месяцев до 12 лет, ни у одной из них беременность не возникла.

**М.Ф.Сауткин, А.А.Белов, Ю.А.Сидорова,
Г.В.Суслова, Н.И.Трушина**

ДИНАМИКА ФИЗИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВЛЕННОСТИ И СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ
СТУДЕНТОВ В ПЕРВЫЙ ГОД ОБУЧЕНИЯ В МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ

Кафедра физического воспитания и здоровья

У 287 студентов 17-18 лет мы изучили динамику физического развития, физической подготовленности и состояния здоровья за первый год обучения в медицинском вузе и физическом воспитании в основном учебном отделении. 60 человек из них (19 мужчин и 41 девушка) за 2 месяца до окончания занятий на каждом занятии тренировались в произвольной задержке дыхания на вдохе (5-6 попыток на каждом занятии) и 2 недели помимо указанного – 3 раза в день, за 20-30 минут до еды принимали под язык на кончике чайной ложки адсорбированное маточное молочко. Другая группа (28 мужчин и 68 девушек) тренировались только в произвольной задержке дыхания. Остальные студенты (32 мужчин и 99 девушки) составили контрольную группу.

Через 6 месяцев наблюдений выяснилось, что в 1-ой группе в 7 показателях: относительной силе, пробе Штанге, висе на перекладине (в секундах), наклонах туловища, беге на 100 м, беге на 2000 м и частоте пульса за 1 минуту через 5 мин отдыха после одно-нагрузочного 5-минутного степ-теста (30 подъемов в мин) у девушек произошли статистически достоверные положительные изменения. У мужчин в этой группе положительные сдвиги произошли в величине ЖЕЛ, пробе Штанге, висе на перекладине (в сек), подтягивании, беге на 3000 м и ЧСС в минуту через 5 мин отдыха после одно-нагрузочного 5-минутного степ-теста (30 подъемов в мин).

Во 2-ой группе у девушек в пробе Штанге, висе на перекладине (в сек), наклонах, беге на 30 м показатели оказались достоверно лучше, чем исходные. У мужчин данной группы стали в среднем выше ЖЕЛ, время простой зрительно-моторной реакции и подтягивания.

В 3-й группе у девушек показатели стали лучше только в висе на перекладине и наклонах туловища. У мужчин - только в подтягивании результаты стали в среднем выше, чем исходные, однако результаты в беге на 3000м оказались хуже, чем исходные.

Следовательно, маточное молочко в сочетании с тренировкой в произвольной задержке дыхания как у лиц женского пола, так особенно и у мужчин резко увеличивают способности организма к гипоксии и гиперкапнии, а также увеличивают выносливость в беге. И хотя продолжительность одного случая заболевания ОРВИ на 100 человек обследованных в среднем составила 15,06 дней у студентов обоего пола, её продолжительность наименьшая у студентов, принимавших маточное молочко в сочетании с произвольной задержкой дыхания (13,85 дней). У женского пола самое низкое среднее число больничных дней у студенток, принимавших маточное молочко с одновременной задержкой дыхания на глубоком вдохе (11,11 дней), а на 2-ом месте – только у лиц, выполнявших произвольную задержку дыхания (16,13 дней). На 3-м месте – контрольная группа (17,94 дней).

Следовательно, одновременный прием маточного молочка и произвольная задержка дыхания на вдохе является одним из эффективных средств улучшения физического состояния студентов на первом году обучения в медицинском вузе (табл. 1).

Таблица 1

Данные обследования заболеваний ОРВИ в зависимости от пола студентов

Женщины

Обследуемые группы	Всего в группе (чел.)	Количество болевших человек	%	Больничных дней
Прием маточного молочка+задержка дыхания	41	1	2,4	9
Задержка дыхания	68	10	14,7	62
Контрольная группа	99	47	47,5	262

Мужчины

Обследуемые группы	Всего в группе (чел.)	Количество болевших человек	%	Больничных дней
--------------------	-----------------------	-----------------------------	---	-----------------

Прием маточного молочка+задержка дыхания	19	4	21	24
Задержка дыхания	28	6	21,4	49
Контрольная группа	32	16	50	98

**М.Ф.Сауткин, А.А.Белов, Г.В.Котова,
Ю.А.Сидорова, Е.И.Фалеева**
ФИЗИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ СТУДЕНТОВ 1-ГО КУРСА
Кафедра физического воспитания и здоровья

В октябре 2005 г. на кафедре физвоспитания и здоровья РязГМУ было проведено комплексное изучение физического состояния 75 юношей и 205 девушек 17-18 лет с целью исследования его динамики на первом году адаптации к условиям медицинского вуза, при различных методах коррекции и без таковых. Изучаемыми показателями были: длина тела; масса тела; весо-ростовой показатель (индекс Кетле); обхват грудной клетки в паузе; жизненная емкость легких (ЖЕЛ); жизненный индекс (ЖЕЛ, см³ : масса тела, кг); сила кисти; относительная сила (сила кисти : масса тела); вис на перекладине; подтягивание (мужчины), наклоны туловища (женщины); прыжок с места в длину; бег 30 м; бег 100 м; бег 3000 м (муж.), 2000 м (жен.); время простой зрительно-моторной реакции (ВПЗМР, мс); проба с произвольной максимальной задержкой дыхания на глубоком вдохе (проба Штанге); частота сердечных сокращений (ЧСС) в покое; ЧСС после 5-мин. степ-теста; ЧСС после 5-мин. отдыха; абсолютная величина максимального поглощения организмом кислорода (МПК); относительная величина МПК (на кг массы тела).

Как известно, первые 8 показателей характеризуют физическое развитие человека, 9-14 – физическую подготовленность, физические качества, 15-21 - функциональное состояние, физическую работоспособность индивида.

При анализе полученных результатов можно отметить, что весо-ростовой показатель у юношей в среднем составляет $381,9 \pm 4,76$ г/см, т.е. в целом соответствует норме (350-410 г/см). Однако у 20 (25 %) из них это показатель меньше нижней границы нормы, что свидетельствует о дефиците массы тела. Жизненный индекс (отношение ЖЕЛ в см³ к массе тела в кг) в среднем также соответствует норме (65-70 см³/кг), но у 23 студентов (30,2 %) этот важный показатель физического состояния не достигает нижней границы нормы, что указывает или на недостаточную ЖЕЛ, или на избыток массы тела, или на сочетание обоих факторов.

Очень важным функциональным показателем является проба Штанге, характеризующаяся продолжительностью произвольной задержки дыхания после предварительного глубокого вдоха (80-90 % от максимального вдоха).

По данным литературы, время задержки дыхания составляет в среднем у здоровых мужчин 45-60 с, у женщин – 30-50 с. У обследованных нами

юношей продолжительность задержки дыхания на вдохе в среднем равнялась $100,36 \pm 3,69$ с с колебаниями от 45 до 190 с. На наш взгляд, результаты проведения пробы Штанге во многом определяются мотивацией и методикой ее проведения.

Весо-ростовой показатель у девушек, как и у юношей, в среднем соответствует норме (325-375 г/см). Однако у 82 студенток (39,6%) он ниже нормы, т.е. имеется дефицит массы тела относительно длины тела. Жизненный индекс (ЖИ) у женщин в среднем должен быть равен 55-60 см³/кг. У обследованных нами студенток он в среднем составил $60,07 \pm 0,62$ см³/кг. И вместе с тем, у 63 девушек (30,88%) этот показатель оказался ниже нормы.

Также установлено, что время простой зрительно-моторной реакции (ВПЗМР, мс) у юношей по сравнению с девушками в среднем на 13,28 мс меньше ($t=4,21$; $P<0,001$), т.е. у первых реакция на световой раздражитель происходит быстрее.

Данные обследования студентов РязГМУ 2005 года сравнили с некоторыми показателями физического состояния студентов, обследованных в 1997-1998 гг. Оказалось, что за последние 7-8 лет длина тела у 17-летних юношей с $177,55 \pm 0,7$ см увеличилась в среднем до $179,64 \pm 0,75$ см, т.е. на 2,09 см ($t=2,26$; $P<0,05$). У девушек такого же возраста увеличение длины тела на 0,63 см не является статистически достоверным. И вместе с тем, увеличение ЖЕЛ на 129 см³ и относительной величины МПК на 1,29 мл/мин·кг оказалась достоверным (соответственно: $t=3,4$; $P<0,001$ и $t=2,86$; $P<0,01$). Несомненно, такие сдвиги в физическом состоянии девушек являются положительными.

Достоверное повышение относительной величины МПК у девушек 2005 г. обследования, на наш взгляд, обусловлено увеличением ЖЕЛ, жизненного индекса – с одной стороны и некоторым уменьшением весо-ростового показателя (с 347 до 340 г/см), – с другой.

Таким образом, на основании вышеприведенных данных можно сделать вывод о том, что у юношей 17 лет до настоящего времени продолжается процесс увеличения длины тела на фоне стабилизации массы тела и обхвата грудной клетки на уровне 1997-1998 гг. обследования, причем у 25% студентов имеет место дефицит массы тела.

У студенток такого же возраста, обследованных в 2005 году, отмечается стабилизация основных морфологических признаков физического развития на фоне достоверного повышения ЖЕЛ и максимального поглощения организмом кислорода в расчете на кг массы тела.

Исследования, которые будут продолжены, должны показать степень эффективности некоторых методов коррекции физического состояния студентов обоего пола на 1-м году их адаптации к условиям медицинского вуза. На основании полученных результатов будут разработаны методические рекомендации для студентов и преподавателей кафедры физвоспита-

ния и здоровья.

ИЗУЧЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ЗАКОНОМЕРНОСТЕЙ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ И ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ОТДЕЛЬНЫМ ГРУППАМ НАСЕЛЕНИЯ В УСЛОВИЯХ БЮДЖЕТНО-СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНЫ

О.В.Нариманова

КОМПЕТЕНЦИИ И ИХ РОЛЬ В УПРАВЛЕНИИ ОРГАНИЗАЦИЕЙ
Кафедра менеджмента

Одним из перспективных направлений исследований в области менеджмента организации является концепция компетенций. Под компетенциями понимаются специальные процессы управления внутри организации, направленные на координацию и интегрирование ее деятельности с целью обеспечения потенциально значимого и устойчивого конкурентного преимущества.

Важный вклад в разработку концепции компетенций внесли американские ученые К.Прахалад, Г.Хэмил, А.Хин, Р.Санчез. По мнению исследователей, основные компетенции организации должны удовлетворять трем критериям: предлагать покупателям реальные выгоды; быть сложно имитируемыми; обеспечивать доступ к множеству рынков. Важнейшим условием эффективного использования всех видов ресурсов в организации становится их высокоуровневая координация с помощью основных компетенций.

В литературе существует множество разных позиций по поводу понятия «компетенций». В одних случаях компетенции трактуются в большей степени как особые знания, в других – как специфические ресурсы и активы. Согласно точке зрения Г. фон Грога и Дж. Руса, знания (и в широком смысле - компетенции) могут быть переданы, осознаны и оценены только через взаимодействие, через активную практику. Иными словами, для приобретения и распространения компетенций далеко не достаточно одних лишь вербальных, языковых средств их передачи. Многие японские компании в качестве хорошего способа защиты своих компетенций практикуют их хранение в невербальной форме, в виде своего рода ноу-хау, которыми владеет лишь особая категория их сотрудников.

Ряд ученых считают, что компетенции могут быть не только позитивными, выступающими в этом смысле активами организаций, но и негативными, т.е. становящимися расходами. Если фирма не использует своих потенциальных возможностей, это следует рассматривать как некомпетентность.

Важной характеристикой компетенций, с учетом критерия их сложной имитируемости, является их нематериальность. Согласно утверждению М. Портера, любой материальный ресурс может быть определен, описан и поэтому имитирован конкурентами. Нематериальные же преимущества или компетенции, относящиеся к элементам организационной культуры, структуры или ноу-хау, защищены от такой угрозы. Их практически невозможно купить или скопировать.

В соответствии с подходом Р. Санчеза, А. Хина и Х. Томаса, компетенции рассматриваются как процессы менеджмента в целом, поскольку они вносят основной вклад в координированное размещение активов и ресурсов. Отметим, что такой подход соответствует требованиям, выдвигаемым концепцией всеобщего менеджмента качества (Total Quality Management - TQM), широко распространенной в настоящее время. Следует подчеркнуть, что функция координированного размещения распространяется также на стратегию и организационную культуру. Так, стратегическое видение, общее для всех уровней фирмы, способствует координированному размещению активов и ресурсов, включая и персонал. В этом смысле мотивированность персонала является важным элементом компетенции. Сильная корпоративная культура служит своеобразным «клеем» или «цементом», интегрирующим организацию и поэтому становится «организационной алхимией» компетенции.

Существуют различные уровни компетенции, отражающие последовательные стадии ее роста и углубления. Их можно обозначить так: данные → информация → знания → опыт.

Например, информация – это не просто существующие во внешней и внутренней среде организации данные, а данные, которые были опознаны, отобраны, переработаны и применены в целях соответствия уже существующей структуре знаний. Психологи утверждают, что люди склонны отвергать данные, которые не соответствуют их предыдущим знаниям, и в то же время придавать чрезмерно большое значение данным, подкрепляющим их понимание и убеждения. Следовательно, данные должны получить «законную силу» перед тем, как они получают статус информации, которая может быть затем интегрирована как элемент в базу знаний. Что касается опыта, то это намного более высокая ступень компетенций, чем знания. Опыт не только относится к существенно более продвинутому уровню компетенции, но также требует сочетания знаний и ноу-хау, предполагает наличие способности понимать, объяснять и действовать в сфере компетенции.

По мнению Т. Дюрана, компетенции в широком смысле включают четыре основных элемента: процессы менеджмента, тождественность (общие ценности, нормы поведения, традиции, церемонии, табу и убеждения сотрудников фирмы, т.е. все то, что охватывается понятием организационная культура), совместное (стратегическое) видение и организационную структуру. При этом можно выделить три измерения, или три формы проявле-

ния этих компетенций: знание, ноу-хау и отношения. Их можно соотнести с основными управленческими рычагами или ключевыми элементами компетенции. Например, стратегические рычаги управления (стратегическое мышление, приводящее к стратегическому видению, стратегической логике, принятию решений) имеет прямое отношение к измерению «знание». Организационные рычаги (организационная структура, а также процессы менеджмента) в большей степени относятся к измерению «ноу-хау». Наконец, мотивационные рычаги управления (стимулирование, а также воспитание и поощрение позитивного мышления и поведения, стимулирование преданности) относятся к аспекту «отношений».

Н.А.Коннычева

ЦЕЛИ УЧАСТНИКОВ РЫНКА ГОРОДСКИХ ПАССАЖИРСКИХ АВТОПЕРЕВОЗОК И СПОСОБЫ НАХОЖДЕНИЯ КОМПРОМИССА МЕЖДУ НИМИ

Кафедра менеджмента

Основные социальные и экономические цели всех участников рынка пассажирских перевозок представлены в таблице 1.

Таблица 1

Цели основных участников рынка городских пассажирских перевозок

Субъект рынка пассажирских перевозок	Цели	
	Экономические	Социальные
Местные органы управления	Минимальное финансирование городского общественного транспорта, в условиях дефицита бюджетных средств	Обеспечение максимального качества обслуживания пассажиров
		Минимальный уровень тарифов
Пассажиры	Минимальные тарифы	Максимальная комфортность поездки
		Минимальное время поездки
Автопредприятия городского общественного транспорта	Максимальная стоимость бизнеса	Доставка всех пассажиров согласно трудовым и социально-бытовым корреспонденциям с запланированным интервалом движения и максимальной комфортностью.

Одновременное достижение представленных в таблице целей в реальных условиях на анализируемом рынке является сложной задачей, которую необходимо решать. Рассмотрим возможные альтернативы согласования социальных и экономических целей участников рынка пассажирских

перевозок.

С позиции местных органов управления возможны два варианта согласования целей:

- 1) достижение максимальной социальной эффективности деятельности пассажирского транспорта, при уровне финансирования, не превышающем максимально возможные инвестиции в транспорт региона;
- 2) снижение до минимума расходов местных и регионального бюджетов, при этом обеспечивая социальную эффективность не ниже минимально допустимой.

Помимо того, что социальные и экономические цели каждого из участников рынка не всегда просто согласовать, возникает проблема согласования целей всех участников между собой.

Достижение такой цели как максимальное качество обслуживания пассажиров важно для всех участников рынка пассажирских перевозок. Однако нужно отметить, что достижение этой цели имеет двойное значение как для местных органов управления (требует значительных инвестиций в городской общественный транспорт), так и для автотранспортных организаций (с одной стороны привлечение большего количества пассажиров, а с другой – рост затрат и следовательно возможно снижение стоимости бизнеса). Пассажиры, безусловно, заинтересованы в лучшем обслуживании. Что касается минимизации тарифов, то нужно отметить, что пассажиры больше всех участников анализируемого рынка заинтересованы в этом. Местные органы власти с одной стороны также стремятся к поддержанию низких тарифов на проезд в городском общественном транспорте, а с другой стороны сдерживание тарифов приводит к росту необходимых дотаций городскому пассажирскому транспорту. Если же рассматривать автотранспортные организации, то они, конечно же, заинтересованы в максимально высоком уровне тарифов.

Таким образом, налицо противоречие основных целей участников рынка пассажирских перевозок, которое необходимо разрешать наиболее эффективным способом.

Население региона, которое является основным потребителем производимых на анализируемом рынке услуг, можно условно разделить на две группы: для первой группы важным фактором выбора транспортного средства является качество обслуживания и минимальные затраты времени на поездку, а для второй – минимальные тарифы за проезд в общественном транспорте. То есть для одних приоритетными являются социальные цели, а для других – экономические. Подобное деление пассажиров на две группы в основной массе обусловлено дифференциацией доходов населения региона, а также целями поездки (трудовая или культурно-бытовая).

Для автотранспортных предприятий приоритетной является экономическая цель – повышение стоимости бизнеса. Однако этот субъект рынка не может оставить совершенно без внимания и социальные цели, так как, во-

первых, деятельность его контролируется органами власти, а во-вторых, создание конкурентной среды на рынке пассажирских перевозок требует от организаций, занимающихся перевозками, поддержания определенного уровня качества обслуживания, чтобы не потерять своих пассажиров.

Необходимо отметить, что решения, повышающие стоимость бизнеса не всегда являются эффективными для общества. Во-первых, компании всегда будут стремиться усилить контроль над рынком, т. к. это увеличивает прибыли и, тем самым, стоимость фирмы. Во-вторых, деятельность компании может создавать внешние эффекты: использование ресурсов, которые не оплачиваются (например, загрязнение окружающей среды). В-третьих, снижение налоговых платежей увеличивает стоимость компании, но может далеко не соответствовать общественным интересам. Таким образом, в данном случае владельцы автотранспортных предприятий и другие лица, в чьих интересах повысить стоимость бизнеса, вступают в противоречие с остальными участниками рынка пассажирских перевозок.

О.В.Нариманова, В.В.Индеева

РИСК-МЕНЕДЖМЕНТ И ЕГО РОЛЬ В УПРАВЛЕНИИ ОРГАНИЗАЦИЕЙ

Кафедра менеджмента

В условиях динамичного развития внешней среды с 90-х годов XX века в науке управления становится популярным и активно развивается риск-менеджмент. Однако не всякую модную тенденцию следует в полной мере внедрять в каждой организации. В связи с этим возникает вопрос – когда (на какой стадии жизненного цикла) и в каком объеме необходим риск-менеджмент?

На I этапе жизненного цикла организации – стадии выживания – руководство соглашается на осуществление проектов с высокой степенью риска и минимальным количеством действий, уделяя при этом основное внимание текущим задачам и ближайшим мероприятиям. Возрастание вероятности неблагоприятных событий на этой стадии обусловлено: ограниченностью всех видов ресурсов; необходимостью противодействовать «входным» барьерам рынка; отсутствием репутации в бизнес-среде; перегрузками персонала в процессе работы; чрезмерным фанатизмом лидера и неумением идти на компромисс; отсутствием внутренних правил, процедур и норм деятельности.

На данном этапе в силу его особенностей не требуется комплексного управления рисками. Однако для дальнейшего роста и развития вновь созданной организации необходима осведомленность о рисках, защищенность от их негативного влияния и стремление обеспечить потенциальный выигрыш при оптимальном сочетании риска и прибыльности проекта.

II этап жизненного цикла организации – экстенсивный рост – характеризуется осуществлением проектов с меньшей степенью риска, появлением

правил и процедур в деятельности организации, увеличением выполняемых объемов работ. На этом этапе возникает необходимость в регулярном управлении рисками, поскольку бурный рост сопровождается множеством потенциальных возможностей и угроз, которые могут преждевременно привести организацию к стадии упадка. Вероятность неблагоприятного исхода повышают: ограниченность ресурсов; появление технологически и технически более сложных заказов; недостаточная материально-техническая и интеллектуальная база; растущая потребность в персонале и, как следствие, появление межличностных и межгрупповых конфликтов; делегирование полномочий, которое становится неизбежным в связи с растущими объемами производства; конкуренция фирм за наиболее выгодные объемы работ; потребность в личных связях для получения заказов и поддержания стабильного денежного потока.

III этап жизненного цикла – устойчивое функционирование с периодическими колебаниями – характеризуется стабилизацией деятельности, наличием управленческой системы с действующими процедурами и правилами, снижением интереса к адаптации и обновлению организации. III стадия требует создания постоянной эффективной деятельности по управлению рисками на основании системного или комплексного подхода. Это необходимо для закрепления и продления устойчивого функционирования на значительный период, сглаживания колебаний и их последствий. Управление рисками помогает избежать упадка и с минимальными затратами перейти на качественно новый уровень развития. Вероятность отрицательного результата повышают: ограниченность ресурсов; появление значительных разногласий в коллективе; консерватизм и неприятие изменений; удовлетворенность руководства сложившейся системой управления, отсутствие интереса к обновлению; инертность структуры и излишний бюрократизм; «раздутый» управленческий аппарат и высокие накладные расходы; отсутствие стратегического планирования и управления рисками; сложность и разветвленность коммуникаций; разногласия между собственниками организации; отсутствие оптимизации налогообложения и активов предприятия.

IV этап – стадия упадка. Здесь потребность в системе управления рисками определяется доминирующими целями собственников. Если цель – уход из бизнеса, то эффективный риск-менеджмент позволит сделать это с наименьшими потерями, однако он не требует дальнейшего развития. Если собственники желают, преодолев упадок, выйти на новый этап – стадию интенсивного развития бизнеса, – то необходимо качественное изменение всей системы деятельности, в том числе и риск-менеджмента, который должен строиться на основе комплексного подхода.

Таким образом, в условиях постоянного увеличения и усложнения рисков, усиления их взаимозависимости управление рисками должно присутствовать в той или иной мере в каждой организации, меняясь от осведом-

ленности о рисках до комплексного управления ими в процессе развития организации.

Литература

1. Буянов В.П. Управление рисками (рискология) / В.П.Буянов, К.А.Кирсанов, Л.А.Михайлов. – М.: Экзамен, 2002. – 384 с.

2. Стандарты управления рисками IFRIMA-FERMA. – М.: Русское общество управления рисками. – 2002. – 16 с.

3. Управление персоналом: учебник для вузов / Под ред. Т.Ю. Базарова, Б.Л. Ерёмкина. – М.: ЮНИТИ, 2000. – 423 с.

4. Как финансовому директору управлять рисками. По материалам круглого стола // Финансовый директор. – 2006. - № 7-8. – С.40-48.

Е.Е.Гуськов

ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОГО ЭТАПА ЭВОЛЮЦИИ ПОДХОДОВ
К РАЗРАБОТКЕ СТРАТЕГИЙ

Кафедра менеджмента

Информационный век, характеризующийся возросшей интенсивностью информационного обмена и глобализацией, предъявляет новые требования к подходам, используемым при выработке стратегий. В первую очередь это связано с тем, что сегодня внешняя среда меняется намного быстрее и драматичнее, чем это было всего лишь несколько лет назад, а степень неопределенности влияния различных факторов на будущее возрастает.

Одним из примеров нового поколения методологических подходов к разработке стратегии является «Стратегия, движимая амбициями», представляющая собой объединение аналитических методов с процессами и инструментами, обеспечивающими креативность, динамизм и заинтересованное отношение к делу со стороны персонала компании. Данный подход к выработке стратегии имеет три фундаментальных отличия от традиционного: создание содержательной части стратегии, базирующейся на видении будущего компании и амбициозных целях; учет поведенческих аспектов персонала компании и управление ими с целью обеспечения соответствия поставленным целям; непрерывный процесс управления изменениями, опирающийся на сбалансированную систему критериев.

Сегодня мало у кого вызывает сомнение тезис, что конкурируют между собой не отдельные продукты, а компании, производящие их. При этом у устойчивой компании неудачи в одной стратегической области бизнеса компенсируются успехами в других и не приводят к катастрофическим результатам. Успех же компании в конкурентной борьбе зависит от трех базовых групп факторов: внутренних компетенций; внешних компетенций; динамических способностей. Именно низкие динамические способности, неспособность быстро адаптироваться к изменениям на рынке и управлять знаниями являются одной из наиболее существенных причин слабой конкурентной позиции российских предприятий. Компания, стремящаяся к ли-

дерству, должна обеспечивать высокий инновационный потенциал во всем: в маркетинге, в разработке продуктов, в управлении взаимоотношениями с клиентами, в производстве, логистике, управлении персоналом и т.д.

К внутренним и внешним компетенциям компании следует относить только такие факторы, которые обеспечивают существенные конкурентные преимущества и не могут быть легко скопированы конкурентами. Как правило, это факторы, для создания которых требуется значительный опыт работы в определенной отрасли. Например, к внутренним компетенциям можно отнести ноу-хау, уникальные технологии, способность создавать конкурентоспособную продукцию; хорошо отработанные и эффективные бизнес-процессы; наличие квалифицированного персонала, который достаточно сложно найти на рынке труда и на подготовку которого требуется значительное время. К внешним компетенциям относятся: наличие устойчивых связей с поставщиками и потребителями; возможности лоббирования своих интересов; способность обеспечивать финансирование в требуемом объеме, в кратчайшие сроки и по приемлемой цене. Таким образом, стратегия компании должна быть направлена на создание и усиление своих компетенций, а также развитие ее динамических способностей. В то же время подавляющее большинство российских компаний сегодня предпочитает выбирать стратегию «лидерство по издержкам» – реклама повсеместно утверждает: «Мы предлагаем самые дешевые продукты!».

Выбор стратегии низких издержек обычно обусловлен возможностью удерживать издержки на низком уровне вследствие кардинальных преимуществ по отношению к конкурентам; наличием значительных финансовых ресурсов. Однако, как известно, вышеприведенными конкурентными преимуществами в действительности обладают лишь немногие российские компании. При этом нелишне иметь в виду, что статистика банкротств на развитых рынках показывает, что попытка лидировать при помощи низких цен является одной из самых распространенных причин ухудшения финансового состояния предприятий и в долгосрочной перспективе, как правило, приводит к катастрофическим результатам.

Нет нужды спорить, что для потребителей фактор цены играет важнейшую роль, но при этом не стоит забывать, что самое дешевое, как правило, и ассоциируется с совершенно определенной категорией качества. При этом опыт показывает, что причина выбора российскими предприятиями стратегии лидерства по издержкам довольно проста: продавать дешево – легко, а дорого – сложно. Таким образом, низкая эффективность систем маркетинга и сбыта предприятия становится фактором, реально способствующим ошибочному выбору стратегии низких издержек.

Итак, подведем итоги. Конкуренция все больше становится борьбой не ресурсов, а стратегий, и инвестиции компаниями все чаще направляются на создание ключевых компетенций и обеспечение своих динамических способностей. Все большую роль играют инновационный потенциал, спо-

способность порождать более эффективные стратегии и постоянно развивать компанию, обновляя ее структуру и ключевые бизнес-процессы в ответ на вызовы внешней среды. Стремление к победе в конкурентной борьбе предъявляет новые требования к менеджерам: они должны ставить амбициозные, но достижимые цели, формировать видение будущего компании и делать его достоянием всех сотрудников, стимулировать поиск и находить новые нетривиальные решения во всех без исключения областях деятельности компании.

А.А.Носенко

О ПРОБЛЕМЕ ИНВЕСТИЦИОННОЙ ПРИВЛЕКАТЕЛЬНОСТИ САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ ОТРАСЛИ Кафедра менеджмента

Принимая решение об инвестициях, любой инвестор интересуется, в первую очередь, доходностью от своих вложений и связанными с инвестициями рисками. Формы инвестирования при этом могут быть разными: долгосрочные и краткосрочные кредиты, покупка облигаций и акций предприятия. Существенным моментом является форма собственности. Для санаторно-курортной отрасли в настоящее время характерно отсутствие акционерной формы собственности, наличие большого числа реальных собственников. Надеяться в таких условиях на привлечение внешних инвесторов - малоперспективное занятие, поскольку рамки финансирования сужены и являются высокорисковыми из-за возможности невозврата кредитов предприятием и недостаточности финансовой информации. В нынешних условиях инвестора в будущем может заинтересовать только доля в капитале. Рыночная стоимость доли существенно зависит от прибыльности предприятия.

Предпосылкой к решению проблемы активизации инвестиционной деятельности должен служить анализ безубыточности предприятий и отрасли в целом, роли налогов при определении отдачи на инвестиции.

Последовательность подобного анализа для санаторно-курортной отрасли предполагает следующие этапы:

Первый этап - определение отдачи от инвестиций и возможности регулирования ее налогами. В основу такой оценки необходимо положить анализ безубыточности на основе статистической обработки доходов и затрат предприятий в разрезе переменных и постоянных. Результаты анализа позволяют выяснить возможности повышения привлекательности для инвестора за счет роста отдачи на капитал путем увеличения доходов, или уменьшения расходов, или уменьшения налогов, или уменьшения рисков.

Последовательностью анализа на первом этапе являются следующие шаги:

1. Для группы предприятий построить функциональную зависимость между доходами, затратами, налогами и объемами услуг. Для единства данных за единицу услуг для санаторно-курортного комплекса следует

принять койко-место, а затраты сгруппировать. По оси абсцисс следует фиксировать либо годовое количество койко-мест, либо количество койко-мест в сезон, реализованных санаторно-курортными учреждениями.

2. Определить дисперсию по доходам и каждому виду затрат и обратить внимание на большие величины дисперсий, которые, в основном, покажут степень различия в управлении рекреационными объектами. Эти различия будут отражать различие скрытых стратегий предприятий.

3. Определить объемы услуг в точке безубыточности и определить консолидированную прибыль для фактического объема услуг и с учетом разных уровней заполняемости санаторно-курортного учреждения.

4. Определить прибыльность инвестиций. Уровень прибыльности должен быть достаточным для компенсации высоких инвестиционных рисков.

5. Построить производственную функцию для рассматриваемой отрасли.

На первом этапе анализ проводится для уровня "нормального сезона" и нескольких других уровней. Этот анализ не учитывает ни эластичность спроса, ни ресурсные ограничения.

На втором этапе следует определить степень эластичности спроса на продукцию санаторно-курортного комплекса. Характеризовать эластичность может зависимость между ценой путевки и процентом заполняемости для разных сезонов и разных категорий клиентов. На этом этапе должна быть определена возможность повышения доходов за счет уменьшения средней цены.

На третьем этапе необходимо проанализировать загруженность и распределение цен по сезонам. Чем ниже пик цены, тем выше пик загруженности и наоборот. Очевидно, что минимальной ценой может быть величина переменных затрат на койко-место в период межсезонья, а не величина полных затрат. Однако, учитывая, что для ведомств, выделяющих средства на отдых, первичной является общая сумма средств, а не количество отдыхающих, то санаториям невыгодно снижать цену для таких заказчиков, поскольку они обязаны будут принять большее число отдыхающих за ту же сумму.

На четвертом этапе необходимо определить возможную ценовую политику для увеличения числа отдыхающих. При этом, если пик загруженности не достигает 100% в летний период, то увеличение объема предпочтительно достигать за счет снижения цен во всем периоде, но не ниже переменных затрат на единицу в зимний период. Если загруженность в летний период составляет 100%, то необходимо понизить цену в межсезонье и повысить цену в сезон в меньшей степени.

Другим важным направлением является определение объемов реинвестирования в санаторно-курортных учреждениях. Важно определить объемы реинвестирования и их влияние на изменение стоимости капитала (отдачи от инвестиций), т.е. оценить выгодность инвестиций. В случае отсутствия финансовых отчетов, качественный анализ реинвестирования может

быть проведен на основе данных бухгалтерской отчетности, путем модификации ее в отчет о движении денежных средств.

Таким образом, выполнение перечисленных выше поэтапных мероприятий позволит определить общее направление повышения эффективности работы предприятий санаторно-курортной сферы.

Т.Н.Нариманов

ПРОБЛЕМЫ ПРИМЕНЕНИЯ КОЛИЧЕСТВЕННЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ КРИЗИСНОГО ПОЛОЖЕНИЯ ПРЕДПРИЯТИЯ

Кафедры экономики и бизнеса

Современная экономическая наука, как западная, так и отечественная, располагает широким аппаратом индикаторов банкротства и кризисных ситуаций на предприятии. Одной из главных составляющих высокого качества антикризисного управления фирмой является грамотная диагностика, в рамках которой осуществляется отбор и анализ показателей, свидетельствующих о наличии кризиса, его отсутствии или реальности его наступления. В зарубежной и российской экономической литературе предлагаются несколько отличающихся методик и математических моделей диагностики вероятности наступления банкротства коммерческих организаций. В современной практике финансово-хозяйственной деятельности зарубежных фирм для оценки вероятности банкротства наиболее широкое применение получили модели, разработанные Э.Альтманом и У.Бивером.

Однако нельзя не отметить тот факт, что многочисленные попытки применения иностранных моделей прогнозирования банкротства в отечественных условиях не приносят достаточно точных результатов.

Среди наиболее успешных методик диагностики возможного банкротства, адаптированных для отечественных предприятий, в литературе нередко отмечают модели О.П. Зайцевой, Р.С. Сайфуллина и Г.Г. Кадыкова.

Все системы прогнозирования банкротства, разработанные зарубежными и российскими авторами, включают в себя несколько (от двух до семи) ключевых показателей, характеризующих финансовое состояние коммерческой организации. На их основе в большинстве из названных методик рассчитывается комплексный показатель вероятности банкротства с весовыми коэффициентами у индикаторов.

Хочется отметить, что все вышеописанные методики (как отечественные, так и зарубежные) достаточно успешно применяются для диагностики кризисной ситуации и последующего банкротства коммерческой организации. Вместе с тем, по нашему мнению, стоит выделить ряд недостатков, которые серьёзно затрудняют их применение в условиях российской экономики:

1. Двух-трёхфакторные модели не являются достаточно точными. Точность прогнозирования увеличивается, если во внимание принять большее количество факторов.

2. Модели Э.Альтмана и У.Бивера содержат значения весовых коэффициентов и пороговых значений комплексных и частных показателей, рассчитанные на основе американских аналитических данных шестидесятых и семидесятых годов. В связи с этим они не соответствуют специфике современной экономической ситуации и организации бизнеса в России, в том числе системе бухгалтерского учёта и налогового законодательства и т.д.

Отсутствие в России статистических материалов по организациям-банкротам не позволяет скорректировать методику исчисления весовых коэффициентов и пороговых значений с учётом российских экономических условий, а определение данных коэффициентов экспертным путём не обеспечивает их достаточной точности.

3. Различия в специфике экономической ситуации и в организации бизнеса между Россией и развитыми рыночными экономиками оказывают влияние и на сам набор финансовых показателей, используемых в моделях зарубежных авторов.

4. В моделях зарубежных авторов не учитываются некоторые важные показатели, специфические для российского рынка, например, доля денежной составляющей в выручке.

5. Период прогнозирования в моделях колеблется от трёх-шести месяцев до пяти лет, а в некоторых методиках срок прогнозирования вообще не указывается. В условиях нестабильной и динамично реформируемой к рыночным отношениям экономической системы России использование периода прогнозирования, равного пяти годам, как это имеет место в моделях зарубежных авторов, преждевременно, и необходимо использовать более короткие промежутки времени (до одного-двух лет).

6. В некоторых методиках используются показатели, характеризующиеся высокой положительной или отрицательной корреляцией или функциональной зависимостью. Это приводит к ненужному усложнению этих методик, не увеличивая точности прогнозирования.

7. Количественные модели дают возможность определить вероятность приближения лишь стадии кризиса (банкротства) коммерческой организации и не позволяют прогнозировать наступление фазы роста и других фаз её жизненного цикла.

С.Г.Мележик

РОЛЬ УПРАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИМ ПЕРСОНАЛОМ В СОВРЕМЕННЫХ
МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ
Кафедры экономики и бизнеса

Все большая ориентация управления на социальную сторону, на интересы работника меняла задачи и приоритеты в управлении кадрами предприятия, требуя увязки принимаемых решений не только с интересами производства, но и с интересами его социальной составляющей - коллектива предприятия.

На смену широко распространенной практике работы с кадрами, ориентированной на потребление рабочей силы в условиях стабильной занятости, а также жестких организационных структур, приходят новые модели управления, предусматривающие:

- создание условий для расширения знаний, повышения квалификации, непрерывного самосовершенствования;
- использование «пакетов» мотивационных программ при расширении полномочий работников в принятии хозяйственных решений;
- формирование новых моральных ценностей, разделяемых всем персоналом фирмы;
- гибкое и адаптивное использование «человеческих ресурсов», повышение творческой и организаторской активности персонала, формирование гуманизированной организационной культуры.

Таким образом, новая идеология управления кадрами во многом базируется на мотивации работника. Отношение работника к труду формируется под влиянием устремлений, жизненных целей, возможности самовыражения и самореализации, содержания труда. Отсюда основными факторами мотивации к труду являются: признание в труде; достижения в труде; содержание труда; ответственность и самостоятельность; возможность профессионального продвижения; возможность развития личности работника.

В настоящее время первостепенным направлением социальной политики любого государства становится охрана и укрепление здоровья людей. Все это по-новому ставит вопрос о совершенствовании материально-технической базы здравоохранения, решении многих организационных и кадровых проблем. Способность коллективов медицинских работников реализовать стоящие перед здравоохранением задачи требует эффективных форм управления кадрами, умения руководителей обеспечить системный подход к работе с трудовыми ресурсами.

Совершенствование управления медицинским персоналом с точки зрения системного подхода, в свою очередь, требует решения комплекса проблем: правильного подбора и расстановки кадров; повышения эффективности и результативности труда; осуществления мер, способствующих качественным сдвигам в квалификационной структуре кадрового потенциала работников здравоохранения; формирования и социального развития трудовых коллективов. Объем и содержание процесса управления медицинским персоналом в системе здравоохранения на разных уровнях ее иерархии (Министерство здравоохранения и социального развития, областные и городские управления) различны.

Так, на уровне управления здравоохранения области и города, в лечебно-профилактических учреждениях наиболее полно осуществляется комплекс мероприятий по работе с персоналом. Дальнейшее совершенствование работы с кадрами в значительной мере зависит от компетентности в этих вопросах руководителей указанных уровней управления здравоохра-

нением. Это, в свою очередь, требует ускорения научного обобщения опыта, теоретического обоснования сути и значения системного подхода к решению взаимосвязанного комплекса проблем управления медицинским персоналом. Работа с кадрами эффективна лишь тогда, когда она ведется системно, вдумчиво, с расчетом на перспективу.

На любом уровне управления кадрами в здравоохранении можно достичь успеха, применив одновременно два пути (способа) управляющего воздействия на трудовые коллективы медицинских работников, на каждого из работающих: прямой и опосредованный.

Прямой путь представляет собой комплекс мероприятий по реализации приказов, распоряжений и проведение контроля за их исполнением. Опосредованный путь – это комплекс мероприятий, проводимых с кадрами: стимулирование труда, обеспечение профессионализма при решении задач, указаний в приказах и планах, внедрение нового передового опыта по заданным целям. Этот комплекс мероприятий обеспечивает способность и готовность кадров решать любые задачи.

