

**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, 2007

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
УНИВЕРСИТЕТА**

Часть II

Рязань, 2007

УДК 61(071)+61:378

Материалы научной конференции университета / Общая ред. М.М.Лапкина. – Рязань: РязГМУ, 2007. – Ч. II. – 126 с.

ISBN 5-8423-0062-1

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 молодёжи. 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.

Технический редактор А.В.Куприкова

ISBN 5-8423-0062-1

© ГОУ ВПО РязГМУ Росздрава, 2007

РАЗРАБОТКА ОПТИМАЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ, ОБЕСПЕЧИ-
ВАЮЩИХ СОХРАНЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН, ДЕТЕЙ,
ПОДРОСТКОВ И СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

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

**ПРИМЕНЕНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ У ДОНОШЕННЫХ И
НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМ
ПЕРИОДОМ АДАПТАЦИИ**

Кафедра детских болезней с курсом детской хирургии

Одним из основных принципов терапии новорожденных, страдавших от перинатальной гипоксии, является назначение препаратов нормализующих церебродикардальные взаимодействия и корригирующих метаболические нарушения.

Цель исследования – изучить эффективность препарата корилип и маточного молочка пчел у доношенных и недоношенных новорожденных в периоде адаптации, осложненном перинатальным гипоксическим поражением ССС, ЦНС и пневмонией.

Обследовано 45 доношенных новорожденных и 39 младенцев, родившихся преждевременно. При поступлении в стационар на $4,0 \pm 0,3$ день жизни у всех детей отмечались признаки различных вариантов постгипоксической дезадаптации миокарда, симптомы пневмонии в сочетании с перинатальным поражением ЦНС и неонатальной желтухой.

19 детей с гестационным сроком $35,1 \pm 1,5$ недели, массой 1823 ± 298 г, оценкой по шкале Апгар 5-6 баллов вошли в опытную группу. Этим детям с 7 дня жизни назначался корилип в дозе 1/3 суппозитория 1 раз в день ректально курсом 10 дней. Контрольную группу составили 20 младенцев со сроком гестации $34,9 \pm 2,4$ недель, массой 1897 ± 377 г, оценкой по шкале Апгар 5-7 баллов. Беременность у матерей всех недоношенных детей была осложнена поздним гестозом, хронической фетоплацентарной недостаточностью. При поступлении в клинику обращали на себя внимание симптомы угнетения ЦНС, выраженный акроцианоз. По данным КИГ диагностировалась симпатикотония. ЭКГ исследование выявило нарушение процессов реполяризации в миокарде. Оценка возрастного развития по шкале Журба Т.Л. и Мастюковой Е.М. в испытуемой и контрольной группах составила, соответственно, 11-15 (медиана 14) баллов и 11-16 (медиана 15) баллов.

В опытной группе детей на $3,3 \pm 1,8$ дня раньше, чем в контрольной отмечалось повышение двигательной активности, рефлексов, улучшение аппетита, исчезновение инфекционного токсикоза, признаков нарушения периферической микроциркуляции. Восстановление массы тела в опытной группе происходило на 3 дня быстрее ($p < 0,05$), а увеличение веса за вторую декаду неонатального периода на 14,2% больше, чем в контроле

($p < 0,05$). По окончании курса терапии корилипом нормализовалась ЭКГ, в то время как у 20% детей контрольной группы сохранялись нарушения процессов реполяризации в миокарде. По данным КИГ в опытной группе к концу курса лечения корилипом вариационный размах, амплитуда моды были выше в 1,4 и 1,3 раза, а индекс напряжения в 1,2 раза ниже ($p < 0,05$), чем в контрольной группе. При оценке возрастного развития по шкале Журба Т.Л. и Мастюковой Е.М. индекс в испытуемой группе был выше, чем в контрольной ($23,5 \pm 5,8$ и $19,9 \pm 5,1$ баллов соответственно, $p < 0,05$).

23 доношенных новорожденных составили опытную группу, 22 – контрольную. Дети опытной группы получали адсорбированное на лактозе маточное молочко пчел, произведенное в НИИ пчеловодства города Рыбное. Препарат применялся в виде ректальных суппозиторий в дозе 0,0025г/кг массы тела/сутки в 3 приема с 5-6 дня жизни в течение 15 дней.

Физическое развитие детей в обеих группах среднее (масса тела $3492,5 \pm 57,9$ г, длина $53,3 \pm 0,3$ см и $3416,8 \pm 70,3$ г, $52,6 \pm 0,4$ см соответственно). Все дети были оценены по шкале Апгар в 6-8 баллов. Во время беременности у матерей новорожденных отмечалась высокая частота инфекционной патологии урогенитального тракта, позднего гестоза, в родах – клинически узкий таз, преждевременное излитие околоплодных вод и слабость родовой деятельности. У детей при поступлении ведущей была клиника пневмонии. Характерной особенностью являлось стойкое сохранение симптомов нарушения периферической микроциркуляции несмотря на ингаляцию 100% O_2 . Эпизоды вялости у детей сменялись беспокойством в сочетании с мышечной гипотонией и гипорефлексией. По данным КИГ преобладала симпатикотония. ЭКГ изменения включали нарушение процессов реполяризации в миокарде, проводимости по правой ножке пучка Гиса, признаки перегрузки правых отделов сердца.

На фоне апитерапии на 4,8 дня ($p < 0,05$) раньше происходило улучшение аппетита и стабилизация массы тела пациентов. Прибавка веса к концу неонатального периода в опытной группе превышала на 28% показатели контроля. Достоверно раньше уменьшались симптомы токсикоза, нарушения периферической микроциркуляции, активизировались рефлексы новорожденных. По данным КИГ после курса апитерапии общей закономерностью являлось снижение индекса напряжения, увеличение амплитуды моды и вариационного размаха. В опытной группе ЭКГ изменения отмечались лишь у 4 детей. В контрольной группе патология ЭКГ диагностировалась в 4 раза чаще. Стойко сохранялись нарушения реполяризации в миокарде и внутрижелудочковой проводимости по правой ножке пучка Гиса.

Таким образом, препарат корилип и маточное молочко пчел способствуют улучшению функциональных возможностей миокарда новорожденных, перенесших перинатальную гипоксию, с сочетанными осложнениями со стороны ССС, гипоксически-ишемическим поражением ЦНС и пневмонией.

Р.А. Гудков

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГАСТРОДУОДЕНИТА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Кафедра детских болезней с курсом детской хирургии

Наличие сопутствующего заболевания накладывает отпечаток на клиническую картину болезни, изменяет возможности её лечения. Сочетание нефрологической и гастроэнтерологической патологии широко распространено в практике педиатра.

Было обращено внимание на повышенную частоту гастроэнтерологических симптомов у детей, проходящих лечение по поводу хронического пиелонефрита. Эти дети демонстрирует ряд проблем: сложности дифференциальной диагностики болевого и интоксикационного синдромов, негативное влияние повторной антибактериальной терапии на состояние желудочно-кишечного тракта, недостаточное внимание врачей к желудочно-кишечным расстройствам и не своевременная их коррекция. Целью исследования явилось выяснение истинной частоты сочетанной патологии, её причин, клинических особенностей и терапевтических возможностей.

Были проанализированы статистические отчёты о заболеваемости детей Рязанской области нефрологической и гастроэнтерологической патологией, а также данные диспансеризации и ранее проводившихся выборочных обследований детей. Изучены амбулаторные карты и стационарные истории болезни 246 детей, проходивших лечение по поводу гастродуоденита или пиелонефрита.

Болезни органов пищеварения, безусловно, более распространены у детей. Заболеваемость болезнями органов пищеварения в общей структуре находится на 6 месте и изменяется на уровне 80-90%, мочеполовой системы – 12 место на уровне 30-40%. В диспансерной группе болезни органов пищеварения у детей на 2 месте занимая 12%, мочеполовой системы – на 6 месте (7,2%). В процессе Всероссийской диспансеризации впервые было выявлено, по 19% случаев заболеваний. Обращают внимание сходная динамика и территориальная распространённость обеих групп патологии.

Анализ историй болезни показал, что среди детей с установленным диагнозом хронический пиелонефрит жалобы гастроэнтерологического характера выявлялись в 100% случаев, а в 64% они носили хронический характер. Наиболее часто отмечались: снижение аппетита – 65%, боли в животе, связанные с приёмом пищи – 43% запоры – 21%, неустойчивость стула – 15%, изжога – 13%, тошнота – 12%, обложенность языка – 42%, изменения красной каймы губ – 21%, плохой запах изо рта – 16%. Болезненность в эпигастрии определялась у 15%, в пилородуоденальной зоне - у 12%, в правом подреберье или точке Кера - у 21%, распространённая или не локализованная болезненность – у 15% детей с хроническим пиелонефритом.

Приведенные показатели в несколько раз превышают распространённость указанных симптомов в произвольной выборке детей, полученной

при медосмотре школьников.

В целом у детей с пиелонефритом гастродуоденит диагностирован у 34%, но среди пациентов с длительностью заболевания более 5 лет - у 74%. Вместе с тем частота пиелонефрита у детей с гастродуоденальной патологией по нашим данным не намного превышает его распространённость в общей популяции детей.

У обследованных детей, находящихся в различных стадиях пиелонефрита, частота выявления болей в пояснице составила 24%, положительного симптома Пастернацкого - 19%, дизурических явлений – 32%. Таким образом, у детей с хроническим пиелонефритом гастроэнтерологические симптомы встречались в 1,5-2 раза чаще, чем нефрологические. Гастроэнтерологические жалобы демонстрировались больными, как в фазе обострения пиелонефрита, так и в его ремиссии.

Следует отметить, что ряд синдромов и симптомов может быть отнесён к обоим заболеваниям, например, астеновегетоневротический синдром, обложенный язык, снижение аппетита. Мы изучили динамику их выраженности в зависимости от стадий пиелонефрита и гастродуоденита на примере 50 детей в стационаре.

Успешная терапия обострения пиелонефрита существенно улучшала аппетит у больного ребёнка в 28% случаев, уменьшила другие астенические явления у 24%. Лечение гастродуоденита (в большинстве случаев – иррадикация хеликобактера) благоприятно повлияло на аппетит у 39%, уменьшило выраженность астеновегетоневротического синдрома у 34%.

Учитывая распространённость гастроэнтерологических жалоб, их субъективно выраженный характер, можно предположить, что они оказывают не меньшее, а возможно большее, влияние на качество жизни пациентов нефрологического отделения.

Можно предположить несколько причин связи гастродуоденита и пиелонефрита. Среди них - дисметаболизм, нарушение резистентности, дисфункция кишечника, медикаментозная нагрузка.

В 34% случаев сочетанной патологии дети не получали своевременной и адекватной терапии гастродуоденита. Причины несвоевременной диагностики и недостаточной эффективности лечения гастродуоденита у детей с пиелонефритом – это ошибки дифференциального диагноза, не проведение эндоскопического исследования при наличии показаний, отсутствие адекватных диспансерных мероприятий гастроэнтерологического плана, не рациональная антибактериальная терапия пиелонефрита, а также разобщённость наблюдения ребёнка нефрологом и гастроэнтерологом при отсутствии активной роли участкового педиатра.

Р.А. Гудков, Е.И. Лукьянова

ИЗУЧЕНИЕ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Кафедра детских болезней с курсом детской хирургии

Пищевое поведение (ПП) является основополагающей первичной биологически мотивированной формой деятельности человека, направленной на устранение чувства голода. Однако инстинктивная составляющая данного явления в процессе развития ребёнка в значительной мере модифицируется под воздействием социальных и соматических факторов. Понятие ПП включает в себя: уровень аппетита, то есть силу мотивации, вкусовые предпочтения, режим питания, диету. ПП начинает формироваться с рождения и зависит от биологических, личностных, семейных, социальных и культуральных факторов, а также от характера вскармливания на первом году жизни.

Основные виды нарушений ПП это - переедание, недоедание, однообразное питание, парафагия, нарушение ритма питания, «сладкоедение», «заедание» стрессовых ситуаций. Неправильное ПП может привести к патологии пищеварительной системы, ожирению, алиментарной недостаточности, заболеваниям обмена веществ, психоневрологическим расстройствам. Указанные заболевания сами также приводят к нарушению пищевого поведения.

Традиционно в терапии болезней органов пищеварения большое место занимало лечебное питание. Однако в последние два десятилетия лечебному питанию отводится всё меньшая роль на фоне роста медикаментозного вмешательства. Вместе с тем, в детском возрасте нельзя пренебрегать фактором формирующегося ПП ни как важным фактором риска, ни как эффективным терапевтическим методом. Нами найдено очень небольшое количество современных работ посвященных данной тематике.

Задачами исследования было составление опросника, позволяющего оценить особенности пищевого поведения ребенка; проведение его апробации и доработки; определение целесообразности использования разрабатываемого метода в работе с пациентом.

В опросник вошли 47 вопросов для детей и 9 – для родителей. Карта сбора информации включает следующие разделы: физиологические характеристики пищевого поведения (оценка и самооценка аппетита и насыщения, пищевых предпочтений, эмоциональная и соматическая «окраска» приёма пищи и голода); качество рациона (кратность и время приёма пищи, структура рациона, «патологические» компоненты); семейные условия (организованность приёма пищи, сервировка, наличие традиций); социальные условия (качество питания в школе); ранний этап формирования пищевого поведения (грудное вскармливание, характер и время введения прикормов, эмоциональное и соматическое сопровождение); восприятие болезни, ее влияние на пищевое поведение (субъективные проявления болезни, комплаентность, мотивация лечения и др.). Было опрошено 27 де-

тей, находящихся на стационарном лечении по поводу хронического гастродуоденита, и их родители.

Методика исследования была доработана и апробирована. Для объективизации метода нами предлагается использование балльной оценки результатов. Анкетирование и интервьюирование активно воспринимались пациентами и родителями, способствовали лечебному процессу. Разработанная методика исследования потенциально может выявить имеющиеся нарушения пищевого поведения, а также истоки проблемы, научить ребенка и родителей проводить самоанализ питания, облегчить ребенку соблюдение диеты, оценить комплаентность пациента и семьи, оптимизировать работу врача. Использование опросника и собеседование по результатам самоанализа в начале лечебного процесса хорошо сочетается с ведением пищевого дневника пациента в процессе наблюдения.

В задачи исследования на данном этапе не входило изучение характеристик ПП у больных детей, однако предварительные результаты работы указывают на ряд особенностей. Наиболее часто дети, имеющие патологию органов пищеварения, характеризовались плохим аппетитом или, напротив, склонностью переесть. Обследованные дети предпочитали сладости, мучное, продукты высококалорийные и быстрого приготовления, избегали молочные, мясные продукты, первые блюда и каши, ежедневно употребляли чипсы, сухарики, жевательные резинки, неполноценно завтракали, переедали перед сном, принимали пищу второпях, параллельно с просмотром телевизора. После приема пищи они часто испытывали негативные ощущения. В их семьях не уделялось внимания коллективности приема пищи и сервировке блюд и стола, не редко имели место конфликты с родителями из-за приема пищи. Выявлялась отягощенность «пищевого анамнеза» - раннее искусственное вскармливание, не рациональное введение прикормов. Все дети имели проблемы с соблюдением диеты, испытывали дискомфорт и негативные эмоции в связи с лечением и соблюдением диеты. Таким образом, больные дети характеризуются «крайними», неустойчивыми свойствами ПП, часто имеющими негативную эмоциональную окраску. Их внутренняя картина болезни тесно сопряжена с отклонениями в ПП, которые в свою очередь являются существенным препятствием долгосрочной терапии и снижают приверженность лечению.

Выводы.

Исследование пищевого поведения методом анкетирования может быть использовано в лечебно-диагностическом плане ведения гастроэнтерологических больных; позволяет врачу изучить анамнестические данные, сделать ребенка и его семью активными участниками лечебного процесса; дает инструмент для дальнейшего исследования пищевого поведения.

Т.Г. Ткаченко, Р.А. Гудков, Е.Е. Шатская, А.В. Дмитриев,

Е.С. Панкратова, Е.Ю. Соломаха
КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ПРИ
ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ
Кафедра детских болезней с курсом детской хирургии
Кафедра патологической анатомии с курсом судебной медицины

Заболеваемость детского населения Рязанской области язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДК) и гастродуоденитом (ГД) за последние 10 лет значительно (более чем в 2 раза) выросла и «помолодела». Основную роль в этом сыграло широкое внедрение в условиях стационара и поликлиники эндоскопического метода диагностики. На момент всероссийской диспансеризации детского населения в 2002 г. в Рязанской области было зарегистрировано 171 случай ЯБДК у детей в возрасте до 18 лет.

Широкое внедрение антихеликобактерной терапии в педиатрии привело к тому, что результаты лечения ЯБДК и во многих случаях ГД стали значительно более отчетливыми и быстро достижимыми. По данным литературы и нашим собственным наблюдениям известно, что в генезе развития и обострений описываемой патологии у детей и подростков в сравнении со взрослыми большее значение имеют такие факторы, как стресс и отклонения в пищевом поведении. Большинство поставленных на диспансерный учёт детей, несмотря на терапию, проводимую стационарно и амбулаторно, сохраняют периодические жалобы болевого и диспепсического характера вплоть до передачи их в терапевтическую сеть. Эндоскопический контроль также не редко подтверждает торпидный характер течения ГД в катамнезе. Вместе с тем, со стажем болезни заметно снижается комплаэнтность пациентов и их семьи, а также «отзывчивость» симптомов на терапию. В тех случаях, когда хеликобактер не выявляется, и отчётливо не выражен кислотный фактор, возможности терапии по-прежнему ограничены.

Целью исследования явилось изучение роли «не хеликобактерных» факторов гастродуоденальной патологии у детей, в частности инфекционных, а также модифицирующее влияние терапии на дальнейшее течение болезни.

В последние годы возрос интерес к «не хеликобактерному» аспекту гастродуоденальной патологии. Кроме того, возник новый термин: «эксхеликобактерный гастрит». Для детского гастроэнтеролога большое значение имеют долгосрочные результаты лечения. Особый интерес представляет исследование возрастной эволюции болезни, в том числе на фоне терапии. Проведение морфологического и бактериологического исследований даёт врачу возможность учитывать индивидуальные особенности болезни для оценки прогноза и выбора терапии. Однако, это довольно-таки инвазивное, трудоёмкое и дорогое исследование. Поэтому, для клинической практики важно знать соотношение морфологических и бактериологических данных с одной стороны и клинической картины с другой.

В условиях детского стационара за 10 лет обследовано 987 детей в возрасте от 2 дней до 17 лет с диагнозами гастродуоденит, язвенная болезнь

двенадцатиперстной кишки, синдром срыгивания и рвоты. Сопоставлены анамнез, клиника, данные эндоскопии, результаты морфологического и бактериоскопического исследования биоптатов слизистой антрального отдела желудка.

При исследовании желудочного аспирата и биопсийного материала у детей первой недели жизни с эзофагогастродуоденитом в 40% выделялись стрептококки и стафилококки, у 9% – энтерококки, у 21% – грибы *Candida*, у 23% – грам-отрицательная микрофлора. При стрептококковой и кандидозной обсеменённости слизистой чаще диагностировался эрозивный эзофагогастродуоденит с выраженной гиперацидностью, а клиника проявлялась рвотой «кофейной гущей», стойким болевым синдромом. Колибацилярной контаминации соответствовали фибринозный эзофагит и геморрагический гастрит с умеренной гиперацидностью, нередко – массивным желудочным кровотечением. При тяжёлом язвенно-эрозивном поражении выявлялась гиперацидность, бактериологически определялись грибы и стафилококк.

Дальнейшее слежение за судьбой данной группы детей представляет интерес с точки зрения выяснения риска хронизации патологии верхних отделов пищеварительного тракта. В возрасте от 1 до 7 лет частота обращения и выявления патологии верхних отделов пищеварительного тракта значительно ниже. Рост частоты патологии отмечается в среднем и особенно старшем школьном возрасте. Что происходит в желудке детей, имевших гастродуоденальную патологию в раннем возрасте и выявивших хронический гастродуоденит в подростковом периоде, на протяжении периода клинического благополучия? Ответ на этот вопрос затруднён из-за относительной редкости повода для проведения эндоскопии в дошкольном возрасте.

Среди детей старшего возраста преобладали школьники средних и старших классов. В 75,2% случаев у них был обнаружен *H. Pylori*, из них в четверти случаев выявлена низкая степень микробной контаминации (+). В 8,2% выявлены колонии *S. Albicans*, при этом, в 92,2% случаев грибы сочетались с хеликобактериозом (чаще +++/++++). В 16,2% обнаружена кокковая микрофлора. В 12,4% в биоптате не было выявлено никаких микроорганизмов. Частота выявления той или иной флоры в возрастных группах дошкольников, младших и старших школьников не отличалась. Выявлена сезонность частоты обнаружения *S. albicans* с преимуществом в апреле – мае. Среди детей с кандидозом желудка курящие составили 28,2%, с изолированным хеликобактериозом – 18,9%.

Выраженность клинических проявлений и эндоскопическая картина болезни не имели корреляции. Так у подростков с язвенным дефектом или эрозивно-геморрагическими изменениями не редко жалобы носили не интенсивный и кратковременный характер. Напротив, выраженность эндоскопических проявлений в большинстве случаев была выше при остром возникновении симптомов болезни. Степень хеликобактерной контамина-

ции была выше в клинически более выраженных случаях. Однако, в некоторых случаях высокая её интенсивность выявлялась при субклинических проявлениях болезни. Наиболее выраженным морфологическим изменениям соответствовало обнаружение интенсивной хеликобактерной инфекции или грибково-хеликобактерной ассоциации. У 44,2% детей с низкой интенсивностью хеликобактерной контаминации и у 65,6% с кокковой (или кокки/хеликобактер) флорой в ближайшем анамнезе (до 6 месяцев) проводилась антибактериальная терапия. Среди детей с кандидозом желудка у 86,2% имелась повторная антибиотикотерапия.

При кандидозе желудка во всех случаях наблюдался выраженный болевой синдром и диспепсия, признаки патологии желчного пузыря, в 86,2% - нарушения стула, в 92,0% - астения и снижение аппетита. Клиника гастродуоденита часто имела упорно рецидивирующий характер с неполным эффектом от лечения. Эндоскопически описывались очаговые и диффузные изменения слизистой с отёком и выраженной смешанной инфильтрацией стромы, зернистостью в антральном отделе, а в трети случаев и в постбульбарном отрезке двенадцатиперстной кишки. При отсутствии хеликобактериоза, низкой контаминации или наличии кокковой флоры в 65,2% отмечалась «стёртая» клиническая картина, при этом морфологически в 26,2% выявлялись признаки атрофии и/или фиброз.

При выявлении хеликобактериоза у детей старше 6 лет проводилась терапия тремя препаратами, включающая омепразол и два из антибактериальных препаратов (амоксциллин, кларитромицин, метронидазол, фуразолидон, макмирор) или один из указанных препаратов и Де-нол. При выявлении кандидоза желудка мы использовали нистатин. Препарат давался в измельчённом виде натошак в средней терапевтической дозе и обильно запивался водой курсом 7 дней. При наличии признаков распространённого грибкового поражения, например, кандидозного стоматита, энтероколита, вульвовагинита, дерматита применялся флюконазол длительностью курса 3 дня. Такая терапия назначалась либо с первого дня лечения, либо по окончании антихеликобактерной терапии (в зависимости от количества используемых одновременно лекарств). Среди побочных эффектов терапии нистатином отмечались умеренные диспепсические расстройства.

При выявлении кокковой флоры мы проводили терапию, включающую Де-нол 2-4 недели, при признаках гиперацидности – омепразол, а также по показаниям домперидон, смекту, ферменты. Часто кокковая флора выявлялась на фоне умеренно выраженной хеликобактерной контаминации. В этих случаях проводилось лечение по тройной иррадикационной схеме (омепразол, амоксициллин, метронидазол или омепразол, де-нол, амоксициллин или кларитромицин). Клиническая эффективность терапии в группе с кокковой флорой составила 56%.

Более чем в 75% из всех случаев отмечался хороший клинический эф-

фekt, сохраняющийся по окончании лечения в течение полугода. Однако, наиболее полный и устойчивый эффект был получен в случаях с относительно остро возникшим и выраженным болевым синдромом. В тех случаях, где жалобы носили длительно рецидивирующий, вялый характер, преобладали астено-вегето-невротические проявления эффект лечения снижался. Если клиническая эффективность лечения, проводимого впервые, составила 88,2%, то при повторном лечении – 60,2%. Наихудшие результаты лечения были отмечены в тех случаях, когда заболевание развивалось в дошкольном или младшем школьном возрасте.

Таким образом, в ходе работы были выделены клинические особенности различных бактериологических вариантов гастродуоденита, которые необходимо учитывать при выборе терапевтической тактики. Кандидоз желудка часто сочетается с хеликобактериозом, что утяжеляет течение болезни. Наибольшую терапевтическую проблему составляет гастродуоденит отрицательный по *H. pylori* и «постхеликобактерный» гастрит, имеющий стёртую клинику и нередко неблагоприятную морфологическую картину.

Г.С.Панкратова, В.В.Ильин, Н.А.Фомина

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЬЮТЕРНОЙ ОПТИЧЕСКОЙ ТОПОГРАФИИ
В КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ ДЛЯ ДЕТЕЙ

Кафедра педиатрии и детских инфекций ФПДО

Рязанский областной консультативно-диагностический Центр для детей

Сколиотическая болезнь остается одной из наиболее серьезных и нерешенных проблем ортопедии. Заболевания позвоночника и его функциональные нарушения занимают одно из первых мест в структуре ортопедической патологии детского возраста. По данным профилактических осмотров детского населения Рязанской области в 2006 году сколиоз выявлен у 4,3%, нарушения осанки у 11% детей.

Цель исследования: изучить возможности компьютерной оптической топографии (КОМОТ) в диагностике изменений дорсальной поверхности туловища, определить показания для динамического наблюдения и назначения адекватного консервативного лечения.

С 2004 г. в Консультативно-диагностическом Центре для детей установлена современная диагностическая система ТОДП (топограф компьютерный оптический бесконтактный для определения деформации позвоночника), разработанный в НИИТО г. Новосибирска. Она успешно применяется при обследовании детей и подростков, обратившихся в ортопедический кабинет Центра. Из числа обследованных взята выборка из 105 детей. Возрастной состав – от 6 до 17 лет, из них 54 девочки и 51 мальчик. Проанализированы клинические группы нарушений осанки в трех плоскостях.

В клинической группе нарушений осанки самое большое количество отклонений отмечается в сагиттальной плоскости (сутулость, кифоз, плоская спина, кругло-вогнутая спина, гиперлордоз) – 74,3 %, что составляет

больше половины из числа обследованных. На втором месте нарушения в горизонтальной плоскости (нарушение схемы тела – соотношения положения головы, плечевого и тазового поясов) – 64,8 %; во фронтальной плоскости (сколиоз, асимметричная осанка) – 47,6 %.

В группу структуральных деформаций позвоночника вошли дети и подростки с боковым искривлением позвоночника более 7 градусов с наличием обязательного ротационного компонента. Необходимо отметить, что, начиная со 2 степени сколиоза, отмечается существенная корреляция между рентгенологическими и топографическими данными, что не всегда имеет место при сколиозе 1 степени.

Учитывая цифровые значения индексов нарушений формы дорсальной поверхности РТІ, мы устанавливали кратность обследования и наблюдения в динамике. Поскольку метод совершенно безвреден, можно проводить многократный мониторинг детей из группы риска в течение года, снижая частоту использования рентгенологического контроля.

Так как компьютерная оптическая топография одновременно отражает дорсальную поверхность туловища в трех проекциях (чего не дает рентгенодиагностика), можно назначать более рациональное консервативное лечение детям, имеющим комбинированные нарушения.

Вывод.

Опыт работы показывает, что метод КОМОТ имеет высокую точность количественного пространственного описания поверхности туловища и оказывает существенную помощь врачам в диагностике деформаций позвоночника и своевременном назначении комплекса необходимых мероприятий.

О.М.Тришкин, Г.С.Панкратова, Н.А.Фомина

**КИНЕЗИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ
БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ СО СКОЛИОЗОМ**

Кафедра педиатрии и детских инфекций ФПДО

Рязанский областной консультативно-диагностический Центр для детей

Боль в спине у пациентов детского возраста, страдающих сколиозом, составляет предмет обоснованных затруднений в тактике ведения таких больных практикующими врачами. Остроту проблеме придает часто встречающаяся терапевтическая резистентность дорсалгий, что определяет широкое внедрение в практику лечения данной патологии традиционных методик, в том числе – рефлексотерапии. Цель работы: выяснить эффективность корпоральной акупунктуры при дорсалгиях на фоне сколиотической болезни у детей при использовании некоторых принципов прикладной кинезиологии без учета состояния канально-меридианальной системы пациента.

Пролечено 52 ребенка в возрасте 10-17 лет с дорсалгией на фоне сколиотической деформации грудного или поясничного отделов позвоночника методом корпоральной акупунктуры с последующим динамическим кли-

ническим обследованием неврологического, ортопедического статуса, функционального мышечного состояния значимых мышечных групп на основе приемов прикладной кинезиологии. Критерием оценки проведенного сеанса являлось изменение функционального мышечного состояния, определяемого с помощью феномена терапевтической локализации и мышечного тестирования по Гудхарду, а также уменьшение болей.

Отличием нашего подхода в применении ИРТ у таких детей явилось применение акупунктурного воздействия исходя из принципов прикладной кинезиологии с учетом развития так называемого феномена функциональной мышечной слабости в группах мышц, связанных с измененными отделами позвоночника или костями таза. Воздействие иглами проводили как в области первичной дуги, так и в областях компенсаторных мышечных изменений. В зоне первичной сколиотической дуги проводилась постановка игл паравертебрально на вогнутой стороне в переходных областях, определенных с помощью метода терапевтической локализации и мышечного тестирования по Гудхарду.

В областях компенсаторных мышечных изменений проводилась постановка игл (при наличии болевых проявлений) на стороне напряженных мышц - в брюшко мышцы максимально ближе к ее центру, на стороне мышц находящихся в состоянии функциональной слабости постановка игл производилась в сухожилия максимально ближе к местам их креплений к костям скелета. Экспозиция игл составляла 20 – 30 минут.

Результатом лечения явился значительный регресс болевого синдрома, преимущественно в областях компенсаторных изменений, у 95% пациентов, улучшение или нормализация функционального состояния мышечной ткани в данных зонах. В области первичной сколиотической дуги изменения носили недолговременный характер и не приводили к клинически значимым улучшениям ортопедического статуса.

Выводы.

Использование корпоральной акупунктуры при дорсалгиях у пациентов детского возраста, страдающих идиопатическим или диспластическим сколиозом, может основываться не только на принципах традиционной китайской медицины, но и прикладной кинезиологии с учетом феноменов терапевтической локализации, функциональной мышечной слабости и мышечного тестирования по Гудхарду.

**Л.П.Гребова, Н.А.Комарова, С.К.Левушкин, Н.И.Абрамова,
Н.И.Головачева**

**СОСТОЯНИЕ ГИПОФИЗАРНО-ТИРЕОИДНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С
ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

Кафедра педиатрии и детских инфекций ФПДО

От уровня гормонов щитовидной железы зависит нормальное функционирование всех систем организма, его рост и развитие, ответ на действие

токсических веществ, устойчивость к инфекции. Данные литературы свидетельствуют об изменении функционального состояния гипофизарно-тиреоидной системы при различных воспалительных, инфекционных, травматических и неопластических процессах в отсутствие собственной патологии щитовидной железы. Однако большинство публикаций по данной проблеме посвящено взрослым пациентам. Можно предположить, что инфекционный процесс влияет на тиреоидную функцию у детей, что важно в плане их дальнейшего психического и физического развития. Недостаточная освещенность данной проблемы послужила основанием для нашего исследования.

Целью исследования явилось изучение состояния гипофизарно-тиреоидной системы у детей с инфекционными заболеваниями.

Работа проводилась на базе МУЗ ГKB № 11 в детском отделении реанимации и интенсивной терапии. Нами было обследовано 42 ребенка в возрасте от 4 мес. до 16 лет с тяжелыми инфекционными заболеваниями. Из них с вирусным менингитом (1-я группа) – 20 человек, бактериальным менингитом (2-я группа) – 14 человек, вирусным менингоэнцефалитом (3-я группа) – 2 ребенка, генерализованной менингококковой инфекцией (4-я группа) – 6 человек.

В комплекс исследования входило определение клинических и лабораторных показателей: ЧСС, ЧДД, АД, SpO₂, общий анализ крови и мочи, общий анализ ликвора, общепринятые биохимические исследования крови. Для оценки состояния гипофизарно-тиреоидной системы определялись уровни тиреотропного гормона (ТТГ) и свободного тироксина (Т₄ св.). Исследования сывороток крови на тироксин и ТТГ проводились методом ИФА. Нормальные значения Т₄св. находятся в диапазоне 11-24пмоль/л, ТТГ – в диапазоне 0,4-3,0мкМЕ/мл. Забор крови из вены для определения уровня гормонов осуществлялся при поступлении ребенка в отделение (до проведения лекарственной и инфузионной терапии).

При поступлении в отделение у детей 1-й группы доминировали менингеальные и общемозговые симптомы (вялость, заторможенность, головные боли, боли в глазных яблоках, многократная рвота, ригидность затылочных мышц, положительный с-м Кернига). Симптомы интоксикации наблюдались более чем у 50% больных (у 14 человек). Со стороны лабораторных показателей наблюдались изменения в общем анализе ликвора (смешанный или лимфоцитарный цитоз от 30 до 800 кл/мкл, незначительное повышение белка), в общем анализе крови – лейкоцитоз, умеренное повышение СОЭ, у 10 человек отмечались изменения в коагулограмме в сторону гипокоагуляции. При определении уровня Т₄ св. в сыворотке крови у 9 из 20 пациентов он находился на нижней границе нормы (от 10,1 до 11,5пмоль/л), у 10 – имел средние значения (от 16,1 до 23,3пмоль/л), у 1 человека был выше нормы (27,1пмоль/л). Уровень ТТГ у 12 человек имел средние значения (от 1,1 до 2,8мкМЕ/мл), у 5 соответствовал нижней границе нормы (от 0,4 до

0,7мкМЕ/мл), у 3 был ниже нормы (от 0,1 до 0,3мкМЕ/мл).

У пациентов 2-й группы при поступлении состояние оценивалось как тяжелое за счет выраженной интоксикации и общемозговой симптоматики (нарушение сознания от оглушенности до комы I, головные боли, боли в глазных яблоках, многократная рвота, общая гиперестезия, фебрильная лихорадка, положительные менингеальные симптомы). В общем анализе крови - высокий лейкоцитоз с нейтрофилезом, снижение количества тромбоцитов, ускорение СОЭ. В общем анализе ликвора определялся цитоз нейтрофильного характера - более 1000кл/мкл. Со стороны биохимических показателей – повышение уровней мочевины и креатинина в крови, гипокоагуляция. У 2 больных уровень Т₄ св. был ниже нормы (среднее значение 9,8пмоль/мл), у 5 - находился на ее нижней границе (от 10,4 до 13,5пмоль/мл), у 7 человек - средние значения данного показателя (от 15,0 до 22,6пмоль/мл). У 8 из 14 больных были зарегистрированы низкие значения ТТГ: у 3 – ниже нормы (от 0,1 до 0,2мкМЕ/мл), у 5 – на нижней границе нормы (от 0,4 до 0,6мкМЕ/мл). Средние значения определялись у 6 человек (от 0,9 до 1,4мкМЕ/мл).

В 3-й и 4-й группах при поступлении наблюдались самые тяжелые проявления интоксикации вплоть до ИТШ III – IV ст. у детей с менингококцемией, нарушения сознания до комы II-III ст., очаговая, общемозговая симптоматика и грубые изменения биохимических и общеклинических показателей. У 6 из 8 детей определялся низкий уровень ТТГ (от 0,1 до 0,5мкМЕ/мл), у 2 – средние значения показателя (1,5 и 2,2мкМЕ/мл). Уровень Т₄ св. у 3 детей находился на нижней границе нормы (от 9,8 до 13,4пмоль/л), у 1 – выше нормы (25,1пмоль/л), у 4 - соответствовал средним значениям (от 15,2 до 19,6пмоль/л).

Вывод.

У детей с тяжелыми инфекционными заболеваниями нами были отмечены однонаправленные изменения как свободного тироксина так и тиреотропного гормона с тенденцией к снижению их уровней, что можно объяснить угнетением гипофизарно-тиреоидной оси в условиях инфекционного стресса. У детей с более тяжелыми формами инфекционных заболеваний, в том числе, протекающих с генерализацией процесса наблюдается значительное снижение уровня тиреотропного гормона. Вопрос о том, являются ли эти изменения транзиторными или сохраняются после перенесенной инфекции остается открытым и требует дальнейших исследований.

А.С.Агапов, Л.П.Гребова

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ У
МАЛЬЧИКОВ-ПОДРОСТКОВ ПО ДАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО
ИССЛЕДОВАНИЯ ОРГАНОВ МОЩОНКИ И ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
Кафедра педиатрии и детских инфекций ФПДО

Результаты исследований репродуктивного потенциала современного

подростающего поколения мужского населения свидетельствуют о явном его неблагополучии (А.А.Артюхин, 1997; Г.В.Гер-Ованесов, 2003; В.Г.Омаров, 2004). До 60% патологических состояний, определяющих репродуктивную функцию мужчины, берут начало в различные периоды детства и юношества. К возрасту 15 лет уже сформирован репродуктивный потенциал, возможность коррекции которого в этом и более старшем возрасте становится сомнительным (Н.Н.Куинджи, 2006). По данным литературы нормативные показатели тестикулярного объема (раздельного и суммарного) и объема предстательной железы разноречивы (И.В.Дворяковский, 1997; О.Ф.Иванченко, 2001; М.И.Пыков, 2004, 2006). При этом не учитывается различный уровень физического развития подростка. Нет данных корреляции показателей тестикулометрии и простатометрии с состоянием физического и полового развития мальчиков-подростков.

