

СЕВЕРНЫЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР СЗО РАМН
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«СЕВЕРНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

БЮЛЛЕТЕНЬ
СЕВЕРНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО
МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Выпуск XXXV

№ 2

Архангельск
2015

УДК 61(98)
ББК 5(001)
Б 98

Главный редактор: доктор медицинских наук, профессор, проректор по научно-инновационной работе СГМУ *С.И. Малявская*

Зам. главного редактора: кандидат медицинских наук, доцент *А.В. Лебедев*; младший научный сотрудник ЦНИЛ СГМУ *А.А. Пармонов*

Редакционная группа: студент II курса лечебного факультета *Д.А. Боровиков*

Бюллетень Северного государственного медицинского университета. Вып. Б 98 XXXV. – Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2015. – № 2. – 80 с.

В бюллетене представлены материалы II Международного молодежного медицинского форума «Медицина будущего – Арктике»: работы молодых ученых (интернов, ординаторов, аспирантов) и студентов СГМУ и других вузов. Статьи бюллетеня отражают основные направления научной работы и развития медицины: новые методы лечебно-диагностической помощи, здоровье матери и ребёнка, медико-экологические аспекты здоровья населения, проблемы охраны психического здоровья, организация медико-социальной помощи населению, совершенствование системы медицинского образования.

УДК 61(98)
ББК 5(001)

Уважаемые читатели!

Вы держите в своих руках очередной XXXV выпуск периодического издания Северного государственного медицинского университета и Северного научного центра СЗО РАМН – сборника научных работ «Бюллетень СГМУ», который издается с 1997 года.

В Бюллетене публикуются научные работы практических врачей, молодых ученых (интернов, ординаторов, аспирантов) и студентов ВУЗов, материалы научных конференций и конгрессов, проходящих в Северном государственном медицинском университете.

Следующий, XXXVI выпуск сборника «Бюллетень СГМУ» традиционно будет посвящен III Международному молодежному медицинскому форуму «Медицина будущего – Арктике». Основная цель конференции – развитие студенческого и молодежного научного движения, научно-исследовательской активности студентов, аспирантов и молодых ученых, результативности и качества их научной деятельности, получение необходимого опыта выступлений и дискуссий, сохранение и развитие единого научно-образовательного пространства, установление контактов между будущими коллегами.

В Северном государственном медицинском университете, в одном из старейших и уважаемых в области и самом северном из медицинских в мире вузов, в образовательном учреждении с богатой историей молодежной науки во все времена существования вуза традиционно уделяется пристальное внимание. Показателем состоятельности северной медицинской научной школы, организации работы с молодыми исследователями служат достижения молодых талантов СГМУ, признание их достижений на самом высоком научном уровне. Работа конференции будет проходить по тематическим симпозиумам, соответствующим основным разделам медицинской науки: хирургия; анестезиология и интенсивная терапия; онкология, лучевая диагностика и лучевая терапия; педиатрия; стоматология; терапия; акушерство и гинекология; теоретические основы клинической медицины (биология, физиология); морфология; гигиена, физиология труда, экология и безопасность в чрезвычайных ситуациях; военная и морская медицина; организация здравоохранения, общественное здоровье, социология здоровья; педагогика и психология высшей школы; история медицины и науки; клиническая гемостазиология; офтальмология; фармация и фармакология; профилактическая медицина и оздоровительные технологии и др.

Участие в научных форумах, где встречаются представители многих высших учебных заведений и научных организаций, является одним из видов поддержки научной и общественной активности молодых ученых и студентов; способствует пропаганде новейших достижений медицинской науки среди молодежи, позволяет продемонстрировать научный и инновационный потенциал молодых ученых России, а сами молодые исследователи получают необходимый опыт научных выступлений и дискуссий, получают возможность узнать новую информацию, поделиться опытом, пообщаться с коллегами и презентовать свои исследования..

Проректор по научно-инновационной работе
Северного государственного медицинского
университета, профессор, д.м.н.

Малявская С.И.

СИНКОПАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ У ДЕТЕЙ

Абышова С.А., Каськив С.М., Лодыгина А.В., Соколова А.В., Стрельцова Т.А., Хромова К.А., Шаравина И.С.

Северный государственный медицинский университет. Кафедра педиатрии. Студенты 6 курса педиатрического факультета.

Научный руководитель: к.м.н., асс.кафедры педиатрии Артемова Н.А.

Аннотация: Проведен анализ причин синкопальных состояний у детей, показана роль вегетативной дисрегуляции в формировании звеньев патогенеза при синкопальных состояниях.

Ключевые слова: синкопальное состояние, обморок, вегетативная дистония.

Актуальность. Проблема диагностики и лечения синкопальных состояний неясного генеза занимает важное место в научной и практической деятельности врачей различных специальностей. По данным Lewis (1999г) 15 % детей до 18 лет в популяции имеют как минимум один эпизод синкопе. Иногда даже один эпизод синкопе может привести к летальному исходу, в том числе вследствие сопутствующих травм при падении.

Цель работы. Изучить частоту синкопальных состояний у детей, выяснить причину их возникновения, оптимизировать подход к ведению больных с обмороками.

Материалы и методы. За период с января 2011 по декабрь 2014 года в 4 соматическом отделении ГБУЗ АО «АДКБ» было пролечено 1275 детей. Методом случайной выборки были отобраны истории болезни, проведена выкопировка данных о факте потери сознания (40 ребенка – 3,2 %). Выборка включала детей обоих полов: 17 мальчиков (42,5 %) и 23 девочки (57,5 %). Возраст обследуемых детей – от 6 месяцев до 17 лет. Средний возраст – 11 лет 2 месяца. Дети до 7 лет составили 22,5 % (9 детей), 7-13 лет – 37,5 % (15 детей), 14-18 лет 40 % (16 детей). Во всех возрастных группах выявлено незначительное превалирование девочек. Проведен анализ анамнеза, объективных данных, результатов обследования и лечения этих детей.

Результаты и обсуждения. Впервые синкопе диагностировано у 19 человек (47,5 %), с повторными эпизодами синкопе был госпитализирован 21 ребенок (52,5 %).

Синкопе состоит из 3 периодов: предобморочное состояние, время обморока и послеобморочное состояние [6]. У половины детей начало приступа начиналось с продромы, представленной чувством слабости, вялостью, «мельканием мушек» перед глазами, головокружением. У остальных детей потеря сознания случилась внезапно. Липотимическое состояние у обследуемых чаще возникало в душных помещениях, после длительного стояния, на фоне физической нагрузки (езда на велосипеде, урок танцев, лыжный кросс) или эмоционального стресса (вид крови). У всех обследуемых детей отмечалась кратковременная потеря сознания (от нескольких секунд до нескольких минут), что указывает на 1 степень тяжести обморока (И.Г. Фомина, 1997). Оценить состояние детей в постприступный период не представилось возможным из-за отсутствия указания на это в истории болезни в большинстве случаев.

По данным литературы чаще всего (до 75 % случаев у детей) встречаются доброкачественные нейрорегенные обмороки, имеющие благоприятный прогноз и не требующие длительного медикаментозного лечения [1]. Вегетативной дисфункцией страдают от 12 до 29 % детей и подростков. В настоящем исследовании в большинстве случаев обморок случался на фоне синдрома вегетативной дисфункции – у 33 детей (82,5 %), у 4 детей (10 %) – на фоне алкогольного отравления, у трех (7,5 %) – на фоне судорог (у всех троих детей диагноз эпилепсии был установлен ранее). У большинства детей отмечалось перманентное течение синдрома вегетативной дисфункции (76 %), у 8 детей (24 %) течение носило пароксизмальный характер. Анализ заключительных диагнозов показал, что синдром вегетативной дистонии у 11 детей протекает по ваготоническому типу (33 %; 52,4 % среди детей с уточненным типом вегетативной дисфункции), у 1 ребенка – по симпатикотоническому типу (3 %; 4,8 % соответственно), у 4 детей – по смешанному типу (12 %; 19 % соответственно), по кардиальному типу – у троих (9 %; 14,2 % соответственно), по гипотоническому и гипертоническому типу – по 1 ребенку (по 3 % на каждого; по 4,8 % соответственно). У оставшихся 12 человек (36 %) тип вегетативной дисфункции не был уточнен, среди которых 25 % не предъявляли никаких жалоб (можно предположить латентную форму синдрома вегетативной дистонии), 25 % детей жаловались на цефалгии в сочетании с головокружением, еще 25 % – на головокружения без цефалгий, 16,7 % пациентов – на цефалгии без головокружения, 8,3 % – на астению. У детей этой группы были отмечены фоновые отклонения в виде извитости внутренней сонной артерии, церебральной ангиодистонии по результатам обследования и факт провокации (боязнь вида крови, физическая нагрузка).

Недостаточность объективных данных в истории болезни в большинстве случаев не позволили оценить исходный вегетативный статус детей. Всем детям проводилось измерение артериального давления, температуры, подсчет частоты сердечных сокращений, частоты дыхательных движений. Клиноортостатическая проба проведена 2 детям (5 %).

В настоящее время в педиатрии для характеристики вегетативного тонуса используются математические модели оценки вегетативных показателей (индекс Кердо, анализ variability ритма сердца с расчетом статистических показателей (индекс напряженности по Р. М. Баевскому)) [1]. Кардиоинтервалография в ГБУЗ АО «АДКБ» в настоящее время не проводится по техническим причинам. Мы рассчитали для каждого ребенка с синдромом вегетативной дисфункции исходный вегетативный тонус по вегетативным индексам Кердо и Хильденбранта и получили следующие результаты: у 25 детей (75,8 %) преобладал тонус симпатической, у 7 детей (21,2 %) – парасимпатической нервной системы, у одного ребенка (3 %) – эйтония. Получены иные результаты, свидетельствующие о другой направленности вегетативного тонуса у детей.

Всем детям в отделении был проведен клинический минимум обследования (общие анализы крови и мочи), биохимическое исследование крови, в том числе глюкоза и электролиты крови. Электрокардиография выполнена в 95,5 % случаев, у некоторых пациентов с выполнением нагрузочных проб. У большей части детей на электрокардиографии выявлялась брадикардия, вероятно как косвенный признак ваготонии. Эхокардиография проведена в 60 % случаев, холтеровское мониторирование – в 37,5 %, суточное мониторирование артериального давления – двум детям (5 %). Нарушений сердечного ритма иного характера не выявлено. Также обследуемым назначалась электроэнцефалография (72,5 %), эхоэнцефалоскопия (17,5 %), ультразвуковое исследование брахиоцефальных артерий (75 %), рентгенография шейного отдела позвоночника (17,5 %), компьютерная томография головного мозга (25 %), магнитно-резонансная томография (10 %). На электроэнцефалографии у детей выявлены признаки заинтересованности диэнцефальных структур (у 40 % среди детей, прошедших это обследование) и у ряда детей умеренно выраженные изменения биоэлектрической активности мозга. Исследование тиреоидного профиля проводилось у 3 детей. Консультация невролога потребовалась 4 детям (10 %).

В медикаментозном лечении детей с синкопальными состояниями на фоне синдрома вегетативной дистонии использовались такие средства как глицин, магне В6, фенибут. У детей с эпилепсией проводилась противосудорожная терапия.

Таким образом, доля детей и подростков с синкопальными состояниями в исследовании составила 3,2 %, что значительно меньше, чем по данным литературы. Липотимическое состояние предшествовало потере сознания у половины детей. В этиологической структуре обморочных состояний первое место занимает синдром вегетативной дисфункции, преобладание вазовагальных и ситуационных синкопе. Среди пациентов преобладают дети, находящиеся в предпубертатном и пубертатном периодах. Частота вегетативной дисфункции в популяции мальчиков, по данным различных авторов, колеблется от 54,6 % до 72,6 %, а среди девочек от 62,4 % до 78,2 %, что отражает наше исследование, хотя и не получено достоверных статистических результатов [1]. В целом наши результаты не противоречат литературным данным [1,4,5]. Диагностика синдрома вегетативной дисфункции во многом субъективна, так как основывается на клинической симптоматике и зависит от опыта врача. Перечень диагностических мероприятий проведенных детям представлен в достаточном объеме.