Тем самым важной проблемой совершенствования управления медицинскими кадрами является поиск оптимальных соотношений в применении этих двух путей (способов) управления и разработка системы конкретных мероприятий, направленных на повышение эффективности управленческих воздействий на трудовые коллективы и на каждого из работающих.

Ю.Н.Котова

РОЛЬ ИННОВАЦИЙ В ЭКОНОМИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ СТРАНЫ

Кафедра экономики и бизнеса

В соответствии с исследованиями выдающегося русского экономиста Н.Д.Кондратьева социально-экономическое развитие стран происходит волнообразно. Уровень социально-экономического развития определяется воздействием множества факторов: технологических, социальных, политических, культурных и др., при этом, движущей силой развития страны является, прежде всего, уровень технологического и информационного развития. Н.Д. Кондратьев обосновал теорию больших циклов конъюнктуры (теория длинных волн) и связывал переход к новому циклу с волной изобретений и инноваций. Согласно теории длинных волн Н.Д. Кондратьева научно-техническая революция развивается волнообразно с циклами протяженностью примерно в 50 лет. Для экономики определяющими являются крупнейшие и крупные инновации.

Согласно Федеральному закону «Об инновационной деятельности и государственной инновационной политике в РФ» инновация определяется как конечный результат инновационной деятельности, получивший воплощение в виде нового или усовершенствованного продукта, реализуемого на рынке, нового или усовершенствованного технологического процесса, ис-

пользуемого в практической деятельности.

К основным функциям инноваций можно отнести следующие:

- инновации являются каналом воплощения в жизнь достижений человеческого интеллекта, научно-технологических результатов, способствуя интеллектуализации трудовой деятельности, повышению ее наукоемкости (закономерность растущей интеллектуализации общества по мере движения его от ступени к ступени);
- с помощью инноваций расширяется круг производимых продукции и услуг, улучшается их качество, что способствует росту потребностей каждого человека и общества в целом и удовлетворению этих потребностей (закон возвышения и дифференциации потребностей);
- инновации дают возможность вовлекать в производство новые производительные силы, производить продукцию и услуги с меньшими затратами труда, материалов, энергии (закон экономики труда);
- концентрация инноваций в этой или иной сфере помогает привести структуру воспроизводства в соответствие со структурой изменившихся потребностей и структурой внешней среды (закон пропорциональности развития).

Следовательно, инновации являются неперенным элементом реализации основных законов развития общества, условием его жизнестойкости, динамичности, выживания и развития. В то же время инновации развиваются по своим собственным закономерностям.

Серьезное исследование процессов обновления производства и в целом влияния новых товаров и новых технических и управленческих решений было предпринято в начале XX в. австрийским экономистом Й.Шумпетером. Й.Шумпетер непосредственно увязал экономические циклы (технологические уклады) с волнами инноваций. Он отмечал, что как долгосрочные, так и среднесрочные циклы связаны с крупными инновациями в промышленности и торговле. В настоящее время развитые страны начинают создавать шестой технологический уклад, который должен привести их к постиндустриальному обществу. Характерными чертами постиндустриального технологического способа производства являются следующие:

1. Гуманизация технологий, меняющая положение человека в производстве, выводящая его из-за господства машинной системы и открывающая простор для раскрытия и приложения творческих сил индивидуума; переход к робототехническим комплексам, гибким производственным системам, автоматизированному проектированию (позволит освободить человека от тяжелого, монотонного, изнуряющего труда). Изменение приоритетов научно-технологического прогресса: уменьшается степень его милитаризации, первенство отдается технологиям, направленным на удовлетворение потребностей людей в качественных продукциях и услугах.

2. Экологизация технологий, переход к ресурсосберегающему типу вос-

производства, уменьшение нагрузки на природные ресурсы и окружающую среду, широкое распространение безотходных, экологически чистых технологий, формирование новой отрасли, специализирующейся на производстве средств мониторинга и защиты природной среды, постепенное становление позитивного варианта ноосферы, предотвращение угрозы экологических катастроф.

3. Рост наукоемкости производства, разработка, распространение и прогресс высокотехнологичных систем, являющихся результатом синтеза науки и производства.

4. Информатизация общества, всех сторон производства и жизни людей на основе создания компьютерных интерактивных мультимедийных систем и информационных сетей.

5. Глобализация научно-технологического прогресса, стремительное распространение высокоэффективных инноваций по странам мира, постепенное преодоление технологической пропасти и достигнутого критической точки разрыва в уровне производительности труда между развитыми и развивающимися странами.

6. Миниатюризация техники, открывающая простор для деконцентрации производства, деурбанизации расселения людей, для развития малого бизнеса, который становится основой современной социально-рыночной экономики.

Однако эти основные признаки будут реализоваться поэтапно, с переходом к очередным технологическим укладам, причем каждый такой переход сопровождается технологическим кризисом большей или меньшей глубины. Каждый из укладов в своем развитии проходил различные стадии, отличающиеся мерой его влияния на общий экономический рост в стране. Устаревшие уклады, теряя свое решающее влияние на темпы роста, оставляли в составе национального богатства страны созданные производственные, инфраструктурные объекты, культурное наследие, знания и т. п.

О.Е.Коновалов, С.В.Берстнева

ВЛИЯНИЕ МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИХ И СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА РАЗВИТИЕ ЗОБА У ДЕТЕЙ ПРЕПУБЕРТАТНОГО ВОЗРАСТА

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения с курсом социальной гигиены и организации здравоохранения ФПДО

Кафедра факультетской терапии с курсом эндокринологии

Недостаточное потребление йода является основной причиной развития эндемического зоба. Вместе с тем в настоящее время известно большое число факторов окружающей среды, как природного, так и антропогенного происхождения, которые могут вызывать зобную трансформацию щитовидной железы, влияя на нее как непосредственно, так и опосредованно, через механизмы ее регуляции и периферический метаболизм или экскрецию тиреоидных гормонов, усугубляя действие йоддефицита. Эта точка

зрения в настоящее время общепризнанна.

Однако в литературе недостаточно внимания уделяется влиянию медико-биологических и социально-гигиенических факторов на формирование зоба у детей. Между тем, семья является важнейшей социально-демографической группой, в которой закладываются основы здоровья ребенка. В связи с этим в современных условиях все большее значение приобретает необходимость изучения показателей здоровья детей и особенностей условий и образа жизни семьи, ее социально-демографических, медико-биологических и социально-гигиенических характеристик, а также особенностей образа жизни.

Целью работы явилось выявление медико-биологических и социально-гигиенических факторов риска развития зоба у детей препубертатного возраста. Обследовано 584 учащихся г. Рязани в возрасте 8-10 лет (286 девочек и 298 мальчиков). Были определены: 1) частота зоба по результатам пальпации (для оценки степени зоба использовалась классификация ВОЗ, 1994), 2) частота тиреомегалии по данным ультразвукового обследования (результаты эховоллюмометрии оценивали с учетом пола и площади поверхности тела согласно предложениям ВОЗ, 2001, Zimmermann M.B.), 3) проведено анкетирование в семьях детей, целью которого было выявление семейных факторов, оказавших влияние на развитие зоба у обследованных школьников. В 99,2% случаев респондентами явились матери обследованных.

Для определения степени влияния факторов риска нами изучалась их информативность (r) по модифицированной формуле Кульбака (Е.В. Гульбер, 1990). Информативность всех факторов (R) рассчитывалась путем их суммирования. Частота зоба по результатам пальпации составила 14,4 %, частота тиреомегалии по данным ультразвукового обследования – 13,9%, что соответствует легкой степени йодной недостаточности.

При математической обработке материалов анкетирования нами были выявлены факторы риска, статистически достоверно влияющие на развитие зоба у обследованных детей. Все факторы были сгруппированы в 2 блока: медико-биологического и социально-гигиенического характера. Выявлено преобладание информативности медико-биологических факторов риска в 2,75 раз над блоком социально-гигиенических ($R = 138,75$ и $50,46$ соответственно).

Согласно полученным данным в блоке медико-биологических факторов на развитие зоба у детей препубертатного возраста оказывает наибольшее влияние наличие хронических заболеваний у отца и матери ($r=34,42$ и $11,43$), течение беременности ($r=16,43$), наличие заболеваний щитовидной железы у близких родственников ($r=12,93$), сопутствующая соматическая патология ребенка: аллергические заболевания ($r=10,35$), дисбиоз кишечника ($r=8,19$), хронический тонзиллит ($r=6,62$). Выявлены различия по половому признаку. Так, если у девочек выше степень влияния таких факто-

ров, как наличие хронических заболеваний у родителей, в т.ч. у матери во время беременности и отягощенной наследственности по зубу, то у мальчиков играет роль наличие аллергической настроенности (наличие аллергических заболеваний у ребенка и близких родственников) и сопутствующей соматической патологии – хронических заболеваний носоглотки и дисбиоза кишечника, т.е. относительно управляемых факторов риска.

В группе социально-гигиенических факторов на 1-м месте у всех детей – отсутствие у матери йодной профилактики во время беременности (доля влияния 36,02% и 25,47% у девочек и мальчиков соответственно). У девочек высока информативность таких факторов, как курение близких родственников ($r=13,66$) и наличие проф. вредностей у матери во время беременности ($r=13,16$), у мальчиков – неполная семья (мать-одиночка) ($r=13,35$), нерегулярное прохождение медицинских осмотров по поводу имеющихся хронических соматических заболеваний ($r=12,74$), неполное лечение ОРВИ ($r=8,89$), низкий уровень образования отца ($r=7,43$) и низкий ежемесячный подушевой доход в семье и ($r=4,47$). Следует отметить, что в группе мальчиков информативность социально-гигиенических факторов значительно выше, чем у девочек ($R = 96,31$ и $45,92$ соответственно).

Выводы: выявление медико-биологических и социально-гигиенических факторов риска развития зоба у детей способствует разработке дифференцированного подхода к проведению профилактических и реабилитационных мероприятий.

В.И.Грачев, Н.В.Недюк

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ВНЕБРАЧНЫХ РОЖДЕНИЙ (по материалам Рязанской области)

Управление здравоохранения Рязанской области

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения с курсом социальной гигиены и организации здравоохранения ФПДО

Снижение официально регистрируемых браков сопровождается увеличением числа детей, рожденных вне брака. Динамика внебрачной рождаемости в Рязанской области, как и в России, характеризуется выраженным ростом. В Российской Федерации и Центральном федеральном округе (ЦФО) за 1994-2004 гг. она выросла в 1,5 раза ($P < 0,05$). В области удельный вес внебрачных рождений возрос ещё сильнее — в 1,7 раза с 13,5% до 23,2% ($P < 0,01$).

При этом, если в 1994 г. уровень внебрачной рождаемости в России был выше областного почти в 1,5 раза, то в 2004 г. — в 1,3 раза. Аналогичная тенденция наблюдается при сравнении показателей внебрачной рождаемости по Рязанской области и ЦФО.

В течение всего изучаемого периода времени сельская популяция характеризовалась более высоким удельным весом детей рожденных вне брака,

при этом, в среднем за 1994 – 2004 гг. более одной четвертой детей сельских жителей было рождено вне брака, что выше аналогичного показателя среди городских жителей (16,7%) в 1,5 раза. Необходимо отметить, что тенденция роста удельного веса детей рожденных вне брака среди сельского населения более выражена, чем среди городского, темп прироста составил 76,9% и 70,3% соответственно.

Наибольший удельный вес детей, рожденных вне брака, отмечался в Захаровском и Сасовском районах, соответственно 30,1% и 29,2%, а наименьшие в Ермишинском районе 14,8%. При этом удельный вес детей рожденных вне брака в Захаровском и Сасовском районах и превышал показатель в среднем по Рязанской области (23,2%) в 1,2 и 1,3 раза соответственно. В Ермишинском, Клепиковском, Сараевском и Шацком районах вышеназванный показатель был ниже среднеобластных значений и находился в пределах от 14,8% до 18,7%. В тоже время в Кадомском, Кораблинском, Пронском, Рыбновском и Ухоловском районах удельный вес детей рожденных вне брака мало отличался от значения в среднем по Рязанской области. В остальных районах области процент детей рожденных вне брака превышал среднеобластное значение. Удельный вес детей рожденных вне брака в г. Рязани в среднем за изучаемый период был 1,2 раза ниже, чем в целом по области. Следует отметить, что более низкий показатель наблюдался только в Ермишинском районе, что позволяет отнести г. Рязань к относительно благополучным территориям области по внебрачной рождаемости.

За изучаемый период времени, почти для всех районов области, кроме Кадомского и Пителинского характерна выраженная тенденция роста удельного веса детей рожденных вне брака. При этом наибольший темп прироста наблюдался в Касимовском районе – 200%, в Кораблинском, Михайловском, Рязанском, Сараевском, Ухоловском и Шиловском районах вышеназванный показатель увеличился более чем в двое, в остальных районах прирост колебался от 2,8% до 85,4%. В Пителенском районе наблюдался отрицательный прирост удельного веса детей рожденных вне брака (-25,9%).

Таким образом, за 1994 – 2004 гг. в большинстве районов Рязанской области сложилась характерная в целом для Российской Федерации тенденция увеличения удельного веса детей рожденных вне брака, при этом наиболее высокие показатели наблюдались в Захаровском и Сасовском районах, а наиболее неблагоприятная динамика регистрировалась в Касимовском, Кораблинском, Михайловском, Рязанском, Сараевском, Ухоловском и Шиловском районах.

Материнство в возрасте до 18 лет является серьезной медико-социальной проблемой, обусловленной низкой социальной защищенностью, недостаточной психологической и физиологической зрелостью этой категории женщин. Еще более актуальной проблемой является внебрачная рождае-

мость женщин в возрасте до 18 лет. В среднем по Рязанской области за 1997 – 2004 гг. удельный вес детей рожденных вне брака этой категорией женщин составил 49,3%, что 2,5 раза выше, чем аналогичный показатель среди всех женщин области. Необходимо отметить, что в среднем за изучаемый период, процент детей рожденных вне брака сельскими женщинами в возрасте до 18 лет в 1,4 раза выше, чем городскими того же возраста, 57,3 и 42,2% соответственно. Рассмотрим динамику вышеназванного показателя. Согласно полученным данным, удельный вес детей рожденных вне брака женщинами, не достигшими 18 лет, в среднем по области был ниже, чем аналогичный показатель в сельской местности и выше такового в городской. Тем не менее, наибольший темп прироста вышеназванного показателя среди городских женщин был в 1,2 раза выше, чем среди сельских, 48,0 и 39,1% соответственно.

Таким образом, если сельская популяция женщин, не достигших 18 летнего возраста, характеризуется более высоким удельным весом детей рожденных вне брака, то городская – более интенсивным приростом вышеназванного показателя.

Из представленных данных следует, что за изучаемый период, наибольший показатель наблюдался в Сасовском районе 75%, а наименьшие в Ермишинском районе 31,6%. При этом удельный вес детей рожденных вне брака женщинами не достигшими 18 летнего возраста в Сасовском районе в превышал показатель в среднем по Рязанской области для этой категории женщин (49,3%) в 1,5 раза.

В Ермишинском, Клепиковском, Кораблинском, Новдеревенском, Рыбновском, Старожиловском и Шиловском районах вышеназванный показатель был ниже среднеобластных значений и находился в пределах от 31,6% до 48,7%. В тоже время в Рязанском районе удельный вес детей рожденных вне брака находился на среднеобластном уровне. В остальных районах области процент детей рожденных вне брака превышал среднеобластное значение. Удельный вес детей рожденных вне брака женщинами моложе 18 лет в г. Рязани в среднем за изучаемый период был на 5,3% ниже, чем в целом по области.

В.И.Грачев, М.А.Сычев

ДИНАМИКА И ТЕНДЕНЦИИ БРАЧНОСТИ И РАЗВОДИМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ
РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Управление здравоохранения Рязанской области
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения с курсом социальной
гигиены и организации здравоохранения ФПДО

Многолетняя динамика показателей брачности и разводимости во многом определяет сложившиеся долговременные тенденции естественного движения населения. В 1950 и 1960 гг. уровень брачности в Российской Федерации составлял соответственно 12,0‰ и 12,5‰. В середине 60-х го-

дов, когда в брачный возраст вступила малочисленная когорта родившихся в военные годы, наблюдалось существенное снижение показателя брачности. В 1974 г. отмечалось увеличение числа зарегистрированных браков до 10,9 на 1000 населения, после чего имело место последовательное снижение этого коэффициента до 7,4‰ (т.е. в 1,5 раза) к 1993 г. За последующий одиннадцатилетний период показатель брачности снизился на 8,8%, и в 2004 году был равен 6,8 на 1000 населения.

Динамика показателей брачности населения Рязанской области характеризуется снижением числа браков на 1000 жителей с 11,4 в 1958 г. до 6,5 в 2004 г. Одновременно имело место увеличение частоты разводов с 1,3 до 4,8 в расчете на 1000 жителей. При этом число разводов на 100 браков возросло к 2004 г. в 6,5 раза. Особенно неблагоприятная ситуация по частоте разводов наблюдалась в 2003 году, когда показатель числа разводов на 100 браков достиг 94,5. В результате брачное состояние населения Рязанской области претерпело существенные изменения за период наблюдения. Так, в 1989 г. численность граждан, состоящих в браке превышала количество разведенных и разошедшихся в 10,2 раза, а в 2002 г. только в 6,5 раз. Численность состоящих в браке уменьшилась с 640 до 579 на 1000 населения, количество разведенных и разошедшихся выросло на 41,3%, а никогда не состоящих в браке – на 17,2 %.

По данным переписи 2002 года, число женщин, состоящих в браке, превысило число состоящих в браке мужчин на 1000 человек, тогда как в 1989 году эта разница составляла 1100 человек. Как свидетельствуют материалы переписи населения 1989 года, в Рязанской области насчитывалось 378119 семей, что на 1,5% больше, чем было в 1979 г., однако по итогам переписи 2002 года этот показатель уменьшился на 26%.

По данным переписи населения в 2002 году в области насчитывалось 22 тысячи незарегистрированных брачных союзов, что составляет около 7% от общего числа супружеских пар. Это ещё раз свидетельствует о разрушении института семьи и ведёт к росту внебрачных отношений между мужчинами и женщинами.

В течение всего периода наблюдения уровень брачности в городских поселениях был выше, чем в сельской местности, причем отношение уровня брачности среди городских жителей к таковому среди сельских постоянно увеличивалось от своего наименьшего значения - 1,15 в 1990 г. до наибольшего – 13,1 в 2004 г. В тоже время коэффициенты разводимости в городах и поселках городского типа превышали аналогичные показатели на селе в 1,7 - 6,5 раза.

Если сравнивать уровни брачности и разводимости в Рязанской области с аналогичными коэффициентами по областям ЦФО Российской Федерации (табл. 1), то можно отметить следующее.

В 2004 г. по уровню брачности (6,5 на 1000 жителей) Рязанская область занимала восьмое ранговое место среди всех областей названного региона,

причем только в трех субъектах регистрировалась брачность ниже, чем в Рязанской области (Воронежская, Ивановская и Орловская области). Наибольшее число зарегистрированных браков (7,5‰) имело место в Московской области. В то же время в Рязанской области наблюдался один из самых высоких уровней разводимости – 4,8 на 1000 населения.

Таблица 1

**Показатели брачности и разводимости по областям ЦФО
Российской Федерации в 2004 г. (на 1000 жителей)**

Область	Показатели		
	Брачность	Разводимость	Число разводов на 100 браков
Белгородская	6,5	4,3	66,2
Брянская	6,5	4,6	70,8
Владимирская	6,6	4,2	63,6
Воронежская	6,4	4,9	76,6
Ивановская	6,1	4,2	68,9
Калужская	6,7	4,7	70,1
Костромская	6,8	3,9	57,4
Курская	6,5	4,9	75,4
Липецкая	7,3	4,8	65,8
Московская	7,5	4,9	65,3
Орловская	6,4	4,0	62,5
Рязанская	6,5	4,8	73,8
Смоленская	6,8	4,9	72,1
Тамбовская	6,7	4,0	59,7
Тверская	7,0	4,5	64,3
Тульская	6,5	4,8	73,8
Ярославская	6,9	4,2	60,9

Б.В.Дмитриевский, О.Е.Коновалов

ВЛИЯНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА
НА РАЗВИТИЕ ЗАВИСИМОСТЕЙ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ
У ПОДРОСТКОВ

Рязанский областной клинический наркологический диспансер
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения с курсом социальной
гигиены и организации здравоохранения ФПДО

При анализе влияния медико-социальных факторов риска на развитие

зависимостей от психоактивных веществ у подростков использовались материалы анкетирования учащихся 10-11 классов, студентов колледжей и учащихся учреждений начального профессионального образования. Было опрошено 665 юношей и 465 девушек.

Наиболее высокий материальный достаток был среди семей учащихся школ. Анализ жилищных условий изучаемого контингента выявил следующие особенности. Основная масса опрошенных (75,8%) проживала в отдельной квартире или отдельном доме, снимали квартиру или проживали в общежитиях 12,5% респондентов.

На формирование девиантного поведения подростков, в том числе и пагубного пристрастия к алкоголю и наркотикам, большое влияние оказывает неблагоприятный психологический климат в семье. Следует отметить большое количество неполных родительских семей у опрошенных.

Только половина опрошенных ответили положительно на вопрос о возможности обсуждения своих проблем с родителями, причем большее доверие к родителям испытывают опрошенные девушки, а среди групп опрошенных – учащиеся техникумов.

Нами изучалась информированность подростков о местах продажи наркотиков, о вредных последствиях употребления наркотических средств, о местах, где наркозависимые могут получить квалифицированную медицинскую помощь, о возможности самостоятельно отказаться от наркотиков. Опрошенным достаточно хорошо известны негативные последствия употребления наркотиков. Самым распространённым ответом было сокращение продолжительности жизни и ранняя смерть (94,8%). При этом 48,9% обследованных считают, что наркоманы доживают до 25 лет. Среди других последствий наркоманий назывались: ухудшение здоровья, снижение иммунитета (94,4%), разрушение семьи (91,6%), совершение правонарушений (90,2%), крушение жизненных планов (87,5%). При этом 28,6% изучаемого контингента не знает, где человек, употребляющий наркотики, может получить квалифицированную помощь, и 27,8% затруднились ответить на этот вопрос.

Места продажи наркотических средств известны каждому пятому респонденту. При этом наиболее информированными как о местах оказания помощи, так и продажи наркотиков оказались школьники (48,5% и 25,7% соответственно). Обращает на себя внимание раннее приобщение респондентов к наркотикам. Впервые большинство попробовавших наркотики сделало это в возрасте до 16 лет.

27,3% обследованных лиц считают, что человек, употребляющий наркотики, может самостоятельно от этого отказаться. Вероятно, что это одна из причин того, что только 2,6% изученного контингента сообщали об известных им местах продажи наркотиков по телефону доверия (абоненту «Колокол»).

По частоте потребления наркотических средств среди подростков выде-

ляются 4 типологические группы: никогда не употреблявшие; пробовавшие наркотические средства; потребляющие наркотические средства 1-3 раза в месяц; потребляющие наркотические средства чаще 1 раза в неделю. Распределение опрошенных по этим группам показано на рисунке.

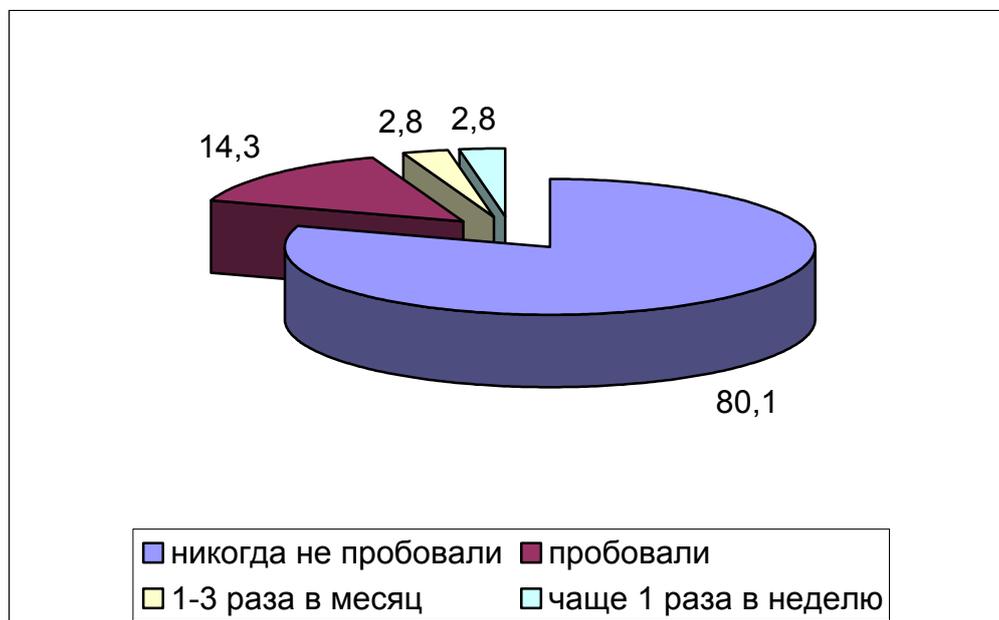


Рис. Структура подростков по частоте потребления ими наркотических средств (в %).

В настоящее время ведётся достаточно активная профилактическая работа в образовательных учреждениях всех типов. Основным документом определяющим её проведение является утверждённая Министерством образования Концепция профилактики злоупотребления психоактивными веществами в образовательной среде (одобрена решением Правительственной комиссии по противодействию злоупотреблению наркотическими средствами и их незаконному обороту 22.05.2000г.).

Согласно полученным данным, в 68,9% образовательных учреждений такая работа ведётся. Наиболее активно занятия по профилактике наркоманий проводятся в школе (72,4%). Однако эффективность антинаркотической работы остаётся невысокой.

Я.А.Петрова, Г.А.Пономарева

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЮНЫХ МАТЕРЕЙ
Кафедра акушерства и гинекологии с курсом акушерства и гинекологии
ФПДО Кафедра общественного здоровья и здравоохранения с курсом социальной гигиены и организации здравоохранения ФПДО

Проблемы репродуктивного здоровья женщин в России приобрели особую актуальность. Это обусловлено рядом факторов, среди которых

наиболее значимы отрицательный прирост населения и появление феномена “подростковое материнство”. Ювенильная беременность является важной медико-социальной проблемой, как в нашей стране, так и за рубежом. Кроме медицинских затрат, от государства требуется материальная и социальная поддержка несовершеннолетних матерей (С.П.Синчихин, 2004).

Изучение проблемы беременности и родов у несовершеннолетних является актуальным, так как состояние их здоровья будет определять здоровье будущих поколений. Для получения социально-гигиенической характеристики юных матерей проводился анкетный опрос 276 пациенток в возрасте 14-18 лет, родоразрешенных в родильном отделении МУЗ ГКБ № 10 г. Рязани (родильном доме №4) с 2002 по 2005 гг. За последние годы количество юных матерей выросло с 3,9% до 5,1% среди всех родивших (по данным родильного отделения МУЗ ГКБ № 10 г. Рязани).

Жительницами города были – 202 (73,19%) женщины, сельской местности – 74 (26,81%). Преобладали роженицы в возрасте 18 лет – 112 (40,58%), 17-летних было – 103 (37,32%), в возрасте 16 лет – 45 (16,30%), в 15 лет – 14 (5,07%), в 14 лет – 2 (0,73%). Распределение несовершеннолетних рожениц по социальному положению: учащиеся ПТУ, колледжей – 81 (29,35%), ВУЗов – 32 (11,59%), средних школ – 20 (7,25%), работающие – 29 (10,51%), не работали и не учились – 114 (41,30%). Брак был зарегистрирован у – 163 (59,06%), в «гражданском браке» состояли – 79 (28,62%) и одинокими были – 34 (12,32%) будущие юные мамы.

Основная часть юных матерей воспитывалась в полных семьях. Обращает на себя внимание высокий уровень курящих и употребляющих алкоголь (пиво) среди несовершеннолетних матерей.

Выводы: Исследование установило увеличение доли юных матерей среди всех родивших. Среди них более 2/3 составили женщины 17-18 лет. Большая часть юных матерей воспитывалась в полных семьях. Значительная часть юных матерей прекращала работать и учиться в связи с беременностью. Более 1/2 пациенток состояли в браке, который заключался после установления факта беременности. Особенностью образа жизни является относительно высокая распространенность вредных привычек: курение и употребление алкоголя (пиво).

В заключение следует отметить, что в связи с наметившейся тенденцией увеличения беременностей и родов у девушек-подростков, необходимы мероприятия социального характера, для поддержки «молодой семьи» и юных матерей, воспитывающих ребенка без отца. Для уменьшения осложнений беременности и родов у несовершеннолетних целесообразно открытие «школы юных матерей».

Е.А.Соколова

ПРАВА ПАЦИЕНТА: СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД
Кафедра государственно-правовых дисциплин

Пациентом (от лат. *patient* - «терпеливый», «терпящий») признается лицо, обратившееся за медицинской помощью, получающее медицинскую помощь и связанные с ней услуги независимо от наличия или отсутствия у него заболевания. Термин «пациент» является медицинским по происхождению, но юридическим по содержанию, поскольку с момента приобретения данного статуса лицо получает многочисленные специальные права.

Права пациента представляют собой установленный законодательством и защищаемый принудительной силой государства перечень возможных видов (моделей) поведения и требований лица, обратившегося за медицинской помощью или получающего медицинскую помощь.

Значение прав пациента в условиях непатерналистского пациентцентрированного характера современного здравоохранения возрастает и определяется тем, что они выступают инструментом для поиска и получения качественной медицинской помощи, средством для управления пациентом своей личной безопасностью при обращении за медицинской помощью, а также способом защиты пациента от медицинских услуг, опасных для здоровья.

Анализ законодательных актов европейских государств о правах пациента, проведенный Европейским региональным бюро Всемирной организации здравоохранения, показал, что большинство применяющихся в Европе (Франция, Ирландия, Польша, Великобритания) законов регулируют только отдельные аспекты правоотношений в области прав пациентов, возникающих в особых условиях, например права лиц, подвергшихся биомедицинским исследованиям, стерилизация и др.

Специальные законодательные акты, регулирующие весь объем отношений в области прав пациента и составляющие так называемое общее законодательство по правам пациента, приняты лишь в немногих странах: в Финляндии (1993), Нидерландах (1995), Израиле (1996), Литве (1996), Исландии (1997) и некоторых других. Наиболее устоявшимися системами законодательного регулирования прав пациента считаются системы Великобритании, Новой Зеландии, Австралии и США.

Таким образом, законодательство о правах пациента в зарубежных странах находится на различных стадиях развития, причем в большинстве государств – на этапе становления. В современной России основу правового регулирования прав пациента составляет Конституция Российской Федерации 1993 года, закрепляющая право каждого на охрану здоровья и медицинскую помощь (ст. 41), а также Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан 1993 года, в ст. 30 которых содержится подробный перечень прав, непосредственно обозначенных как права пациента.

Действующее российское законодательство, регулирующее права пациента и обеспечивающее их защиту, в целом соответствует основным европейским стандартам. Однако, как отмечают ученые-юристы, прогрессивные

изменения законодательства еще не означают, что по новым правилам стала функционировать вся отечественная система здравоохранения. Для этого, кроме наличия совершенных правовых норм, необходимо достижение надлежащего уровня правопонимания и правосознания всех участников здравоохранительных правоотношений.

Вместе с тем, проведенный нами опрос показал, что, по мнению большинства респондентов, в действующей системе здравоохранения преимущественно соблюдаются такие права пациента, как право на отказ от медицинского вмешательства (95,8 %), право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (70,8 %), право на получение информации о состоянии своего здоровья (62,5 %), причем по степени значимости для самих пациентов (от 1 – наиболее важного до 17 – наименее важного) все эти права оценены как второстепенные (им присвоены соответственно 9, 8 и 5-е места).

В то же время в числе наиболее часто нарушаемых прав пациента отмечены такие права, как право на возмещение ущерба в случае причинения вреда здоровью при оказании медицинской помощи (62,5 %), право знакомиться с медицинской документацией непосредственно и копировать ее (54,2 %), право на обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям (54,2 %).

Интересно, что наиболее востребованными правами пациента респонденты сочли право на получение информации о состоянии своего здоровья (83,3 %), право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (62,5 %), а также право на уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала (62,5 %). Примечательно, что если первые два права оценены большинством респондентов хотя и как второстепенные, но преимущественно соблюдающиеся, то последнее право отнесено к категории наиболее значимых (занимает 1-е ранговое место), однако менее половины опрошенных (45,8 %) считают, что в системе здравоохранения оно последовательно реализуется.

Таким образом, отмеченные тенденции восприятия потенциальными пациентами своих законодательно закрепленных прав позволяют охарактеризовать действующую систему регулирования и защиты прав пациента, как находящуюся в процессе становления и нуждающуюся в дальнейшем развитии и совершенствовании.

А.Ю.Хаустова

АНАЛОГИЯ ЗАКОНА И АНАЛОГИЯ ПРАВА

Кафедра государственно-правовых дисциплин

Ни одно законодательство не в состоянии учесть все многообразие общественных отношений, которые требуют правового регулирования. Поэтому в практике правоприменения может оказаться, что определённые

обстоятельства, имеющие юридический характер, не находятся в сфере правового регулирования. Согласно этому возникает необходимость применения права по аналогии. Правоприменитель не может отказаться от решения конкретного дела, ссылаясь на неполноту законодательства, поэтому применяет аналогию права или закона. Вполне очевидно, что именно такое решение возникшей проблемы помогает устранить многочисленные пробелы в праве. Ясно, что аналогия закона и право-исключительные средства в праве и требуют соблюдения ряда определенных условий, обеспечивающих их правильное применение.

Для того чтобы использовать аналогию права, необходимо установить, что данная жизненная ситуация имеет юридический характер и действительно требует правового решения, также надо убедиться, что в законодательстве отсутствует конкретная норма права, призванная регулировать подобные случаи. Наибольший интерес представляет рассмотрение дела, когда отсутствует необходимая законодательная норма. В данном случае возникает потребность опереться на общий принцип права и уже на его основе решить дело. Кроме того, правоприменителю надо дать мотивированное объяснение причин применения к данному случаю аналогии закона или аналогии права.

Таким образом, применение права по аналогии - это не произвольное разрешение дела. Принятие такого решения осуществляется в соответствии с государственной волей, выраженной в правовой системе в целом или в отдельных нормах права, регулирующих сходные отношения. Но очевидно, что путем аналогии правоприменительный орган пробел в праве не устраняет, а лишь преодолевает. Пробел в праве может быть устранен только компетентным нормотворческим органом.

Институт аналогии имеет ограниченное применение в праве. В области уголовного права аналогия закона и аналогия права не допускаются. Это объясняется действием принципа «нет преступления без указания на то в законе», что служит гарантией защиты конституционных прав и свобод человека и гражданина. В остальных отраслях права аналогия допускается, а в гражданском она прямо закреплена. Это, безусловно, помогает преодолеть возникающие пробелы в сложном, многоотраслевом российском законодательстве.

В юридической литературе практически общепризнана точка зрения, согласно которой применение права по аналогии всегда связано с конкретными случаями. Иными словами, применение аналогии носит однократный характер и не имеет обязательной силы для других идентичных случаев. Ещё раз хотелось бы отметить, что пробел при помощи аналогии не устраняется, а преодолевается, правоприменитель при этом получает разовую возможность разрешить конкретный случай.

Юридическое значение преодоления пробела ограничивается конкретным случаем, казусом. При появлении подобной ситуации в последующем

необходимость в аналогии возникает вновь, что еще раз подчеркивает, что она никоим образом не связана с правотворчеством.

В целом, в российском законодательстве институт аналогии (как применение, так и запрет на его применение) упоминается в нескольких кодифицированных законодательных актах. Интересна точка зрения о том, что в ходе правоприменения суд прежде всего обязан уяснить положения, которые имел в виду законодатель. Если исходить из судебной практики, то становится очевидным, что применение аналогии находится на грани правоприменительной и правотворческой деятельности, выполняя одновременно правовосполнительную и отчасти правотворческую функцию, которая касается, в частности, принятия нормативных решений.

Одним из способов устранения пробелов в праве является принятие новых актуальных норм. Однако быстрое устранение таким способом пробелов не всегда возможно, поскольку оно связано с проблемой правотворчества.

Таким образом, можно сделать вывод, что аналогия права применяется, когда в законодательстве отсутствует и норма права, регулирующая сходный случай, и дело решается на основе общих принципов права. Речь, прежде всего, идет о таких принципах права, как справедливость, гуманизм, равенство перед законом. Аналогия закона и права являются, безусловно, одним из решений преодоления пробелов в праве. В настоящее время, когда законодатель не может издавать нормы во всем соответствующие общественным отношениям и затрагивающие все аспекты этих отношений, возникает необходимость применения именно аналогии права и закона.

И.С.Тарарышкина

ПРАВО СОБСТВЕННОСТИ: ВОПРОСЫ ПРИОБРЕТЕНИЯ

Кафедра гражданско-правовых дисциплин

Традиционно возникновение права собственности связывается с наступлением определенных юридических фактов. Данные факты, перечисленные в гл. 14 Гражданского кодекса Российской Федерации (далее ГК РФ), именуются основаниями или способами приобретения права собственности.

Придание правового характера тем или иным жизненным обстоятельствам зависит от воли законодателя, облаченной в правовую норму. Но нужно иметь в виду, что никакие правоотношения непосредственно из закона возникнуть не могут. Необходимы определенные обстоятельства, влекущие на основании закона возникновение, изменение или прекращение правовых отношений. Вместе с тем термины «основания» и «способы» используются законодателем как синонимы.

Отстаивая позицию о необходимости разграничения данных понятий,

Л.В.Санникова указывает, что заключение договора купли-продажи порождает у покупателя не право собственности, а лишь право требовать передачи вещи. Право собственности, по общему правилу, возникает с момента передачи вещи (ст. 223 ГК РФ). Недопонимание этого может привести к ошибкам в правоприменении. Так, при уклонении продавца от исполнения договора купли-продажи покупатель вправе требовать отобрания товара в соответствии со ст. 398 ГК РФ, но не может предъявить виндикационный иск¹.

Таким образом, вопрос о разграничении понятий «основания приобретения права собственности» и «способы приобретения права собственности» имеет не только теоретическое, но и практическое значение.

В дореволюционной литературе понятие «способы приобретения права собственности» обстоятельно не раскрывалось. Отсутствовало единство мнений и в вопросе о классификации способов. Так, Д.И. Мейер предлагал выделять такие способы приобретения права собственности, как передача, давность, военная добыча, находка, пользование, приращение². Г.Ф. Шершеневич относил к ним завладение, давность владения, отделение плодов, приращение, переработку, находку, соединение, передачу, наследование³.

Большинство современных цивилистов используют термин «способ» лишь при классификации способов приобретения права собственности на первоначальные и производные.

Особого внимания заслуживает позиция Е.А. Суханова, по мнению которого «различие первоначальных и производных способов приобретения права собственности делает возможным различие понятий «основания возникновения права собственности» (то есть титулов собственности, или правопорождающих юридических фактов) и «способы приобретения права собственности» (то есть правоотношений, возникших на основе соответствующих юридических фактов)»⁴. Но при данных определениях не ясно в чем суть правоотношений, возникших на основе соответствующих юридических фактов (способов), и их отличие от правоотношений собственности. Более того, в последующем тексте указанной работы различие между этими понятиями не проводится.

Представляется правильным подходить к рассмотрению понятия «способы приобретения права собственности» исходя из характера фактических действий, совершение которых необходимо для приобретения права собственности. Однако, для возникновения права собственности совершенное определенное родо фактических действий необходимо, но недостаточно. Так, передача вещи сама по себе не порождает права собственности. Фактические действия по передаче вещи могут совершаться и во исполне-

¹ См.: Санникова Л.В. Основания и способы приобретения права собственности // Юрид. мир. 2002. № 4. С. 30.

² См.: Мейер Д.И. Русское гражданское право. Ч. 1. М.: Статут, 1997. С. 61.