Цель работы: выявить особенности формирования репродуктивной системы у здоровых подростков с нормальным уровнем физического и полового развития по данным ультразвуковой тестикулометрии и простатометрии.

В условиях городской детской поликлиники №2, №6 города Рязани в 2006-2007 гг. было обследовано 97 мальчиков-подростков в возрасте 14-15 лет, из них 22 с различной патологией пахово-мошоночной области: варикоцеле – 15 (68%), кистой придатка яичка 7 (32%), составившие 1-ю группу. Вторую группу составили 75 мальчиков-подростков, не имеющие визуальных признаков патологии репродуктивной системы. Исследование подростков включало, помимо внешнего осмотра гениталий, оценку физического развития и половой формулы, УЗИ органов мошонки и предстательной железы. УЗИ тестикул проводили скротально в В-режиме на ультразвуковом сканере SSD-1400, SSD-1100 (Aloka) с помощью линейного датчика 7,5 МГц 40 мм. Длину тестикулы определяли по общепринятой методике, при которой гиперэхогенная полоска средостения располагалась в центре изображения. В той же плоскости измеряли толщину тестикулы, а ширину по общепринятой методике.

Объем тестикул (раздельный и суммарный) рассчитывали по формуле: три размера железы умножались на поправочный коэффициент 0,523. УЗИ предстательной железы проводили трансабдоминально на ультразвуковом сканере SSD-1400, SSD-1100 (Aloka) конвексным датчиком 3,5 МГц 60 мм при умеренно наполненном мочевом пузыре. Объем предстательной железы определяли по формуле: три размера железы умножались на поправочный коэффициент 0,523. Для оценки полового развития использовали суммарную степень полового созревания (ССПС), определяемую по формуле: $(Ax+P)$ – сумме баллов лобкового и подмышечного оволосения (П.К.Прусов, 1990, 1994).

По результатам исследования у подростков 1-й и 2-й группы физическое развитие было среднее, гармоничное. Все подростки имели значение

ССПС в 4 балла, что соответствовало начальной фазе торможения роста. В 1-й группе у мальчиков-подростков суммарный тестикулярный объем составил $16,35 \pm 4,0$ мл; объем правой тестикулы – $8,1 \pm 3,0$; левой тестикулы – $8,25 \pm 3,4$ мл; объем предстательной железы $8,26 \pm 4,0$ мл. У мальчиков-подростков 2-й группы суммарный тестикулярный объем составил $19,0 \pm 4,0$ мл; объем правой тестикулы – $9,2 \pm 3,0$ мл; левой тестикулы – $9,8 \pm 3,4$ мл; объем предстательной железы $8,5 \pm 4,0$ мл.

Выводы.

Полученные параметры тестикулярного объема и объема предстательной железы у подростков с отсутствием визуальных признаков патологии репродуктивной системы, имеющих нормальные показатели физического и полового развития, можно рассматривать как нормативные для подростков в возрасте 14-15 лет. Согласно полученным данным подростки 14-15 лет с патологией пахово-мошоночной области (варикоцеле, киста придатка яичка) не отличаются от своих здоровых сверстников параметрами физического и полового развития. Однако углубленное исследование репродуктивной системы позволяет отметить у этих больных тенденцию к уменьшению тестикулярного объема и рекомендовать комплексное динамическое наблюдение.

Л.П.Гребова, Т.Л.Прошлякова, И.А.Кудряшова, Е.В.Турчанникова
ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ,
РОДИВШИХСЯ У ЮНЫХ МАТЕРЕЙ
 Кафедра педиатрии и детских инфекций ФПДО

Проблемы подростковой беременности широко дискутируются медиками и социологами. В публикациях, посвященных беременности в юном возрасте, мало информации о состоянии здоровья новорожденных детей, родившихся у девочек-подростков 14-18 лет.

Был проведен анализ особенностей состояния здоровья новорожденных детей, родившихся у девочек-подростков в родильном доме №1 г. Рязани в 2002-2006 гг. По возрастам юные матери распределились следующим образом: 14 лет – 2 (0,47%), 15 лет – 11 (2,59%), 16 лет – 47 (11,06%), 17 лет – 108 (25,41%), 18 лет – 257 (60,47%). Количество новорожденных детей от юных матерей (14 – 18 лет) составило в 2002 году 4,29% от общего количества родившихся детей; в 2003 году – 5,01%; в 2004 году – 4,32%; в 2005 году – 4,44%; в 2006 году – 4,28%.

Все дети родились живыми, «потерянных» детей не было. Большинство детей родились от первой беременности – 253 (82,95%); от второй беременности родилось 48 (15,74%) детей; от третьей беременности родилось 4 (1,31%) ребенка.

В структуре осложнений беременности у юных матерей новорожденных детей чаще всего наблюдались такие осложнения, как анемия, которая бы-

ла выявлена у 94 (30,82%) девочек-подростков; ОРВИ у 89 (29,18%), причем некоторые девушки переболели вирусными инфекциями 2 – 3 раза, а в трех случаях – 4 раза в течение беременности. На третьем месте – ранний токсикоз беременных у 75 (24,59%); затем угроза прерывания беременности – у 70 (22,95%); токсикоз второй половины беременности – у 62 (20,33%); кольпит – у 54 (17,71%) беременных девочек-подростков.

В структуре экстрагенитальных заболеваний у девочек-подростков преобладали заболевания почек (в основном – хронический пиелонефрит) – 31 (10,16%), на втором месте заболевания ССС – 19 (6,22%), на третьем – эндокринные заболевания – 13 (4,26%) и заболевания ЛОР органов – 13 (4,26%). Однако зависимости течения родов и состояния здоровья новорожденных детей от экстрагенитальной патологии за время беременности выявить не удалось. Несмотря на то, что практически у каждой третьей юной беременной наблюдалась анемия – у новорожденных детей, родившихся у девочек-подростков в раннем неонатальном периоде, показатели красной крови были в норме.

В 268 (87,87%) случаях дети родились в срок, на 38-40 неделях беременности, в 17 случаях (5,57%) – недоношенные, в 20 (6,56%) – переношенные. Оценку по шкале Апгар на 1-ой минуте после рождения 7 баллов и выше получили 280 (91,81%) новорожденных детей.

Соотношение полов составило: мальчиков – 168 (55,08%), девочек – 137 (44,92%). Вес 3000 г и более имели 238 (78,03%) новорожденных детей (из них 3 (1,26%) ребенка имели вес более 4500 г). Рост 50 см и более имели 268 (87,87%) новорожденных детей.

У каждого шестого младенца отмечалась внутриутробная гипотрофия (ВУГ) – 49 случаев (16,07%), из них ВУГ 1-й степени имели 26 (53,06%); ВУГ 2-й степени имели 19 (38,78%) и ВУГ 3-й степени – 4 (8,16%) новорожденных ребенка. В структуре заболеваемости новорожденных детей от юных матерей на первом месте – внутриутробные инфекции – 31 (10,16%) случай; далее следуют асфиксия новорожденных – 16 (5,25%); неонатальная желтуха – 11 (3,61%); родовая травма (все случаи кефалогематомы) – 7 (2,29%); ГБН по АВ(О) – 4 (1,31%); ВПР – 3 (0,98%); диабетическая фетопатия 1 (0,33%).

В больницу было переведено 35 детей, рожденных девочками-подростками. Из них 30 (85,72%) с диагнозом внутриутробная инфекция; 2 (5,71%) с диагнозом – неонатальная желтуха; 2 (5,71%) с диагнозом ВПР; 1 (2,26%) ребенок был госпитализирован с диагнозом диабетическая фетопатия. Среди переведенных в больницу детей: недоношенных – 5 (29,41% от общего числа недоношенных новорожденных детей), переношенных – 2 (10% от общего числа переношенных детей).

Из 270 детей, выписанных домой под наблюдение участкового педиатра, 199 (73,71%) новорожденных детей находились на естественном – грудном вскармливании. Максимальная убыль веса у новорожденных детей, ро-

дившихся у юных матерей, не выходила за рамки допустимых физиологических потерь к 3 – 4 дню жизни младенцев, в среднем составив 6,5% от первоначальной массы тела при рождении.

Анализируя вышеизложенное, можно сделать вывод, что ранний неонатальный период у новорожденных детей, родившихся у юных матерей, протекает благоприятно: младенцы имеют средние весоростовые показатели, заболеваемость у них ниже заболеваемости в целом по родильному дому.

Л.Н.Дейнека

**КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ
ЭНДОМЕТРИЯ**

**Кафедра акушерства и гинекологии
с курсом акушерства и гинекологии ФПДО**

Дисфункциональные маточные кровотечения на фоне воспалительных процессов матки и придатков являются одними из основных среди заболеваний женских половых органов (В.А. Мандельштам; А.Ф. Добротина). Органным проявлением этих нарушений являются различные патологические состояния эндометрия (В.Н. Серов). Отсутствие специфического клинического симптомокомплекса, позволяющего дифференцировать различные патологические процессы эндометрия, обуславливает необходимость изыскания и внедрения дополнительных методов обследования больных.

Целью исследования явилось изучение возможностей комплексного применения гистероскопии для различных патологических состояний эндометрия.

Обследовано 182 больных с жалобами на различные нарушения менструальной функции, в основном на гипер- и полименорею и отсутствие регулярного менструального цикла. 124 (68,1%) женщин были детородного возраста, 56 (30,7%) – в возрасте от 41 года до 50 лет, 2 – старше 50 лет. Длительность заболевания у 37 (20,3%) больных не превышала 6 месяцев, у 46 (25,3%) была до 2 лет, у 51 (28%) – от 2 до 5 лет, у 48 (26,4%) – более 5 лет. Таким образом, у большинства (54,4%) больных длительность заболевания превышала 2 года, что указывает на трудности диагностики.

У 120 женщин при гинекологическом исследовании изменений внутренних половых органов не обнаружено, у 29 имелись остаточные явления хронического воспаления придатков матки, у 17 больных – увеличение размеров матки и у 6 – уменьшение её размеров, у 10 больных диагностированы изменения яичников.

На основании данных визуального осмотра полости матки нами выделено 2 варианта гистероскопической картины, характерной для гиперпластических состояний эндометрия: для одного из них свойственно относительно-умеренное, неравномерное утолщение слизистой, имеющий бледно-розовый или красный цвет. Наличием участков геморрагий, для другого значительно утолщение слизистой по типу полипоподобных разрастаний.

В отличие от полипа эндометрия данный тип гиперплазии имеет преимущественно диффузный характер, что, однако, не исключало в некоторых случаях изменений локального характера в области дна или трубных углов, вследствие чего затруднялось их разграничение и имели место и диагностические ошибки. Гистероскопическая картина эндометрия, заставлявшая предполагать атипическую гиперплазию, характеризовалась неровной поверхностью слизистой по типу полиповидных разрастаний, занимающих большую часть полости матки и похожих на виноградные гроздья.

Полипы эндометрия (на фоне тонкой или утолщённой слизистой) были единичными и представляли собой образования округлой или овальной формы, свисавшие в полость матки. Аденоматозные полипы имели неправильную форму с зазубренными краями, с крайне неровной поверхностью. Их диагностика посредством гистероскопии была затруднена ввиду схожести с картиной малигнизации (табл. 1).

Таблица 1

Результаты сопоставления гистологической диагностики с данными УЗИ
и гистероскопии

Гистологический диагноз	Общее число обследованных больных		Число полных совпадений диагнозов		Число частичных совпадений диагнозов		Число расхождений диагнозов	
	Гистероскопия	УЗИ	Гистероскопия	УЗИ	Гистероскопия	УЗИ	Гистероскопия	УЗИ
Гиперплазия эндометрия	47	47	24	14	13	14	10	19
Полипы эндометрия	18	15	7	10	3	2	8	3
Крупные полипы эндометрия	20	15	15	10	3	1	2	4
Гиперплазия и полипы эндометрия	11	10	6	5	3	2	2	3
Атрофия эндометрия	37	13	28	2	9	2	0	9
Неизменённая слизистая тела матки (в различные фазы менструаль-	36	9	28	0	4	0	5	9

ного цикла								
Всего	169	109	107 (66,4%)	41 (37,6%)	35 (20,75%)	20 (18,3%)	27 (15,95%)	47 (43,1%)

Как видно из приведённых данных, УЗИ признаки являются спорными для отдельных форм патологии эндометрия.

В заключение необходимо отметить, что ввиду относительно невысокой специфичности УЗИ-диагностики, характерных изменений для отдельных форм поражения эндометрия диагноз ставится сугубо предположительно.

Я.А. Петрова, Г.А. Пономарева

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА

НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ МАТЕРЕЙ

Кафедра акушерства и гинекологии

с курсом акушерства и гинекологии ФПДО

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

Беременность и роды у несовершеннолетних остаются серьезной проблемой современного общества. В России на фоне снижения рождаемости среди женщин детородного возраста доля юных беременных остается достаточно высокой и по данным различных авторов составляет от 1,3% до 4,9% (А.Н. Баранов, 1997; Е.В. Брюхина, 1999; Ю.А. Гуркин с соавт., 2001; В.Е. Радзинский, 2002; С.П. Синчихин, 2003; А.В. Мухина, 2006).

Выявление основных закономерностей и объективная оценка здоровья в зависимости от социальных, экономических, санитарно-бытовых и других факторов невозможны без углубленной социально-гигиенической характеристики различных групп населения, а это позволяет более широко с позиций общественного здоровья подойти к попытке найти цепь взаимосвязанных и взаимообусловленных факторов, от которых прямо или косвенно зависит здоровье (А.Г. Иванов, 2004).

В связи с этим в настоящем исследовании дана социально-гигиеническая характеристика юных матерей, родоразрешенных в родильном отделении МУЗ ГКБ № 10 г. Рязани с 2002 по 2006 гг.

Были изучены 389 историй юных рожениц, что составило 3,1% от общего количества родов.

Возраст беременных был от 14 до 18 лет, данные представлены в таблице 1.

Таблица 1

Возраст обследованных беременных

Возраст	Всего	%
14	3	0,8
15	20	5,1

16	62	15,9
17	134	34,5
18	170	43,7

Преобладали пациентки в возрасте 17 и 18 лет, т.е. близком к завершению полового развития подростков.

Городских жительниц среди юных матерей более чем в 2 раза больше, чем среди сельских. Это можно объяснить более ранним «взрослением» девочек-подростков проживающих в городах, дефектами полового воспитания, а также невысокой эффективностью проводимых мероприятий по контрацепции (табл. 2).

Таблица 2

Место жительства юных матерей

Место жительства	Всего	%
жительницы города	269	69,2
жительницы сельской местности	120	30,8

Распределение несовершеннолетних рожениц по социальному положению: учащиеся ПТУ, колледжей – 108 (28,8%), ВУЗов – 44 (11,3%), средних школ – 30 (7,7%), работающие – 36 (9,3%), не работали и не учились – 171 (42,9%). Брак был зарегистрирован у – 234 (60,2%), в «гражданском браке» состояли – 107 (27,5%) и одинокими были – 48 (12,3%) пациенток. Необходимо отметить тот факт, что большинство пациенток официально регистрировали брак после установления факта беременности.

Большинство будущих юных мам воспитывались в полных семьях – 296 (76,1%) и лишь $\frac{1}{4}$ - 93 (23,9%) были из неполных семей. Из неполных семей в большинстве оказались девочки-подростки, родители которых были в разводе и девочку воспитывала только мать – 27 (29,1% %).

При оценке условий проживания несовершеннолетних матерей установлено, что большинство – 284 (73,1%) проживали с родителями в отдельной или коммунальной квартире, а также в частном доме, снимали квартиру или комнату – 105 (26,9%).

Таким образом, следует отметить, как весьма благоприятный факт, что среди несовершеннолетних матерей преобладали пациентки в возрасте 17 и 18 лет, т. е. близком к завершению полового развития подростков. Но остается заслуживающим внимание социальный статус юных матерей: незавершенность образования, отсутствие трудовой занятости, высокий процент несовершеннолетних матерей, воспитывающих ребенка без отца. В заключение следует отметить, что в связи с наметившейся тенденцией уве-

личения беременности и родов у несовершеннолетних матерей, необходимы мероприятия социального характера, для поддержки « молодой семьи» и матерей, воспитывающих ребенка без отца.

И.М.Миров

ЭКСТРЕННОЕ ЛЕЧЕБНОЕ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ВНУТРИМАТОЧНОЕ ВВЕДЕНИЕ АНТИБИОТИКОВ ПРИ КЕСАРЕВОМ СЕЧЕНИИ

**Кафедра акушерства и гинекологии
с курсом акушерства и гинекологии ФПДО**

Наиболее надежной должна быть профилактика гнойно-воспалительных заболеваний (ГВЗ) после кесарева сечения (КС) у рожениц с высоким риском их развития. Такими факторами риска ГВЗ являются: длительность родов и безводного промежутка свыше 12 часов, 3 и более вагинальных исследований в родах (с возможным развитием начальных форм хориоамнионита); наличие кольпита и других очагов хронической инфекции: (от наличия кариеса и тонзиллита до пиелонефрита и др.); состояния, снижающие иммунную реактивность организма, - анемия, сахарный диабет и другие формы экстрагенитальной патологии, поздний гестоз беременных.

Введение АБ по окончании операции в настоящее время не рекомендуется, поскольку в большинстве случаев не обеспечивает успешную профилактику инфекционных осложнений.

Для эффективного предупреждения послеоперационных ГВЗ необходимо создать достаточную концентрацию АБ в организме во время проведения кесарева сечения, в том числе – в зоне оперативного вмешательства (матка, брюшная полость). С этой целью в группе риска развития ГВЗ чаще всего используется внутривенное введение АБ во время КС с последующим проведением двух вливаний препарата с интервалом в 12 часов (Б.Л. Гуртовой и соавт., 2004). По нашему мнению такую инфузию АБ на операции более целесообразно проводить не после пережатия пуповины, как это принято, а после отделения последа и введения окситоцина, что уменьшает потери медикамента до остановки кровотечения из матки. Однако наиболее эффективным может быть профилактическое введение АБ во время КС, непосредственно в матку, интрамурально, что должно обеспечить подавление возможной восходящей инфекции в типичном исходном очаге – матке.

Данный метод внутриматочного введения АБ во время кесарева сечения при повышенном риске инфекционных осложнений был впервые апробирован в клиническом родильном доме № 4 в 1989 г. (Авт. свид. 1768171 – 1992) и продолжает применяться до настоящего времени.

На экспериментальной модели ранее было установлено (И.М.Миров, 1992), что вводимый раствор находится в высокой концентрации в зоне шва на матке, в эндометрии и в области плацентарной площадки, блокируя основные входные ворота инфицирования оперированной матки. Указан-

ное дополнительно обосновывает целесообразность внутриматочного введения АБ во время кесарева сечения при высоком риске ГВЗ.

Оправдано полагать, что и в клинике возможно обеспечить блокирование типичных входных ворот инфицирования матки введенным в миометрий во время кесарева сечения антибиотиком у рожениц с возможной начальной восходящей контаминацией эндометрия цервико-вагинальной и иной микрофлорой.

Для внутриматочного введения разовую дозу АБ (применяли обычно цефалоспориновые препараты), например 1,0 г цефазолина или клафорана, разводят в 20 мл 0,25% раствора новокаина (при непереносимости новокаина применяют 0,9% раствор хлорида натрия) и по 3 мл данного раствора вводят в миометрий верхнего и нижнего края ушитого разреза нижнего сегмента матки. Еще 2 мл инъецируют под пузырьно-маточную складку брюшины после перитонизации шва на матке. Оставшиеся 12 мл раствора АБ вводят вколom по передней стенке матки (на 7-8 см ниже дна ее) по 4 мл интрамурально в 3 зоны: к центру дна матки и в область обоих углов ее.

После КС продолжали инъекции АБ внутримышечно в типичной дозе от 1-3 до 5-7 дней в зависимости от состояния оперированных.

В данном исследовании проанализировано течение послеоперационного периода при проведении КС у 91 женщины с высоким риском инфекционных осложнений. У 40 из них (1 группа – основная) применяли внутриматочное интрамуральное введение АБ во время КС; у 51 женщины (2 группа – контрольная) АБ вводили за 30-60 мин. до КС или во время операции после выделения последа и введения 1 мл метилэргобревина. Пациентки обеих групп были вполне сопоставимы по основным клиническим показателям, число факторов риска развития ГВЗ составляло у них соответственно $6,23 \pm 0,24$ и $6,28 \pm 0,18$.

Всего не более 3 дней после КС назначали АБ у 7 пациенток (17,5%) пациенток 1 группы и в 1,8 раза реже – во 2 группе: у 5 (9,80%), в которой в 2,6 раза чаще применялась и наиболее длительная АБ-терапия. Нормотермия после операции наблюдалась у 19 (47,50%) женщин в 1 группе, а во 2 группе – гораздо реже: у 11 (21,57%), $P < 0,01$. Эндометрит диагностирован у 3 (7,50%) пациенток 1 группы, и в 1,8 раза чаще во 2-й группе: у 7 (13,73%). Послеоперационный койкодень у родильниц 1 и 2 групп составил соответственно $9,90 \pm 0,24$ и $10,78 \pm 0,33$ дня.

Таким образом, профилактическое внутриматочное интрамуральное введение АБ во время кесарева сечения является более эффективным, чем до- и интраоперационное (внутривенное) применение АБ. Использование внутриматочного введения АБ при кесаревом сечении и наличии высокого риска инфекционных осложнений, является и фактором эффективной терапии начальных форм хориоамнионита в родах, что предупреждает возможное развитие эндомиометрита после операции.

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

О.Е. Коновалов, М.А. Сычев

ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ВРАЧЕЙ СТАРШЕГО ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

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

Экономические и организационные преобразования, затрагивающие здравоохранение РФ, негативно отражаются на состоянии здоровья не только потребителей медицинских услуг, но и самих медицинских работников.

Согласно полученным данным, число случаев временной утраты трудоспособности врачей старшего трудоспособного возраста (40 – 59 лет) в г. Рязани за период 2004 – 2006 гг. согласно шкале оценки показателей заболеваемости с ВУТ (Е.Л. Ноткин, 1979) характеризуется как высокое и выше среднего. Данный показатель в 2004 г. составил 123,1 случаев на 100 работающих и характеризуется как высокий, в 2005 и 2006 гг. составил соответственно 107,2 случаев на 100 работающих и 107,7 случаев на 100 работающих и характеризуются как показатели выше среднего значения.

При этом в 2004 г. число случаев временной нетрудоспособности мужчин в 1,8 раза ниже числа случаев временной нетрудоспособности женщин (77,4 и 139,5 случаев соответственно, $P < 0,01$). В 2005 г. – в 1,4 ниже (90,9 случаев нетрудоспособности мужчин и 123,9 случаев нетрудоспособности женщин, $P < 0,01$) и в 1,7 раза ниже в 2006 г. (70,9 и 120,9 случаев соответственно, $P < 0,01$) (рис. 1).

Число дней нетрудоспособности в 2004 и 2005 гг. оценены по шкале Е.Л. Ноткина как показатели ниже среднего и составили соответственно 713,7 и 631,2 дней на 100 работающих. В 2006 г. число дней нетрудоспособности находилось на низком уровне и составило 557,3 дней на 100 работающих.

Существенно различается число дней нетрудоспособности в зависимости от пола. В анализируемый период показатели числа дней нетрудоспособности у мужчин составляли 600,0, 427,3 и 293,5 дней на 100 работающих в соответствующие годы. Для женщин соответственно 789,5, 827,2 и 637,2 дней на 100 работающих. Значения числа дней нетрудоспособности

мужчин (по шкале Е.Л.Ноткина) занимают уровни ниже среднего (в 2004 г.) и очень низкого (в 2005 и 2006 гг.). Значения числа дней нетрудоспособности женщин оценены как ниже среднего (в 2004 и 2006 гг.) и среднего (в 2005 г.).

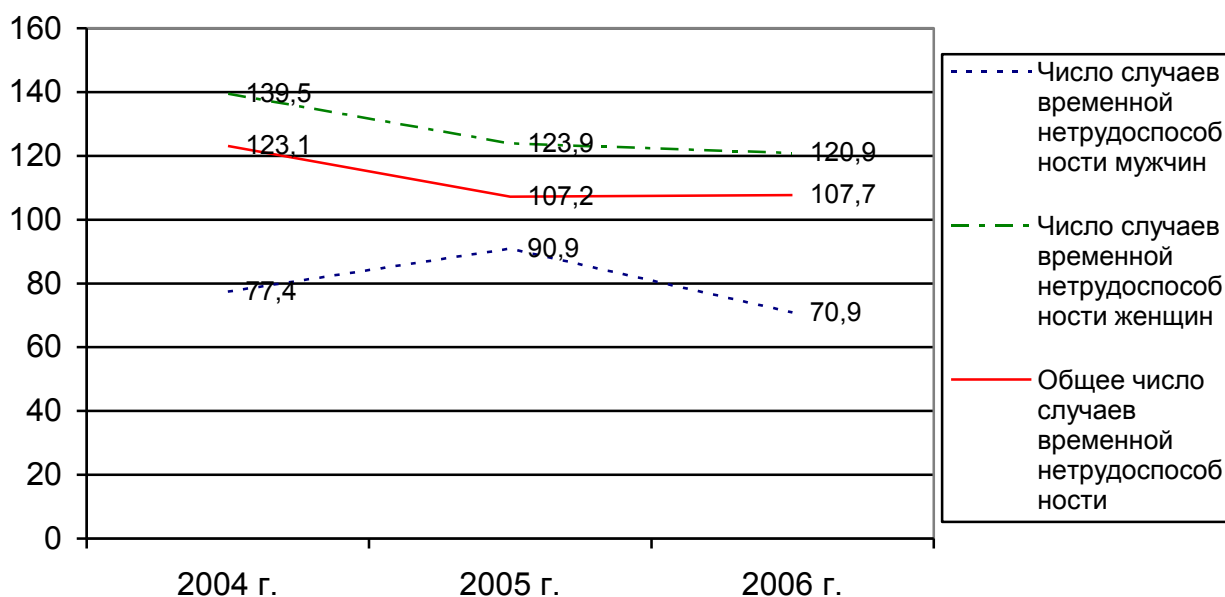


Рис. 1. Динамика числа случаев временной утраты трудоспособности врачей старшего трудоспособного возраста г. Рязани за период 2004–2006 гг.

Средняя длительность одного случая нетрудоспособности врачей 40 – 59 лет принимала значение от 10,1 дней (в 2006 году) до 13,5 дней (в 2005 г.). Средняя длительность одного случая нетрудоспособности врачей-мужчин в 2004 г. превышал среднегодовое значение анализируемой группы (12,0 дней) в 1,3 раза и составил 15,5 дней. Аналогичный показатель женщин был ниже среднего значения в 1,1 раза и составил 11,3 дней. Максимальное значение 17,0 дней характерно для группы мужчин 50 – 59 лет, минимальное (10,9 дней) – для женщин 40 – 49 лет. В 2005 и 2006 гг. средняя длительность одного случая нетрудоспособности мужчин принимала значения ниже аналогичных показателей женщин в обеих возрастных группах (40 – 49 лет и 50 – 59 лет) (табл. 1).

Таблица 1.

Динамика средней длительности одного случая нетрудоспособности в зависимости от пола и возраста.

Годы	Мужчины	Женщины	Все врачи	Мужчины		Женщины	
				40–49 лет	50–59 лет	40–49 лет	50–59 лет
2004	15,5	11,3	12,0	11,0	17,0	10,9	12,2
2005	9,4	14,6	13,5	6,5	11,3	9,7	19,9
2006	8,3	10,5	10,1	7,9	9,0	8,9	12,7

Темп прироста	-0,46	-0,07	-0,15	-0,28	-0,47	-0,18	0,04
---------------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	------

Наименьшим темпом прироста (- 0,47) характеризуется группа мужчин 50 – 59 лет, наибольшим (0,04) – группа женщин 50 – 59 лет.

Из представленных данных следует, что врачи-женщины 40-59 лет характеризуются более выраженным уровнем заболеваемости с временной утратой трудоспособности.

Резкое снижение заболеваемости мужчин с ВУТ можно объяснить их низкой медицинской активностью, т.е. меньшей обращаемостью за медицинской помощью в случае болезни и более ранним их выходом на работу. Это подтверждается снижением числа дней нетрудоспособности мужчин в 1,3 – 2,2 раза в сравнении с аналогичным показателем женщин, а также снижением средней длительности одного случая нетрудоспособности мужчин в 1,3 – 1,5 раза за изучаемый период.

С.В. Берстнева, В.Ю. Альбицкий, О.Е. Коновалов

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ
ЭНДЕМИЧЕСКОГО ЗОБА У ДЕТЕЙ

Кафедра факультетской терапии с курсом эндокринологии
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения с курсами
социальной гигиены и организации здравоохранения ФПДО

Эндемический зоб и йододефицитные заболевания являются проблемой здравоохранения для многих стран мира. В Российской Федерации проблема йододефицита отнесена к разряду государственных приоритетов в области охраны здоровья населения. Разработаны и утверждены региональные программы профилактики йододефицитных заболеваний (ЙДЗ), проводится массовая, индивидуальная и групповая профилактика йодной недостаточности. Однако в литературе недостаточно внимания уделяется медико-социальным и организационным аспектам профилактики эндемического зоба у детей.

Результаты проведенного мониторинга зобной эндемии и оценки эффективности проводимой профилактики йодной недостаточности в г.Рязани (2004) выявили влияние медико-биологических и социально-гигиенических (семейных) факторов на развитие зоба у детей и подростков и позволили разработать предложения по совершенствованию комплексной лечебно-профилактической помощи детям с эндемическим зобом.

Профилактическим медицинским осмотрам отводится важнейшая роль в системе первичной профилактики эндемического зоба. Координаторами профилактической работы выступают главный внештатный детский эндокринолог областного и городского Управления здравоохранения, которые

осуществляют информационно-методическое обеспечение работы.

Профилактическая работа с неорганизованными детьми дошкольного возраста осуществляется участковыми педиатрами детских поликлиник, с учащимися школ и посещающими детские дошкольные учреждения (ДДУ) – врачами ДШО детских поликлиник. Они проводят прогнозирование риска развития эндемического зоба у детей с использованием прогностических таблиц и формируют группы риска, проводят санитарно-просветительскую работу. Дети из группы риска направляются на осмотр к врачу-эндокринологу, при необходимости – к другим врачам-специалистам, проходят оздоровление в дневном стационаре поликлиники, при наличии показаний – в профилактическом санатории-профилактории.

Врач-эндокринолог детской поликлиники проводит профилактические осмотры декретированных групп (согласно соответствующим приказам), осуществляет индивидуальное диспансерное наблюдение детей с выявленной патологией щитовидной железы, осматривает детей из групп риска, определяет тактику лечебно-оздоровительных мероприятий, проводит санитарно-просветительскую работу с родителями и детьми.

Врачи-гинекологи женских консультаций осуществляют своевременное направление беременных и планирующих беременность женщин с патологией щитовидной железы к врачу-эндокринологу, проводят санитарно-просветительскую работу, разъясняют опасность йододефицита, дают рекомендации по проведению массовой и обязательно – индивидуальной йодной профилактики препаратами йодида калия.

В условиях сохраняющегося йододефицита, роста тиреоидной патологии, необходимости централизованной координации организационной работы по профилактике ЙДЗ в городе назрела необходимость создания Центра профилактики йододефицитных заболеваний.

Считаем целесообразным организацию данного центра на базе Областного детского консультативно-диагностического центра (ОДКДЦ), имеющего в своем составе йодную лабораторию, в которой проводится исследование ренальной экскреции йода.

Функциями Центра профилактики йододефицитных заболеваний являются следующие:

1. Эпидемиологические исследования: организация и проведение работы (совместно с Управлением здравоохранения области и города) по мониторингу степени тяжести зобной эндемии и оценке эффективности проводимой в городе профилактики йодной недостаточности.

2. Координация работы и оказание организационно-методической помощи врачам лечебно-профилактических учреждений, проведение обучающих семинаров и циклов тематического усовершенствования совместно с кафедрами РязГМУ и привлечением ведущих эндокринологических центров по вопросам лечения и профилактики йододефицитных заболеваний.

3. Организация специализированного консультативного приема и Ти-

реошколы для пациентов с патологией щитовидной железы.

4. Санитарно-просветительская работа.

5. Научные исследования совместно с кафедрами РязГМУ в области диагностики, лечения и профилактики йододефицитных заболеваний.

6. Организация и контроль за проведением массовой, групповой и индивидуальной профилактики в детских дошкольных учреждениях, школах, женских консультациях.

Н.В.Недюк

**ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ И ОБРАЗА ЖИЗНИ СЕМЬИ
НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
с курсом социальной гигиены и организации здравоохранения ФПДО

На данный момент в России сложилась такая экологическая ситуация, которая обусловлена действием токсических промышленных загрязнителей окружающей среды, хроническим действием малых доз радиации, а также загрязнением продуктов питания токсикантами химической и бактериальной природы. Сочетанное воздействие вышеназванных факторов, прежде всего, опасно для детей ранней возрастной группы, имеющих незрелые защитно-приспособительные механизмы. Зачастую, сложившаяся экологическая обстановка приводит к перенапряжению и срыву адаптационных механизмов детского организма.

Наиболее неблагоприятным является состояние атмосферного воздуха, кроме того, сейчас загрязнены многие водные источники и почва. Следствием этого является неизбежное нарастание частоты возникновения экологически обусловленных заболеваний у детей.

В настоящее время в нашей стране обращают на себя внимание серьезные изменения в состоянии здоровья детей указанного возраста – важнейшем показателе социально-экономического и экологического благополучия общества. Повсеместно увеличивается частота дисгармоничного развития детей, возрастает дефицит массы тела, снижаются физиометрические и функциональные показатели, ухудшается и их физическая подготовка.

С высокой степенью вероятности установлено, что ухудшение показателей физического здоровья идет в сочетании с неблагоприятными изменениями в психическом развитии детей. Данные изменения влекут за собой нарушение функций опорно-двигательного аппарата. Возникает и ущербность сердечно-сосудистой системы, что в своей совокупности способствует снижению общего адаптационного потенциала.

Но нельзя забывать и о том, что наряду с неблагоприятным действием факторов окружающей среды, на состоянии здоровья также сказывается образ жизни семьи. Важным моментом данного аспекта является наличие или отсутствие вредных привычек (курение и употребление алкоголя), которые отрицательно воздействуют, не только на родителей, но и на детей

раннего возраста. Всем известно, что дети курящих родителей болеют чаще, чем все остальные, а также отстают в физическом развитии от своих сверстников. Зачатие ребенка родителями в нетрезвом виде и употребление алкоголя женщиной в период беременности приводит к увеличению частоты врожденных уродств, слабоумия и других не менее опасных заболеваний. С возрастом влияние данных факторов на состояние здоровья детей раннего возраста увеличивается.

Немаловажное значение в изучении особенностей здоровья детей раннего возраста играет также медицинская активность и удовлетворенность родителей качеством медицинского обслуживания. Основные знания по предупреждению и лечению болезней родители получают при чтении популярной медицинской литературы, просмотре телепередач, а также из других источников массовой информации. Но не всегда они в состоянии заменить лечащего врача, который проводит тщательное обследование, ставит диагноз и назначает соответствующее лечение, индивидуальное для каждого больного, а также дает рекомендации по предупреждению возникновения различных заболеваний и ведения здорового образа жизни. Поэтому вызов врача на дом и обращение к нему является важнейшей характеристикой медицинской активности родителей и семьи в целом.

По данным М.М. Балыгина, влияние медицинской активности на состояние здоровья детей 1-го года жизни сравнительно невелико, и в целом составляет 2,6% в полных семьях и 2,1% в неполных семьях. На 2-ом году жизни отмечена тенденция к увеличению влияния данного фактора в неполных семьях до 11,3% и 10,6% в полных семьях. И только у родителей детей 3-его года жизни отмечается максимальное влияние данного фактора на здоровье детей раннего возраста – 15,1% в неполных семьях и 14,3% в полных семьях. Таким образом, медицинская активность в полных семьях выше, чем в неполных. Все это непосредственно сказывается на состоянии здоровья детей. Показатели здоровья у детей из полных семей значительно выше, чем у детей в неполных семьях. Подавляющее большинство часто болеющих детей – это дети из неполных семей.

Все вышеперечисленное свидетельствует о необходимости дальнейшего совершенствования социально-гигиенического мониторинга за состоянием здоровья детей раннего возраста. Меры по предупреждению детской заболеваемости и воспитанию здорового ребенка могут быть эффективными при условии их реализации в широких государственных масштабах при использовании всех сил и средств здравоохранения.

Н.А. Афонина

ПРИЧИНЫ И ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

с курсом социальной гигиены и организации здравоохранения ФПДО

Бронхиальная астма принадлежит к числу распространенных аллергиче-

ских заболеваний у детей. В различных регионах земного шара ею страдают 0,1-8% детского населения. Удельный вес бронхиальной астмы в структуре бронхолегочной патологии в детском возрасте составляет 27,6-60 %.