По результатам исследования считаем целесообразным рекомендовать следующее: 1. Продолжить обучение врачей по качественной диагностике синкопальных состояний. 2. Ввести в рутинную практику заполнение таблиц для определения исходного вегетативного тонуса у детей с признаками вегетативной дисфункции (таблицы и вопросники А. М. Вейна, модифицированных для детей Н. А. Белоконов, 1987г). 3. Проводить функциональные нагрузочные пробы (с дозированной физической нагрузкой, ортостатическая проба), которые не требуют экономических затрат, но позволяют расширить возможности объективной оценки вегетативной дисфункции. 4. Оптимизировать медикаментозное лечение в соответствии с диагностируемым вегетативным статусом у ребенка.

Литература:

1. Ледяев М.Я., Степанова О.В., Шахова Н.В. Синдром вегетативной дисфункции у детей: мифы и реальности // Лечащий врач 2009г, №1, С.23-27
2. Миллер О.Н., Бондарева З.Г., Гусева И.А. // Российский кардиологический журнал. – 2003.– № 3.– С. 25–29.
3. Носкова Т.Ю. Алгоритм дифференциальной диагностики синкопальных состояний// Атмосфера. Нервные болезни. – 2007- №4-с.27-30
4. Руководство Европейского кардиологического общества по диагностике и лечению синкопальных состояний (ESC Guidelines on Diagnosis and Treatment of Syncope, 2009)
5. Школьникова М.А. Современные подходы к диагностике и лечению синкопальных состояний у детей старшего возраста и подростков с использованием длительной пассивной ортостатической пробы (тилт-теста). Методические рекомендации (№ 11). – М., 2005. – 28 с
6. Щербакова А.Г., Потапова М.В., Амиров Н.Б. Синкопальные состояния: учебно-методическое пособие для слушателей послевузовского и дополнительного профессионального образования. ГОУ ВПО КГМУ. – Казань, 2011. – 54 с
7. Щербакова И. А. Нейрокардиогенные обмороки // Вестник современной клинической медицины. – 2011 – том 2 выпуск 4- с.43-48.

ПАЛЛИАТИВНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПОЖИЛЫМ: СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Антипин П.А.

Архангельск, Российская Федерация, Центр паллиативной медицинской помощи при ГБУЗ Архангельской области «Архангельская городская клиническая больница №6»

Аннотация: Обеспечение качества жизни пожилых в современном «стареющем» мире становится одними из важных направлений государственной политики многих стран, поддержка этой возрастной группы, включая медицинскую и социальную компоненты, должна обеспечиваться не только на государственном, но и на региональном уровне.

Ключевые слова: пожилые, паллиативная медицинская помощь, качество жизни обслуживание и уход на дому, психологическая и консультативная помощь.

Старение часто сопровождается разрывом прежних связей, социальной изоляцией, одиночеством, что существенным образом сказывается на качестве жизни. С медицинской точки зрения особенностью пожилых пациентов является полиморбидность и присоединение тяжелых осложнений, что требует ухода и посторонней помощи. При этом приоритет должен быть отдан организации и предоставлению этой помощи в момент перехода от системы интенсивной терапии к поддерживающему обслуживанию пациентов и уходу на дому.

Основную группу пациентов Центра паллиативной медицинской помощи при ГБУЗ Архангельской области «Архангельская городская клиническая больница №6» составляют онкологические больные в терминальной стадии заболевания: в 2014 году это – 98 % от числа больных, обслуживаемых выездной бригадой и 60 % – от числа пациентов стационара. Присутствие в семье больного, требующего постоянного ухода, само по себе способствует возникновению внутрисемейной напряженности. В свою очередь, неблагоприятное семейных отношений, их разлад могут еще больше усугубить страдания, оказывать негативное влияние на течение заболевания и характер социально-психологической адаптации пациентов. Поэтому стратегия сотрудничества медицинского персонала, оказывающего паллиативную медицинскую помощь, с родственниками больного значительно облегчает уход и положительно влияет на качество жизни пациентов.

С целью изучения значимости оказания психологической и консультативной помощи родственникам пациентов Центра проведен анкетный опрос лиц, осуществляющих уход за больными, страдающими распространенными формами злокачественных новообразований. Экспериментом охвачено 62 человека. Заполнение анкет проводилось во время посещения больного выездной бригадой.

Основную группу обслуживаемого Центром контингента составляют пациенты старше 50 лет (около 87,0 %). Средний возраст лиц, осуществляющих уход на дому – 55,8 года. Большинство респондентов на момент опроса не работали – 74,2 %; в 58 случаях проживали совместно с пациентом, в 6 – ежедневно посещали больного. При этом наличие затруднений в общении с больным отметили 74,2 % лиц, осуществляющих уход.

К числу наиболее распространенных причин данных затруднений были отнесены: чувство усталости и близкой утраты, боязнь говорить о болезни. 64,5 % испытывали затруднения в общении, обусловленные поведением больного. Наиболее частыми причинами таких затруднений являются «обиды», «гневливость» и «неправильное толкование больными слов близких». Реже – «неприязненность отношений»; «замкнутость» и «необщительность» больного человека. 67,7 % опрошенных отметили, что получают консультационную и психологическую помощь специалистов Центра. Однако 41,9 % респондентов выразили потребность в получении квалифицированной помощи психолога («как вести себя с онкологическим больным», «как облегчить восприятие болезни пациентом», проблемы собственной психологической усталости).

Анализ полученных данных нацеливает на разработку обучающих программ направленных на расширения психологической помощи родственникам и пациентам Центра и обучение родственников правильному уходу на дому.

Обеспечение адекватного психологического сопровождения и организация правильного ухода на дому существенным образом улучшат качество жизни больных тяжелыми, неизлечимыми заболеваниями и членов их семей.

ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ОБУЧЕНИЯ В ШКОЛАХ ЗДОРОВЬЯ НА МОДИФИКАЦИЮ ОБРАЗА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Батракова О.Г. ОГБУЗ

«Яковлевская центральная районная больница», врач-терапевт.

Аннотация: целью работы явилось изучение эффективности лечебных мероприятий у больных артериальной гипертензией после проведенного комплексного обучения. Проведено наблюдение за 126 пациентами, разделенных на 2 группы. Пациенты первой группы обучались в школе здоровья с членом семьи и в последующем посещали терапевта раз в три недели, группа контроля проходила обучение самостоятельно и осматривалась терапевтом раз в три-шесть месяцев. В результате выяснено, что комплексный подход к обучению пациентов с привлечением специалистов из смежных областей и активный патронаж значительно повышает комплаентность пациентов и улучшает прогноз течения заболевания.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, факторы риска, школы здоровья.

Актуальность темы: Сердечно-сосудистые заболевания – это национальная проблема, ведь каждый 13-й россиянин страдает сосудистой патологией. Каждый второй летальный исход вызван именно этой причиной. Только в 2014 г. смертность от ССЗ составила 650,3 на 100 тыс. населения [1]. Характерно, что в нашей стране 40 % всех случаев смерти приходится на людей трудоспособного возраста – от 25 до 64 лет. В экономически развитых странах смертность трудоспособного населения от ССЗ обуславливают 7 основных факторов риска: стресс, гиперхолестеринемия, табакокурение, избыточная масса тела и ожирение, недостаточное потребление овощей и фруктов, злоупотребление алкоголем и низкая физическая активность [3]. Под руководством ВОЗ 194 страны поставили свои подписи под многоцелевым Глобальным планом по профилактике неинфекционных заболеваний, предусматривающим, в частности, снижение к 2025г. случаев повышенного артериального давления в мире на 25 %. Характеризуя состояние сердечно-сосудистой заболеваемости в стране, Ирина Чазова – главный кардиолог Минздрава России назвала основные направления государственной политики в этой сфере, среди которых на первом месте – повышение активности работы первичного звена системы здравоохранения. Речь идет об использовании высокотехнологичных методов диагностики и лечения, активной диспансеризации и профилактики, внедрении новых информационных методов, особенно в малых городах и на селе [1]. При воздействии на факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний можно предотвратить развитие осложнений [2,4]. Объективные характеристики качества жизни человека складываются из следующих составляющих: биологических – состояние здоровья, психических (духовных) – психологическое равновесие и социальных – взаимодействие с социальной средой.

Цель: изучение эффективности лечебных мероприятий у больных АГ после проведения комплексного обучения.

Материалы и методы: проводилось наблюдение 126 больных артериальной гипертензией, находящихся на диспансерном учете у врача-терапевта ОГБУЗ «Яковлевская ЦРБ» в период 2012-2015 г.г., среди них 72 женщин и 54 мужчин. Средний возраст пациентов составил $52,5 \pm 2,2$ года (от 24 до 68 лет). 13 пациентов имели 1 ст. артериальной гипертензии (мужчин-3, женщин – 10), 48 человек – 2 ст. (мужчин -19, женщин – 29), 65 пациентов – 3 ст. (мужчин-32, женщин – 33). Пациенты были разделены на две группы наблюдения, в первую группу вошли пациенты (n=67, мужчин-23, женщин – 44), обучавшиеся в школе здоровья по артериальной гипертензии вместе с членом семьи, а также прошедшие цикл практических занятий по физической подготовке с инструктором ЛФК. Пациенты первой группы наблюдения осматривались терапевтом для коррекции лечения и контроля за соблюдением рекомендаций с частотой раз в три недели. Пациенты группы сравнения (n= 59, мужчин-31, женщин – 28) обучались в школе здоровья самостоятельно, осматривались терапевтом с частотой раз в три – шесть месяцев (после стабилизации показателей артериального давления).

Обучение пациентов в школе здоровья для повышения эффективности лечения проходило с детальным разбором тем, затрагивающих модификацию образа жизни и коррекцию факторов риска развития сердечно-сосудистой патологии. В работе школы здоровья, помимо инструктора ЛФК, активное участие принимали узкие специалисты – проводились как теоретические занятия и консультации, так и практические тренинги, направленные на выработку полезных навыков: нарколог для работы с пациентами, страдающими никотиновой и алкогольной зависимостями, психолог для работы с пациентами с проявлениями депрессии и тревоги, ожирением и никотиновой зависимостью, эндокринолог для работы с пациентами с проявлениями метаболического синдрома. По специально разработанной анкете проведен опрос включенных в исследование пациентов для выявления имеющихся факторов риска артериальной гипертензии. Вопросы анкеты включали разделы: отношение к курению, оценка пищевого поведения,

двигательная активность, наличие родственников, заинтересованных в здоровье пациента. Дополнительно использовалась госпитальная шкала тревоги и депрессии для оценки эмоционального статуса пациента. Анкетирование проводилось дважды, при включении в исследование и через полгода наблюдения. Всем пациентам назначалась гипотензивная терапия согласно стандартам лечения артериальной гипертензии. Анализ полученных данных выполнен с использованием программы медицинской статистики SPSS, 17 версия.

Результаты: при обследовании пациентов выяснилось, что при включении в исследование 12,69 % (n=16, мужчин – 9, женщин – 7) пациентов имели нормальную массу тела, избыток массы тела имели 34,13 % (мужчин- 18, женщин -25), – ожирение 1 степени – 46,03 % (мужчин-25, женщин -33), – ожирение 2 степени и выше – 7,14 % (мужчин-2, женщин -7).

Со слов больных, лекарственные средства, назначенные врачом, регулярно принимали 44,4 % пациентов (n=56, мужчин-18, женщин -38). Наследственность, отягощенная по сердечно – сосудистым заболеваниям имела у 66,6 % пациентов, причем обращает на себя внимание наличие отягощенной наследственности у 100 % пациентов-мужчин в возрасте до 40 лет.

При анализе анкет выяснилось, что курят более 10 лет – 25,4 % пациентов (n=32, мужчин- 24, женщин -8), более 20 сигарет (пачка) в день употребляют – 6 мужчин, что составляет 4,8 %.

Нарушение липидного обмена наблюдалось у 41 пациента, 32,5 % (мужчин-26, женщин -15), из них повышенный уровень ТГ имели 27 пациентов (мужчин-16, женщин -11).