³ Шершеневич Г.Ф. Учебник русского гражданского права. М.: Спарк, 1995. С. 183.

⁴ Маттеи У., Суханов Е.А. Основные положения права собственности. М., 1999. С. 352.

ние других договоров, не связанных с переходом права собственности, например, договора аренды. Право собственности возникает только в том случае, если передача вещи опирается на юридический факт, являющийся основанием приобретения права собственности⁵.

Таким образом, для приобретения права собственности требуется совокупность способов и оснований. При этом под основаниями приобретения права собственности следует понимать юридические действия либо события, а под способами приобретения права собственности – фактические действия, указанные в законе.

Е.А.Лосева

ИНСТИТУТ БРАЧНОГО ДОГОВОРА (КОНТРАКТА) В СЕМЕЙНОМ ПРАВЕ

Кафедра гражданско-правовых дисциплин

Обычно брак – союз влюблённых и также обычно любовь не имеет ничего общего с вечностью, когда совместных усилий перестанет хватать на проблемы сугубо бытовые. Для этого и существует брачный контракт. С развитием рынка в РФ каждый может иметь в собственности определенное имущество, которым он желает распоряжаться самостоятельно, независимо от воли своего супруга, и в этом может помочь брачный договор.

Брачный договор предназначен для укрепления института семьи, позволяет более полно учитывать интересы каждого из супругов, уменьшить количество конфликтов между ними, а на случай развода и раздела имущества – решить спор цивилизованным способом.

Брачные договоры заключаются, главным образом, на случай развода. Если брак окажется не так крепок, как предполагалось, придется решать, кому и что достанется. Без брачного договора, руководствуясь действующим законодательством России, делить чаще позволено лишь поровну, а это не всегда справедливо. Брачный договор не может ограничить право супругов на обращение в суд за защитой своих прав, право на труд, выбор профессии, получение образования и т.п.

Заключение брачного договора дело исключительно добровольное, возможное только при согласии обеих сторон. По желанию договор может быть изменен или расторгнут в любое время – жизнь всегда вносит свои коррективы. Новое соглашение заключается в той же форме, что и сам брачный договор, то есть письменно, и обязательно заверяется нотариусом.

В одностороннем порядке брачный контракт ни расторгнут, ни изменен быть не может. Исключение – судебный порядок, когда в суд обращается один из супругов, чтобы защитить свои права и интересы, честь, доброе имя или имущество. Суд может признать этот договор недействительным

⁵ См.: Санникова Л.В. Указ. соч.

полностью или частично. Как правило, это происходит по требованию одного из супругов в том случае, если условия договора ставят его в крайне неблагоприятное положение. Разумеется, условия брачного договора не должны противоречить основным началам семейного законодательства, в том числе Семейному кодексу Российской Федерации от 29.12.1995.

Практика заключения брачных контрактов пока еще не нашла такого широкого применения в нашей стране, как на западе. Причин этому несколько: во-первых, законодательство и так детально регулирует отношения супругов. Во-вторых, отсутствие давних традиций составления брачного договора и судебной практики в этой области. В-третьих, его заключение значимо для семей с высоким уровнем благосостояния, прослойка которых не велика. Наконец, еще и потому, что правовое непонимание закона не дают большинству людей воспользоваться реально принадлежащими им правами.

Часто предложение составить договор вызывает негативные эмоции, порождает сомнения в искренности и моральных качествах спутника жизни. Например, среди большинства бытует такое мнение, что заключение контракта приведет к недоверию супругов друг к другу. И они справедливо задают вопрос: «А можно ли начинать совместную жизнь с недоверия?» Многие искренне полагают, будто этот контракт раз и навсегда определяет то, как супругам жить, не зная, что это в США и других западных странах, кроме имущественных вопросов, соглашение между супругами обязательно регламентирует и прочие права и обязанности, поэтому нередко случаются скандалы и курьезы, которые немедленно попадают на страницы газет и журналов.

Невыполнение условий контракта выливается в громкие судебные процессы. Каждый из супругов может предусмотреть в контракте наказание в случае измены, написать, сколько раз в неделю он и его «половинка» будут мыть посуду, ходить в магазин и даже заниматься любовью, причем указать можно все, например, муж киноактрисы может ввести в контракт пункт об отказе супруги с момента бракосочетания сниматься в откровенных сценах. А в России брачный договор определяет судьбу только имущества.

И, наконец, хотелось бы противникам брачного договора привести такой аргумент: почему мы должны стесняться говорить об имуществе, деньгах накануне свадьбы, если при возникновении бракоразводного процесса забываются все приличия и начинаются споры о том «кому бабушка на свадьбу подарила ковёр». Да, никакой договор не поможет решить проблему совместимости двух людей, но если хоть одной семье брачный договор поможет, это уже хорошо.

Если попытаться предугадать развитие данного института в будущем с учетом принятых во внимание законодателем постоянно меняющихся

условий жизни, с вновь появляющимися стандартами международного права в этой области, то распространенность заключаемых брачных договоров будет увеличиваться.

Е.А.Лосева

НОРМЫ МОРАЛИ И НРАВСТВЕННОСТИ В ГРАЖДАНСКОМ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВЕ Кафедра гражданско-правовых дисциплин

Часто можно услышать, что право – это минимум нравственности, для всех обязательный. Взгляд на мораль, нравственность, как на один из основных (если не главных) источников права является достаточно распространенным и имеет достаточно много приверженцев.

В первую очередь нормы морали и нравственности нашли отражение в ряде принципов гражданского законодательства (ст.1 ГК). Содержащиеся в гражданском законодательстве нормы права сформулированы на базе общего правила: «разрешено всё то, что не запрещено законом». В соответствии со статьёй 10 ГК РФ, не допускаются действия граждан и юридических лиц, осуществляемые исключительно с намерением причинить вред другому лицу, а также злоупотребление правом в иных формах. Несоблюдение моральных норм, выраженных в использовании права в противоречии с его назначением, может повлечь за собой отказ в защите права именно потому, что такого рода последствия указаны в законе.

Одним из основополагающих принципов гражданского права, является неприкосновенность собственности. Принудительное изъятие у собственника имущества не допускается, кроме случаев, предусмотренных законом. Например, когда собственник домашних животных обращается с ними в явном противоречии с установленными законом правилами и принятыми в обществе нормами гуманного отношения к животным, эти животные могут быть изъяты у собственника путем их выкупа (статья 241 ГК РФ).

Ещё одним важным положением ГК РФ, является вопрос о недействительности сделки. В соответствии со статьёй 169, «сделка, совершенная с целью, заведомо противной основам правопорядка или нравственности, ничтожна».

Таким образом, такие принципы морали как честность, порядочность, справедливость в отношениях между людьми отражаются при написании различных норм, в т.ч. ГК, который, по сути, и представляет собой свод нормативных правил поведения российского предпринимателя. Принципы морали и нравственности в праве преобразуются в такие понятия как добросовестная конкуренция, равенство возможностей на рынке и прочее.

Большинство правовых норм представляют собой, законодательное закрепление позитивных и негативных норм поведения, имеющих выражен-

ную морально-нравственную оценку со стороны общества, то есть, правовые нормы - это морально-нравственные нормы, с нарушением которых общество не готово мириться, тогда как нарушение моральных норм, хотя и может вызывать определенное негативное отношение общества, не вызывает запретительных реакций.

Е.А.Кошеварова

ПОНЯТИЕ И ПРИЗНАКИ ОРГАНА ЮРИДИЧЕСКОГО ЛИЦА

Кафедра гражданско-правовых дисциплин

В современных научных исследованиях распространена концепция юридического лица как «организации». Существующее легальное определение юридического лица (п. ст. 48 ГК РФ) также содержит указание на единую форму этих объединений – некую организацию.

Термин «организация» характеризует структуру юридического лица, функциональное различие составляющих его элементов, разграничение их полномочий, независимость существования юридического лица от его учредителей (участников).

Без наличия организационной структуры юридическое лицо представить невозможно. С законодательной точки зрения юридическое лицо - самостоятельный субъект права. Являясь самостоятельным субъектом права, юридическое лицо получает возможность участвовать как в гражданских (материально-правовых и процессуальных), так и в трудовых, административных, финансовых и прочих правоотношениях. Юридическое лицо обладает собственными интересами и целями деятельности (создания), какие-либо юридические формы влияния на него со стороны других лиц могут быть установлены только законом.

С другой стороны, юридическое лицо является искусственной правовой конструкцией, «приемом юридической техники», при помощи которого участники оборота и законодатель привязывают к воображаемой юридической точке комплекс имущественных и неимущественных прав и обязанностей. Юридическое лицо не способно вступать в правоотношение собственными действиями, такая деятельность возможна только через физических лиц.

Существенное значение приобретает вопрос о том, чьи действия и какие именно рассматриваются в качестве действий самого юридического лица, чье волеизъявление признается волеизъявлением самого юридического лица. В законодательстве не содержится общего определения органа юридического лица, законодатель лишь устанавливает в п. 1 ст. 53 ГК РФ, что «юридическое лицо приобретает гражданские права и принимает на себя гражданские обязанности через свои органы, действующие в соответствии с законом, иными правовыми актами и учредительными документами».

Проанализируем отдельные признаки органов юридического лица.

Во-первых, неправосубъектность органа юридического лица. Органы юридического лица не могут рассматриваться как самостоятельные субъекты гражданских правоотношений и являются частью юридического лица. Неправосубъектностью органа обусловлена конструкция его ответственности перед самим юридическим лицом и третьими лицами.

Во-вторых, организационная обособленность органа юридического лица. Этот признак заключается в следующем:

- орган юридического лица образуется в определенном установленном законом или учредительными документами порядке, нарушение порядка образования органа влечет недействительность его действий и решений;

- орган осуществляет свою деятельность в установленных законом или учредительными документами формах (собрание, совещание, проверка, консультация, заседание и т.д.);

- орган юридического лица действует в пределах установленной для него компетенции, которая устанавливается законодательными предписаниями или прописывается (разграничивается) в учредительных документах юридического лица;

- деятельность органа объективируется в принятии им актов установленной формы. В отличие от внешних актов, издаваемых только отдельными органами, во внутренней деятельности юридического лица акты вправе издавать все органы.

В-третьих, наличие властных полномочий внутри данного юридического лица. Орган юридического лица должен быть наделен властными полномочиями внутри данной организации. Можно представить некое образование в рамках юридического лица, не осуществляющее внутренних управленческих функций, правомочное только на исполнение решений, принятых другими органами юридического лица, либо созданное только для заключения сделок от имени юридического лица. Однако в первом случае исчезает грань между органом и остальными работниками юридического лица, во втором – ставится под сомнение исполнение договора, поскольку заключивший договор орган не в состоянии обеспечить его исполнение.

Итак, органом юридического лица признается организационно оформленная часть юридического лица, представленная одним либо несколькими физическими лицами, образуемая в порядке, установленном законом или учредительными документами, наделенная определенными властно-организационными полномочиями, реализация которых осуществляется в пределах собственной компетенции, действующая в гражданском обороте в качестве самого юридического лица.

РАЗРАБОТКА НАУЧНЫХ ОСНОВ МЕДИЦИНЫ ТРУДА, ЭКОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ НАСЕЛЕНИЯ И ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ

А.А.Ляпкало, А.А.Дементьев, А.М.Цурган

**МОДЕЛИРОВАНИЕ ЗАГРЯЗНЕНИЯ АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА ВЫБРОСАМИ
АВТОМОБИЛЬНОГО ТРАНСПОРТА (НА ПРИМЕРЕ МЕДИЦИНСКОГО ГОРОДКА)**

Кафедра общей гигиены с курсом экологии

В настоящее время в крупных населенных пунктах с интенсивным движением автомобильный транспорт является ведущим источником загрязнения атмосферного воздуха. С отработанными газами автотранспорта в атмосферный воздух поступает до 200 различных химических соединений, при этом необходимо отметить, что токсические вещества поступают непосредственно в зону дыхания. Плотная застройка, растущее несоответствие между возможностями транспортной дорожной сети и увеличивающимся количеством автомобилей в сочетании с неблагоприятными метеорологическими условиями способствуют формированию высоких уровней загрязнения приземного слоя воздуха выхлопными газами, что может представлять угрозу для здоровья населения.

Нами проводилось моделирование загрязнения атмосферного воздуха жилых районов г. Рязани автотранспортом. На элементах дорожно-транспортной сети города проводился расчет выбросов вредных веществ от автотранспорта в соответствии с утвержденной методикой Минтранса РФ. Была разработана электронная карта города, охватывающая жилые кварталы от путепровода ул. Вокзальной до Куйбышевского шоссе. С помощью программы «Эколог» моделировалось рассеивание загрязняющих веществ при наиболее неблагоприятных метеорологических условиях, штиле, среднегодовой скорости ветра (4,9 м/с) и его разных направлениях. Расчет проводился от 177 источников с учетом застройки (1890 элементов) с шагом 100 м по сетке.

Для оценки загрязнения атмосферного воздуха на территории медицинского городка была взята рецепторная точка в его центре. Результаты моделирования рассеивания представлены в таблице 1.

Из представленных данных следует, что при наиболее неблагоприятном

сочетании метеорологических факторов (направлении ветра 97° и скорости $0,75$ м/с) на территории медицинского городка в зоне дыхания содержание диоксида азота может превышать ПДК_{м.р.} в 15,6 раза, а концентрации оксида углерода и предельных углеводородов, соответственно – в 4,5 и 5,2 раза. В штилевых условиях, которые наблюдаются в г. Рязани в среднем 21 день в году содержание вышеназванных загрязнителей также значительно превышает гигиенические нормативы (табл. 1).

Таблица 1

Модельные концентрации, обусловленные загрязнением атмосферного воздуха автотранспортом

Загрязняющие вещества	Максимальные 20-ти минутные концентрации, мг/м ³		С _{с.с.} , мг/м ³	ПДК _{м.р.} , мг/м ³	ПДК _{с.с.} , мг/м ³
	97°, 0,75 м/с	штиль			
Диоксид азота	3,12	2,94	0,21	0,2	0,04
Оксид углерода	22,35	20,45	1,52	5	3
Диоксид серы	0,34	0,31	0,02	0,5	0,05
углеводороды предельные	5,16	4,85	0,35	1	
Сажа	0,14	0,13	0,008	0,15	0,05

В результате моделирования рассеивания загрязняющих веществ при разных направлениях и среднегодовой скорости ветра установлено, что концентрации ни одного из представленных токсических компонентов выбросов не превышали ПДК_{м.р.}, однако при направлении ветра в секторе от 0° до 90° содержание диоксида азота в воздухе может в 1,5 – 2,9 раза превышать ПДК_{с.с.}

Наряду с моделированием 20-минутных максимальных концентраций загрязняющих веществ нами были рассчитаны среднегодовые концентрации загрязняющих веществ в воздухе. Для расчета использовались модельные концентрации, полученные при штиле, среднегодовой скорости ветра и его направлениях по восьми румбам.

Среднегодовая концентрация была получена как сумма произведений повторяемости штиля и направлений ветров со среднегодовой скоростью по основным румбам на формирующиеся при этом концентрации. При этом установлено, что концентрация диоксида азота в воздухе 5,1 раза превышала ПДК_{с.с.}

В результате оценки вклада отдельных источников в формирование уровней загрязнения атмосферного воздуха на территории медицинского городка выявлено, что формируемые автотранспортом концентрации вышеназванных загрязнителей на 90-98% обусловлены участком ул. Гагарина

(перегоном) от ул. Дзержинского до ул. Пушкина.

Таким образом, элементы транспортно дорожной сети г. Рязани, могут создавать на территории медицинского городка повышенные концентрации диоксида азота, оксида углерода и углеводов, длительном воздействии оказывающие неблагоприятное воздействие на здоровье населения.

В.Ю.Парамонов, В.А.Кирюшин
ПРОБЛЕМА ОБЕЗЗАРАЖИВАНИЯ СТОЧНЫХ ВОД.
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ОБЕЗЗАРАЖИВАНИЯ
Кафедра профильных гигиенических дисциплин

Целью обеззараживания сточных вод являются предотвращение распространения инфекционных болезней и защита от заражения поверхностных и подземных водоемов.

В обычных условиях наиболее высокий риск от микробного заражения связан с употреблением воды, загрязненной сточными водами. В сточных водах, даже прошедших все этапы традиционной очистки, содержатся патогенные бактерии и вирусы. Это может привести к инфицированию людей, контактирующих со сточными водами. Содержание патогенных бактерий может достигать десятков тысяч клеток в 1 л сточных вод. Патогенные микроорганизмы не удаляются полностью в процессе очистки, даже в очищенных сточных водах после вторичных отстойников могут присутствовать, например, сальмонеллы в количестве до десятков тысяч в литре. Сточные воды, содержащие патогенную микрофлору, попадая в водоемы, инфицируют их и делают небезопасными в эпидемиологическом отношении. Выпуск сточных вод в поверхностные водоемы также создаёт риск заражения во время купания при интенсивном бактериальном заражении водной флоры и фауны. Не меньшую опасность представляет попадание сточных вод в подземные водоносные горизонты, которые используются в качестве источников хозяйственно-питьевого, особенно децентрализованного, водоснабжения. Еще большее значение обеззараживание сточных вод приобретает в связи с возрастающим дефицитом водных ресурсов и необходимостью использования для технических нужд очищенных сточных вод. Все эти причины являются движущим фактором для улучшения микробиологического качества сточных вод перед их выпуском в водоемы.

В силу определенных исторических, гигиенических и технических позиций наиболее широкое распространение в настоящее время имеет метод обеззараживания сточных вод хлором. Однако в последнее время данный метод подвергается серьезной критике. Это связано с наличием в обеззараженной хлором сточной воде как остаточного хлора (только нормативная остаточная величина его составляет 1,5 мг/л), так и большого количества хлораминов и хлорорганических соединений.

В последние годы в связи с высокой аварийностью хлорных хозяйств требования Ростехнадзора России согласно правилам по безопасности хлорных объектов существенно возросли. Решение этих задач связано с переоборудованием хлорных хозяйств, созданием санитарных зон для хлораторных и складов хлора. Выполнение указанных требований, а также возрастающая стоимость самого хлора и его транспортировки требуют больших затрат. Использование отличных от жидкого хлора хлорсодержащих соединений, например гипохлоритов, требует создания громоздких реагентных хозяйств и больших эксплуатационных затрат на их содержание. Все эти недостатки, свойственные хлорированию, явились побудительной причиной для массового внедрения за рубежом станций дехлорирования и метода обеззараживания ультрафиолетовым излучением.

В последние 15 лет происходит массовый рост внедрений метода УФ обеззараживания на очистных сооружениях канализации различной производительности. В настоящее время в странах Европы и Северной Америки эксплуатируется более 2000 станций. Информационный поиск по применению различных методов обеззараживания, произведенный на 162 зарубежных станциях, выявил следующие результаты: хлорирование применяется на 103-х станциях (64% от общего количества); в том числе, хлорирование с дехлорированием на 27-ми станциях (17%); УФ обеззараживание на 53-х станциях (33%); озонирование на 6-ти станциях (4%). А если выделить только крупные станции (производительностью более 100 тыс. м³/сут), то получается следующее: хлорирование - 40%; хлорирование с дехлорированием - 23%; УФ обеззараживание - 50%; озонирование - 10%.

Широкомасштабные работы по применению УФ излучения для обеззараживания сточных вод в России были начаты в конце 80-х годов. В работах принимали участие ведущие научно-исследовательские, проектные и производственные организации страны: НИИ Гигиены им.Ф.Ф.Эрисмана, НИИ ЭЧиГОС им. А.Н. Сысина, ГЦ РФ НИИ ВОДГЕО, АО «Ростовводоканалпроект», АО «АвтоВАЗ» и др. Результаты научных исследований и опытно-промышленных испытаний подтвердили техническую возможность и высокую эффективность УФ обеззараживания в промышленных условиях больших объемов производственно-бытовых сточных вод с показателями качества, характерными для традиционных в России коммунальных очистных сооружений канализации, эксплуатируемых по схеме полной биологической очистки. УФ установки также могут успешно применяться для обеззараживания производственных сточных вод, что подтверждено соответствующими исследованиями на предприятиях нефтяной, химической, энергетической, пищевой и других отраслей промышленности.

В настоящее время в России УФ обеззараживание сточных вод получает все большее распространение. УФ обеззараживание применяется более чем на 40 коммунальных и производственных объектах. В России эксплуатируется крупнейшая в Европе станция УФ обеззараживания на очистных со-

оружениях канализации в Автозаводском районе г.Тольятти Самарской обл. производительностью 290 тыс. м³/сутки. В связи с этим метод УФ обеззараживания заслуживает более пристального внимания со стороны коммунальных хозяйств. Применение данного метода на очистных сооружениях г. Рязани (проектная мощность – 320 тыс. м³/сут.) позволит существенно улучшить состояние поверхностных водоемов, являющихся приемниками сточных вод (р. Листвянка, р. Ока), что благоприятно отразится на санитарно-эпидемиологическом благополучии населения Рязанской области.

В.Ю. Парамонов

ОБ ОРГАНИЗАЦИИ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА
В ОРГАНАХ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ

Кафедра профильных гигиенических дисциплин

Центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора
МСЧ УВД по Рязанской области

Принятая в Российской Федерации система социально-гигиенического мониторинга (СГМ) охватывает уровень оценки здоровья населения и осуществляется в пределах административно-территориальной единицы (населенный пункт, область). При этом мониторинг ведется только за «гражданским» населением и «обходит» своим вниманием сотрудников органов внутренних дел. В связи с этим, при организации медико-санитарного обслуживания данного контингента не проводится углубленное изучение состояния здоровья и факторов окружающей среды и, как следствие, отсутствуют научно обоснованные целевые программы, направленные на повышение уровня здоровья сотрудников органов внутренних дел.

На первый взгляд, особенно со стороны гражданских органов госсанэпидслужбы, что может быть сложного в организации СГМ в органах внутренних дел: получаешь результаты мониторинга из территориальных органов Роспотребнадзора и переносишь на свой контингент. Однако, деятельность организаций Роспотребнадзора и учреждений, оказывающих медико-санитарную помощь сотрудникам в МВД, существенно отличается, в связи с этим и подходы к организации и ведению СГМ имеют различия. Так основной целью деятельности Роспотребнадзора (не принимая во внимание защиту прав потребителей) является санитарно-эпидемиологическое благополучие населения, т.е. сохранение здоровья населения, а основной целью Госсанэпиднадзора в органах внутренних дел является деятельность, направленная на обеспечение выполнения служебных задач, в частности охраны правопорядка. В тоже время органами Госсанэпиднадзора накоплен большой опыт по методологии ведения социально-гигиенического мониторинга, и он не может не приниматься во внимание при организации данной работы в центрах Госсанэпиднадзора МВД.

Данная методология может применяться в органах внутренних дел после ее адаптации к специфике деятельности сотрудников милиции. Так, например сотрудники милиции не могут рассматриваться как чисто про-

фессиональная группа, так как могут проводить весь суточный цикл в подразделениях (на службе) и должны рассматриваться как социально-профессиональная группа. Специфика несения службы, тенденция роста заболеваемости у сотрудников органов внутренних дел служат основанием для проведения социально-гигиенического мониторинга. Однако отсутствие единой методологии, а также ведомственных нормативных актов, регламентирующих ведение социально-гигиенического мониторинга, оказывает существенное влияние на качество организации и в дальнейшем его проведения и эффективность.

Для решения данной проблемы, а также в целях реализации постановления Правительства Российской Федерации от 2 февраля 2006 г. № 60 «Об утверждении Положения о проведении социально-гигиенического мониторинга», приказа МВД Российской Федерации от 15 апреля 2002 г. № 354 «О нормативно правовом регулировании деятельности государственной санитарно-эпидемиологической службы Министерства внутренних дел Российской Федерации» (с изменениями от 18 марта 2003 г.) центром Госсанэпиднадзора МСЧ УВД по Рязанской области в 2006 году начата работа по организации социально-гигиенического мониторинга.

Целью СГМ в УВД по Рязанской области является обеспечение санитарно-эпидемиологической безопасности (благоприятных условий несения службы) сотрудников. Основные задачи СГМ определены законодательством РФ, тогда как дополнительной задачей СГМ в органах внутренних дел должно стать определение минимально-необходимого объема медико-санитарной помощи, в том числе Госсанэпиднадзора и их обоснование.

Основная гипотеза проводимых медико-социальных исследований предлагается следующая: нарушения здоровья сотрудников органов внутренних дел, а также вытекающие из них ограничения жизнедеятельности и социальная недостаточность обусловлены в основном воздействием комплекса факторов риска и состоянием потенциала здоровья. На наш взгляд, сотрудники милиции являются наиболее перспективной социально-профессиональной группой для отработки методики проведения СГМ по причинам высокого исходного потенциала здоровья (вследствие тщательного отбора при поступлении на службу военно-врачебными комиссиями), сопоставимости условий обитания и несения службы, наличия единой системы медицинского обслуживания (медико-санитарные части при ГУВД и УВД субъектов Российской Федерации) и специализированного Госсанэпиднадзора в Министерстве внутренних дел.

В условиях отсутствия целевого финансирования социально-гигиенический мониторинг в УВД по Рязанской области внедряется поэтапно. Так на первом (организационном) этапе были разработаны основные нормативные документы, регламентирующие организацию и проведение социально-гигиенического мониторинга в УВД по Рязанской области: приказ начальника МСЧ УВД по Рязанской области «Об организации работы по

социально-гигиеническому мониторингу в ЦГСЭН МСЧ УВД по Рязанской области», порядок ведения социально-гигиенического мониторинга в ЦГСЭН МСЧ УВД по Рязанской области, план мероприятий ЦГСЭН МСЧ УВД по Рязанской области по обеспечению проведения социально-гигиенического мониторинга на 2006 – 2008 гг., временный перечень показателей и данных для формирования информационного фонда социально-гигиенического мониторинга ЦГСЭН МСЧ УВД по Рязанской области.

Для объединения усилий и, принимая во внимание важность согласованных действий при анализе и оценке здоровья населения города Рязани и Рязанской области (сотрудники УВД по Рязанской области являются неотъемлемой частью этого населения), ЦГСЭН МСЧ УВД по Рязанской области вышел с инициативой в Управление Роспотребнадзора по Рязанской области о заключении соглашения о взаимодействии и информационном обмене в области социально-гигиенического мониторинга.

На втором этапе (этап проведения СГМ) планируется уделить особое внимание научно-методическому и программно-техническому обеспечению системы, а также апробации и внедрению в практику проведения СГМ современных информационных технологий и методов изучения здоровья.

Перечисленные выше основные направления, по которым ведется работа по организации социально-гигиенического мониторинга в УВД по Рязанской области, включают в себя много задач и вопросов, решение которых связано в основном с ограниченным финансированием, дефицитом подготовленных кадров, а также необходимостью реформирования Госсанэпиднадзора в МВД России.

Г.П.Пешкова, С.В.Фомина, Н.Н.Кузькина, Ю.В.Урыту
ФАКТИЧЕСКОЕ ПИТАНИЕ И АЛИМЕНТАРНЫЙ СТАТУС СТУДЕНТОВ г. РЯЗАНИ
Кафедра профильных гигиенических дисциплин

Одной из актуальных проблем здорового образа жизни студентов является их оптимальное питание. Питание как фактор внешней среды оказывает влияние на физическое развитие, заболеваемость, резистентность организма, умственную и физическую работоспособность и, в конечном счете, на успеваемость студентов. Приоритетная роль питания в поддержании здоровья закреплена Постановлением Правительства Российской Федерации в «Концепции государственной политики в области здорового питания населения РФ».

В этой связи целью работы явилось изучение фактического питания студентов, которое проводилось методом анкетирования. Для сравнения были опрошены группы студентов Рязанской государственной радиотехнической академии (РГРТА) и Рязанского государственного медицинского университета (РязГМУ). Средний возраст анкетлируемых 20 лет. В ходе работы мы оценили режим питания и химический состав рационов. В результате

обработки анкет были получены следующие данные.

Ни один из рационов полностью не соответствовал основным принципам рационального питания, при котором суточная калорийность пищи соответствует суточному расходу энергии, а в качественном отношении пища содержит все вещества, необходимые для построения тканей, органов и нормального протекания физиологических процессов, что особенно важно для данной возрастной группы. Наиболее значительные отклонения по энергетической ценности были выявлены у студенток РГМУ – суточная калорийность меньше рекомендуемой на 18%; среди студентов РГРТА у девушек недостаток по калорийности составил 10%, у юношей фактическая величина калорийности совпала с рекомендуемой. Но при этом у юношей калорийность покрывается преимущественно за счет избытка жиров, тогда как у девушек - за счет углеводов, что является более физиологичным.

По химическому составу в среднем среди студентов РГРТА содержание белка, в т.ч. животного, у юношей соответствует норме, у девушек выявлен недостаток общего белка на 12%, в т.ч. животного на 16%. Белки являются незаменимой составной частью пищи, т.к. не могут быть заменены углеводами или жирами. При дефиците белка понижается общая сопротивляемость организма и трудоспособность, что не может не отражаться на учебном процессе. В рационе студенток РязГМУ напротив содержание белка повышено на 20%, что вызывает, усиленную работу пищеварительного аппарата и в дальнейшем при систематическом белковом питании возникает риск развития подагры и мочекаменной болезни. Во всех рационах отмечено избыточное потребление жиров: у юношей превышение в среднем на 50%, в т.ч. растительных на 20%; у девушек на 15%, в т.ч. растительных на 12%. Данный избыток стимулирует повышенный синтез эндогенного холестерина, а также может привести к развитию ожирения.

Что касается потребления углеводов, то значительных отклонений от рекомендованных величин выявлено не было. Полученные величины близки к норме, лишь в рационах студенток РГМУ недостаток составил 13%.

Важным является также соотношение основных питательных веществ – белков, жиров и углеводов. Наиболее близкими к рекомендуемому балансу оказались рационы студенток РГРТА.

По содержанию витаминов и минеральных веществ также ни один из изученных нами рационов не соответствовал рекомендуемым нормам. Худшие результаты были получены при анализе анкет девушек-студенток обоих ВУЗов: недостаток кальция составил в среднем 30%, недостаток магния 15-20% и, соответственно, ни кем не было достигнуто рекомендуемого соотношения кальция, фосфора и магния, обеспечивающего наилучшее усвоение данных микроэлементов. Подобный дисбаланс увеличивает риск развития заболеваний сердечнососудистой системы, особенно на фоне повышенного потребления жиров, и может привести к нарушениям со стороны костной системы и формированию остеопороза.

Также неблагоприятным является недостаток в рационе девушек железа, который составляет в среднем 20%, что повышает риск развития анемии. В рационах юношей-студентов РГРТА был выявлен лишь дефицит кальция - его недостаток составил 25%; остальные минеральные вещества поступают в достаточных количествах, хотя также не соблюдено соотношение кальция, фосфора и магния. Содержание витаминов по результатам анализа большинства анкет в среднем соответствовало суточным нормам.

Немаловажным и особенно актуальным для студентов является режим питания. Среди студентов обоих ВУЗов, независимо от пола, преобладает 3-х разовое питание - в среднем 55% анализируемых анкет. Четыре раза в день питаются около 20% всех опрошенных; среди студентов РГРТА 30% принимают пищу два раза в день и лишь один человек придерживается пятиразового питания.

Таким образом, питание студентов РГРТА и РязГМУ недостаточно как по основным пищевым веществам, так и по микроэлементам и отличается выраженной несбалансированностью. При этом уровень знаний основ рационального питания невысок независимо от характера получаемого образования. Что касается половой дифференциации, то наиболее приближенными к оптимальным оказались рационы юношей, что возможно связано с меньшей их самостоятельностью в данном вопросе, тогда как рационы девушек характеризуются недостатком ряда питательных веществ. В целом по сравнению с подобными исследованиями, проводившимися в других городах (в частности - в Волгограде, Перми, Кемерово), в питания рязанских студентов имеются все характерные недостатки, хотя более благополучная картина складывается в отношении обеспеченности витаминами. Полученные результаты лишней раз свидетельствует о необходимости повышения знаний студентов в области рационального питания и пропаганды здорового образа жизни.

Е.Е. Груздев, В.А. Кирюшин

ФИЗИОЛОГО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА УСЛОВИЙ ТРУДА РАБОТНИКОВ
ОТДЕЛОЧНОГО ЦЕХА КОЖЕВЕННОГО ЗАВОДА

Кафедра профильных гигиенических дисциплин

В отделочном цехе ЗАО «Русская кожа» выполняется ряд технологических операций, направленных на механическую обработку и сушку кожи крупного рогатого скота. Процессы происходят с использованием различных агрегатов – отжимно-разводных, тянуще-мягчильных машин, вакуумных сушилок, шлифовально-обеспыливающих аппаратов и др. Несмотря на разнообразие техники, в цехе широко используется физический труд, заключающийся не только в обслуживании и управлении станками, но и в ручном перемещении шкур животных, установке их на агрегаты, сортировке продукции и т.д. Воздух рабочей зоны отделочных цехов содержит пыль, образующуюся в процессе шлифования шкур, в концентрациях до 3 мг/м^3 , металлы – марганец

(0,1 мг/м³), железо (0,3 мг/м³), различные углеводороды (до 20), химический состав которых зависит от применяемых красителей, дубителей и т.д. Несмотря на отсутствие превышений предельно допустимых концентраций вредных веществ в воздухе рабочей зоны, они могут оказывать свое биологическое воздействие при увеличении стажа, нарушениях применения средств индивидуальной защиты, сопутствующей патологии у работника.

Параметры микроклимата в цехе: показатели температуры и относительной влажности воздуха находятся на верхней границы нормы – 21,5°С, 59%, при нормативе 22°С и 60%, соответственно. Основную температурную нагрузку дают сушильные машины, выделяющие в воздух при работе большое количество тепла. Оценка освещенности помещений цеха показала, что 5% случаев она ниже требуемых нормативов.

При проведении хронометражных исследований работников отделочных цехов установлена высокая плотность рабочего дня (до 75%). Большую часть сменного времени (20%) рабочие основных профессий (операторы станков и агрегатов) находятся в вынужденной позе, в том числе – физиологически невыгодными наклонами корпуса, составляющие от 100 до 145 раз в смену, с длительным временем пребывания на ногах, перемещениями по цеху, достигающими 6 километров за смену. Работа в отделочном цехе отличается строгой цикличностью, т.к. тесно привязана к техпроцессу, основные производственные операции – укладка шкур на станок, обработка, укладка на соответствующий качеству паллет (сортировка).

Согласно Р 2.2.2006-05 «Гигиенические критерии оценки и классификация условий труда по показателям вредности и опасности факторов производственной среды, тяжести и напряженности трудового процесса» общая оценка тяжести и напряженности труда работников отделочного цеха предприятия: по тяжести «вредный» второй степени, по напряженности «вредный» первой степени.

Проведенная оценка состояния функций дыхания позволила выявить изменения в состоянии организма до начала работы и по ее завершении. Величина жизненной ёмкости лёгких (ЖЕЛ) зависит, в основном, от пола, возраста и роста. Однако, кроме вышеназванных параметров, на величину ЖЕЛ оказывает влияние интенсивность физической работы. Для определения влияния трудового процесса на организм работающих, данные были сопоставлены с должной жизненной емкостью легких (ДЖЕЛ). Анализ полученных данных показал, что ЖЕЛ у работников основных профессий меньше должного объема, в целом на 20%, (оптимальным является отклонение не более чем на 15%). Исследование сердечно-сосудистой системы проводилось путем измерения артериального давления и подсчета частоты пульса в начале работы, середине рабочего дня и в конце смены. Исходя из полученных данных, были рассчитаны показатели – ударный объем, минутный объем, пульсовое давление, показатель качества реакции.

При оценке полученных данных выявлена неблагоприятная реакция ра-

ботников на физическую работу – у 15% рабочих артериальное давление резко снижалось к обеденному перерыву. У 30% работников были обнаружены те или иные сдвиги в функциональном состоянии сердечно-сосудистой системы.

Проведенное кардиоинтервалометрическое исследование позволило оценить степень напряжения регуляторных систем организма – интегральный ответ организма на весь комплекс воздействующих на него факторов, выявить донозологические состояния. Для анализа были взяты семь основных показателей, наиболее полно отражающих происходящие в организме процессы: среднее квадратичное отклонение, резкое снижение которого связывают со значительным напряжением регуляторных систем, RMSSD – показатель активности парасимпатического звена вегетативной регуляции, увеличение которого свидетельствует о повышении активности парасимпатической регуляции, индекс напряжения регуляторных систем – характеризует механизмы симпатической регуляции, мощность высокочастотной составляющей спектра – выявление мощности дыхательных волн, медленные волны первого и второго порядков – показатель состояния системы регуляции сосудистого тонуса и активность симпатического отдела вегетативной нервной системы, аритмия – показатель наличия и выраженности аритмичных сердечных сокращений.

Анализ полученных данных показал значительные изменения в состоянии регуляторных систем: снижение среднего квадратичного отклонения со 120 до 82, увеличение RMSSD с 47 до 157 мс, увеличение числа аритмий с 1% до 5%, показатель активности регуляторных систем (ПАРС) изменился с 2 до 4 при физиологической норме 1-3.

По результатам проведенных исследований – класс условий труда работников отделочного цеха 3.2 (вредный второй степени).

Е.Е.Груздев

ПРИМЕНЕНИЕ АППАРАТНО-ПРОГРАММНОГО КОМПЛЕКСА «ВАРИКАРД»
В ФИЗИОЛОГО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ
Кафедра профильных гигиенических дисциплин

Здоровье населения является одним из главных показателей и целей социально-экономического развития страны. В условиях постоянно развивающегося производства проблема здоровья рабочих становится особенно актуальной. Большой интерес практиков и ученых в настоящее время уделяется исследованию variability сердечного ритма (BCP) – современной методологии и технологии исследования и оценки состояния различных отделов вегетативной нервной системы (ВНС).

Принципиальное различие между здоровым и больным организмом состоит в том, что в первом случае гомеостаз сохранен, во втором – нарушен. Способность организма адаптироваться к условиям окружающей среды резко уменьшается еще до нарушения гомеостаза. В состоянии неудовле-

творительной адаптации он обладает уже настолько сниженными функциональными резервами, что даже небольшие нагрузки (как физические, так и эмоциональные) могут нарушить его неустойчивое равновесие со средой. В целом ВСР рассматривается как результат активации различных регуляторных механизмов, обеспечивающих поддержание сердечно-сосудистого гомеостаза.

Непрерывное совершенствование методологии изучения ВСР связано с бурным развитием компьютерных технологий. Одна из них – аппаратно-программный комплекс «Варикард», состоящий из блока пациента, связанного с персональным компьютером и программного обеспечения, включающего большое число различных средств для анализа ВСР, формирования и ведения баз данных и вывода их в виде заключения, представляющего собой набор основных результатов в виде текстового и графического материала. Для практического применения кардиоинтервалометрии в гигиенической практике ведущее значение имеет физиологическая и клиническая интерпретация полученных результатов, которые могут охарактеризовать степень напряжения регуляторных механизмов при стрессовом воздействии, отразить связь наблюдаемых изменений с тонусом различных отделов ВНС, состоянием сосудистого центра и т.д. Однако общепринятого алгоритма для представления и анализа вариабельности сердечного ритма в настоящее время не существует. Наиболее часто отечественными авторами при проведении анализа вариабельности сердечного ритма используют несколько методов: статистические, геометрические, методы нелинейной динамики, автокорреляционный, спектральный анализ, корреляционная ритмография и др.

Помимо вышеназванных методов, для комплексной оценки вариабельности сердечного ритма, наряду с оценкой отдельных элементов системы управления, используется ещё один – показатель активности регуляторных систем (ПАРС). Он позволяет дифференцировать различные степени напряжения регуляторных систем и оценить адаптационные возможности организма. Вычисление ПАРС осуществляется по алгоритму, учитывающему 5 критериев, которые кодируются по 5-бальной шкале: 1. Суммарный эффект регуляции по показателям частоты пульса. 2. Суммарная активность регуляторных механизмов по среднему квадратическому отклонению. 3. Вегетационный баланс. 4. Активность вазомоторного центра, регулирующего сосудистый тонус, по мощности спектра медленных волн 1-го порядка (LF). 5. Активность вазомоторного центра, регулирующего сосудистый тонус по мощности спектра медленных волн 2-го порядка (VLF).