Бронхиальная астма – хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, вызывающее у предрасположенных лиц преходящую бронхиальную обструкцию. К предрасполагающим факторам бронхиальной астмы относится атопия – наследственная склонность к аллергическим реакциям вследствие генетической предрасположенности к продукции иммуноглобулинов класса E (Ig E). Биологически активные вещества, вызывающие бронхиальную обструкцию, образуются в результате сенсибилизации организма под воздействием различных аллергенов – ингаляционных (домашний пылевой клещ, шерсть животных, грибы, пыльца и др.), профессиональных, лекарственных (например, аспирин), пищевых (консерванты, красители). Принято выделять две группы аллергенов: экзогенные, проникающие в организм из окружающей среды, и эндогенные, образующиеся в органах и тканях организма. В свою очередь экзогенные аллергены делятся на две большие группы: аллергены неинфекционного и аллергены инфекционного происхождения. К аллергенам неинфекционного происхождения относятся: бытовые (домашняя пыль и др.), эпидермальные (шерсть, волосы и перхоть животных), пыльцевые (пыльца деревьев и травы, цветов), растительные (фрукты, овощи, злаковые), животные и пищевые аллергены (мясо и рыба), лекарственные (антибиотики, сульфаниламиды, препараты ртути, барбитураты, витаминные препараты и др.). К аллергенам инфекционного происхождения: бактериальные, грибковые и вирусные.

Эндоаллергены обнаруживаются в организме в большинстве случаев в результате повреждающего воздействия на ткани бактериальной и вирусной инфекции, а также травмы, высоких и низких температур, различных лекарственных препаратов и химических соединений.

Усугубляющими факторами могут быть курение (активное и пассивное), загрязнение воздуха, респираторная вирусная инфекция, особенности питания, паразитарные инфекции. Непосредственной причиной развития приступа бронхиальной астмы может оказаться как прямое воздействие аллергенов (контакт с животным, вдыхание пыли, табачного дыма, обострение инфекционного процесса), так и влияние неспецифических факторов — гипервентиляция при физической нагрузке; вдыхание холодного воздуха; изменение погоды; эмоциональная нагрузка (смех, плач). Под воздействием этих факторов возникает обструкция дыхательных путей, обусловленная спазмом гладкой мускулатуры бронхов, отеком и набуханием их слизистой оболочки, закупоркой мелких бронхов секретом.

Развитию бронхиальной астмы в детском возрасте способствует унаследованное предрасположение к аллергическим реакциям. Значимость этого фактора подтверждается клинико-генеалогическими исследованиями. Наследственное отягощение аллергическими реакциями и заболеваниями

отмечается у 67 % родственников больного бронхиальной астмой. По механизмам реализации генетических факторов бронхиальную астму можно отнести к полигенным болезням с наследственной предрасположенностью. Большинство исследователей относят наследование аллергических заболеваний к доминантному типу с неполной пенетрантностью патологического гена. Перенесенная в ante- и интранатальном периодах гипоксия способствует более тяжелому течению бронхиальной астмы у детей, к более частному формированию пищевой и лекарственной аллергии при atopической форме этого заболевания.

Значительную роль в развитии бронхиальной астмы в детском возрасте играют ОРВИ, нарушающие барьерную функцию слизистой по отношению к экзогенным аллергенам. Наклонность к частым ОРВИ сохраняется и в последующем, чему способствует снижение активности клеточного иммунитета и уровня секреторных Ig A.

Таким образом, предупреждение воздействия причинно-значимых в развитии болезни аллергических и неспецифических факторов – весьма важное звено в осуществлении контроля за течением и профилактикой бронхиальной астмы у детей.

Т.И. Макарова

ПОКАЗАТЕЛИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ШКОЛЬНИКОВ 10-17 ЛЕТ И ФАКТОРЫ НА НИХ ВЛИЯЮЩИЕ

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

В настоящее время очень велика актуальность проблемы сохранения и укрепления здоровья детей и подростков, так как они являются основным демографическим и трудовым ресурсом страны (1, 4). По данным многочисленных исследований этой проблемы выявлено, что за последние десятилетия в Российской Федерации значительно ухудшилось состояние здоровья детей всех возрастных групп. Разработка эффективных мер, направленных на охрану и укрепление здоровья детей и подростков строится на данных о состоянии здоровья этих контингентов. С каждым годом отмечается рост числа детей школьного возраста, имеющих отклонения в состоянии здоровья органического и функционального характера.

Здоровье является важным условием гармоничного физического развития школьников. Хронические заболевания, зачастую являющиеся причиной различных нарушений физического развития, особенно у детей и подростков, приводят к уменьшению размеров тела, дефектам опорно-двигательного аппарата (нарушению осанки, изменению формы грудной клетки, ног, стоп). В то же время рост социально-экономического и санитарно-гигиенического благополучия населения Российской Федерации улучшают физическое развитие, снижают заболеваемость детей и подростков (6, 7).

В структуре общей заболеваемости у детей 10-14 лет на 1-м месте нахо-

дятся болезни органов дыхания (40 %), у подростков 15-17 лет на 1-м месте – заболевания эндокринной системы (29,4 %); на 2-м месте у детей – болезни эндокринной системы и расстройства питания (10%), у подростков – болезни органов дыхания (17%); на 3-м месте у детей – инфекционные и паразитарные болезни (9%), у подростков – болезни органов пищеварения (8%). За последние 5 лет наметилась тенденция роста болезней эндокринной системы среди подростков – в 1,6 раза.

Оценка состояния здоровья детей и подростков должна осуществляться с учетом климатогеографических факторов, экологической обстановки места проживания (город, село), возрастно-половых особенностей, места воспитания и обучения. Так, например, известно, что на экологически неблагоприятные условия среды (антропогенное загрязнение) детский организм нередко реагирует увеличением жирового компонента (2, 5). Одной из причин повышения количества подкожного жира у подростков- мальчиков по сравнению с девочками является большая чувствительность (чувствительность) к неблагоприятным экологическим, социально-экономическим и стрессовым факторам.

Интересно отметить, что девочек-подростков с дефицитом массы тела почти в 2 раз больше, чем мальчиков. В качестве объяснения можно предположить, что современные девушки стремятся соответствовать неким «идеальным» параметрам фигуры модели, поэтому мода на худобу в данном контексте является достаточно мощным социальным фактором (3, 6).

На различные варианты отставания в физическом развитии и ухудшение состояния здоровья детей и подростков влияют такие социально-гигиенические факторы, как неблагоприятные условия жизни и значительные отклонения в питании. Проведенный углубленный комплексный анализ состояния здоровья школьников 10-17 лет с оценкой морфофункционального статуса, обменных процессов позволили выставить 1-ую группу здоровья только 4,2%, что на 6,5% меньше от первоначальных данных профилактических осмотров в образовательных учреждениях.

Согласно научным данным, питание ребенка должно быть сбалансировано в зависимости от возраста, пола, климатогеографической зоны проживания, характера деятельности и величины физической нагрузки. В организации питания большое значение имеют режим питания, правильное качественное и количественное распределение рациона по приемам пищи, место питания (7, 9). Сегодня по данным Ю.П. Лисицына, в России каждый третий ребенок не соблюдает эти требования, в связи с чем, имеет низкие показатели здоровья (7). Изучение характера питания показало, что 20,5 % школьников не завтракают и не обедают, у 27,8% подростков это происходит эпизодически. Менее 50% опрошенных респондентов указали на ежедневное употребление мяса и молока, 41% - сыра, 35,6% - рыбы, 21,9% - творога.

Дефицит микронутриентов, витаминов испытывают до 61,3 % школьни-

ков, так как в рационе их питания сырые овощи и фрукты встречаются не ежедневно, а 14 % детей отмечают их употребление не чаще 1-2 раза в неделю. Однако, почти все подростки (95,2%) отмечали ежедневное употребление чипсов, сухариков, шоколада и кофе. Периоды роста и развития сопровождаются положительным энергетическим балансом. В процессе роста питательные вещества используются не только как пластический материал, но и как источник энергии.

При сравнительном исследовании физического развития городских детей и подростков со школьниками 10-17 лет сельской местности выявлено, что сельские школьники по показателям физического развития опережают городских. По сравнительным показателям длины тела за период с 1967 г. городские дети выросли на 4,76 и 4,26 см, а сельские – соответственно на 8,98 и 8,74 см. Сельские подростки 16-17 лет имеют достоверную прибавку массы тела от 6 до 10 кг, а ОГК у них увеличилась от 2 до 5,8 см. Эти данные очевидно показывают влияние на физическое развитие школьников 10-17 лет благоприятной экологической обстановки в сельской местности, которая намного лучше городской.

Таким образом, исследования показали, заболеваемость и физическое развитие детского населения в зависимости от климатогеографических, экологических, социально-экономических и гигиенических факторов различны. Основными причинами, негативно влияющими на состояние здоровья детей и подростков 10-17 лет, являются: снижение уровня жизни значительной части населения, стрессовые нагрузки, снижение общего уровня культуры, в том числе санитарно-гигиенического, распространение вредных привычек, нездоровый образ жизни. К увеличению заболеваний и отклонений физического развития у школьников также приводит неблагоприятная экологическая обстановка, загрязнение атмосферного воздуха, особенно в крупных городах.

Литература

1. Александров Л.В. // Детское здравоохранение России: стратегия развития: материалы 9 съезда педиатров России. – М., 2001. – С. 21.
2. Година Е.З. // Антропология на пороге третьего тысячелетия. – М., 2003. – Т.2. – С. 529-563.
3. Негашева М.А., Пурунджан А.Л. // Общественное здоровье и профилактика заболеваний. – 2003. - № 1. – С. 33-38.
4. Баранов А.А. Социальные и организационные проблемы педиатрии. Избранные очерки / А.А.Баранов, В.Ю.Альбицкий. – М., 2003.
5. Дмитриев Д.А., Андреева М.Г., Романова И.И. // Научные ведомости. – 2000. - № 2 (11). – С. 50-51.
6. Щеплягина Л.А.// Рос. педиатр. журнал. – 2002. - № 2. – С. 4-7.
7. Бруй Б.П., Дмитриев В.И., Балыгин М.М.// Здравоохранение Рос. Федерации. – 2007. - № 2.
8. Баль Л.В., Михайлов А.Н.// Современный подросток: Материалы Все-

российской конф. с Международным участием. – М., 2001. – С. 76-79.

9. Маркова А.И., Ляхович А.В., Медведь Л.М. // Общественное здоровье и профилактика заболеваний. – 2004. - № 1. – С. 31-35.

О.В. Нариманова

О ПРИЧИНАХ БАНКРОТСТВ БИЗНЕС-ОРГАНИЗАЦИЙ.

Кафедра менеджмента

Одним из наиболее дискуссионных в современном практическом менеджменте является вопрос о причинах банкротств бизнес-организаций. Несмотря на многообразие представлений и точек зрения специалистов по этому поводу, в целом они укладываются в рамки одной из семи теорий управленческого краха: теория бездарных руководителей; теория невозможности предвидения надвигающейся катастрофы; теория неисполнения правильных решений; теория недостаточного усердия; теория недостатка лидерских качеств; теория недостатка материальных ресурсов; теория мошенничества.

Однако эти стандартные теории далеко не всегда помогают осмыслить общий комплекс симптомов, сопровождающих крупнейшие бизнес-катастрофы. Проблема внезапного краха преуспевающих предприятий заставляет задуматься над более серьезными вопросами, например, о том, почему руководители, которые в течение многих лет успешно управляли организациями, вдруг лишились способности принимать правильные решения? Что заставляет их игнорировать очевидные проявления ошибочности выбранной стратегии? И самое главное: что можно предпринять, чтобы предотвратить подобные ситуации?

Группа американских ученых во главе с С. Финкельштейном провела серьезное исследование деятельности сорока крупных американских, европейских и японских компаний, переживших значительные коммерческие катастрофы. Ученые пришли к выводу, что в действительности список причин, по которым происходят все самые сокрушительные поражения, не так уж и велик, а все неудачи, не имевшие на первый взгляд ничего общего, развивались в основном по одному и тому же сценарию.

подавляющее их большинство произошли при следующих обстоятельствах: на этапе организации нового проекта; в условиях изменений и обновлений бизнес-среды, на которые необходимо реагировать; в процессе управления слияниями и поглощениями; в результате усиления конкурентного давления.

Было выявлено, что внезапные коммерческие крушения компаний являются следствием одного из четырех деструктивных синдромов: ошибочные взгляды руководителя, которые приводят к тому, что в компании складывается искаженное представление о действительности; губительные

установки, которые «консервируют» это искаженное представление; сбой в работе коммуникационных систем, призванных обеспечить прохождение принципиально важной информации; лидерские качества, которые мешают руководителям компании корректировать выбранный организацией курс.

Специальный анализ личных качеств руководителей показал, что наиболее опасными из этих качеств, приводящими к губительным для компании последствиям, являются: привычка руководителя считать, что он и его фирма не зависят от обстоятельств; склонность руководителя полностью отождествлять себя с компанией, теряя способность отличать личные интересы от корпоративных; его полная убежденность в своей правоте в любых ситуациях; привычка руководителя без колебаний освободиться от всех, кто не проявляет абсолютного согласия с его позицией; привычка быть неутомимым пропагандистом и имиджмейкером своей компании; склонность недооценивать степень серьезности препятствий; упорное стремление придерживаться старых подходов, когда-то обеспечивших компании успех.

Результаты предпринятого С. Финкельштейном и его коллегами исследовательского проекта позволяют по-новому взглянуть на проблемы стратегического менеджмента. Традиционно основное внимание уделялось изучению условий успешного функционирования бизнес-организаций. Однако не менее важным оказалось и рассмотрение деструктивных моделей поведения, так как оно дает понимание не только того, чего делать нельзя, но и того, что необходимо делать.

Ю.Н.Котова

ИННОВАЦИОННЫЕ СТРАТЕГИИ ПРЕДПРИЯТИЯ.

Кафедра менеджмента

Все предприятия, как вновь создаваемые, так и существующие, должны руководствоваться в своей деятельности определенными предпринимательскими инновационными стратегиями, направленными на достижение экономического успеха. Выбор стратегии – важнейшая составляющая инновационного менеджмента. В условиях сильной конкуренции организации недостаточно производить хороший продукт, она должна отслеживать появление новых технологий и планировать их внедрение.

Стратегическое инновационное планирование является подсистемой в общей системе планирования на предприятии. Объектом стратегического инновационного планирования на предприятии является инновационная деятельность, основным содержанием которой является разработка и реализация научно-технической политики в области создания новой конкурентоспособной продукции и ее производства на современном уровне техники и технологии в целях получения максимально возможной прибыли.

Связь между общей стратегией предприятия и стратегией в области

научно-технических разработок реализуется, прежде всего, при внедрении новой продукции и изменениях в процессе производства.

Общая стратегия предприятия формирует и направляет стратегию управления научно-техническими разработками, т.е. предопределяет роль, место, базу инновационной деятельности. В свою очередь, инновационная стратегия способствует реализации стратегии предприятия, а также достижению определенных целей, например: рациональному использованию ресурсов; достижению высоких социально-экономических результатов; достижению экономии; осуществлению нововведений.

Таким образом, инновационная стратегия представляет собой деятельность по определению направлений перспективного развития в области научно-технических нововведений. Она должна увязывать стратегию предприятия, научно-технический потенциал предприятия, научно-технические задачи предприятия и экономическую обстановку.

Стратегическое планирование преследует две основные цели: эффективное распределение и использование ресурсов (капитал, люди, технологии); адаптация к внешней среде, изменению внешних факторов.

Общая стратегическая ориентация предприятия оказывает непосредственное влияние на формирование инновационной стратегии. Система инновационных стратегий должна учитывать различные варианты инновационной деятельности предприятия и факторы, которые оказывают на нее влияние. К ним следует отнести: научно-технический потенциал; уровень развития опытно-экспериментальной базы; состояние нематериальных активов; структуру выпускаемой продукции с учетом долей рынка, стадий жизненного цикла; угрозу технологического и функционального замещения.

Выделяют следующие типы инновационных стратегий (типы инновационного или конкурентного поведения):

1. Оборонительная стратегия: организации, придерживающиеся данной стратегии, не стремятся или не имеют возможности проводить инновационные разработки. Оборонительная стратегия направлена на удержание позиции фирмы на уже имеющихся рынках, ориентирована на сохранение позиций. Предприятия, использующие эту стратегию, экономят на исследованиях и разработках и, как правило, перенимают чужой опыт и достижения других.

2. Активно-наступательная стратегия означает постановку цели стать ведущим предприятием с точки зрения инноваций, в определенном сегменте рынка или в данной отрасли. Основой стратегии агрессивных рыночных действий является ориентация на опережение в инновационной деятельности своих конкурентов и наращивание этого отрыва.

3. Умеренно-наступательная стратегия – позиция второго лучшего производителя. Основная цель стратегии – обезопасить себя от риска, которому подвергаются первые предприятия, разрабатывающие инновации, и в то же время стремиться не отставать от лидеров.

Принятие компанией наступательной стратегии, направленной на активный поиск и разработку нововведений в освоенных и новых областях деятельности, требует больших усилий и издержек. Инициаторы инноваций всегда работают в условиях повышенного риска. Поэтому нельзя использовать агрессивную стратегию в рамках широкого круга товаров. Такая стратегия, как правило, применяется в отношении одного или нескольких товаров, при существовании благоприятных условий для ее проведения.

Реализация наступательной стратегии предполагает, прежде всего, правильный выбор области деятельности (сегмента), что позволит запланировать прорыв с новой продукцией, преодолеть барьеры реализации инновации (высокие издержки). Завоевав позиции, предприятие будет доминировать в данном сегменте в течение определенного периода. В настоящее время многие товары, услуги, технологии устаревают в течение относительно короткого промежутка времени. Поэтому занятие монопольного положения на каком-либо рынке еще не является гарантией стабильного развития предприятия-монополиста. В целях достижения коммерческого успеха предприятия в современных условиях должны добиваться лидерства постоянно. Когда конкуренты будут стремиться выйти на данный сегмент, предприятие должно будет применять оборонительную стратегию, либо переориентироваться на другие инновации.

Можно выделить следующие виды агрессивной стратегии:

1) достижение преимущества по издержкам. В данном случае политика компании заключается в достижении конкурентных преимуществ за счет более дешевого производства или сбыта продукции. Например, за счет использования более дешевой технологии, использования более дешевого сырья.

2) Стратегия, ориентированная на конкретный сегмент рынка. В данном случае компания выделяет специфический сегмент рынка, концентрируя усилия на нескольких ключевых товарах, предназначенных для специфических потребителей. Придание продукту уникальности осуществляется за счет повышения его качества и специфических потребительских свойств по сравнению с конкурентами (например, обеспечение высокой надежности при эксплуатации, предоставление сопутствующих услуг).

3) Ориентация на новые рынки. Предполагает разработку новых товаров и освоение новых рынков одновременно. Наиболее рискованная и дорогая стратегия.

Формирование инновационной стратегии представляет собой разносторонний и широкомасштабный творческий процесс, включающий:

- постановку целей инновационной деятельности,
- определение ее приоритетных направлений и форм,
- оптимизацию структуры формируемых ресурсов, их распределение и перераспределение,
- выработку инновационной политики по наиболее важным аспектам

инвестиционно-инновационной деятельности,

- постоянный мониторинг внешней среды в целом и поддержание интерактивных взаимоотношений с внешней инновационной средой через информационное обеспечение управления (менеджмента) инвестициями и инновациями.

При формировании инновационной стратегии необходимо учитывать изменения факторов, оказывающих влияние на инновационную внешнюю среду, в том числе, высокую динамику основных макро-, и микроэкономических показателей, связанных с инновационной активностью субъектов экономики, темпы НТП, частые колебания конъюнктуры инвестиционного рынка и изменения рынка нововведений, непостоянство государственной инвестиционной и инновационной политики и форм регулирования инновационной деятельности. Данные факторы не обеспечивают эффективного управления инвестициями и инновациями на предприятии на базе лишь только ранее накопленного опыта и традиционных методов управления.

Сложность выбора инновационной стратегии развития предприятия заключается в том, что инновационный процесс должен охватить все стороны хозяйственной деятельности предприятия. Например, в число целей производственного предприятия входят: выпуск высококачественного изделия в установленные сроки; повышение эффективности использования научно-технического потенциала; обеспечение экономической безопасности производства и устранение негативных для общества последствий хозяйственной деятельности.

В.В.Индеева

РИСК-МЕНЕДЖМЕНТ В СФЕРЕ МАТЕРИАЛЬНОГО ПРОИЗВОДСТВА

Кафедра менеджмента

В познание и в правде, умом и делами
Идут поколения вперед и вперед.

П.Л.Лавров

Риск-менеджмент существует в двух сравнительно независимых друг от друга ипостасях – финансовой и нефинансовой. Финансовый риск-менеджмент в России достаточно успешен и сравнительно хорошо внедрен в банках, страховых и инвестиционных компаниях. Управление нефинансовыми рисками в нашей стране пока недостаточно развито. Пионерами по внедрению систем комплексного риск-менеджмента в российской промышленности были крупные компании топливно-энергетического комплекса, так как они более восприимчивы к западному опыту, имеют зарубежные контакты и поэтому хорошо понимают важность риск-менеджмента. Вслед за ними идут другие экспортно-ориентированные корпорации.

По оценкам Русского общества управления рисками, про «управление рисками» слышали не более 20% руководителей российских предприятий.

По данным исследования, проведенного Русским обществом управления

рисками, основными факторами, сдерживающими развитие риск-менеджмента, являются: отсутствие квалифицированных специалистов; отсутствие структурированной информации для анализа и мониторинга рисков, а также национальных стандартов в данной области; отсутствия понимания у руководства потребности в риск-менеджменте и как следствие его отсутствие в стратегии организации; высокие затраты на внедрение системы риск-менеджмента.

Строительство – одна из сфер деятельности, где риски наиболее «осязаемы». Строительные компании можно условно разделить на следующие основные категории, для каждой из которых актуальность тех или иных видов рисков различна:

1) мелкие строительные организации, занимающиеся отделочными работами, несут незначительную ответственность за последующую эксплуатацию результатов работ, поскольку, как правило, дизайн, отделочные материалы, технология производства, возможные последствия их использования, а часто и рабочие-отделочники согласовываются с заказчиком заранее. Для данной категории наиболее актуальны риски внешней и внутренней среды;

2) строители типовых домов и коттеджей, технические риски которых минимальны, поскольку они действуют по жестким отработанным схемам, однако здесь весьма актуальны другие виды рисков, в частности риски внешней среды, риски синтеза систем;

3) генподрядчики и (или) подрядчики, заказчиками у которых выступают прибыльные крупные промышленные предприятия, имея более низкие финансовые риски, должны особое внимание уделять внутриорганизационным рискам, которые часто приводят к негативным последствиям при внешнем финансовом благополучии. Кроме того, для этой группы актуальны вопросы качества производства работ, конкуренции среди себе подобных и т.д.;

4) строители уникальных объектов, как правило, имеют стабильное финансирование, но риски, связанные непосредственно с производством работ и последующей эксплуатацией объекта достаточно велики.

Но, несмотря на это, высшее руководство строительных организаций не только в регионах, но и в столице, пока не осознает необходимости профессионального управления рисками. При этом многие понимают, что работа в строительной отрасли – сплошной риск.

Например, возведение объекта может быть остановлено на любой стадии, что приведет в лучшем случае к нежелательному «замораживанию» вложенных средств. Поэтому большинство руководителей решают возникающие проблемы старым проверенным способом – общением с нужными людьми. По их мнению, введение должности (отдела) риск-менеджера не упразднит коррупцию вообще и устоявшиеся традиции в строительном бизнесе в частности. И все же некоторые строительные компании стали

привлекать консультантов, которые выполняют концепцию проекта и анализируют некоторые сопутствующие риски.

Катализатором развития профессионального риск-менеджмента в строительной индустрии станут следующие факторы: интеграция России в мировую экономику; тенденция «обеления» и появления прозрачности в строительном бизнесе; стремление российских застройщиков разместить свои бумаги на фондовом рынке; стандартизация риск-менеджмента в сфере материального производства; положительный опыт пионеров риск-менеджмента в строительстве.

Таким образом, российский риск-менеджмент как практическое направление в сфере материального производства и, в частности, в строительстве находится в настоящее время в процессе становления и развития.

Т.Н.Нариманов

АКТУАЛЬНОСТЬ ОЦЕ НКИ КАЧЕСТВА АНТИКРИЗИСНОГО УПРАВЛЕНИЯ
ПРЕДПРИЯТИЕМ.

Кафедры менеджмента

В современном бизнесе одним из ключевых факторов конкурентоспособности компании является качество менеджмента. В России все большее число руководителей видят залог стабильности своих предприятий в отлаженной системе управления, отвечающей мировым стандартам.

Проблема качества менеджмента тем более актуальна в свете планируемого вступления России в ВТО и появления конкуренции со стороны иностранных компаний. В отечественной литературе в последние годы начали публиковаться исследования, посвященные качеству менеджмента (управления) как элементу системы комплексного управления качеством. Вместе с тем наблюдается недостаток исследований, посвященных качеству антикризисного управления, несмотря на то, что сам термин «антикризисное управление» стал одним из самых популярных в деловой жизни России.

В научных публикациях последних лет авторы всё чаще обращаются к категории антикризисного управления, подчёркивая тем самым её возрастающее значение в экономической жизни предприятий. Так, Махметова А.Е. и Щелкова Ю.А. анализируют способы повышения эффективности антикризисного управления промышленными предприятиями, Свирина А.А. исследует формирование комплекса антикризисных мероприятий в промышленных организациях, работа Богочарова В.И. посвящена разработке экономико-математических моделей оценки эффективности и надёжности антикризисных мероприятий (1, 2, 3, 4).

В большинстве работ внимание сосредоточено на повышении эффективности антикризисных мероприятий. Однако их содержание в основном ограничивается анализом процедур арбитражного управления и оценкой их эффективности. Следует отметить, что важнейшей предпосылкой оздоровления отечественной промышленности может стать не только повыше-

ние эффективности процедур банкротства, но и проведение грамотных мероприятий по недопущению банкротства, его своевременному прогнозированию, нейтрализации и ликвидации кризисных ситуаций вне рамок арбитражного управления. Иначе говоря, необходима концепция комплексного антикризисного управления организацией.

Таким образом, понимая антикризисное управление в широком контексте, уже недостаточно вести речь лишь об эффективности арбитражных процедур. По нашему мнению, внимание следует сосредоточить на категории качества антикризисного управления компанией как важнейшем атрибуте концепции всеобщего менеджмента качества. Возможность оценивать и повышать качество антикризисного менеджмента на любом из его этапов позволит вывести его на более высокий уровень. Наиболее разумным нам видится подход, который при оценке качества антикризисного управления (менеджмента) предусматривал бы рассмотрение и анализ следующих составляющих: эффективность принимаемых управленческих решений; результативность воплощения принятых решений; состоятельность или вероятность реализации принятых решений.

Литература.

1. Богочаров В.И. Разработка экономико-математических моделей оценки эффективности и надёжности антикризисных мероприятий на промышленных предприятиях: дисс. ... канд.экон.наук / В.И.Богочаров. - Самара, 1999 – 137 с.
2. Махметова А.Е. Эффективность антикризисного управления промышленными предприятиями: дисс. ... канд.экон.наук / А.Е.Махметова. - Саратов, 2004. – 169 с.
3. Свирина А.А. Формирование комплекса антикризисных мероприятий на промышленном предприятии: на примере энергосбережения: дисс. ... канд.экон.наук / А.А. Свирина. - Казань, 2004. – 130 с.
4. Щелкова Ю.А. Повышение эффективности антикризисного управления на промышленном предприятии: дисс. ... канд.экон.наук / Ю.А. Щелкова. - Казань, 2004. – 159 с.

Е.Е.Гуськов

О ПРИМЕНИМОСТИ ТЕОРИИ ЖИЗНЕННЫХ ЦИКЛОВ ДЕЛОВЫХ
ОРГАНИЗАЦИЙ И. АДИЗЕСА К РОССИЙСКОЙ ДЕЙСТВИТЕЛЬНОСТИ

Кафедры менеджмента

Проблема выживания организаций в быстро меняющейся окружающей среде очень остра во всех развитых странах. Не менее остра она и в России. При всех особенностях, присущих российской ситуации, нельзя сбрасывать со счетов опыт, накопленный на Западе в области исследования организационного поведения и развития. Теория Адизеса концентрирует внимание на двух важнейших параметрах жизнедеятельности организации:

гибкости и контролируемости. Молодые организации очень гибки и подвижны, но слабо контролируемы. Когда организация взрослеет - контролируемость растет, а гибкость уменьшается.

В процессе роста любая компания сталкивается с определенными трудностями и проблемами, которые условно можно разделить на две большие категории. К первой относятся так называемые болезни роста. Вторая категория проблем называется организационными патологиями. Суть различия между двумя категориями проблем состоит в том, что непреодоленные болезни роста превращаются в патологии, излечиться от которых самостоятельно организация уже не в состоянии. Таким образом, задача руководства организации заключается не в достижении ситуации, когда проблем не существует вообще, а в недопущении возникновения патологий. При правильных стратегии и тактике развития компании она может достигнуть расцвета и, в принципе, находиться в этом состоянии бесконечно долго.

Этапы жизненного цикла организации по Адизесу делятся на две группы: рост и старение. Рост начинается с зарождения и заканчивается расцветом, после этого наступает старение, начинающееся со стабилизации и заканчивающееся смертью организации. Всего стадий 10: выхаживание, младенчество, «давай-давай», юность, расцвет, стабильность, аристократизм, ранняя бюрократизация, бюрократизация, смерть.

На вопрос о применимости теории И.Адизеса к условиям современной России мы не можем ответить однозначно, поскольку ко многим российским организациям неприменимы исходные посыпки этой теории. Во-первых, теория жизненных циклов ничего не говорит о государственных предприятиях, которых в России еще очень много, у которых нет персонафицированного создателя и которые прошли многолетний путь развития в условиях господства плановой экономики. Нельзя считать намного более ясной и ситуацию с приватизированными предприятиями, поскольку зачастую трудно определить, в какую точку кривой Адизеса попала та или иная организация после приватизации.

Для новых частных российских организаций теория И.Адизеса в основном применима, но далеко не все новые российские организации создаются с ориентацией на «бессрочное» существование. Организации-«однодневки» не описываются теорией жизненных циклов.

В чем же состоит ценность теории для новых российских организаций? Как любая другая продуктивная теория, она характеризуется двумя компонентами: объясняющей и предсказующей. Для работы с российскими организациями важны обе компоненты. Первая способствует возбуждению чувства доверия как к самой теории, так и к использующему ее менеджеру. Вторая заставляет обратить внимание на те моменты, которые обычно не рассматриваются руководством российских компаний как ключевые.

Кроме того, теория жизненных циклов дает возможность, в отличие от многих других моделей, увидеть динамику организации, а не рассматри-

вать ее как статическое образование. Представление о динамике организации позволяет, в частности, сделать вывод о своевременности тех или иных управленческих решений.

Е.А. Соколова

ПРАВО ПАЦИЕНТА НА ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Кафедра государственно-правовых дисциплин

Одним из основных прав пациента в современном мире является право на информированное согласие на медицинское вмешательство, в основе которого лежит признание личной и физической неприкосновенности человека, автономии человеческой личности. Суть указанного права заключается в том, что любое медицинское вмешательство в человеческий организм возможно только после получения от пациента согласия на это вмешательство, в противном случае действия медицинского работника могут расцениваться как насилие над личностью и причинение телесных повреждений.

Проведенное исследование показало, что право на информированное добровольное согласие оценивается преимущественно как второстепенное (респонденты отвели ему лишь 8-е место в системе прав пациента). Однако в современной отечественной медицинской практике согласно действующему законодательству данное право является обязательным условием функционирования всей системы медицинской помощи, необходимым предварительным этапом любого врачебного вмешательства.

Юридическая концепция права на информированное согласие начала формироваться за рубежом в начале XX века после принятия судебных решений, признававших право пациента на непосредственное участие в принятии медицинских решений. С этого времени право пациента на согласие на медицинское вмешательство стало не только этической, но и юридической категорией. В США началом развития данной теории послужило дело *Schloendorff v. Society of New York Hospital* 1914 г., в котором было сформулировано следующее правило: «Каждый взрослый дееспособный человек имеет право самостоятельно определять, что будет сделано с его телом...».

Данное дело послужило отправной точкой для развития «теории насилия» (*battery theory*), согласно которой медицинское вмешательство без согласия пациента рассматривалось как насилие и причинение телесных повреждений, и для возложения ответственности на доктора необходимо было доказать лишь отсутствие согласия пациента. В 60-70-е годы в США на смену этой теории пришла «теория небрежности» (*negligence theory*), согласно которой ответственность возлагалась на врача и в том случае, если

согласие пациента было получено, но последнему не была предоставлена надлежащая информация для принятия взвешенного решения. Таким образом, акцент сместился уже на информационную часть согласия, и право пациента на согласие на медицинское вмешательство было преобразовано в право на информированное согласие.

В России Врачебный Устав, изданный в 1875 году и действовавший до 1917 г., не предусматривал норм о согласии пациента. Декрет ВЦИК и СНК РСФСР «О профессиональной работе и правах медицинских работников», принятый 1 декабря 1924 г. и являвшийся основным законодательным актом в области здравоохранения вплоть до 1 июля 1970 г., содержал норму, согласно которой хирургические операции производились с согласия больных, а в отношении лиц моложе 16 лет или душевнобольных - с согласия их родителей или опекуна (ст. 20).

Основы законодательства СССР и союзных республик о здравоохранении, вступившие в силу 1 июля 1970 г., предусматривали согласие больного, а в отношении больных, не достигших 16-летнего возраста, и психически больных - согласие их родителей, опекунов или попечителей при проведении хирургических операций, сложных методов диагностики, а также при применении новых, научно обоснованных, но еще не допущенных к всеобщему применению методов диагностики, профилактики, лечения и лекарственных средств (ст. 34, 35).

Таким образом, советское законодательство предусматривало право пациента на согласие при проведении отдельных поименованных в законе видов медицинского вмешательства, однако какие-либо указания о предоставлении пациенту необходимой информации отсутствовали.

Действующая Конституция Российской Федерации определяет, что «никто не может быть без добровольного согласия подвергнут медицинским, научным или иным опытам» (ст. 21). Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан 1993 г. впервые ввели правило о том, что необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина (п. 7 ч. 1 ст. 30, ст. 32). С этого момента доктрина информированного согласия получила свое воплощение в российском законодательстве. Поскольку данная доктрина не имеет глубоких корней в отечественной медицине, долгое время исповедовавшей патерналистский подход к пациенту. Нормы, введенные законодателем, по существу представляют собой заимствование зарубежного опыта в данной сфере.

В действующем законодательстве России хотя и закреплено право пациента на информированное согласие, но при этом отсутствует критерий адекватности или полноты предоставляемой информации, позволяющий судить о том, что обязанность исполнителя медицинской услуги, корреспондирующая праву пациента на получение информации, выполнена надлежащим образом.

Отсутствие юридических критериев надлежащего предоставления информации существенно ограничивает возможности реализации права пациента на практике и защиты в случае его нарушения. Усовершенствованная система получения и отображения информированного согласия может сыграть положительную роль и в структуре механизма защиты прав врачей от необоснованных претензий со стороны пациентов и их представителей.

А.Ю.Хаустова

СПЕЦИФИКА ПРЕПОДАВАНИЯ ЮРИДИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН СТУДЕНТАМ НЕГУМАНИТАРНЫХ ФАКУЛЬТЕТОВ

Кафедра государственно-правовых дисциплин

В настоящее время преподавание гуманитарных дисциплин студентам негуманитарных факультетов осуществляется на основе инновационных гуманистических способов обучения и преподавания. К их числу относятся:

- организационное переустройство учебного процесса с учетом психофизиологических особенностей обучаемых;
- совершенствование методических принципов, связанных с внедрением вариативного содержания обучения, индивидуализацией усвоения знаний, развитием познавательных интересов обучаемых, реализацией их творческого потенциала;
- рационализация процессуальных основ обучения и воспитания, позволяющая сделать приоритетным развитие личности студентов.

Характер и содержание правового воспитания в значительной мере зависят от отношения студентов негуманитарных факультетов к праву, его роли в обществе и государстве.

Существуют два основных подхода к правопониманию и формированию правосознания личности. Их можно обозначить как инструментальный и ценностный. При инструментальном подходе право рассматривается как орудие, инструмент государства в поддержание его принудительной власти. При ценностном подходе право воспринимается как социальная ценность, выработанная практикой человеческой цивилизации и несущая идею справедливости и гуманизма. Данные подходы активно применяются в образовательном процессе, а также способствуют повышению эффективности преподавания юридических дисциплин студентам негуманитарных факультетов.

Одним из главных направлений преподавания юридических дисциплин является разработка и внедрение новых педагогических технологий, основным признаком которых можно считать степень адаптивности всех элементов педагогической системы. Методика преподавания юридических дисциплин студентам негуманитарных факультетов включает в себя внедрение личностно ориентированных технологий обучения, обеспечивающих индивидуальную траекторию обучения, а также перевод обучения на субъ-

ектную основу с установкой на саморазвитие личности.

Специфика преподавания юридических дисциплин студентам негуманитарных факультетов заключается также в том, что студенты в процессе обучения должны не только усвоить основные правовые категории, изучить понятия крупнейших отраслей права, ознакомиться с юридическими латинскими выражениями, которые являются памятниками культуры, но и уметь на практике применять полученные знания. Кроме того, преподавание юридических дисциплин способствует повышению уровня правосознания и правовой культуры студентов.