Оценивая пищевое поведение, получены данные, что на этапе включения достаточное потребление зерновых продуктов, овощей и фруктов (30 баллов и более) было у 6 пациентов (4,8 %), менее 20 баллов набрали большинство пациентов – 96 человек (мужчин-42, женщин -54). Повышенное потребление алиментарных жиров (от 22 баллов и выше) также зафиксировано у большинства пациентов (n=79, мужчин-46, женщин -33).

Показатели двигательной активности на этапе включения: 68,2 % пациентов тратят на ходьбу до 30 мин в день (n=86, мужчин-32, женщин -54), 30-60 мин в день 25,4 % (n=32, мужчин- 19, женщин -13), доля пациентов, тратящих на ходьбу более 60 мин в день составила – 6,4 % (n=8, мужчин-3, женщин -5). Дополнительно физическими тренировками (спортзал, бассейн, танцы и др.) занимались 6 пациентов (мужчин-2, женщин – 4).

При контрольном обследовании через полгода получены следующие данные:

97,8 % пациентов, обучавшихся в школе здоровья с членом семьи, стали принимать лекарственные препараты регулярно, в сравнении с 78,6 % пациентов группы сравнения (p=0,021); в первой группе исследования бросили курить 76,4 % пациентов, во второй – 23,6 % (p<0,001); изменили пищевое поведение в сторону увеличения потребления зерновых продуктов 56,2 % пациентов 1 группы и 13,7 % – 2 группы (p<0,001), уменьшили потребление алиментарных жиров 47,9 % и 3,6 % пациентов соответственно (p<0,001); в первой группе пациентов снижения массы тела на 10 % и более достигли 38,8 % пациентов, во второй – 5,1 % (p<0,001); увеличили долю двигательной активности 15,4 % пациентов 1 группы и 1,3 % группы сравнения (p<0,001). Также следует отметить, что у ряда пациентов 1 группы при снижении массы тела и нормализации пищевого поведения потребовалось снижение дозы гипотензивных препаратов.

Выводы:

1. Для более эффективной работы по изменению образа жизни пациентов с артериальной гипертензией необходимо создавать не только условия для обучения в школах здоровья, но и контроль за немедикаментозным лечением больных.

2. Обучение в школах здоровья с привлечением специалистов разного профиля (терапевт, эндокринолог, психолог, физиотерапевт, специалист по лечебной физкультуре) увеличивает приверженность пациентов к занятиям.

3. Организация активного медицинского патронажа значительно повышает комплаентность пациентов в борьбе с факторами риска развития сердечно-сосудистой патологии и модификацией образа жизни.

4. Активное участие членов семьи в лечебном процессе достоверно улучшает прогноз развития заболевания и, тем самым, снижение риска развития осложнений.

Литература:

1. Глуховский М. Цена золотого часа – жизнь //Медицинская газета. 2015. №17.С. 5.
2. Мычка В.Б. Первичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний. / Мычка В.Б., Чазова И.Е., Оганов Р.Г. // Consillium medicum. – том 11, №1, – 2009.
3. Оганов Р.Г., Хальфин Р.А. «Руководство по медицинской профилактике». М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 464 с.
4. Степура О.Б., Пак Л.С., Акатова Е.В. и др. Качество жизни у больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы //Кардиология. – 1998. – №10. – с. 62-65.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Белозерова Г.Ю., Ишекова Н.И.

Архангельск, Россия, ФГБУЗ СМКЦ им Н.А. Семашко ФМБА России

Аннотация: Проведен анализ результатов лазеротерапии у детей с диагнозом: Аденоиды II и III степени. Наиболее выраженный эффект был получен при использовании красного лазера с применением световода на аппарате «Матрикс».

Ключевые слова: лазеротерапия, аденоиды.

Статистические данные свидетельствуют о том, что среди всех обращений в детскую поликлинику, 60 % приходится на ЛОР-врача. По нозологическим формам аденоиды и аденоидиты составляют 25 % среди прочих ЛОР-заболеваний, т.е. каждый четвертый ребёнок имеет увеличенные аденоидные вегетации или их воспаление – аденоидит. Аденоиды увеличиваются у детей чаще в возрасте от 3 до 7 лет, реже до 12-летнего возраста [1].

Ведущая роль лимфоаденоидного глоточного кольца в создании иммунного барьера слизистых оболочек верхних дыхательных путей, его регуляции диктует необходимость консервативной тактики лечения аденоидных вегетаций, особенно в период раннего детства [2,4].

Лазеротерапия при аденоидах ставится всё более востребованным методом лечения, заменяя оперативное лечение как не физиологичное и требующее применения наркоза [3].

Цель исследования – оценить эффективность лазеротерапии у детей с диагнозом: Аденоиды II и III степени.

Под нашим наблюдением находилось 44 ребёнка в возрасте от 3 до 7 лет. Из них: 38 человек с диагнозом аденоиды II степени и 6 человек с диагнозом аденоиды III степени. При осмотре ЛОР-врачом у детей отмечалось: отёчность аденоидной ткани, слизисто-гнойное отделяемое из носоглотки, гнусавость. Все пациенты были разделены на 2 группы:

I группа – 10 человек с диагнозом: Аденоиды II степени и 4 человека с диагнозом: Аденоиды III степени получали лазеротерапию на аппарате «Матрикс», воздействовали красным лазером (насадка КЛЮЗ) эндоназально через световод, используя тубус (возможно через ушную воронку в преддверье носа), по 1-3 минуты в каждый носовой ход, мощностью 10 мВт. Далее облучали небные миндалины дистантно световодом через тубус красным лазером по 1 минуте (насадка КЛЮЗ), затем воздействовали на проекцию тимуса в верхней трети грудины расфокусированным лучом, время 1 минута (насадка КЛЮЗ). Курс лечения составлял 10 процедур.

II группа – 34 человека с диагнозом: Аденоиды II степени и 4 человека с диагнозом: Аденоиды III степени получали лазеротерапию на аппарате «Рикта», воздействовали инфракрасной матрицей на крылья носа по 1-2 минуты с частотой 5 Гц, интенсивностью 50 %, затем облучали подчелюстные лимфоузлы по 1-2 минут и воздействовали на проекцию тимуса, время 1 минута. Курс лечения составлял 10 процедур.

Во время лазеротерапии все дети получали антиоксидантную терапию (аскорбиновая кислота 1 драже 2 раза в день после еды).

В результате проведённого лечения в I группе отмечалось улучшение носового дыхания, после 3–5 процедур у 9 (90 %) детей с диагнозом: Аденоиды II степени. К концу курса отмечалось значительное улучшение носового дыхания у всех детей со II степенью аденоидов, а у детей с III степенью заболевания носовое дыхание улучшилось только у 2 (50 %) человек.

Во II группе улучшение носового дыхания у детей с диагнозом аденоиды II степени, отмечалось у 10 (30 %) человек после 5 процедуры, к концу курса носовое дыхание улучшилось у 24 (70 %) человек со II степенью и у 1 (25 %) человека с III степенью.

При повторном осмотре ЛОР-врача у 11 (79 %) детей I группы и 25 (73 %) детей II группы наблюдалось уменьшение отёка аденоидных вегетаций, отделяемое носоглотки становилось слизистым или исчезало, уменьшалась гнусавость.

Таким образом, при проведении лазеротерапии более выраженный эффект был получен при использовании красного лазера с применением световода на аппарате «Матрикс».

Литература:

1. Картелишев А.В., Румянцев А.Г. Лазерная терапия и профилактика. М.: Изд-во «Практическая медицина», 2012. 398 с.
2. Лапченко А.С. Современные возможности использования лазерного излучения в оториноларингологической практике // Вестник оториноларингологии. 2006. №5. С. 59-62.
3. Москвин СВ., Наседкин А.Н., Осин А.Я., Хан М.А. Лазерная терапия в педиатрии. М. Тверь: ООО «Издательство «Триада», 2009. 480 с.
4. Плужников М.С., Александров А.Н., Рябова М.А.. Лазерная медицина в оториноларингологии // Вестник оториноларингологии. 2000. №6. С. 40-41.

ФАКТОРЫ РИСКА НАРУШЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ЖЕНЩИНЫ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ

Бибикова Елена Алексеевна

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Архангельской области «Архангельский родильный дом им. К.Н. Самойловой» Центр планирования семьи и репродукции
Научные руководители: д.м.н. проф. Соловьев А.Г., д.м.н. проф. Новикова И.А.*

Аннотация: В статье представлен обзор биологических, социальных и психологических факторов риска нарушения психологической безопасности женщины в период беременности.

Ключевые слова: беременность, психологическая безопасность, факторы риска

Период беременности является временем повышенного риска развития психических нарушений и любые негативные воздействия среды могут отрицательно влиять на организм женщины и вызвать серьезные трудности при реализации генетического потенциала ребенка [4,6]. Наличие психотравмирующих агентов, неблагоприятного психического фона вокруг беременной являются мощным провокатором развития нервно-психических расстройств.

Психологическая безопасность – переживание личностью психологического комфорта, выражающееся в осознании собственного статуса, чувства собственного достоинства и их неприкосновенности, а также в эмоциональном принятии себя. Закономерно, в период беременности возникает повышенный риск нарушения психологической безопасности женщины.

Данная проблема является актуальной с точки зрения анализа факторов риска нарушения психологической безопасности женщины во время беременности. Период беременности является психологически трудным периодом в жизни женщины, испытывающей на себе влияние биологических, социальных и психологических факторов.

Анализ литературы позволил выделить основные неблагоприятные биологические факторы, оказывающие влияние на здоровье женщины:

- возраст женщины (возраст до 18 лет является фактором повышенного риска возникновения нервно-психических нарушений у беременных [8]; материнство в таком возрасте – стресс, отрицательно влияющий как на мать, так и на ребенка[7] ; беременные женщины в возрасте старше 35 лет испытывают больше опасений по поводу состояния своего здоровья и здоровья будущего ребенка, по поводу предстоящих родов и материнства, кормления грудью);
- состояние соматического здоровья женщины (на момент зачатия –женщины и мужчины) в период беременности [1,5];
- состояние психического здоровья женщины во время беременности[6,2] .

К социальным факторам относятся:

- наличие у женщины и мужчины профессиональных вредностей;
- наличие у женщины и мужчины любых форм химической зависимости (алкоголизация, наркотизация, табакокурение) [10];
- неблагоприятные социально-экономические условия (низкий социально-экономический статус значительно повышает риск развития невротических депрессивных нарушений у беременных[12], а социально обусловленный стресс способствует развитию психоэмоциональной напряженности и прогрессированию симптомов угрозы прерывания беременности [3];
- неблагоприятная среда обитания ;
- отсутствие возможности у женщины медицинского наблюдения, обследования и консультаций [4].

Психологические факторы являются наиболее значимыми, поскольку осложнения в физиологическом течении беременности здоровой женщины чаще всего связаны с психологическими причинами.

К основным неблагоприятным психологическим факторам можно отнести:

- незапланированность и нежелательность беременности;
- дисгармоничные супружеские [11] и семейные отношения[9];
- беременность с целью получения какой-либо выгоды[4] ;
- наступление беременности в неблагоприятную стадию формирования супружеских отношений (вне брака, на стадиях конфронтации, личностного кризиса) [4];
- хроническая и острая психотравмирующая ситуация, на фоне которой протекает беременность[5].

Таким образом, имеются биологические, социальные и психологические факторы риска нарушения психологической безопасности женщины в период беременности. Выявление этих факторов будет способствовать ранней профилактике нарушений психологической безопасности и эффективной психокоррекции в период беременности.