Использование (О.В.Гревцов, 2005) АПК «Варикард» в физиолого-гигиенических исследованиях на ЗАО «Бройлер Рязани» позволил оценить степень напряжения регуляторных систем под действием физических и эмоциональных нагрузок, эффективность лечебно-профилактических мероприятий, функциональное состояние человека-оператора, прогнозировать функ-

циональное состояние организма при воздействии на рабочего производственных факторов.

В настоящее время проводятся физиолого-гигиенические исследования на ЗОА «Русская кожа» рабочих профессий групп риска по физической составляющей – сортировщиков кожевенного сырья (шкура крупного рогатого скота), выстилальщиков (цех первичной обработки кожевенного сырья), по химическим факторам – отделочники-операторы машин покрывного крашения (работники отделочных цехов), мездрильщики (мездрильный цех).

Литература:

1. Гревцов О.В. Гигиеническая оптимизация условий труда работников промышленного птицеводства: Автореф. дисс... канд. мед. наук. - Рязань, 2005. - 24 с.

О.В. Дмитриева

ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ КОМПЬЮТЕРНЫХ ИГР

Кафедра гигиены и экологии ФПДО с курсом эпидемиологии

Персональные компьютеры и видеодисплейные терминалы в настоящее время встречаются повсеместно – на производстве, в жилых и общественных зданиях, а также, в последнее время, в игровых залах и в игровых автоматах. Стремительное развитие компьютерной техники привело к важным в гигиеническом плане последствиям:

– появлению на рабочих местах пользователей этого нового достижения техники сложных электронных устройств, обладающих не только пространственными свойствами традиционных потребителей электроэнергии промышленной частоты 50 Гц, но и генерирующих внутри себя целый спектр электрических сигналов различной частоты и интенсивности; являющихся потенциальным источником электромагнитного, рентгеновского, инфракрасного и ультрафиолетового излучений;

– стремительному расширению круга пользователей от узких специалистов, имеющих техническое образование, до гуманитариев, и даже детей школьного и дошкольного возраста.

Повсеместное распространение компьютерной техники повлекло за собой появление как медицинских, так и экологических проблем. Астенопия зрительного анализатора, нарушения опорно-двигательного аппарата, стрессовые состояния, функциональные нарушения нервной системы, возможные нарушения репродуктивного здоровья – вот неполный перечень заболеваний и функциональных расстройств, который свойственен некоторым профессиональным пользователям ПК.

Нормативно предотвращение неблагоприятного влияния на здоровье пользователя вредных факторов производственной среды и трудового процесса при работе с профессиональными электронно-вычислительными машинами регламентируется положениями СанПин 2.2.2./2.4.1340-03, ко-

торые определяют санитарно-эпидемиологические требования к «организации рабочих мест с ПЭВМ, производственного оборудования и игровых комплексов (автоматов) на базе ПЭВМ». Но если гигиенические требования к эксплуатации дисплеев, используемых на производстве, в общественных зданиях, в образовательных учреждениях, детализированы и доведены до сведения всех пользователей, то эксплуатация мониторов в быту и в игровых комплексах требует решения многих новых задач.

Вокруг работающего компьютера образуются статические и переменные электромагнитные поля, отрицательно влияющие на пользователя как непосредственно, так и опосредованно: через изменения микроклимата, аэроионного состава воздуха, увеличению концентрации химических загрязнений в зоне дыхания. Уровень электромагнитного поля и, следовательно, неблагоприятное действие его полей на пользователей бытовых ПК усиливается такими факторами как отсутствие надлежащего заземления в жилых зданиях, использование переходников с евrorозетки (без соответствующего заземления), использование различных «переносок», наличие в квартире работающих электрорадиаторов, кондиционеров.

Что касается игровых автоматов, то необходимо детализация регламентов работы для пользователей и для операторов.

В игровых залах часто наблюдается нерациональная расстановка игровых автоматов: уменьшение расстояния между мониторами до 1 м и менее. Размещение игровых автоматов на малых площадях в игровых залах и павильонах, повышенная величина электромагнитных полей, использование модных отделочных материалов повсеместно приводит к изменению микроклимата. В воздухе возможно присутствие таких веществ как стирол, бензол, толуол, формальдегид, хлорированные углеводороды и др. При круглосуточной работе игровых автоматов в помещениях снижается относительная влажность воздуха до 30-40%, повышается температура до 25-26°C, ухудшается аэроионный состав – более 95% помещений игровых автоматов имеют дефицит легких ионов.

Все эти проблемы свойственны и уличным игровым автоматам, но имеют и специфические: в большинстве уличных автоматов на небольшой площади в 5,2 м² располагаются 5 ПЭВМ, задние стенки мониторов обращены в центр зала, где по 12 часов в смену находится оператор. Таким образом, оператор одновременно находится в зоне действия нескольких электромагнитных полей значительное время, что приводит к суммации отрицательного эффекта. Дополнительными источниками ЭМИ в зимний период является электрообогреватель, летом – работающие вентиляторы. Зачастую ПЭВМ – это устаревшие компьютеры на основе электронно-лучевой трубки с более высокими уровнями статистических и магнитных полей. Хронометраж показал, что отдельные игроки, в т.ч. и школьного возраста, могут находиться в залах до 6-8 часов, без всякого перерыва. Кроме того, население близлежащих домов предъявляет жалобы на шум,

особенно в ночные часы.

Таким образом, санитарно-эпидемиологическая экспертиза помещений, оборудования и эксплуатации игровых автоматов на базе ПЭВМ затруднена. Необходима дополнительная регламентация: продолжительности рабочего дня оператора, особенно уличных игровых автоматов, максимальной продолжительности игры для детей школьного возраста, расположения игровых автоматов в зале относительно друг друга и относительно оператора, расположения уличных игровых автоматов относительно жилых зданий.

А.В.Большакова

ОРГАНИЗАЦИЯ ОБРАЩЕНИЯ С ОТХОДАМИ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ В СИСТЕМЕ ПРОФИЛАКТИКИ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Кафедра гигиены и экологии ФПДО с курсом эпидемиологии

Больничные отходы по сравнению с отходами промышленных предприятий от жилых и общественных зданий и от пищевых предприятий, безусловно, образуются в меньшем количестве, но они чрезвычайно сложны по составу и весьма опасны в экологическом и эпидемиологическом плане. Количество больничных отходов имеет устойчивую тенденцию к интенсивному росту во всем мире (например, в Германии в последние годы их масса возросла в 2 раза, а объем в 4). Некоторые компоненты больничных отходов являются токсичными, их нельзя смешивать с твердыми бытовыми отходами. Главная опасность медицинских отходов заключается в большом содержании в них различных химических веществ и патогенных микроорганизмов. Клинические отходы служат посредниками передачи многих инфекционных заболеваний. Патогенные микробы в них могут длительно сохраняться. По литературным данным среднее количество инфицированных отходов составляет до 27 % от общего количества. Чаще всего из отходов ЛПУ высевают бактерии рода *Staphylococcus*, а также бактерии группы кишечной палочки: *E. coli*, *Proteus*.

Ежегодно в России образуется до 1 млн. тонн больничных отходов. Проблема эпидемиологического безопасности при обращении с ними является важной составляющей профилактики внутрибольничных инфекций, т.к. имеется опасность заражения персонала инфекционными заболеваниями. Проблема медицинских отходов чрезвычайно остро стоит не только в России, но и перед всеми странами мира. В США уже зарегистрированы случаи заболевания детей СПИДом после того, как они поиграли выброшенными одноразовыми шприцами и системами для переливания крови. ВОЗ в 1979 году отнесла медицинские отходы к группе опасных и указала на необходимость создания специальных служб по их переработке.

Базельская конвенция в 1992 году выделила 45 видов опасных отходов, список которых открывается клиническими отходами.

В соответствии с действующими СанПиН № 2.1.7.728-99 «Правила сбора, хранения и удаления отходов лечебно-профилактических учреждений» все отходы здравоохранения делятся на пять классов опасности.

Класс А – неопасные отходы лечебно-профилактических учреждений. Сбор в герметичные пакеты белого цвета. Класс Б – опасные (рискованные) отходы лечебно-профилактических учреждений (ОРО). Сбор в герметичные пакеты желтого цвета с маркировкой (надписью). Класс В – чрезвычайно опасные отходы лечебно-профилактических учреждений. Сбор в герметичные пакеты красного цвета с маркировкой (надписью). Класс Г – отходы лечебно-профилактических учреждений, по составу близкие к промышленным. Обращение с этим классом отходов проводится в соответствии с Санитарными правилами № 3183-84. Класс Д – радиоактивные отходы лечебно-профилактических учреждений. Обращение с этим классом отходов проводится в соответствии с Санитарным нормативом № 3938-85.

Система обращения с отходами в медицинском учреждении предполагает наличие следующих компонентов: методики сбора, предварительной обработки, транспортировки, хранения опасных отходов, в соответствии, с которыми действует персонал; требования к качеству и конструкции упаковочных материалов, контейнеров и транспортных средств, соблюдение которых обеспечивает успех системы; правила и инструкции для персонала, имеющего дело с отходами; маркировку и кодовое обозначение упаковки (символы) для идентификации и подразделения, осуществившего сбор отходов; обучение и просвещение персонала; контроль за выполнением всех решений.

Унифицированной программы по вопросам уничтожения отходов нет, поэтому сотрудниками кафедры гигиены и экологии ФПДО с курсом эпидемиологии сделана попытка разработать рабочую программу тематического усовершенствования «Организация обращения с отходами лечебно-профилактических учреждений в системе профилактики внутрибольничных инфекций» и учебное пособие «Эпидемиологическое и экологическое значение отходов лечебно-профилактических учреждений. Система обращения с опасными биологическими отходами». На кафедре для эпидемиологов, главных медицинских сестер, заместителей главных врачей по техническим вопросам проводится цикл «Организация обращения с отходами лечебно-профилактических учреждений в системе профилактики внутрибольничных инфекций» в объеме 72 часов.

Оценивая реальную практику управления медицинскими отходами, приходится констатировать, что специалисты сталкиваются с проблемой эпидемиологической безопасности обращения с отходами, а также с проблемами удаления и уничтожения отходов ЛПУ. В заключение, необходимо отметить, что в нашей стране опасность отходов ЛПУ явно недооценивается, что в значительной мере обусловлено дефицитом информации.

С.В.Головин

ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ И СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ
УЧИТЕЛЕЙ НАЧАЛЬНЫХ КЛАССОВ

Кафедра гигиены и экологии ФПДО с курсом эпидемиологии

В современном мире отмечается тенденция сокращения сферы неквалифицированного труда, структурные изменения в сфере занятости, возрастание потребности в постоянном повышении профессиональной квалификации работников, их профессиональной мобильности. В этих условиях, как указывается в концепции модернизации российского образования, образованию принадлежит решающая роль в процессе перехода России к демократическому и правовому государству, к рыночной экономике и т.д. Образование должно сыграть ключевую роль в обеспечении гуманизации общественно – экономических отношений, консолидации общества, сохранения генофонда нации, стать важнейшим фактором сохранения места России в ряду ведущих стран мира.

Главным субъектом системы образования является педагог, поэтому сохранение и укрепление профессионального здоровья учителей должно стать приоритетным направлением образовательной политики государства и региональных органов власти. От здоровья учителя, и в частности учителей начальных классов, в огромной степени зависит здоровье подрастающего поколения, будущего страны, поэтому в современных условиях интенсификации профессиональной деятельности необходимо разработка мероприятий медико-психологической профилактики и охраны здоровья педагогов.

Здоровье – представляет собой не только биологическую, но и социальную категорию. Критерии оценки здоровья – в способности индивида эффективно осуществлять свои биологические и социальные функции. По определению всемирной организации здравоохранения, здоровье человека – это состояние физического, душевного и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней и физических недостатков.

Состояние профессионального здоровья современного российского учителя начальных классов, вызывает тревогу. Основные неблагоприятные факторы: отсутствие правильного режима дня, отсутствие достаточной физической активности, психоэмоциональные перегрузки, нагрузка на одни и те же центры коры головного мозга, с возникновением застойных очагов возбуждения и неравномерностью кровоснабжения мозга, отсутствие контролирующей здоровье учителей службы, слабая социально-экономическая обеспеченность учителей. Важное значение имеют гигиенические показатели: шум, запыленность, микробную обсемененность, обусловленную особенностями детского коллектива, недостаточную вентиляцию и освещенность, некомфортные микроклиматические условия, не регулярное и не рациональное питание, обусловленное рядом социальных и экономических критериев.

Субъективная оценка учителями начальных классов своего социального и экономического благополучия показывает, что более 90% респондентов отмечает значительные материальные трудности, которые проявляются в

ограничении обеспечения себя и членов своей семьи современными бытовыми приборами, одеждой, приобретением недорогих продуктов питания и т.д. В совокупности с недоступностью квалифицированной медицинской помощи по ряду причин, отмеченных педагогами (дороговизна, перегруженность врачей и т.д.). Возникает неблагоприятная тенденция в отношении состояния здоровья учителей начальных классов. Значительный вклад в эту ситуацию вносит особенность профессиональной деятельности учителей начальных классов – постоянная работа с детьми до 11 лет, которая проявляется в высоком уровне показателей заболеваемости респираторными и детскими инфекциями.

Большая часть учителей начальных классов (60%) отмечает состояние своего здоровья как удовлетворительное, 30% как неудовлетворительное и лишь 10% как хорошее. Профессия педагога это еще и профессия управленческого труда. Учитель вынужден в течение всего дня непрерывно воздействовать на учащихся, сопереживать им и т.д. Такое интенсивное управление учебной ситуацией вызывает стресс руководства. Все это создает неблагоприятный психо-эмоциональный фон, который в ряде случаев может передаваться на учеников. В связи с этим отмечают выраженные субъективные признаки усталости, которые у 20% учителей не исчезают к началу нового рабочего дня.

Несмотря на наличие большого количества проблем социального, экономического, психологического характера педагоги отмечают субъективную удовлетворенность своей работой. Сейчас возникает не только новая, но и принципиально отличная от прежних времен ситуация. В системе рыночных отношений здоровье становится базовым свойством человека, его субъективной ценностью, экономическим фактором, поэтому важнейшая задача – сформировать комплекс медико-социальных, экономических, психологических мероприятий по укреплению и поддержанию на должном уровне здоровья и условий жизни и работы учителей.

Е.Л.Сенькина, А.Н.Фомичкин

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ЗА 2005 г. В
г.РЯЗАНИ И РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Кафедра гигиены и эпидемиологии ФПДО с курсом эпидемиологии

Проблема ВИЧ/СПИДа признана как одна из наиболее серьезных угроз человечеству. Один из главных аргументов – распространение этой инфекции не удалось пока стабилизировать. Число инфицированных растет и поражает, прежде всего, трудовые ресурсы. Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ/СПИД инфекции в г.Рязани и Рязанской области остается напряженной. Из 15 областей Центрального Федерального округа Рязанская область по абсолютному количеству инфицированных занимает 6 место после Московской, Тверской, Ивановской, Тульской областей и г.Москвы. В 2005

г. выявлено 152 ВИЧ инфицированных жителя Рязанской области, что в 1,2 раза больше, чем в 2004 г. Общее количество ВИЧ – инфицированных на 31.12.05 г. составило 1745 человек или 144,9 на 100 тыс. населения (но РФ 230,5 на 100 тыс. населения).

В отчетном году случаи ВИЧ-инфекции регистрировались в 17 районах области. В целом по районам области показатель заболеваемости по сравнению с предыдущим годом не изменился, в то время как по г.Рязани увеличился в 1,4 раза (242,5 на 100 тыс. 2005 г.). Наиболее пораженными в области являются: Скопинский р-н, (267,1 на 100 тыс.) г.Рязань, Захаровский (192,3 на 100 тыс.), Пронский (167,6 на 100 тыс.), Рязанский (101,7 на 100 тыс.) районы. Не регистрировались случаи ВИЧ-инфекции в Ермишинском, Клепиковском, Новодеревенском, Спасском, Шацком, Старожиловском, Ухоловском, Путятинском районах.

По-прежнему, большую часть ВИЧ-инфицированных (61,7%) составляют лица без определенных занятий. Их доля в общей структуре инфицированных возросла до 55% в 2005 г. (2004 г. – 51,2%). В тоже время доля ВИЧ инфицированных студентов ВУЗов и техникумов снизилась с 5,7% в 2004 г. до 4,5% в 2005 г., а для работающих с 37,4 до 32,2%. Самый высокий показатель инфицирования в возрастной группе 15-19 лет (31,0 на 100 тыс. населения данного возраста), что связано с ростом полового пути передачи ВИЧ-инфекции среди школьников и учащихся ПТУ. Молодежь в возрасте 15-29 лет составляет 85,8% всех выявленных носителей ВИЧ. В 2005 г. темпы прироста возросли во всех возрастных группах, за исключением группы 40-49 лет. Продолжает увеличиваться количество ВИЧ-инфицированных, заразившихся половым путем. В отчетном году половым путем заразилось 76,0% выявленных ВИЧ-инфицированных против 66,8% в 2004 г. В то же время уменьшилось количество лиц, заразившихся при в/в употреблении наркотиков 32,6% (в 2004 г. до 23,8% в 2005 г.). Растет количество ВИЧ-инфицированных женщин. Их доля по сравнению с прошлым годом возросла на 7,2%. 93,6% женщин заразились половым путем. Изменилось соотношение женщин и мужчин с 1,2 : 1 в 2004 г. до 1,7 : 1 в 2005 г. В целом, соотношение женщин и мужчин составляет 1 : 2,6. Умер 201 ВИЧ-инфицированный, в т.ч. 56 человек в отчетном году против 36 человек в 2004 г.

В ближайшее десятилетие ожидается всеобщий охват населения распространением ВИЧ, с преимущественной передачей половым путем. Следовательно, увеличится количество детей, рожденных от ВИЧ инфицированных матерей. В 2005 г. в Рязанской области таковых 84 ВИЧ инфицированных женщин. Их доля по сравнению с прошлым годом возросла на 7,2% (с 55,3% до 62,5%).

А.В.Анашкина

МЕТОДИКА ИТОГОВОГО ТЕСТИРОВАНИЯ СТУДЕНТОВ

Кафедра гигиены и экологии ФПДО с курсом эпидемиологии

В соответствии с Законом Российской Федерации от 22 августа 1996 г. №125-ФЗ «О высшем и послевузовском профессиональном образовании» итоговая государственная аттестация выпускников, завершающих обучение по программам высшего медицинского и фармацевтического образования, является обязательной. Итоговая государственная аттестация выпускников проводится в форме итогового междисциплинарного экзамена по специальностям, осуществляется поэтапно и включает следующие аттестационные испытания: проверку уровня освоения практических умений; проверку уровня теоретической подготовленности путем тестового экзамена на безмашинной или компьютерной основе; оценку умений решать конкретные профессиональные задачи в ходе обследования.

К итоговой аттестации допускаются студенты, завершившие полный курс обучения по соответствующей специальности и сдавшие установленные учебным планом зачеты и экзамены. При традиционном контроле знаний в виде экзаменов по билетной системе с решением ситуационных задач, который завершает этап обучения, уровень знаний и умений студента оценивается по его ответу, т.е. по умению студента рассказать. Но, не всегда учитывается, что некоторые студенты, обладая достаточно хорошим и полным багажом знаний, не умеют связно и полно дать устный ответ на поставленный вопрос, вследствие высокой эмоциональности, волнения, нервного напряжения и т.д.

В педагогической методологии преподавания нашли отражение различные методы обучения (практические занятия, семинарские занятия, ролевые игры, самостоятельное изучение материала и т.д.). В ГОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П.Павлова Росздрава» проверка уровня теоретической подготовленности осуществляется комплексно, включая и тестовый контроль. Тестовый контроль знаний проводится в виде рубежного контроля, который оказывает основное влияние на управление учебным процессом и является не только качественным показателем уровня знаний (в виде оценки), но и количественным показателем (отражая объем полученных знаний). Также тестовый контроль проводится и в виде итоговой аттестации по завершению обучения по специальности.

Тестовый контроль осуществляется как с использованием ЭВМ, так и на безмашинной основе. В зависимости от объема пройденного материала тестовый контроль может содержать от 20 до 100 вопросов, число правильных ответов вариабельно (1-4). Для выполнения тестового контроля студентам предоставляется от 20 до 60 минут, временной показатель устанавливается в зависимости от объема тестового контроля. Результатом тестового контроля является качественная оценка «зачет» - «не зачет». Критерием оценки результата теста является процентное соотношение правильных

и неправильных ответов: при количестве правильных ответов свыше 71% тестовый контроль рассматривается как «зачет».

В заключении можно сказать, что, получая удовлетворительные результаты от применения тестовых методик, нельзя забывать и о традиционных формах организации учебного процесса. Тест – лишь один из методов, который полезно применять как итоговую форму оценки результатов обучения. Однако в последние годы все большее значение приобретают задания в тестовой форме как наиболее современная передовая форма обучения.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ УПРАВЛЕНИЯ АПТЕЧНОЙ СЛУЖБОЙ И ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ В РЫНОЧНЫХ УСЛОВИЯХ, ИЗЫСКАНИЕ НОВЫХ СПОСОБОВ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ЛЕКАРСТВ И ИХ АНАЛИЗ

Н.С.Ерофеева, В.И.Коноплёва, В.В.Старикова, А.А.Шубкина
АЛЬТЕРНАРИЯ ГВОЗДИКОЛЮБНАЯ – ПАРАЗИТ РАСТЕНИЙ РОДА OTITES
ADANS

Кафедра фармакогнозии с курсом ботаники

В настоящее время всё острее стоит вопрос о расширении сырьевой базы лекарственных растений, изучении перспективных растений Флоры России для возможного использования их как лекарственных. Одним из таких перспективных растений является Ушанка мелкоцветковая (Смолёвочка мелкоцветковая) (*Otites parviflora* Grossh.) семейства Гвоздичные (*Caryophyllaceae* Juss.). Это растение содержит среди прочих биологически активных веществ фитоэкдистероиды (аналоги гормонов линьки насекомых), уникальные регуляторы синтоксических и кататоксических программ адаптации человека (В.Н.Дармограй и соавт., 1999-2005).

Для всестороннего изучения этого растения проводилось также анатомо-морфологическое исследование. В его ходе обнаружили, что бутоны мужских и особенно женских цветков поражены неизвестным вредителем или паразитом. Чашечки поражённых цветков увеличены в размерах, вздуты, содержимое цветка (лепестки, генеративная сфера) разрушено, можно видеть только чёрный, с фиолетовым оттенком мелкий порошок. При микроскопическом исследовании на листьях и чашечках растения обнаружили образования неизвестной природы. Явно не родственные растению, т. е. не похожие на волоски, желёзки и прочие трихомы растений.

Совместно с кафедрой микробиологии были проведены дополнительные эксперименты, в ходе которых выяснили, что паразит, поражающий Ушанку мелкоцветковую является несовершенным грибом рода Альтернария. При приготовления смыва использовался стандартный фосфатный буферный раствор рН 7,0. Посев производился на питательный агар (среда № 1) и на среду Сабуро (среда № 2). Среда Сабуро является базовой для выра-

щивания грибов. Именно на ней наряду с обычными несовершенными грибами (*Aspergillus niger* v. Tiegh; Reper; Fennell, 309) выросли колонии неизвестного гриба.

Далее они были выделены и при культивировании на среде Сабуро получены чистые колонии красного цвета. В ходе определения подтвердили, что они принадлежат несовершенным грибам рода Альтернария. При микроскопическом исследовании выяснили и вид – это Альтернария гвоздиколюбная (*Alternaria dianticola* Neerg.; Neergard, 189; Ellis, 479.). От других видов данного рода его отличают следующие признаки. Гифы от бесцветных до бледно-жёлтых с оливковым оттенком, 1-6 мкм толщиной. Конидиеносцы одиночные или в группах, более или менее восходящие, обычно простые, иногда ветвистые, прямые или извилистые, цилиндрические, с перегородками, бледно-оливково-коричневые, до 150 мкм длиной, 4-6 мкм толщиной. Конидии обычно в цепочках, по 4-5, прямые или согнутые, обратнобулавовидные или цилиндрические, клювовидные, бледно-оливково-коричневые, гладкие, с числом поперечных перегородок до 14, с 1 или 2 продольными косыми перегородками, с перетяжками, 55-130 (93) мкм общей длины, 10-16 (13) мкм толщиной, с шейкой той же окраски, что и тело конидии, 3-6 мкм толщиной, иногда утолщённой на верхушке.

Отмечено, что на растениях обычно вызывает гниль почек. На листьях, стеблях и почках образуются беловатые или бледно-коричневые, тёмно-окаймлённые, обычно овальные пятна 5-10 мм длиной, иногда сливающиеся, из-за шероховатого опушения стеблей растения *Otites parviflora* Grossh. эти пятна малозаметны. Цветочные почки буреют и разрушаются. Гриб вызывает также выпадение семян. Было выяснено, что ранее Альтернария гвоздиколюбная отмечалась только на представителях рода *Dianthus* L., на растениях рода *Otites* Adans. отмечен впервые.

Л.В.Корецкая

ОРГАНИЗАЦИЯ СНАБЖЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ БОЛЬНИЦ И АПТЕК ТУНИССКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Кафедра управления и экономики фармации с курсом фармации ФПДО

С целью совершенствования учебного процесса с иностранными студентами фармацевтического факультета нами изучается организация лекарственного обеспечения лечебно-профилактических и аптечных учреждений в арабских странах – Марокко, Тунисе. В данном фрагменте исследования представлено состояние вопроса в Тунисской Республике.

Распределение лекарственных средств в Тунисе находится в зависимости от того, является ли продукция импортной или местного производства, предназначена она для больничного или аптечного сектора.

Снабжение импортными лекарственными средствами больничного сектора осуществляет Центральная аптека Туниса (ЦАТ), доля рынка которой по отношению к рынку лекарственных средств страны составляет около 80%.

ЦАТ создает «Резерв больниц» («Reserve des Hôpitaux») из расчета среднего национального потребления в течение трех месяцев. «Резерв больниц» создается путем ежегодного объявления международного тендера. Этот метод закупок лекарственных средств позволяет сдерживать цены и сохранить бюджетное равновесие больничных и государственных структур.

Помимо «Резерва больниц», находящегося в районе столицы Туниса, ЦАТ имеет пять филиалов для снабжения больничного сектора в городах: Тунис (TUDIPHARMA), Сусс (SODIPHAC Hôpitaux), Сфакс (SERPHARMA Hôpitaux), Гафса (Gafsa Hôpitaux), Ле Кеф (Kef Hôpitaux).

Филиалы создают запас лекарственных средств на период от одного до двух месяцев и играют роль посредников между Национальным резервом, находящимся в столице, и учреждениями здравоохранения страны. Торговая наценка на лекарственные средства для учреждений здравоохранения утверждена в размере 10%. Оплата осуществляется перечислением в срок до 90 дней от даты отгрузки.

Снабжение лекарственными средствами аптечного сектора осуществляется двумя способами: по взаимному соглашению с поставщиками и посредством тендеров. Товародвижение в аптечном секторе осуществляется в три стадии:

- импорт лекарственных средств. В соответствии с Декретом № 91-555 от 20.04.1991 ЦАТ является единственным импортером фармацевтической продукции, включенной в главу 30 таможенного преискуранта. За счет импортных закупок ЦАТ создает «Резерв аптек» («Reserve des officines»), находящийся также в районе столицы;

- распределение лекарственных средств в оптовом звене. В Тунисе существуют 46 оптовых фармацевтических фирм, три из которых подведомственны ЦАТ и находятся в городах:

- Тунис (DISTRIPHAR),
- Сусс (SODIPHAC Public),
- Сфакс (SERPHARMA Public);

- розничная продажа. В Тунисе функционирует около 1400 частных аптек, расположенных равномерно по всей территории страны. Аптеки могут иметь филиалы, так ЦАТ имеет восемь филиалов. Эти филиалы открываются в малопосещаемых и удаленных зонах, по требованию местных и региональных властей или по соглашению Министерства здравоохранения и Ассоциации фармацевтов.

Наценка импортера (ЦАТ) на лекарственные средства утверждена в размере 10,5%, наценка оптовых фирм – 8,7%. Торговая наценка аптеки имеет уровни 42,9%, 38,9%, 35,1% или 31,6% в зависимости от диапазона цен на лекарственные средства (чем выше цена лекарственного средства, тем ниже уровень наценки). Срок оплаты в аптечном секторе зависит от типа покупателя, так аптеки оплачивают заказ в течение 30 дней, оптовые покупатели – в течение 65 дней (срочные заказы – в течение 15 дней).

Распределение лекарственных средств местного производства (42,7% фармацевтического рынка) осуществляется тремя путями: прямая продажа лекарственных средств местного производителя оптовым фирмам; закупка через ЦАТ; закупка через консигнационный склад местного производителя.

Таким образом, в Тунисской Республике существует четкая система снабжения лекарственными средствами больничного и аптечного сектора, используются современные методы оформления договорных отношений, дифференцированная система торговых наценок препятствует закупкам аптеками только дорогостоящих лекарств.

М.С. Назарова

ИЗУЧЕНИЕ АССОРТИМЕНТА БОЛЬНИЧНОЙ АПТЕКИ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Кафедра управления и экономики фармации с курсом фармации ФПДО

С уверенностью можно сказать, что успех лечения складывается из трёх основных составляющих: квалификации врача, стремления к лечению Самого пациента и обеспечение наличия эффективных ЛС. В реализации последнего пункта при лечении в стационаре ведущая роль принадлежит аптеке ЛПУ. Предметом исследования ассортимента стала больничная аптека Владимирского областного ГУЗ "Областная психиатрическая больница № 4", функционирующая как структурное подразделение стационара с марта 2004 г. Структурно "ОПБ № 4" состоит из 14 лечебных отделений, в двух из которых выделены боксы с койками (по 90 в каждом) для туберкулёзных больных, имеется инфекционное отделение, отделение для подростков на 60 коек, отделение для проведения принудительного лечения с усиленным наблюдением – единственное в области, два отделения геронтологического профиля, по 60 коек каждое. Общий коечный фонд составляет 900 коек. Возраст пациентов составляет от 18 до 92 лет.

Ассортиментная политика аптеки формируется с учетом специфической направленности ЛПУ и в соответствии с формулярным перечнем, который включает более 400 наименований медикаментов по МНН и ИМН.

Основными поставщиками являются такие оптовые фирмы, как ООО "Биотек", ЗАО "Шрея", ЗАО "ЦВ Протек-8" (Иваново), ООО "Дойче Ленд" (Москва), ООО "Унифарма" (Москва), ООО "Сан-Винчерс", ООО "Хиравтрейд". Приобретение дорогостоящих препаратов осуществляется на конкурсной основе, что позволяет значительно экономить бюджетные средства, например, по тендеру закупается препарат "Рисполет" у фирмы "Евро-Сервис".

Основным источником финансирования является поступление денежных средств из бюджета (700 тысяч рублей в месяц).

Номенклатура ЛС, закупаемых больничной аптекой ВОГУЗ "ОПБ № 4", изучалась за первый квартал 2006 года. При исследовании была использована классификация лекарственных препаратов, предложенная в справочники Машковского. Были получены следующие результаты (табл. 1).

Номенклатура всех ЛС, закупленных больничной аптекой за исследуемый период составила 307 наименований, из них используемых для лечения специфических для данного ЛПУ заболеваний – 63 препарата (20,5 %).

На прочие препараты (анальгетики, противокашлевые, противорвотные, антигистаминные, местноанестезирующие, слабительные, средства, улучшающие мозговое кровообращение, гипотензивные, антиагреганты, антикоагулянты, гормоны, витамины, гормоны, аминокислоты, антигипоксанты, препараты железа) приходится 244 наименования (79,5 %).

Соотношение пероральных (206) и парентеральных лекарственных форм (103) составило 2 : 1.

Таблица 1

Номенклатура ЛС, используемых для лечения психических заболеваний

Группы препаратов		Количество наименований	Процентное соотношение
Психотропные	Нейролептики	22	34,9
	Транквилизаторы	7	11,1
	Седативные	4	6,3
	Антидепрессанты	6	9,5
	Препараты лития	2	3,2
	Ноотропы	6	9,5
	Стимуляторы ЦНС	4	6,3
	Итого психотропных	51	81 %
Противосудорожные		7	11,1 %
Препараты для лечения паркинсонизма		5	7,9 %
ИТОГО		63	100 %

Соотношение препаратов отечественного и импортного производства составляет 1,37:1. Что касается соотношения оригинальных препаратов и дженериков, то преобладают последние, что можно объяснить их более низкой стоимостью. Резко выраженной сезонности нет, в период эпидемии гриппа увеличивается количество противовирусных препаратов, весной – витаминных (компливит, ундевит, гексавит, ревит, аскорбиновая кислота).

Большую долю препаратов для лечения соматических заболеваний можно объяснить следующими факторами:

- ВОГУЗ "ОПБ № 4" является многопрофильным стационаром, в котором функционирует единственные в регионе для лиц с психическими расстройствами инфекционное и 2 психотуберкулёзных отделения;

- возраст подавляющего большинства лиц составляет от 70 лет и старше. Естественно, что такой контингент характеризуется наличием помимо психических ещё и висцеральных патологий (в среднем на одного больного с психическим расстройством приходится 3,2 коморбидных сомато-невроло-

гических заболеваний).

Н.Г.Селезнев, М.В.Пахомова, Р.М.Стрельцова
ВНЕДРЕНИЕ НОВЫХ И РАСШИРЕНИЕ ОБЛАСТИ ПРИМЕНЕНИЯ
СУЩЕСТВУЮЩИХ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ ВЕЩЕСТВ В ПРОИЗВОДСТВЕ
ГОТОВЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ
Кафедра фармацевтической технологии

В создании современных лекарственных средств (ЛС) большое значение имеют не только свойства субстанции, но и научно-обоснованный выбор вспомогательных веществ (ВВ). Вспомогательные вещества не должны проявлять токсического и алергизирующего действия на организм. Они должны способствовать обеспечению требуемого терапевтического эффекта при использовании минимальной дозы лекарственного вещества. Они не должны взаимодействовать с лекарственными и другими вспомогательными компонентами, с материалом упаковок и ухудшать органолептические свойства препаратов. В РФ перечень утвержденных ВВ составляет всего 83 наименования, из них 20 соединений являются одновременно и субстанциями.

В связи с вышеизложенными обстоятельствами расширение ассортимента ВВ, сфер приложения для реализации лечебного свойства субстанции ЛС и создания рациональных лекарственных форм представляется весьма актуальным. В качестве объектов исследования использованы три группы социально значимых лекарственных препаратов: нейролептики, антибиотики, сердечные средства. Препараты представлены наиболее распространенными лекарственными формами: ампулированными растворами, таблетками.

Для растворов с легкоокисляющимися веществами (ЛОВ) актуален выбор ВВ, учитывая, что все они представляют собой химические вещества и могут изменить рН, окраску раствора, токсико-фармакологические показатели. Нами для стабилизации растворов аминазина, дипразина, пропазина впервые предложена тиомочевина в качестве ВВ. В ней удачно сочетаются восстановительные свойства и способность связывать в хелатные комплексы ионы металлов, как катализаторов процесса окисления. Рассчитана рабочая концентрация в количестве 0,2% тиомочевины, исходя из ее расхода на связывание кислорода растворителя и кислорода воздушного слоя ампулы. Разработанная новая технология не изменяла фармакокинетику действующих веществ, острую токсичность растворов. В физиологических концентрациях новый состав раствора не нарушал свертывающую функцию крови, не вызывал гемолиз эритроцитов. Клиндамицина гидрохлорид обладает горьким вкусом и раздражающим действием. Кроме того, с учетом обеспечения всасывания антибиотика в желудке, таблетки клиндамицина гидрохлорида покрывались пленочным желудочнорастворимым покрытием.

В качестве основы покрытия изучались пленкообразующие материалы,

производные целлюлозы: метилоксипропилцеллюлоза (МОПЦ) и метилцеллюлоза (МЦ) для получения желудочнорастворимого покрытия. В качестве растворителя для пленкообразователей применяли смесь хлористого метилена и этилового спирта в соотношении 9:1. Для покрытия таблеток использовалась установка псевдооживленного слоя. После покрытия средняя масса таблеток клиндамицина гидрохлорида увеличилась в среднем на 3%.

В процессе покрытия не происходила инактивация антибиотика и ухудшение качества таблеток. Содержание остаточных растворителей в таблетках клиндамицина гидрохлорида составляло не более 0,02%, что свидетельствует об их практическом отсутствии.

Существующие технологии таблеток с сердечными гликозидами включают стадию влажного гранулирования, которая имеет ряд недостатков. С помощью специальных композиций ВВ нами разработана технология прямого прессования негранулированных порошков. Здесь превалирующую роль имеет предложенная нами микрокристаллическая целлюлоза (МКЦ). Она имеет полифункциональное значение, играет одновременно роль разбавителя, разрыхлителя, обладает смазывающим действием, повышает прессыемость таблеточной смеси. Так, добавление 5% МКЦ к смесям целанида с лактозой повышает сыпучесть с 3,01 г/с до 4,18 г/с, прессыемость возрастает с 30,28 Н до 38,91 Н. Аналогичная картина характерна также при использовании смесей с сахарозой и кальция фосфатом двузамещенным.

А.Н.Николашкин, Д.М.Попов

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЭКСТРАКЦИОННЫХ
ФИТОПРЕПАРАТОВ

Кафедра фармацевтической технологии

Производимые в Российской Федерации лекарственные средства (ЛС) должны быть качественными, эффективными и безопасными. На выполнение этих требований направлен комплекс мер, в том числе принятие федеральной программы, с целью повышения качества ЛС и усиления борьбы с появлением на рынке фальсифицированных лекарств.

Вопрос повышения качества фитопрепаратов является достаточно актуальным. Это связано, с одной стороны, с расширением ассортимента фитопрепаратов, их большим спросом у населения, увеличением количества фармацевтических предприятий – изготовителей фитопрепаратов. С другой стороны, стандартизация лекарственных препаратов из растительного сырья не в полной мере отвечает современным требованиям, предъявляемых Государственными стандартами качества лекарственных средств.

На примере экстракционной формы из травы сушеницы топяной – настойки разработан комплексный подход к обеспечению качества конечного готового продукта. Он включает разработку показателей качества травы сушеницы топяной, как сырья для получения настойки, разработку оптимального варианта ее технологии с постадийным контролем, установ-

ление показателей качества настойки как готового продукта и обоснованного срока годности.

В результате исследований нами были уточнены старые и внедрены новые диагностические признаки травы сушеницы топяной. Представлены количественные характеристики основных анатомо-диагностических признаков растения. Предложен и усовершенствован метод количественного определения с расчетом суммы флавоноидов в траве сушеницы топяной по удельному показателю поглощения стандартного образца гнафалозида А.

Разработаны технология производства настойки сушеницы топяной и параметры качества в соответствии требований нормативных документов, предъявляемых к настойкам. Определены контрольные точки технологического процесса, где осуществляется контроль технологический, химический, физический, микробиологический. Методом ТСХ доказана идентичность состава полученной настойки сырью и экстемпорально изготавливаемой форме – настою. Разработана методика количественного определения флавоноидов в настойке.

Для наблюдения за стабильностью и определения срока годности настойки сушеницы топяной нами были изготовлены пять серий настоек и заложены на хранение в условиях, регламентируемых ГФ. Через нормативные сроки настойки анализировали по разработанным нами показателям качества. Через шесть месяцев хранения (время наблюдения) настойки соответствовали всем исходным показателям. Так, сухой остаток составлял от 1,5 до 2,0%, содержание спирта от 65 до 69%, содержание флавоноидов составляло от 0,05% до 0,08%. Микробиологическая чистота соответствовала требованиям ГФ XI изд., Изменениям №3 (категория ЗБ).