Учебные курсы юридических дисциплин раскрывают особенности разработки новых перспективных педагогических технологий. Педагогическая технология определяется как проект педагогической системы, осуществляемый на практике. Технология определяет структуру и содержание учебно-познавательной деятельности студентов. Задачи преподавания юридических дисциплин студентам негуманитарных факультетов заключаются в том, чтобы научить студентов структурировать учебный материал в соответствии с принципами технологического обучения (интеграция, модульность, генерализация знаний и т.д.), сформировать у студентов умения и навыки свободного владения активными методами усвоения пройденного материала, умения самостоятельного изучения тестов законов и кодексов, самостоятельной работы с положениями Конституции РФ.

Юридические кафедры активно внедряют концепцию модернизации российского высшего образования, которая определяет основные характеристики выпускника вуза, отвечающего современным требованиям: конкурентоспособность на рынке труда, компетентность, ответственность, способность к эффективной работе по специальности на уровне мировых стандартов, готовность к постоянному профессиональному росту, социальной и профессиональной мобильности. Достижению этих целей во многом способствует преподавание юридических дисциплин студентам негуманитарных специальностей. Кроме того, достижение этих целей невозможно без внедрения новых эффективных технологий обучения.

На факультетах активно вводится система мер по организации самостоятельной работы и контролю знаний студентов. Наиболее важными из них являются: использование учебно-методических комплексов с качественно новой структурой, позволяющей значительно активизировать самостоятельную работу студента; кумулятивная оценка знаний студентов, позволяющая организовать системный, непрерывный контроль знаний, умений и навыков студентов; автоматизированное тестирование как форма итогового контроля. Главным назначением этих методов при преподавании юридических дисциплин является помощь студентам в организации регулярной и интенсивной самостоятельной работы.

Е.А. Соколова, И.В. Соколов

ПРАВО ПАЦИЕНТА НА ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
ПРИ ПОЛУЧЕНИИ АНЕСТЕЗИОЛОГО-РЕАНИМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Кафедра государственно-правовых дисциплин
Рязанская клиническая больница имени Н.А. Семашко

Согласно Конституции России сокрытие фактов и обстоятельств, создающих угрозу для жизни и здоровья людей, влечет за собой юридическую ответственность (п.3 ст. 41). При оказании медицинской помощи каждый пациент имеет право на информированное добровольное согласие, которое является необходимым предварительным этапом любого медицинского вмешательства.

Анестезиолог получает информированное согласие пациента в ходе его предоперационного посещения, предварительно разъясняя пациенту какие из существующих методик анестезии подходят для данного конкретного случая. В медицинской практике рекомендуется независимо от избранной методики анестезии получать согласие пациента на общую анестезию – на случай, если другие методики не обеспечат желаемого результата (2; 17).

Анестезиолог обязан информировать пациента о возможных осложнениях, связанных с применяемой методикой анестезии, анатомическими особенностями пациента, его сопутствующими заболеваниями. В клинической практике принято информировать пациента не обо всех возможных осложнениях, а о наиболее вероятных в данной ситуации. Необходимо помнить, что согласие пациента, даже заверенное его личной подписью, не освобождает анестезиолога от ответственности при возникновении каких-либо осложнений. Специальных нормативно-правовых актов, регулирующих право на информированное добровольное согласие пациента при проведении анестезиологического пособия, в настоящее время не существует. При возникновении осложнений в анестезиологической практике врачу необходимо четко следовать принятым стандартам лечения соответствующего неотложного состояния и последовательно фиксировать все этапы лечения и наркоза в наркозной карте и истории болезни.

В реаниматологии сложность взаимоотношений врача и пациента заключается в объективной необходимости нарушения принципа автономности пациента при осуществлении требования о его информированном добровольном согласии. Пациенты, поступающие в отделения реанимации и интенсивной терапии, часто бывают не в состоянии получить и понять информацию о своем состоянии и самостоятельно принять решение. Можно предположить, что на практике за пациента, не способного выразить свою волю, решение может принимать его законный представитель, в то время как в Великобритании родственники не имеют права решать за больного (1; 129). В России этот вопрос нормативно не урегулирован.

Поступление пациента в медицинское учреждение в таком состоянии, в котором он по объективным причинам не может выразить свою волю, рассматривается как экстремальная ситуация. В таких обстоятельствах дей-

ствуют особые правила оказания медицинской помощи. Юристы рекомендуют ориентироваться на положение п. 2 ст. 32 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, согласно которому в ситуациях, когда состояние пациента не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство носит неотложный характер, вопрос о его проведении в интересах пациента решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач в последующем уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения.

В этом случае рекомендуется использовать особый вариант информированного добровольного согласия пациента на медицинское вмешательство – отсроченное согласие. Оно состоит в том, что при невозможности соблюдения типичных условий процедуры информированного добровольного согласия пациента, сначала проводится необходимое в данной ситуации медицинское вмешательство, а затем, когда позволяют обстоятельства, пациенту разъясняют необходимость проведенных действий, его информируют о характере проделанного вмешательства и получают согласие пациента по поводу произведенных в отношении него манипуляций. Решение пациента о согласии, заверенное его подписью, отражается в медицинской документации.

Вопрос о возможности принятия решений в отношении лечения пациента, поступающего в отделение реанимации или интенсивной терапии и не способного по объективным причинам выразить свою волю, его родственниками в отечественном законодательстве четко не урегулирован. Считается, что если пациент временно или постоянно утратил способность самостоятельно принимать решения, то требуется выработка решений с участием представителя пациента в отношении дальнейших медицинских вмешательств.

Таким образом, право на информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство при оказании анестезиолого-реаниматологической помощи нуждается в уточнении и совершенствовании.

Литература

1. Акопов В.И. Медицинское право: книга для врачей, юристов и пациентов / В.И.Акопов. - М., Ростов н/Д, 2004. 368 с.
2. Морган-мл. Дж. Э. Клиническая анестезиология: книга 1-я / Дж. Э. Морган-мл., М.С.Михаил / Пер. с англ. – М., СПб, 1998. - 431 с.

И.С. Тарарышкина

ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ: ПРОБЛЕМЫ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ

Кафедра гражданско-правовых дисциплин

Жизнь и здоровье – это самые ценные богатства, которыми дано владеть человеку, и они должны быть надежно защищены. Вся система здравоохранения направлена на обеспечение охраны здоровья граждан как неотъемлемого условия жизни общества.

Охрана здоровья граждан - это совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья¹.

Охрана здоровья граждан происходит посредством оказания медицинской помощи и предоставления медицинских услуг. При этом медицинская помощь, как правило, оказывается бесплатно, а услуги предоставляются за плату. В законодательстве устанавливаются государственные гарантии оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, определяет виды и объемы медицинской помощи, предоставляемой гражданам бесплатно². Бесплатность обеспечивается посредством финансирования за счет средств бюджетов всех уровней, средств обязательного медицинского страхования и других поступлений. В отношении иностранных граждан действует правило о том, что скорая медицинская помощь им оказывается бесплатно и безотлагательно, в случае возникновения состояний, представляющих непосредственную угрозу их жизни или требующих срочного медицинского вмешательства (последствия несчастных случаев, травм, отравлений). После выхода из указанных состояний иностранным гражданам может быть оказана плановая медицинская помощь на платной основе. На эту категорию граждан не распространяется перечень гарантированных безвозмездных медицинских услуг, которые оплачиваются из средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений³.

В настоящее время стремительными темпами формируется и развивается достаточно специфический рынок частных медицинских услуг со своими неизбежными профессиональными особенностями. В нашем законодательстве прослеживается пробел в правовом регулировании отношений, возникающих непосредственно между пациентом и исполнителем медицинской услуги в процессе ее оказания, что негативно сказывается на взаимоотношениях сторон, а медицина порой переводится в сферу сугубо возмездных отношений.

Действующее законодательство, регулирующее данную область отношений⁴, не содержит четкого определения таких понятий, как медицинская

¹ Основы законодательства об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. // Российские вести. - 1993. - № 174.

² Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

³ Правила оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории Российской Федерации // Собрание законодательства РФ. - 2005. - № 36. - Ст. 3708.

⁴ Правила предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями от 13 января 1996 г. // Собрание законодательства РФ. - 1996. - № 194.

помощь и медицинская услуга. Гражданский кодекс РФ подчиняет правовую регламентацию отношений, возникающих при оказании медицинских услуг, положениям главы 39 «Возмездное оказание услуг», поместив медицинские услуги в приблизительном перечне статьи 779 ГК. Так, по договору возмездного оказания услуг исполнитель обязуется по заданию заказчика оказать услуги (совершить определенные действия или осуществить определенную деятельность), а заказчик обязуется оплатить эти услуги.

Медицинские услуги обладают определенной спецификой. По общему правилу они не имеют овеществленного результата. В тоже время они могут быть сопряжены с созданием материального (овеществленного) компонента. Однако он не представляет собой самостоятельную ценность, а входит составной частью в способ лечения. Результат услуги не может быть гарантирован исполнителем. Данный признак в отношении медицинской услуги обусловлен двумя факторами: во-первых, медицинская услуга представляет собой не односторонние действия исполнителя, а также встречные действия со стороны пациента, от которых зависит достижение обусловленной цели, а во-вторых, необходимо учитывать индивидуальные особенности каждого человеческого организма. В тоже время специфика правового регулирования медицинских услуг определяется тем, что достижение реального результата имеет определенное правовое значение. Несмотря на то, что, «лечебное учреждение берет на себя обязанность оказания медицинской услуги в форме врачевания, т.е. лечения, а не вылечивания»⁵, необходимо учитывать целенаправленный характер деятельности исполнителя медицинских услуги исходя их технических и профессиональных возможностей медицины на современном этапе. В связи с этим указание на объективную возможность достижения результата необходимо включать в понятие медицинской услуги, что будет иметь практическое значение при решении вопроса о надлежащем или ненадлежащем выполнении исполнителем своих обязательств.

Для получения платных медицинских услуг обязательным является заключение договора об оказании такого рода услуг. Медицинские учреждения при оказании платных медицинских услуг обязаны осуществлять их в соответствии с требованиями, предъявляемыми в Российской Федерации к медицинским услугам (вне зависимости от платности или бесплатности).

В случае оказания услуг ненадлежащего качества пациент вправе потребовать на выбор: оказания услуг надлежащего качества; соразмерного уменьшения цены медицинских услуг; незамедлительного безвозмездного устранения недостатков услуг; возмещения расходов на устранение недостатков услуг. Однако данные права, предоставленные законодательством, не всегда могут быть реализованы пациентом исходя из конкретных обстоя-

⁵ Савицкая А.Н. Возмещение ущерба, причиненного ненадлежащим врачеванием. - М., 1992. - С.44.

ятельств дела.

Таким образом, вовлечение медицинского обслуживания в пространство свободного (рыночного) экономического оборота, требует адекватного правового урегулирования в связи с тем, что объектами непосредственного медицинского воздействия (оказания той или иной медицинской услуги) являются жизнь, здоровье, личная неприкосновенность и другие особо значимые неотчуждаемые личные нематериальные блага.

Р.М. Воронин

**ТИПЫ РЕАКЦИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ НА
ПРОБУ С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ У ПРИЗЫВНИКОВ**

Кафедра военной и экстремальной медицины

В настоящее время проблема комплектования Вооруженных Сил РФ здоровым контингентом военнослужащих приобрела особую важность. Из года в год увеличивается количество молодых людей признанных негодными к военной службе, уровень здоровья призванных в армию также невысок. В связи с этим, изучение физического состояния различных групп призывников представляется весьма актуальной задачей, с позиций донозологической диагностики, определения адаптационного потенциала молодого человека, проведения профилактических мероприятий.

Целью исследования явилась сравнительная оценка функционального состояния сердечно-сосудистой системы у различных групп призывников после проведения пробы с дозированной физической нагрузкой.

Обследовано 264 призывника. Из них 64 % составляли жители районов Рязанской области, 36 % - г. Рязани. Учитывая, что призывной возраст в Российской Федерации начинается с 18 лет, были сформированы две возрастные группы – 18-летние и старше 18 лет, в которую вошли лица от 19 до 24 лет (в среднем 20, 6 лет). Количество призывников в первой группе составило 143 человек (54 % от общего числа), во второй – 121 человек (46 %). Оценивали тип реакции организма по изменению частоты сердечных сокращений (ЧСС) и артериального давления (АД) при выполнении пробы с дозированной физической нагрузкой. Нагрузка давалась одномоментно в течение 5 минут в виде степ-теста. Темп восхождения 120 шагов в минуту, высота ступеньки 0,3 метра.

По данным проведенного исследования в группе призывников средние показатели сердечно-сосудистой системы в покое составили: ЧСС – $70,5 \pm 1,0$ ударов в минуту, систолическое давление (СД) – $121,5 \pm 1,8$ мм. рт. ст, диастолическое давление (ДД) – $75,6 \pm 1,3$ мм. рт. ст. Выраженного отклонения показателей от средних величин в исследуемых группах выявлено не было. По группам возраста и места жительства достоверные различия также не определялись. После проведения пробы с дозированной физической нагрузкой в возрастных группах отмечалась разница в показателях сердечно-сосудистой системы. У лиц старше 18 лет частота сердечных сокращений и систолическое давление достоверно, а диастолическое – недо-

стоверно выше, чем у 18-летних. Среди сельских и городских жителей данные показатели достоверно не различались.

В исследуемых группах по изменению показателей сердечно-сосудистой системы после физической нагрузки были выделены следующие типы реакции: нормотонический тип наблюдался у 71,4 % обследуемых, гипертонический – 17,9 %, гипотонический – 10,7 %. Дистонический и ступенчатый типы реакции не определялись. Среди городских и сельских жителей распределение данных типов носило примерно одинаковый характер: нормотонический – 72 % и 70,6 %, гипертонический – 18,2 % и 17,6 %, гипотонический – 9,1 % и 11,8 % соответственно. В группах 18 лет и старше 18 лет распределение типов реакций имело существенные различия: нормотонический тип – 78,6 % и 64,3 %, гипертонический – 7,1 % и 28,6 %, гипотонический – 14,3 % и 7,1 % соответственно.

Таким образом, в группе 18-летних наблюдается преобладание лиц с нормотонической реакцией, небольшой процент – с гипертонической и повышенный процент с гипотонической реакцией по сравнению с призывниками старше 18 лет. Снижение количества лиц с нормотонической реакцией в группе старше 18 лет, связано с ухудшением функционального состояния сердечно-сосудистой системы, вероятно, являющимся следствием уменьшения физической активности молодых людей в повседневной жизни. Вместе с тем, в группах городских и сельских призывников практически отсутствуют различия в показателях сердечно-сосудистой системы, как в покое, так и в условиях физической нагрузки, а также в распределении типов реакции сердечно-сосудистой системы на дозированную физическую нагрузку. Идентичность подобных параметров вызвана одинаковым уровнем физического развития обследуемых, что, скорее всего, связано со схожестью социально-бытовых условий в местностях проживания призывников.

Р.М. Воронин, Е.А. Андреев
СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ ПРИЗЫВНИКОВ
РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Кафедра военной и экстремальной медицины

Целью проводимой на сегодняшний день реформы Вооруженных Сил Российской Федерации является создание современной высокопрофессиональной армии. В данной связи, предпринимаются определенные шаги, направленные на привлечение к службе в армии широких масс молодежи, такие как, отмена некоторых отсрочек от военной службы, сокращение числа военных кафедр ВУЗов. Необходимость данных мер вызывает бурные дискуссии в обществе. Целью исследования явилась оценка качества призывного контингента Рязанской области на соответствие требованиям, предъявляемым современными Вооруженными Силами.

В исследовании приняли участие 520 призывников. Из них 67 % составили жители сельских районов Рязанской области и 33 % жители города

Рязани. Несмотря на то, что призывной возраст в Российской Федерации составляет 18 лет, по возрастному критерию определялось несколько групп: 18 лет – 52 % от общего числа призывников, 19 лет – 20 %, 20 лет – 14 % и старше 20 лет – 14 %. Данная ситуация связана с большим количеством, имеющих на сегодняшний день, отсрочек от военной службы по медико-социальным показаниям.

Особый интерес вызывает уровень образования призывников, как фактор во многом определяющий успешность освоения современных военных профессий. По данным исследования, 24,5 % призывников имели неполное среднее образование, среднее – 71,5 %, незаконченное высшее – 1,5 % и высшее – 2,5 %. Достаточно высокий уровень образования является, скорее всего, своего рода инерцией советского периода со всеобщим средним образованием. Вместе с тем, формальный уровень образования и реальные знания выпускников учебных заведений совпадают далеко не всегда. Так, например, при заполнении анкет большинство опрошенных сделало массу грамматических ошибок. Некоторые не могут назвать ни одного великого русского полководца, композитора, знаменитого земляка-рязанца.

Большой блок вопросов в анкетах был связан с отношениями внутри семьи призывника. Вызывает обоснованную тревогу то, что 27,5 % призывников воспитывались в неполных семьях, что не могло не оказать влияние на развитие и формирование молодого человека. Вместе с тем, отношения с родителями оценили как хорошие 84 % опрошенных. Причем, лишь 54 % родителей доброжелательно относятся к армии. Только 18 % призывников росли в достаточно обеспеченных семьях.

Серьезной проблемой в современном мире является алкоголизм и наркомания. Спиртное не употребляют вообще 15 % респондентов, редко употребляют – 79 %, часто – 6 %. К наркотикам резко отрицательно относятся 92 % опрошенных, 4 % - пробовали один раз и более.

Таким образом, общий уровень образования и социальная характеристика призывников позволяет сделать вывод о способности призывного контингента к освоению сложной техники, решению основных военных задач. Однако, небольшой процент лиц с высшим образованием (2,5 %) не позволяет сегодня надеяться на создание современной высокотехнологичной армии, формирование военной элиты. Данная проблема может быть решена в ходе реформы Вооруженных Сил РФ, которая должна обеспечить приток в армию молодежи из разных социальных групп.

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

В.А. Кирюшин, С.В. Сафонкин, Г.П. Гелевая
ИТОГИ ИЗДАНИЯ СБОРНИКОВ НАУЧНЫХ ТРУДОВ
«СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ»
Кафедра профильных гигиенических дисциплин
Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав
потребителей и благополучия человека по Рязанской области
ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Рязанской области»

Сегодня как никогда стало очевидным, что гигиенические и экологические аспекты охраны здоровья человека тесно взаимосвязаны и, очень часто, взаимообусловлены.

Эффективным инструментом в реализации проблем, связанных с нарушением экологического равновесия в окружающей среде, снижением качества жизни населения, развитием заболеваний стала система социально-гигиенического мониторинга. Ее неотъемлемая часть – оценка рисков влияния факторов среды обитания на здоровье населения. Анализ рисков дает возможность проводить количественные оценки воздействий, обеспечить научную поддержку в принятии практических решений. Именно поэтому социально-гигиенический мониторинг с середины 90-х годов ушедшего столетия был определен в качестве приоритетного направления деятельности санитарно-эпидемиологической службы России.

Для освещения проводимой в этом направлении работы, популяризации опыта и поисков решений стоящих проблем, в Рязанском государственном университете имени акад. И.П. Павлова был реализован проект, предусматривающий ежегодный выпуск сборников научных трудов с проведением научно-практических конференций, по времени совпадающих с окончанием Общероссийских дней защиты от экологической опасности.

В период с 1997 по 2006 г. по этой тематике вышли в свет 10 сборников научных трудов «Социально-гигиенический мониторинг здоровья населения». Общий объем сборников составляет 3210 страниц (202 печатных листа), количество публикаций – 1550, число авторов – 4298, количество учреждений сотрудниками которых являются авторы – 288.

Основные разделы в сборниках - Социально-гигиенический мониторинг здоровья населения: достижения, проблемы, пути решения; Факторы окружающей среды и здоровье населения; Производственная среда и здоровье работающих; Охрана здоровья детей и подростков; Гигиенические аспекты здорового питания; Токсикология и экология. Исследование факторов окружающей среды; Санитарно-эпидемиологическое благополучие населения; Довузовское, додипломное и последипломное обучение – охватывают практически весь комплекс проблем, решаемых органами государственного санитарного, экологического надзора, а также вопросов подготовки и повышения квалификации кадров гигиенического и экологического профиля.

География научных публикаций в сборниках очень широка – от Южно-Сахалинска, Владивостока и Якутска до Калининграда, от городов Апатиты и Архангельска - до Краснодара и Волгограда, опубликованы также материалы ученых из ряда научных и учебных учреждений Белоруссии, Украины, Польши, Германии.

Многие работы, помещенные в сборниках, посвящены обеспечению гигиенической безопасности, развитию методологии социально-гигиенического мониторинга с учетом факторов риска здоровью разных категорий населения.

В изданиях представлен широкий круг материалов по различным аспектам научной и практической деятельности учреждений Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и природоохранных служб, научно-исследовательских и высших учебных заведений медицинского и многих других профилей подготовки специалистов высшего и среднего звена. Среди них:

- Учреждения высшего профессионального образования – медицинская академия им. И.М.Сеченова (г.Москва), а также академии в городах Санкт-Петербурге, Волгограде, Воронеже, Оренбурге, Нижнем Новгороде, Ярославле, Новосибирске, Кемерове, Астрахани, Ставрополе, Ижевске, Перми, Краснодаре, Симферополе; Российский университет дружбы народов (г. Москва), МГУ им. М.В. Ломоносова (г. Москва); медицинские университеты в Рязани, Саратове, Казани, Хабаровске, Владивостоке, Волгограде, Томске, Барнауле, Иркутске, Якутске, Ростове-на-Дону, Ярославле, Белгороде, Уфе, Курске, Орле, Харькове, Киеве; институты усовершенствования врачей в г. Новокузнецке, Харькове, Иркутске, Уфе; институт развития образования (г. Рязань), военный институт МВД РФ (г. Саратов), военно-медицинский институт ФПС РФ (г. Нижний – Новгород), военные автомобильный институт и институт связи (г. Рязань), институт ВМС РАН (г. Санкт-Петербург); медицинские колледжи в Рязани, Тольятти, Белгороде, Магадане, Арзамасе, Усмани; педагогические ВУЗы в городах Москве, Мичуринске, Волгограде, Калуге, Рязани, Арзамасе, Уфе, Краснодаре;

- Научно-исследовательские учреждения – Федеральный научный центр

гигиены им. Ф.Ф. Эрисмана (г. Москва), НИИ медицины труда (г. Москва), НИИ экологии человека и окружающей среды (г. Москва), НИИ железнодорожной гигиены (г. Москва), НИИ Сельской гигиены (г. Саратов), медицинский научный центр профилактики и охраны здоровья рабочих промпредприятий (г. Екатеринбург), институты токсикологии и радиационной гигиены (г. Санкт-Петербург), НИИ медицины труда и экологии человека (г. Уфа, г. Ангарск), НИИ гигиены, токсикологии и профпатологии (г. Волгоград, г. Белгород); НИИ гигиены (г. Самара), НИИ материнства и детства (г. Иваново); Мещерский филиал ВНИИГиМ (г. Рязань), НИИ физкультуры (г. Москва), НИИ вирусологии РАМН (г. Москва), Научно-исследовательские институты труда (г. Уфа, Нижний-Новгород); радиационной гигиены (г. Санкт-Петербург), НИИ медицины труда и экологии человека (г. Уфа), НИИ гигиены профзаболеваний (г. Харьков), НИИ ветеринарии (г. Чита);

- Центры государственного санитарно-эпидемиологического надзора (Управления Роспотребнадзора) 61 субъекта Федерации и территориальных отделений в т.ч. по Рязанской области, а также Воронежской, Волгоградской, Липецкой, Московской, Орловской, Иркутской, Самарской, Тульской, Брянской, Нижегородской, Пензенской, Астраханской, Белгородской, Челябинской, Ульяновской, Сахалинской, Владимирской, Таганрогской, Тверской, Калужской, Оренбургской, Кировской, Саха-Якутии, Магаданской, Ивановской, Хабаровскому, Ставропольскому краю, Республики Коми;

Лечебно-профилактические учреждения: областные больницы и диспансеры: (г.г. Рязань, Нарьян-Мар, Астрахань, Томск, Орел, Воронеж, Кемерово, Ханты-Мансийск, Киров, Краснодар, Липецк и др. , санатории «Сосновый Бор» (г. Рязань), «Озеро Белое (Московская область), «Краинка» (г. Тула).

Активно сотрудничают с редколлегией сборников к.м.н. С.В. Сафонкин (г. Рязань), профессора А.В. Истомин, В.А. Кирьяков, А.М. Большаков, В.Ф. Кириллов, Н.Н. Филатов, О.П. Аксенов, Е.Л. Синева, Д.И. Кича (г. Москва), Л.К. Квартовкина, Л.П. Сливина (г. Волгоград), Е.В. Коськина (Кемерово), М.И. Чубирко, Ю.И. Степкин, Г.Я. Клименко (Воронеж), С.И. Савельев (Липецк), А.В. Ершов (г. Калуга), Я.М. Вахрушев (Ижевск), В.Ф. Спирин (г. Саратов), В.Л. Красненков (г. Тверь), Н.А. Матвеева, А.В. Леонов, И.А. Камаев, С.Е. Квасов, Ю.П. Тихомиров (г. Нижний-Новгород), В.М. Боев (г. Оренбург), В.В. Лешин (г. Орел), О.Е. Коновалов, А.А. Ляпкало, Ю.А. Мажайский (г. Рязань), а также работники Центров госсанэпиднадзора, первичного звена - территориальных отделов Роспотребнадзора В.Ф. Итунин (Дятьково), Н.С. Михалюк (Новомосковск), А.В. Ильюшенков (г. Бугуруслан), В.П. Краснов (г. Ковров), Л.П. Черныш (г. Белая Калитва), А.Н. Демин (г. Невинномысск), Т.М. Мартынова (г. Южно-Сахалинск) и многие другие;

- Из стран ближнего и дальнего зарубежья в сборниках представлены

статьи ученых из Республик – Беларусь, Украины, Польши, Германии – университетов и академий в городах: Щецин, Ольштын, Харьков, Магдебург, Мюнхен, Киев - профессоров В.И. Желязко, В.В. Копытовского, Т.Ф. Персиковой, Ф.Ф. Батюка, А.А. Боровикова, Л.И. Мельниковой, М.Г. Голченко, А.С. Анненкова, А. Войтас, З. Цецько, В. Сондей, А. Зелински, Э. Кживы, Ю. Кживы, К. Франкенштайна М. Буйницки и др.

Десять Республиканских научно-практических конференций с международным участием «Человек и окружающая среда. Социально-гигиенический мониторинг здоровья населения», проведенных в рамках ежегодных Общероссийских дней защиты от экологической опасности в Рязанском госмедуниверситете им. акад И.П. Павлова, явились составляющей самого массового общественного движения в защиту окружающей среды и здоровья человека. Они широко освещались в средствах массовой информации разного уровня.

Цель дней защиты – координация и объединение усилий органов всех ветвей власти, государственных и природоохранных организаций, деятелей науки, хозяйствующих субъектов, профсоюзов, широкой общественности – на решение экологических проблем и вопросов сохранения здоровья человека.

Некоторые из конференций были посвящены Юбилейным датам - 50-летию Рязанского государственного медицинского университета им. акад. И.П.Павлова и 70-летию со дня рождения первого декана медико-профилактического факультета К.Н. Челиканова (2000 г.), 40-летию медико-профилактического факультета Ряз. ГМУ и 80-летию государственной санитарно-эпидемиологической службы (2002), 10-летию Всероссийских дней защиты от экологической опасности (2003), 60-летию Победы в Великой Отечественной войне (2005), 110-летию со дня рождения уроженца Рязанской земли академика Ф.Г. Кроткова (2006).

В работе конференций в разные годы приняли участие и рассказали о планах работы и достижениях в экологической и природоохранной деятельности: Глава администрации Рязанской области В.Н. Любимов (2001 г.), председатель Общероссийских дней защиты от экологической опасности П.Ф. Баришпол и главный редактор журнала «Экологический вестник России» Б.Г. Триль (г. Москва), профессора А.В. Истомина, Е.Л. Синева (г. Москва), В.Ф. Спирина, Е.С. Буянов (г. Саратов), И.П. Егорова (Таганрог), профессора из Республики Беларусь В.И. Желязко, Ю.А. Копытовский, Т.Ф. Персикова, из Польши – Э. Кживе, Ю. Кживе (г. Щецин), С. Баран (г. Люблин), З. Цецько, В. Сондей (г. Ольштыне), Главные врачи центров Госсанэпиднадзора (Управлений Роспотребнадзора и ФГУЗ «Центры гигиены и эпидемиологии) - Воронежской (проф. М.И. Чубирко), Липецкой (проф. С.И. Савельев), Владимирской (к.м.н. Е.А. Лисицын), Московской, Белгородской, Астраханской, Владимирской, Самарской областей.

Таким образом, в серии научных трудов «Социально-гигиенический мо-

нитинг здоровья населения» представлены результаты исследований по актуальным вопросам обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения ученых Российской Федерации и ряда зарубежных стран. Опубликованные материалы являются свидетельством широкого творческого взаимодействия гигиенической науки и практики, специалистов разного профиля – лечебно-профилактических и природоохранных органов, проектных организаций, научно-исследовательских институтов, преподавателей высших и средних специальных учебных заведений.

В 2007 г. редакционной коллегией будет подготовлен к печати и выходу в свет очередной 11-ый сборник научных трудов «Социально-гигиенический мониторинг здоровья населения».

Г.П.Пешкова, Е.В.Витовщик, М.А.Лисовская

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПИЩЕВОГО СТАТУСА РАБОТНИКОВ МОЛОЧНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ

Кафедра профильных гигиенических дисциплин

Рациональное питание является одним из основных звеньев в общем комплексе мероприятий по укреплению здоровья и профилактике заболеваний у различных групп населения. Неадекватное поступление с суточным рационом основных пищевых веществ, макро- и микронутриентов, нарушение оптимального соотношения химического состава пищи и несоответствие ее калорийности физическим нагрузкам может расцениваться как фактор риска развития многих заболеваний.

Целью настоящей работы было изучение фактического питания работников молокоперерабатывающей промышленности. Исследования проводились путем анкетирования работников в летний и зимний периоды.

Полученные результаты свидетельствуют, что питание большинства обследуемых не является оптимальным и сбалансированным. Энергетическая ценность рационов питания у женщин – рабочих оказалась ниже физиологически норм – в зимний период у 50% обследуемых, в летний у 25%. В среднем энергетическая недостаточность составила – 30%.

В то же время у женщин служащих преобладает избыточное по калорийности питание, особенно выраженное в зимний период (более 70% обследуемых рационов характеризуются избыточной калорийностью + 20%). Нормальные показатели калорийности отмечены лишь у 10% обследуемых женщин. Калорийность рационов у мужчин выше оптимальной на 15% в летний и на 20% в зимний периоды независимо от социального статуса.

Во всех группах преобладает избыточная обеспеченность белками, наиболее выраженное зимой (+25%). Избыток белка в рационе встречается чаще у рабочих, чем у служащих и у женщин чаще, чем у мужчин.

Обеспеченность рациона жирами в пределах нормы у 59% женщин-рабочих и у 30% женщин – служащих. У рабочих также выражено избыточное потребление жиров (избыток наблюдается в основном в зимний пе-

риод). У служащих преобладает недостаточное содержание жиров (40% от рекомендуемых норм летом и 20% зимой.). У мужчин независимо от социального статуса прослеживается избыточное потребление жиров.

Обеспеченность рациона углеводами у женщин - рабочих летом у 25 % обследуемых в пределах нормы, у 53 % отмечается недостаток углеводов (в среднем на 30 %). Зимой более половины обследуемых потребляют рекомендуемое количество углеводов. У большинства мужчин – рабочих потребление углеводов соответствует норме. У служащих (женщин и мужчин) в 72% случаев наблюдается избыточное поступление углеводов (в среднем на 30%).

При оценке среднего содержания витаминов в рационе питания установлена обеспеченность витамином С в летний период у большинства обследуемых (у рабочих в 75%, у служащих в 62% случаях). Зимой преобладает гиповитаминоз С. У мужчин недостаточность витамина С встречается в два раза чаще, чем у женщин. Недостаточность вит. В₁ преобладает над вит В₂. При этом в летний период гиповитаминоз В₁ встречается чаще, чем зимой, в основном у служащих.

При этом витаминные препараты принимают 30% служащих и только 14% рабочих.

При оценке питания по минеральному составу выражено резкое несоответствие соотношения Са:Р:Мg. Содержание Са особенно низко в рационе рабочих в зимний период (на 20% у женщин и на 30% у мужчин). У служащих дефицит Са также преобладает в зимний период (на 17% у женщин и на 20% у мужчин). Содержание Р у рабочих приближается к норме, у служащих в половине случаев ниже рекомендуемых норм на 20%.

Дефицит Мg у рабочих преобладает зимой. У служащих недостаток Мg более выражен летом (на 40%), меньше зимой (на 10%).

Наиболее желательными продуктами большинство мужчин назвали мясные продукты, женщины отметили молочные продукты, фрукты, кондитерские изделия.

Однако, фактически, мужчины – рабочие мясо употребляют в 58% случаев, остальная часть рациона представлена макаронными, овощными, крупяными и молочными блюдами. Мужчины – служащие мясные продукты употребляют на 12% больше, их рацион расширен рыбными блюдами и фруктами.

Женщины – служащие употребляют больше овощей и фруктов, в том числе в зимний период, чем женщины – рабочие.

Кратность приемов пищи составила у женщин – рабочих 3 раза в день (70%), 4 раза в день (25%). У мужчин – рабочих 3 раза в день (85%), 4 раза в день (12%). Служащие (обоих полов) принимают пищу 4 раза в день. В летний период в составе рациона преобладают овощи, фрукты, молочные продукты; зимой чаще употреблялись мясные, рыбные, крупяные изделия.

На основании вышеизложенного следует, что пищевой рацион большин-

ства обследуемых не отвечает физиологическим нормам:

- отмечается дисбаланс поступления пищевых веществ (белков, жиров, углеводов, минеральных веществ, витаминов);
- продуктовый набор обследуемых различается в зависимости от сезона.
- рационы служащих более разнообразны по продуктовому набору.

А.В. Осина

МЕТОДИКА ПРЕПОДАВАНИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СТУДЕНТАМ МЕДИКО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА Кафедра гигиены и экологии ФПДО с курсом эпидемиологии

ВИЧ-инфекция, подобно пожару, охватила сейчас почти все континенты. За необычайно короткое время она стала проблемой номер один для Всемирной организации здравоохранения и ООН.

Студенты медико-профилактического факультета это будущие врачи, основным направлением деятельности которых является анализ структуры, динамики заболеваемости, разработка методов профилактики различных заболеваний. Для проведения целенаправленных профилактических мер следует быть знакомым с основными эпидемиологическими особенностями заболевания. Поэтому на практических занятиях по эпидемиологии со студентами разбираются основные характеристики возбудителя, резервуар и источники, механизмы, пути и факторы передачи, распространение по территории, среди различных групп населения, основные направления профилактики.

Впервые заболевание было зарегистрировано в США. В настоящее время мир переживает пандемию ВИЧ-инфекции. Так в Рязанской области зарегистрировано 1742 больных и инфицированных или 146,4 на 100 тыс. населения. По-прежнему большую часть ВИЧ-инфицированных в целом составляют лица без определенных занятий (62%). Основной возраст зараженных это 20-29 лет, хотя сейчас увеличивается число ВИЧ-инфицированных в возрасте 30-39 лет.

Говоря о возбудителе заболевания, студентам следует объяснить, что знание основных характеристик вируса необходимо для проведения адекватных профилактических и противоэпидемических мероприятий в отношении источника инфекции и факторов передачи.

Следующим этапом является обсуждение резервуара и источника инфекции, которым, как известно, является больной или инфицированный человек, во всех стадиях инфекции, пожизненно.

Вирус обнаруживается в различных клеточных элементах и жидких средах: кровь, сперма, вагинальный секрет, спинномозговая жидкость, женское молоко, слюна. Следует сказать, что особое место среди них занимают кровь, сперма, вагинальный секрет.

Передача вируса осуществляется различными путями одним из ведущих, является трансфузионный. Заражение происходит при переливании крови и ее компонентов, особенно при систематическом введении препаратов крови, например, лицам, страдающим гемофилией. Сейчас доказано, что плазму крови и приготовленные из нее препараты можно надежно обезвреживать, опасными остаются препараты клеточных форм - эритроцитарная масса, лейкоциты, тромбоциты.

Все большее значение приобретает половой путь передачи. Непрерывно нарастает число инфицированных в результате гетеросексуальных контактов. Вероятность заражения при единичном половом контакте низкая, но большое число половых контактов делает этот путь наиболее активным. Наличие очагов воспаления или нарушение целостности слизистых оболочек половых органов (эрозия шейки матки, например) повышает вероятность заражения в обоих направлениях. Заражение при бытовом контакте маловероятно.

Трансплацентарный путь реализуется при дефектах плаценты, в результате которых вирус проникает в кровоток плода. Возможно заражение при травматизации родовых путей и ребенка во время родов. Ребенок может заразиться от матери, и при грудном вскармливании в результате ежедневного внедрения вируса в организм в течение длительного времени с молоком.

Помимо этого заражение возможно при трансплантации различных органов, искусственном оплодотворении женщин. Это обстоятельство увеличивает опасность распространения вируса, так как и трансплантация органов, и искусственное оплодотворение приняли широкие масштабы.