Литература:

1. Блох М.Е. Личностные и социально-психологические характеристики женщин репродуктивного возраста с гинекологической патологией на этапе планирования беременности: Автореф. дис. канд.наук. – Санкт-Петербург 2012.
2. Бронфман С.А., Перова Е.И., Кудяева Л.М. Сравнительное исследование клиничко-психопатологических особенностей перво- и повторнородящих женщин в третьем триместре беременности: Вестник новых медицинских технологий. – Электронный журнал, № 1– 2014.
3. Варакина Г.Н. Особенности течения беременности и развития си томов угрожающего аборта у женщин под влиянием характерологических психосоциальных факторов: автореферат. Казань, 2002.
4. Добряков И.В. Перинатальная психология. – СПб.: Питер, 2010. – 234 с.
5. Захаров Р. И. Особенности психических расстройств при гестозах: Автореф. дис. канд.наук. – Новосибирск, 2001.
6. Коваленко Н.П. Психопрофилактика и психокоррекция женщин в период беременности: перинатальная психология, медико-социальные проблемы.-СПб, 2001. -318 с.
7. Мухамедрахимов Р. Ж. Мать и младенец: психологическое взаимодействие. – СПб.: СПбГУ, 2003.
8. Смулевич А. Б. Депрессии в общей медицине: Руководство для врачей. – М.: Медицинское информационное агентство, 2001.
9. Филиппова Г. Г. Психология материнства. – М.: Изд-во института психотерапии, 2002.
10. Харькова О.А. Клиничко-психологические и социальные характеристики беременных женщин с никотиновой зависимостью: Автореф. дис. канд.наук. – 2010.
11. Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В. Клиничко-психологические методы семейной диагностики и семейная психотерапия: Методические рекомендации. – СПб.: МАПО, 2001
12. Cooklin A. R., Rowe H. J., Fisher J. R. Employee entitlements during pregnancy and maternal psychological well-being // Aust N Z J Obstet Gynaecol. – 2007.– Vol. 47. № 6.

ВЕНТРИКУЛИТ КАК ПРИЗНАК ИНФЕКЦИОННОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ

*Гольчикова Л.В., Завьялова С.В., Викторова Е.В., Изумнова Е.Н., Капанадзе И.Г., Паршина А.А., Чуркина М.Н., Терентьева М.А., Торопов Е.В., Фомина Н.В.
Северный государственный медицинский университет. Кафедра педиатрии.
Студенты 6 курса педиатрического факультета.
E-mail: lidia_golch@rambler.ru
Научный руководитель: к.м.н., асс.кафедры педиатрии Артемова Н.А.*

Аннотация: Изучена частота встречаемости вентрикулитов у детей раннего возраста, проведен анализ воздействия инфекционного фактора на развитие вентрикулита.

Ключевые слова: Вентрикулит, внутриутробные инфекции(ВУИ), нейросонография(НСГ).

Актуальность. Инфекционные повреждения ЦНС у плода часто приводят к тяжелым, не всегда поправимым последствиям [2,5]. Локальный вентрикулит – это воспаление желудочков мозга, при котором эпендима желудочков отечна, инфильтрирована, покрыта гнойными пленками, имеются точечные кровоизлияния в стенку желудочка. Сосудистые сплетения желудочков утолщены, покрыты гнойными наслоениями, а сами сосуды утолщены. Это приводит к нарушению продукции и всасыванию ликвора (симметричная гидроцефалия)[11].

Цель работы. Изучить частоту встречаемости вентрикулита у детей в возрасте до 1 года, выяснить причину возникновения, определить прогноз развития и тактику ведения детей.

Методом случайной выборки отобраны 200 историй болезней детей, находившихся на лечении в 1 и 2 соматических отделениях ГБУЗ АО «АДКБ». Проведена выкопировка данных о наличии признаков вентрикулита (уплотненные, утолщенные стенки эпендимы; тяжи, спайки в просвете желудочков мозга) по результатам НСГ, явившимся единственным критерием отбора. Проанализированы данные 52 истории болезни (26 %). Выборка включала детей обоих полов, из них – 62 % мальчики, 38 % – девочки. Возраст детей – от 0 до 3 месяцев. Проведен анализ течения ante-, интра- и постнатального периодов, объективных данных, результатов обследования и лечения этих детей.

Единственным возможным скрининговым методом нейровизуализации головного мозга для детей является НСГ, по результатам которой у них вместе с признаками вентрикулита была диагностирована вентрикуломегалия (у 100 %), повышение эхогенности паренхимы головного мозга в перивентрикулярных областях (у 47 %), субэпендимальные и субарахноидальные кисты (у 19,2 %), неоднородность

сосудистых сплетений (7,7 %), внутрижелудочковые кровоизлияния (9,6 %). В половине случаев (49 %) признаки вентрикулита были выявлены в 1-3 сутки жизни ребенка, что говорит в пользу раннего внутриутробного инфицирования, у 15 % детей – на 1 неделе, у 20 % – на 2 неделе, у 11 % – на 3 неделе жизни, у оставшихся – в возрасте старше 1 месяца. Позднее появление признаков вентрикулита может свидетельствовать в пользу инфицирования на поздних сроках беременности или интранатально [3].

По данным литературы ВУИ часто протекают латентно, маскируясь под острые респираторные вирусные инфекции [11]. Поражения головного мозга при ВУИ, в том числе вызванных респираторными вирусами, могут приводить к формированию вялотекущих хронических воспалительных поражений, клинически протекающих как вариант перинатальной энцефалопатии и детского церебрального паралича [12]. Анализ показал, что 40 % матерей перенесли острое респираторное заболевание во время беременности. У 75 % женщин по данным ультразвуковой диагностики на разных сроках беременности имелись косвенные признаки текущей внутриутробной инфекции плода (взвесь в околоплодных водах, признаки задержки внутриутробного развития плода, многоводие, маловодие, признаки патологии плаценты). У 35 % женщин наблюдались признаки хронической фетоплацентарной недостаточности, которая резко увеличивает риск развития генерализованной ВУИ при наличии хронического очага инфекции у беременной или при любом остром инфекционном заболевании у нее [8]. Любая инфекция в организме матери повышает риск угрозы прерывания беременности, которая отмечалась неоднократно у 42 % женщин. Хронические гинекологические заболевания (эндометрит, кольпит) были у 46 % матерей, экстрагенитальная патология – у 73 %, отягощенный акушерский и гинекологический анамнез (медаборты, выкидыши, бесплодие) – у 43 % матерей. В 52 % случаев беременность завершилась преждевременно и в 42 % – оперативным путем. Изменение околоплодных вод (маловодие, многоводие, мутные, зеленые воды) было у 23 %, патологические изменения плаценты (петрификаты, кальцинаты, признаки хориоамнионита, преждевременное старение плаценты) – у 17 % женщин.

71 % детей родились в асфиксии, задержка внутриутробного развития плода отмечалась у 35 %, анемия – у 52 %, кефалогематома – у 4 % детей. Клинически у детей имели место синдром угнетения (65,8 %), судорожный (43 %), гипертензионно-гидроцефальный (20 %) синдромы, синдром двигательных нарушений (20 %), церебральной ишемии (20 %), апноэ (11,5 %), церебральной возбудимости (8,6 %), кома (8,6 %), менингоэнцефалит (8,6 %), сенсоневральная тугоухость (5,8 %). В 100 % случаев имело место сочетание поражения ЦНС с патологией других органов и систем.

На инфекции обследованы только 34,6 % женщин, наиболее часто – на токсоплазмоз (50 %), хламидиоз (44,4 %), цитомегалию (38,9 %). При избирательном обследовании детей на TORCH-инфекции методом иммуноферментного анализа, IgM не были выявлены ни у одного ребенка, низкоавидные JgG к токсоплазме выявлены у 18,2 %, а пограничная зона индекса авидности – у 63,6 % детей. При исследовании на цитомегалию – у 21,4 % детей индекс авидности находился в «серой зоне». Наличие низкоавидных антител, нахождение индекса авидности в «серой зоны» могут свидетельствовать о поздней стадии острого периода инфекции.

Люмбальная пункция проведена 16 детям (30,7 %). При исследовании ликвора выявлены изменения прозрачности (18,7 %), ксантохромия (31,2 %), цитоз (25 %) и повышение белка (31,2 %). Исследование методом полимеразной цепной реакции (на цитомегаловирус, вирус простого герпеса, вирус Эпштейна-Барр, энтеровирус, токсоплазмоз) проведено 10 детям (19 % детей из общего числа или 62,5 % среди пунктируемых). Только у одного ребенка в ликворе выявлены фрагменты ДНК цитомегаловируса.

В крови у детей выявлены высокие значения IgA(18 %) и IgM(73,6 %), свидетельствующие о напряжении иммунитета, что может быть при наличии текущего инфекционного процесса в организме детей. Врожденный токсоплазмоз был вынесен в диагноз лишь у одного ребенка, у которого мать была первично инфицирована во время беременности, но лечения не получала. Иммуномодулирующую терапию вифероном (курс лечения в среднем 7 дней) и иммуноглобулином (курс–3 дня) получали 43 % детей, что практически наполовину меньше, чем количество детей с повышенным уровнем общего IgM в крови. Антибактериальную терапию получали 87 % детей, в том числе специфическое лечение ровамицином – 3 (6 %) детей (у всех трех индекс авидности находился в пограничной зоне), на долю проникающих через гематоэнцефалический барьер пришлось лишь 19 %. Лечение виroleксом получал 1 ребенок.

Не возникает сомнений, что локальный вентрикулит является признаком инфекционного поражения ЦНС, частота которого составила 26 %, что не противоречит современным данным о росте данной группы заболеваний за последнее время (22,6 % по данным Заплатникова А.Л. 2008г). Признаки вентрикулита сочетались с поражением других органов и систем в 100 % случаев, т.е. инфекция носила генерализованный характер. Патологическое течение беременности и родов выявлено у всех обследуемых детей, наибольший удельный вес имели факторы инфекционного риска. Обследование матерей на инфекции не всегда является гарантом исключения ее у будущего ребенка. Не у всех женщин есть сведения об обследовании на инфекции. Среди синдромов, указывающих на поражение центральной нервной системы у детей, лидировали синдром угнетения и судорожный синдром. Широкий спектр возбудителей в микробном мире не всегда совпадает с возможностями диагностики.

По результатам исследования считаем целесообразными рекомендовать: В режиме скрининга новорожденного НСГ целесообразно выполнять в возрасте ребенка около 1 месяца жизни. Проводить дина-

мический контроль НСГ у детей с наличием факторов риска инфицирования в перинатальный период. Необходимо соблюдать сроки контроля над динамикой лабораторных данных с интервалом 10-14 дней в случае выявления низкоavidных иммуноглобулинов и при наличии пограничных результатов при первом обследовании. Целесообразно обследовать ребенка на наличие инфекции с параллельным обследованием матери, для исключения ложного результата.

Литература:

1. Антонов А.Г., Володин Н.Н., Арестова Н.Н., Байбарина Е.Н. Неонатология. Национальное руководство. – ГЭОТАР-Медиа, 2009г.
2. Белоусова Т.В., Ряжина Л.А. Перинатальное поражение центральной нервной системы у новорожденных. Методические рекомендации.- СПб, 2010г.
3. Барашнев Ю.И. Перинатальная неврология.- Триада-Х, 2001г.
4. Володин Н.Н. Классификация перинатальных поражений нервной системы у новорожденных. Методические рекомендации. –М.-1999г.-34с.
5. Володин С.М. Ультразвуковая диагностика антенатальной нейроинфекции //Российский вестник акушера-гинеколога, 2010г, Т10, №6, С.38-40
6. Иванова О.В. Резидуальные последствия у детей с внутриутробным поражением центральной нервной системы различного генеза // Медицинский Фармацевтический Сибирский Журнал, 2000г, №5, С.52-54
7. Классификация последствий перинатальных поражений нервной системы у детей первого года жизни. Российская Ассоциация Специалистов Перинатальной Медицины. Методические рекомендации. Москва. 2005г.
8. Орехов К.В. Внутриутробные инфекции и патология новорожденных.– М:Медпрактика, 2002г.
9. Попович Р.С., Ханды М.В. Морфофункциональные взаимосвязи патологии желудочковой системы головного мозга в восстановительном периоде перинатальных поражений центральной нервной системы// Наука и образование, 20007г, №1,С2-3
10. Смирнов Д.Н., Суворова Н.Д, Асмолова Г.А., Медведев М.И., Володин Н.Н. Детский церебральный паралич и симптоматическая эпилепсия у ребенка с неонатальными судорогами// Российский вестник перинатологии и педиатрии (вопросы материнства и детства) 2003г, №2, С 38-42
11. Тимершин А.Г. Гнойные венитрикулиты (хориоэпендиматиты) у новорожденных. Особенности клиники, диагностики и лечения // Биомедицинский журнал, 2006г, №7
12. Цинзерлинг В.А., Мельникова В.Ф. Перинатальные инфекции–СПб:«Элби СПб», 2002г, С.259-303.