Н.А.Семушкина, Д.М.Попов

К ВОПРОСУ СТАНДАРТИЗАЦИИ ВОДНЫХ ИЗВЛЕЧЕНИЙ ИЗ КОРЫ КРУШИНЫ.

Кафедра фармацевтической технологии

Несмотря на достигнутые успехи в области синтеза лекарственных веществ, лекарственные растения остаются важным источником для получения лекарственных препаратов. Известно примерно 2,5 млн. видов цветковых растений, из которых изучены и используются только 2,5 тыс. видов. Это свидетельствует об огромном потенциале лекарственных растений для производства лекарственных препаратов. К медицинскому применению разрешено около 260 видов лекарственно-растительного сырья (ЛРС), из которого преимущественно готовятся настои и отвары.

Для изготовления водных извлечений применяются все морфологические группы сырья; наиболее часто используются листья, травы, плоды и подземные органы растений. Формы выпуска лекарственного растительного сырья различны. В настоящее время на фармацевтическом рынке значительно возросла доля фасованного измельченного растительного сырья в

пачках и фильтр-пакетах для изготовления водных извлечений в домашних условиях по технологии, приведенной на упаковке. Эти формы выпуска наиболее удобны для потребителя, т. к. обеспечивают легкость и быстроту приготовления настоев и отваров. Одновременно отмечают и случаи их неблагоприятного воздействия на организм человека, что связано с недостаточным контролем за подлинностью и качеством используемого сырья.

В фармакопейных статьях предприятий-изготовителей не нормируется полнота экстракции и высвобождения действующих веществ из фильтр-пакетов в рекомендуемый объем растворителя. Также отсутствуют методики определения действующих веществ непосредственно в полученных водных извлечениях из фильтр-пакетов, в настоях и отварах. Нами для отвара коры крушины и извлечения из фильтр-пакета с корой крушины впервые предложена методика определения содержания антраценпроизводных в указанных извлечениях. На первом этапе анализа проводится обработка проб отвара или извлечения из фильтр-пакета 10% раствором натра едкого с нагреванием на кипящей водяной бане с обратным холодильником 30 мин с последующим фильтрованием обработанного извлечения (раствор А). На втором этапе 20 мл раствора А используют для дальнейшего определения антраценпроизводных по методике для сырья щавеля конского.

Содержание антраценпроизводных в пересчете на франгулоэмодин в отваре в процентах вычисляют по формуле:

$$X = D \times 500/465$$

Содержание антраценпроизводных в пересчете на франгулоэмодин в извлечении из фильтр-пакетов в процентах вычисляют по формуле:

$$X = D \times 1000/465, \text{ где}$$

Д – оптическая плотность анализируемого раствора;
465 – удельный показатель поглощения продуктов реакции взаимодействия франгулоэмодина со щелочно-аммиачной смесью.

О.Б.Серегина, Н.Б.Леонидов, Н.Г.Селезнев

ПРИМЕНЕНИЕ SPIROSTOMUM AMBIGUUM В КАЧЕСТВЕ ТЕСТ-ОБЪЕКТА ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ БИОНЕЭКВИВАЛЕНТНОСТИ ПОЛИ-МОРФНЫХ МОДИФИКАЦИЙ 6-МЕТИЛУРАЦИЛА

Кафедра фармацевтической технологии

В последние годы усиливается интерес к использованию простейших в качестве альтернативных биологических тест-объектов для скрининговой оценки и экспресс-прогноза общетоксического действия и специфической активности лекарственных веществ. Их перспективность была показана для решения разнообразных задач фармакологии, токсикологии, экологии,

биофармации и фармацевтической технологии.

Так, инфузории вида *Paramecium caudatum* были применены как тест-объекты для биологической стандартизации лекарственных веществ антиоксидантного и мембраностабилизирующего действия. Было показано, что парамеции, позволяют выявить общие закономерности соотношения между биоактивностью и токсичностью на уровне клетки, являющейся первоначальной мишенью действия субстрата. Их применение для выявления бионезквивалентности местных анестетиков дикаина и леокаина – химических эквивалентов, являющихся разными полиморфными модификациями тетракаина гидрохлорида показало, что пороговая концентрация леокаина на два порядка ниже, чем у дикаина, тем самым, подтвердило его повышенную специфическую активность. Однако парамеции как тест-объект оказались недостаточно чувствительны при изучении бионезквивалентности бетамецила и метилурацила – химических эквивалентов, представляющих собой две полиморфные модификации простейшего аналога пиримидиновых оснований нуклеиновых кислот 6-метилурацила. Эти лекарственные вещества обладают ранозаживляющим, противовоспалительным, гемостатическим и биостимулирующим действием.

С целью повышения чувствительности в качестве тест-объекта нами были выбраны инфузории вида *Spirostomum ambiguum*, как наиболее информативная и удобная модель, на которой легко наблюдать функциональные и структурные изменения. Метод доступен, хорошо воспроизводим, не требует больших затрат для проведения в обычных экспериментальных лабораториях, позволяет давать качественную и количественную оценку.

Применение *Spirostomum ambiguum* для наших целей является предпочтительным, так как в среде культивирования не содержится органических компонентов и проявляется большая стабильность ответной реакции организма, детерминированная двухдневным циклом развития этого вида инфузорий.

При изучении бионезквивалентности бетамецила и метилурацила определили время экспозиции спиростом в сравниваемых растворах от 30 минут до 24 часов. Предварительно было установлено, что минимально действующей на спиростомы концентрацией обеих модификаций 6-метилурацила является 0,4%. Время наблюдения 5 минут.

При экспозициях спиростом до 60 минут никаких изменений скорости и характера движения, а также формы тела не наблюдается. При экспозиции 60 минут явно видно различие в изменении скорости движения спиростом, что свидетельствует о наличии бионезквивалентности химически идентичных модификаций. Изменений в характере движения и форме тела спиростом при этом времени экспозиции нет. Индекс двигательной активности (I) спиростом в растворе метилурацила (I_M) составляет 0,78, а – в растворе бетамецила $I_B = 0,65$. При экспозиции спиростом в исследуемых растворах в течение 3 часов, наблюдается не только изменение их двигательной ак-

тивности, но и первые незначительные изменения в характере движения (вращательные и маятникообразные движения). Изменение формы тела проявляется при экспозиции в течение 6 часов в виде расширения нижней части тела инфузории.

При экспозиции 24 часа $I_M = 36,5 \pm 1,9$, а $I_B = 12,8 \pm 1,25$, $\Delta I = 23,7 \pm 3,2$ ($p < 0,001$). Таким образом, разработанная методика может быть использована для биостимулирующих препаратов при отработке технологии их получения и посерийном контроле, а также в учебном процессе при изучении биологических свойств полиморфных модификаций лекарственных веществ.

З.Ф.Громова, М.Ф.Яковлева

К ВОПРОСУ ОБ ОТРАВЛЕНИЯХ АЛКОГОЛЕМ И ЕГО СУРРОГАТАМИ В РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Кафедра фармацевтической и токсикологической химии
с курсом органической химии

Бюро судебно-медицинской экспертизы Рязанской области

Алкогольные отравления в течение многих лет занимают ведущее место среди бытовых отравлений в нашей стране по абсолютному числу летальных исходов. Помимо острых отравлений алкоголем, связанных обычно с приемом этилового спирта или напитков, содержащих более 12% этанола, часто встречаются отравления суррогатами алкоголя. Суррогаты алкоголя подразделяются на две группы: суррогаты, приготовленные на основе этилового спирта и содержащие различные примеси (гидролизный спирт, денатурат, содержащий примесь метанола и альдегидов, клей БФ, содержащий ацетон, политура – технический спирт, содержащий примеси бутилового, амилового спиртов и ацетон и др.); метиловый спирт и этиленгликоль.

Совместно со специалистами Бюро судебно-медицинской экспертизы проведен мониторинг отравлений алкоголем, его суррогатами и техническими жидкостями в г. Рязани и районах Рязанской области за 2003-2005 гг. При этом использовались архивные документы БСМЭ. Установлено, что за данный период в Рязанской области зарегистрировано в 2003 г. 96 случаев отравлений этанолом, его суррогатами и техническими жидкостями, в 2004 г. – 153 случая, в 2005 г. – 328 случаев. Можно отметить заметное увеличение числа случаев интоксикаций изучаемыми группами токсических веществ за анализируемый период. При этом количество смертельных отравлений этанолом у мужчин выше, чем у женщин, а в возрастных группах от 30-50 лет и более 50 лет выше, чем в группе до 30 лет. Проведен анализ отравлений суррогатами этанола и техническими жидкостями в городе Рязани и районах Рязанской области. Результаты представлены в таблице.

Таблица

Отравления группами суррогатов алкоголя и техническими жидкостями
в г. Рязани и районах области за период 2003-2005 гг.

Год	Суррогаты алкоголя и технические жидкости				
г. Рязань	метанол	ацетон	ацетон + изопропанол	другие тех- нические жидкости	Всего
Районы об- ласти					
2003 год	6	5	2	15	28
	4	-	-	8	12
2004 год	3	10	20	16	48
	3	16	2	6	27
2005 год	7	37	27	10	81
	5	29	7	6	47

Согласно данным, приведенным в таблице, отмечается рост числа отравлений суррогатами алкоголя (в частности метанолом) и техническими жидкостями (в частности изопропанолом и ацетоном) в г. Рязани и районах области за период 2003-2005 гг. Из других технических жидкостей и суррогатов алкоголя встречаются отравления этиленгликолем, бутилацетатом, пропанолом, изобутанолом, бутанолом, толуолом, изопентанолом, пентанолом, хлороформом, дихлорэтаном.

Г.Ю.Чекулаева, М.М.Вознесенская, И.В.Сударикова

ВЫДЕЛЕНИЕ И ХИМИКО-БИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЛИСАХАРИДОВ СОЦВЕТИЙ ЛИПЫ СЕРДЦЕВИДНОЙ И СЛОЕВИЩ ЛАМИНАРИИ

Кафедра фармацевтической и токсикологической химии
с курсом органической химии

В настоящее время наблюдается отчетливая тенденция более широкого использования в медицинской практике лекарственных средств растительного происхождения, преимущество которых заключается в мягкости действия и малой токсичности. По данным литературы, перспективными антидотами могут быть полисахаридные комплексы и отдельные фракции полисахаридов, особенно пектины, которые являются природными детоксикантами. Целью настоящего исследования явилось выделение, изучение химического состава, а также адсорбционной и комплексообразующей активности водорастворимых полисахаридов (ВРПС) соцветий липы сердцевидной и слоевищ ламинарии.

Полисахаридные комплексы извлекали из измельченного растительного сырья, отвечающего требованиям Государственной фармакопеи, экстракцией горячей водой с последующим упариванием и осаждением двукратным объемом органического растворителя. Выделенные полисахаридные комплексы представляли собой аморфные порошки от светло-коричневого (ВРПС соцветий липы) до темно-коричневого (ВРПС слоевищ ламинарии) цвета, без запаха, хорошо растворимые в воде и практически нерастворимые в органических растворителях. Изучение моносахаридного состава растительных полисахаридов является важной составной частью ком-

плексного подхода к изучению их биологической активности, так как не исключено, что именно набор моносахаридов в совокупности с другими компонентами химической структуры определяет проявление того или иного фармакологического эффекта.

Моносахаридный состав выделенных полисахаридов изучали после предварительного кислотного гидролиза методом ТСХ на пластинках «Sorbfil» в системе растворителей *n*-бутанол – уксусная кислота – диэтиловый эфир – вода (9: 6: 3 : 1). В качестве свидетелей использовали стандартные моносахариды, наиболее часто встречающиеся в полисахаридных комплексах растительного происхождения. Проявителями хроматограмм служили спиртовой раствор тимола, разведенная серная кислота и УФ-свет. Установлено присутствие глюкозы, арабинозы, рамнозы и галактозы.

Адсорбционную способность водорастворимых полисахаридов определяли по методике ФС 42-2793-97 «Полифепан». Интенсивность окрашивания измеряли фотоэлектроколориметрически при длине волны 668 нм после экспозиции в течение 1 часа полисахарида с красителем метиленовым синим. В качестве препарата сравнения использовали микрокристаллическую целлюлозу. Установлено, что водорастворимые полисахариды, выделенные из соцветий липы сердцевидной и слоевищ ламинарии, обладают адсорбционной способностью, которая в 1,5 – 1,8 раз выше, чем адсорбционная способность микрокристаллической целлюлозы. Это дает основание для дальнейшего изучения указанных растительных полисахаридов как энтеросорбентов. Наличие свободных карбоксильных групп у водорастворимых полисахаридов и пектиновых полимеров обуславливает их способность к образованию нерастворимых комплексных соединений с поливалентными, в том числе тяжелыми и радиоактивными металлами и выведение их из организма при экологических и профессиональных интоксикациях.

Комплексообразующую способность водорастворимых полисахаридов оценивали по количеству миллиграмм ионов свинца, связанного 1 граммом полисахарида. Избыток ионов свинца, не связавшихся с полисахаридом в течение 1 часа, определяли комплексонометрически.

Полученные данные свидетельствуют о высокой комплексообразующей способности водорастворимых полисахаридов и перспективности их применения в качестве сорбентов и антидотов при отравлении тяжелыми металлами.

Е.Г.Мартынов, И.Г.Скокова, В.З.Лакштанов
ВОДРАСТВОРИМЫЕ ПОЛИСАХАРИДЫ КЛЮКВЫ КРУПНОПЛОДНОЙ
(*O. MACROCARPUS* [AIT] PERS.)
Кафедра общей химии

Этот вид клюквы распространен лишь в Северной Америке, эндемиком которой он и является. Ягоды ее имеют в диаметре 1,2-2,8 см, покрыты восковым налетом, от светло-красного до темно-пурпурного цвета, кислые,

съедобные; масса одной ягоды 0,5-2,9 г. По содержанию в плодах биологически активных веществ (БАВ), ягоды клюквы крупноплодной и клюквы болотной равноценны, а по количеству содержания ряда БАВ (катехинов, флавонолов, углеводов, хлоргеновых кислот) они богаче последних.

В США и Канаде уже давно (с 1820 г) в промышленном масштабе проводят возделывание клюквы крупноплодной на плантациях. Здесь выведены новые сорта, ежегодно собирают значительные урожаи этой ценной культуры. В европейских странах промышленных плантаций клюквы крупноплодной пока нет. Однако ведутся работы по ее интродукции уже давно в Англии, Голландии, Польше, ФРГ, Австрии и других странах. Хорошие результаты в этом направлении имеет Центральный ботанический сад АН Белоруссии. Проводятся работы по разведению этого вида клюквы в ряде лесохозяйственных предприятий России, откуда она поступать стала в последнее время в нашу торговую сеть. Продолжая исследования водорастворимых полисахаридов (ВРПС) плодовых и ягодных растений, мы в настоящей работе провели изучение ВРПС, антоцианов (АН) и аскорбиновой кислоты (АК) в плодах клюквы крупноплодной урожая 2005 г. Содержание АК определяли титрованием с 2,6 – дихлорфенолиндофенолом по С.М. Прокошеву (1951), АН – по методике Л.О. Шнайдемана и В.С. Афанасьевой (1965).

ВРПС выделяли из водных экстрактов сырых зрелых плодов полуторным объемом 96%-ного этанола, а продукты гидролиза их исследовали методом нисходящей распределительной бумажной хроматографии (бумага Ленинградская, марки «М», плотность 80 г/м²) с последующим фотоэлектроколориметрированием. Хроматографирование проводилось в системе бутанол –1 – уксусная кислота – вода (4:1:5) при температуре +20 - +22°С в течение 44-45 часов. Сахара проявляли анилинфталатом 10 минут при 105-110°С. В образцах полисахаридов (ПС) определяли количество уранового ангидрида методом комплексонометрического титрования по З.К.Каракеевой с соавторами (1976). Зольность определяли сжиганием ПС в муфельной печи при 600°. Результаты исследования обрабатывали методом вариационной статистики по П.Ф. Рокицкому (1973).

Было установлено что в плодах клюквы крупноплодной АК содержится 29,18±0,47 мг%, АН – колеблется от 222,5 до 360,0 мг% в зависимости от степени зрелости плодов. Анализ продуктов гидролиза ВРПС показал, что в них выявлено шесть моносахаридных компонентов: D-галактуроновая кислота, D-галактоза, D-глюкоза, L-арабиноза, D-ксилоза, L-рамноза. Последние пять моносахаридов имеют R_f – 0,25-0,27; 0,30-0,32; 0,42-0,45; 0,49-0,51; 0,72-0,74 соответственно. В таблице приведены результаты исследования ПС зрелых плодов клюквы крупноплодной (%).

Таблица

Результаты исследования зрелых плодов клюквы крупноплодной

* Вы- ход	* Золь- ность	** Содержание моносахаридов от суммы, принятой за 100%, $x \pm S_x$					** GalUA
		Gal	Glc	Ara	Xyl	Rha	
0,31- 0,41	5,25	18,89± 3,79	30,33± 2,56	24,05± 3,80	26,73± 3,33	следы	83,70

Примечание: *n = 3; **n = 5.

Как видно из таблицы, выход ПС из сырых плодов составляет 0,31-0,41%, зольность – 5,25%, а содержание галактуроной кислоты – 83,70%. Высокое ее содержание в них позволяет отнести ПС к классу пектиновых веществ.

Из моносахаров количественно преобладает глюкоза (30,33±2,56%), примерно одинаково в ВРПС содержится ксилозы (26,73±3,33%) и арабинозы (24,05±3,80%), меньше аккумулируется галактозы (18,89±3,79%) и в следовых количествах локализуется рамноза.

Выводы:

1. В зрелых плодах клюквы крупноплодной определено содержание АК, АН и выход ПС.
2. Установлен моносахаридный состав ВРПС и их соотношение в зрелых плодах этого вида клюквы.
3. Высокое содержание галактуроновой кислоты в ПС клюквы крупноплодной позволяет отнести их к классу пектиновых веществ.

В.З.Лакштанов, Е.Г.Мартынов, И.Г.Скокова, И.И.Топилина
ПОЛИСАХАРИДЫ ПЛОДОВ АВОКАДО
Кафедра общей химии

Авокадо американское (*Persea Americana*) представляет собой вечнозеленое тропическое дерево, высотой до 20 метров, из семейства лавровых. Для человека представляет большую пищевую ценность. В пищу употребляется мякоть плода, которая составляет 85% от его веса. Мякоть имеет вид нежной маслянистой бело-желтоватой массы. Единственное крупное семя в пищу не употребляется. Во многих странах плод авокадо используется в питании в качестве высококалорийного продукта, обладающего специфическим вкусом. В медицинской практике плоды авокадо применяют для лечения и профилактики анемии, при заболеваниях желудочно-кишечного тракта, при гипертонической болезни и атеросклерозе, сахарном диабете и др. В научной литературе данные о его химическом составе отсутствуют. В этой работе проведено изучение водорастворимых полисахаридов (ВРПС) плодов авокадо.

ВРПС выделяли из водных экстрактов сырых зрелых плодов, предварительно очищенных этанолом (1:10) в течение 2 часов, полученных при экстрагировании горячей водой при 90-95⁰С в течение 1,5 часа. Экстракт

фильтровали и обрабатывали полуторным объемом 96%-ного этанола. Осадок полисахаридов (ПС) отделяли, промывали этанолом и ацетоном. Зольность ПС определяли сжиганием их образцов в муфельной печи при 600⁰С. Гидролиз ВРПС проводили 1н Н₂SO₄ в течение 9 часов на кипящей водяной бане. Полученный гидролизат нейтрализовали карбонатом бария, фильтровали, упаривали и исследовали методом нисходящей бумажной хроматографии в системе бутанол-1- уксусная кислота – вода (4:1:5) в течение 44-45 часов при температуре +21 - +23⁰С (бумага Ленинградская, марки «М», плотность 80 г/м²) с последующим фотоэлектроколориметрированием. Моносахариды проявляли анилинфталатом 10 минут при 105-110⁰С. В образцах ПС определяли количество уронового ангидрида методом комплексонометрического титрования по З.К. Каракеевой с соавторами (1976). Результаты исследования обрабатывали методом вариационной статистики по П.Ф. Рокицкому (1973).

Нами было установлено, что ВРПС плодов авокадо состоят из шести моносахаридных компонентов: D-галактурановой кислоты, D-галактозы, D-глюкозы, L-арабинозы, D-ксилозы, L-рамнозы. Пять последних моносахаридов имели Rf 0,21 – 0,23; 0,25 – 0,27; 0,36 – 0,38; 0,40 – 0,42; 0,75 – 0,76 соответственно. Ниже в таблице приведены результаты исследования ВРПС мякоти плодов авокадо (%):

Таблица

* Вы- ход	* Золь- ность	** Содержание моносахаридов от суммы, принятой за 100%, $x \pm Sx$					** GalUA
		Gal	Glc	Ara	Xyl	Rha	
0,44	5,62	19,76± 1,28	14,70± 2,42	36,20± 0,92	25,30± 2,66	4,03± 1,06	61,38

Примечание: *n = 3; **n = 5.

Как видно из данных, представленных в таблице, выход ПС из сырых плодов авокадо составляет 0,44%, зольность – 5,62%, а содержание галактурановой кислоты – 61,38%. Высокое содержание последней позволяет отнести ПС к классу пектиновых веществ. Из моносахаридов преобладают арабиноза (36,20±0,92%) и ксилоза (25,30±2,66%), меньше содержится галактозы (19,76±1,28%) и глюкозы (14,70±2,42%), а рамноза составляет 4,03±1,06%.

Выводы: из мякоти зрелых плодов авокадо выделены ВРПС; установлен их моносахаридный состав и их соотношение в плодах авокадо; высокое содержание галактурановой кислоты в ПС позволяет отнести их к классу пектиновых веществ.

Е.А.Лаксаева

ВЛИЯНИЕ ЗАМОРАЖИВАНИЯ НА СОДЕРЖАНИЕ АСКОРБИНОВОЙ КИСЛОТЫ

Кафедра общей химии

Для питания человека, нормального обмена веществ и жизнедеятельности организма, необходимы витамины. Они выполняют в организме каталитические функции и требуются в ничтожных количествах по сравнению с основными питательными веществами. Одним из необходимых витаминов является аскорбиновая кислота (АК) или витамин С. Большинство животных, не нуждается в получении витамина С извне, так как аскорбиновая кислота синтезируется у них в печени из сахаров. Человек не обладает способностью к синтезу витамина С и должен обязательно получать его с пищей.

Основными источниками данного витамина являются растения, свежие плоды, овощи и ягоды. Особенно много аскорбиновой кислоты в перце, хрене, ягодах рябины, чёрной смородины, в апельсинах, лимонах, капусте (как свежей, так и квашенной), ирге.

В весеннее время в лежалых плодах и овощах содержание витамина С снижается, многие виды плодов и овощей являются скоропортящимися продуктами, поэтому во всем мире все более широкое распространение находит применение низких температур как метод хранения продуктов. Считается, что заморозка останавливает и замедляет процесс разрушения плода, но в тоже время значительно изменяются органолептические свойства, снижается пищевая ценность за счет частичного разрушения веществ сырья.

Экспериментальная работа, по изучению влияния замораживания и сроков хранения плодов на содержание аскорбиновой кислоты, проводилась на плодах ирги обыкновенной. Плоды были подвергнуты заморозке и хранению при температуре -18°C в течение нескольких месяцев.

Исследования проводились после 3, 4, 5, 6, 7, 8 месяцев хранения плодов. Содержание АК в плодах ирги обыкновенной определяли методом титрования с 2,6 – дихлорфенолиндофенолом, по С.М. Прокошеву (1951).

Результаты исследования показали, что после 3х месяцев хранения содержание аскорбиновой кислоты в плодах ирги обыкновенной снизилось на 52,54% (по сравнению с содержанием АК в зрелых плодах – 24,42мг%) и составило 11,59 мг%. В дальнейшем, снижение содержания аскорбиновой кислоты было незначительным, так после 4 месяцев хранения в замороженном виде - 7,85мг%, после 5 месяцев - 6,90мг% , после 6 месяцев - 6,51мг%, после 7 месяцев - 6,12мг%, после 8 месяцев - 6,10мг% (рис. 1).

Зависимость содержания АК от сроков хранения при замораживании отражено на графике.

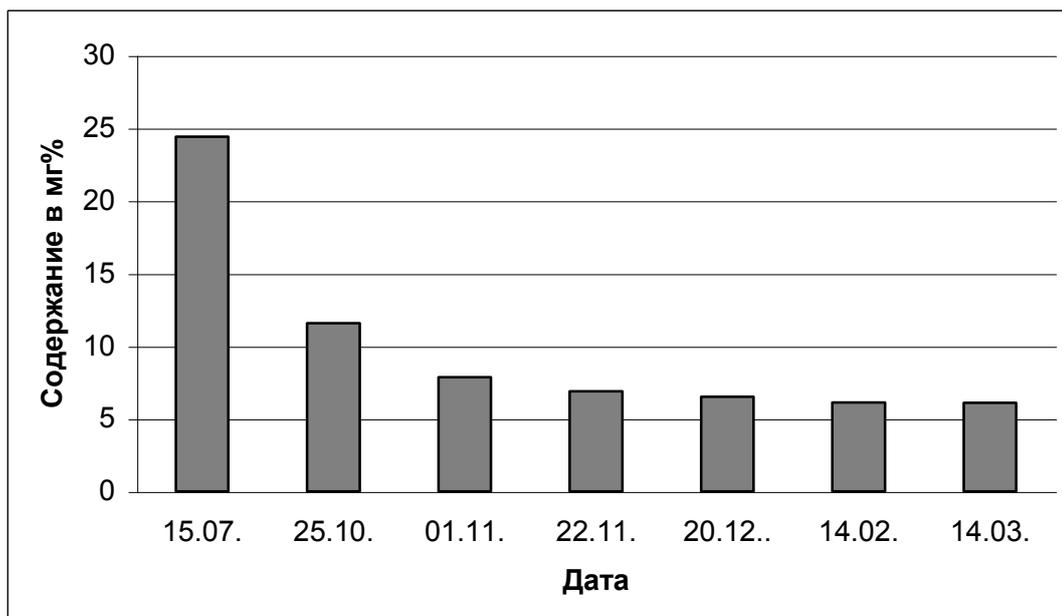


Рис. 1. Зависимость содержания аскорбиновой кислоты от сроков хранения при замораживании

Из графика видно, что при замораживании в течение первых 3-х месяцев происходит снижение количества аскорбиновой кислоты в плодах, а при последующем длительном хранении резкого снижения содержания аскорбиновой кислоты не наблюдается. Это связано с тем, что при замораживании блокируются окислительно-восстановительные процессы, снижается активность микробиологических процессов, снижается активность ферментов, а также активность свободной воды, путем перехода ее в кристаллический лед.

М.А.Фролова, Л.Ю.Кулешова
ИЗУЧЕНИЕ СРОКОВ ГОДНОСТИ КАРФЕНИЗОЛА
Кафедра общей химии

Кафедра фармацевтической и токсикологической химии
с курсом органической химии

Под сроком годности лекарственных средств понимают время, в течение которого они должны полностью сохранять свою терапевтическую активность, безвредность и удовлетворять всем требованиям нормативно-технической документации. Были определены методом «ускоренного старения» сроки годности субстанции антитромботического препарата – карфенизола, синтезированного ранее на кафедре фармацевтической химии РязГМУ имени академика И.П. Павлова.

Метод «ускоренного старения» заключается в выдерживания испытуемого лекарственного средства при температурах, превышающих температуру его хранения. При повышенных температурах, как правило, ускоряются физико-химические процессы, приводящие со временем к нежелательным изменениям качества лекарственных средств. Таким образом, при

повышенной температуре промежутков времени, в течение которого контролируемые показатели качества лекарственных средств сохраняются в допустимых пределах (экспериментальный срок годности) искусственно, сокращается в сравнении со сроком годности при температуре хранения. Это позволяет значительно сократить время, необходимое для установления срока годности.

Образцы лекарственного вещества хранились в таре, рекомендуемой для упаковки – в банках оранжевого стекла марки ОС с навинчивающимися пластмассовыми крышками и картонными прокладками с двусторонним полиэтиленовым покрытием. Воздействие света на испытуемые образцы было исключено. Наиболее высокая температура экспериментального хранения не превышала пределов, за которыми происходят изменения агрегатного состояния лекарственного средства.

За основной показатель стабильности принимали количественное содержание карфенизола в субстанции. Кроме того, контроль за качеством изучаемых образцов проводился по следующим показателям: органолептические свойства, температура плавления, изменение величины рН водного раствора, прозрачность и цветность раствора. Для количественной оценки карфенизола в ходе эксперимента использовали два метода: неводного титрования и спектрофотометрии.

С целью установления возможного срока годности до 5 лет было проведено по 10 испытаний каждой из трех серий препарата. Исследования проводили изотермическим методом с использованием правила Вант-Гоффа при температурах 60, 70, 80 °С. При этом было установлено, что для всех серий срок экспериментального хранения составил при 80 °С – 29 суток, при 70 °С – 60 суток и при 60 °С – 115 суток. В течение данного времени все показатели качества вещества остались в пределах нормы, существенных изменений свойств вещества не выявлено и срок годности составил 5 лет и 1,3 месяца.

Для подтверждения и уточнения полученных данных было использовано уравнение Аррениуса, которое устанавливает зависимость скорости химической реакции от температуры, при которой проводилось определение. Так же был определен порядок реакции и рассчитаны параметры реакции разложения. Графическим методом было установлено существование линейной зависимости между $\lg C$ и временем термостатирования. Это свидетельствует о разложении карфенизола по реакции первого порядка при температурах 60, 70 и 80 °С. Срок годности, найденный этим методом составил 5 лет и 4,8 месяца.

Расчет оптимальной температуры, обеспечивающей заданный срок годности составил 19-20 °С.

Изучение стабильности биологически активного соединения проводили также в естественных условиях, то есть образцы опытных серий карфенизола хранили в сухом месте при комнатной температуре в соответствующую

щей проекту ВФС упаковке: банках оранжевого стекла по ОСТ 64-2-71-80 с навинчивающимися пластмассовыми крышками по ОСТ 64-2-87-81 и прокладками картонными уплотнительными с двусторонним полиэтиленовым покрытием.

Пользуясь результатами эксперимента, рассчитали температуру хранения, которая позволит обеспечить заданный срок годности:

$$T_{\text{хр.}} = 20 + 10/\lg 2 \times \lg(1872/1825) = 19,9^{\circ}\text{C}$$

Максимально теоретически допустимая температура хранения:

$$T_{\text{макс.}} = 20 + 10/\lg 2 \times \lg(1872/3 \times 365) = 28^{\circ}\text{C}$$

Проведенные исследования позволили сделать вывод о стабильности карфенизола в течение периода времени не менее 5 лет, что соответствует данным экспериментального хранения препарата при повышенных температурах.

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СОВРЕМЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ЕГО ГУМАНИТАРИЗАЦИИ

М.П.Булаев, О.Н.Зверовская, А.Н.Кабанов
 ВИЗУАЛИЗАЦИЯ МНОГОМЕРНЫХ МАССИВОВ ДАННЫХ
 В ЗАДАЧАХ ОПТИМИЗАЦИИ
 Кафедра математики и информатики

Наиболее распространенная система ограничений в задачах оптимизации имеет вид: $\bar{A} \cdot \bar{X} \leq \bar{B}$. При размерности \bar{X} больше 3, целесообразно использовать его в виде многомерной матрицы. Это позволяет получить визуальное представление \bar{X} без каких-либо упрощений.

Хранение многомерных данных и их оперативный анализ становятся неотъемлемой частью современных корпоративных систем поддержки принятия решений. Многомерной матрицей (ММ) называют упорядоченную совокупность многоиндексных элементов $a_{i_1 i_2 \dots i_{\Omega}}$, где $i_{\alpha} = 1, 2, \dots, i_{\alpha} = 1, 2, \dots, n_{\alpha}$; $\alpha = \overline{1, \Omega}$. Размерность Ω показывает число индексов в обозначении элементов $a_{i_1 i_2 \dots i_{\Omega}}$ матрицы.

Структура многомерных матриц определяется структурой их индексов. Структура индекса может быть столбцовой или строчной. Индексы, имеющие, например, строчную структуру (строчные индексы), показывают положение элементов внутри какого-либо столбца. При индексном представлении элементов матрицы целесообразно ставить знак «+» или «-» соответственно над столбцовым или строчным индексом. Например, d_{i+j} – элементы обычной двухмерной (плоской) матрицы. Общее представление

многомерной матрицы A имеет вид $A = A(p, q)$, где p – число столбцовых индексов, q – число строчных индексов. Для получения индексного представления многомерной матрицы вводится помечивание индексов. Для наглядного представления многомерной матрицы используют табличное представление. Табличное представление многомерной матрицы – это блочно-иерархическая таблица, отображающая на плоскости структуру матрицы и численные значения элементов. Иерархия согласована с иерархией индексов таким образом, что крайним левым индексам соответствуют наиболее крупные блоки. При этом столбцовые индексы изменяются в столбцах, а строчные – в строках. Изменение иерархии индексов является широко распространенной операцией при построении информационно-поисковых систем, при построении систем распознавания.

В качестве примера рассмотрим систему ограничений:

$$\begin{aligned} x_1 + x_2 + x_3 + x_4 &\leq 10; & x_1 + 5x_2 + x_3 + 10x_4 &\leq 8; \\ x_1 + 5x_2 + 10x_3 + x_4 &\leq 15; & 2x_1 + 6x_2 + 2x_3 + 11x_4 &\leq 18. \end{aligned}$$

Вектор \vec{X} представим в виде матрицы (рис. 1):

НАУЧНЫХ ДИСЦИПЛИНАХ СПЕЦИАЛЬНОСТИ ЮРИСПРУДЕНЦИЯ
Кафедра математики и информатики

В педагогических технологиях фиксируются целесообразные (желательно – оптимальные) шаги, этапы, ступени достижения локальных и общих целей образования в их иерархии и преемственности. В последнее время, особенно в связи с интенсивным развитием информатики и компьютерной техники и их активным проникновением в сферу образования, все чаще приходится сталкиваться с сугубо информационным подходом к пониманию самой сущности процесса образования. При этом предполагается, что образовательный процесс – это своего рода канал передачи информации от учителя, преподавателя или даже заменяющего его автоматизированного комплекса, выступающих в качестве источника образовательной информации, к учащемуся, студенту, обобщенно говоря, слушателю, являющемуся потребителем этой информации. Отсюда достаточно прочно утверждается в современной теории образования и в педагогической практике словосочетание – информационная педагогическая технология.

Под этим подразумевается определенный способ обучения, в котором основную нагрузку по реализации функции обучения выполняет средство обучения под управлением человека. Иначе говоря, здесь ведущая роль отводится средству обучения, преподаватель не только обучает студентов, но и выполняет функции стимулирования и координации деятельности учащихся, а также функцию управления средством обучения. Технология не имеет самостоятельной ценности, она нужна для эффективной реализации содержания образования. Хорошая технология всегда адекватна содержанию. Использование педагогических информационных технологий обучения по специальным дисциплинам позволит учесть специфику содержания учебной дисциплины, личностные особенности студентов, изменить подходы к конструированию структуры обучения и системы психолого-педагогического сопровождения слушателей вуза, что выведет профессиональную подготовку будущих специалистов на качественно более высокий уровень.

Педагогическая технология – это отнюдь не только технология информационная, компьютерная, основанная на использовании новейших технических средств. На техническом, фактически – алгоритмическом, уровне могут и должны решаться самые разные целевые, содержательно-процессуальные и контрольно-оценочные (результативные) педагогические проблемы:

- структурирование и конкретизация целей педагогического процесса;
- преобразование системы научных знаний в содержание образования (фиксируемое в учебно-программной документации) и учебный материал (отраженный в учебных текстах различного вида и уровня);
- анализ преемственности в образовании межпредметных и внутрипредметных связей;
- выбор методов, средств и организационных форм образовательной де-

тельности, адекватных целям и содержанию образования и способствующих дифференциации образования, его гуманизации, гуманитаризации, активизации и т.д.

Остановимся на последней из перечисленных проблем применительно к математике и информатике, дисциплинам естественно-научного цикла ГОС специальности 021100. Так при изучении различных разделов математики будущие юристы широко используют стандартные пакеты MatLab 6.0, MathCad 2001, Statistica. Эти системы традиционно занимают особое место среди множества им подобных (Eureka, Mercury, Mathematica 3.0, Maple v.3.0 и v.4.0 и др.) и по праву называются самыми современными, универсальными и массовыми. Они позволяют решать задачи как численного, так и символьного характера, отличаются очень удобным математико-ориентированным интерфейсом, имеют хорошие средства визуализации.

Высокую эффективность показало использование студентами в курсе Информатика следующих электронных учебников: MS Windows 98/ME/2000/XP, Word 2000/XP, MS Excel 2000/XP/2002, MS Access 2000/XP/2002, Adobe Photoshop 7.0, Corel Draw 9.0, Page Maker 7.0, MS Power Point XP, Fine Reader и др., отличительной чертой которых является наличие жестко-обратной связи.

Индивидуальная работа со всем перечисленным в рамках упомянутых дисциплин обеспечивает глубокое понимание и усвоение материала будущими юристами. Проверка знаний, полученных после изучения, проводилась с использованием тестов с заданиями закрытого типа, содержание которых сопровождается несколькими вариантами ответа, а испытуемому предлагается выбрать один правильный ответ из нескольких предложенных. Этот метод является наиболее быстрым по сравнению с традиционным. Полученные при тестировании данные являются показателем того, насколько хорошо был усвоен пройденный материал по каждой теме, что позволяет осуществлять промежуточный и итоговый контроль.

Информационные технологии должны взаимодействовать с педагогическими технологиями, так как они являются тем связующим звеном, которое помогает обеспечить более высокую эффективность учебного процесса и достижение главной цели – обеспечение подлинно качественного образования.

О.Н.Зверовская, В.В.Карасев, В.М.Литвишков

ИНТЕГРИРОВАНИЕ ПАКЕТА MATHCAD В БАЗОВЫЕ КУРСЫ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ
Кафедра математики и информатики

Современные информационные образовательные технологии – это компьютерные системы передачи, обработки, организации хранения и накопления данных, формализации и автоматизации образования – так записано в постановлении Правительства РФ от 28.08.04 за №630 «Развитие единой

образовательной информационной среды». К числу «инструментов» реализации этих задач в курсах Математика, Статистика, Математические модели в управлении, Математические методы в психологии, т.е. в базовых дисциплинах специальностей 061100, 013100, 022700, 040500, в первую очередь следует отнести пакеты программ MatLab 6.5, Statistic 5.0, SPSS 7.5, MathCad 2001, MathMat 3, Statistica Professional v5.2, Statgraphics и др.

Наибольший интерес из них представляет пакет MathCad 2001, несомненным достоинством которого, является в первую очередь, простота применения, т.к. пакет использует язык описания решения задач, максимально приближенный к общепринятому математическому и одновременно с этим охватывает широкий класс задач из названных курсов. Процесс вычислений в нём поддерживается графикой. Имеется возможность вывода на экран описанных в документе фигур в декартовых и полярных координатах, изображения поверхностей. Пакет позволяет выполнять векторные и матричные операции, реализовывать функции, которые используют в качестве аргументов массивы. Все они интегрированы с другими возможностями MathCad 2001. Например, при выполнении студентами индивидуальных заданий массивы удобно хранить в файлах данных. Данные из файлов могут быть подвергнуты различным преобразованиям после их считывания в соответствующие структуры.

К таким преобразованиям в дисциплинах упомянутых специальностей относятся статистические, интегральные и различные функциональные преобразования классической и прикладной математики. MathCad содержит эффективные средства для решения алгебраических уравнений и их систем (с количеством уравнений до 200). Специальные функции пакета позволяют проводить оптимизацию, столь необходимую для принятия решения в процессе управления. Для решения задач физики, математики, химии, биологии будут востребованы реализованные в пакете методы решения дифференциальных уравнений и их систем. Постоянно расширяется круг задач пакета в области символьных вычислений (в аналитическом виде). Благодаря последним, у студентов появляется возможность контроля своих теоретических знаний. Имеется возможность импорта графических данных, хранимых в файлах в популярных форматах BMP, GIF, JPG, PCX и TGA, с целью их обработки в матричном виде. Говоря о графике, нельзя не сказать о том, что MathCad имеет средства для создания пользователем собственного анимационного процесса с целью его последующего воспроизведения стандартным способом.