Нельзя не сказать о внутрибольничном заражении ВИЧ-инфекцией во время инвазивных диагностических и лечебных процедур при использовании инструментария, не подвергнувшегося надежной стерилизации.

В результате эпидемиологического анализа выделено 4 группы риска: гомосексуалисты, наркоманы, больные, страдающие гемофилией, дети, рожденные от больных или инфицированных матерей, но сейчас инфекция вышла за рамки этих традиционных групп риска.

Со студентами обсуждаются направления по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции, основными из которых, являются:

- предупреждение половой передачи ВИЧ, включает в себя обучение безопасному половому поведению, лечение других ЗППП
- предупреждение передачи ВИЧ через кровь путем снабжения безопасными препаратами, приготовленными из крови
- предупреждение перинатальной передачи ВИЧ путем обеспечения медицинской помощи, включая консультирование женщин, инфицированных ВИЧ, проведение химиопрофилактики
- организация медицинской помощи и социальной поддержки больным ВИЧ-инфекцией, их семьям и окружающим.

Кроме того, следует обсуждать со студентами и мероприятия, проводимые в очаге ВИЧ-инфекции. Особо обратить внимание, необходимо на то, что важнейшим противоэпидемическим мероприятием в очаге является проведение беседы с партнерами о способах предотвращения заражения ВИЧ.

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

М.С. Назарова

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ВНУТРИАПТЕЧНОЙ ЗАГОТОВКИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ
СРЕДСТВ

Кафедра управления и экономики фармации с курсом фармации ФПДО

В соответствии с отраслевым стандартом ОСТ 91500.05.0007-2003 «Правила отпуска (реализации) лекарственных средств в аптечных организациях. Основные положения» одной из функций аптек и аптечных пунктов является изготовление внутриаптечной заготовки, то есть предварительное изготовление лекарственных форм по часто встречающимся рецептурным прописям.

В условиях резко сократившихся в последнее десятилетие объёмов изготовления лекарственных средств, тем не менее, сохраняется интерес посетителей аптек к внутриаптечной заготовке. Учитывая социальную значимость этой категории аптечных товаров, представляется интересным рассмотреть динамику изменения количества лекарственных форм, изготавливаемых в рамках аптечной заготовки, а также её структуру.

Выше обозначенные задачи были решены в ходе исследования, проведённого на базе аптеки № 171, входящей в сеть ЗАО «Фармация» Фрунзенского района г. Владимира.

Данные об изменении удельного веса внутриаптечной заготовки за период с 2002 по 2006 гг. представлены в таблице 1.

Таблица 1

Динамика изменения количества внутриаптечной заготовки в общем объёме лекарственных средств, изготавливаемых аптекой

Год	Количество лекарственных форм, изготовленных в рамках внутриаптечной заготовки
-----	--

	абсолютная величина (шт.)	Удельный вес от общего количества изготовлен- ных в аптеке лекарственных форм (%)
2002	8133	68,3
2003	7987	65,3
2004	7982	63,2
2005	6696	56,3
2006	7370	66,8

Структура ассортимента внутриаптечной заготовки была изучена в первой половине 2006 года и представлена следующим образом:

- капли в нос - 70,5 % (2598 шт.),
- глазные капли - 13,8 % (509 шт.),
- жидкие лекарственные формы для наружного применения - 10 % (369 шт.),
- жидкие лекарственные формы для внутреннего применения - 5,7 % (210 шт.).

В общей структуре внутриаптечной заготовки на лекарственные формы для детей приходилось 54,8 % (2019 шт.), из которых: жидкие лекарственные формы для наружного применения - 11,9 % (240 шт.), жидкие лекарственные формы для внутреннего применения - 88,1 % (1779 шт.).

Таким образом, за изученный период (2002 - 2006 гг.) наблюдалось постепенное уменьшение количества лекарственных форм, изготавливаемых в рамках внутриаптечной заготовки, как по абсолютной величине, так и в процентном соотношении. В первом полугодии 2006 наметилась тенденция к увеличению доли внутриаптечной заготовки. Несмотря на радикальное снижение доли внутриаптечной заготовки по сравнению с советским периодом, спрос на внутриаптечную продукцию у населения есть. Это позволяет сделать вывод о том, что внутриаптечное производство - это не тупиковая ветвь аптечной эволюции, а насущная потребность. Следует учесть и более низкую стоимость лекарственных средств, изготавливаемых в аптеке по сравнению с промышленными аналогами, что важно для социально незащищённых категорий населения.

Существование возможности приобретения в данной аптеке лекарственных средств, изготовленных в рамках внутриаптечной заготовки, способствует повышению лояльности посетителей к данному аптечному учреждению, повышает посещаемость торговой точки и таким образом увеличивает количество спонтанных покупок, что может рассматриваться как конкурентное преимущество.

М.С. Назарова

ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МАРКЕТИНГОВЫХ
ИНСТРУМЕНТОВ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ АССОРТИМЕНТНОЙ ПОЛИТИКИ
АПТЕЧНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Кафедра управления и экономики фармации с курсом фармации ФПДО

В настоящее время с большой долей достоверности можно говорить о перенасыщении розничного фармацевтического рынка торговыми предприятиями. Принципы размещения аптечных организаций носят рекомендательный характер, что, в сочетании с повышением требований покупателей к аптечным организациям, приводит к возникновению высокого уровня конкуренции. Чтобы обеспечить прибыль, аптеки вынуждены использовать различные механизмы привлечения покупателей: изучать психологию потребительского поведения, расширять спектр услуг, использовать принципы мерчандайзинга при оформлении торгового зала, применять маркетинговые методы при выборе поставщиков, изучении спроса, управлении товарными запасами, формировании ценовой политики и рационального ассортиментного портфеля. В последнем случае широко внедряются методики ABC, XYZ, VEN - анализа, категорийного менеджмента, изучаются рейтинги лекарственных средств (ЛС), составляемые аналитическими компаниями, проводятся исследование ассортиментной структуры рынка дистрибьюторов ЛС, розничный аудит ЛС, используются автоматизированные программные комплексы для принятия управленческих решений в области управления ассортиментом.

При формировании ассортимента вполне понятно стремление руководителя увеличить число позиций, пользующихся спросом. Но при этом следует помнить, что задачей аптеки является не только получение прибыли, а, прежде всего выполнение ее социальной функции по оказанию населению качественной фармацевтической помощи.

Важное в социальном плане значение имеют товары обязательного ассортимента, на формирование которого влияют перечень ЖНВЛС, перечень ЛС, отпускаемых по рецептам врача в рамках ДЛО, минимальный ассортиментный перечень. При отсутствии обязательного ассортимента у аптеки могут возникнуть сложности при лицензировании.

К товарам «дополнительного» ассортимента можно отнести парафармацевтическую продукцию и иные товары. По нашему мнению, применение маркетинговых стратегий при формировании ассортимента этично, когда речь идёт о товарах «дополнительного» ассортимента, к которому можно отнести косметику, санитарно-гигиенические средства, минеральные воды, диетическое, детское питание, оптику.

С целью изучения соблюдения аптеками этических норм при формировании ассортимента нами было проведено исследование показателей ассортимента перечня ЖНВЛС в одной из аптек (аптека № 171 г. Владимира). При анализе широты ассортимента в качестве базового был использован Перечень ЖНВЛС, утверждённый распоряжением Правительства РФ № 2343-р от 29.12.05. В указанном перечне имеется 21 группа ЛС (базовая широта), в аптеке ассортимент ЖНВЛС на момент изучения был представ-

лен 19 группами (фактическая широта).

Отношение фактической и базовой широты ассортимента показывает коэффициент широты – Кш, который в данном случае составил 90 %.

$Kш \text{ ассортимента ЖНВЛС в аптеке № 171} = Ш \text{ факт} / Ш \text{ баз} = 19 / 21 = 0,90 \text{ или } 90\%$

Кроме того, широта была определена внутри тех ассортиментных группы, которые поделены в Перечне ЖНВЛС на подгруппы (табл. 1).

Таблица 1

Определение широты ассортимента внутри групп

Группа	Шбаз	Шфакт	Кш
Анестетики	2	1	50 %
Анальгетики, НПВС	4	3	75 %
Средства, влияющие на ЦНС	9	7	78%
Средства для профилактики и лечения инфекций	7	6	86%
Противоопухолевые, иммунодепрессивные ЛС	3	1	33 %
Средства, влияющие на кровь	5	5	100 %
Диагностические средства	5	1	20 %
Средства для лечения заболеваний ЖКТ	7	6	86 %
Гормоны	4	2	50 %
Средства, используемые в урологии	3	3	100 %
Средства, влияющие на органы дыхания	2	2	100 %

Резюмируя данные таблицы, можно сделать вывод о том, что в данной аптеке перечень ЖНВЛС представлен достаточно полно.

Таким образом, при формировании ассортиментной политики аптеки (особенно в части обязательного ассортимента) следует руководствоваться постулатами социально-этического маркетинга, то есть использовать маркетинговые подходы не только для целей стимулирования продаж товаров, а для того, чтобы постепенно изменять сложившееся представление людей о состоянии своего здоровья, о реальной опасности многих заболеваний и возможности их предотвращения с помощью профилактических мер.

М.Ю.Клищенко, Г.А.Харченко

ЭЛЕМЕНТЫ УЛУЧШЕНИЯ РАБОТЫ ПРОВИЗОРОВ ПЕРВОГО СТОЛА
Кафедра управления и экономики фармации с курсом фармации ФПДО

Самый трудный участок работы в аптеке – первый стол, в связи с тем руководство старается постоянно совершенствовать оснащение рабочих мест, создает различные благоприятные условия, внедрять использование

информационных технологий и улучшение психологического климата сотрудников.

Ритм работы провизоров первого стола зависит от количества посетителей в различное время суток. Напряжение наступает уже после трех с половиной часов работы, снижается работоспособность, а количество посетителей во второй половине дня увеличивается. И, в то же время, невозможно сделать паузу в обслуживании. Это создает эмоциональную напряженность и снижение работоспособности сотрудников. Для создания более комфортных условий при общении с клиентом, в основном приходится мобилизовать мастерство и опыт специалиста.

Первостольник решает проблемы конкретного покупателя, а посетители, приходящие в аптеку, бывают весьма разнообразны. Таким образом, основная задача фармацевта – упрочить доверие к аптеке и ее сотрудникам, а для этого необходимо понравиться посетителю с первого взгляда.

Дефектура обязательно должна быть письменно зафиксирована, для чего нами предложена специальная жетонная система, которая состоит в следующем: из бумаги или открытки вырезается цветной кружок, на котором написано название лекарственного препарата, дата и количество обращений. Возможна следующая ситуация: информация о появлении нового лекарственного средства клиентом получена или от родственников из-за границы, или из средств масс-медиа (газеты, телевидение и проч.). Фармацевт начинает поиск данного препарата, который ни к чему не приводит, т.к. его нет в ассортименте аптеки. Чтобы не создавать нервозность первостольник, не нарушая контакта с клиентом, проявляя внимание и хорошее отношение к посетителю, записывает название этого лекарства на красный жетон, ставит число и объясняет об отсутствии его в нашей стране вообще. И показывая, что больному хотят помочь в этой аптеке, провизор может предложить любой безрецептурный препарат. Но этот больной может не успокоиться и прийти в другую смену. Первостольник второй смены уже имеет на жетоне информацию об этом препарате, что позволяет ему не тратить время на поиск сведений о нем.

Если же препарат существует, но его нет в данный момент, то используем желтый кружок, на который наносится информация о названии лекарственного средства, количестве обращений и дата поступления его в аптеку. Имея эти сведения, другой первостольник может быстро дать ответ посетителю, не тратя времени на поиск лекарства. Эти цветные жетоны-карточки просты в исполнении и удобны в работе. Данную информацию можно использовать при анализе дефектуры и при пополнении запасов.

Проведенный нами анализ показывает, что работник первого стола перестал говорить о правилах и особенностях приема ЛС.

Нами предложена простая информационная система, которая дополняет сведения по рациональному приему лекарств в зависимости от приема пищи. Она состоит в следующем: на столе работника по отпуску лекарств

лежит цветной листок с тремя цветными полосками, обозначающими: красная полоса – принимать лекарственный препарат во время еды, желтая – до еды, зеленая – после еды, и этими же цветами поставлены кружочки или восклицательные знаки на ящиках или местах, где расположены для отпуска эти медикаменты. А если препарат имеет дополнительные рекомендации по приему (щелочное питье или запивать молоком) – то ставится белый кружочек с восклицательным знаком; если же препарат можно принимать во время или после еды, то на ящике, в котором хранится препарат, ставятся два кружочка. Например, прием индометацина или прокаинамида осуществляется сразу после еды и необходимо запивать молоком, следовательно, на ящике будет наклеено два кружочка: зеленый и белый с восклицательным знаком.

Цвета работником запоминаются очень быстро и, протянув руку к препарату, сразу виден цветовой знак. Информация о приеме лекарственного средства сообщается больному, что улучшает контакт с посетителем, создает благоприятное впечатление об аптеке. При этом не затрачивается энергетический потенциал и не напрягается память специалиста.

В аптеках, где учет лекарственных средств ведется на компьютерах со сканером, эту информацию по препаратам, имеющим особенности назначения от приема пищи, можно ввести в ПК.

Использование данных систем на рабочем месте провизора первого стола позволяет: проявлять внимание и желание помочь посетителю; снизить утомляемость работника; улучшить качество обслуживания населения; повысить производительность труда.

М.Ю.Клищенко, Г.А.Харченко

ФОРМИРОВАНИЕ АССОРТИМЕНТА АПТЕКИ

Кафедра управления и экономики фармации с курсом фармации ФПДО

Одной из главных задач аптеки является формирование ассортимента, от которого во многом зависит прибыльность аптеки. К сожалению, работа по формированию эффективного ассортимента является большим вопросом для многих аптечных предприятий разных форм собственности и различных масштабов.

Чтобы отойти от ценовой конкуренции, создать бренд аптеки необходимо увеличить (оптимизировать) широту ассортимента. Создание оптимального ассортимента предлагаемых товаров, является одним из важных условий бесперебойной работы аптечной организации, удовлетворяющей запросы конечных потребителей. На формирование ассортимента ЛС в аптеках сильное влияние оказывает социальный состав обслуживаемого населения, характер трудовой деятельности и уровень дохода населения. При формировании ассортиментного портфеля используется в качестве баз сравнения Общероссийский классификатор продукции или Государствен-

ный реестр лекарственных средств.

Анализ ассортимента был проведен на базе аптеки № 19 г. Рязани. Она ориентирована на покупателей со средним уровнем достатка, т.к. расположена в «спальном» районе города, где много (преобладают) пенсионеров и семьи со средним (невысоким) уровнем доходов.

Важным принципом формирования ассортимента является обеспечение его соответствия характеру спроса населения. В связи с этим ассортимент аптеки должен обладать достаточной широтой и глубиной.

Широта ассортимента аптеки № 19 представлена в таблице 1.

Таблица 1

Широта ассортимента аптеки № 19

№ п/п	Наименование ассортиментной группы	Аптека	Аптечный пункт
1.	Лекарственные средства	+	+
2.	Средства ухода и гигиены	+	+
3.	Очковая оптика	-	-
4.	Посуда для медицинских целей	-	-
5.	Медицинские приборы и инструменты	+	+
6.	БАДы	+	+
7.	Реактивы и диагностические средства	-	-
8.	Предметы и средства для обеспечения здорового образа жизни	-	-
9.	Стоматологические приборы, инструменты, материалы	+	-
10.	Минеральные воды	+	-
11.	Предметы ухода за новорожденными и детьми до 3 лет	+	+
12.	Прочие товары	+	-

Полнота ассортимента характеризует способность набора лекарственных средств однородной группы удовлетворять одинаковые потребности посетителей. Чем больше полнота, тем выше вероятность того, что потребительский спрос будет удовлетворен.

При анализе ассортимента аптеки № 19 была изучена группа антибиотиков, для которой коэффициент полноты составил 60 % по группе, т.к. в наличие 9 подгрупп из 15 существующих. Увеличение полноты ассортимента может служить одним из средств стимулирования спроса в аптеке и удовлетворять разнообразные потребности. Увеличение полноты требует от провизоров знаний общности и различий потребительских свойств. Но чрезмерное увеличение полноты может затруднить выбор, следовательно полнота должна быть рациональной.

Глубина ассортимента характеризует возможности данной аптеки в удо-

влетворении спроса на конкретные разновидности лекарственных средств. Рассмотрим глубину ассортимента на примере антибиотиков «Сумамед» и «Ципролет». Коэффициент глубины сумамеда составляет 40% (в наличии в аптеке имеются 6 форм из существующих 15), а для ципролета – 30% (в наличии 3 формы из 10 существующих) – по аптеке. А коэффициент глубины для аптечного пункта еще меньше: для сумамеда – 20,7% (4 из 15), для ципролета – 20% (2 из 10). Данные низкие значения говорят о недостаточном внимании со стороны аптеки к нуждам населения. Таким образом, аптека теряет возможных клиентов отсутствием необходимой для них в данный момент лекарственной формы или дозировки, и больные вынуждены обращаться в другие аптеки.

Таким образом, формирование ассортимента лекарственных средств в аптеке должно быть в первую очередь подчинено интересам наиболее полного удовлетворения потребностей промежуточных и конечных потребителей, т.е. должны быть обеспечены достаточные широта, полнота и глубина предлагаемого ассортимента.

А.Н. Николашкин, Д.М. Попов

К ВОПРОСУ СОЗДАНИЯ ЖИДКОГО ЭКСТРАКТА СУШЕНИЦЫ ТОПЯНОЙ

Кафедра фармацевтической технологии

Московская медицинская академия имени И.М. Сеченова

Современная фитотерапия – это научно-обоснованное лечение лекарственными растениями. Сущность фитотерапии заключается во введении в организм биологически активных веществ (БАВ) в их естественном виде, в наиболее легко усвояемых формах и является уникальным, высокоэффективным и одновременно наиболее щадящим методом лечения.

Наиболее широко из групп фитопрепаратов используются суммарные экстракционные формы, которые представляют комплекс действующих (БАВ) и сопутствующих веществ.

Наличие такого комплекса благоприятно отражается на ряде функций организма. При разработке фитопрепаратов необходимо стремиться к максимальному истощению сырья с высоким выходом БАВ. Из всех экстракционных жидких лекарственных форм данному условию наиболее удовлетворяют жидкие экстракты. К тому же, использование жидких экстрактов для лечения заболеваний расширяет спектр применения исходного растения, значительно снижает дозировку препарата, снижает алкогольную нагрузку, повышает экономичность производственного процесса.

Целью работы являлось создание жидкого экстракта травы сушеницы топяной 1:1 и установление его показателей качества.

Жидкий экстракт получали методом ускоренной дробной мацерации по типу противотока. Процесс экстрагирования состоял из подготовительного периода (24 часа) и рабочего периода (18 часов). Экстракцию проводили

70% этиловым спиртом. После экстрагирования вытяжку отстаивали при температуре не выше 10°C в течение 48 часов, затем извлечение отфильтровывали и получали готовый продукт – экстракт сушеницы топяной жидкий. Полученный экстракт анализировали по показателям: подлинность, количество сухого остатка, концентрация спирта, содержание действующих веществ (флавоноидов, в пересчете на гнафалозид А).

Подлинность жидкого экстракта подтверждали методом хроматографии в тонком слое сорбента восходящим методом на пластинках Сорбфил в системе растворителей: н-бутанол – уксусная кислота – вода (9:1:0,5). Проявителем являлся 2% спиртовой раствор алюминия хлорида. На пластинках обнаруживались активные зоны с $R_f = 0,86$ и $0,75$ с зеленой люминесценцией в ультрафиолетовом свете, соответствующие флавоноидам. В ходе исследований была доказана идентичность активных веществ в жидком экстракте исходному растению. Количество сухого остатка определяли по методике ГФ XI изд. В полученном жидком экстракте сухой остаток составлял 4,2%. Концентрацию спирта в жидком экстракте определяли по методике ГФ XI, которое составляло не менее 65%.

Содержание флавоноидов в жидком экстракте сушеницы топяной определяли спектрофотометрическим методом по ранее разработанной нами методике для настойки сушеницы топяной. Для этого полученное извлечение упаривали на водяной бане до сухого остатка. Полученный остаток растворяли в 10% растворе натрия хлорида и количественно переносили в колонку с полиамидом. Флавоноиды с колонки элюировали 95% спиртом этиловым. Оптическую плотность исследуемого образца измеряли при длине волны 338 нм по сравнению с оптической плотностью стандартного образца. В результате серии определений было установлено, что содержание флавоноидов в жидком экстракте составляло 0,32%.

Сравнительный анализ содержания флавоноидов в исходной траве и полученном жидком экстракте сушеницы топяной 1:1, установил, что степень истощения сырья при данной технологии составляет 86,5%. Это говорит о том, что подобрана достаточно эффективная технологическая схема производства жидкого экстракта сушеницы.

Н.Б. Леонидов, Н.Г. Селезнев, Л.А. Сафенина

ВЛИЯНИЕ БЕТАМЕЦИЛА[®] – НОВОЙ ПОЛИМОРФНОЙ МОДИФИКАЦИИ
6-МЕТИЛУРАЦИЛА НА СТИМУЛЯЦИЮ АЛЬВЕОЛЯРНЫХ МАКРОФАГОВ
Кафедра фармацевтической технологии

Предложенный Н.В. Лазаревым в 30-е годы прошлого века метилурацил, являющийся стабильной полиморфной α -модификацией 6-метилурацила, влияя на синтез нуклеиновых кислот и обладая широким спектром фармакологического действия, является стимулятором тканевой регенерации, клеточных и гуморальных факторов иммунитета, противовоспалительным

и адаптогенным средством. Он также применяется при заболеваниях легочно-дыхательной системы, в том числе туберкулеза с целью стимуляции иммунитета, в частности, альвеолярных макрофагов. Именно они, благодаря своей фагоцитарной и секреторной деятельности, выполняют разнообразные функции, направленные на обеспечение резистентности организма при контакте с экзогенными и эндогенными факторами, нарушающими гомеостаз.

Ингибирование активности альвеолярных макрофагов ведет к возникновению заболеваний легких, в то время как их стимуляция улучшает течение легочных заболеваний и снижает количество осложнений при легочной патологии различного генеза. Однако применение с этой целью метилурацила в клинической практике достаточно ограничено из-за его невысокой активности. Поэтому проблема повышения бактерицидной активности альвеолярных макрофагов чрезвычайно актуальна.

Ранее была получена новая полиморфная метастабильная β -модификация 6-метилурацила, разрешенная к медицинскому применению под названием Бетамецил[®]. Показано, что бетамецил по сравнению с метилурацилом значительно увеличивает активность ферментов, участвующих в процессах пролиферации и репарации клеток, снижает количество дефектов вторичной структуры ДНК, усиливает антиоксидантный статус. Это позволило изучить действие бетамецила на бактерицидную активность альвеолярных макрофагов по сравнению с действием метилурацила.

Исследования проведены на 30 здоровых кроликах породы шиншилла. Препараты вводили перорально в виде суспензии ежедневно 1 раз в количестве 20 мг/кг массы животного в течение 2 месяцев. Животных забивали через 1 и 2 месяца после начала введения препаратов, а также через 1,5 месяца после их отмены. Альвеолярные макрофаги выделяли с помощью лаваша бронхоальвеолярного пространства легких. Бактерицидную активность определяли методом хемолюминесценции.

Установлено, что введение в течение 1 месяца метилурацила приводит относительно контроля к повышению исходного уровня хемолюминесценции альвеолярных макрофагов в 22,4 раза, а бетамецила – в 75,9 раза. Введение препаратов в течение 2 месяцев приводит к снижению активности макрофагов к концу второго месяца, однако по сравнению с исходным уровнем контроля она остается повышенной при введении метилурацила в 1,8 раза, а при введении бетамецила – в 12 раз. Через 1,5 месяца после отмены препаратов активность макрофагов у животных, которым вводили бетамецил, была в среднем в 2 раза выше, чем у тех, кому вводили метилурацил.

Таким образом, бетамецил стимулирует бактерицидную активность альвеолярных макрофагов в 22,4 раза интенсивнее, чем метилурацил. Эта стимуляция достигает своих максимальных значений после месячного введения препарата животным в терапевтических дозах. Полученные данные позволяют прогнозировать эффективность применения бетамецила при

воспалительных заболеваниях бронхо-легочной системы и туберкулеза.

Н.А. Семушкина, Д.М. Попов

ОПТИМИЗАЦИЯ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ВОДНЫХ ИЗВЛЕЧЕНИЙ ИЗ ЛИСТЬЕВ
ПОДОРОЖНИКА

Кафедра фармацевтической технологии

Фитопрепараты являются одними из древнейших лекарственных средств, которые не утратили своего значения до настоящего времени. Они прошли сложный путь развития от использования измельченных растений до получения препаратов индивидуальных веществ растений, таких как дигитоксин, целанид, рутин и др. Медленное действие, мягкие и умеренные эффекты фитопрепаратов позволяют использовать их для лечения хронических заболеваний и в профилактических целях. Водные извлечения в виде настоев, отваров, слизей являются наиболее распространенными формами экстемпорального изготовления как в аптеках, так и больными на дому согласно инструкций указанных на пачках с растительным сырьем. Они готовятся из измельченного растительного сырья, брикетов и фильтр-пакетов с растительным сырьем. Главным требованием к любому фитопрепарату будь он изготовлен в аптеке или больным на дому являются терапевтическая эффективность, качество, безопасность. Действующая нормативная документация не достаточно полно регламентирует параметры качества водных извлечений.

В этой связи целью нашей работы являлось разработать на примере водных извлечений из листьев подорожника большого показатели качества с последующим созданием методических рекомендаций и изменений в фармакопейных статьях предприятий на фасованное растительное сырье в фильтр-пакетах.

Объектами исследования являлись водные извлечения из листьев подорожника, приготовленные в соответствии с ОФС ГФ XI «Настои и отвары» (группа I) и водные извлечения из фильтр-пакетов с одноименным сырьем, приготовленных по инструкции, указанной на пачке (группа II). Поскольку водные извлечения относятся к суммарным препаратам, т.е. содержат всю сумму экстрагируемых веществ, включая действующие и сопутствующие вещества, то нами использовался комплекс методов для наиболее полной оценки получаемых водных извлечений.

Содержание действующих веществ в извлечениях оценивалось спектрофотометрически после очистки вытяжки при длине волны 470 нм по содержанию восстанавливающих сахаров в составе полисахаридного комплекса. Подлинность извлечений определялась методом ТСХ на пластинах «Sorbfil» в системе растворителей н-бутанол-метанол-вода (40:10:50) и проявителе п-диметиламинобензальдегиде.

Сумму экстрактивных веществ в извлечениях анализировали по вели-

чине сухого остатка. Сумму экстрагированных органических веществ в извлечениях оценивали по показателю окисляемости в обработанных пробах 0,01 н раствором калия перманганата. Интенсивность окраски извлечений определяли фотоколориметрически при длине волн 490 нм.

Результаты исследований для нескольких серий опытов показали довольно стабильные результаты показателей качества в изученных водных извлечениях. При этом установлено достоверное различие в значениях всех показателей качества в извлечениях I и II группы.

В группе I содержание восстанавливающих сахаров в пересчете на глюкозу составило 0,62%, сухой остаток 2,7%, окисляемость 0,035 %, оптическая плотность – 0,67, на хроматограмме четко идентифицировался аукубин с $R_f=0,45$. В группе II содержание восстанавливающих сахаров в пересчете на глюкозу составило - 0,13%, сухой остаток – 0,38%, окисляемость – 0,012%, оптическая плотность – 0,2, аукубин на хроматограмме обнаруживался в следовых количествах.

Таким образом, результаты работы впервые показали возможность оценки качества водных извлечений из листьев подорожника по вышеуказанным показателям, которые могут использоваться в практической фармации.

З.Ф. Громова

О РАЗРАБОТКЕ ФОТОЭЛЕКТРОКОЛОРИМЕТРИЧЕСКОГО МЕТОДА КОЛИЧЕСТВЕННОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЦИКЛОФОСФАНА

**Кафедра фармацевтической и токсикологической химии
с курсом органической химии**

Циклофосфан является алкилирующим цитостатическим препаратом с характерным химическим строением: его молекула имеет две фосфамидные связи и одну фосфорноэфирную связь. Синтез произведен с таким расчетом, чтобы препарат обладал избирательной противоопухолевой активностью. Находясь в крови, он неактивен, но при проникновении в опухолевые клетки быстро разлагается под влиянием содержащихся в них в относительно большом количестве фосфотаз с освобождением бис-(β -хлорэтил)-амина. Последний реагирует с нуклеофильными центрами белковых молекул, нарушая синтез ДНК и РНК в опухолевых клетках, в результате чего проявляется цитостатический эффект.

Противоопухолевые препараты обладают высокой токсичностью, поэтому представляют интерес для химико-токсикологического исследования. Целью нашего исследования является разработка методики количественного определения циклофосфана фотоэлектроколориметрическим методом по реакции образования фосфорномолибденовой сини. Метод основан на определении органически связанного фосфора после перевода его в ионное состояние методом минерализации. Образующийся при этом фосфат-ион дает с молибдатом аммония соль фосфорномолибденовой кис-

лоты состава $(\text{NH}_4)_3\text{PO}_4 \times 12\text{MoO}_3 \times 2\text{H}_2\text{O}$, которая обладает более выраженными окислительными свойствами, чем молибденовая кислота. При взаимодействии её с восстановителем (бензидином, аскорбиновой кислотой и др.) образуется молибденовая синь.

Для разработки фотоэлектроколориметрического метода количественного анализа циклофосфана использовали его водный раствор, в 1мл которого содержится 200мкг препарата или 23,72мкг фосфора. Минерализацию остатка, полученного при выпаривании 1мл исследуемого раствора, проводили смесью концентрированных серной и азотной кислот, взятых в соотношении 2:1, при нагревании на асбестовой сетке в течение 1 часа. Полученный минерализат разбавляли водой в мерной колбе на 50мл. Аликвоты полученного раствора (5,15,20мл) разбавляли в мерных колбах на 50мл. После нейтрализации используемых для минерализации кислот раствором гидроксида натрия к каждой колбе добавляли следующие реактивы: 1мл концентрированной серной кислоты, 2мл 2% раствора молибдата аммония, 2мл 2% раствора аскорбиновой кислоты, воды до 40мл и нагревали на водяной бане в течение 15 минут. После охлаждения раствор доводили водой до метки. Через 30 минут измеряли светопоглощение окрашенного в синий цвет раствора при светофильтре с максимумом пропускания 640-680нм в кювете с толщиной слоя 20мм. В качестве раствора сравнения использовали раствор реактивов.

Расчет содержания фосфора в пробе проводили по калибровочному графику, для построения которого использовали «ХЧ» калия дигидрофосфат, прокаленный при 110°C до постоянной массы. Из данной соли готовили рабочий раствор, 1мл которого содержит 100мкг фосфора. По пяти концентрациям фосфора (5,10,20,30,40мкг) строили калибровочный график, используя реакцию образования фосформолибденовой сини. Количественное содержание циклофосфана в пробе определяли по фактору пересчета, равному 8,43. По результатам статистической обработки определена относительная ошибка метода – 1,23%.

Изучена стабильность окраски фосформолибденовой сини во времени. Для этой цели измеряли светопоглощение окрашенного раствора через 6,12,24,36,48,72 часов. Результаты исследования показали, что оптическая плотность окраски не изменяется в течение 3-х суток, а потом снижается.

Разработанная методика была апробирована на элюате, полученном после очистки пробы, содержащей циклофосфан, методом ТСХ. Количество циклофосфана в пробе равно 200мкг. Условия хроматографирования: пластинка с закрепленным слоем силикагеля 5/40μ 20×20см. Система растворителей: н-гексан – ацетон 1:2. Реактив для обнаружения циклофосфана на хроматограмме – реактив Драгендорфа и 10% раствор серной кислоты. На уровне проявленного пятна оранжевого цвета ($R_f=0,30$) из необработанной реактивом зоны снимали слой силикагеля, содержащего циклофосфан, и элюировали этанолом по 10мл 3 раза. В объединенных элюатах по разра-

ботанной методике проводили количественное определение циклофосфана. После хроматографирования 200мкг циклофосфана в элюате определяется 159,3мкг или 79,6%.

Таким образом, разработанная методика может быть использована в химико-токсикологическом анализе циклофосфана после предварительной очистки методом ТСХ.

Г.Ю.Чекулаева, М.М.Вознесенская

КОЛИЧЕСТВЕННОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВОССТАНАВЛИВАЮЩИХ
МОНОСАХАРИДОВ В ВОДОРАСТВОРИМОМ ПОЛИСАХАРИДНОМ КОМПЛЕКСЕ
СЛОЕВИЩ ЛАМИНАРИИ

Кафедра фармацевтической и токсикологической химии
с курсом органической химии

Цель настоящего исследования – разработка методики количественного определения суммы восстанавливающих моносахаридов в водорастворимом полисахаридном комплексе слоевищ ламинарии, что позволит стандартизировать полученную фракцию.

Объектом исследования был выделенный и изученный нами ранее полисахаридный комплекс слоевищ ламинарии (2). В основу методики количественного анализа положено спектрофотометрическое определение суммы восстанавливающих моносахаридов по реакции с пикриновой кислотой в щелочной среде (1, 3). Моносахаридный состав полисахаридного комплекса слоевищ ламинарии изучен методом нисходящей хроматографии на бумаге 1.

Полученные восстанавливающие моносахариды с пикриновой кислотой в щелочной среде имеют максимум поглощения при 495 нм. Спектры поглощения глюкозы и очищенного гидролизата полисахарида слоевищ ламинарии совпадают, поэтому в качестве стандартного образца использовали РСО глюкозы.

Содержание суммы восстанавливающих моносахаридов (X) в полисахаридном комплексе в пересчете на глюкозу рассчитывали по формуле:

$$X = \frac{D_0 \cdot P \cdot C100\%}{D_1 \cdot a}, \text{ где}$$

D_0 и D_1 - оптические плотности РСО глюкозы и испытуемого раствора соответственно;

a - навеска препарата (г);

C - концентрация РСО глюкозы г/мл;

P - разведение.

Для приготовления стандартного раствора 0,0500 г глюкозы, отвечаю-

шей требованиям ГФ Х, высушенной до постоянной массы при 100° С, растворяли в воде в мерной колбе вместимостью 250 мл, доводили водой до метки. 1 мл раствора РСО глюкозы содержит 0,0002 г глюкозы.

Методика заключалась в следующем. 0,1000 г (точная навеска) препарата помещают в плоскодонную колбу на 50 мл, добавляют 10 мл разведенной (8,3%-ной) кислоты хлороводородной и кипятят с обратным холодильником в течение 1 часа.

Колбу с содержимым охлаждают и добавляют по каплям 40%-ный раствор гидроксида натрия до получения раствора с рН = 4,0 – 4,5 (для определения рН используют лабораторный рН-метр). Раствор количественно переносят в мерную колбу вместимостью 100 мл, доводят объем раствора в колбе водой до метки, перемешивают. Извлечение фильтруют через бумажный фильтр, отбрасывая первые 10 – 15 мл фильтрата (раствор А).

В коническую колбу вместимостью 50 мл помещают 1 мл 1%-ного раствора кислоты пикриновой, 3 мл 20%-ного раствора натрия карбоната и 5 мл анализируемого раствора А. Колбу с содержимым погружают в кипящую водяную баню на 10 минут, затем охлаждают до комнатной температуры. Содержимое колбы количественно переносят в мерную колбу вместимостью 25 мл и доводят объем раствора водой до метки. Измеряют оптическую плотность полученного раствора на фотометре КФК-3 при длине волны 495 нм в кювете с толщиной оптического слоя 10 мм.

Параллельно измеряют оптическую плотность 5 мл стандартного образца глюкозы, обработанного аналогично испытываемому раствору.

В качестве раствора сравнения применяют смесь, состоящую из 1 мл 1%-ного раствора кислоты пикриновой, 3 мл 20%-ного раствора натрия карбоната и 5 мл воды очищенной. Смесь нагревают на кипящей водяной бане 10 минут. Охлаждают и доводят объем раствора водой до 25 мл.

Содержание восстанавливающих сахаров в препарате в процентах (X) вычисляют по формуле:

$$X = \frac{D_1 \cdot a_0 \cdot 100 \cdot 5 \cdot 25 \cdot 100\%}{D_0 \cdot a_1 \cdot 5 \cdot 250 \cdot 25}, \text{ где}$$

a_1 – навеска препарата в граммах;

D_1 – оптическая плотность испытываемого раствора;

D_0 – оптическая плотность стандартного образца глюкозы;

a_0 – навеска глюкозы, взятая для приготовления РСО, в граммах;

$\frac{25 \cdot 100}{5}$ – разведение

Содержание суммы восстанавливающих моносахаридов в водорастворимом полисахаридном комплексе, выделенном из слоевищ ламинарии, в

разных сериях опытов колеблется в пределах 64,74 – 67,30% при относительной ошибке определения 2,56%.

Литература.

1. Беляков К.В. Количественное определение полисахаридов в листьях мать-и-мачехи (*Tussulago farfara* L.) / К.В. Беляков, Д.М.Попов // Фармация. – 1999. - № 1. – С.23 – 24.

2. Чекулаева Г.Ю. Выделение и химико-биологическое исследование полисахаридов соцветий липы сердцевидной и слоевищ ламинарии / Г.Ю.Чекулаева, М.М.Вознесенская, И.В.Сударикова // Материалы ежегодной науч. конф. РязГМУ. – Рязань, 2006. – С.118–119.