ДИНАМИКА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОПЕРИРОВАННОЙ КОНЕЧНОСТИ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Горянная Н.А.

*Архангельск, Россия, Северный государственный медицинский университет,
кафедра физической культуры и медицинской реабилитации*

Научные руководители: д. м. н., доц. Ишекова Н. И., д. м. н., проф. Попов В.В.

Аннотация: Проведен анализ результатов реабилитации 140 пациентов после эндопротезирования тазобедренного сустава на первом этапе реабилитации. Показано значительно уменьшение интенсивности боли, постепенное восстановление объема движений оперированной конечностью, который к 10 дню реабилитации остается существенно ниже, чем до операции, свидетельствующий о необходимости продолжения реабилитации.

Ключевые слова: эндопротезирование тазобедренного сустава, реабилитация, болевой синдром, амплитуда движений

Количество выполняемых операций по эндопротезированию крупных суставов ежегодно увеличивается. Ежегодно выполняется до 1500000 тотальных замещений только тазобедренных суставов [1-2].

Цель исследования – проанализировать динамику болевого синдрома и амплитуду движений в тазобедренном суставе на первом этапе реабилитации.

Обследовано 140 пациентов перенесших операцию тотального эндопротезирования тазобедренного сустава. Исследование проводилось в 2 этапа: до операции и через 10 дней после операции. Среди 140 пациентов, средний возраст которых составил 57,0±9 лет, были 73 (52,1 %) женщины и 67 (47,9 %) мужчин.

По нозологическим формам основного заболевания пациенты распределились следующим образом: в 114 случаях – деформирующий коксартроз, в 23 – диспластический коксартроз, в 3 – асептический некроз головки бедренной кости.

У пациентов определяли объем движений в тазобедренном суставе оперированной конечности при помощи угломера, и оценивали болевой синдром по методу визуально-аналоговой шкалы (ВАШ).

При оценке интенсивности боли по шкале ВАШ средние показатели при первом измерении составили $6,50 \pm 1,95$ (0-10) балла. При повторном измерении через 10 дней после операции, интенсивность боли статистически значимо снизилась ($p=0,001$) и составила $2,80 \pm 1,76$ балла (0-8) (рис. 1).

Анализ объема движений в тазобедренном суставе выявил, что амплитуда всех движений статистически значимо снизилась, что обусловлено оперативным вмешательством и рассечением тканей, окружающих сустав. Так, сгибание до операции составило $83,82 \pm 17,17^\circ$ (8-120°), при повторном исследовании – $21,91 \pm 19,35^\circ$ (0-80°), $p=0,001$, разгибание сустава до операции – $7,99 \pm 6,24^\circ$ (0-15°), после – $0,41 \pm 1,94^\circ$ (0-15°), $p=0,001$. Приведение и отведение конечности до операции составило $6,56 \pm 3,17^\circ$ (0-10°) и $12,35 \pm 7,93^\circ$ (0-35°), при повторном измерении – $0,30 \pm 1,15^\circ$ (0-7°) и $6,31 \pm 7,24^\circ$ (0-35°), соответственно ($p=0,001$).

Таким образом, анализ полученных данных показал, что операция по эндопротезированию тазобедренного сустава уже на раннем послеоперационном периоде позволяет значительно снизить интенсивность боли, что является основным критерием эффективности лечения. Благодаря раннему проведению всего комплекса восстановительных мероприятий на первом этапе реабилитации, пациент может совершать самостоятельно некоторый объем движений оперированной конечностью, но объем движений в суставе на 10 день существенно ниже, чем до операции, что свидетельствует о необходимости продолжения реабилитации на следующем этапе.

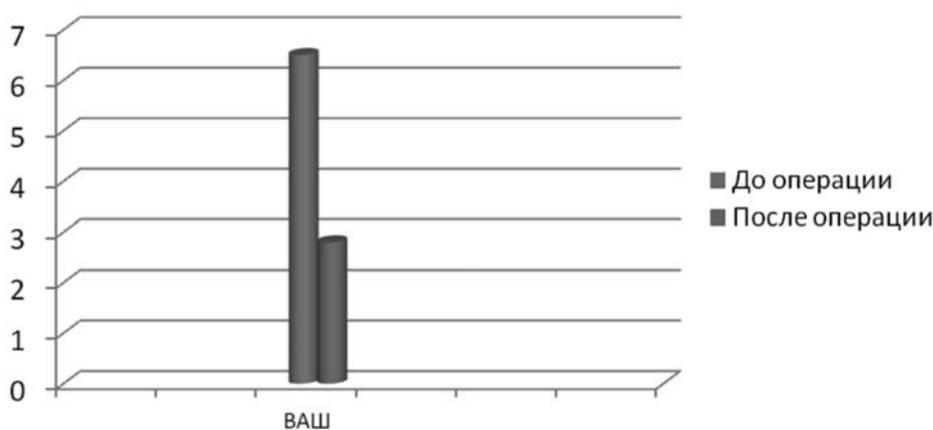


Рис. 1. Динамика интенсивности боли по шкале ВАШ до и после операции.

Литература:

1. Москалев В.П. Медицинские и социальные проблемы эндопротезирования суставов нижних конечностей. – СПб.: Изд-во МОРСАР АВ, 2001. – 157 с.
2. Шильников В. А. Болевой синдром после эндопротезирования тазобедренного сустава /Р.М. Тихилов, А.О. Денисов //Травматология и ортопедия России. 2008. №2. С.106-109.

КЛЮЧЕВЫЕ АСПЕКТЫ ПЕРЕВОДА НАУЧНОГО ТЕКСТА В РАМКАХ ПРЕПОДАВАНИЯ ИНОСТРАННОГО ЯЗЫКА В ВУЗЕ

Елукова Ж.А.

Северный государственный медицинский университет. Кафедра иностранных языков. Доцент.
E-mail: ouse67@mail.ru

Аннотация: В статье рассматриваются наиболее частые проблемы, возникающие при письменном переводе с английского языка на русский научного текста. Своевременное решение этих проблем обеспечивает студенту, магистранту, аспиранту полноценное участие в глобальном научном дискурсе, а также открывает доступ к мировому информационному пространству. В Российских образовательных стандартах III-го поколения отмечается важность умения извлекать информацию из оригинальных источников, в частности, в виде перевода. Следовательно, на различных этапах обучения необходимо уделить должное внимание формированию переводческой компетенции.

Ключевые слова: переводческая стратегия, межъязыковая коммуникация, когнитивная информация, стилистическая унификация, культурная конвенциональность.

Научный текст языка оригинала, далее (ИЯ) и его русский аналог, далее (ПЯ) выступают в качестве исходной и финальной точек процесса письменного перевода. Сам процесс обуславливается множеством факторов объективного и субъективного характера, о которых должен иметь представление человек, в силу каких-либо причин столкнувшийся с необходимостью научного перевода, далее (переводчик).

Вслед за многочисленными учеными термин *перевод* понимается в статье как процесс межъязыкового посредничества [5, с.106]. Текст (ПЯ) выступает в качестве иноязычной формы существования научного знания, содержащегося в (ИЯ). Основная задача переводчика – создать текст, тождественный в коммуникативном, функциональном, структурном и содержательном плане оригиналу. Текст (ПЯ) должен использоваться в процессе дальнейшего развития специального знания наравне с текстами (ИЯ).

Переводчик научного текста ответственен за искажение научного концепта и за его неверное представление, которое, в свою очередь, может спровоцировать замедление развития научной мысли.

Во-первых, переводчику следует помнить, что цель (ИЯ) и (ПЯ) – информировать подготовленного реципиента, того, кому предназначается информация, содержащаяся в тексте. Реципиент научного текста, как и его источник, является групповым. Автор текста – это специалист, ученый или группа ученых, работающих в специальной области знания, научный коллектив, научно-исследовательская организация или лаборатория. Автор всегда известен. Исследователи единодушны по поводу специфичности научного текста, его принадлежности к особому функциональному стилю речи, обслуживающему сферу научного общения [1,3,6].

Во-вторых, характерными особенностями научного стиля признаются информативность (содержательность), установка на логичность изложения, строгая последовательность, четкая связь между основной идеей и деталями, точность и объективность и, как следствие, ясность и понятность. Иными словами, научный стиль английского и русского языков обладают универсальными чертами, обусловленными экстралингвистическими причинами. Следовательно, на лингвистическом уровне переводчику необходимо отбирать лишь однозначные лексические, грамматические и синтактико-стилистические средства (ПЯ) для соответствия основному критерию перевода – эквивалентности. Эквивалентность перевода зависит от лингвистических компетенций переводчика как в английском, так и в русском языке. Переводчик должен уметь идентифицировать аналитические конструкции (ИЯ), свободно оперировать пассивными формами и многоуровневыми сложноподчиненными предложениями, содержащими термины и общенаучную лексику.

В-третьих, все вышеперечисленные языковые средства служат для передачи когнитивной информации, которая является преобладающей в (ИЯ) и (ПЯ) [1,3,5,6]. Когнитивная информация – это осмысленная информация, оцениваемая на практике с точки зрения ее полезности, разумности и рациональности [4, с.5-9]. Данный вид информации постоянно согласуется с окружающей действительностью, меняющейся в ходе научной деятельности благодаря этой научной когнитивной информации.

Помимо универсальных черт (ИЯ) и (ПЯ), английский и русский научные тексты имеют национально-обусловленные и культурно-конвенциональные стилевые отличия. Как показывают исследования, автор английского научного текста относительно свободен в плане академического изложения материала [2,4,7]. Автор русского научного текста, напротив, должен выражать персональную отстраненность в процессе описания научных фактов, положений, выводов, умозаключений, что соответствует стилистике жанра. Переводчик обязан учитывать эти социо-культурные традиции и особенности менталитета автора (ИЯ) и реципиента (ПЯ) во избежание конфликта научных интересов.

Следует отметить ведущую роль терминологии и специальной лексики (ИЯ) и (ПЯ). Однозначность термина определена его четкими семантическими границами, следовательно, термин независим от контекста и может быть переведен в (ПЯ) только единичным соответствием. Но структура терминов (ИЯ) и (ПЯ) различается позициями компонентов в соответствии с грамматическими нормами языков [4, с.11].

Рамки статьи не позволяют охватить все аспекты проблемы. Отметим, что переводчику необходимо тщательно работать со справочной литературой, проверять правильность словоупотребления, пользоваться словарями, справочниками и поисковыми системами. Качество перевода научного текста напрямую зависит от приобретенных переводчиком фоновых знаний. [1, с. 254].

Литература:

1. Алексеева И. С. Введение в переводоведение. М.: Академия, 2004. 352 с.
2. Алексеева Л.М. Антропологический фактор в научном переводе // Вестник Пермского университета. Иностранные языки и литературы. Лингвистика и коммуникация. 2004. №. 4. С. 42-46.
3. Комиссаров В.Н. Современное переводоведение. М.: ЭТС, 2001. 424 с.
4. Литвинова М.Н. Практикум по переводу (английский язык): учеб.-метод. пособие. Пермь: Перм. гос. нац. иссл. ун-т., 2012. – 74с.
5. Сдобников В.В. Теория перевода: [учебник для студентов лингвистических вузов и факультетов иностранных языков] / В.В. Сдобников, О.В. Петрова. М.: АСТ: Восток-Запад, 2007. 448 с.
6. Рецкер Я.И. Теория перевода и переводческая практика. М.: Международные отношения, 1974. 216с.
7. Wallwork A. English for Writing Research Papers London, Springer Science+Business Media, 2011.325 p.

УРОВЕНЬ КОНТРОЛЯ ЧАСТОТЫ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ СОКРАЩЕНИЙ, У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ, КАК ПРЕДИКТОР ДЕКОМПЕНСАЦИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Зайцев Р.Ю. , Звягина Ю.С.