Необходимость внедрения современных компьютерных технологий в повседневную практику специалиста-менеджера преопределила и содержание рабочей программы дисциплины «Информационные технологии в управлении» для студентов специальности 061100. В полном соответствии с государственным стандартом по этой дисциплине и возможностями материальной базы университета, содержание рабочей программы названий

дисциплины, в части лекций и практических занятий включает ознакомление и работу студентов с новыми Windows – приложениями: Microsoft Access, Guide Line, TimeLine, экспертной системой KnowledgePro и др. Выполнение задач в них по технологии OLE легко интегрируется с MathCad.

подавляющую часть времени лабораторного практикума на ПК в курсе Математические модели в управлении отводится решению экономических задач в среде MathCad – мощного инструмента современного инженера-экономиста. Спектр экономических задач, для анализа которых используются приложения MathCad, достаточно широк: это класс распределительных и транспортных задач, задач о назначениях, матричные игры, задач массового обслуживания и т.д. Традиционные методы их решения (симплекс-метод, метод искусственного базиса, метод минимального элемента, схема Хитчкока и др.) достаточно сложны и трудоёмки. Напротив, приложения MathCad содержат ряд встроенных процедур и функций, заменяющих во многом названные методы. Так, решение распределительных задач и задач массового обслуживания в MathCad сводится лишь к вводу исходных данных и вектора начальных приближений, записи математической модели в виде системы уравнений для ПК и вывода результата решений.

Студенты практически всех специальностей вуза в той или иной степени получают основы знаний в области программирования. MathCad содержит эффективные средства для программирования различных задач. Основные действия (операторы) сведены на инструментальную панель программирования. Набор операторов пакета компактен и отвечает принципам технологии структурного программирования. Благодаря этому структура программы получается удобной для восприятия и анализа выполненных в ней действий.

Даже названные возможности пакета MathCad свидетельствуют о том, что они с успехом могут быть востребованы в учебном процессе ВУЗа и как средства решения задач, и как средства визуализации исходных данных и результатов, и как средства контроля знаний и правильности результатов, полученных традиционными методами и средствами.

А.В.Пруцков

ПРЕДСТАВЛЕНИЕ ЧИСЛИТЕЛЬНЫХ С ПОМОЩЬЮ КАТЕГОРИАЛЬНОЙ ГРАММАТИКИ

Кафедра математики и информатики

При синтезе и понимании речи необходимо осуществлять прямой и обратный перевод числительных и чисел между собой. Под числительными будем понимать число, записанное словесно; например, триста пятьдесят пять. Под числом будем понимать запись арабскими цифрами; например, 352. При синтезе речи необходимо преобразовать число в числительное для того, чтобы синтезатор речи смог его воспроизвести. При понимании речи звуковой поток преобразуется в текст, поэтому существует необходимость перевода числительных в числа.

Предлагается с помощью аппарата категориальной грамматики описать конструкции числительных естественных языков различных семейств и групп. За основу взята грамматика английского языка Г. Хардегри [1]. Данная грамматика имеет следующие недостатки: обеспечивает перевод только в одну сторону, а именно чисел в числительные; не применима к действительным числам; разработана только для английского языка.

Число можно представить в виде трех уровней [2].

На первом уровне выделяются целая и вещественная части. Части разделяются точкой или запятой в зависимости от языка. В числительных используются слово «целых». После вещественной части могут стоять вспомогательные слова. Например, для русского языка это вспомогательные слова «десятых», «сотых» и т. п. На втором уровне в целой и дробной частях выделяются трехрядные составляющие (триады), соединенные словами-связками «тысяч», «миллионов» и т. п. На третьем уровне происходит разбор трехрядных составляющих – числительных, соединенных частицами «сот», «десят», которые добавляются к элементарным числительным «ноль» – «девять».

Для каждого уровня имеются правила вида

$$A := B_1|B_2|\dots|B_n,$$

где часть A, соответствующая левой части правила, заменяется на одну из частей B_1, B_2, \dots, B_n или в другом виде:

$$A := B_1;$$

$$A := B_2;$$

.....

$$A := B_n.$$

Рассмотрим пример разложения по уровням числительного русского языка «пять тысяч двести двадцать пять целых семьдесят пять сотых».

На первом уровне числительное разлагается на две части: целую и вещественную:

$$[\text{пять тысяч двести двадцать пять}] + [\text{семьдесят пять}].$$

На втором уровне выделяются трехзначные составляющие:

$$[\{\text{пять}\} + \{\text{двести двадцать пять}\}] + [\{\text{семьдесят пять}\}].$$

На третьем уровне трехрядные составляющие разбиваются на части:

$$[\{\text{пять}\} + \{\text{два} + \text{два} + \text{пять}\}] + [\{\text{семь} + \text{пять}\}].$$

Таким образом, мы получили разложение числительного до элементарных числительных. Теперь каждое составляющее домножается на соответствующий коэффициент, чтобы получить число:

$$[\{\text{пять} \times 1000\} + \{\text{два} \times 100 + \text{два} \times 10 + \text{пять}\}] + [\{\text{семь} \times 10 + \text{пять}\}] / 100.$$

или с заменой элементарных числительных на их цифровые эквиваленты:

$$[5 \times 1000 + 2 \times 100 + 2 \times 10 + 5] + [7 \times 10 + 5] / 100 = 5\,225,75.$$

Другим местом приложения предложенной грамматики являются автоматизированные обучающие системы [3-5]. В этом случае предложенная грамматика структуры числительных естественных языков будет использо-

ваться для генерации заданий для изучения и проверки заданий по теме числительные.

Литературы.

1. Hardegree G. Symbolic Logic, A First Course, Third Edition / G.Hardegree // McGraw-Hill. – 1999. - 420 p.

2. Пруцков А.В. Задача генерации и определения количественных числительных и метод ее решения / А.В.Пруцков // Математическое и программное обеспечение вычислительных систем: межвуз. сб.науч.тр. – М., Рязань, 2004. – С. 110-113.

3. Пруцков А.В. Система обработки числительных в автоматизированной обучающей системе иностранным языкам / А.В.Пруцков, П.В.Овечкин // Электронные средства и системы управления: материалы Международной науч.-практ. конф. – Томск, 2004. – Ч.2. – С. 198-199.

4. Пруцков А.В. Система преобразования числительных и чисел в системах дистанционного обучения / А.В.Пруцков // Сети и системы связи: материалы Всероссийского науч.-практ. семинара. – Рязань, 2005. – С. 322-323.

5. Пруцков А.В. Применение систем обработки числительных в автоматизированных обучающих системах / А.В.Пруцков // Новые информационные технологии в научных исследованиях и в образовании: материалы 11-й Всероссийской науч.-техн. конф. студентов, молодых ученых и специалистов. – Рязань, 2006. – С. 16-17.

Л.М.Урубкова, Н.Е.Королева

**К ВОПРОСУ О КАЧЕСТВЕ СОВРЕМЕННОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ**

Кафедра зарубежной и отечественной филологии

Содержание современного образования, его общепедагогическая обеспеченность, наличие современных средств обучения должны решать задачу формирования профессиональной компетентности, включающей не столько образование как цель деятельности личности, сколько реализацию возможности самоопределения в той или иной профессии, соответствия личностных, профессиональных и социальных запросов. Значимым в этом плане выступает специальная подготовленность к тому или иному виду трудовой деятельности, возможность достаточно быстро адаптироваться к новым требованиям. В то же время важна качественная характеристика компетентности, диктующая необходимость рассматривать вопросы самоопределения, самореализации более глубоко и разносторонне, в соответствии со способностями и интересами личности, с ее уровнем притязаний и самооценкой, с формированием образа «Я», с реальными или желаемыми идеалами.

Формирование будущего специалиста определяется мотивированностью деятельности, стремлением к непрерывному самообразованию, что в

первую очередь относится к студентам-филологам. Их профессиональная деятельность по выбранной специальности предполагает постоянное совершенствование.

Изменения образовательной системы в России предполагают более квалифицированную подготовку будущих специалистов с учетом личностно-ориентированного и системного подходов. Для более эффективной реализации квалифицированной подготовки специалистов открываются факультеты, ранее не свойственные данному типу учебного заведения.

Так, в настоящее время в Рязанском государственном медицинском университете им. акад. И.П.Павлова имеются факультеты менеджмента, а также юридический, экологический и филологический факультеты. Отсюда возникает необходимость изучения особенностей профессиональной подготовки специалиста, формирования знаний и умений в процессе дидактического взаимодействия преподавателя специальных дисциплин и студента.

В психолого-педагогической науке были разработаны: классические концепции и модели подготовки специалистов в условиях стабильного государственно-общественного устройства (С.И.Архангельский, Н.Д.Никандров, Ю.К.Бабанский, В.А.Сластенин и соавт., 2003); концепция учебной творческой деятельности (В.А.Андреев, Ю.Н.Кулюткин и соавт., 2005); выделены особенности педагогического творчества (Н.В.Бочкина, Н.Д.Никандров, 2000); разработана концепция творчества и природы познавательных процессов (Л.С.Выготский, В.В.Давыдов, 2003).

В современной педагогической теории и практике исследуются различные аспекты развития высшего образования, создаются новые подходы к пониманию образования и повышения эффективности подготовки специалистов: целостный, системный подход к познанию процессов формирования профессиональных умений в высшей школе (М.А.Данилов, В.С.Ильин, 2003); концепции социального взаимодействия (Л.В.Байбородова, И.С.Кон, 2000).

Разработанные концепции, модели подготовки специалистов, подходы к исследованию образования могут быть использованы в процессе анализа обучения и развития профессиональной компетенции обучающихся на гуманитарных факультетах Рязанского государственного медицинского университета. Они должны помочь сформировать представление у обучающихся о том, кем они хотят стать и почему, т.е. четко определить мотивационную сторону деятельности, понять максимальное соответствие содержания обучения целям данного учебного заведения и целям деятельности преподавателей, способствовать совершенствованию организации более эффективного взаимодействия преподавателя и студента во время учебных занятий.

Н.Е.Королева

ИСТОРИЯ ПРИНЦИПА КУЛЬТУРОСООБРАЗНОСТИ КАК СОСТАВНАЯ ЧАСТЬ КУЛЬТУРОЛОГИИ СТУДЕНТОВ-ФИЛОЛОГОВ

Кафедра зарубежной и отечественной филологии

Воспитание молодежи в современном российском обществе реализуется в условиях экономического и политического реформирования, в силу которого существенно изменилась социокультурная ситуация жизнедеятельности подрастающего поколения. В XX в. произошел отрыв понятия культуры как целого от тех понятий, которые издавна совпадали с определением культурности, понимались почти как синонимы. Появилась пропасть между феноменами культуры и феноменами просвещения, цивилизации и образования. Так, в основе образовательной системы в нашей стране был заложен принцип политехнизации образования, суть которого заключается в подготовке кадров для производства. Упор делался на подготовку специалиста, вопросы духовного развития личности человека отступали на второй план. Понятие "человек образованный" осознавалось как "человек информированный", а это не гарантирует наличие у него способности к воспроизводству культуры и тем более – к порождению культурных новаций.

Ключевым моментом нового педагогического мышления является гуманизация учебно-воспитательного процесса, что предполагает единство общекультурного, социально-нравственного и профессионального развития личности.

Студенты-филологи – это особый характер культурологического регулирования идеями, правилами, взаимоотношениями, выраженными в сочетании нравственного поведения, общекультурного развития и творческого потенциала личности. Под культурологией в нашем исследовании мы понимаем науку, формирующуюся на стыке социального и гуманитарного знания о человеке и обществе и изучающую культуру как целостность, как специфическую функцию человеческого бытия.

Исходя из данного нами определения, можно утверждать, что принцип культуросообразности в образовании и воспитании является составной частью культурологии студентов, в первую очередь специалистов в области филологии. В педагогике этот принцип был сформулирован Ф.А.В.Дистервегом, который утверждал, что в воспитании необходимо учитывать условия места и времени, в которых родился и живёт человек, т.е. всю современную культуру в широком смысле слова и конкретной страны. Этот принцип отразил тенденцию формирования национальных государств и национальных культур и получил широкое признание в педагогике XIX-XX вв. В России эта идея получила развитие в трудах К.Д.Ушинского, Л.Н.Толстого, которые писали о народности воспитания.

Таким образом, принцип культуросообразности – это квинтэссенция культуры, то есть становление высшей ценности образования. Его современная трактовка предполагает, что воспитание должно основываться на общечеловеческих ценностях и строиться с учётом особенностей этниче-

ской и региональной культур: решать задачи приобщения человека к различным пластам культуры (бытовой, физической, материальной, духовной, политической, экономической, интеллектуальной, нравственной). Цели, содержание, методы воспитания культуросообразны в том случае, если учитывают исторически сложившиеся в конкретном социуме традиции и стиль социализации.

Итак, можно утверждать, что принцип культуросообразности является составной частью культурологии студентов-филологов, т.е. предполагает не только изучение сущности, функций и закономерностей развития культуры, но и анализ взаимодействия, взаимопроникновения культуры и человека, раскрытие сущности человека как творца и творения культуры.

Наше исследование показало, что применительно к теории обучения реализация творчества с учетом требования культуросообразности сталкивается с проблемой обеспечения подлинной "диалогости", в данном случае – разумного, благоприятного для социума совмещения и сочетания разных, иногда резко различающихся, полярных позиций по поводу креативной деятельности человека. Наряду с этим в настоящее время нет единой политики в сфере образования и воспитания молодого поколения. Происходит нарастание антисоциальных явлений в обществе. Одна из причин этого – массовая культура, проявляющаяся во всех видах литературы и видеоискусства – таких его жанрах, как боевики, фильмы ужасов, детективы, мелодрамы, – тематика которых сосредоточена главным образом на насилии, карьере и т.д. Актуальной остается проблема художественно-эстетического воспитания молодежи.

Для решения существующих противоречий мы считаем необходимым переосмысление ценностей в сфере культуры и образования, коренную трансформацию системы образования в России, смену основополагающих ориентиров в педагогической деятельности. Эти процессы требуют осмысления для определения наиболее действенных программ культурологической подготовки студентов-филологов. Анализ особенности реализации культурологической подготовки на современном этапе будет способствовать процессу качественного изменения подготовки интеллектуальной элиты для России.

Л.М.Урубкова

ПЕРЕВОДЧЕСКИЕ ТРАНСФОРМАЦИИ И ФОРМИРОВАНИЕ ГОТОВНОСТИ
К УСТАНОВЛЕНИЮ СОЦИАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В ПЕРЕВОДЕ

Кафедра зарубежной и отечественной филологии

Понимание текста оригинала и воссоздание смысла в процессе перевода обусловлено применением переводческих трансформаций. Переводческие трансформации – межъязыковые преобразования, которые происходят в сознании переводчика в процессе перехода от текста оригинала к тексту перевода – являются способом понимания и описания деятельности перевода.

Трансформация выступает как ключевое понятие в определении перевода Л.С.Бархударовым. Перевод следует понимать как «определенного вида языковое, точнее межъязыковое преобразование или трансформацию текста на одном языке в текст на другом языке. Термин «преобразование» (или «трансформация») здесь может быть употреблен лишь в том смысле, в каком этот термин применяется в синхронном описании языка вообще: речь идет об определенном отношении между двумя языковыми или речевыми единицами, из которых одна является исходной, а вторая создается на основе первой. В данном случае, имея исходный текст а на языке А, переводчик, применяя к нему определенные операции («переводческие трансформации») создает текст б на языке Б, который находится в определенных закономерных отношениях с текстом а. В своей совокупности эти языковые (межъязыковые) операции и составляют то, что мы называем процессом перевода в лингвистическом смысле. Таким образом, перевод можно считать определенным видом трансформации, а именно межъязыковой трансформацией» (Л.С.Бархударов, 1975).

А.Д.Швейцер исследует понятие трансформация как процесс перевода, преобразования текста оригинала в текст перевода, как отношения между двумя текстами: «Речь идет об отношении между исходным и конечным языковыми выражениями, о замене в процессе перевода одной формы выражения другой, замене, которую мы образно называем превращением или трансформацией. Переводческие трансформации являются по существу межъязыковыми операциями «перевыражения» смысла» (А.Д.Швейцер, 1988).

Понятие трансформация соотносится с пониманием перевода как процесса и результата, трансформации являются процессом и результатом межъязыковых преобразований (Л.С.Бархударов, 1975; А.Д.Швейцер, 1988). В теории перевода существуют разные классификации переводческих трансформаций (Л.С.Бархударов, 1975; В.Н.Комиссаров, 2004; Л.К.Латышев, А.Л.Семенов, 2003; Р.К.Миньяр-Белоручев, 1996; Я.И.Рецкер, 2004), почти все классификации построены на соотношениях уровней языковой системы: фонетического, лексического, грамматического, что находит отражение в названиях трансформаций. В процессе применения переводческих трансформаций происходит замена форм слов, частей речи, членов предложения, типов синтаксической связи и синтаксических конструкций, преобразование структуры предложения текста оригинала, используются соотносимые языковые средства, учитывается норма языка перевода, особенности стиля языка оригинала и языка перевода. Определяющими факторами в процессе преобразований является контекст, принадлежность текста к определенному стилю, знание соотношения стилистических особенностей двух языков, различия культур, необходимость создания предпосылок, позволяющих реципиенту текста перевода понимать текст так же, как его понимает человек, для которого язык оригинала является родным.

В подготовке к переводческой деятельности необходимо сформировать знание разных подходов к пониманию переводческих трансформаций, навык употребления трансформаций. В практике обучения переводу и установления социального взаимодействия могут быть использованы любые классификации переводческих трансформаций. Применение трансформаций должно быть обусловлено единством языка и речи, значения и смысла, знанием культуры участников взаимодействия, только в этом случае можно создать значение, которое будет понятно рецептору перевода, на которое он может ответить говорящему. Готовность применять переводческие трансформации имеет большое значение в процессе перевода. Знание «правил», приемов преобразований дает возможность выбрать наиболее точное соответствие, обеспечивает эффективность переводческой деятельности, помогает быстрее найти вариант перевода (В.Н.Комиссаров, 1978).

В обучении переводу необходимо сформировать готовность переводчика к самоконтролю в процессе выбора трансформаций и их применения, умение понять эффективность использования трансформаций, выбрать трансформации в зависимости от цели перевода, стиля текста, особенностей реципиента, всей совокупности условий перевода. В процессе формирования переводческой деятельности необходимо сформировать высокий уровень автоматизма в применении переводческих трансформаций, готовность к творческому применению трансформаций. Знание лексического и грамматического богатства родного и иностранного языка является условием успешного применения переводческих трансформаций, создания взаимодействия участников коммуникации.

Литература

1. Бархударов Л.С. Язык и перевод / Л.С.Бархударов. - М., 1975.
- 2.Комиссаров В.Н. Предисловие / В.Н. Комиссаров // Вопросы теории перевода в зарубежной лингвистике. - М., 1978. - С.3-15.
3. Швейцер А.Д. Теория перевода: Статус, проблемы, аспекты / А.Д.Швейцер. - М., 1988.

Л.М.Урубкова

ПРОБЛЕМА БИЛИНГВИЗМА В ПЕРЕВОДЕ

Кафедра зарубежной и отечественной филологии

Проблема взаимодействия языков является одной из наиболее интересных в лингвистике, она издавна привлекает исследователей. Существуют разные исследовательские подходы к проблеме билингвизма. Их нет в чистом виде, но тот или иной подход доминирует при их сочетании, такие подходы: социолингвистический, психологический, лингвистический, психолингвистический социопсихолингвистический (А.А.Пойменова, 1996).

В центре внимания социолингвистического подхода – процесс формиро-

вания и развития языков и языковых общностей в социальном контексте, влияние языка определенных социальных, возрастных профессиональных групп на процесс усвоения иностранного языка. Объектом исследования психологического подхода выступает психика индивида или целого коллектива в условиях двуязычия и многоязычия, особенности восприятия, мышления, памяти, вероятностного прогнозирования в процессе изучения иностранного языка.

Лингвистический подход уделяет внимание изучению языка, сопоставительным исследованиям лексики, грамматики, морфологии, фонетики, освоению иностранного языка средствами базового языка.

Психолингвистический подход изучает механизмы овладения неродным языком, роль неродного языка в процессе формирования и формулирования мысли, вопросы бытового и учебного двуязычия.

Социопсихолингвистический подход основан на данных лингво-компаративного анализа, использовании логико-контрастивного способа преодоления трудностей, исследовании качественных изменений в сознании индивида, формировании языкового сознания субъекта познания.

Одним из методов исследования проблем взаимодействия родного и иностранного языка в психологии, психолингвистике, лингвистике является изучение ошибок обучающихся в процессе усвоения иностранного языка. Ошибки рассматриваются как источник информации о ходе овладения иностранным языком. Анализ ошибок свидетельствует о необходимости более эффективного использования родного языка в изучении иностранного, в понимании значения языковых знаков, структуры предложений, социокультурных компонентов текста.

Перспективный подход к анализу билингвизма разрабатывается в отечественной психолингвистике. Суть его состоит в том, что в обучении иностранному языку необходимо учитывать разные условия овладения иностранным языком, различные возрастные особенности, которые оказывают влияние на стратегии восприятия и применения языковых средств. Возрастные особенности, интересы, содержание материала, познавательные способности, психологические проблемы интериоризации, взаимоотношения между языком и мышлением оказывают влияние на процесс усвоения иностранного языка. Знание культуры страны изучаемого языка, особенностей поведения, требований к уровню сформированности переводческой деятельности способствуют развитию навыков и умений перевода.

Вопросы билингвизма переводчиков исследуются в общем направлении изучения проблем двуязычия, в то же время билингвизм переводчиков – особая область исследования (В.Н.Комиссаров, А.Д.Швейцер, О.Д.Мешков, И.И. Халеева, Е.В.Бреус, Н.Г.Widdowson, 2005).

Анализ понятий «билингвизм», «интерференция» показывает, что перевод является взаимодействием культур, социокультурным взаимодействием участников коммуникации. Знание языка, психологии народа, тенден-

ций взаимодействия, социальных норм – главное условие становления билингвизма переводчика. В основу подготовки к переводческой деятельности должен быть положен принцип сознательности (В.Н.Комиссаров, 1990), имеющий важное значение в обучении переводу. Понимание значения, формы, функции языковых знаков, их применения, сопоставление с родным языком способствует эффективному усвоению иностранного языка, развитию автоматизма употребления языковых знаков.

В процессе межкультурной коммуникации переводчик часто использует контекстуальные замены, которые могут восприниматься как элементы интерференции, но которые сознательно использованы переводчиком. Все это ведет к появлению заимствований из языка оригинала. Многие слова и словосочетания в области политики, экономики, культуры, социальных отношений были заимствованы или созданы в процессе работы переводчиков.

В обучении переводу необходимо формировать знание ядра лексикона, которое представляет универсальные характеристики языка и языковой картины мира некоторого языкового коллектива. В процессе изучения языка следует учитывать сложное взаимодействие между ядром лексикона, лексикой социальных групп, общенациональными особенностями поведения и особенностями поведения социальных групп, родным языком и культурой изучающего иностранный язык. Взаимодействие языка, культуры, поведения личности оказывает влияние на выбранные стратегии, промежуточный язык, весь процесс овладения языком.

Литература

1. Пойменова А.А. Освещение проблематики дву- и многоязычия в исследованиях последних лет / А.А.Пойменова // Психический образ: строение, механизмы, функционирование и развитие. - М., 1994. - Т.1. – С.120-126.

2. Комиссаров В.Н. Теория перевода. М., Высшая школа 1990. 253 с.

М.А.Мартынова ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ТАКТ ВРАЧА Кафедра иностранных языков

При изучении культуротворческого аспекта в обучении студентов медицинских специальностей большую роль играет выработка этических принципов у будущего врача. Одним из основных является принцип педагогического такта, то есть правильный подход врача к пациенту, основанный на общечеловеческих принципах морали. В самом деле, доказано, что, если между врачом и пациентом не налажен должный контакт, или врач невнимателен к особенностям психологии больного, период выздоровления протекает гораздо медленнее.

Как уже отмечалось, педагогический такт – понятие, тесно связанное с психологией пациента. Врач, как профессионал обязан уметь разобраться

во внутреннем мире человека, учитывая особенности его душевного состояния, уметь привить врачебно-педагогические требования, способствовать формированию общественно ценных отношений. Как видно из этого, очень большую роль в развитии чувства такта у врача играет психология, в том числе и психология самого врача.

Педагогический такт – это воспитывающее средство, являющееся составной частью профессиональной деятельности медика. Анализ конфликтов в лечебных учреждениях показывает, что одной из главных причин их возникновения является бестактность врача. Любые отклонения в поведении врача могут вызвать у пациентов негативную реакцию вплоть до ухудшения состояния здоровья. Если же врач вежлив, внимателен, уважительно относится к больному, у пациента не ущемляется чувство его собственного достоинства и процесс выздоровления может значительно ускориться. Когда речь заходит о случаях хамства со стороны пациента, медик-профессионал должен подтвердить свое высокое звание уравновешенностью своего поведения, т.е. выдержкой, самообладанием. Молодой медицинский работник, о котором больные знают, что он обладает меньшим жизненным опытом и меньшей квалификацией, находится при поиске доверия больных в определенном невыгодном положении по сравнению со своими старшими коллегами.

Доверие к врачу – это динамически положительное отношение больного, выражающее предыдущим опытом обусловленное ожидание, что врач имеет способности, средства и желание помочь больному наилучшим образом. Для проявления доверия имеет значение первое впечатление, возникающее у больного при встрече с врачом, его актуальная мимика, жестикуляция, тон голоса, а также внешний вид. Врач приобретает доверие больных в том случае, если он как личность гармоничен, спокоен и уверен. Принимая серьезное решение, врач должен представлять себе результаты его для здоровья и жизни больного и усиливать этим самым чувство ответственности.

Будущий медицинский работник должен овладеть искусством выслушивать больного. Он должен вырабатывать у себя умение слушать, способность руководить беседой и речевыми отношениями с больным. Внимание способствует установлению хорошего контакта и взаимопонимания. Во многих случаях беседа приносит больному не меньшее облегчение, чем назначение седативных лекарственных средств. Время, затраченное на откровенную беседу, дает очень многое в плане понимания сути болезненного процесса, а главное – в установлении теплых отношений.

Для ведения профессиональной деятельности врач обязан развить в себе ряд волевых качеств: самообладание (умение владеть собой, преодолевать робость, страх и смущение), настойчивость (требовательность и умение последовательно добиваться точного выполнения своих требований), терпение (готовность объяснения своей позиции многократно), целеустрем-

ленность (достижение поставленной цели всеми возможными путями, т.е. с применением творческого подхода), решительность (нахождение наиболее эффективных способов воздействия, способность не теряться в сложной обстановке), инициативность (стремление совершенствовать содержание и формы в своей врачебной деятельности), организованность (условие планомерности культурного воздействия на пациентов и достижения поставленных задач).

Атмосфера в коллективе, как то, субординация, искренность, взаимопонимание, также является важным фактором в процессе лечения пациентов. Если членами коллектива допускается нарушение педагогического такта, это неизбежно приводит к появлению конфликтов и противоречий, что однозначно отрицательно сказывается на выздоровлении больных.

Таким образом, педагогический такт – это не только соблюдение чувства меры в процессе общения с пациентом, но и со своими коллегами. Врач должен всегда помнить, что в общении с пациентом необходимо уважать человека, беречь собственное достоинство. Наши исследования показали, что высокий авторитет врача и медицинского учреждения в целом у населения достигается лишь в тех случаях, когда медицинские работники не только отличаются мастерством, но и четко соблюдают принципы этики и деонтологии, умеют найти живой и продуктивный контакт с больным.

Педагогический такт – это результат духовной зрелости врача, саморазвития и большой работы над собой.

М.А.Мартынова

ПРОЦЕСС ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА БУДУЩИХ СПЕЦИАЛИСТОВ В АСПЕКТЕ РАЗВИТИЯ ДУХОВНО-НРАВСТВЕННЫХ КАЧЕСТВ

Кафедра иностранных языков

В настоящее время для специалистов всех направлений все более значимыми становятся не столько общественные, сколько личностные ориентиры. Наиболее значимые из них – ценности благосостояния (здоровье, материально обеспеченная жизнь, карьера и т.п.). Можно сказать, что молодое поколение становится практичнее. Стремясь к достижению своих ценностей-целей, молодежь забывает общечеловеческие ценности-средства – умение сочувствовать, понять чужую точку зрения, уважать иные вкусы, обычаи, привычки, высокий уровень притязаний.

Из внутренних духовных воспитательных ценностей принимаются лишь те, которые помогают им сохранить самостоятельность, способствуют самоутверждению, развитию физической силы и воли, предприимчивости, умению решать свои проблемы за счет других, общаться и быть благополучным членом группы.

Очень часто, выбирая профессию врача, будущие специалисты также ставят на первый план стабильный заработок, высокий статус в обществе,

карьерный рост. Профессионализм и культура обслуживания, которая требует определенной нравственной культуры, где проявляется и выражается отношение к человеку, выходят на второй план. Духовно-нравственные ценности специалиста медицинского профиля должны заключаться, прежде всего, в общечеловеческих ценностях-целях, таких как благополучие пациента.

Педагогический процесс по подготовке специалистов медицинского профиля должен быть направлен на внедрение гуманистических ценностей в образовательный процесс, который поможет будущим специалистам самостоятельно качественно преобразовать их насущные цели в своей каждодневной практической деятельности, поставив во главу служение людям.

Любовь к благородной профессии врача студентам необходимо прививать с первых дней учебы, используя для этого не только беседы, занятия в аудитории, но и возможные наглядные средства. Студенты должны постоянно чувствовать атмосферу высокой медицинской культуры. Эта культура включает как необходимый компонент владение культурой речи в широком смысле.

На практических занятиях и лекциях необходимо постоянно утверждать, что для врача характерны доброта, вежливость, способность к состраданию. Преподаватели должны следить за тем, чтобы в больничных и поликлинических условиях студенты четко выполняли установленные нормы медицинской этики и деонтологии. Деонтология – это учение о профессиональных и моральных обязанностях и правилах медицинского работника, главным образом по отношению к больному.

Общение студента-медика с больным, умение войти с ним в должный психологический контакт требует определенного мастерства. Более глубоко овладевают им в процессе практической деятельности, принимая опыт старших врачей. Использование лучшего опыта старших врачей, которые, по традиции, его сохраняют и совершенствуют, должно сочетаться с постоянной работой по самовоспитанию. Соблюдение этих условий дает возможность овладеть искусством установления продуктивного контакта с больным, крайне необходимым в постоянной практической деятельности медицинского работника.

Образовательный процесс в медицине должен включать в себя обучение следующим аспектам: деонтология, профессионализм, уважение к себе и к коллегам, умение создать сплоченный коллектив и работать в нем, постоянное самосовершенствование, преемственность поколений и педагогическая этика.

Внедрение в обучение будущего медицинского работника данных аспектов поможет привить ему профессиональные качества на духовно-нравственном уровне, направить свою деятельность во благо людям, строя ее на принципах гуманизма и человеколюбия; оставить после себя столь же духовно и нравственно обогащенную смену.

Л.Н.Федосеева

**АНТРОПОЦЕНТРИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ПРОСТРАНСТВЕННЫХ ОТНОШЕНИЙ
В СОВРЕМЕННОМ РУССКОМ ЯЗЫКЕ**

Кафедра латинского языка и русского языка

Проблема человеческого фактора при изучении языковой картины мира играет важную роль. Нельзя познать язык, не обратившись к его творцу, носителю, пользователю – к конкретной языковой личности (3). Данную концепцию, согласно которой в основе языковой деятельности находится человек, ученые считают антропоцентрической (2).

Пространственные отношения непосредственно связаны с восприятием человека: в своей повседневной жизни мы не можем обойтись без представлений о месте тел или явлений (событий), об их размерах, протяженности, форме и т.д., то есть без пространственных представлений. Как следствие – их отражение в языке. А.А.Абдуллина отмечает: «Познанные пространственные характеристики материальных и духовных объектов находят свое отражение в строе языка: здесь они фиксируются и объективируются в качестве результатов познания. Это позволяет выделить языковое поле пространства» (1).

Ориентация человека в пространстве связана с дейктическими единицами. Под дейксисом понимается локация и идентификация лиц, предметов, событий, процессов и действий, о которых говорят или к которым отсылают относительно пространственно-временного контекста, создаваемого и поддерживаемого актом высказывания и участием в нем, как правило, одного говорящего и, по крайней мере, одного адресата (6). Понятие дейксиса вводится для описания “ориентационных” свойств языка, связанных с местом и временем произнесения высказывания (6). Дейктические слова также называют эгоцентрическими. Это слова и выражения, которые ориентированы на “Эго”, на “я” говорящего. Прежде всего, это слова «я», «здесь» и «сейчас» (7).

В качестве основных признаков дейктических слов С.Д. Кацнельсон называет следующие:

- 1) ситуативность, то есть смысловую зависимость от ситуации речи, вне которой значение таких слов расплывчато и неясно;
- 2) эгоцентризм, то есть постоянную отнесенность к субъекту речи;
- 3) субъективность: внешний объект выделяется не по его собственным признакам, независимым от говорящего лица, а по совершенно случайному для него признаку соотнесенности с говорящим лицом (4).

Естественным центром речевой ситуации, организующим семантическое содержание высказывания и систему дейктических слов языка, является говорящий субъект. Он выступает тем ориентиром, относительно которого в акте коммуникации характеризуется пространство. При этом близость к говорящему и, следовательно, ориентация на него определяется не им са-

мим, а его реальным местоположением.

Систему дейктического макрополя образуют следующие категории:

- 1) личный дейксис, с помощью которого говорящий устанавливает свое отношение с ситуацией внешнего мира; он организован оппозицией “я – не я”;
- 2) пространственный (локальный) дейксис, указывающий на место говорящего, которое “физически им заполняется”, и на приближение и удаление в пространстве по отношению к говорящему;
- 3) темпоральный (временной) дейксис, устанавливающий соотношение понятий: время речи, время описываемого события, время отсчета, момент речи говорящего как центр временного дейксиса.

Локализация в пространстве и во времени необходима, потому что для человека важно осознать мир вокруг себя и свое пространственно-временное положение в нем. Г.К.Колшанский отмечает, что “пространственно-временное ориентирование человека есть практически физический закон существования любого объекта, и естественно, что речевая деятельность человека должна выражать во всех видах коммуникации временное и пространственное существование предметов и фактов” (5).

Итак, определяющим в функционально-семантическом описании языка является учет человеческого фактора. Антропоцентрический аспект играет, таким образом, немаловажную роль в изучении многих языковых явлений, в том числе пространственных отношений.

Литература

1. Абдуллина А.А. Функционально-семантическое поле локальности в современном русском языке: дис. ... канд.филол.н. / А.А.Абдуллина. - Уфа, 1993. – 186 с.
2. Золотова Г.А. Коммуникативные аспекты русского синтаксиса / Г.А.Золотова. - М., 1982. – 366 с.
3. Караулов Ю.Н. Русский язык и языковая личность / Ю.Н.Караулов. - М.: Наука, 1987. – 261 с.
4. Кацнельсон С.Д. Типология языка и речевое мышление / С.Д.Кацнельсон. - Л.: Наука, 1972. – 216 с.
5. Колшанский Г.В. Коммуникативная функция и структура языка / Г.В. Колшанский. - М.: Наука, 1984. – 174 с.
6. Лайонз Дж. Введение в теоретическую лингвистику / Дж.Лайонз / Перевод с англ. - М.: Прогресс, 1978. – 543 с.
7. Степанов Ю.С. Методы и принципы современной лингвистики / Ю.С. Степанов. - М.: Наука, 1975. – 311 с.

Т.В.Гончарова, Ю.И.Костюшина

ВИДЕОФИЛЬМЫ, КАК ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА ОБУЧЕНИЯ

Кафедра латинского языка и русского языка

Одна из важнейших черт современного образования – применение тех-

нических средств, предназначенных для улучшения условий педагогического труда, повышения наглядности в обучении. Доказано, что только 15% информации запоминается при слуховом восприятии, 25% - при зрительном и 65% - при одновременном слуховом и зрительном. Более 85% людей, особенно молодых, обладают преимущественно зрительной памятью. Активный объем памяти используется человеком только на 4-5%.

Технические средства обучения представляют собой совокупность дидактических материалов и технических устройств, используемых для передачи информации, контроля и обучения. С их помощью наиболее целесообразно решать следующие задачи: повысить эффективность процесса обучения; расширить возможности проникновения в различные области научного знания; получить информацию об изучаемом явлении, процессе, объекте; ускорить передачу научной информации; оказать помощь преподавателю в интенсификации процесса обучения за счет сокращения времени на раскрытие, изложение сложных явлений; повысить наглядность, обеспечить более глубокое усвоение предмета, развитие познавательной активности обучаемых.

Известно, что, как дополнительный материал к учебнику, преподаватель использует множество разнообразных текстов: словари и справочники, учебные пособия, аудио- и видеоматериалы, картинки, слайды, аутентичные тексты, компьютерные программы, Интернет.

В качестве учебного и дополнительного материала используется видеофильм – учебный, художественный и документальный.

Видеофильмы являются одним из средств развития ситуативной речи. Их применение в процессе обучения пробуждает у иностранных студентов интерес к изучению русского языка, развивает их наблюдательность, позволяет прививать навыки творческого мышления. В целом занятия по развитию русской речи у иностранных студентов с помощью видеофильма способствуют совершенствованию активных форм речи, ибо зачастую требуют от обучающихся самостоятельного выбора выразительных средств, который в значительной степени облегчается благодаря опоре на фрагменты фильма. Просмотр учебного фильма, особенно если он прилагается к учебнику, помогает развитию речи на изученном материале, развитию навыков аудирования и говорения, знакомство с нормами речевого поведения носителей языка.

В этой статье нами представлены отдельные фрагменты и приёмы работы с видеофильмом «Третьяковская галерея» для знакомства с русской культурой и живописью.

Перед демонстрацией видеофильма проводится работа с текстом «Третьяковская галерея», в котором студенты знакомятся с его содержанием. Текст имеет ряд заданий, направленных на лучшее восприятие новой лексики, информации при просмотре иностранными студентами видеофильма. Новые слова в тексте выделены, такие, например, как *меценат*, *фабри-*

кант, коллекция, галерея, шедевры, реалистическая школа.

Затем предлагается выполнить ряд заданий:

1. Перепишите слова. Определите значения слов без словаря, используя знание интернациональных основ: *коллекция, национализация, портрет, мастер, демократический, прогрессивный.*

2. Перепишите существительные, проанализируйте их состав. Напишите глаголы, от которых они образованы: *пополнение, присвоение, умение, посещение, стремление, уважение, обогащение, ценитель, дар, помощь.*

3. Прочитайте словосочетания и предложения. Передайте их содержание другими словами. *Иметь мировое значение, молодое поколение, начинающий художник. Сыграть большую роль в развитии русского искусства. Глубокий знаток и тонкий ценитель искусства.*

Затем студенты смотрят видеофильм, в процессе просмотра которого преподавателем проверяется качество усвоения новых слов и словосочетаний. После просмотра видеофильма студенты выполняют задания, способствующие активизации мышления на русском языке и развитию творческих навыков (например: ответьте на вопросы, составьте план по отдельным кадрам фильма, на основе плана сделайте сообщение по теме «П.М. Третьяков и его картинная галерея» и т.п.).

Таким образом, видеофильмы, как дополнительные средства обучения, вырабатывают навыки аудирования и говорения, способствуют знакомству с нормами речевого поведения носителей языка, помогают развитию коммуникативных навыков у иностранных студентов.