3. Чуприков А.В. Полисахариды в седативном сборе с гибискусом / А.В.Чуприков, А.А.Сорокина // Фармация. – 2006. - № 5. – С.12 – 13.

Е.Г. Мартынов, Р.Р. Шилин, И.С. Островский

ПОЛИСАХАРИДЫ ПЛОДОВ МАНДАРИНОВ

Кафедра общей химии

Мандарин – ветвистое дерево с шаровидной кроной, кожистыми заостренно-ланцетными листьями и мелкими белыми душистыми цветками, плоды – округло-приплюснутые, с оранжево-желтой ароматной кожурой и кисло-сладкой мякотью.

Вкусную, нежную мякоть едят в свежем виде. Из плодов готовят компоты, варенье, мармелад, конфеты и другие изделия. Разнообразно их использование в кулинарии, для приготовления фруктовых вод и в ликероводочном производстве. Мандариновый сок, содержащий ценные вещества мякоти, является не только освежающим, но и диетическим напитком. Полезны мандарины и сок при заболеваниях желудочно-кишечного тракта, сопровождающихся поносами. Дело в том, что мандарины способствуют ослаблению перистальтики и обладают, кроме того, противомикробным действием, так как содержат сильные фитонциды.

Находит применение в медицине и кожура мандаринов для получения горькой настойки, которая употребляется как горечь для повышения аппетита и улучшения пищеварения. Такую настойку, а также настои и отвары из высушенной кожуры на воде (1:10) пьют для смягчения кашля и улучшения отхаркивания мокроты при трахеитах и бронхитах. В фармацевтической практике используется при изготовлении сиропов, улучшающих вкус лекарств, померанцевую корку иногда заменяют мандариновой.

Продолжая изучение биологически активных веществ мандаринов, исследовали водорастворимые полисахариды (ВРПС) их плодов из Испании.

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 его полутонным 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 61-62 часов при температуре +28 - +29⁰С (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 комплексометрического титрования по З.К. Каракеевой с соавторами (1976). Результаты исследования обрабатывали методом вариационной статистики по П.Ф. Рокицкому (1973).

Было установлено, что ВРПС плодов мандаринов состоят из шести моносахаридных компонентов: D–галактуроновой кислоты, D - галактозы, D- глюкозы, L- арабинозы, D- ксилозы и следовых количеств L- рамнозы. Ниже в таблице приведены результаты изучения ВРПС плодов мандаринов (%):

Таблица

Полисахариды плодов мандаринов

* Вы- ход	* Золь- ность	** Содержание моносахаридов от суммы, принятой за 100%, $x \pm S_x$					** GalUA
		Gal	Glc	Ara	Xyl	Rha	
0,34	5,51	27,53± 0,91	19,89± 0,81	47,10± 0,53	5,48± 0,17	следы	83,30

Примечание: *n = 3; **n = 5.

Выход ПС из сырых плодов мандаринов составляет 0,34%, зольность – 5,51%, а содержание галактуроновой кислоты – 83,30%. Высокое содержание последней позволяет отнести ПС к классу пектиновых веществ. Из нейтральных сахаров преобладают арабиноза (47,10±0,53%) и галактоза (27,53±0,91%), несколько меньше содержится глюкозы (19,89±0,81%). Уровень ксилозы составляет 5,48±0,17% и в следовых количествах установлено накопление рамнозы.

Выводы.

1. Из мякоти зрелых плодов мандаринов из Испании выделены ВРПС.
2. Установлен их моносахаридный состав и их соотношение в плодах.
3. Высокое содержание галактуроновой кислоты в ПС позволяет отнести их к классу пектиновых веществ.

Е.Г. Мартынов, И.И. Топилина, В.З. Лакштанов, И.Г. Скокова

ВОДОРАСТВОРИМЫЕ ПОЛИСАХАРИДЫ ПЛОДОВ МАНГО

Кафедра общей химии

Манго (*Mangifera*) – вечнозеленое дерево 20-40 м высотой, дающее крупные овальные плоды – костянки. Сочная душистая мякоть плодов желтовато-белого цвета и сладковато-кислого вкуса. Родина манго – Индонезия. Во многих тропических странах возделывают его культурные сорта. Плоды едят в сыром и переработанном виде, иногда солят. Из плодов делают салаты.

В мякоти плодов, а также в соке, наряду с сахарами и другими питательными веществами содержится ряд витаминов (С, D, В₁ и каротин), что значительно повышает их пищевую ценность. Поэтому сок манго полезен не только взрослым, но и детям. В народной медицине Индии спелые плоды используют как мочегонное и слабительное средство, а также при различных внутренних кровотечениях. Сок манго находит наружное применение для лечения острых дерматитов. Кора плодов применяется как вяжущее и тонизирующее желудочное средство.

В доступной нам литературе данные о его химическом составе плодов крайне ограничены. О водорастворимых полисахаридах (ВРПС) манго в литературе нами не найдено. Поэтому в настоящей работе мы провели изучение ВРПС плодов манго.

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 40 часов при температуре +22 - +26⁰С (бумага Ленинградская, марки «М», плотность 80 г/м²) с последующим фотоэлектроколориметрированием. Моносахариды проявляли анилинфталатом 10 минут при 105-110⁰С. В образцах ПС определяли количество уренового ангидрида методом комплексометрического титрования по З.К. Каракеевой с соавторами (1976). Результаты исследования обрабатывали методом вариационной статистики по П.Ф. Рокицкому (1973).

Было установлено, что ВРПС плодов авокадо состоят из шести моносахаридных компонентов: D–галактуроновой кислоты, D - галактозы, D-глюкозы, L- арабинозы, D- ксилозы, L- рамнозы. Пять последних моносахаридов имели Rf 0,25 – 0,26; 0,28 – 0,29; 0,39 – 0,40; 0,45 – 0,46; 0,62 – 0,63 соответственно. Ниже в таблице приведены результаты исследования ВРПС мякоти плодов манго (%):

Таблица

Полисахариды плодов манго

* Вы- ход	* Золь- ность	** Содержание моносахаридов от суммы, принятой за 100%, $x \pm Sx$					** GalUA
		Gal	Glc	Ara	Xyl	Rha	
0,63	5,70	33,93± 1,64	18,85± 1,02	40,03± 1,32	4,55± 0,44	2,64± 0,17	78,30

Примечание: *n = 3; **n = 5.

Как видно из полученных данных, представленных в таблице, выход ПС из сырых плодов манго составляет 0,63%, зольность – 5,70%, а содержание галактуроновой кислоты – 78,30%. Высокое содержание последней позволяет отнести ПС к классу пектиновых веществ.

Из моносахаридов преобладают арабиноза (40,03±1,32%) и галактоза (33,93±1,64%), меньше содержится глюкозы (18,85±1,02%), а ксилозы и рамнозы составляет 4,55±0,44% и 2,64±0,17% соответственно.

Выводы

1. Из мякоти зрелых плодов манго выделены ВРПС.
2. Установлен их моносахаридный состав и их соотношение в плодах манго.
3. Высокое содержание галактуроновой кислоты в ПС позволяет отнести их к классу пектиновых веществ.

Н.Е. Романова, М.А. Фролова, Н.Г. Селезнев

СТАНДАРТИЗАЦИЯ ГЕЛЯ МЕТИЛУРАЦИЛА 10 %

Кафедра общей химии

Кафедра фармацевтической технологии

Известно, что производные пурина и пиримидина являются тканеспецифическими стимуляторами регенераторных процессов.

Метилурацил, проникая в клетку, активирует синтез пиримидиновых оснований, нуклеиновых кислот и белков. Он способен ускорять деление клеток, возможно путем ингибирования ферментов, разрушающих уже синтезированные нуклеиновые основания. Препарат усиливает синтез (по пиримидинкиназному пути) фосфатов, уридина и пиримидина – основных компонентов нуклеиновых кислот в ядре, что является основным условием для синтеза структурных и ферментных белков. В В-лимфоцитах метилурацил повышает активность основных ферментов цикла Кребса, стимулирует трансформацию В-лимфоцитов в плазматические клетки, продуцирующие иммуноглобулины разных типов. Одновременно активизируется синтез ферментов в нейтрофилах и макрофагах, что повышает их фагоцитарную способность. Таким образом, препарат влияет на протекание воспалительных процессов, стимулирует клеточные и гуморальные звенья иммунитета, а также регенераторные процессы в поврежденных тканях.

В медицине метилурацил назначают в основном для ускорения заживления ран, язв, при хронических гастритах и снижении иммунитета. Характерной особенностью метилурацила является способность повышать содержание в крови лейкоцитов и эритроцитов, а также оказывать небольшое противовоспалительное действие при хронических воспалительных заболеваниях. Так как для современного этапа развития технологии мазей характерно преимущественное использование гидрогелей высокомолекулярных веществ, целью исследования являлась разработка состава, технологии и контроль качества гелевой формы метилурацила.

Для подтверждения подлинности геля метилурацила 10 % нами была рассмотрена возможность использования свойств функциональных групп препарата, а именно, кратной связи, третичного атома азота и имидной группы. Из мазевой основы получали водное извлечение и проводили реакции на функциональные группы.

Благодаря имино-имидольной таутомерии возможны реакции комплексообразования с солями тяжелых металлов, имеющие характерный аналитический эффект: с серебра нитратом – образуется белый желеобразный осадок; с нитратом ртути (II) – белый осадок; с нитратом кобальта в присутствии 5 % раствора аммиака – осадок сине-фиолетового цвета.

Являясь производным пиримидина, метилурацил разрушается под действием щелочи. При сплавлении препарата с кристаллическим гидроксидом натрия наблюдалось выделение аммиака, который фиксировали по посинению красной лакмусовой бумаги. При нагревании с раствором едкого натра происходило расщепление молекулы с образованием аммиака, карбоната натрия и соли бутеновой кислоты. Последняя, за счет наличия карбоксильной группы, давала окрашенные соединения с солями железа (III) и меди (II).

Для количественного анализа геля метилурацила 10 % была разработана методика фотоэлектроколориметрического определения, основанная на цветной реакции продуктов щелочного гидролиза препарата с хлоридом железа (III). Оптическую плотность определяли при длине волны 440 нм, в кювете с толщиной слоя 1 см, раствор сравнения – вода, на ФЭК-56-М. Содержание метилурацила определяли по калибровочному графику. Для контроля достоверности полученных результатов параллельно проводили количественное определение геля метилурацила 10 % методом йодометрического титрования в щелочной среде. Оба метода по точности и воспроизводимости равнозначны, результаты анализа не отягощены систематической ошибкой. Методы адекватны друг другу.

В результате исследований изучены возможности стандартизации геля метилурацила 10 % и на данную лекарственную форму разработан проект временной фармакопейной статьи.

М.А. Фролова, Л.Ю. Кулешова, В.В. Алексеев

АНАЛИТИЧЕСКИЕ РЕАГЕНТЫ НА ОСНОВЕ
2-(2'-ГИДРОКСИФЕНИЛ)-5-(R'-ФЕНИЛ)-1,3,4-ТИАДИАЗОЛИНОВ
Кафедра общей химии

Кафедра фармацевтической и токсикологической химии
с курсом органической химии

Кафедра химии Военно-медицинской академии, г. Санкт-Петербург

С целью получения аналитических реагентов, обладающих избирательностью и высокой чувствительностью по отношению к катионам переходных металлов, взаимодействием 2-гидрокситиобензоилгидразона с ароматическими альдегидами нами синтезированы 2-(2'-гидроксифенил)-5-(R'-фенил)-1,3,4-тиадиазолины-2, которые были испытаны в качестве аналитических реагентов на катионы металлов s-, p- и d-элементов.

Полученные результаты исследований были применены для анализа лекарственных средств, содержащих катионы переходных металлов.

Данные экспериментов показали, что 2,5-бис-(2'-гидроксифенил)-1,3,4-тиадиазолин-2 с катионами Ni^{2+} , Al^{3+} , Mg^{2+} и Cu^{2+} образуют кристаллические осадки желтого и коричневого цвета с характерной микрокристаллоскопией. В свою очередь, 2-(2'-гидроксифенил)-5-(2'-хлорфенил)-1,3,4-тиадиазолин-2 образует с Fe^{2+} осадок сиреневого цвета, частично растворимый в разведенной хлороводородной кислоте; с Mg^{2+} – желтый осадок с характерной микрокристаллоскопией. В то же время 2-(2'-гидроксифенил)-5-(4'-нитрофенил)-1,3,4-тиадиазолин-2 образует с Ni^{2+} осадок красного цвета, тогда как 2-(2'-гидроксифенил)-5-(4'-метоксифенил)-1,3,4-тиадиазолин-2 образует: с Zn^{2+} ярко-желтый студенистый осадок, растворимый в разведенной хлороводородной кислоте; Fe^{2+} - светло-серый осадок; Co^{2+} - светло-коричневый осадок; Cu^{2+} - светло-зеленый осадок; Pb^{2+} - желто-зеленый осадок; Bi^{3+} - лимонно-желтые кристаллы, имеющие характерную кристаллоскопию.

Полученные результаты исследований были применены для качественного анализа лекарственных средств, содержащих катионы висмута (де-нол, трибимол – в виде висмута субцитрата); викаир, викалин – (в виде висмута нитрата основного), а также магния (панангин – в виде магния аспарагината).

Данные эксперимента показали положительный результат при предельном разбавлении:

- для катионов висмута - 1:10000, открываемый минимум 2,92 мкг;
- для катионов магния - 1:13000, открываемый минимум – 2,36 мкг;
- для катионов никеля - 1:17000, открываемый минимум – 1,75 мкг.

Таким образом, 2-(2'-гидроксифенил)-5-(R'-фенил)-1,3,4-тиадиазолины-2 показали перспективность использования их в качестве высокочувствительных аналитических реагентов для обнаружения катионов металлов s-, p- и d-элементов. Это позволяет расширить перечень аналитических реагентов, используемых в аналитической, фармацевтической и химико-ток-

психологической практике. Данные исследования защищены патентом РФ.

Л.В.Корецкая

ОПТИМИЗАЦИЯ ФИНАНСОВОГО АНАЛИЗА АПТЕЧНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ Кафедра управления и экономики фармации с курсом фармации ФПДО

Выполняя в обществе важную социальную функцию, аптечное учреждение должно быть уверено в том, что его финансовое состояние надежно, что оно располагает достаточными финансовыми ресурсами для оказания фармацевтической помощи населению.

Для оценки финансового состояния предприятий предложено множество показателей, но наиболее признанными считаются показатели финансовой устойчивости и текущей ликвидности. Особенностью этих показателей является наличие установленных границ их изменения, поэтому сравнивая их фактические значения с принятыми критериями, можно осуществить контроль и последующее регулирование финансового состояния.

Нами проведен анализ финансового состояния нескольких аптечных учреждений с использованием метода графического контроля, предложенного отечественными экономистами. Метод основан на построении унифицированного графика финансовой устойчивости и текущей ликвидности и позволяет не только фиксировать финансовое положение предприятия в определенный момент времени, но и планировать изменение показателей в заданном направлении. Метод графического контроля включает определение относительных значений показателей по данным балансовой отчетности, выбор системы координат, построение двух областей изменения финансовой устойчивости и двух областей изменения текущей ликвидности, анализ результатов.

Для построения унифицированного графика используется система координат, в которой на оси абсцисс представляется удельный вес суммы собственного капитала (СК) и долгосрочных обязательств (ДО) к итогу бухгалтерского баланса (Б), выраженный в процентах, а на оси ординат – удельный вес суммы внебюджетных активов (ВНА), запасов и затрат (ЗИЗ) к итогу бухгалтерского баланса (Б), также выраженный в процентах.

В основе построения области финансовой устойчивости на графике лежит неравенство, отнесенное к итогу баланса (1):

$$\frac{СК}{Б} > \frac{ВНА}{Б} + \frac{ЗИЗ}{Б} \quad (1)$$

Граничная линия 1 разделяет область финансовой устойчивости и область финансовой неустойчивости.

Для построения области текущей ликвидности показатели классической формулы коэффициента текущей ликвидности ($K_{ТЛ}$) преобразуются через

показатели финансовой устойчивости, и формула области текущей ликвидности (при оптимальном значении $K_{ТЛ} = 2$) имеет вид, представленный формулой 2:

$$\frac{ВНА}{Б} = 2\left(\frac{СК}{Б} + \frac{ДО}{Б}\right) - 1 \quad (2)$$

Граничная линия 2 делит все поле на две области: область текущей ликвидности с $K_{ТЛ} < 2$ и область текущей ликвидности с $K_{ТЛ} > 2$.

Возможному финансовому положению предприятия соответствуют четыре типовые ситуации, две из которых характеризуют финансовую устойчивость, а другие две – финансовую неустойчивость в зависимости от сложившихся соотношений между финансовой устойчивостью, текущей ликвидностью и соотношением величины запасов и затрат, а также разности между краткосрочными и долгосрочными обязательствами. Для каждой ситуации предлагается набор управляющих противодействий стихийному изменению стратегической направленности развития предприятия.

Анализ финансовых показателей аптечных учреждений с помощью графического метода показал, что финансовое положение одной из аптек соответствует области финансовой неустойчивости, то есть точка финансовой устойчивости лежит выше граничной линии 1 и находится в области неустойчивого финансового положения, точка ликвидности лежит ниже граничной линии 2 ($K_{ТЛ} > 2$). Положение точек соответствует ситуации 3. Для этой ситуации в целях повышения финансовой устойчивости аптеки необходимо снижать ВНА/Б и ЗИЗ/Б и увеличивать СК/Б при соблюдении соотношения между КО, ДО и ЗИЗ:

$$ЗИЗ > КО - ДО; \quad (3)$$

Показатели второй аптеки лежат в области финансовой устойчивости с $K_{ТЛ} < 2$ (ситуация 2). Для повышения $K_{ТЛ}$ необходимо снижать ВНА/Б и увеличивать СК/Б при соблюдении соотношения:

$$КО - ДО > ЗИЗ; \quad (4)$$

Рассчитаны значения управляющих противодействий для различных ситуаций. Для контроля результатов анализа использовались и другие показатели финансовой устойчивости.

Метод контроля финансовой устойчивости и текущей ликвидности с помощью унифицированного графика отличается наглядностью и позволяет не только оценить финансовое состояние аптечного учреждения на определенную дату, но и управлять указанными показателями в целях их улучшения с учетом установленных соотношений между величинами запасов и затрат, краткосрочных и долгосрочных обязательств, характерных для каждой ситуации финансовой устойчивости или неустойчивости.

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СОВРЕМЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ЕГО ГУМАНИТАРИЗАЦИИ

О.Е. Слюсарева

СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К ВОСПИТАНИЮ СТУДЕНТОВ
В УЧЕБНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ

Кафедра зарубежной и отечественной филологии

Система общественной социализации эффективна при условии правильного реагирования на требования общества по формированию современного типа личности. Вузовская среда выступает одним из основных субъектов этого процесса. Принципиально важным представляется вопрос о выработке модели воспитательного процесса в вузах. На наш взгляд, основой всей работы по воспитанию студентов является образовательный процесс.

В нем осуществляется взаимодействие студентов и преподавателей, осваивается содержание учебных курсов, формируются практические умения и навыки, идет приобщение к научному творчеству, самостоятельному осмыслению профессиональных и нравственно-этических требований к личности специалиста. Учебная работа, включая самостоятельную учебную деятельность под руководством преподавателя, занимает большую часть времени студента. И именно на него приходится основное общение с преподавателями, оказывающими непосредственное и опосредованное воздействие на личность студента, а, следовательно, создаются наиболее благоприятные условия для ведения единого учебно-воспитательного процесса во всех составляющих его компонентах.

В воспитании как управлении процессом социализации и индивидуализации можно выделить такие ведущие направления, как интеллектуальное, духовное, культурное, физическое развитие личности. В современной российской среде идет процесс становления новой культуры воспитания, отличительными чертами которой выступают вариативность воспитательного воздействия, увеличение степени личностного выбора и свободы, личностно-деятельностная направленность, оптимизация процессов социализации и индивидуализации.

В ходе нашего исследования было установлено, что принципиальную важность представляет вопрос о выработке системной модели воспита-

тельного процесса в вузе. Процессы глобализации требуют предметного осмысления и конкретизации целей и содержания воспитания. На наш взгляд, основой воспитания должны выступать нравственно-гуманистические принципы а также личностно-ориентированный подход в организации воспитательного процесса.

Среди основных принципов организации воспитательной работы следует выделить профессиональную направленность, опору на сознательность и активность, систематичность и последовательность, сочетание уважения с требовательностью, учет социально-психологических особенностей обучающихся, деятельностный подход.

В рамках системной модели воспитательного процесса в вузе необходимо подчеркнуть:

- организацию взаимодействия и сотрудничества преподавателей и студентов как основной компонент воспитательного воздействия;
- покурсовую динамику в работе со студентами;
- значение научного подхода к проблемам воспитания, анализа, изучения и обобщения опыта воспитательной работы;
- тесную связь и преемственность воспитания студентов в учебном процессе и во внеучебное время;
- включение вопросов организации и управления воспитательным процессом в программы учебы деканов и заведующих кафедрами, повышения квалификации преподавателей.

«Воспитание студентов в обучающем процессе - не благие пожелания, а реальная практика вузовской жизни. В современных условиях для повышения эффективности этой работы мы располагаем проверенным временем опытом, высококвалифицированными кадрами, четко выраженной государственной политикой в области образования, в которой призваны сочетаться интересы личности, общества и государства, пониманием со стороны всех вузовских структур важности организации и управления учебно-воспитательным процессом, осознанием необходимости личностного подхода к обучению и воспитанию, создания условий для организации жизнедеятельности обучаемых как основа воспитания, гуманизации межличностных отношений преподаватель-студент».

Н.Е.Королева

ФОРМИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНО-КУЛЬТУРНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ СТУДЕНТОВ-ПЕРЕВОДЧИКОВ

Кафедра зарубежной и отечественной филологии

Современная гуманитарно-культурная парадигма вузовского образования предполагает, что воспитание и образование в современном обществе должно осуществляться с культурологических позиций в свете ряда проблем, вызванных, прежде всего, общим упадком духовно-нравственного развития современного молодого поколения.

В результате проведенных исследований на филологическом факультете РГМУ им.акад. И.П.Павлова выявлено, что уровень культуры большинства будущих специалистов-переводчиков не соответствует требованиям, предъявляемым в настоящее время в связи с принятием закона «Об образовании» и Концепцией модернизации российского образования до 2010г.

В условиях сложившейся ситуации одним из ключевых понятий, применяемых сегодня к теории образования и воспитания, является понятие компетентности. В современной литературе встречаются такие понятия, как профессиональная, человековедческая, социально-психологическая, коммуникативная, перцептивная и даже житейская компетентность, что свидетельствует о том, что данное понятие применимо практически к любому виду человеческой деятельности от профессионального мастерства до наличия у него житейской мудрости и опыта. Отсюда, говорят о компетентности педагога, инженера, ученого, врача и т.д.

Однако в ходе опытно-экспериментального исследования выявлено, что категория компетентности является объектом всесторонних исследований в отечественной и зарубежной науке, потому что не совсем ясно, что конкретно следует понимать под понятием «компетентность» применительно к образовательно-воспитательному процессу в высшей школе.

Психолого-педагогический анализ показывает взаимосвязь таких понятий как «компетентность» и «культура», «компетентность» и «профессионализм». Ряд исследований посвящен проблеме разграничения значения понятий «компетентность» и «компетенция». Сущность компетентностного подхода широко представлена в трудах И.А.Зимней.

Так, под профессиональной компетентностью понимается система профессиональных качеств личности, основанных на синтезе теоретических и практических знаний, направленных на решение профессиональных задач.

Так как наше исследование направлено на разработку концептуальных основ культуросообразного подхода с учетом становления культуротворческого потенциала личности, нам представляется целесообразным введение понятия профессионально-культурной компетентности применительно к образовательному процессу на филологическом факультете РГМУ.

В ходе опытно-экспериментальной работы выявили, что студенты-переводчики – это особый характер культурологического регулирования идеями, правилами, взаимоотношениями, выраженными в сочетании нравственного поведения, общекультурного развития и творческого потенциала личности.

Отсюда, под профессионально-культурной компетентностью студентов-переводчиков мы понимаем приобретение и развитие профессионально-значимых качеств в сочетании с системой человеческих знаний и умений, благодаря которым общение и обращение с людьми носит нравственный, достойный характер.

Н.Е.Королева

СОВРЕМЕННЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ЦЕННОСТИ В ПЕДАГОГИКЕ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ

Кафедра зарубежной и отечественной филологии

Последнее десятилетие характеризуется активной обращенностью педагогической науки к проблеме ценностей в образовании, что обусловлено, в первую очередь, общим упадком культуры и проблемой ее возвращения в жизнь и деятельность людей посредством образования.

Так, в работах Б.М.Бим-Бада, М.В.Богусловского, В.З.Вульфо́ва, Б.Т.Лихачева, Н.Д.Никандрова, З.И.Равкина и др. совокупность педагогических ценностей, ориентирующих педагогическую деятельность преподавателя, носит целостный характер и выступает как познавательная-действующая система, определяющая отношения между сложившимися подходами и новыми взглядами на проблему профессионального образования и профессионально-педагогической деятельности преподавателя высшей школы.

Проведенные исследования показали, что само понятие ценности возникло в 18 веке и связано с пересмотром традиционных оснований этики. Хотя, как подчеркивает А.Штерн, «Платон, Аристотель и другие великие философы, разрабатывая проблемы этики, эстетики, экономической теории и другие имели дело с ценностями, но при этом не было выявлено то общее, что, относясь и к моральным качествам, и к красоте, и к пользе, должно стать предметом самостоятельного исследования».

В 60-е гг. XIX века немецкий философ Р.Г.Лотце относит к ценностям благое, справедливое, прекрасное и другие проявления бытия, обращенные к чувствам, и говорит об определенной градации ценностей. В понимании классика социологической мысли М.Вебера, сделавшего ключевыми понятия «ценности» и «ценностные ориентации», «осмысленным каждый человеческий акт представляется лишь в соотношении с ценностями, согласно которым определяются и нормы поведения людей, и их цели».

Таким образом, выявлено, что ключевыми образовательными ценностями в педагогическом процессе высшей школы в настоящий момент являются: толерантность; ценностно-смысловое общение; индивидуальная позиция преподавателя; развитие интеллектуального компонента; индивидуализация всего процесса обучения; развитие различных форм научной творческой работы студентов; раскрытие и оптимальное использование воспитательного потенциала содержания учебных предметов; создание своеобразного духовного ядра образовательной системы.

Учитывая актуальность дальнейшей разработки ценностных ориентиров молодежи в условиях высшей школы, предметом данного опытно-экспериментального исследования является формирование культуросообразных ценностей в процессе образовательной подготовки студентов-переводчиков.

Мы считаем, что профессиональное образование в университете с опo-

рой на культуросообразные технологии должно обеспечить успешное дальнейшее творческое саморазвитие личности, что, в свою очередь, приведет к формированию богатого духовно-нравственного потенциала будущего специалиста-переводчика, и будет соответствовать предъявляемым сегодня требованиям к системе высшего образования в целом.

В основу формирования культуросообразных ценностей в нашем исследовании положен принцип культуросообразности немецкого педагога 19 века А.В.Дистервега, который в силу ряда причин недостаточно разработан в отечественной психолого-педагогической науке.

Таким образом, в современных условиях обучения студентов-переводчиков культуросообразность служит принципом построения педагогического процесса:

- 1) как цель обучения и воспитания (овладение общечеловеческими и духовными ценностями);
- 2) как средство (гуманное построение отношений);
- 3) как содержание образования (совокупность ценностей, выработанных наукой, искусством, трудом).

М.Н. Голицына

ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ К ОПРЕДЕЛЕНИЮ ПОНЯТИЯ САМООБРАЗОВАНИЯ Кафедра зарубежной и отечественной филологии

В научной литературе второй половины XX – начала XXI вв. обозначились несколько подходов к исследованию самообразования:

- в рамках теории непрерывного самообразования, как составная связующая часть образования, обеспечивающая его непрерывность и преемственность на протяжении всей жизни человека;
- в педагогических основах повышения квалификации и подготовки кадров, как одна из наиболее динамичных форм повышения уровня специалиста;
- в социологических исследованиях, как категория, опосредованная свободным временем личности, элемент ее структуры;
- в контексте педагогической и социальной психологии, как составная часть самовоспитания, самосовершенствования, саморазвития личности.

Можно выделить значительную группу исследователей, занимавшихся проблемой самообразования: В.С. Ильин, Г.М. Коджаспирова, Л.С. Колесник, М.Г. Кузьмина, Н.И. Пидкасистый, А.В. Плеханов, М.А. Прокофьев, Б.Ф. Райский, И.А. Редковец, М.Н. Скаткин и многие другие. Они по-разному определяют «самообразование».

Г.М. Коджаспирова считает, что «... под самообразованием следует понимать специально организованную, самодеятельную, систематическую познавательную деятельность, направленную на достижение определенных личностно или общественно значимых образовательных целей: удо-

влетворение познавательных интересов, общекультурных и профессиональных запросов и повышение квалификации. Самообразование – это система умственного и мировоззренческого самовоспитания, влекущая за собой волевое и нравственное самоусовершенствование, но не ставящая их своей целью». Автор отмечает, что в самообразовании надо различать два понимания этого явления. С одной стороны, вся человеческая жизнь есть источник постоянного саморазвития и самообразования. В таком контексте эти понятия выступают как синонимы. Но с другой стороны, по ее мнению, под самообразованием следует понимать «специально организованную, самостоятельную, систематическую познавательную деятельность, направленную на достижение определенных личностных или общественно значимых образовательных целей» (4, 69).

По мнению А.К. Громцевой, под самообразованием понимается целенаправленная, самостоятельная познавательная деятельность по усовершенствованию имеющихся и приобретению новых политических, профессиональных и образовательных знаний (3, 23). Достаточно часто самообразование трактуется как один из путей самовоспитания. Между самовоспитанием и самообразованием существуют тесные связи и зависимости, что зачастую приводит к отождествлению и смешению данных процессов.

В.П.Бондаренко считает, что самообразование – это процесс приобретения знаний, в котором одновременно воспитываются качества личности и формируются умственные силы и способности человека. Причем этот процесс управляется самой личностью, что и отличает его от образования (2, 45). А.П.Авдеев трактует самообразование как «естественный процесс, направленный на удовлетворение познавательной потребности. И хотя этот процесс обусловлен требованиями общества, по своей природе он носит индивидуальный характер, т.к. направлен на удовлетворение познавательного интереса и потребности отдельных индивидов» (1, 43-49).

Учитывая разнообразие определений самообразования, можно выделить некоторые его существенные признаки: самостоятельный поиск, приобретение знаний, повышенный интерес, продолжение развития. Качество самообразования зависит от умений личности организовать собственную деятельность, видеть и целенаправленно использовать внешние факторы, содействующие достижению поставленных целей. Конечный результат самообразования зависит от способностей, трудолюбия.

В самообразовании в большей мере проявляется образование и воспитание личности, развиваются такие качества человека, как его направленность, организованность, самостоятельность, активность и требовательность к себе. По своей сути самообразование не изолированный процесс, оно включается в целостное формирование личности.

Литература:

1. Авдеев А.П. Влияние дифференцированного подхода к учащимся в процессе обучения на развитие у них стремления к самообразованию / А.П.

Авдеев // Формирование у учащихся стремления к самообразованию. - Волгоград: ВГПИ, 1976.

2. Бондаренко В.П. Влияние направленности личности на самообразование / В.П.Бондаренко. - Волгоград: ВГПИ, 1978.

3. Громцева А.К. Самообразование – как социальная категория / А.К. Громцева // Учебно-методическое пособие по спецкурсу. – Л.: ЛГПИ, 1976.

4. Коджаспирова Г.М. Культура профессионального самообразования педагога / Г.М.Коджаспирова. - М., 1994.

М.Н. Голицына

ПРОЦЕСС ФОРМИРОВАНИЯ КУЛЬТУРЫ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Кафедра зарубежной и отечественной филологии

Категория «культура», будучи одним из ключевых понятий современной общественной мысли, используется в философии, социологии, психологии для обозначения объектов и явлений, их свойств, а также абстрактных идей, воплощающих в себе общественные идеалы и положительный опыт.

Существует множество определений понятия культуры, в качестве примера приведем лишь некоторые основные характеристики: целью культуры является человек (Ф.Шиллер); к культуре относится то, что может быть привнесено в природу человеком (А.Дистервег); культура - способ человеческой (в том числе и педагогической) деятельности (Э.С.Маркарян); характеристика творческой, созидательной деятельности человека (Л.Н.Коган); сущность культуры выявляется в процессе саморазвития человека, развертывания и реализации его творческого потенциала (Н.С.Злобин, В.М.Межуев) (1, 12-14). Исходя из этих определений, культуру можно рассмотреть как социальную доминанту педагогической деятельности, интегрирующую ее. В качестве интеграта выступает личность педагога в разнообразии его интересов, ценностных ориентаций, предпочтений, осознанных мотивов их выбора, способностью к эмоциональному отклику на общение с различными культурами.

Необходимость рассмотрения педагогической деятельности в разрезе культуры диктуется тем обстоятельством, что деятельность педагога не во всех ее проявлениях выступает как явление культуры. В педагогической деятельности средства (цели, содержание, методы, формы) большей частью являются объектом выбора, а выбор предполагает субъекта (педагога) и намерения (мотивы), которыми он руководствуется. И в зависимости от качества выбора, соответствия его социально-исторической норме деятельность педагога соотносится с понятием культуры или нет. В психолого-педагогической литературе, посвященной проблемам культуры педагогической деятельности, нет четкой и развернутой концепции понимания, что есть культура педагогической деятельности и самое главное - как ее формировать.

Собственно профессиональной задачей преподавателя является потреб-

ность превратить культуру в актуальную реальную ценность для студента (1, 12). Формирование культуры педагогической деятельности заключается в реализации освоенных субъектом норм человеческой деятельности (в их духовно-практическом и предметно-содержательном выражении), а вот качественным результатом культуры педагогической деятельности следует назвать способность к творчеству. Подобно любой культуре, современная культура педагогической деятельности не возникает сама, стихийно, а требует ее формирования. Культура педагогической деятельности – это способность личности к осознанной реализации в деятельности смыслов, значений и нормативов педагогической культуры лично и профессионально ценных. Формирование культуры педагогической деятельности происходит эффективнее, если учитываются следующие положения:

- теоретическое осмысление сущности культуры педагогической деятельности раскрывается с позиций культурологического подхода с опорой на социокультурные условия региона, традиции, духовное наследие;

- реализация процесса удается при соблюдении последовательности в формировании практических навыков и соблюдении педагогических условий (развитие мотивации культуры педагогической деятельности; овладение студентом целеполаганием - ядро формирования культуры педагогической деятельности; включение студента в научно-исследовательскую работу; выбор студентом содержания, методов и форм образования с учетом регионального компонента как результат самоопределения будущего профессионала) (2, 43).

Эта модель, единая для всех участников учебного процесса, реализуется, если в ходе педагогического образования происходит сопоставление позиции студента в рамках Я-концепции. При соотнесении норм культуры с представлениями студента, полученными в результате его собственной деятельности, возникает индивидуально выработанная, в соответствии с нормами культуры, личная норма деятельности. Процесс формирования культуры педагогической деятельности приобретает личностный смысл.

В процессе формирования культуры педагогической деятельности особую роль играют следующие закономерности:

- осмысление студентом содержания культуры педагогической деятельности как способа развития и преобразования его личностного и профессионального роста;

- преемственность в направлениях: формирование мотивации, обучение способам целеполагания, включение студента в исследовательскую деятельность;

- целостность развития культуры педагогической деятельности при опоре на общечеловеческие, национальные, региональные ценности.

Литература:

1. Анисимов О.С. Методологическая культура педагогической деятельности / О.С.Анисимов. – М., 1991.

2. Видт И.Е. Педагогическая культура: сущность и структура / И.Е.Видт // Педагогика. - 2002. - №3.

О.А. Шарова

**ЭТНОКУЛЬТУРНАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ В ПРОЦЕССЕ ОБРАЗОВАНИЯ
ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ**

Кафедра иностранных языков

В настоящее время обособленное существование народов и культур становится невозможным, так как интенсификация миграционных и демографических процессов, увеличение числа этнически смешанных семей, образование многонациональных коллективов в социальных институтах значительно расширяют рамки межэтнического взаимодействия. Всё это обуславливает и преобразование подхода к обучению иностранных студентов, а именно при формировании учебных групп следует руководствоваться разными факторами, в том числе национальной, этнической и религиозной принадлежностью студентов. «В условиях подготовительного факультета учебные группы нередко формируются спонтанно, в зависимости от заезда иностранных студентов и с учётом их профиля обучения. Поэтому иностранным учащимся приходится учиться в мононациональных группах, что иногда идёт вразрез с их желанием, или в состав интернациональной группы попадают иностранцы, совместное обучение которых по разным причинам нежелательно» (4). Иностранные учащиеся сталкиваются с разнообразием культурного окружения, с иной системой ценностей, что зачастую обостряет проблему адаптации в данной среде, а также может привести к трансформации этнической идентичности человека.