Северный государственный медицинский университет. Кафедра терапии, эндокринологии и скорой медицинской помощи. Интерн-терапевт

ГБУЗ Архангельской области «Северодвинская городская больница №1»

Научный руководитель: зам. глав. врача по лечебной работе, асс. кафедры Лужбинина Т. В.

Аннотация: Статья посвящена наиболее распространенной аритмии-фибрилляции предсердий. На основе анализа выявлена взаимосвязь между компенсацией сердечной недостаточности и уровнем контроля частоты желудочковых сокращений у пациентов с постоянной формой фибрилляции предсердий

Ключевые слова: фибрилляция предсердий, сердечная недостаточность, частота желудочковых сокращений

Фибрилляция предсердий (ФП) является наиболее распространенным нарушением ритма сердца. Ее частота в общей популяции составляет 1-2 %. Распространенность ФП увеличивается с возрастом от менее 0,5 % в возрасте 40-50 лет до 5-15 % в возрасте 80 лет. У мужчин ФП развивается в 1,5 раза чаще, чем у женщин. Заболеваемость ФП, увеличилась на 13 % за последние 20 лет. Смертность у больных с ФП увеличивается вдвое независимо от наличия других известных факторов риска. Госпитализация из-за ФП составляет 1/3 среди всех госпитализаций по поводу нарушений ритма сердца. Основные причины госпитализации – декомпенсация сердечной недостаточности, острый коронарный синдром, тромбоэмболические осложнения.[1] ФП часто является неотъемлемым элементом клинической картины хронической сердечной недостаточности (ХСН), ее наличие значительно отягощает прогноз, утяжеляет течение сердечной недостаточности и ухудшает качество жизни. При этом в настоящее время ХСН является одной из главных проблем здравоохранения во многих странах мира, в том числе и в России, в связи с её широкой распространенностью, высокой смертностью и большими ежегодными расходами на лечение больных.

Целью нашего исследования было выявление особенностей течения постоянной формы ФП у амбулаторных пациентов в зависимости от уровня контроля частоты желудочковых сокращений. Исследование являлось ретроспективным, обсервационным. Материалами исследования были амбулаторные карты, объектами исследования – пациенты с постоянной формой ФП. Критериями включения в исследование являлись: мужчины и женщины в возрасте от 18 лет с наличием постоянной формы ФП, наблюдающиеся на амбулаторном этапе. Участники исследования были разделены на 3 группы: «мягкого», «жесткого» контроля и не достигшие контроля частоты желудочковых сокращений. «Мягкий» контроль предполагал достижение с помощью препаратов частоты желудочковых сокращений в покое менее 110 ударов в минуту. «Жесткий» контроль требовал достижения частоты желудочковых сокращений в покое не более 80 ударов в минуту. Не достигшие контроля имели частоту желудочковых сокращений в покое более 110 ударов в минуту. В ходе исследования были отобраны амбулаторные карты, включая выписки из стационара, 35 пациентов (22 женщин и 13 мужчин), средний возраст которых составил 71,3 года, с установленным диагнозом постоянная форма ФП за 2013 год. С помощью выкопировки данных определено соотношение пациентов достигших «жесткого», «мягкого» контроля частоты желудочковых сокращений и не достигающих контроля к уровню госпитализации по поводу декомпенсации ХСН.

Результаты исследования показали, что всем пациентам, с диагнозом постоянная форма ФП, наблюдающимся на амбулаторном уровне были назначены противоаритмические препараты, чаще использовались комбинации нескольких препаратов для контроля частоты желудочковых сокращений. Прием противоаритмических средств осуществлялся достаточно регулярно, всего лишь у 3 пациентов отмечен не регулярный прием препаратов. У 7 (20 %) пациентов с постоянной формой ФП, достигнут «мягкий» контроль, у 24 (68,6 %) пациентов достигнут «жесткий» контроль, и у 4 (11,4 %) пациентов, не достигнут контроль частоты желудочковых сокращений. В связи с декомпенсацией ХСН за исследуемый год потребовалась госпитализация 4 (16,7 %) пациентам достигшим «жесткого» контроля, 4 (57,2 %) пациентам достигшим «мягкого» контроля и 3 (75 %) пациентам, не достигшим контроля частоты желудочковых сокращений.

Выводы. Достижение «жесткого» контроля частоты желудочковых сокращений по сравнению с «мягким», у пациентов с постоянной формой ФП заметно уменьшает число госпитализаций по поводу декомпенсации ХСН. Следовательно, при выборе тактики лечения необходимо придерживаться «жесткого» контроля частоты желудочковых сокращений, что позволит предотвратить осложнения и улучшить качество жизни у данной категории пациентов.

Литература:

1. Рекомендации по диагностике и лечению фибрилляции предсердий. [Электронный ресурс] : Разработаны и опубликованы в Российском кардиологическом журнале 2013; 4(102), приложение 3, экспертами Российского кардиологического общества в сотрудничестве с Всероссийским научным обществом специалистов по клинической электрофизиологии, аритмологии и электрокардиостимуляции и Ассоциацией сердечно-сосудистых хирургов России. URL: http://www.scardio.ru/content/Guidelines/FP_rkj_13.pdf (дата обращения: 09.02.2015)

АТЕРОСКЛЕРОЗ КАК ВЕДУЩАЯ ПРИЧИНА СМЕРТНОСТИ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. ПЕРВИЧНАЯ И ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА

Замарина И.В., Чертова Ю.В., 5 курс, медико-профилактический факультет

Россия. Архангельск

Северный государственный медицинский университет. Кафедра факультетской терапии

Научный руководитель: к.м.н., доцент Семёнов А. В.

E-mail: juliazub123@gmail.com

Аннотация: В статье представлены материалы, посвященные смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и их профилактика.

Ключевые слова: атеросклероз, сердечно-сосудистые заболевания, первичная и вторичная профилактика.

Основная часть: На первом месте в Российской Федерации стоит смертность от заболеваний сердца и сосудов, это порядка 55 % от общего числа умерших. Среди этой группы заболеваний в России лидируют ишемия сердца – 29,1 % и цереброваскулярные болезни – 16,9 %.

Атеросклероз – самое распространенное заболевание сердца и сосудов. Он вызывает нарушение кровообращения во всех органах, но особенно остро сказывается на работе сердца и мозга. Причина возникновения атеросклероза – поражение артериальных сосудов. Именно это заболевание, согласно статистике, в половине случаев является причиной смерти людей в возрасте 35-65 лет. Вот почему так необходима профилактика атеросклероза [6].

Факторы, влияющие на развитие атеросклероза, разделяются на три группы: неустраняемые, устранимые и потенциально устранимые.

К неустраняемым факторам относятся те, которые нельзя исключить с помощью волевого или медицинского воздействия. В их число входят:

- Возраст. С возрастом риск развития атеросклероза возрастает. Атеросклеротические изменения сосудов в той или иной мере наблюдаются у всех людей после 40-50 лет.

- Пол. У мужчин развитие атеросклероза происходит на десять лет раньше и превышает показатель заболеваемости атеросклерозом среди женщин в 4 раза. После 50-55 лет уровень заболеваемости атеросклерозом среди женщин и мужчин выравнивается. Это объясняется снижением продукции эстрогенов и их защитной функции у женщин в период менопаузы.

- Отягощенная семейная наследственность. Нередко атеросклероз развивается у пациентов, чьи родственники страдают этой болезнью. Доказано, что наследственность по атеросклерозу способствует раннему (до 50 лет) развитию заболевания, в то время как после 50 лет генетические факторы не оказывают ведущей роли в его развитии.

Устранимыми факторами атеросклероза считаются те, которые могут быть исключены самим человеком посредством изменения привычного образа жизни. К ним относятся:

Курение. Его влияние на развитие атеросклероза объясняется отрицательным воздействием никотина и смол на сосуды. Многолетнее курение в несколько раз увеличивает риск гиперлипидемии, артериальной гипертензии, ИБС.

- Несбалансированное питание. Употребление в пищу большого количества жиров животного происхождения ускоряет развитие атеросклеротических изменений сосудов.

- Гиподинамия. Ведение малоподвижного образа жизни способствует нарушению жирового обмена и развитию ожирения, сахарного диабета, атеросклероза сосудов.

К потенциально и частично устранимым факторам риска относят те хронические нарушения и заболевания, которые возможно скорректировать посредством назначенного лечения. Они включают:

- Артериальную гипертензию. На фоне повышенного артериального давления создаются условия для повышенного пропитывания сосудистой стенки жирами, что способствует формированию атеросклеротической бляшки. С другой стороны, снижение эластичности артерий при атеросклерозе способствует поддержанию повышенного кровяного давления.

- Дислипидемия. Нарушение жирового обмена в организме, проявляющееся повышенным содержанием холестерина, триглицеридов и липопротеидов, играет ведущую роль в развитии атеросклероза.
- Ожирение и сахарный диабет. Повышают вероятность атеросклероза в 5-7 раз. Это объясняется нарушением жирового обмена, лежащего в основе данных заболеваний и являющегося пусковым механизмом атеросклеротического поражения сосудов.
- Инфекции и интоксикации. Инфекционные и токсические агенты оказывают повреждающее воздействие на сосудистые стенки, способствуя их атеросклеротическим изменениям.

Знание факторов, способствующих развитию атеросклероза, особенно важно для его профилактики, т. к. влияние устранимых и потенциально устранимых обстоятельств можно ослабить или совсем исключить. Устранение неблагоприятных факторов позволяет существенно замедлить и облегчить развитие атеросклероза [1, 2].

Различают первичную и вторичную профилактику атеросклероза и его клинических проявлений.

Первичная профилактика предусматривает проведение мероприятий среди лиц, не имеющих клинических признаков атеросклероза. В ней, следовательно, нуждается все население и она, по существу, должна проводиться с детства.

Участие в ней должны принимать как государственные учреждения, так и все население.

Такие вопросы, как устранение шума в городах, обогащение воды, или пищи микроэлементами (недостаток некоторых микроэлементов, например хрома, ванадия, способствует развитию атеросклероза), расширение ассортимента и увеличение выпуска продуктов питания со сниженной калорийностью, низким содержанием животных жиров и сахара, производство продуктов, содержащих вместо сахара сорбит или ксилит, расширение ассортимента хлебобулочных изделий из муки грубого помола, указание на этикетках продуктов питания калорийной ценности и основных пищевых ингредиентов.

Вторичная профилактика – предупреждение новых клинических проявлений атеросклероза и задержка его прогрессирования – складывается из обязательного включения всех мер первичной профилактики и назначения предупредительных курсов лечения диетологическим режимом, гиполипидемическими препаратами, сосудорасширяющими и антикоагулянтными средствами [4, 5].

Список используемой литературы:

1. Аронов Д.М. Немедикаментозные методы коррекции гиперлипидемии// Лечащий врач. 2012. №7 – 8. С. 21-25
2. Марцевич С.В. Атеросклероз: клиническая значимость и возможности предупреждения// Лечащий врач. 2010. №2. С. 7-9
3. Оганова Р.Г. Болезни сердца. Руководство для врачей// Москва, 2006
4. Раков А.Л., Колесников В.Н. Атеросклероз// Новая аптека. 2007. №6. С. 19-23
5. Перова Л. М. Новые европейские рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, обусловленных атеросклерозом// Кардиология. 2004. №1(Т.44).С.32-39
6. Харченко В.И. Смертность от болезней системы кровообращения в России и экономически развитых странах// Российский кардиологический журнал.2010. №3. С.9-15
7. <http://www.cardiosite.ru/> Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации. Всероссийское научное общество кардиологов.

УПОТРЕБЛЕНИЕ ГИДРОГЕНИЗИРОВАННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Замарина И.В., Чертова Ю.В., 5 курс, медико-профилактический факультет

Россия. Архангельск

Северный государственный медицинский университет. Кафедра неврологии и нейрохирургии.

Научный руководитель: д.м.н., Скребцова Н. В.

E-mail: juliazub123@gmail.com

Аннотация: В статье представлены материалы, посвященные влиянию гидрогенизированных жирных кислот на сердечно-сосудистую систему.