Э.А. Кечина

АКТУАЛЬНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ПРЕПОДАВАНИЯ РУССКОГО ЯЗЫКА КАК ИНОСТРАННОГО НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Кафедра латинского языка

Сейчас нет необходимости доказывать, насколько важно овладение хотя бы одним иностранным языком. Древнее изречение гласит: «Сколько языков ты знаешь – столько человек (ты) стоишь». Все возрастающие внешне-экономические контакты и международное сотрудничество решают многие вопросы овладения чужим языком – это возможности живого общения с носителями языка, это и интерес к новым технологиям обучения иностранным языкам. В условиях нормализации общественно-политической жизни страны, стабилизации экономики и роста авторитета России на Западе русский язык как иностранный (РКИ) переживает подъем и вновь обретает свой прежний высокий статус.

Немаловажную роль в этом сыграло открытие и успешная работа Федеральной целевой программы «Русский язык», где РКИ отводится не последнее место. Программа нацелена на усиление роли русского языка на международной арене, предусматривает обновление содержания и методов обучения РКИ, стимулирует создание авторских методик обучения, разра-

ботку учебной, методической и справочной литературы нового поколения.

В России обучается более 60 тысяч иностранных студентов. 85% – это студенты из Африки, Азии и Латинской Америки, 15% – из стран Европы. 1700 университетов 90 стран включили в языковое пространство русский язык как второй или третий иностранный язык. Он принадлежит к числу международных языков и постепенно становится языком маркетинга.

В настоящее время преподавание русского языка в мире характеризуется следующими особенностями:

- изменение статуса русского языка (так, например, в Европе русский язык изучается в основном как второй или третий иностранные языки; в республиках СНГ русский изучается и как неродной язык, и как родной для русскоязычного населения),

- появление новых условий обучения (издание новых учебных программ и учебников, изменение целей изучения русского языка в школе и в вузе),

- изменение количества изучающих русский язык (как за рубежом, так и в России) и соответственно преподавателей русского языка;

- влияние политики государства в области преподавания языков: в одних случаях она стимулирует повышение квалификации преподавателя (повышение зарплаты, лучшие условия работы, предпочтение при устройстве на работу), в других является, к сожалению, скорее препятствием для профессионального роста преподавателя.

- освоение и внедрение в учебный процесс информационных технологий.

Сегодня настоятельная потребность в использовании образовательных информационных технологий ощущается во всех предметных областях на всех уровнях обучения, но область преподавания иностранных языков, в том числе русского языка как иностранного (РКИ), в силу своей специфики нуждается в этих технологиях особенно остро. С их помощью становится возможным решение многих проблем, до сих пор нерешенных традиционными средствами: обеспечение комплексного, интегрированного подхода к обучению языку, подлинной (а не искусственной) коммуникативности дидактических материалов на любом этапе обучения, полноценной индивидуальной и групповой самостоятельной работы учащихся, функционирования гибких моделей обучения, дистанционного обучения языку. Результатом этих многолетних теоретических исследований и практических поисков явилось всеобщее признание эффективности использования информационных технологий в языковом обучении и становление нового, самого перспективного на сегодняшний день направления дидактической науки – компьютерной лингводидактики, в русле которой лежат все последние педагогические инновации языкового обучения.

Очевидно, что при выполнении таких масштабных задач невозможно игнорировать те требования, которые предъявляет к современному образованию в целом и к его составляющим в частности компьютеризация общества. Применительно к предмету «Русский язык как иностранный» эти

требования сводятся к следующему:

- освоение преподавателями новейших информационных обучающих технологий и использование их как инструмента профессиональной деятельности;
- разработка теоретических концепций обучения РКИ – с использованием и с участием компьютера;
- создание целостной всеобъемлющей теории современного компьютерного учебника русского языка как иностранного (сетевое и локальное);
- создание на основе этой концепции нового поколения учебной, методической и справочной литературы, в том числе мультимедиа-комплексов по РКИ, гибких учебных сред, способных обслуживать разные контингенты иностранных учащихся и внедрение их в практику преподавания;
- разработка инновационных методик обучения, базирующихся на последних достижениях компьютерной лингводидактики;

Очевидно, что только на их основе возможно создание и развитие образовательных систем нового поколения.

Наиболее широкое применение в последнее время получила проблематика когнитивных стилей. В узком смысле «когнитивный стиль» характеризует индивидуальную специфику в способе получения, переработки и использования информации, приемах анализа и структурирования своего окружения. Эти различия образуют некоторые типичные формы когнитивного реагирования, относительно которых конкретные группы людей являются похожими или отличаются друг от друга. Обозначение индивидуальных типовых различий для выделения людей в зависимости от их способности к когнитивной организации способствовало возможности создания лингво-когнитивного портрета обучающегося, а также индивидуального метода обучения для каждого типа, что подчёркивает актуальность и необходимость тесного сотрудничества педагогов с психологами, занимающихся проблемами образования и обучения языкам. Так, например, в США специальная группа из 300 психологов разрабатывает модели обучения иностранному языку.

Принимая во внимание намечающиеся тенденции к становлению русского языка языком образования (что предполагает не только умение общения, но и знание лингвистики и литературы изучаемого языка), можно выделить следующие актуальные задачи, стоящие перед специалистами, работающими в этой области:

- дальнейшее изучение факторов, влияющих на современное состояние прикладной русистики;
- учитывание изменения мировой геополитической ситуации, изменения ментальности нового студента;
- осуществление выработки новой методологической и теоретической базы для нового направления РКИ и пересмотр устаревших сертификационных стандартов;

- рассмотрение возможности и необходимости профессионального тестирования преподавателей и принятии обязательных норм для переекзаменации в целях повышения профессиональной компетенции преподавателей РКИ в иностранной аудитории, важными составляющими которой должны стать знание и умение применять на практике современные педагогические технологии и инновации, информационная грамотность, профессиональное владение новыми средствами обучения.

Т.С.Журина

ЗНАЧЕНИЕ КУРСА «РУССКИЙ ЯЗЫК И КУЛЬТУРА РЕЧИ» В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКЕ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ФАКУЛЬТЕТОВ

Кафедра латинского языка и русского языка

На современном этапе развития нашего общества возрастают требования к выпускникам высшей школы. Чем выше уровень культуры человека (в том числе и речевой), тем продуктивнее он будет решать задачи профессиональной деятельности. Поэтому одной из приоритетных задач отечественного образования становится совершенствование качества подготовки специалистов, что неразрывно связано с необходимостью научить студентов правильно пользоваться языковыми средствами в различных коммуникативных условиях, научить культуре делового общения, сформировать навыки правильной, выразительной речи, эффективно воздействующей на окружающих в процессе профессиональной коммуникации.

«Высокая культура разговорной и письменной речи, хорошее знание и чутье родного языка, умение пользоваться его выразительными средствами, его стилистическим разнообразием – самая лучшая опора, самое верное подспорье и самая надежная рекомендация для каждого человека в его общественной и творческой деятельности» (В.В. Виноградов). Умение профессионально общаться приобретает особую важность для тех специалистов, прямой и обязательный контакт которых с другими людьми является непременным условием квалифицированного выполнения своих профессиональных функций.

Включение в учебные планы вузов негуманитарного профиля обязательной дисциплины «Русский язык и культура речи» является своевременным и крайне необходимым. В настоящее время многие вопросы языкового образования и речевого развития личности остаются открытыми: в постановке преподавания русского языка и культуры речи еще много нерешенных проблем.

При разработке содержательного аспекта курса следует учитывать практическую направленность, связь со специальными дисциплинами, поскольку его изучение должно вызывать у студентов интерес и стимулировать их к развитию своих коммуникативно-речевых и риторических умений и навыков, умений пользоваться словарями разных типов и справочной литературой.

Анализ программ, методических материалов, учебников (учебных пособий) позволяет сделать вывод о вариативности как отличительной особенности в преподавании русского языка и культуры речи.

Наиболее важными в преподавании данного курса студентам-медикам становятся нравственно-этические и коммуникативные аспекты устной и письменной речи. Деонтологическая направленность коммуникативных актов является для врача или провизора обязательной. У специалиста-медика должны быть четко сформированы основы клинического мышления и врачебного поведения. Он должен уметь словесно оформлять не только публичные выступления, но и каждый речевой акт, участником которого, помимо врача, является и пациент.

Требования к профессиональной подготовке студентов по различным специальностям предполагают, что выпускник медицинского вуза должен уметь применять современные методы научного познания и средства педагогического воздействия на личность, чему в немалой степени способствует общая языковая культура врача.

Итак, студент медицинского вуза при изучении курса «Русский язык и культура речи» должен:

- владеть системой норм русского литературного языка, поскольку уровень доверия к профессиональным качествам врача, допускающего ошибки в устной или письменной речи, резко снижается;
- уметь использовать весь богатый потенциал лингвистических средств воздействия, фигуры и тропы, имеющиеся в современном русском языке, для установления контакта с пациентом;
- уметь владеть определенными формулами речи, чтобы корректно реализовать различные интенции: приветствия, обращения, благодарности, сочувствия, просьбы, отказа и т.п.;
- владеть паралингвистическими средствами и приемами, такими как сила голоса, темп, мелодика, пауза и т.п., уметь показать свое равнодушное отношение к больному человеку, уметь выразить своим голосом сочувствие, соболезнование, соучастие и т.п. в процессе общения;
- иметь понятие о невербальных средствах общения, таких как поза, жест, взгляд, дистанция, манипуляция с предметами. Он должен уметь интерпретировать невербальные средства общения, чтобы понять то, что пациент не хочет или не может выразить вербально;
- владеть нормами речевого этикета, основу которого составляет категория вежливости;
- уметь не только говорить, но и слушать. Умение слушать является одним из главных показателей речевой культуры, оно особенно важно для врача, поскольку одним из важнейших принципов работы медицинского работника должно быть исключительное внимание к пациенту.

Решить поставленные задачи можно только при условии, что мотивация учебной деятельности студента-медика и педагога совпадают. Преподава-

тель русского языка не только дает необходимые знания, но и формирует духовно-нравственные стороны личности обучаемого. Врач должен научиться видеть в больном не просто "поле" для своей профессиональной деятельности, а сложную духовно-организованную личность. До сих пор не потеряла актуальности древняя мудрость, которая гласит: «Врач, лечи больного, а не болезнь».

П.В.Корнеев

СТРАДАНИЕ КАК ТЕМА ФИЛОСОФИИ МЕДИЦИНЫ

Кафедра философии и истории

Первостепенная важность вопросов о страдании и отношении к нему для медицины очевидна. Люди обращаются к медицинской помощи, как правило, тогда, когда их жизнь омрачена телесным или психическим страданием. Вместе с тем вопрос об отношении к страданию занимает важное место в философии. Философское значение этого вопроса видно из того, что в центре философии находится понятие человека, а подверженность страданию является одним из непреходящих общечеловеческих свойств. Страдания относятся к числу наиболее трудных испытаний, выпадающих на долю человека и характеризующих его положение в мире. Философское познание человека не может быть глубоким и многогранным, если оно отвлекается от страданий и их последствий.

Вопрос об отношении к страданию связан со многими традиционными, фундаментальными проблемами философии и этики, например, с вопросами о смысле жизни и о счастье человека. Имеет ли жизнь смысл и достижимо ли счастье, если она потенциально или реально включает страдание? В сжатой форме на этот вопрос можно ответить так: деятельность, направленная на устранение или хотя бы ограничение страданий, как правило, придает человеческой жизни тот или иной смысл, а каждая победа на этом трудном пути приносит светлые минуты или даже часы и дни счастья.

Что же такое страдание? В «Философском энциклопедическом словаре» (1983 г.) оно определяется как претерпевание неблагоприятных состояний и противоположность деятельности. Если первая часть этого определения не вызывает возражений, то со второй частью нельзя согласиться полностью.

Страдание является противоположностью деятельности только тогда, когда человек воспринимает его как неизбежную и неотвратимую судьбу, капитулирует перед ним, безропотно покоряется ему, не делает никаких попыток выйти из-под его власти. Если же личность не смиряется с жалкой участью объекта негативных воздействий, а находит в себе силы сопротивляться им, то она может осуществлять деятельность, направленную против этих воздействий. В ряде случаев такая деятельность носит активный, целеустремленный, планомерный, систематический характер. Ради

избавления от тяжелой, мучительной болезни некоторые люди согласны на любые перемены в своей жизни, готовы изменить образ жизни, режим дня, сменить профессию, место жительства и т.п.

Страдание затрудняет или даже делает недоступными одни виды деятельности, зато может стимулировать другие виды, особенно те, которые способствуют освобождению от него. Упражняясь и совершенствуясь в доступных для себя видах деятельности, человек хотя бы частично компенсирует ущерб, наносимый страданием.

Страдание может угрожать всему существованию человека: и его организму, и личности. Зато в борьбе против этого врага человек может использовать все свои средства, силы и способности: как естественные, так и созданные медициной; как физические и биологические, так и моральные, интеллектуальные, эстетические. Поскольку человек познает и осваивает мир в его широте и разнообразии, арсенал этих средств и сил велик, и это вселяет надежду на успехи в противодействии страданию.

Н.В.Яковлева

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МОДЕЛИ МЕТАКОМПЕТЕНТНОСТИ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ

Кафедра общей и прикладной психологии с курсом педагогики

Функциональная модель метакомпетентности обеспечивает субъектное управление жизнью и представляет собой систему способностей жизнеобеспечения, интегрированную особенностями смысловой сферы здоровья личности и проявляющейся в качестве жизни. Для проверки эффективности использования функциональной модели метакомпетентности для исследования психического статуса студентов в рамках изучения индивидуального здоровья, нами было проведено психодиагностическое исследование.

В исследовании приняли участие 61 студент 2 курса медико-профилактического факультета Рязанского государственного медицинского университета, в возрасте от 17 до 22 лет (средний возраст $18,3 \pm 0,3$) выборка по полу была в соотношении 83,6% женщин к 16,4% мужчин. Психический статус изучался в серии психодиагностического тестирования студентов психодиагностическим комплексом Статус Пси, включающем 15 психодиагностических тестов, как широко известных, так и авторских.

В ходе исследования было получено 45 показателей метакомпетентности личности, относящихся к трем основным блокам: смысловая сфера личности, жизнеспособности личности, качество жизни личности. В процессе обработки проводилось вычисление средних значений и стандартных отклонений для каждого показателя; парная корреляция рядов данных; факторный анализ распределений по всем используемым шкалам психического статуса; нахождение близких распределений; оценка достоверности различий между распределениями по отдельным интегральным блокам «Смысловая сфера», «Жизнеспособности», «Качество жизни»; вычисление

«усредненных показателей (распределений)» по каждому блоку: «Смысловая сфера», «Жизнеспособности», «Качество жизни»; выявление корреляции показателей «Смысловой сферы и качества жизни», «Жизнеспособностей и качества жизни».

При статистической обработке полученных психодиагностических данных применялись процедуры пакета для обработки и анализа статистической информации СТАТИСТИКА 6.0.

Опыт исследования показал следующее:

1. Взаимосвязь между составляющими метакомпетентности: смысловой сферой, способностями жизнеобеспечения, качеством жизни (отличаются сложностью и многомерностью).

2. Внутренняя согласованность параметров каждой составляющей метакомпетентности может быть охарактеризована как «прямая» и «парадоксальная». «Прямая» согласованность отражает зависимость между параметрами, определяемую функцией прямой математической зависимости $y = kx + b$, «парадоксальная» согласованность характеризует другие варианты связи. Частота последней в исследуемой выборке достаточно высока (36,65%).

3. В факторной структуре влияний по студенческой выборке большую нагрузку несут уровень развития коммуникативных и регулятивных способностей жизнеобеспечения, а не познавательных, как предполагалось ранее.

М.Б.Карева

ПРИМЕНЕНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ТРЕНИНГА ПУБЛИЧНОГО В ОБУЧЕНИИ СТУДЕНТОВ ЮРИДИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА

Кафедра общей и прикладной психологии с курсом педагогики

В Рязанском государственном медицинском университете им. И.П.Павлова в программу обучения студентов юридического факультета включена учебная дисциплина «Ораторское искусство» (40 лекционных часов и 48 часов практических занятий). Дисциплина эта традиционна для юридических факультетов (1, 2, 3).

Учитывая специфику юридической деятельности, требующей от специалистов знания теоретических основ ораторского искусства и успешного практического их применения, преподавателями кафедры педагогики и психологии был разработан тренинг публичного выступления.

Цель тренинга – формирование у студентов навыков свободного владения устной речью, необходимых для решения профессиональных вопросов в деятельности юриста.

Тренинг публичного выступления включает два компонента: выступление с речью каждого студента и обсуждение речи группой. Тема выступления произвольная, определяется самим оратором. Произнесение речи ограничивается пятью минутами – выступающий должен уметь правильно и четко распределить все элементы структуры текста и уложиться в ука-

занное время.

Теоретические знания, необходимые для подготовки к эффективному выступлению, студенты получают на лекционных занятиях, предусмотренных программой курса, в связи с этим на тренинге обсуждение речей проводится только по четко определенным критериям.

Обучающиеся анализируют выступления своих однокурсников по следующим параметрам:

1. Выбор темы (учтены ли возрастные и психологические особенности аудитории, смогли ли слушатели получить информацию, интересную или полезную для них).

2. Структура речи (правильное ли содержательное наполнение основных элементов структуры: введения, основной части, заключения).

3. Содержание речи (соответствует оно заявленной теме или нет, соблюдаются ли последовательность, логичность; выверены ли факты).

4. Контакт с аудиторией (может ли оратор владеть аудиторией, оценивать и учитывать состояние слушателей, отвечать на их вопросы).

5. Культура речи (орфоэпические нормы, выразительные средства речи и т.д.).

6. Внешний облик оратора (внешность, манеры, поза и жесты).

Каждый участник в процессе тренинга выступает в двух ролях: оратора и слушателя, анализирующего выступление, что помогает ему обращать внимание на устную речь других людей, соотносить их достоинства и ошибки в публичных выступлениях с собственной речью, осуществлять внутреннее ее регулирование. Итогом анализа и оценки выступления является вывод о том, каковы его положительные и отрицательные стороны, что оратору необходимо учесть и исправить в последующей практике.

Проведение тренингов публичных выступлений со студентами юридического факультета на кафедре педагогики и психологии на протяжении 6-ти лет дает положительные результаты, которые можно наблюдать, сравнивая доклады будущих юристов и студентов других факультетов на студенческих конференциях, семинарах. Прошедшие тренинг, выступая, демонстрируют более высокий уровень ораторского мастерства, чувствуют себя уверенно и свободно, общаясь с аудиторией.

Таким образом, тренинг публичного выступления можно считать эффективным методом формирования профессиональной компетентности будущего юриста.

Литература

1. Далецкий Ч.Б. Практикум по риторике. - М., 1995.
2. Марченко О.И. Риторика как норма гуманитарной культуры. - М., 1994.
3. Ханин М.И. Практикум по культуре речи. - СПб., 2002.

И.В.Моторина**О ЗНАЧЕНИИ КУРСОВЫХ РАБОТ В ПОДГОТОВКЕ БУДУЩИХ СПЕЦИАЛИСТОВ**
Кафедра общей и прикладной психологии с курсом педагогики

Как показывают теоретические и эмпирические исследования, проведенные педагогами и психологами (Л.И. Анциферова, А.А. Реан, Г.В.Скок, Т.Э. Хэнсон, В.А. Якунин), конструирование и осуществление результативного процесса обучения в высшей школе возможно только в том случае, если студенты самостоятельны, обладают высокой познавательной и учебной активностью, готовы к творческой деятельности.

Вместе с тем, приводимые эмпирические данные специальных наблюдений педагогических психологов, а также практический опыт ежедневного общения со студентами самых разных факультетов РязГМУ, позволяют считать, что значительная часть студентов активным субъектом учебно-познавательной деятельности не являются. Именно по этой причине, торозится установление новой парадигмы субъект-субъектных отношений в ходе общения преподавателей и студентов.

Даже полная практическая реализация ведущей тенденции современной реформы вузовского образования (постепенное увеличение доли внеаудиторных часов в учебных планах и сокращение времени лекционного изложения), не способна привести к автоматической замене неэффективных субъект-объектных отношений весьма привлекательными субъект-субъектными.

Таким образом, преподавателю следует отказаться от роли ретранслятора и контролера знаний, заняв позицию человека, эффективно управляющего психическим развитием будущего профессионала, стрессоустойчивого и конкурентно способного специалиста. Большинству студентов нужна реальная помощь в правильной организации умственной активности. Они не умеют проводить научно-исследовательскую и поисковую работу, которая является важнейшим средством для развития творческого интеллектуального потенциала.

Следовательно, глобальной целью преподавателя становится развитие у студентов высокой учебной активности, ориентация молодых людей на эвристические и исследовательские способы решения учебных задач, повышение уровня умственной самостоятельности, учебной самоорганизации, развитие самоконтроля и профессионального самосознания студентов.

Одна из организационных форм проявления самостоятельности и творчества студентов связана с подготовкой ими курсовых работ. Последние несколько лет показывают, что написание курсовых работ, основная масса студентов расценивает как необходимую учебную формальность. Лишь 5-10% учащихся относятся к курсовым работам как к исследованиям, имеющим самостоятельную профессиональную значимость. Очевидно, что при-

родное стремление ребенка к исследованию окружающего мира, путем освоения и перестроения новых способов деятельности было сознательно «задавлено» школьными педагогами, требующими выучить «главное» знание без «самодеятельности», заранее определенным способом.

В результате, студенты не способны самостоятельно продумать предстоящее исследование, составить план курсовой работы, по ходу исследования оценить и учесть промежуточные результаты, сделать самостоятельные выводы. Обоснование актуальности темы представляет, как правило, у всех чрезвычайную трудность, поэтому в работах лишь вскользь упоминается, что рассматриваемая тема актуальна. Выбор и описание объекта, предмета исследования, гипотезы работы формулируются неточно, сумбурно. Часто студенты не понимают, что курсовая работа – это самостоятельное научное исследование, которое требует системного рассмотрения и изложения полученных теоретических и экспериментальных данных в виде научно-статистического отчета.

Роль научного руководителя – указать на существенные отличия реферативного, в худшем случае компилятивного, изложения широкой актуальной проблематики от собственно исследовательского рассмотрения, когда в поле зрения оказывается только один частный аспект обозначенной проблемы.

Кроме того, научный руководитель подробно консультирует студента по общей схеме проведения научного исследования, в частности, дает развернутые методические рекомендации по осуществлению обязательных этапов курсовой работы: подготовительного, проведения исследования, написания теста работы, оформления работы, защиты курсовой работы.

Опорой для качественной самостоятельной деятельности студента-исследователя служит план, самостоятельно составленный и ограничивающий каждый этап исследования однозначными временными рамками.

Таким образом, студент должен отчетливо представлять структуру и особенности предстоящей работы, варианты собственных поисковых действий, только в этом случае работа над курсовой будет существенно повышать уровень его самостоятельности.

Методически грамотное управление процессом написания курсовых работ весьма трудоемкая и кропотливая работа для преподавателя, однако она дает более высокий образовательный эффект, чем традиционные лекционные, практические и семинарские занятия.

Н.В. Хитрова

«ОБРАЗ ТЕЛА» ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ТЕЛЕСНОСТИ КАК
КУЛЬТУРНО-ИСТОРИЧЕСКОГО ФЕНОМЕНА

Кафедра общей и прикладной психологии с курсом педагогики

Одним из важнейших компонентов телесности человека является отражение собственного тела в сознании (как визуального образа, так и интрацеп-

тивного восприятия). Неадекватные представления о собственном теле могут быть причиной нарушения не только психосоматического развития, но и адаптивности поведения. Отражение телесной сферы входит в структуру самосознания. Более того, согласно многим авторам, именно с формирования чувства собственного тела начинается развитие всего самосознания.

Также вся жизнь человека сопряжена с интрацептивным восприятием. Поведение, коммуникация, психические процессы – все это происходит на определенном телесном фоне и имеет определенную интрацептивную окраску. Поэтому восприятие интрацептивных ощущений несомненно имеет не только сигнальную (об организменных процессах), но и адаптационную, и социальную функцию. Соответственно, дефицитность механизмов структурирования и дифференцирования внутреннего опыта человека порождают измененные формы поведения, одной из которых является употребление наркотиков (в результате нарушения процессов переработки телесного опыта, надления его личностным смыслом и значением).

Особое место в клинической психологии занимает проблема формирования отклоняющегося поведения в связи с особенностями социальной ситуации развития ребенка. Тип детско-родительских отношений, а также определенный психотравмирующий опыт, пережитый ребенком в семье, влияет на телесное развитие, в частности на представления ребенка о собственном теле и приводит к определенным поведенческим нарушениям.

Исследование представлений о собственном теле у подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами (ПАВ), выявление факторов, обуславливающих их особенности, имеет большое значение, как в научном, так и в практическом плане. Научная актуальность обусловлена необходимостью анализа социальной ситуации развития таких подростков на ранних стадиях онтогенеза, практическая – потребностью в своевременной диагностике, предупреждении отклонений в поведении, разработке программ первичной профилактики химической зависимости и адекватного медикаментозного и психотерапевтического лечения заболеваний, связанных с употреблением ПАВ.

Исходя из анализа литературы можно предположить, что:

1) особенности представлений о собственном теле у подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами значительно отличаются от таковых у здоровых подростков и проявляются в слабой дифференцированности и структурированности внутреннего опыта (интрацептивных ощущений), повышении значения боли для подростка и недостаточно позитивном отношении к своему телу;

2) тип материнского отношения и социальная ситуация развития подростка в раннем детстве влияет на особенности представлений о собственном теле у него;

3) телесный опыт подростка может влиять на формирование тех или иных форм отклоняющегося поведения.

О.М.Аникина

**ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ,
ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩИХ ПСИХО-АКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ**
Кафедра общей и прикладной психологии с курсом педагогики

Специфика подросткового возраста заключается в неравномерности созревания, незавершенности формирования личности, психологической и социальной неустойчивости. Многочисленные стрессы и дистрессы активизируют потребность несовершеннолетнего в компенсации своего состояния, которой он зачастую пытается достичь за счет приема различных психоактивных веществ. Эти возрастные психические особенности необходимо учитывать не только на этапе диагностики и оценки зависимости от ПАВ, но и при организации лечебно-реабилитационного процесса.

Лечебно-реабилитационный процесс включает: отказ от ПАВ и дезактуализацию болезненных расстройств, гармонизацию психических и личностных процессов с коррекцией неадаптивных форм реагирования, формирование позитивных интересов в сочетании с определенной антинаркотической направленностью и активностью. Это возможно, если реабилитация сопровождается необходимыми кардинальными изменениями в образе жизни, ведущими к реорганизации личности и психических особенностей реабилитируемых, их жизненной среды, характера коммуникативных отношений детей и подростков, включающих преодоление патологических стереотипов поведения и усвоение нормативных социальных установок и форм взаимоотношений.

Целями реабилитационного процесса являются:

– создание условий для возвращения несовершеннолетнего к жизни в обществе на основе восстановления физического и психического здоровья, отказ от психоактивных веществ, восстановление (или формирование) его нормативного личностного и социального статуса;

– формирование устойчивых социальных установок антинаркотического направления;

– профилактика рецидивов злоупотребления ПАВ.

Реабилитация строится с использованием следующих принципов:

1. Добровольное согласие на участие в реабилитационных мероприятиях несовершеннолетнего и его родителей (законных представителей).

2. Прекращение приема ПАВ.

3. Конфиденциальность. Передача информации третьим лицам возможна только с согласия самих несовершеннолетних или их законных представителей, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством.

4. Системность реабилитационных мероприятий. Реабилитационная

программа построена на объединении и координации комплекса воспитательных, психологических, медицинских и социальных мероприятий. Это обеспечивается согласованными усилиями специалистов различного профиля.

5. Этапность реабилитационных мероприятий. Процесс реабилитации строится с учетом объективной оценки реального состояния несовершеннолетнего и его закономерной динамики. Выделяют следующие основные этапы: начальный (вхождение в реабилитационный процесс), основной, завершающий.

6. Позитивная направленность реабилитационных мероприятий. Позитивно-ориентированным воздействиям отдается приоритет перед негативно-ориентированными санкциями и наказаниями. Это достигается путем ориентации реабилитационных мероприятий на формирование чувства доверия, коллективизма, честности, трудолюбия, посредством использования приемов поддержки, поощрения и т.д.

7. Ответственность. В ходе реабилитационного процесса несовершеннолетние учатся принимать осознанные решения, берут на себя ответственность за прекращение употребления ПАВ, участие в реабилитационных программах, позитивное взаимодействие с коллективом реабилитационного учреждения. В свою очередь, персонал учреждения несет ответственность за организацию реабилитационной среды, реализацию программ реабилитации, защиту интересов реабилитируемого.

8. Включение в реабилитацию значимых других лиц. Осуществляются консультирование, диагностика и коррекция проблем, существующих у членов семьи и ближайшего окружения несовершеннолетних.

9. Формирование реабилитационной среды и реорганизация микросоциальной среды. Предполагается создание реабилитационной среды, которая является искусственным промежуточным звеном в процессе освобождения несовершеннолетнего от зависимости от ПАВ к стабилизации здоровья и функционированию в нормативной социальной среде.

10. Дифференцированный подход к реабилитации различных групп несовершеннолетних. Предполагается наличие спектра дифференцированных реабилитационных программ. Включение несовершеннолетнего в ту или иную программу с учетом его реабилитационного потенциала и в соответствии с показаниями и противопоказаниями.

Таким образом, при организации реабилитационного процесса учитываются: специфика заболевания, возрастные особенности и особенности социальной среды реабилитируемого. Реабилитация несовершеннолетних, злоупотребляющих ПАВ, в значительной мере является совокупностью психолого-педагогических воздействий, нежели совокупностью медицинских мероприятий. Реабилитация несовершеннолетних, злоупотребляющих ПАВ, является комплексной, но в значительной степени педагогической деятельностью и осуществляется разными специалистами – психоло-

гами, педагогами, медицинскими и социальными работниками.

Л.В.Островская, С.В.Шестопапов
СОДЕРЖАТЕЛЬНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ УЧЕБНО-
ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
Кафедра педагогики, психологии и ТСО ФПДО

Технология содержательно-методического обеспечения самостоятельности учебно-познавательной деятельности – это средство оснащения вузовских курсов студенческими учебно-методическими комплексами, которые содержат систему заданий и организационно-методические материалы, необходимые для выполнения самостоятельной работы по конкретным медико-педагогическим проблемам.

В процессе самостоятельной работы студентам рекомендуется рассматривать проблемы образования на основе научно-теоретического и практического единства, используя следующие подходы к отбору медико-педагогического содержания, структурированию учебного материала и организации способов его презентации:

– аксиологический ценностный подход к педагогическим традициям и новациям в медико-педагогической науке и практике; акмеологический, позволяющий определить влияние совокупности медико-педагогических факторов на переход от внешнего управления к внутреннему самоуправлению в процессе творческой образовательно-профессиональной деятельности и общении субъектов взаимодействия;

– личностно-ориентированный, который предполагает отношение студента к себе, сокурсникам и преподавателям как к самосознательным субъектам процесса профессиональной подготовки;

– креативный, который предполагает создание условий не только для воспроизведения базовых медико-педагогических знаний, способов деятельности и отношений, но также для их творческой интерпретации, последующего применения и восполнения.

Установлению адекватной обратной связи способствуют разработанные нами задания контрольных работ по лечебной педагогике, которые изданы в виде соответствующих методических рекомендаций. Контрольные работы направлены на приобщение студентов к изучению современных вариативных источников медико-педагогической информации.

В нашем исследовании разработана и апробирована технология коллективно-распределенной организации занятий как способ проведения лабораторно-практических и семинарских занятий, который состоит в их одновременном проведении на курсе несколькими преподавателями одной и той же учебной дисциплины, каждый из которых работает с конкретной подгруппой, а один из них организует фронтальные этапы работы и согла-

совывает взаимодействие всех подгрупп.

Применение данной технологии становится возможным при наполнении структурных этапов занятий новыми организационными микроформами взаимодействия студентов и преподавателей. В этих условиях основные специфические и традиционные этапы занятий в зависимости от их назначения могут быть:

1. Мотивационно-стимулирующие. На данном этапе ведущий преподаватель раскрывает цель и профессиональные возможности использования усваиваемой теории и технологии, а также актуализирует, стабилизирует, дополняет индивидуально и социально значимые мотивы и цели овладения ими.

2. Теоретико-актуализирующие, на которых оперативно актуализируются основы выполнения предстоящих заданий. Применение таких соревновательных приемов, как создание «проспекта белых пятен темы», составление «копилки советов», «аукционы» теоретических знаний и др., что существенно активизирует познавательную деятельность студентов, поднимая ее до аналитико-сопоставительного уровня.

3. Распределенно-подготовительные. Этот этап связан с параллельной работой каждой подгруппы в одном или нескольких помещениях над конкретным заданием. Каждый студент самостоятельно выбирает содержание деятельности, группу взаимодействия.

4. Коллективно-моделирующие. Этап нацелен на презентацию каждой подгруппой выполненного задания и пополнение банка образовательно-технологических идей, поэтому большое влияние уделяется нешаблонным творческим находкам, а вариациям предлагаемых элементов.

5. Распределенно-рефлексивные. На этом этапе организуется анализ занятия по подгруппам, во время которого оценивается процесс и результат своей деятельности, выделяются перспективные находки и достижения, осмысливаются содержание и глубина усвоения предложенных способов деятельности, осуществляется коррекция самооценки процесса роста будущего врача по педагогическим знаниям.

Е.Н.Соколина

МЕДИАОБРАЗОВАНИЕ В ФОРМИРОВАНИИ ИНФОРМАЦИОННОГО
МИРОВОЗЗРЕНИЯ СТАРШЕКЛАССНИКОВ

Кафедра педагогики, психологии и ТСО ФПДО

В современных условиях информатизации общественной жизни одной из важных задач системы образования является формирование информационного мировоззрения личности учащихся.

Информационное мировоззрение – это система взглядов на мир информации и место человека в нем. Информационное мировоззрение включает в себя убеждения, идеалы, принципы познания и деятельности. Эта система выражается в ценностях образа жизни личности, социальной группы и

общества в целом в век информации. Информационное мировоззрение обеспечивает целостность традиционной книжной (библиотечной) и новой, компьютерной информационной культуры, органическое единство технократической и гуманитарной культур, препятствует дегуманизации и замене духовных ценностей достижениями, вызванными к жизни научно-техническим прогрессом и беспрецедентным ростом и развитием новых информационных технологий.

В ходе исследования установлено, что использование возможностей медиаобразования в обучении активизирует учебный процесс, способствует эффективному развитию информационного мировоззрения учащихся.

В одобренной ЮНЕСКО формулировке медиаобразование (media education) определяется как направление в педагогике, связанное со всеми видами медиа (печатными и графическими, звуковыми, экранными) и различными технологиями; оно дает возможность людям понять, как массовая коммуникация используется в их социумах, овладеть способностями использования медиа в коммуникации с другими людьми.

На основе анализа научной литературы можно сделать вывод, что философско-методологической основой медиаобразования является теория «диалога культур» М.М.Бахтина - В.С.Библера. Согласно данной философской концепции, культуры индивидуумов, личностей, социальных групп, народов, исторических эпох, стран и т.д. вступают между собой в диалогическое общение, непрерывно взаимодействуют, при этом взаимно обогащаются и взаимодополняют друг друга. Культура нововременного мышления, согласно теории «диалога культур» – это культура «втягивания» всех прошлых, настоящих и будущих культур в единую цивилизационную лестницу.

В ходе исследования установлено, что основные задачи медиаобразования созвучны задачам современной школы в период информатизации общества: подготовить новое поколение к жизни в современных информационных условиях, к восприятию различной информации, научить понимать ее, осознавать последствия ее воздействия на психику, овладевать способами общения на основе невербальных форм коммуникации с помощью технических средств.

Исследование показало, что в последние годы процесс медиаобразования в развитых странах мира приобретает все большую значимость в культуротворческом аспекте. Медиаобразование в современном мире рассматривается как процесс развития личности с помощью и на материале средств массовой коммуникации (медиа) с целью формирования культуры общения с медиа, творческих, коммуникативных способностей, критического мышления, умений полноценного восприятия, интерпретации, анализа и оценки медиатекстов, обучения различным формам самовыражения при помощи медиатехники. Обретенная в результате этого процесса медиаграмотность/медиакомпетентность помогает человеку активно использовать возможности информационного поля телевидения, радио, видео, ки-

нематографа, прессы, Интернета.

В Госстандартах начальной и средней школы РФ предусматривается использование медиаобразования, однако, как показало исследование, в педагогической практике эти возможности используются пока недостаточно.

О.А.Федосова

ПРОБЛЕМА СОЦИАЛИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ В УСЛОВИЯХ ИНФОРМАЦИОННОГО ОБЩЕСТВА

Кафедра педагогики, психологии и ТСО ФПДО РГМУ

Человечество за время своего существования выработало огромные духовные и материальные ценности в виде достижений наук, мировоззренческих взглядов, духовной и материальной культуры народов. Информация взаимодействует как с духовным, так и материальным миром человека. Проблема использования всех знаний человечества в качестве информации является одной из ключевых в понимании сущности процесса производства и использования информационных ресурсов.

Человек должен адаптироваться к условиям информационного общества, а при качественно новых преобразованиях в обществе изменяются требования к его членам. Социализация – непрерывный процесс, в ходе которого наделенный определенными биологическими и психологическими задатками человек приобретает необходимые для жизнедеятельности в обществе качества и опыт.

Таким образом, можно говорить, что вопросы существования и развития личности в информационном обществе сводятся к вопросу социализации человека в условиях информатизации общества.

Социализация личности может происходить как в условиях стихийного воздействия на личность различных обстоятельств жизни в обществе, так и в условиях целенаправленного ее воспитания. Однако в связи с высокой динамикой информационных процессов в обществе готовить личность к жизнедеятельности в информационном обществе необходимо целенаправленно. Для этого необходимо формировать и развивать информационную культуру личности, которая становится определяющим фактором социализации в информационном обществе.

Для того чтобы сформировать информационную культуру общества и каждого человека, соответствующую современному уровню информатизации, необходим целый комплекс мероприятий, затрагивающий все звенья социальной системы. Одним из главных звеньев этой системы является образование. Именно образованию отводится роль основы социально-экономического и духовного развития любого общества. Человек становится способным к созидательной деятельности в определенной сфере труда и творчества, к общению с другими членами общества посредством многообразных форм личностных и деловых контактов, основанных на общечеловеческих социальных и нравственных нормах, благодаря образованию. Поэтому концептуальные вопросы развития образования в соответ-

ствии с объективными потребностями современного общества приобретают особую остроту.

Главная цель образования – сохранение и развитие творческого потенциала человека. Образование должно развивать гармоничное мышление, основанное на сочетании внутренней свободы личности и ее социальной ответственности, а также терпимости к инакомыслию.

На современном этапе развития общества одной из целей должно стать непрерывное формирование мировоззрения информационного общества через повышение информационной культуры личности. Это требует перестройки в значительной степени всего педагогического процесса. В процессе обучения должна быть сформирована система взаимоотношений, деятельности, общения, ценностей, правовых и нравственных норм.

В центре этой системы находится человек, обучающийся, который выступает не только объектом целенаправленных педагогических действий, но и субъектом своего становления как гармонично развитой личности. Поэтому система должна предусматривать вопросы адаптации содержания образования к интересам и потребностям обучающейся личности с учетом индивидуальных особенностей, мотивов и ценностных ориентаций каждого из них.

Успешное решение этой задачи возможно лишь в самом учебно-воспитательном процессе, в разнообразной внеучебной деятельности обучающихся, в системе многоплановых межличностных отношений. Особое значение имеет инновационный потенциал системы образования – ее способность создавать, воспринимать, реализовывать новшества. Эти качества создают особый эмоциональный климат, интеллектуальную и нравственную атмосферу, общественное мнение и т.д.

Постановка в центр учебного процесса личности означает решительный переход к гуманизации образования, т.к. высший смысл пребывания человека в образовательной системе – максимальное развитие его способностей и овладение культурой, в том числе культурой информационной, как составной частью общей культуры.

Между воспитанием и образованием существует тесная связь. Однако, как справедливо утверждал педагог и писатель А.С. Макаренко, воспитание имеет и свою собственную логику, специфические методы и способы влияния на личность, целостное формирование которой не может ограничиваться рамками образования.