Задача подготовки молодёжи к жизни в поликультурном мире названа в числе приоритетных в документах ООН и ЮНЕСКО. Доклад Международной комиссии по образованию для XXI в. подчёркивает, что одна из важнейших функций школы – научить людей жить вместе, помочь им преобразовать существующую взаимозависимость государств и этносов в сознательную солидарность. В этих целях образование должно способствовать тому, чтобы, с одной стороны, человек осознал свои корни и тем самым мог определить место, которое он занимает в мире, и с другой – привить ему уважение к другим культурам (3, с.35).

В педагогической литературе всё чаще поднимаются вопросы о языке обучения, о различных учебных стилях учащихся разного этнического происхождения, о роли преподавателя и его отношении к представителям других культур (1, р.20). Этнокультурно компетентный преподаватель признаёт принцип плюрализма, имеет знания о других народах и их культурах, понимает их своеобразие и ценность, его представления и знания реализуются через умения и навыки поведения, которые способствуют эффективному межнациональному взаимодействию и взаимопониманию студентов.

Дж. Бэнкс, директор Центра поликультурного образования в универси-

тете штата Вашингтон в своих исследованиях отрицает тот факт, что различные культурные группы в равной степени являются источником напряжения и конфликтов в обществе. В качестве основной причины противостояния он называет проблему расовой, этнической дифференциации (2, р.84). По его мнению, ядром образования должно стать искоренение расовой, этнической дискриминации на любом уровне общественной жизни и, прежде всего, в системе образования.

Другими словами, этнокультурная компетентность позволяет найти адекватные модели поведения, способствующие поддержанию атмосферы согласия и взаимного доверия, высокой результативности в обучении иностранных студентов, устранению нетерпимого отношения к людям, отличающимся цветом кожи, языком, ценностями, культурой. В целом под этнокультурной компетентностью мы понимаем свойство личности, выражающееся в наличии совокупности объективных представлений и знаний о той или иной культуре, реализующейся через умения, навыки и модели поведения, способствующие эффективному межкультурному взаимопониманию и взаимодействию.

Литература:

1. Banks J. *Multiethnic Education: Theory and practice* / J.Banks. – Boston, 1981.
2. Banks J. *Cultural Diversity and Education: Foundations, Curriculum and Teaching* / J.Banks. – Boston, 2001.
3. Поштарева Т.В. Формирование этнокультурной компетентности. Педагогика / Т.В.Поштарева. - 2005. - №3. – 35с.
4. Филимонова Н.Ю. Влияние психологической атмосферы в учебной группе на адаптацию иностранных учащихся / Н.Ю.Филимонова, А.Е.Годенко // Учебный процесс как основа комплексной адаптации иностранных студентов к новой образовательной, социальной и культурной среде: материалы междунар. юбилейной науч.-практ. конф. – Одесса, 2005. – С. 295.

М.А. Мартынова

СТАНОВЛЕНИЕ ЛИЧНОСТИ В АСПЕКТЕ КУЛЬТУРОТВОРЧЕСТВА

Кафедра иностранных языков

В ходе нашей исследовательской работы выявлено, что реалии современной жизни настоятельно диктуют необходимость обращения к проблемам гуманности, нравственности. Основной задачей опытно-экспериментальной деятельности мы предлагаем сделать воспитание человека культуры – носителя гуманистических начал и творческих идей.

При решении исследовательской задачи была представлена теоретико-методологическая стратегия, в качестве которой выступает методологический подход в аспекте культуротворчества.

Проблема подготовки студентов – будущих врачей как исследователь-

ская цель, на наш взгляд, должна опираться на общенаучные подходы. Из наиболее значимых подходов выдвигается диалектический, оптимизационный, комплексный, программно-целевой, а также и социально-научные подходы, которые помогут решить проблемы подготовки будущих медиков и усовершенствовать профессиональное образования студентов высшей медицинской школы.

Считается необходимым уделить особое внимание образовательному подходу, появившемуся в последние годы, и получившему довольно широкое распространение в научно-педагогической литературе.

Это – культурологический подход, который достаточно подробно рассмотрен в работах И.Ф. Исаева, В.А. Сластенина и др. Суть его заключается в таком видении человека через призму понятия культуры, которое позволяет рассматривать человека в учебной деятельности как свободную, активную индивидуальность, способную к самодетерминации в горизонте личности в результате общения с другими личностями, культурами.

В ходе нашей опытно-экспериментальной работы мы определили, что культурологический подход – это, прежде всего, принципиально гуманистическая позиция, признающая человека как существо свободное – в своих произведениях (как форма общения) по отношению к самому себе, к своей судьбе, к своему прошлому и будущему, это метафора нового взгляда на образование, развитие и жизнедеятельность человека на основе его полноправного диалога с окружающим миром и культурным космосом.

Изучив научно-педагогическую литературу, мы установили, что культура возникает и развивается потому, что человек потенциально способен не только присваивать и воспроизводить уже существующее, но и создавать то, что появляется впервые как результат самоактуализации его уникальной личности. Наследование сотворенного и первичное творчество равно необходимы для развития как культуры в целом, так и внутреннего мира человека, но момент творчества является ведущим.

Нами было выявлено, что творчество выступает специфическим человеческим свойством, одновременно порожденным потребностями развивающейся культуры и формирующим саму культуру в аспекте системно-ценностного подхода. В ходе опытно-экспериментальной работы нами установлено, что выделяются существенные необходимые признаки творчества, проявляющиеся в актах творчества, в единстве, интегративности, наличии противоречия, проблемной ситуации или творческой задаче, социальной и личной значимости и прогрессивности, наличии объективных и субъективных предпосылок, условий для творчества, новизне и оригинальности процесса и результата.

В процессе образовательной подготовки студента-медика на передний план мы ставили культуротворческую функцию. Необходимость развития этого аспекта, всесторонней подготовки современного врача, объясняется изменившимися требованиями к качественным характеристикам деятель-

ности специалиста медицинского профиля. В этой связи неизбежен новый подход к содержанию образования и воспитания студента-медика – общечеловеческие ценности образовательного аспекта.

Наша опытно-экспериментальная работа показала, что для создания более эффективной системы подготовки будущего специалиста-медика в аспекте культуротворчества нам необходим интегративный подход, соединяющий в себе элементы системно-ценностных основ.

В результате опытно-экспериментальной работы мы установили, что наиболее продуктивным для целей нашего исследования является культуротворческий подход, суть которого заключается в том, что он учитывает механизм преемственности в процессе овладения культурой, основанный на способности личности к объективации своих сущностных творческих сил как при введении уже имеющихся культурных ценностей через их выявление, интерпретацию и оценку, так и в создании на их основе качественно новых, что проявляется в постановке и реализации целей профессиональной деятельности в аспекте системно-ценностного подхода.

Е.Е. Глубокая

ИЗ ИСТОРИИ СОЗДАНИЯ УЧЕБНЫХ ПОСОБИЙ ПО РУССКОМУ ЯЗЫКУ ДЛЯ ИНОСТРАНЦЕВ В XVIII ВЕКЕ

Кафедра латинского языка и русского языка

Реформирование России, осуществлённое Петром I, требовало учёта западноевропейского опыта и привлечение зарубежных специалистов. У прибывших в Россию иностранцев возникала проблема с освоением русского языка. Изучать русский язык приходилось и их детям. Всё это определяло необходимость разработки учебных пособий по русскому языку, написанных на иностранных языках. Пособия на русском языке фактически были непригодны для иностранцев, не владевших или плохо владевших этим языком.

В течение XVIII века в России выходит несколько учебных пособий по русскому языку, написанных на французском и немецком языках, что свидетельствует о практической потребности в пособиях этого типа.

В 1730 г. была опубликована грамматика на французском языке, автором которой является И.С. Горлицкий (1688-1777), переводчик Академии наук, видный лексикограф своего времени. В 1731 г. выходит в свет краткая грамматика русского языка адъюнкта Академии наук В.Е. Адодурова, изданная на немецком языке. Эти грамматики имели одну и ту же целевую направленность – способствовать изучению иностранцами русского языка, особенно на этапе начального обучения.

В 1735 г. в речи на открытии «Российского собрания» любителей русского языка В.К.Тредьяковский в числе задач нового учреждения назвал составление «грамматики доброй и исправной». Эта задача была блестяще решена М.В.Ломоносовым. Его «Российская грамматика» открыла доступ к

богатствам родного языка самым широким слоям русского общества и оказала большое влияние на последующее развитие русской грамматической мысли. Вместе с тем была предпринята попытка использовать грамматику Ломоносова как пособие для обучения русскому языку иностранцев. Её перевод предназначался для немцев, которых хотели обучить русскому языку. Он не решил проблему создания пособия по русскому языку на иностранном языке, так как оказался сложным для начального обучения.

В 1768 г. в Петербурге была опубликована работа Шарпантье «*Éléments de la langue russe*» («Основы русского языка»), которая до сих пор не привлекла внимания исследователей, хотя в ней широко используются материалы «Российской грамматики» Ломоносова.

Шарпантье (1740-1800 гг.) – один из многочисленных европейских учёных, которые в течение XVIII в. находили приют под покровом русской Академии наук. Большую часть жизни Шарпантье провёл в России и умер в Петербурге. В течение шестнадцати лет он был преподавателем французского языка в академической гимназии.

В предисловии Шарпантье достаточно подробно излагает историю создания своего труда. Если один из людей, говорящих на разных языках выбирает роль учителя, то он обязан выучит язык того, кого он хочет обучать. «Насколько очевидна эта истина в теории, - подчёркивает автор, - настолько она абсолютно оставлена без внимания на практике».

Родители вынуждены брать в учителя лиц, которые абсолютно не знают русского языка, потому что почти невозможно найти таких, кто бы его знал. В то время как мир кишит грамматиками для всех языков, среди них нет ни одной, чтобы облегчить иностранцам изучение русского языка.

Когда сам автор решил выучить основы языка своих учеников, то напрасно искал учителя и грамматику, которые послужили бы ему гидом. Именно тогда ему в руки попала «Российская грамматика» Ломоносова. Он решил перевести её на французский. Однако вскоре Шарпантье пришёл к выводу, что дословный перевод является недостаточно вразумительным для всех, кроме русских. В связи с этим он адаптировал свою работу.

Произведённые упрощения и сокращения определялись целевой установкой: помочь в изучении русского языка французам, которые владеют им только поверхностно, но стремятся говорить на нём достаточно хорошо. «Хотя эта грамматика, - пишет автор о своём произведении, - недостаточно объёмна, какой она могла бы быть, её можно считать достаточной для выполнения поставленной цели». Следует подчеркнуть, что, несмотря на внесённые изменения, основой данной работы по-прежнему остались теоретические и иллюстративные материалы «Российской грамматики» Ломоносова.

Таким образом, в XVIII веке в России формируется тип учебного пособия по русскому языку, написанного на родном языке обучаемых. Наиболее законченным и ярким проявлением этого типа пособия можно считать

«Eléments de la langue russe» (Основы русского языка) Шарпантье. В значительной степени это определяется тем, что оно было подготовлено на основе материалов «Российской Грамматики» Ломоносова, которая сыграла большую роль в нормализации русского литературного языка, без чего невозможно было и создание хорошего пособия по русскому языку для иностранцев. Заслуживает внимания и тот факт, что работа Шарпантье отвечает коммуникативному принципу преподавания русского языка как иностранного, так как имеет приложение в виде диалогов.

Л.Н.Федосеева

К ВОПРОСУ О ПРОБЛЕМЕ СООТНОШЕНИЯ КАТЕГОРИИ ПРОСТРАНСТВА И ЯЗЫКА

Кафедра латинского языка и русского языка

В теории относительности пространство наряду со временем и движением рассматривается как атрибут, основная форма существования материи, и, будучи неразрывно связанным с нею, пространство, как и сама материя (взятая в отрыве от него), не может иметь самостоятельного существования. А мир в целом, пребывающий в постоянном движении, рассматривается как бесконечный в пространстве и во времени. Наиболее четко и доступно эту позицию сформулировал А. Эйнштейн. Отвечая на заданный ему вопрос о сущности теории относительности, он сказал: «Суть такова: раньше считали, что если каким-нибудь чудом все материальные вещи исчезли бы вокруг, то пространство и время остались бы. Согласно же теории относительности вместе с вещами исчезли бы и пространство, и время» (1, С.136).

Современные естественнонаучные концепции, развивающие теорию относительности и рассматривающие в единстве сильные, слабые, электромагнитные и гравитационные взаимодействия, трактуют трехмерность пространства лишь как один из возможных случаев бытия материальных тел и вводят многомерность его, допуская существование иных миров наряду с нашей Метагалактикой. Предполагается, что там пространство может иметь принципиально иную структуру, иные размеры и формы.

Язык, как известно, тесно связан с сознанием, мышлением. Знания, которые люди приобретают в процессе труда, закрепляются в языке, передаются от поколения к поколению. Таким образом, язык обеспечивает жизнедеятельность человека в социуме и одновременно является продуктом этой жизнедеятельности, служит выразителем разного рода отношений, в том числе и пространственных.

Проблема соотношения категории пространства и языка имеет несколько аспектов: отражение реального физического пространства в единицах и категориях естественного человеческого языка; отражение пространственных представлений в различных способах метаязыкового описания языка; участие языка в формировании и объективации представлений о реальном

физическом пространстве; существование языка в географическом пространстве (2, С. 4); взаимодействие языка и социального пространства.

В работе рассматривается первый аспект указанной проблемы. Разрабатывая систему описания пространственных отношений в плане семантики и средств выражения, мы опирались на определение, данное О.Н. Селиверстовой. Пространство – это «нечто, в рамках чего может находиться объект (элемент) или иметь место действие или событие» (4, С.143). Мы также исходили из определения физического пространства, данного философами: оно обозначает универсальную структуру (порядок) взаиморасположения и протяжения материальных объектов в их существовании, движении и развитии (3, С. 153).

Следовательно, пространственные отношения – это один из видов разнопланового взаимодействия объектов действительности в окружающем нас материальном мире, включающий в себя несколько вариантов локализации: событийно-ситуативную (место событий, ситуаций), событийно-динамическую (перемещение объектов), предметно-соотнесительную (местонахождение предметов относительно друг друга), параметрическую (параметрические особенности предметов) и субъектно-ориентированную, обусловленную местонахождением и восприятием говорящего. Протяженность и многомерность здесь представлены во всем разнообразии, имеющемся в природе, обществе и сознании людей.

Выражаемые посредством языка и речи, пространственные отношения обретают почти материальную оболочку – звуко-буквенный образ – и смысловое наполнение. В этом случае мы сталкиваемся с невещественной, реляционной семантикой. Сфера номинации и сфера собственно отношений дифференцируются в этой области весьма условно (для удобства языкового анализа), т.к., согласно реляционной концепции, пространство уже есть отношение вещей. Глубина проникновения этой универсальной категории в область языка такова, что даже слова, имеющие ярко выраженное предметное или отвлеченное значение, не теряя его, способны быть и выразителями пространственных отношений. При этом проявляются семантические разновидности, специфика данной категории и в то же время тесная связь с другими видами отношений, прежде всего темпоральными.

Литература.

1. Горбачев В.Г. Основы философии / В.Г.Горбачев. – М.,1998. – 352 с.
2. Мартынов В.В. Язык в пространстве и времени / В.В.Мартынов. – М., 1983. – 248 с.
3. Мостепаненко А.М. Проблема универсальности основных свойств пространства и времени / А.М.Мостепаненко. – Л., 1969. – 210 с.
4. Селиверстова О.Н. Понятия «множество» и «пространство» в семантике синтаксиса / О.Н.Селиверстова // Известия АН СССР. Серия литературы и языка. – М., 1983. – Т.43. – С. 142–150.

Н.В.Яковлева, Н.П.Ермошина

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ СПИД
Кафедра общей и прикладной психологии с курсом педагогики
Кафедра дерматовенерологии с курсом инфектологии

Актуальность проблемы изучения личностно-психологического статуса больных СПИД состоит в том, что на сегодняшний день практически отсутствуют системные представления о психологических особенностях ВИЧ-инфицированных больных. При этом, очевидно, что совершенствование методов психологической коррекции состояния данной категории пациентов может проводиться только на основе целостной системной модели психического статуса больного.

ВИЧ-инфицированные пациенты обнаруживают высокий уровень стресса. Их психологическое состояние во многом определяется наличием неразрешимого конфликта между правом на жизнь и наличием неизлечимого заболевания, поэтому заболевание затрагивает все сферы личности человека. Поэтому целью областной целевой программы «Анти-ВИЧ (СПИД)» была разработка целостной нормативно-оценочной модели их индивидуального здоровья, и построения на этой основе технологий психопрофилактики ВИЧ-инфекции.

В качестве базового теоретического конструкта нами была использована концепция «Индивидуального здоровья» (М.М.Лапкин и др., 1995-2006) и рабочего конструкта «психологический статус в системе индивидуального здоровья» (Н.В.Яковлева, 2000-2006). В соответствии с данной методологией был создан психодиагностический комплекс, направленный на изучение психического статуса больного СПИД в форме экспресс-варианта и полном содержательно-диагностического варианта.

Нами было проведено исследование на базе Рязанского областного кожно-венерологического диспансера. Было обследовано 115 ВИЧ-инфицированных. Структура выборки: средний возраст пациентов $M(x)=26,7\pm 6,39$; возраст исследуемых колебался в интервале от 18 до 46 лет; выборка была уравновешена по полу (42,52% мужчин, 57,48% женщин). В качестве контрольной была использована выборка студентов 1-4 курсов Рязанского государственного медицинского университета. Выборка была репрезентативна по возрасту и полу исследуемой экспериментальной выборке.

В ходе исследования были получены следующие результаты.

1. Общая ориентация жизни во времени у ВИЧ-инфицированных не отличаются от данной характеристики здоровых людей, хотя общая осмысленность жизни гораздо ниже (статистически значимые величины параметра). При исследовании контрольной выборки здоровых людей данной репрезентативной демографической группы были получены сходные по профилю, но выше по значениям данные по распределению ориентаций во времени. ВИЧ-инфицированные пациенты также ориентированы преимущественно на будущее, в меньшей степени на настоящее и еще меньшей-

прошлое. Этот факт существенно может повлиять на организацию психотерапевтического воздействия на пациентов данного типа.

2. 56,7% пациентов исследуемой выборки считают себя здоровыми, из них 6,8% - абсолютно здоровыми. Этот результат исследования ставит под сомнение выводы зарубежных исследователей о неизбежной стигматизации и сопровождающем ее внутриличностном кризисе ВИЧ-инфицированных. Практически половина обследованных не указывает на значительные изменения в восприятии жизни с момента информирования о заболевании. Причиной этого, на наш взгляд, могут служить как общемировоззренческие установки на жизнь и смерть в контексте славянской (а особенно, постсоветской российской) ментальности, так и сугубо утилитарные: наличие сопутствующего заболевания наркозависимости, что часто сопровождается ВИЧ-инфицированием.

3. При планировании психотерапевтических процедур всегда важно знать на что можно опираться при работе с самосознанием. Поэтому особенно важны результаты исследования общей осмысленности здоровья. Полученные данные свидетельствуют о серьезном изменении. В структуре осмысления здоровья ведущие позиции занимает ценность жизни вообще. «Быть здоровым, чтобы жить, насыщать эмоции и удовлетворять потребности» (65,5%). На втором месте - ценность продолжения рода и воспитания детей (19,5%). Счастье, работа, достижение целей, самосовершенствование и общественный прогресс - ценности наиболее характерные для здоровой выборки - в смысловой сфере ВИЧ-инфицированных практически не представлены и в сумме составляют 15%. В то же время известно, что именно эти ценности являются традиционно основными мишенями психотерапевтического воздействия. Подтверждает предыдущий вывод и результат исследования критериев здоровья. Модель здоровья значительно сенсуализирована. Главные признаки здоровья (48,3%) - отсутствие болевых ощущений, 32,2% - выполнение предписаний. Таким образом, модель здоровья ВИЧ-инфицированных лапидарна. «Здоровье – это отсутствие боли и выполнение предписаний». Главным фактором, определяющим здоровье ВИЧ-инфицированные называют материальное положение.

4. Подробное изучение способностей жизнеобеспечения не являлось основной задачей исследования, т.к. говорить о психосоматическом генезе болезни не приходится. Исследование этого интегрального компонента психического статуса было необходимо для составления целостного представления о личности ВИЧ-инфицированных. Исследование практического интеллекта и познавательных характеристик показали, что выборка ВИЧ-инфицированных имеет несколько сниженные показатели интеллектуальных способностей. Это подтверждают и данные зарубежных авторов (Taylor S.E., Kemeny M.E., Aspinwall L.G. et al. 1992; Schoeneman T.J., Schoeneman K.A., Obradovic J., 2002). Однако причина снижения интеллектуальных способностей может быть скрыта в самой ситуации тестирования

(низкая мотивация исследования, высокий уровень стресса). Учитывая, что значительная часть ВИЧ-инфицированных имеет дополнительно болезнь зависимости ПАВ, сниженная интеллектуальная продуктивность может являться и следствием этих причин. В любом случае в технологиях психопрофилактических бесед, рациональной психотерапии ВИЧ-инфицированных должен быть сделан акцент на контроль понимания пациентом содержания беседы. Эмоциональная напряженность по группе ВИЧ-инфицированных статистически достоверно высокая в сравнении с группой условно здоровых. При этом у женщин эмоциональная напряженность более выражена. Данный результат подтверждают данные многих зарубежных авторов о высоком стрессе ВИЧ-инфицированных. Возникает только один вопрос: что вызывает этот высокий стресс, если в смысловой сфере здоровья мы не обнаружили выраженный страх смерти? Вероятно, согласно полученным выше данным, стресс вызван необходимостью выполнять множественные предписания и страх физической боли.

6. В области жизненной результативности у ВИЧ-инфицированных наблюдаются самые значительные изменения в сравнении с выборкой условно здоровых. Также наблюдается значительный половой диморфизм в результатах исследования мужчин и женщин, имеющих ВИЧ-инфекцию. Жизненная удовлетворенность ВИЧ-пациентов в среднем сопоставима с данными условно здоровой выборки но дисперсия полученных результатов почти в 5 раз выше, чем в условно здоровой выборке ($55,4 \pm 39,1$ и $72,9 \pm 8,2$). Усредненный показатель уровня жизненной удовлетворенности в группе ВИЧ-инфицированных низкий, что полностью соответствует социально-психо-биологическому пространству заболевания, но, при этом, крайне неоднороден. Данное обстоятельство может затруднить попытки стандартизации методов психотерапевтического воздействия на пациентов. Образ мира и жизни, оценка его личностью ВИЧ-инфицированного может серьезно расходиться со стандартно-усредненными представлениями о психологических реакциях данного типа больных.

Выводы.

1. Использование концепции «индивидуального здоровья» при изучении особенностей больных разных нозологических групп позволяет изучить целостную психическую реакцию личности на болезнь.

2. Исследование психического статуса ВИЧ - инфицированных пациентов показало, что наибольшая спецификация наблюдается в области показателей жизненной результативности, наименьшая – в области способностей жизнеобеспечения. Таким образом, целенаправленно развивая результативность в структуре индивидуальной метакомпетентности, мы можем создавать эффективные модели социально-психологической реабилитации ВИЧ-инфицированных пациентов.

М.Н.Котлярова

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ УЧИТЕЛЕЙ ОТДЕЛЬНЫХ
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ГРУПП

Кафедра общей и прикладной психологии с курсом педагогики

С целью изучения отличия визуальной самоподачи «я» у учителей разных групп (по стажу, специальности, педагогической направленности) нами было проведено экспериментальное исследование (общее количество участников - 280 человек, учителя разных специальностей: филологи, математики, учителя начальных классов).

Диагностика типов визуальной самоподачи у молодых учителей ($n=105$) различных профессиональных групп (математиков, филологов, учителей начальных классов в равных долях) с помощью опросника УВС показала, что распределение типов визуальной самоподачи «я» в общении носит у них приблизительно одинаковый характер (различия не значимы). В среднем первый тип «успешный» по методике УВС представлен от 23 до 29% выборок, второй (рефлексивно-некомпетентный) – 23-27%, третий (нерефлексивный и некомпетентный) или просто «неуспешный» - 22-29%, четвертый «компетентно-нерефлексивный» - 21-26%. Наибольшее количество «успешного» типа в визуальной самоподаче «я» встретилось в выборке учителей начальных классов (32%), а «неуспешных» – у филологов (31%). Эти данные подтверждает наше представление о равном соотношении типов в генеральной совокупности учителей.

Сравнение учителей с разным педагогическим стажем (сравнивались две крайние группы – «молодые», стаж до 5 лет и «опытные» - свыше 15 лет) показало, что они отличаются друг от друга по опроснику УВС по показателям: рефлексии 1-го и 2-го порядков на кинесику (R_k1 , R_k2 , R_k) и общей рефлексии 2-го порядка (P_2). У учителей со стажем работы от 15 лет лучше развита общая рефлексия 2-го порядка (т.е. они лучше представляют, что думают о них другие), чем у «начинающих» учителей (стаж до 5 лет) ($t_{0,05} = -2,01$; $f = 56$). Также у них лучше развита рефлексия 1-го и 2-го порядка на кинесику, т.е. они лучше осознают свои жесты, мимику и позы (R_k 1-го порядка), а также лучше представляют, что думают о них люди, видя их жесты, мимику и позы (R_k 2-го порядка), чем учителя со стажем до 5 лет ($t_{0,05} = -2,45$; $f = 56$) ($t_{0,05} = -2,2$; $f = 56$).

Общее распределение типов управления визуальной самоподачей «я» в группах учителей разного стажа выглядит следующим образом: с увеличением стажа работы у опытных учителей наблюдаются две тенденции изменений: с одной стороны растет количество «успешных» учителей, с другой стороны увеличивается и количество «неуспешных».

Данные опросника УВС были сопоставлены с результатами методики МЭДПНАУ (Ю.А. Кореляков), который позволяет определить педагогическую направленность учителя, являющуюся базовым образованием в структуре его личности. Связи между показателями опросника УВСЛ с показателями опросника МЭДПНАУ ($n = 105$, молодые учителя с педагогическим

стажем до 5 лет) описаны на основе проведенного корреляционного анализа. С помощью методики МЭДПНАУ выделяются различные функциональные виды педагогической деятельности: обучающая, с направленностью на предмет; коммуникативная, с направленностью на общение; организаторская; просветительская, с направленностью на духовные ценности.

В зависимости от того, какой из функциональных видов педагогической деятельности является преобладающим, доминирующим, выделяются соответственно четыре типа педагогической направленности личности учителя: «предметник», «коммуникатор», «организатор», «интеллигент».

Среди всех испытуемых самыми успешными в визуальной самоподаче оказались учителя начальных классов (32%), а самыми неуспешными – филологи (20%).

Учителя «успешные» более ориентированы в педагогическом процессе на организаторскую деятельность (37%) и общение (33%). Следовательно, среди них встречаются преимущественно лидеры, транслирующие свои личностные особенности в ходе проведения различных внеклассных мероприятий, результат которых обнаруживается в сфере делового сотрудничества. В структуре качеств педагога типа «организатор» преобладает требовательность, организованность, сильная воля, энергичность, «коммуникатора» – общительность, доброта, внешняя привлекательность, высокая нравственность. Этот тип педагогов отличается экстравертированностью, низкой комфортностью, доброжелательностью, способностью к эмпатии, любовью к детям.

Учителя, «успешные» в визуальной самоподаче чаще всего имеют в своей профессиональной деятельности ярко выраженную направленность на общение, то есть отличаются экстравертностью, низкой конфл

иктностью, доброжелательностью, любовью к детям и реализуют свои воспитательные воздействия через поиск механизмов совместимости с учеником. Учителя рефлексивны на уровне визуальной самоподачи «я», хотя и имеющие невысокую психосемиотическую компетентность ориентированы в своей работе на организаторскую деятельность (25%) и предмет (25%).

Таким образом, «визуальная неуспешность» в визуальной самоподаче «я» учителя тем выше, чем менее ориентирован учитель на сферу общения и организаторской деятельности.

Л.В. Островская
СОВРЕМЕННЫЕ ЗАДАЧИ
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
Кафедра педагогики, психологии и ТСО ФПДО

Главной задачей российской образовательной политики сегодня является обеспечение «современного качества образования на основе сохранения его фундаментальности и соответствия актуальным и перспективным по-

требностям личности, общества и государства». Она обозначена в принятой правительством РФ «Концепции модернизации российского образования на период до 2010 года». Концепция обозначает модернизацию образования как генеральную, стратегическую линию государственной политики в первое десятилетие XXI века и определяет как приоритеты, цели и задачи, так и этапы, конкретные направления их реализации. Концепция в качестве приоритетов в процессе модернизации образования называет повышение качества, эффективности и доступности образования, которое видится в системном подходе к решению существующих в настоящее время проблем, в придании образованию таких приоритетных черт, как опережающий и непрерывный его характер, универсальность знаний и их одновременная практикоориентированность.

Педагогическая практика и исследования последних лет свидетельствуют о том, что образование все увереннее берет на себя функцию социализации личности, ее вовлечения в широкие социальные связи и отношения. Традиционное академическое образование, в большей степени ориентированное на интеллектуальное развитие личности, постепенно уступает место качественно новой образовательной системе, способной моделировать социальную практику в целом и воздействовать на личность будущего специалиста.

Личностно ориентированный подход является теоретической основой современного образования. Он реализуется как научно обоснованная стратегия, направленная на обеспечение единства социально-нравственного, общекультурного и профессионального развития личности с учетом тенденции функционирования и развития общества. В отношении профессионального образования это положение требует, чтобы формы организации учебно-образовательной деятельности были адекватны формам профессиональной деятельности, а теоретическая подготовка будущего специалиста осуществлялась в тесной и неразрывной связи с практической деятельностью. В связи с вышеперечисленными тенденциями, наблюдающимися как в системе профессиональной подготовки, так и в системе образования в целом возникла необходимость гибкого инструментального управления учебным процессом, то есть потребность в его технологизации.

В.А.Сластенин называет следующие причины, порождающие возникновение и практическое использование педагогических технологий в современных условиях:

- назревшая необходимость внедрения в педагогику системно- деятельностного подхода, систематизации способов обучения в школе и вузе;
- потребность в осуществлении личностно ориентированного обучения во всех звеньях образовательной системы, замены малоэффективного вербального способа передачи знаний;
- возможность экспертного проектирования технологической цепочки процедур, методов, организационных форм взаимодействия учеников и учи-

теля, обеспечивающих гарантированные результаты обучения и снижающих негативные последствия работы малоквалифицированного учителя.

М.Е. Бершадский и В.В. Гузеев считают, что формально между методическим и технологическим подходами к учебному процессу нет противоречия, так как понятие методики преподавания шире понятия образовательной технологии. К образовательному процессу следует подходить как к процессу развития гуманитарной системы, а потому в образовательной технологии неизбежна неопределенность, полная жесткая алгоритмизация её маловероятна. При этом операционная сторона как педагогической, так и учебной деятельности не может быть отделена от ее личностно-субъективных параметров, рациональная регуляция – от эмоциональной.

Таким образом, профессиональное образование с процессуально-технологической точки зрения есть деятельность человека в специально организованной образовательной среде — постоянно расширяющейся сфере жизнедеятельности человека, включающей в себя все богатство его опосредованных культурой связей с окружающим миром. Если в соответствии с требованиями образовательного стандарта предметное содержание будущей профессиональной деятельности обеспечивается, главным образом, за счет содержания учебных, базовых и общепрофессиональных специальных дисциплин, то личностное содержание будущей профессии может быть обеспечено только за счет организации учебного процесса на основе технологий развивающегося личностно ориентированного обучения.

В.А. Семенов, Л.Н. Бахарева

ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ НАУКИ
Кафедра педагогики, психологии и ТСО ФПДО

Педагогика и психология сегодня характеризуются усилением междисциплинарности, различными интеграционными процессами, позволяющими им занять достойное место в системе современного научного знания и стать его неотъемлемой составной частью. Сегодня в поле зрения психологии и педагогики попадают такие объекты и предметы, рассмотрение которых еще недавно считалось абсолютно с ними не связанными – это процессы финансово-экономического обеспечения образовательной и воспитательной деятельности образовательных систем и учреждений, проблемы платного образования, обучение персонала фирм и т. д.

Резкое увеличение объема и числа источников информации, книг, монографий и диссертаций по педагогике, психологии и частным методикам, расширение предмета их исследования, выражающееся, в частности, в широком использовании авторами терминов из родственных областей знания и весьма произвольном их толковании, обуславливают необходимость систематизации накопленного материала, выявления базисных теоретических конструкторов, понятий и категорий, а также их производных. Речь

идет, таким образом, о чрезвычайно масштабной задаче, связанной с критическим осмыслением и обоснованием тенденций развития психологии и педагогики, созданием банка инноваций на основе системно-иерархического подхода, ретроспективного анализа, соотнесения полученных результатов с реалиями процесса обучения и воспитания.

Естественно, что ее решение потребует усилий ученых и практиков, а пока начинающему исследователю очень трудно выяснить, что сделано в интересующей его области, насколько глубоко разработаны различные стороны волнующих его проблем и имеет ли смысл за них браться. Это обусловлено, в частности, тем, что нередко названия исследований (имеются в виду кандидатские диссертации) не вполне соответствуют их содержанию – иногда заявляется достаточно широкая и «объемная» проблема, а исследуется лишь один ее аспект, а также произвольным толкованием авторами используемых терминов – нередко одни и те же проблемы имеют различное терминологическое обозначение, что запутывает приступающего к работе над диссертацией аспиранта или соискателя. Существует и противоположная проблема – иногда принципиально разные подходы, идеи, теории обозначаются одинаковыми терминами, и начинающий исследователь должен определиться, какой из них он берет за основу. Например, решив заниматься какой-либо темой, связанной с проблемным обучением, он должен четко представлять, что разработанные фундаментальные педагогические концепции проблемного обучения А.М.Матюшкина, М.И.Махмутова и И.Я.Лернера существенно различаются между собой, и определить ту, на основные положения которой он будет опираться, чтобы не попасть в ситуацию одновременного «сидения на двух стульях».

Часто встречающиеся попытки обойти все то, о чем шла речь, начать собственное исследование без детальной проработки научной литературы, без исторического анализа различных аспектов, так или иначе связанных с решаемой проблемой, приводят к большим трудностям при формулировке новизны и теоретической значимости исследования — тогда, когда необходимо представить материал в сжатом, протокольном виде.

Положение усугубляется еще и тем, что сегодня начинающий исследование диссертант сталкивается не только с традиционным, рационально-логическим представлением психологического и педагогического знания, но и с различными методологическими, художественными, образными представлениями и подходами к психолого-педагогическим явлениям. Их, безусловно, необходимо принимать во внимание, однако четко представляя различие между ними и психолого-педагогической наукой как формой и разновидностью научного знания в традиционном понимании.

Е.Н. Соколина

ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИСТАНЦИОННОМ ОБУЧЕНИИ

Кафедра педагогики, психологии и ТСО ФПДО

Информатизация образования, развитие средств телекоммуникаций и Интернет-технологий явились одними из предпосылок появления в России новой формы получения образования- дистанционного обучения. Под дистанционным понимается обучение, которое основано на использовании специальных компьютерных технологий и средств Internet, обеспечивающих оптимальное, в смысле педагогической эффективности, осуществление процесса обучения и управление этим процессом.

Дистанционное обучение в России стало уже свершившимся фактом. По данным Министерства образования РФ в 2002 году в системе высшего образования учились по дистанционной форме более 200 000 студентов России в более чем 20 вузах страны.

Как показал проведенный нами анализ педагогических исследований и педагогического опыта, складывающегося в настоящее время в практике дистанционного обучения в высшей школе России, одной из важных проблем в этой области является создание педагогических технологий обучения. Дистанционное обучение возникло относительно недавно и именно благодаря этой новизне оно ориентируется на лучший методический опыт, накопленный различными образовательными учреждениями по всему миру – на использование современных и высокоэффективных педагогических технологий, отвечающих потребностям современного образования и общества в целом. Благодаря большей «методической» свободе и независимости дистанционные курсы в сравнении с традиционными, сложившимся десятилетиями, университетским или школьным образованием строятся на инновационных подходах к обучению. Но в этом таится и сложность- дистанционные курсы, в основе которых лежат новые технологии обучения "не вписываются" в структуру и программы традиционного обучения. При сочетании подобных традиционных и инновационных курсов, их разработчикам приходится изменять действующие программы, проводить дополнительное обучение преподавателей и т.д.

Среди педагогических технологий наибольший интерес для дистанционного обучения представляют те, которые ориентированы на групповую работу учащихся, обучение в сотрудничестве, активный познавательный процесс, работу с различными источниками информации. Именно эти технологии предусматривают широкое использование исследовательских, проблемных методов, применение полученных знаний в совместной или индивидуальной деятельности, развитие не только самостоятельного критического мышления, но и культуры общения, умения выполнять различные социальные роли в совместной деятельности. Также эти технологии наиболее эффективно решают проблемы личностно-ориентированного обучения.

Личностно-ориентированная педагогика ставит задачу выявления все-

стороннего развития индивидуальных способностей учащихся. В настоящее время в образовании все чаще обращаются к индивидуальному Обучению, в том числе и при дистанционном обучении. Индивидуальный подход к учащемуся можно обеспечить только в том случае, если педагог точно определит исходный уровень его обученности, индивидуальные способности, что возможно только на основе проведения тщательного тестирования. В дальнейшем, путем подбора необходимых средств обучения и проведения индивидуальных консультаций (в том числе и по поводу методики построения индивидуальной траектории обучения для данного конкретного учащегося) студент приобретает необходимые знания и умения в соответствии с поставленными учебными задачами.

На практике индивидуальное обучение используется сравнительно редко. Чаще всего индивидуальное обучение сочетается с дифференцированным обучением, то есть реализуется на основе дифференциации.