Ключевые слова: гидрогенизированные жиры, трансжиры.

Основная часть: Гидрогенизированные жиры – специфический вид ненасыщенных жиров, полученных искусственным путем. Гидрогенизация – химическая реакция, включающая присоединение водорода в присутствии катализатора к остаткам ненасыщенных жирных кислот [1].

Начало проблеме трансжиров было положено в 1911 г. изобретением технологии получения и использования гидрогенизированных жиров в пищу. Новый продукт мгновенно приобрел невообразимую популярность. Рестораны полюбили его за то, что он позволяет заправлять им фритюрницы и держать их горячими, не наполняя кухню дымом [3].

Трансжирная кислота оказалась дешевле сливочного масла и могла дольше храниться, поэтому рестораны закупают ее оптом, не боясь, что она испортится. Вскоре она стала основой чипсов и печенья [3].

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) в 2003 г. признала вредность производимых пищевой промышленностью трансжиров и рекомендовала полное их исключение из продуктов.

Однако на прилавках российских магазинов это мало отразилось. Они всё ещё выпускаются в больших количествах [3].

Трансжирные кислоты повреждают мембраны клеток сердца, печени и сосудов, изменяют состав крови и нарушают липидный обмен, что в конечном итоге, приводит к поражению сердечно – сосудистой системы, а также сосудистой системы головного мозга [4].

Женщины в постменопаузе, потребляющие большое количество жира, особенно трансжиров, характеризуются повышением риска развития ишемического инсульта [1,3].

В России в настоящее время не существует нормы трансжиров в продуктах питания. Согласно Техническому регламенту на масложировую продукцию (ТР ТС 024/2011) с 2015 норма содержания транс-изомеров в масложировой продукции не должна превышать 8 %, а с 2018 г. – 2 %.

После принятия Технического регламента Таможенного союза действие национальных ГОСТов (как ГОСТ 52100-2003 о содержании трансизомеров в спредах) не является обязательным и носит рекомендательный характер [8].

По рекомендации ВОЗ, организм человека должен получать трансжиров не более 1 % суточной нормы общего энергопотребления (около 2-3 граммов трансжиров) [9].

Таким образом, потребовалось более 60 лет, чтобы понять, что трансжиры вредят здоровью и начать принимать соответствующие законодательные меры. За это время сотни миллионов людей в мире умерли от сердечно-сосудистых заболеваний, значительная часть из которых развилась благодаря трансжирам. Хочется задать вопрос: «Сколько времени и жертв потребуется, чтобы узнать истину в отношении других искусственных продуктов?»

Список использованной литературы:

1. Гибадуллин А.С., Поздняков А.М. Токсическое действие трансжирных кислот в питании спортсменов // Успехи современного естествознания. №9. 2013. С.93.
2. Кулакова С.Н., Викторова Е.В., Левачёв М.М. ГУ НИИ питания РАМН Транс-изомеры жирных кислот в пищевых продуктах. // «Масла и Жиры». – 2008. – № 3.
3. Рыбальский Н.Г., Журавлев А.В. Погляди́м, что мы едим: «транс» от трансжиров//Экологическая безопасность. №2.2014. С.15-21.
4. Siri-Tarino PW, Sun Q, Hu FB, Krauss RM // Saturated fat, carbohydrate, and cardiovascular disease. 2010.
5. International Stroke Conference; San Antonio, Texas, USA: 24–26 February, 2010.
6. Shapiro S. «Trans fatty acid and coronary disease: the debate continues. Confounding and selection bias in the data.». American Journal of Public Health 85 (3): 410–412. 2005.
7. Departments of Neurology (G.L.B., L.C.S., D.H., H.H.D., J.A.K., J.F.Q.) and Public Health and Preventive Medicine (G.L.B., J.S.), and Center for Research in Occupational and Environmental Toxicology (J.S.), Oregon Health & Science University, Portland; Portland VA Medical Center (J.A.K., J.S., J.F.Q.); and the Linus Pauling Institute (M.G.T., B.F.), Oregon State University, Corvallis. TP TC 024/2011
8. WHO | 5. Population nutrient intake goals for preventing diet-related chronic diseases

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОПУЛЯРНЫХ МЕТОДИК ИЗГОТОВЛЕНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ЛОЖЕК

Зорин П.М., Бондаренко С.А., Гаджиев М.М.

Северный государственный медицинский университет. Кафедра ортопедической стоматологии. Студенты 4 курса стоматологического факультета

Научные руководители: проф. Юшманова Т.Н., к.м.н. Поливаная Е.А., асс. Капшина О.Я.

Аннотация: Успешное изготовление съёмных протезов при лечении пациентов с полным отсутствием зубов напрямую зависит от качества функционального оттиска, который получают с помощью индивидуальной ложки.

Ключевые слова: индивидуальная ложка, функциональный оттиск.

Одной из проблем при лечении пациентов с полным отсутствием зубов съёмными конструкциями является достижение максимальной фиксации протезов в покое и при выполнении различных функций (жевании, разговоре). Краевой замыкающий клапан является основным условием хорошей фиксации протеза, а для его создания необходимо получить качественный функциональный оттиск индивидуальной ложки.

Существует множество методик изготовления индивидуальных ложек (ИЛ), но большинство из них не используется в практическом здравоохранении. Нами было проведено сравнение следующих методов получения индивидуальных ложек: изготовление ИЛ на гипсовой модели путем свободного формирования самотвердеющей пластмассы; изготовление ИЛ из стандартных пластин светоотверждаемых полимеров; методика вакуумного прессования с использованием вакуумформера и заготовок-пластин термопластических полимеров.

Для выполнения ИЛ из самотвердеющей пластмассы на модель наносят изоляционный лак, замешивают необходимое количество материала в керамическом стакане. В тестообразной стадии порцию пластмассы обжимают на модели по очерченным границам. После полимеризации пластмассы, ложку снимают с модели и обрабатывают ее край фрезами и карборундовыми головками.

При изготовлении ИЛ из светоотверждаемых полимеров стандартную пластину освобождают от защитной пленки, обжимают по модели в соответствии с границами, из остатков материала формируют ручку, после чего полимеризуют в специальном боксе.

Методика вакуумного прессования с использованием специальных пресс-формеров и заготовок-пластин термопластических полимеров включает в себя следующие этапы. Гипсовую модель устанавливают на основание установки, пластину зажимают в раме пресс-формера, включают нагревательный элемент. Через 5 мин, когда пластина приобретает пластичность, нагревание прекращают, раму с разогретой пластиной опускают на подготовленную модель и включают вакуумный насос. Пластмассовая пластинка при этом плотно обжимает гипсовую модель и точно воспроизводит ее рельеф. Ложку снимают с модели, обрезают по границам и обрабатывают фрезами и карборундовыми головками.

Выводы: Нами был проведен анализ литературных данных по методикам изготовления ИЛ, согласно которым на ортопедическом приеме наиболее часто применяются ИЛ, выполненные путем свободного формирования быстротвердеющей пластмассы на гипсовой модели. Характеризующаяся простотой данная методика имеет существенные недостатки, влияющие на фиксацию будущего протеза. В связи с этим нами было принято решение на практических занятиях СНК кафедры ортопедической стоматологии СГМУ освоить различные методики изготовления ИЛ и провести сравнительный анализ по следующим параметрам: удобство получения функционального оттиска с объемным оформлением края, толщина и равномерность ИЛ, качество поверхности ИЛ, время изготовления, необходимость дополнительного оборудования, себестоимость. На основании полученных данных выявить качественный и оптимальный метод изготовления ИЛ для рекомендаций к практическому применению на ортопедическом приеме.

Литература:

1. Съёмные протезы: учебное пособие. Миронова М.Л. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 464 с.: ил.
2. Ортопедическая стоматология: учебник / под ред. И. Ю. Лебеденко, Э. С. Каливрадзияна. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 640 с. : ил.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПОЗДНО ДИАГНОСТИРОВАННОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА И САХАРНОГО ДИАБЕТА У ПАЦИЕНТКИ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ ОПУХОЛЬЮ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Калинина И.А., Иванова С.Н., Хатанзейский В.К., Дворяшина И.В.

Северный Государственный Медицинский Университет, кафедра терапии, эндокринологии и СМП, зав. кафедрой профессор Дворяшина И.В. ГБУЗ АО «АОКБ», г. Архангельск, главный врач Петчин И.В.

Пациентка Б., 62 лет поступила в плановом порядке в нейрохирургическое отделение АООКБ 07.12.14. с диагнозом: объемное образование головного мозга, для проведения оперативного лечения. Пациентка считала себя больной с октября 2014 г., когда появилось снижение памяти, нарушение поведения. Обратилась к терапевту, была обследована: в ОАК был выявлен лейкоцитоз, ускоренное СОЭ – 40 мм/ч; гиперкальциемия (К – 4,4 ммоль/л, Са – 3,81 ммоль/л, Na – 134,10 ммоль/л, Cl – 98 ммоль/л), дислипидемия, азотемия (креатинин – 147 мкмоль/л, мочевины – 15,44 ммоль/л), глюкоза – 6,9 ммоль/л, повышенный уровень ППГ – 992,7 пг/мл (норма – 15-65 пг/мл); МРТ головного мозга без контрастного усиления (28.10.14): больше данных за объемное образование левой височной доли (глиальная опухоль?) (76x29x26 мм). Умеренная смешанная гипотрофическая гидроцефалия. Очаговые изменения головного