В своих исследованиях мы рассматриваем систему образования как социальную систему. При воспитании информационной личности следует помнить, что педагогические инновации имеют смысл, если они способствуют развитию человека как индивидуальности и социального существа. Информационную культуру следует рассматривать как свойство личности, позволяющее, с одной стороны адекватно реагировать на процесс информатизации общества в целях саморазвития, а с другой - влиять на процесс

формирования информационной культуры общества, как гуманистической основы информатизации.

Л.В.Островская, М.А.Тарарышкина
ОРИЕНТАЦИЯ БУДУЩЕГО СПЕЦИАЛИСТА
Кафедра педагогики, психологии и ТСО ФПДО

Растущее значение гуманистической и культуuroобразующей функции личноcтно ориентированного образования обусловило преподавание в медицинском университете курса педагогики, направленного на личностный рост студента, развитие его профессиональных способностей, необходимых в будущей медицинской деятельности, а также формирование умений выбора и рационального использования педагогических технологий, адекватных целям и содержанию медицинского образования.

Ориентация будущего специалиста на освоение технологий профессионального общения осуществляется в процессе актуализации, реализации и закрепления коммуникативных умений. Основой их зарождения и развития является синтез медико-педагогических знаний студентов о соответствующих технологиях и способах их применения. Анализ массовых данных на этапе констатирующего эксперимента показал, что шире всего преподаватели используют вербальные приемы активизации (беседы) и значительно реже приемы, обеспечивающие активную деятельность каждого студента. Организация деятельности каждого студента в процессе обучения всегда связана с наличием средств, обеспечивающих эту деятельность.

Наши вопросы к молодым преподавателям, почему они отдают предпочтение беседе как средству активизации и недостаточно внимания уделяют организации деятельности каждого студента, выявили следующее: они не подготовлены для ведения занятий так, как этого требовала предложенная нами методика. Преподаватели, имеющие стаж работы свыше 25 лет, шире используют приемы активизации на всех этапах усвоения педагогических знаний. Для всех преподавателей характерно увеличение частоты организации действий будущих специалистов по применению теоретических обобщений, полученных на занятиях.

В ходе исследования было установлено, что активизация учения во многом зависит от правильного выбора источников педагогических знаний и умелого их сочетания. На этапе констатирующего эксперимента мы получили данные, показывающие, что основным источником знаний на занятиях остается слово преподавателя. Проверяемая методика активизации учения предполагала более широкое использование и других источников педагогических знаний.

Было выявлено, что существенные изменения, характеризующие качественное совершенствование методики обучения на занятиях, связаны с

широким использованием таких источников знаний, как практическая работа, наблюдение явлений, процессов, использование в этих целях различных средств наглядности: таблиц, макетов.

Применяемая система средств активизации учения привела к более широкому сочетанию различных источников знаний. Одним из самых существенных качественных изменений считаем изменение характера самостоятельных работ. Сравнение данных констатирующего и формирующего эксперимента показывает, что в первом обследовании во всех случаях превалировали самостоятельные работы по образцу. Задания, требующие от студентов применения знаний в новой ситуации, использовались преподавателями редко. Реализация проверяемой системы средств активизации учения привела к тому, что преподаватели стали использовать больше заданий, обеспечивающих деятельность будущих специалистов в сходной и новой ситуации, чем работы по образцу.

Оценку функционирования, проверяемого методического аспекта как системы средств активизации учения, представим по двум параметрам: а) на основании анализа данных, характеризующих изменения в отношении преподавателей к таким стержневым линиям организации процесса, как целевая установка на запоминание существенного и контроль за педагогическими знаниями студентов; б) доказательство взаимосвязи между средствами активизации в системе средств.

На основе анализа полученных данных было выдвинуто предположение (микрогипотеза) о том, что применение практических работ, фильмов, наблюдений как источника знаний стимулирует более сложный характер самостоятельной работы будущих специалистов медицинского университета. Таким образом, необходимо отметить, что разработанные и использованные в исследовании технологии являются составной частью образовательной подсистемы подготовки разнопрофильных специалистов медицинского университета по основам психолого-педагогических знаний.

В.А.Семёнов, Л.Н.Бахарева, Е.А.Островская

**ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ
Кафедра педагогики, психологии и ТСО ФПДО**

Проблемы, связанные с положением человека в сегодняшнем обществе являются основополагающими в содержании по подготовке специалистов в высшей медицинской школе. Анализ научной литературы выявил, что педагогика как наука в целом – одно из средств общественного воздействия на людей, его организации и объединения, воздействия опосредованного, то есть не реализующего его, а только обосновывающего. В этом заключается единство медицинского и психолого-педагогического аспектов проблемы.

К числу важнейших концептуальных положений относится и определя-

ющее значение в формировании личности социума, то есть общественной среды, средств массовой коммуникации, свободного времени. Медицинский университет в содружестве с педагогическим университетом должны направлять этот процесс в русло конкретных медико-педагогических технологий и целенаправленно его корректировать. Этим определяется характер содержания вузовской подготовки будущих специалистов медицинского профиля.

В ходе исследования было установлено, что гармонизация двух частей единой культуры познания: рационально – научного и ассоциативно – образного является одним из важнейших условий при стимуляции познавательных интересов будущих специалистов медицинского университета.

Наблюдения показали, что центральное место при подготовке специалистов медицинского профиля занимают коренные вопросы бытия и духовного роста личности, определённые социально-этические и нравственные проблемы и устремления. Опытной-экспериментальной работой была выдвинута главная концептуальная идея, состоящая в том, что подготовку будущих специалистов надо рассматривать не только как процесс, но и порождающую его педагогическую систему. Отсюда следует, что полноценных результатов в обучении студентов медицинского университета по инновационным психолого-педагогическим основам можно достичь, если таковая будет создана и будет обеспечено ее оптимальное функционирование.

Реализация психолого-педагогического потенциала – это характерная особенность современного образовательного процесса будущих специалистов высшей медицинской школы.

Как показали исследования, концептуальными основами являются: гуманизм, свобода, дисциплина, соотношение коллективного и индивидуального, гражданственность, медико-психологический такт, активность, честность, добросовестность, оптимизм и т.д. Целостное представление о мире и человеке осознаётся как важнейший элемент методологии психолого-педагогического мышления и действия будущего специалиста высшей медицинской школы. Вопросы методологии должны решаться в неразрывной связи с теоретическими и методическими проблемами.

Установлено, что основными медико-педагогическими условиями подготовки специалистов медицинских университетов по инновационным основам педагогических знаний как части образовательного процесса могут быть:

- нацеленность профессиональной вузовской программы на использование потенциала всех медико-педагогических учебных дисциплин и видов профессионально-клинических практик для развития неповторимой творческой индивидуальности при восхождении личности к образовательным знаниям;

- использование системы субъектно-реализационных, содержательно-технологических и предметно-результативных задач как средства станов-

ления субъектного, объектного и предметного компонентов медико-педагогических знаний;

- преемственность и взаимодополняемость учебно-познавательной имитационно-моделирующей и профессионально-практической деятельности будущего специалиста-врача с использованием медико-педагогических знаний, обеспечивающих единство теоретической и практической подготовки и т.д.

Таким образом, настойчивые поиски решения этих проблем в сочетании с целенаправленным и успешным психолого-педагогическим опытом позволили нам более четко ориентироваться в понимании специфики содержания концепции подготовки специалистов в высшей медицинской школе, значительно расширив представления в сфере изучения психолого-педагогических наук. Гармоническое единство трех фундаментальных начал: интеллектуально – научного, эмоционально – эстетического, практически волевого, что является основополагающим в подготовке разнопрофильных специалистов в медицинском университете по инновационным педагогическим основам образовательного процесса будущего специалиста.

О.В.Калинкина

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ САМООПРЕДЕЛЕНИЕ КАК ЧАСТЬ СОЦИОКУЛЬТУРНОГО ПРОСТРАНСТВА СТУДЕНТОВ ВЫСШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ШКОЛЫ

Кафедра педагогики, психологии и ТСО ФПДО

Кафедра общей химии

Современная ситуация требует подготовки ответственного, самостоятельного, целеустремленного выпускника, обладающего профессиональным мышлением, культурой поведения, способного самоопределяться.

Профессия медицинского работника представляет собой сложный мир невидимых объектов и переживаний. У стороннего наблюдателя «пусто» там, где для профессионала существуют богатые и сложные миры впечатлений, материалов для размышления и практической деятельности. В этой социокультурной ситуации профессиональному образованию приходится самому решать задачу обеспечения профессионального самоопределения.

Учебно-профессиональная деятельность студентов представляет собой динамическую систему, обеспечивающую адаптацию к новой социокультурной среде, к идеальной модели будущей профессии, предъявляемой им вузом для объективного опосредования. Адекватное понимание этой системы обуславливается многими факторами, одним из которых (определяющим) является открытость для педагогического воздействия, способствующей профессиональному самоопределению (подготавливается и формируется, в частности в научных кружках). В этом смысле становится актуальной проблема совместности в отношениях «педагог-студент». Совместность задается как внутренними (эмпатия, синтония), так и внешними нормами.

В связи с изменением социальной функции образования, во главу угла естественно поставить необходимость непрерывного формирования системы профессиональной деятельности будущего специалиста. Студент должен получить возможность увидеть смысл той или иной дисциплины в контексте своей будущей профессии, а само представление об этом будущем выступит в качестве фактора, управляющего процессом учебы.

Целью медицинского образования выступает формирование у будущих специалистов способности к постановке социально значимых задач, выводимых из реальных ситуаций, складывающихся в социуме. Появляется новая компонента образования – рефлексия на социокультурный аспект профессиональной деятельности. В результате обозначается нетрадиционная логика подготовки специалиста медицинского профиля. В каждой области этой деятельности сочетание содержания образования, модели учебно-профессиональной деятельности и социокультурной среды является специфическим. С другой стороны, эта специфичность не исключает общности в смысле принадлежности к общечеловеческой интеллектуальной культуре. Профессиональное самоопределение является частью учебно-профессиональной деятельности, определяется социокультурными потребностями современности и неразрывно связано с ними многообразием как прямых, так и опосредованных зависимостей.

В связи с этим, пропагандируемая в последнее время самостоятельность студентов в выборе образовательной траектории (например, свободное посещение лекций, семинаров, лабораторных занятий, выбор дисциплин по интересам), на младших курсах не всегда обоснована, так как имеет ряд недостатков как психологического, так и методологического характера. На младших курсах идет адаптация студентов к качественно новой социокультурной среде, у них могут выработаться ложные мотивы обучения и искаженное профессиональное самосознание.

Другой важнейшей проблемой медицинского образования является различный уровень развития студентов. В одном коллективе могут оказаться люди с очень большим разрывом в интеллектуальном, общеобразовательном и психологическом уровнях. Их готовность к обучению определяется не только открытостью к восприятию, но и их первоначальной интеллектуальной готовностью.

Каждый студент на протяжении своего пребывания в образовательной среде проявляет те или иные склонности, способности. Они должны быть положены в основу установления обратной связи в цепи «студент-преподаватель». В соответствии с этим устанавливается тип педагогического воздействия, цель которого для одаренных студентов – создание условий развития способностей в сфере будущей специализации, для студентов с обычными показателями (и показателями ниже средних) – становление соответствующей дидактической среды. Это позволяет студентам адаптироваться в пространстве профессионального самоопределения, начиная с пер-

вых дней обучения в вузе.

Таким образом, для обеспечения профессионального самоопределения каждого студента вуза необходимо целенаправленное психолого-педагогическое воздействие, отвечающее социокультурным потребностям современной ситуации.

М.А. Тарарышкина

ПРОБЛЕМЫ САМОСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ
В АСПЕКТЕ КУЛЬТУРООБРАЗОВАНИЯ

Кафедра педагогики, психологии и ТСО ФПДО

Кафедра общей химии

На современном этапе развития системы высшего образования в качестве одной из приоритетных задач выступает подготовка специалистов с высоко развитыми творческими способностями, готовностью к постановке проблем и их решению. Готовность к творчеству и самостоятельности должны быть сформированы у будущего специалиста еще в студенческие годы. Исходя из этого, в современной дидактике все более широкое признание получает новая концепция, заключающаяся в том, что основная задача преподавателя сводится не к изложению готовых знаний, а к организации активной познавательной деятельности студентов.

Основной задачей нашего исследования, в рамках данной концепции, определить приоритеты, которые помогли бы каждому студенту-будущему врачу проявить себя, увлечься творческим поиском в своей профессии. В этой связи большое значение мы уделяли в подготовке студентов их самообразованию, без которого невозможно ускорение темпов общественного развития и становления личности врача.

Полученные данные позволяют утверждать, что только целенаправленная работа по культуротворческому самообразованию будущего врача обеспечит ликвидацию разрыва между получаемыми знаниями в вузе и своим личным совершенствованием студента. Известно, что успех обучения и воспитания в вузе не в последнюю очередь зависит от преподавателя, от его научно-теоретической подготовки, педагогического мастерства, деловых и культурно-нравственных качеств.

Готовность студента к самообразованию, по нашему мнению, определяется:

1. Наличием эмоционально-личностного стремления к самосовершенствованию, что определяется, прежде всего – отношением к обучению и труду;

2. Системой знаний и умений, отражающих меру интеллектуального развития личности (уметь анализировать и обобщать, видеть внутри- и межпредметные связи, обладать прочностью знаний, умений и навыков, обладать гибкостью мыслительной деятельности);

3. Обобщенными умениями личности работать с основными источниками информации (умение обосновывать суждения, рационально записывать

информацию, переносить задания на новую ситуацию и т.д.).

Основными средствами совершенствования студентов высшей медицинской школы являются: самоконтроль, самоанализ, самоотчет, самонаблюдение.

В процессе обучения и формирования самостоятельности у студентов, будущих врачей, возникают проблемы, решение которых лежит в плоскости самосовершенствования: как создать наравне с получением формального образования среду, стимулирующую самообразование; как научиться, в соответствии со своими интересами, самостоятельно пользоваться разнообразнейшими источниками информации. Главными признаками совершенствования личности является высшая степень осознанности будущим врачом своего поведения, своего систематического самоуправления поведением и интенсивной деятельностью во всей своей жизни.

Будущий врач – носитель высоких моральных качеств, обладающий глубокими этическими знаниями, и владеющий методикой этического и эстетического процесса. Поэтому, важной областью самосовершенствования студента-медика является культурно-нравственное и этическое становление личности. Анализ литературных источников, проведенный нами, позволил установить, что этическая и педагогическая культура студента-медика должна включать в себя следующие компоненты: культуру поведения, культуру общения с другими людьми, этический кругозор, эмоциональную культуру, этическую деятельность, уровень развития нравственных способностей.

В нашей работе особое внимание уделялось познавательному интересу, правомерно утверждалось, что его влияние на личность студента, на его познавательную деятельность очень велико и является одним из ведущих мотивов обучения студентов и его совершенствование. Действенным стимулом развития познавательного интереса является взаимная поддержка в процессе общения преподавателя и студента, эмоциональный тонус их совместной деятельности, стимулирует познавательные возможности студента.

Таким образом, учитывая материалы исследования, можно с определенной степенью вероятности утверждать, что в концепции педагогического стимулирования заложен глубокий гуманистический смысл, так как формирование личности будущего врача, в рамках культурообразовательного аспекта, осуществляется чтобы с одной стороны направлять, наставлять и побуждать его внутренние духовные и нравственные силы, а с другой стороны, последовательно, с учетом возрастных и психических особенностей студента, уменьшать удельный вес педагогических воздействий, которые не могут быть отнесены к категории стимулов (наказание, угроза, административный нажим).

ПЕРЕЧЕНЬ СТАТЕЙ

<u>Клинико-иммунологическая характеристика, профилактика и терапия наиболее распространенных инфекционных заболеваний и заболеваний органов</u>	<u>пищеварения</u>
.....	3
Маслова О.А. СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ ОПРОС БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ...	3
Мартынов В.А., Сорока Е.В., Козлова В.И. ПРИМЕНЕНИЕ УРСОСАНА В ЛЕЧЕНИИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ.....	5
Романова Н.Н., Абросимова Л.М. К ВОПРОСУ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ	ЭКЗАН-
ТЕМ.....	6
Козловцев М.И. НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ ПРИ ЛЕПТОСПИРОЗЕ.....	8
Пятова Л.Г., Козловцев М.И. ФАКТОРЫ РИСКА ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНЫХ МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТОВ С РАЗВИТИЕМ ОТЕКА МОЗГА.....	9
Пятова Л.Г., Клочков И.Н., Мартынов В.А. ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ.....	10
Ермошина Н.П., Ермошина Е.А. К ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ.....	11
Косорукова С.А. ОСОБЕННОСТИ ПАТОГЕНЕЗА АЛОПЕЦИИ У ДЕТЕЙ.....	13
Жильцова Е.Е. УРОГЕНИТАЛЬНЫЕ МИКОПЛАЗМОЗЫ – ПРОБЛЕМА ТЕРАПИИ...14	
Федосеев А.В., Мотин А.П., Новиков Л.А. ТЕЧЕНИЕ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У БОЛЬНЫХ С ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ АМИНОКИСЛОТНОГО ГИДРОЛИЗАТА «АМИНОК».....	16
Сумин А.А., Курякина Н.В. ОЦЕНКА СОХРАННОСТИ ПЛОМБ У БОЛЬНЫХ ЭРОЗИЕЙ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА ЧЕРЕЗ 3, 6, 12 МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ.....	18
Фукс Е.И. ЖЕВАТЕЛЬНАЯ РЕЗИНКА С НИКОТИНОМ.....	20
Кузнецова Т.В. КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «СТОМАТИДИН» В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ПАРОДОНТИТОМ.....	21
Фаворская Е.В. ТРЕБОВАНИЯ, ПРЕДЪЯВЛЯЕМЫЕ К СОВРЕМЕННЫМ ПЛОМБИРОВОЧНЫМ МАТЕРИАЛАМ.....	23
Юдина Ю.А., Курякина Н.В. КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕ-	

РИСТИКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТА ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ БИОЛОГИЧЕСКИМ И ВИТАЛЬНО-АМПУТАЦИОННЫМ МЕТОДАМИ.....	25
<u>Разработка оптимальных технологий, обеспечивающих сохранение здоровья женщин, детей, подростков и студенческой молодежи.....</u>	<u>27</u>
Дмитриева Н.В., Гудков Р.А. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ.....	27
Ткаченко Т.Г. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В УСЛОВИЯХ ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ г.РЯЗАНИ.....	29
Шатская Е.Е., Ткаченко Т.Г., Дмитриева Н.В., Дмитриев А.В. ЛЕЧЕБНОЕ ПИТАНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.....	31
Гребова Л.П., Комарова Н.А., Фалетров М.В., Головачева Н.И. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ С ИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.....	33
Гребова Л.П., Прошлякова Т.Л., Муратова С.В., Стрижкова С.В. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ.....	35
Ащеулова Т.В., Крыгина Т.В. ВОЗРАСТНАЯ ДИНАМИКА МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ СЕРДЦА У ПОДРОСТКОВ РАЗНЫХ МОРФОТИПОВ С АРИТМИЯМИ.....	37
Исайкина И.В. КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЯМИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ.....	38
Чикин В.Г., Глуховец И.Б. ПРОСТЫЕ И СЛОЖНЫЕ ОРГАНОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ МАКРОСКОПИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ ПУПОВИНЫ.....	39
Соломатина Л.М., Анфалов Д.В., Денисова О.И. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ИСХОДОВ ДЛЯ МАТЕРИ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ ПО РОДИЛЬНОМУ ДОМУ №2 ЗА 1999 И 2005 гг.....	41
Сидоров А.В., Пчелинцев В.В. ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТЕЙ И ИСХОДЫ РОДОВ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ.....	42
Сидоров А.В., Пчелинцев В.В. ПЕРИНАТАЛЬНАЯ СМЕРТНОСТЬ: ЕЕ АНТЕНАТАЛЬНАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ.....	44
Дейнека Л.А., Глуховец И.Б. ЧАСТОТА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН РАЗНОГО ВОЗРАСТА.....	45

Миров И.М. БЕРЕМЕННОСТЬ ПОСЛЕ ТРУБНОЙ СТЕРИЛИЗАЦИИ И НАДЕЖНАЯ ВОЗМОЖНОСТЬ ИСКЛЮЧИТЬ ТАКУЮ СИТУАЦИЮ.....	46
Сауткин М.Ф., Белов А.А., Сидорова Ю.А., Сулова Г.В., Трушина Н.И. ДИНАМИКА ФИЗИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВЛЕННОСТИ И СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ В ПЕРВЫЙ ГОД ОБУЧЕНИЯ В МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ	48
Сауткин М.Ф., Белов А.А., Котова Г.В., Сидорова Ю.А., Фалеева Е.И. ФИЗИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ СТУДЕНТОВ 1-ГО КУРСА.....	50
<u>Изучение современных закономерностей формирования здоровья и организации лечебно-профилактической помощи отдельным группам населения в условиях бюджетно-страховой медицины.....</u>	<u>52</u>
Нариманова О.В. КОМПЕТЕНЦИИ И ИХ РОЛЬ В УПРАВЛЕНИИ ОРГАНИЗАЦИЕЙ.....	52
Коньчева Н.А. ЦЕЛИ УЧАСТНИКОВ РЫНКА ГОРОДСКИХ ПАССАЖИРСКИХ АВТОПЕРЕВОЗОК И СПОСОБЫ НАХОЖДЕНИЯ КОМПРОМИССА МЕЖДУ НИМИ.....	54
Нариманова О.В., Индеева В.В. РИСК-МЕНЕДЖМЕНТ И ЕГО РОЛЬ В УПРАВЛЕНИИ ОРГАНИЗАЦИЕЙ.....	56
Гуськов Е.Е. ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОГО ЭТАПА ЭВОЛЮЦИИ ПОДХОДОВ К РАЗРАБОТКЕ СТРАТЕГИЙ.....	58
Носенко А.А. О ПРОБЛЕМЕ ИНВЕСТИЦИОННОЙ ПРИВЛЕКАТЕЛЬНОСТИ САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ ОТРАСЛИ.....	60
Нариманов Т.Н. ПРОБЛЕМЫ ПРИМЕНЕНИЯ КОЛИЧЕСТВЕННЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ КРИЗИСНОГО ПОЛОЖЕНИЯ ПРЕДПРИЯТИЯ.....	62
Мележик С.Г. РОЛЬ УПРАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИМ ПЕРСОНАЛОМ В СОВРЕМЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ.....	63
Котова Ю.Н. РОЛЬ ИННОВАЦИЙ В ЭКОНОМИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ СТРАНЫ....	65
Коновалов О.Е., Берстнева С.В. ВЛИЯНИЕ МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИХ И СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА РАЗВИТИЕ ЗОБА У ДЕТЕЙ ПРЕПУБЕРТАТНОГО ВОЗРАСТА.....	67
Грачев В.И., Недюк Н.В. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ВНЕБРАЧНЫХ РОЖДЕНИЙ (ПО МАТЕРИАЛАМ РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ).....	69
Грачев В.И., Сычев М.А. ДИНАМИКА И ТЕНДЕНЦИИ БРАЧНОСТИ И РАЗВОДИМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ.....	71

Дмитриевский Б.В., Коновалов О.Е. ВЛИЯНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА НА РАЗВИТИЕ ЗАВИСИМОСТЕЙ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ	У	ПОДРОСТ- КОВ.....	73
Петрова Я.А., Пономарева Г.А. СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕ- РИСТИКА ЮНЫХ МАТЕРЕЙ.....			75
Соколова Е.А. ПРАВА ПАЦИЕНТА: СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД.....			76
Хаустова А.Ю. АНАЛОГИЯ ЗАКОНА И АНАЛОГИЯ ПРАВА.....			78
Тарарышкина И.С. ПРАВО СОБСТВЕННОСТИ: ВОПРОСЫ ПРИОБРЕТЕНИЯ...80			
Лосева Е.А. ИНСТИТУТ БРАЧНОГО ДОГОВОРА (КОНТРАКТА) В СЕМЕЙНОМ ПРАВЕ.....			82
Лосева Е.А. НОРМЫ МОРАЛИ И НРАВСТВЕННОСТИ В ГРАЖДАНСКОМ ЗАКО- НОДАТЕЛЬСТВЕ.....			84
Кошеварова Е.А. ПОНЯТИЕ И ПРИЗНАКИ ОРГАНА ЮРИДИЧЕСКОГО ЛИЦА.....			85
<u>Разработка научных основ медицины труда, экологического благополучия населения и окружающей среды.....</u>			87
Ляпкало А.А., Дементьев А.А., Цурган А.М. МОДЕЛИРОВАНИЕ ЗАГРЯЗНЕ- НИЯ АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА ВЫБРОСАМИ АВТОМОБИЛЬНОГО ТРАН- СПОРТА (НА ПРИМЕРЕ МЕДИЦИНСКОГО ГОРОДКА).....			87
Парамонов В.Ю., Кирюшин В.А. ПРОБЛЕМА ОБЕЗЗАРАЖИВАНИЯ СТОЧНЫХ ВОД. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ОБЕЗЗАРАЖИВАНИЯ.....			89
Парамонов В.Ю. ОБ ОРГАНИЗАЦИИ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКОГО МОНИ- ТОРИНГА В ОРГАНАХ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ.....			91
Пешкова Г.П., Фомина С.В., Кузькина Н.Н., Урыту Ю.В. ФАКТИЧЕСКОЕ ПИТАНИЕ И АЛИМЕНТАРНЫЙ СТАТУС СТУДЕНТОВ г. РЯЗАНИ.....			93
Груздев Е.Е., Кирюшин В.А. ФИЗИОЛОГО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА УСЛО- ВИЙ ТРУДА РАБОТНИКОВ ОТДЕЛОЧНОГО ЦЕХА КОЖЕВЕННОГО ЗАВОДА...95			
Груздев Е.Е. ПРИМЕНЕНИЕ АППАРАТНО-ПРОГРАММНОГО КОМПЛЕКСА «ВА- РИКАРД» В ФИЗИОЛОГО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ.....			97
Дмитриева О.В. ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ КОМПЬЮТЕРНЫХ ИГР.....			99
Большакова А.В. ОРГАНИЗАЦИЯ ОБРАЩЕНИЯ С ОТХОДАМИ ЛЕЧЕБНО- ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ В СИСТЕМЕ ПРОФИЛАКТИКИ ВНУТРИ- БОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ.....			101
Головин С.В. ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ И СОСТОЯНИЯ			

ЗДОРОВЬЯ УЧИТЕЛЕЙ НАЧАЛЬНЫХ КЛАССОВ.....	102
Сенькина Е.Л., Фомичкин А.Н. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ВИЧ ИНФЕКЦИИ ЗА 2005 Г. В Г.РЯЗАНИ И РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ.....	104
Анашкина А.В. МЕТОДИКА ИТОГОВОГО ТЕСТИРОВАНИЯ СТУДЕНТОВ.....	105
<u>Совершенствование управления аптечной службой и лекарственное обеспечение населения в рыночных условиях, изыскание новых способов изготовления лекарств и их анализ.....</u>	
Ерофеева Н.С., Коноплева В.И., Старикова В.В., Шубкина А.А. АЛЬТЕРНАРИЯ ГВОЗДИКОЛЮБНАЯ – ПАРАЗИТ РАСТЕНИЙ РОДА OTITES ADANS....	107
Корецкая Л.В. ОРГАНИЗАЦИЯ СНАБЖЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ БОЛЬНИЦ И АПТЕК ТУНИССКОЙ РЕСПУБЛИКИ.....	108
Назарова М.С. ИЗУЧЕНИЕ АССОРТИМЕНТА БОЛЬНИЧНОЙ АПТЕКИ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА.....	110
Селезнев Н.Г., Пахомова М.В., Стрельцова Р.М. ВНЕДРЕНИЕ НОВЫХ И РАСШИРЕНИЕ ОБЛАСТИ ПРИМЕНЕНИЯ СУЩЕСТВУЮЩИХ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ ВЕЩЕСТВ В ПРОИЗВОДСТВЕ ГОТОВЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ...	111
Николашкин А.Н., Попов Д.М. НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЭКСТРАКЦИОННЫХ ФИТОПРЕПАРАТОВ.....	113
Семушкина Н.А., Попов Д.М. К ВОПРОСУ СТАНДАРТИЗАЦИИ ВОДНЫХ ИЗВЛЕЧЕНИЙ ИЗ КОРЫ КРУШИНЫ.....	114
Серегина О.Б., Леонидов Н.Б., Селезнев Н.Г. ПРИМЕНЕНИЕ SPIROSTOMUM AMBIGUUM В КАЧЕСТВЕ ТЕСТ-ОБЪЕКТА ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ БИОНЕЭКВИВАЛЕНТНОСТИ ПОЛИ-МОРФНЫХ МОДИФИКАЦИЙ 6-МЕТИЛУРАЦИЛА.....	115
Громова З.Ф., Яковлева М.Ф. К ВОПРОСУ ОБ ОТРАВЛЕНИЯХ АЛКОГОЛЕМ И ЕГО СУРРОГАТАМИ В РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ.....	117
Чекулаева Г.Ю., Вознесенская М.М., Сударикова И.В. ВЫДЕЛЕНИЕ И ХИМИКО-БИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЛИСАХАРИДОВ СОЦВЕТИЙ ЛИПЫ СЕРДЦЕВИДНОЙ И СЛОЕВИЩ ЛАМИНАРИИ.....	118
Мартынов Е.Г., Скокова И.Г., Лакштанов В.З. ВОДОРАСТВОРИМЫЕ ПОЛИСАХАРИДЫ КЛЮКВЫ КРУПНОПЛОДНОЙ (O. MACROCARPUS [AIT] PERS.).....	119
Лакштанов В.З., Мартынов Е.Г., Скокова И.Г., Топилина И.И. ПОЛИСАХАРИДЫ ПЛОДОВ АВОКАДО.....	121
Лаксаева Е.А. ВЛИЯНИЕ ЗАМОРАЖИВАНИЯ НА СОДЕРЖАНИЕ АСКОРБИНОВОЙ КИСЛОТЫ.....	122

Фролова М.А., Кулешова Л.Ю. ИЗУЧЕНИЕ СРОКОВ ГОДНОСТИ КАРФЕНИЗОЛА.....124

Новые технологии в современном медицинском образовании и перспективы его гуманитаризации.....126

Булаев М.П., Зверовская О.Н., Кабанов А.Н. ВИЗУАЛИЗАЦИЯ МНОГОМЕРНЫХ МАССИВОВ ДАННЫХ В ЗАДАЧАХ ОПТИМИЗАЦИИ.....126

Булаев М.П., Литвишков В.М., Назарова О.А. ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЕСТЕСТВЕННО-НАУЧНЫХ ДИСЦИПЛИНАХ СПЕЦИАЛЬНОСТИ ЮРИСПРУДЕНЦИЯ.....128

Зверовская О.Н., Карасев В.В., Литвишков В.М. ИНТЕГРИРОВАНИЕ ПАКЕТА MATHCAD В БАЗОВЫЕ КУРСЫ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ.....129

Пруцков А.В. ПРЕДСТАВЛЕНИЕ ЧИСЛИТЕЛЬНЫХ С ПОМОЩЬЮ КАТЕГОРИАЛЬНОЙ ГРАММАТИКИ.....131

Королева Н.Е. К ВОПРОСУ О КАЧЕСТВЕ СОВРЕМЕННОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ.....133

Королева Н.Е. ИСТОРИЯ ПРИНЦИПА КУЛЬТУРОСООБРАЗНОСТИ КАК СОСТАВНАЯ ЧАСТЬ КУЛЬТУРОЛОГИИ СТУДЕНТОВ-ФИЛОЛОГОВ.....135

Урубкова Л.М. ПЕРЕВОДЧЕСКИЕ ТРАНСФОРМАЦИИ И ФОРМИРОВАНИЕ ГОТОВНОСТИ К УСТАНОВЛЕНИЮ СОЦИАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В ПЕРЕВОДЕ...136

Урубкова Л.М. ПРОБЛЕМА БИЛИНГВИЗМА В ПЕРЕВОДЕ.....138

Мартынова М.А. ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ТАКТ ВРАЧА.....140

Мартынова М.А. ПРОЦЕСС ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА БУДУЩИХ СПЕЦИАЛИСТОВ В АСПЕКТЕ РАЗВИТИЯ ДУХОВНО-НРАВСТВЕННЫХ КАЧЕСТВ.....142

Федосеева Л.Н. АНТРОПОЦЕНТРИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ПРОСТРАНСТВЕННЫХ ОТНОШЕНИЙ В СОВРЕМЕННОМ РУССКОМ ЯЗЫКЕ.....144

Гончарова Т.В., Костюшина Ю.И. ВИДЕОФИЛЬМЫ, КАК ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА ОБУЧЕНИЯ.....145

Кечина Э.А. АКТУАЛЬНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ПРЕПОДАВАНИЯ РУССКОГО ЯЗЫКА КАК ИНОСТРАННОГО НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ.....147

Журина Т.С. ЗНАЧЕНИЕ КУРСА «РУССКИЙ ЯЗЫК И КУЛЬТУРА РЕЧИ» В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКЕ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ФАКУЛЬТЕТОВ.....150

Корнеев П.В., СТРАДАНИЕ КАК ТЕМА ФИЛОСОФИИ МЕДИЦИНЫ.....	152
Яковлева Н.В. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МОДЕЛИ МЕТАКОМПЕТЕНТНОСТИ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ.....	153
Карева М.Б. ПРИМЕНЕНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ТРЕНИНГА ПУБЛИЧНОГО В ОБУЧЕНИИ СТУДЕНТОВ ЮРИДИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА.....	154
Моторина И.В. О ЗНАЧЕНИИ КУРСОВЫХ РАБОТ В ПОДГОТОВКЕ БУДУЩИХ СПЕЦИАЛИСТОВ.....	156
Хитрова Н.В. «ОБРАЗ ТЕЛА» ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ТЕЛЕСНОСТИ КАК КУЛЬТУРНО-ИСТОРИЧЕСКОГО ФЕНОМЕНА.....	157
Аникина О.М. ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ, ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩИХ ПСИХО-АКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ.....	159
Островская Л.В., Шестопалов С.В. СОДЕРЖАТЕЛЬНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ УЧЕБНО-ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.....	161
Соколина Е.Н. МЕДИАОБРАЗОВАНИЕ В ФОРМИРОВАНИИ ИНФОРМАЦИОННОГО МИРОВОЗЗРЕНИЯ СТАРШЕКЛАССНИКОВ.....	162
Федосова О.А. ПРОБЛЕМА СОЦИАЛИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ В УСЛОВИЯХ ИНФОРМАЦИОННОГО ОБЩЕСТВА.....	164
Островская Л.В., Тарарышкина М.А. ОРИЕНТАЦИЯ БУДУЩЕГО СПЕЦИАЛИСТА.....	166
Семёнов В.А., Бахарева Л.Н., Островская Е.А. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ.....	167
Калинкина О.В. ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ САМООПРЕДЕЛЕНИЕ КАК ЧАСТЬ СОЦИОКУЛЬТУРНОГО ПРОСТРАНСТВА СТУДЕНТОВ ВЫСШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ШКОЛЫ.....	169
Тарарышкина М.А. ПРОБЛЕМЫ САМОСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ В АСПЕКТЕ КУЛЬТУРООБРАЗОВАНИЯ.....	171

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ АВТОРОВ

Абросимова Л.М.	6	Кирюшин В.А.	89, 95
Анашкина А.В.	105	Клочков И.Н.	10
Аникина О.М.	159	Козлова В.И.	5
Анфалов Д.В.	41	Козловцев М.И.	8, 9
Ащеулова Т.В.	37	Комарова Н.А.	33
Бахарева Л.Н.	167	Коновалов О.Е.	67, 73
Белов А.А.	48, 50	Коноплёва В.И.	107
Берстнева С.В.	67	Коньчева Н.А.	54
Большакова А.В.	101	Корецкая Л.В.	108
Булаев М.П.	126, 128	Корнеев П.В.	152
Вознесенская М.М.	118	Королева Н.Е.	133, 135
Глуховец И.Б.	39, 45	Косорукова С.А.	13
Головачева Н.И.	33	Костюшина Ю.И.	145
Головин С.В.	102	Котова Г.В.	50
Гончарова Т.В.	145	Котова Ю.Н.	65
Грачев В.И.	69, 71	Кошеварова Е.А.	85
Гребова Л.П.	33, 35	Крыгина Т.В.	37
Громова З.Ф.	117	Кузнецова Т.В.	21
Груздев Е.Е.	95, 97	Кузькина Н.Н.	93
Гудков Р.А.	27	Кулешова Л.Ю.	124
Гуськов Е.Е.	58	Курякина Н.В.	18, 25
Дейнека Л.А.	45	Лаксаева Е.А.	122
Дементьев А.А.	87	Лакштанов В.З.	119, 121
Денисова О.И.	41	Леонидов Н.Б.	115
Дмитриев А.В.	31	Литвишков В.М.	128, 129
Дмитриева Н.В.	27, 31	Лосева Е.А.	82, 84
Дмитриева О.В.	99	Ляпкало А.А.	87
Дмитриевский Б.В.	73	Мартынов В.А.	5, 10
Ермошина Е.А.	11	Мартынов Е.Г.	119, 121
Ермошина Н.П.	11	Мартынова М.А.	140, 142
Ерофеева Н.С.	107	Маслова О.А.	3
Жильцова Е.Е.	14	Мележик С.Г.	63
Журина Т.С.	150	Миров И.М.	46
Зверовская О.Н.	126, 129	Мотин А.П.	16
Индеева В.В.	56	Моторина И.В.	156
Исайкина И.В.	38	Муратова С.В.	35
Кабанов А.Н.	126	Назарова М.С.	110
Калинкина О.В.	169	Назарова О.А.	128
Карасев В.В.	129	Нариманов Т.Н.	62
Карева М.Б.	154	Нариманова О.В.	52, 56
Кечина Э.А.	147	Недюк Н.В.	69

Николашкин А.Н.	113	Сударикова И.В.	118
Новиков Л.А.	16	Сумин А.А.	18
Носенко А.А.	60	Сулова Г.В.	48
Островская Е.А.	167	Сычев М.А.	71
Островская Л.В.	161, 166	Тарарышкина И.С.	80
Парамонов В.Ю.	89, 91	Тарарышкина М.А.	166, 171
Пахомова М.В.	111	Ткаченко Т.Г.	29, 31
Петрова Я.А.	75	Топилина И.И.	121
Пешкова Г.П.	93	Трушина Н.И.	48
Пономарева Г.А.	75	Урубкова Л.М.	136, 138
Попов Д.М.	113, 114	Урыту Ю.В.	93
Прошлякова Т.Л.	35	Фаворская Е.В.	23
Пруцков А.В.	131	Фалеева Е.И.	50
Пчелинцев В.В.	42, 44	Фалетров М.В.	33
Пятова Л.Г.	9, 10	Федосеев А.Ф.	16
Романова Н.Н.	6	Федосеева Л.Н.	144
Сауткин М.Ф.	48, 50	Федосова О.А.	164
Селезенев Н.Г.	111, 115	Фомина С.В.	93
Семёнов В.А.	167	Фомичкин А.Н.	104
Семущкина Н.А.	114	Фролова М.А.	124
Сенькина Е.Л.	104	Фукс Е.И.	20
Серегина О.Б.	115	Хаустова А.Ю.	78
Сидоров А.В.	42, 44	Хитрова Н.В.	157
Сидорова Ю.А.	48, 50	Цурган А.М.	87
Скокова И.Г.	119, 121	Чекулаева Г.Ю.	118
Соколина Е.Н.	162	Чикин В.Г.	39
Соколова Е.А.	76	Шатская Е.Е.	31
Соломатина Л.М.	41	Шестопалов С.В.	161
Сорока Е.В.	5	Шубкина А.А.	107
Старикова В.В.	107	Юдина Ю.А.	25
Стрельцова Р.М.	111	Яковлева М.Ф.	117
Стрижкова С.В.	35	Яковлева Н.В.	153