В условиях дистанционного обучения различные виды и формы дифференциации обусловлены самой спецификой обучения в сетях, где подчас собираются в группы учащиеся разного уровня обученности. Поэтому по уровням подготовки обучаемых в ряде случаев предусматриваются, например, уровни А, В и С. При дистанционном обучении проблема дифференциации приобретает свою актуальность в большей мере, чем при очном обучении, поскольку контингент обучаемых, объединяемых в одну группу, может быть чрезвычайно неоднородным. Именно поэтому каждый дистанционный курс начинается со знакомства с учащимися и с тестирования на определение уровня подготовленности по данному направлению обучения. С учетом результатов тестирования компьютер строит всю тактику обучения каждого учащегося и формирует группы сотрудничества.

Поэтому виды и формы дифференциации, предусматриваемые в любом обучающем курсе, справочном материале, могут и должны быть различными: с учетом общей и специальной подготовки обучаемых (уровни А,В,С), по интересам, по профессиональной ориентации, для продвинутых учащихся. Это так называемая внешняя дифференциация, которая находит свое продолжение в проектировании самих курсов: целей и задач, конечных и промежуточных, в отборе учебного материала, количестве сносок и отсылок к справочным материалам, количестве иллюстраций, в сложности заданий на осмысление и применение усвоенного материала.

О.В. Полякова, С.М. Островский

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ

ПОЗНАНИЕ ЛИЧНОСТИ

Кафедра педагогики, психологии и ТСО ФПДО

Научное психолого-педагогическое знание, согласно идеи Ушинского, структурно. Оно состоит из посылок и вывода. К научному психолого-педагогическому не может быть отнесено знание, выведенное из псев-

дотеоретических предпосылок, подчеркивал русский ученый. Разве можно, возмущался К.Д. Ушинский, в основу нормативных педагогических выводов класть абстрактные, ничего общего не имеющие с естественнонаучным знанием.

Научное знание представлялось Ушинскому в форме пирамиды, основанием которой является фактический материал, а вершину образуют закономерности. Ученый акцентировал внимание на том, чтобы собранный материал рассматривался и организовывался с позиции психолого-педагогической теории. Важной методологической проблемой для Ушинского являлась проблема соотношения между сущим и должным, между знанием объекта в его сущности и тем, как управлять им. Соотношение между теорией и фактическим материалом обоснованы были педагогом как новые характерологические особенности научного знания.

В нашем исследовании глобально это представлено следующим образом. Первое – каждая личность должна хорошо себе представлять свои возможности, стремления, интересы и особенности. Второе – изучить какие качества личности необходимы для того или иного вида труда, каковы возможности повышения квалификации и пределы служебного роста, какова зарплата. Третье – сопоставить и проанализировать насколько желания и стремления личности соответствуют требованиям, предъявляемым к данной профессии.

Наша задача заключалась в том, чтобы, беседуя со студентами, создать атмосферу доверия и открытости, помочь свободному потоку его мыслей. И главное, чтобы педагог ни услышал от студента, он не будет негодовать, удивляться или возмущаться.

Если в вузе научно-педагогические знания преподавателя будут умело внедрены через разнообразные виды деятельности: обучение студентов навыкам самопознания, самооценки и умение строить межличностные отношения, то будет выполнена новая задача по реализации глобального образования. Системе глобального образования сейчас уделяется большое внимание. По этой проблеме сегодня существует немало идей, суждений и мнений. В целом же, глобальное образование должно способствовать объединению людей, живущих в различных городах, странах и на разных континентах, с целью знакомства с их опытом, достижениями, выработанными в мировом едином пространстве.

Мы стремились к тому, чтобы научить студентов воспринимать мир как единую целостную систему, выражать свободно свое отношение к окружающей действительности (к обществу, природе и закономерностям их развития). В связи с этим направлениями глобального образования мы избрали:

- привитие студентам способности затрагивать те или иные вопросы, проблемы, стоящие перед всеми людьми планеты (охрана окружающей среды, спасение человечества от опасных болезней, создание мира на зем-

ле);

- развитие критического мышления с анализом и прогнозированием будущего;
- выявление особенностей взаимосвязи между людьми (контактирование, общение);
- совершенствование мирового сообщества в целом.

Таким образом, становление личности студента определяется творческим овладением профессиональной деятельностью и инновационными основами психолого-педагогической науки. Проблема творческого роста будущего врача сейчас особо актуальна, так как глобальное образование предусматривает участие его в развитии всего мирового пространства.

С.В. Шестопалов

СОЗИДАТЕЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА

Кафедра педагогики, психологии и ТСО ФПДО

Анализ современной социокультурной ситуации позволяет ретроспективно взглянуть на пути развития педагогической науки. Исследование целостных процессов предполагает поиск интегральных структур и соответствующих им понятий. Таким обобщающим концептом является творческий стиль деятельности как устойчивое единство способов и средств деятельности, обеспечивающих ее творческий характер и целостность. В связи с этим мы провели на кафедре педагогики и психологии Рязанского государственного медицинского университета модернизацию курса лекций по дисциплине: «Педагогика». Например, в рабочие программы введен цикл лекций по проблеме «философские основы созидательной педагогики» как очередной ступени развития образования разнопрофильных специалистов медицинского университета. Созидательная педагогика – это переход от педагогики сотрудничества к педагогике созидания, в результате которой создается новый обучаемый, новый учебный процесс, новый учебный материал и, наконец, новый специалист.

Нами была использована следующая тематика:

1. Диагностика созидательности (выявление степени реализации творческой активности; выявление ориентации личности).
2. Интеллектуальный тренинг (освоение созидательных интеллектуальных технологий как методов, способов и приемов порождения новизны).
3. Созидательно-методический тренинг (методы созидательно-педагогического тренинга).
4. Созидательно-педагогический тренинг (формула созидательной педагогики).
5. Созидательно-лингвистический тренинг (коммуникативное пространство и его метрика).
6. Язык созидательности и подязык педагогики (универсальная модель знака и деяния А.Г. Алейникова).

О результативности данного материала мы судим, во-первых, по интере-

су который проявляют студенты на всех уровнях, а во-вторых, по выполнению творческих заданий, которые мы получаем. При рассмотрении нами творческого стиля деятельности будущего врача как культурно-исторического инварианта его содержание раскрывалось через совокупность устойчивых характеристик деятельности, неизменно проявляющихся на фоне любого ее содержания независимо от целей, мотивов и характерологических особенностей субъекта творчества.

Большое место в нашем исследовании было уделено характеристике современной медико-педагогической науки, анализу особенностей ее взаимодействия с практикой студентов в клиниках. При этом нам не удалось уйти от функционального подхода, особенно при исследовании системы стилеобразующих особенностей творческой деятельности, которые закреплялись в таких интеллектуальных качествах творчески деятельной личности, как способность к видению проблемы, оригинальность мышления, легкость ассоциирования, антиконформизм интеллекта.

В целом нам удалось выявить и экспериментально доказать, что направленность на саморазвитие – центральное звено, на которое можно опираться в процессе развития творческой направленности студентов – будущих врачей.

Таким образом, такая цель должна специально ставиться в обучении, поскольку диспозиции, сформировавшиеся в студенческом возрасте, имеют тенденции переноситься и на сферу трудовой деятельности.

О.М.Киселёва

КРИТЕРИИ СФОРМИРОВАННОСТИ ИНФОРМАЦИОННОЙ КУЛЬТУРЫ У ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ Кафедра педагогики, психологии и ТСО ФПДО

В последние годы приходится часто слышать о необходимости формирования информационной культуры (ИК). Хотелось бы подробнее рассмотреть – что вкладывается в это понятие. Вспомним, что обучение – это процесс передачи молодым культуры предыдущих поколений (1, 2, 3).

Каким же образом должна формироваться ИК, что должен включать в себя этот процесс?

Мы не должны забывать, что обучение это, в первую очередь и средство воспитания. Условно воспитание модно разделить на три направления: нравственное, эстетическое и трудовое (1, 3, 4). Естественно, что в процессе обучения большое внимание уделяется познавательному аспекту. Это не только знания об основных понятиях информатики, но формирование мотивации к овладению этими знаниями, развитие рефлексивной позиции учащихся. В процессе обучения мы должны не только передавать знания, но и развивать учащихся. Именно информатика может развить психические функции, связанные с информационной и алгоритмической деятельностью, мотивацией к дальнейшему овладению ИК, готовность к самосто-

ятельной работе после вуза.

Социальный аспект ИК заключается в том, что студент овладевает необходимыми умениями для передачи, транслирования информации, развивает коммуникативные способности. Воспитательный, познавательный, развивающий и социальные аспекты ИК взаимосвязаны, они проникают друг в друга, взаимодействуют между собой, а потому должны быть включены в систему обучения на равных правах (4, 5, 6).

Итак, основное содержание ИК мы определили. А как определить, на каком уровне сформирована ИК у будущего специалиста? Определению уровня сформированности ИК было посвящено исследование, проведенное нами с иностранными студентами медицинских факультетов РязГМУ. Основными критериями сформированности ИК у студентов являются их знания и умения, а также интересы и мотивы информационной деятельности, сформированность рефлексивной позиции. Мы рассматривали следующие компоненты знаний: общеобразовательный, мировоззренческий и социально-педагогический. Умения были разделены на следующие группы: алгоритмические умения инструментального использования средств информационно-компьютерных технологий (ИКТ); умения пользоваться операционной системой; умения, характеризующие гуманитарный компонент использования средств ИКТ. Формирование информационных технологий является комплексной проблемой, которая охватывает не только вопросы методики преподавания медицинской информатики, но и организации профессиональной подготовки кадров в медицинском университете, включающая себя социальные и материальные проблемы.

Необходимость овладения ИТ в медицинском университете обусловлена не только профессиональными функциями и задачами врача, но и особенностями обучения в высшем медицинском учреждении образования (УО): запоминанием студентами больших объемов информации, в том числе справочных данных; разнообразием и мобильностью методик и средств диагностики, лечения и реабилитации пациентов; большим количеством и дублированием названий перечня фармацевтических препаратов, параметры которых хранятся в соответствующих электронных базах данных (БД); возможностью, наряду с традиционными методами лечения и диагностики, использования медико-технологических систем, потребностью в наглядной демонстрации процессов, протекающих в организме человека и животных, с помощью мультимедийных обучающих средств; возможностью отработки студентами стратегии и тактики диагностики и лечения конкретного заболевания с помощью компьютерных программ на «виртуальном пациенте», с получением компьютерного анализа своей деятельности; необходимостью использования международных информационных источников для знакомства с новейшими достижениями медицинской науки. Обучение с студентов использованию ИТ должно учитывать эти особенности и способствовать интенсификации учебного процесса, по-

вышению его наглядности и результативности, широкому внедрению инновационных педагогических методов, росту активности, самостоятельности студентов, их самореализации, развитию умений и навыков добывать новые знания в сфере профессиональной деятельности, осуществить оперативное взаимодействие, используя компьютерные навыки.

Литература.

1. Новокшенов Ю. Саломатин А. Воспитывая информационную культуру // Народное образование.-1988. - № 6. – С. 41-47.
2. Воробьев Г.Г. Твоя информационная культура. – М.: Молодая гвардия, 1998. – 303 с.
3. Ершов А. П. Школьная информатика в СССР: от грамотности к культуре// Информатика и компьютерная грамотность .- М.: Наука, 1988. – С.- 6-23.
4. Проблемы информационной культуры: сб. статей. - М., 1994.- 218 с.
5. Медведева Е.А. Основы информационной культуры (программа курса для вузов) // Социс. – 1994. - № 11. – С. 59-67.
6. Зубов Ю.С. Информатизация и информационная культура // Проблемы информационной культуры. – М., 1994. – С. 5-11.

О.М. Киселёва

ПОНЯТИЕ ИНФОРМАЦИОННОЙ КУЛЬТУРЫ

Кафедра педагогики, психологии и ТСО ФПДО

На пути движения нашего общества к информационному этапу своего развития, в связи со стремительным развитием информационных технологий и проникновением их во все сферы жизни и деятельности человека, «возникла необходимость постановки задач формирования информационной культуры. В настоящее время понятие «информационная культура» рассматривается в различных аспектах (1, 2, 3).

Формирование информационной культуры неотделимо от элементарных представлений об ее истории. В связи с этим становится актуальной проблема исследования становления и развития информационной культуры.

Термин «информационная культура» ввел в начале 70-х годов прошлого века советский ученый Г.Г.Воробьев, который рассматривал изменения, происходившие в сфере управленческого труда.

Понятие «информационная культура учащегося» появляется только после введения курса «Основы информатики и вычислительной техники» (ОИВТ) в среднюю школу в 1985 г. (2, 3). А.П.Ершов дает «формулу информационной культуры», включающую навыки грамотной постановки задач для их решения с помощью ЭВМ. В.А.Каймин понятие информационной культуры связывает с предметом информатики как научной дисциплины, изучающей законы и методы накопления и обработки информации на ЭВМ, в общении людей и в жизни общества. Н.М.Розенберг трактует

данное понятие шире, выходя за пределы компьютеризации, он отмечает, что информационная культура – «важнейший компонент духовной культуры человека в самом общем смысле этого термина» (1, 2).

Обобщив современные представления о компонентном составе информационной культуры, можно выделить следующие компоненты: общеучебная культура как комплекс взаимосвязанных общеучебных знаний и умений для успешного усвоения других предметных знаний и умений; культура диалога как важнейший фактор не только человеческого общения, но и центральная часть компьютерной культуры; собственно «компьютерная» культура. Таким образом, системно-информационная точка зрения человека на мир или сформированность основ его информационной культуры, свидетельствует о степени зрелости познания мира человеком, об уровне его общей культуры (4, 5).

Этапы развития информационной культуры, как специфической части общей культуры человечества, целесообразно соотнести с этапами развития информационных средств передачи человеческого опыта, так как информационная культура развивается по мере развития новых подходов в работе с информацией. По мере развития информационных средств передачи человеческого опыта происходит развитие информационной культуры и усложнение ее компонентного состава. Исходя из этого, в развитии информационной культуры можно выделить следующие этапы:

1. Примитивная информационная культура первобытнообщинного строя характеризуется наличием только фрагментов гуманитарной компоненты.

2. Элементарная информационная культура, как следующая ступень развития информационной культуры, возникла с изобретением книгопечатания, характеризуется расширением компонентного состава.

3. Базовая информационная культура XIX века. Происходит дальнейшее развитие гуманитарной и технической составляющих информационной культуры по мере усовершенствования технических средств передачи и хранения информации.

4. Компьютерная информационная культура XX века. Дальнейшая история развития новых мощных носителей и средств передачи информации связана с изобретением ЭВМ. Общество получило самое мощное и совершенное за свою историю средство обработки информации.

5. Информационная культура XXI века. В условиях, когда информация становится стратегическим ресурсом, каждый человек для успешной самореализации в информационном обществе должен обладать достаточным уровнем информационной культуры (6, 7).

Информационная культура личности – это составная часть общей культуры. Информационная культура не является порождением компьютерного века, а возникла с появлением речи и общей культуры человека. Компьютерный век дал жизнь термину «информационная культура» и привлек внимание многих исследователей к проблеме ее формирования (8).

Литература.

1. Белошапка В. Мир как информационная структура / В. Белошапка // Информатика и образование. – 1988. – С. 3–9.
2. Савчук Л.Н. Информационная культура на различных этапах развития человеческого общества / Л.Н. Савчук // Информатизация образования. – 2005. – №2. – С. 28 -34.
3. Шевчик Е.М. Формирование информационной культуры студентов в процессе обучения иностранному языку / Е.М. Шевчик // Информатизация образования. – 2005. – №2. – С. 75 -78.
4. Зиновьева Е.А. Информационная культура личности: Введение в курс / Е.А.Зиновьева. - Краснодар, 1996. - 136 с.
5. Гревнова З.М. Роль занятий по основам библиографии и информатики в активизации самостоятельной работы студентов / З.М.Гревнова, В.Д.Инзельберг // Проблемы активизации самостоятельной работы студентов. - Пермь, 1979. - С 127-131.
6. Паўлоўскі А.І. Інфармацыйная культура настаўніка інфарматыкі / А.І. Паўлоўскі // Народная Асвета. – 1992. – №8. – С. 64 – 68.
7. Каймин В. О преподавании курса ОИВТ по машинному варианту / В.Каймин, Н.Угринович // Информатика и образование. – 1989. – №2. – С. 17 – 22.
8. Дылян Г.Д. К вопросу о стратегии развития процессов информатизации системы общего среднего образования на современном этапе / Г.Д. Дылян // Информатизация образования. – 2003. – №2. – С. 17 – 20.

М.А.ТарарышкинаКУЛЬТУРООБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ АСПЕКТ В РАЗВИТИИ
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ СТУДЕНТОВ - МЕДИКОВ

Кафедра общей химии

В настоящее время понятие «образованный человек» стало синонимом понятия «информированный человек» и разошлось с понятием «культурный человек». Восстановить их внутреннюю взаимосвязь – одна из задач современного образования. Только культурный человек способен осмыслить свои действия, поведение и критически оценив их, построить иерархию целей и средств достижения, и в дальнейшем сознательно воплощать их в жизнь.

Гармоничное взаимодействие образования и культуры способствует осуществлению передачи, усвоению и потреблению знаний и ценностей современной молодежью. Усвоение культуры в процессе образования выступает основным средством воспитания и развития личности. Культура выступает как ценность, поэтому приобщение к ней в процессе образования начинается с осмысления личностью ценностей культуры.

Целью нашего исследования является разработка концепции и модели культурнообразовательного аспекта в профессиональной подготовке сту-

дентов–медиков с учетом становления их личностной культуры и образовательных ценностей при системной организации их деятельности.

Культурообразовательный аспект в нашем исследовании понимается как важнейшая характеристика профессиональной подготовки студентов, содержащая интерпретацию тенденции гармонического взаимодействия образования и культуры и выражающаяся в личностном и профессиональном росте будущего врача, а также способствующая становлению образовательных ценностей в развитии творческо-интеллектуальной личности и профессиональной компетентности специалиста.

Методологической и теоретической основой исследования являются культуротворческий, системно-структурный и социально-психологический подходы в изучении и анализе культурообразовательного аспекта при развитии и становлении педагогической культуры будущих специалистов медиков, под которой понимается совокупность знаний, умений, личностных качеств в целостной системе педагогического такта, педагогической этики, основанных на толерантных, культурологических, гуманистических, менталеобразующих, нравственных принципах.

В ходе нашего исследования выявлено, что одной из важнейших составляющих культурообразовательного аспекта является педагогический такт врача в части овладения методикой выбора правильного подхода и стиля общения с больным. При этом врачу необходимо определять и реализовывать на практике некую разумную степень сопереживания, а также предъявлять к больному комплекс медико-педагогических требований. Способность предвидеть различные отрицательные ситуации, умение найти оптимальную меру применения педагогических методов во врачебной деятельности – это тот педагогический уровень, на котором применение тех или иных лечебных воздействий даст оптимальный эффект и ожидаемый результат.

Нами рассмотрен процесс формирования культурообразующей готовности, в основу которого положено развитие культурно-нравственных качеств личности будущего медика и преподавателя вуза.

Таким образом, в ходе нашего исследования сформирована модель культурообразовательного аспекта в профессиональном образовании будущих медицинских работников, выделены ее структурные компоненты (мотивационный, содержательно-операционный, волевой, ориентационный, оценочный).

С.В. Потапова, О.В. Медведева

ЧАСТОТА НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ
ОТ ВОЗРАСТА И СЕМЕЙНОГО ПОЛОЖЕНИЯ ЖЕНЩИН

МУЗ «Женская консультация №1 г. Рязани»

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

Нами было проведено выборочное исследование распространенности невынашивания беременности среди женщин г. Рязани. В исследование были включены 1561 женщина репродуктивного возраста, состоящая на учете в женских консультациях областного центра.

Согласно полученным данным, частота невынашивания беременности составила 118,3 на 1000 женщин репродуктивного возраста включенных в исследование. Причем наименьшее значение этого показателя регистрировалось в возрастной группе до 19 лет (49,3 на 1000 обследованных), тогда как критической возрастной группой, характеризующейся наибольшим показателем невынашивания беременности можно считать женщин в возрасте 35 лет и старше, частота невынашивания беременности у которых составила 324,7 на 1000 осмотренных. Женщины, относящиеся к возрастным группам 25 – 29 и 30 – 34 года характеризуются практически одинаковым уровнем изучаемого показателя, соответственно 138,4 и 135,8 на 1000 осмотренных.

Установлено, что 88,6% обследованных женщин, страдающих невынашиванием беременности, имели один выкидыш в анамнезе, 8,7% – два и только 2,7% три и более выкидыша в анамнезе. Исследование показало, что с возрастом происходит увеличение доли женщин с несколькими выкидышами в анамнезе. В частности среди женщин, страдающих невынашиванием беременности, в возрасте до 20 лет были только имеющие один выкидыш в анамнезе, а до тридцатилетнего возраста отсутствовали пациентки имеющие 3 и более выкидышей в анамнезе. Наибольшие доли женщин с тремя и более выкидыша в анамнезе были в возрастных группах 30 – 34 и 35 лет и старше, соответственно 8,3% и 8,0%.

В связи с тем, что психологический комфорт и уверенность в завтрашнем дне имеет большое значение для беременной, нами проведено изучение влияния семейного положения на частоту невынашивания беременности. В исследование были включены 1265 замужних женщин, 24 разведенных и 253 никогда не состоявших в браке.

Установлено, что среди разведенных женщин показатель невынашивания беременности был выше по сравнению с замужними, соответственно 166,7 и 137,7 на 1000 обследованных. В тоже время отмечается более низкая частота невынашивания беременности в группе женщин никогда не состоявших в браке (111,1 на 1000 обследованных) по сравнению с аналогичным показателем у замужних и разведенных.

В ходе анализа структуры невынашивания беременности установлено, что в группе разведенных женщин доля лиц с двумя выкидышами в анамнезе наибольшая (25,0%), в тоже время среди этого контингента отсутствовали женщины, перенесших 3 и более выкидыша в анамнезе.

Доля женщин с привычным выкидышем (3 и более выкидыша в анамнезе) была наибольшей среди никогда не состоявших в браке (7,1%), что в 3,4 раза выше аналогичного показателя в группе состоявших в браке.

Таким образом, наибольшие показатели невынашивания беременности наблюдались среди женщин в возрасте 35 лет и старше (324,7 на 1000 обследованных), находящихся в разводе (166,7 на 1000 обследованных).

ПЕРЕЧЕНЬ СТАТЕЙ

<u>Разработка оптимальных технологий, обеспечивающих сохранение здоровья женщин, детей, подростков и студенческой молодежи.....</u>	3
Дмитриева Н.В., Ткаченко Т.Г., Дмитриев А.В., Петрова В.И., Шатская Е.Е. ПРИМЕНЕНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ У ДОНОШЕННЫХ И НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМ ПЕРИОДОМ АДАПТАЦИИ....	3
Гудков Р.А. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГАСТРОДУОДЕНИТА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ.....	5
Гудков Р.А., Лукьянова Е.И. ИЗУЧЕНИЕ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ.....	7
Ткаченко Т.Г., Гудков Р.А., Шатская Е.Е., Дмитриев А.В., Панкратова Е.С., Соломаха Е.Ю. КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ПРИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ.....	9
Панкратова Г.С., Ильин В.В., Фомина Н.А. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЬЮТЕРНОЙ ОПТИЧЕСКОЙ ТОПОГРАФИИ В КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ ДЛЯ ДЕТЕЙ.....	12
Тришкин О.М., Панкратова Г.С., Фомина Н.А. КИНЕЗИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ СО СКОЛИОЗОМ.....	13
Гребова Л.П., Комарова Н.А., Левушкин С.К., Абрамова Н.И., Головачева Н.И. СОСТОЯНИЕ ГИПОФИЗАРНО-ТИРЕОИДНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.....	14
Агапов А.С., Гребова Л.П. ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ У МАЛЬЧИКОВ-ПОДРОСТКОВ ПО ДАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОРГАНОВ МОШОНКИ И ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	16
Гребова Л.П., Прошлякова Т.Л., Кудряшова И.А., Турчанникова Е.В. ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХ-	

ся у ЮНЫХ МАТЕРЕЙ.....	18
Дейнека Л.Н. КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ЭНДОМЕТРИЯ.....	20
Петрова Я.А., Пономарева Г.А. СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ МАТЕРЕЙ.....	22
Миров И.М. ЭКСТРЕННОЕ ЛЕЧЕБНОЕ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ВНУТРИМАТОЧНОЕ ВВЕДЕНИЕ АНТИБИОТИКОВ ПРИ КЕСАРЕВОМ СЕЧЕНИИ.....	24
<u>Изучение современных закономерностей формирования здоровья и организации лечебно-профилактической помощи отдельным группам населения в условиях бюджетно-страховой медицины.....</u>	<u>26</u>
Коновалов О.Е., Сычев М.А. ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ВРАЧЕЙ СТАРШЕГО ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА.....	26
Берстнева С.В., Альбицкий В.Ю., Коновалов О.Е. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ЭНДЕМИЧЕСКОГО ЗОБА У ДЕТЕЙ.....	28
Недюк Н.В. ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ И ОБРАЗА ЖИЗНИ СЕМЬИ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.....	30
Афоница Н.А. ПРИЧИНЫ И ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ.....	31
Макарова Т.И. ПОКАЗАТЕЛИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ШКОЛЬНИКОВ 10-17 ЛЕТ И ФАКТОРЫ НА НИХ ВЛИЯЮЩИЕ.....	33
Нариманова О.В. О ПРИЧИНАХ БАНКРОТСТВ БИЗНЕС-ОРГАНИЗАЦИЙ.....	36
Котова Ю.Н. ИННОВАЦИОННЫЕ СТРАТЕГИИ ПРЕДПРИЯТИЯ.....	37
Индеева В.В. РИСК-МЕНЕДЖМЕНТ В СФЕРЕ МАТЕРИАЛЬНОГО ПРОИЗВОДСТВА.....	40
Нариманов Т.Н. АКТУАЛЬНОСТЬ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА АНТИКРИЗИСНОГО УПРАВЛЕНИЯ ПРЕДПРИЯТИЕМ.....	42
Гуськов Е.Е. О ПРИМЕНИМОСТИ ТЕОРИИ ЖИЗНЕННЫХ ЦИКЛОВ ДЕЛОВЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ И АДИЗЕСА К РОССИЙСКОЙ ДЕЙСТВИТЕЛЬНОСТИ.....	43
Соколова Е.А. ПРАВО ПАЦИЕНТА НА ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО.....	45
Хаустова А.Ю. СПЕЦИФИКА ПРЕПОДАВАНИЯ ЮРИДИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН СТУДЕНТАМ НЕГУМАНИТАРНЫХ ФАКУЛЬТЕТОВ.....	47
Соколова Е.А., Соколов И.В. ПРАВО ПАЦИЕНТА НА ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПРИ ПОЛУЧЕНИИ АНЕСТЕЗИОЛОГО-РЕАНИМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ.....	48
Тарарышкина И.С. ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ: ПРОБЛЕ-	

МЫ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ.....	50
Воронин Р.М. ТИПЫ РЕАКЦИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ НА ПРОБУ С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ У ПРИЗЫВНИКОВ.....	53
Воронин Р.М., Андреев Е.А. СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ ПРИЗЫВНИКОВ РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ.....	54

Разработка научных основ медицины труда, экологического благополучия населения и окружающей среды.....

Кирюшин В.А., Сафонкин С.В., Гелевая Г.П. ИТОГИ ИЗДАНИЯ СБОРНИКОВ НАУЧНЫХ ТРУДОВ «СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ».....	56
Пешкова Г.П., Витовщик Е.В., Лисовская М.А. ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПИЩЕВОГО СТАТУСА РАБОТНИКОВ МОЛОЧНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ.....	60
Осина А.В. МЕТОДИКА ПРЕПОДАВАНИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СТУДЕНТАМ МЕДИКО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА.....	62

Совершенствование управления аптечной службой и лекарственное обеспечение населения в рыночных условиях, изыскание новых способов изготовления лекарств и их анализ.....

Назарова М.С. АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ВНУТРИАПТЕЧНОЙ ЗАГОТОВКИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ.....	64
Назарова М.С. ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МАРКЕТИНГОВЫХ ИНСТРУМЕНТОВ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ АССОРТИМЕНТНОЙ ПОЛИТИКИ АПТЕЧНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ.....	65
Клищенко М.Ю., Харченко Г.А. ЭЛЕМЕНТЫ УЛУЧШЕНИЯ РАБОТЫ ПРОВИЗОРОВ ПЕРВОГО СТОЛА.....	67
Клищенко М.Ю., Харченко Г.А. ФОРМИРОВАНИЕ АССОРТИМЕНТА АПТЕКИ.....	69
Николашкин А.Н., Попов Д.М. К ВОПРОСУ СОЗДАНИЯ ЖИДКОГО ЭКСТРАКТА СУШЕНИЦЫ ТОПЯНОЙ.....	71
Леонидов Н.Б., Селезнев Н.Г., Сафенина Л.А. ВЛИЯНИЕ БЕТАМЕЦИЛА® – НОВОЙ ПОЛИМОРФНОЙ МОДИФИКАЦИИ 6-МЕТИЛУРАЦИЛА НА СТИМУЛЯЦИЮ АЛЬВЕОЛЯРНЫХ МАКРОФАГОВ.....	72
Семушкина Н.А., Попов Д.М. ОПТИМИЗАЦИЯ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ВОДНЫХ ИЗВЛЕЧЕНИЙ ИЗ ЛИСТЬЕВ ПОДОРОЖНИКА.....	73
Громова З.Ф. О РАЗРАБОТКЕ ФОТОЭЛЕКТРОКОЛОРИМЕТРИЧЕСКОГО МЕТОДА КОЛИЧЕСТВЕННОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЦИКЛОФОСФАНА.....	75
Чекулаева Г.Ю., Вознесенская М.М. КОЛИЧЕСТВЕННОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВОССТАНАВЛИВАЮЩИХ МОНОСАХАРИДОВ В ВОДОРАСТВОРИМОМ ПОЛИ-	

САХАРИДНОМ КОМПЛЕКСЕ СЛОЕВИЩ ЛАМИНАРИИ.....	77
Мартынов Е.Г., Шилин Р.Р., Островский И.С. ПОЛИСАХАРИДЫ ПЛОДОВ МАНДАРИНОВ.....	79
Мартынов Е.Г., Топилина И.И., Лакштанов В.З., Скокова И.Г. ВОДОРАС- ТВОРИМЫЕ ПОЛИСАХАРИДЫ ПЛОДОВ МАНГО.....	80
Романова Н.Е., Фролова М.А., Селезнев Н.Г. СТАНДАРТИЗАЦИЯ ГЕЛЯ МЕ- ТИЛУРАЦИЛА 10 %.....	82
Фролова М.А., Кулешова Л.Ю., Алексеев В.В. АНАЛИТИЧЕСКИЕ РЕАГЕНТЫ НА ОСНОВЕ 2-(2'-ГИДРОКСИФЕНИЛ)-5-(R'-ФЕНИЛ)-1,3,4-ТИАДИАЗОЛИНОВ...	83
Корецкая Л.В. ОПТИМИЗАЦИЯ ФИНАНСОВОГО АНАЛИЗА АПТЕЧНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ.....	84
<u>Новые технологии в современном медицинском образовании и перспективы его гуманитаризации.....</u>	87
Слюсарева О.Е. СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К ВОСПИТАНИЮ СТУДЕНТОВ В УЧЕБНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ.....	87
Королева Н.Е. ФОРМИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНО-КУЛЬТУРНОЙ КОМПЕ- ТЕНТНОСТИ СТУДЕНТОВ-ПЕРЕВОДЧИКОВ.....	88
Королева Н.Е.СОВРЕМЕННЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ЦЕННОСТИ В ПЕДАГО- ГИКЕ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ.....	89
Голицына М.Н. ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ К ОПРЕДЕЛЕНИЮ ПОНЯТИЯ САМО- ОБРАЗОВАНИЯ.....	91
Голицына М.Н. ПРОЦЕСС ФОРМИРОВАНИЯ КУЛЬТУРЫ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.....	93
Шарова О.А. ЭТНОКУЛЬТУРНАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ В ПРОЦЕССЕ ОБРАЗОВА- НИЯ ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ.....	94
Мартынова М.А. СТАНОВЛЕНИЕ ЛИЧНОСТИ В АСПЕКТЕ КУЛЬТУРОТВОРЧЕ- СТВА.....	96
Глубокая Е.Е. ИЗ ИСТОРИИ СОЗДАНИЯ УЧЕБНЫХ ПОСОБИЙ ПО РУССКОМУ ЯЗЫКУ ДЛЯ ИНОСТРАНЦЕВ В XVIII ВЕКЕ.....	98
Федосеева Л.Н. К ВОПРОСУ О ПРОБЛЕМЕ СООТНОШЕНИЯ КАТЕГОРИИ ПРО- СТРАНСТВА И ЯЗЫКА.....	100
Яковлева Н.В., Ермошина Н.П. ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТА- ТУСА БОЛЬНЫХ СПИД.....	101
Котлярова М.Н. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ УЧИТЕЛЕЙ ОТ- ДЕЛЬНЫХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ГРУПП.....	104
Островская Л.В. СОВРЕМЕННЫЕ ЗАДАЧИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВА- НИЯ.....	106
Семенов В.А., Бахарева Л.Н. ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГО- ГИЧЕСКОЙ НАУКИ.....	108

Соколина Е.Н. ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИСТАНЦИОННОМ ОБУЧЕНИИ.....	109
Полякова О.В., Островский С.М. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ ПОЗНАНИЕ ЛИЧНОСТИ.....	111
Шестопалов С.В. СОЗИДАТЕЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА.....	113
Киселёва О.М. СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ КОМПОНЕНТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ИНФОРМАЦИОННОЙ КУЛЬТУРЫ У ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ.....	114
Киселёва О.М. ПОНЯТИЕ ИНФОРМАЦИОННОЙ КУЛЬТУРЫ.....	116
Тарарышкина М.А. КУЛЬТУРООБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ АСПЕКТ В РАЗВИТИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ.....	118
Потапова С.В., Медведева О.В. ЧАСТОТА НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА И СЕМЕЙНОГО ПОЛОЖЕНИЯ ЖЕНЩИН.....	119

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ АВТОРОВ

Абрамова Н.И.	14	Кудряшова И.А.	18
Агапов А.С.	16	Кулешова Л.Ю.	83
Алексеев В.В.	83	Лакштанов В.З.	80
Альбицкий В.Ю.	28	Левушкин С.К.	14
Андреев Е.А.	54	Леонидов Н.Б.	72
Афоница Н.А.	31	Лисовская М.А.	60
Бахарева Л.Н.	108	Лукьянова Е.И.	7
Берстнева С.В.	28	Макарова Т.И.	33
Вознесенская М.М.	77	Мартынов Е.Г.	79, 80
Витовщик Е.В.	60	Мартынова М.А.	96
Воронин Р.М.	53, 54	Медведева О.В.	119
Гелевая Г.П.	56	Миров И.М.	24
Глубокая Е.Е.	98	Назарова М.С.	64, 65
Голицына М.Н.	91, 93	Нариманов Т.Н.	42
Головачева Н.И.	14	Нариманова О.В.	36
Гребова Л.П.	14, 16, 18	Недюк Н.В.	30
Громова З.Ф.	75	Николашкин А.Н.	71
Гудков Р.А.	5, 7, 9	Осина А.В.	62
Гуськов Е.Е.	43	Островская Л.В.	106
Дейнека Л.Н.	20	Островский И.С.	79
Дмитриев А.В.	3, 9	Островский С.М.	111

Дмитриева Н.В.	3	Панкратова Г.С.	12, 13
Ермошина Н.П.	101	Панкратова Е.С.	9
Ильин В.В.	12	Петрова В.И.	3
Индеева В.В.	40	Петрова Я.А.	22
Кирюшин В.А.	56	Пешкова Г.П.	60
Киселёва О.М.	114, 116	Полякова О.В.	111
Клищенко М.Ю.	67, 69	Пономарева Г.А.	22
Комарова Н.А.	14	Попов Д.М.	71, 73
Коновалов О.Е.	26, 28	Потапова С.В.	119
Корецкая Л.В.	84	Прошлякова Т.Л.	18
Королева Н.Е.	88, 89	Романова Н.Е.	82
Котлярова М.Н.	104	Сафенина Л.А.	72
Котова Ю.Н.	37	Сафонкин С.В.	56
Селезнев Н.Г.	72, 82		
Семенов В.А.	108		
Семушкина Н.А.	73		
Скокова И.Г.	80		
Слюсарева О.Е.	87		
Соколина Е.Н.	109		
Соколов И.В.	48		
Соколова Е.А.	45, 48		
Соломаха Е.Ю.	9		
Сычев М.А.	26		
Тарарышкина И.С.	50		
Тарарышкина М.А.	118		
Ткаченко Т.Г.	3		
Топилина И.И.	80		
Тришкин О.М.	13		
Турчанникова Е.В.	18		
Федосеева Л.Н.	100		
Фомина Н.А.	12, 13		
Фролова М.А.	83		
Харченко Г.А.	67, 69		
Хаустова А.Ю.	47		
Чекулаева Г.Ю.	77		
Шарова О.А.	94		

Шатская Е.Е.	3
Шестопапов С.В.	113
Шилин Р.Р.	79
Яковлева Н.В.	101