мозга сосудистого генеза – очаги глиоза. В ноябре консультирована нейрохирургом, который рекомендовал оперативное лечение. Ухудшение самочувствия пациентки произошло с 05.12.14: появилась выраженная слабость, вялость, перестала себя обслуживать, ходить. Больная была госпитализирована в НХО. При первичном осмотре нейрохирургом было обращено внимание на ограничение контакта в виду элементов сенсорной афазии, когнитивного снижения, пациентка была дезориентирована в месте пребывания, времени, на вопросы отвечала односложно, пациентка была дезориентирована в месте пребывания, времени, на вопросы отвечала односложно, анамнез не рассказывала. При осмотре отмечалась сглаженность правой носогубной складки, девиация языка, умеренная дизартрия, правосторонний гемипарез с силой в руке до 3,5 баллов, в ноге до 3 баллов, мышечный тонус был не изменен, чувствительность достоверно невозможно было оценить. В связи с гиперкальциемией был заподозрен гиперпаратиреоз, проведено УЗИ щитовидной железы – без особенностей, в проекции паращитовидной железы слева определялось солидное образование размерами 32x16x17 мм с четкими неровными контурами. В режиме ЦДК в данном образовании определяется интенсивный кровоток. ЭКГ (08.12.14): синусовая тахикардия с ЧСС 92 в мин. ЭОС не отклонена. Нагрузка на правое предсердие, гипертрофия левого желудочка с его систолической перегрузкой и коронарной недостаточностью в области задней и передне-перегородочной и боковой стенок. Признаки нарушения электролитного обмена. При рентгенографии органов грудной клетки (08.12.14): На снимке грудной клетки (лежа) слева за тенью сердца и паракардиально определяется пневмоническая инфильтрация. Корни не структурные. Легочной рисунок усилен, перераспределен вверх. Купола диафрагмы ровные. Мышечные изменения сердца, аорта уплотнена. Заключение: Застойные явления в легких, левосторонняя пневмония (застойная?). При биохимических исследованиях от 10.12.14. отмечалась следующая патология: креатинин – 159 мкмоль/л, мочевины – 35,02 ммоль/л, общий белок – 54,7 г/л, глюкоза – 39,13 ммоль/л; КЩР (08.12.14): рН 7,470; Ca²⁺ – 2,00 ммоль/л; K⁺ – 2,75 ммоль/л; Na⁺ – 123,5 ммоль/л; Glu – 26,9 ммоль/л; Lac – 2,6 ммоль/л. В ОАК – лейкоцитоз – 18,6x10⁹/л, СОЭ – 30 мм/ч. В НХО проводилось лечение: противоотечная терапия (дексазон 4 мг 2 раза в день → 8 мг 2 раза в день в/м), аспаркам, растворы в/в капельно. Была осмотрена эндокринологом (10.12.14.): состояние пациентки расценено как очень тяжелое: кожа сухая, бледная, с массивными точечными геморрагиями на туловище, кахексия, дыхание ослаблено, в нижних отделах крепитирующие хрипы, одышка (ЧД 32 в мин.), тахикардия (ЧСС 100 в мин.), АД 103/72 мм рт.ст. Был диагностирован: Гиперпаратиреоз, впервые выявленный. Аденома паращитовидной железы. Угроза гиперкальциемического криза. Сахарный диабет, впервые выявленный. Кетоацидоз? Лактатацидоз? Внебольничная двухсторонняя нижнедолевая пневмония, ДН 3 ст. Кахексия. Электролитные расстройства. ОПН? Был рекомендован срочный перевод в ОАРИТ для коррекции гипергликемии, кетоацидоза, мониторинга электролитных нарушений, решения вопроса о срочном оперативном лечении – удалении аденомы паращитовидной железы (после стабилизации состояния). В ОАРИТ состояние было крайне тяжелое, гемодинамика нестабильная: гипотония, тахикардия, SO₂ – 88 %, выраженные электролитные расстройства: КЩР (10.12.14 20:14): рН 7,390, Ca²⁺ – 1,923 ммоль/л, K⁺ – 3,26 ммоль/л, Na⁺ – 132,0 ммоль/л, Glu – вне предела, Lac – 4,6 ммоль/л; КЩР (10.12.14 22:36): рН 7,346, Ca²⁺ – 1,528 ммоль/л, K⁺ – 3,38 ммоль/л, Na⁺ – 133,1 ммоль/л, Glu – вне предела, Lac – 5,6 ммоль/л; КЩР (11.12.14 06:27): рН 7,329, Ca²⁺ – 1,849 ммоль/л, K⁺ – 2,90 ммоль/л, Na⁺ – 140,9 ммоль/л, Glu – 5,9 ммоль/л, Lac – 4,0 ммоль/л. АПТВ – 27 сек, МНО – 1,6, ПТИ – 63, фибриноген – 4,25 г/л. Гликемический профиль (10.12.14): 30,2-29,1-23,4-17,3-13,6-8,8-7,2 ммоль/л. В ОАРИТ проводилась интенсивная терапия электролитных нарушений, антибактериальное лечение, ГКС, ноотропы, диуретики, инсулинотерапия, инотропная поддержка. 11.12.14. зарегистрирована остановка кровообращения, после безуспешной СЛР была зафиксирована биологическая смерть. При вскрытии совпадение диагнозов: Аденома левой паращитовидной железы. Гиперпаратиреоз. Нефрокальциноз, диффузный нефросклероз. Сахарный диабет 2 типа, впервые выявленный, декомпенсация (гликемия 30 ммоль/л, лактатацидоз 4,6 ммоль/л). Острая левосторонняя нижнедолевая гнойная деструктивная бронхопневмония. Опухоль (диффузная астроцитома WHO Grade 2) паравентрикулярных отделов левой височной доли головного мозга.

При анализе амбулаторной карты с места жительства было выяснено, что пациентка до октября 2014 года за медицинской помощью не обращалась. При первичном обращении терапевт в полном объеме обследовал пациентку, выявил гиперкальциемию, увеличение ПТГ, но на первый план лечения была определена опухоль головного мозга, а не гиперкальциемия, более угрожаемая для прогноза и жизни.

Выводы: Пациентка Б., 62 лет, поступила в плановом порядке в нейрохирургическое отделение для оперативного лечения опухоли головного мозга и умерла через 4 суток от электролитных расстройств при впервые выявленном гиперпаратиреозе, аденоме паращитовидной железы, осложненном впервые диагностированным сахарным диабетом, лактатацидозом, внебольничной пневмонией. Опухоль головного мозга не привела к летальному исходу, а явилась отягощающим фактором заболевания. Позднее обращение за медицинской помощью оказалось фатальным для пациентки.

ЛЕЧЕНИЕ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫХ КЕРАТИТОВ МЕТОДОМ КРОССЛИНКИНГА

Коньшин Л.И.

Россия, Архангельск

Северный государственный медицинский университет. Кафедра офтальмологии. Клинический интерн.

E-mail: l.konschin@yandex.ru

Научный руководитель: д.м.н. Коновалов А.В.

Ключевые слова: роговица, язва, кератит, кросслинкинг (КЛ)

Актуальность. Лечение бактериальных язв роговицы одна из актуальных проблем офтальмологии. Адекватная санация язвенного дефекта является ключевым моментом, влияющим на успешность лечения этой патологии. Антибактериальная терапия, как наиболее распространенный и универсальный способ лечения, бывает не всегда эффективной из-за развивающейся резистентности микроорганизмов. В этих случаях кросслинкинг является одним из возможных способов лечения язвенного дефекта роговицы.

Резюме. В данном обзоре научной литературы представлены результаты клинических исследований по изучению воздействия метода кросслинкинг в лечение бактериальных язвенных кератитов.

Цель. Оценить эффективность санации язвенного дефекта роговицы посредством кросслинкинга.

Метод кросслинкинг был предложен в 1999 году группой учёных Института рефракционной офтальмохирургии Цюрихского университета (Швейцария) под руководством профессора Тео Зайлера. Основной целью применения метода является лечение кератоконуса. Однако на сегодняшний день показания для применения кросслинкинга заметно расширились. Метод получил Европейский Сертификат и с 28 января 2009 г. разрешён к применению в России.

Лампа Зайлера–UV-X представляет собой портативный медицинский оптико-электронный прибор. В приборе установлены светодиоды, которые излучают ультрафиолетовый свет длиной волны 365 нм., интенсивностью 9 мВт/см² и зоной освещения от 7,5 мм до 9,5 мм.

Механизм кросслинкинга основан на повышении продукции короткоживущих свободных радикалов кислорода под воздействием низкоинтенсивного УФ света на строму роговицы в присутствии фоточувствительной субстанции (рибофлавина). В свою очередь, высвободившиеся радикалы кислорода вызывают образование дополнительных поперечных связей между коллагеновыми фибриллами стромы роговицы, повышая ее прочность, ригидность и биомеханическую стабильность.

Также, известно, что УФ облучение в сочетании с рибофлавином имеет двойное антибактериальное действие. Во-первых, происходят необратимые повреждения РНК и ДНК микроорганизмов, за счет димеризации тиамин, тем самым, предотвращая их репликацию. Во-вторых, УФ-облучение и свободные радикалы кислорода разрушают целостность клеточной мембраны, что приводит к прямому уничтожению бактерий, оказывая бактерицидное действие. [3]

Группой американских ученых было проведено исследование с целью определения антибактериальной эффективности КЛ. Ими было выявлено, что метод эффективен в отношении: синегнойной палочки, золотистого стафилококка, эпидермального стафилококка, метициллин-резистентный *S.aureus*, синегнойной палочки с множественной лекарственной устойчивостью, лекарственно-устойчивого пневмококка. [3]

Таким образом, кросслинкинг обладает антибактериальным действием, предотвращая дальнейшее развитие язвенного процесса.

Для того чтобы подтвердить достоверность вышеизложенного, перейдем к клиническим примерам.

Клинический опыт 1. Использование метода кросслинкинга в лечении гнойных язв роговицы у собак. Во французской ветеринарной клинике (к. Бланьяк) за период с апреля по декабрь 2012 было пролечено 8 собак, у которых была диагностирована гнойная язва роговицы. Антибактериальная терапия должного эффекта не принесла. Относительная глубина язв колебалась от 29 до 56 % толщины роговицы. Размер язвенного дефекта в диапазоне от 2 до 8 мм. После проведения КЛ, инфильтрация роговицы исчезла через 7 дней. Эпителизация наблюдалась на 7-й день после лечения для 6 из 8 собак и на 15 дней для других собак.

Через 30 дней после лечения во всех случаях наблюдали формирование рубцовой ткани, при этом на всех глазах зрительные функции были сохранены. Рецидивирование инфекции не наблюдалось. [2]

Клинический опыт 2. В исследовании доктора Panda А. приняли участие 6 пациентов в возрасте от 18 до 72 лет, у которых развилась язва роговицы. Всем больным проводилась антибактериальная терапия (цефазолин, тобрамицин, натамицин). Назначенное лечение оказалось неэффективным у всех пациентов. Выполняли процедуру КЛ с последующим продолжением курса антибиотикотерапии.

Признаки эпителизации роговицы были выявлены через 48-72 часа после лечения. Полная эпите-

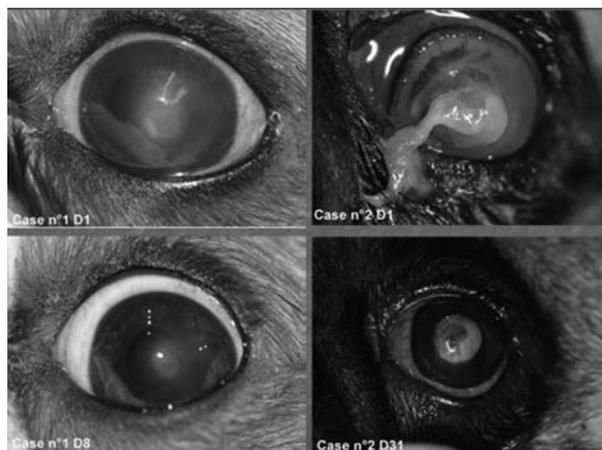


Рис.1. Кросслинкинг в лечении гнойных язв роговицы у собак

лизация роговицы наблюдалась в промежутке от 10 до 18 дней, язва была купирована через 3-5 недель после применения КЛ.[4]

Клинический опыт 3. Применение кросслинкинга в практике израильских врачей. Женщина 30 лет, у которой был диагностирован бактериальный гнойный кератит. В центральной зоне роговицы имелся гнойный инфильтрат размером 4 мм × 2 мм. По результатам посева был выявлен *Staphylococcus aureus*. Через неделю консервативного лечения эффекта не наблюдалось, инфекция прогрессировала, возникла угроза перфорации роговицы. Выполнили кросслинкинг.

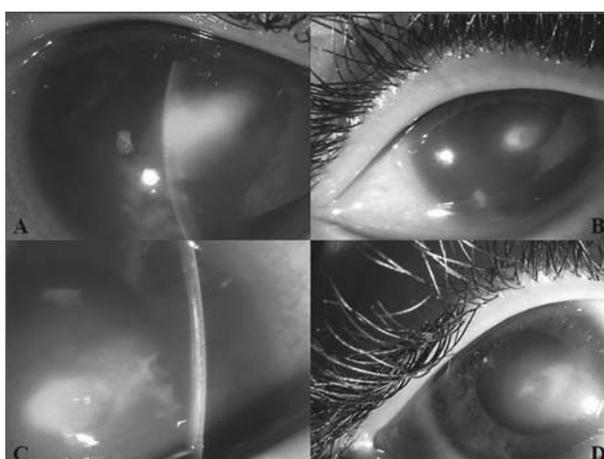


Рис.2. (А) первоначально, (В) через 2 недели, (D) через 2 месяца.

Последующий осмотр через 1 неделю показал, что гнойный инфильтрат уменьшился в размерах до 2 мм. (см. рис.2). Эпителиальный дефект стал значительно меньше. Пациентка не жаловалась на боль в глазу. Через две недели после выполнения кросслинкинга гнойный кератит был полностью излечен [1].

Выводы: 1. Кросслинкинг (КЛ) обладает антиколлагеназным и антибактериальным действием, что делает его эффективным способом в лечении бактериальных язвенных кератитов.

2. Вполне возможно, что в ближайшем будущем КЛ может быть использован в качестве основного метода лечения бактериальных язвенных кератитов.

Литература:

1. Anwar H., Hashem A. Corneal collagen crosslinking in the treatment of infectious keratitis. *Clinical Ophthalmology* 2011;5: 1277–1280.
2. Famose F. Evaluation of accelerated collagen cross-linking for the treatment of melting keratitis in eight dogs. *Veterinary Ophthalmology*. 2013. 1–10.
3. Martins S, Combs J, Noguera G et al. Antimicrobial efficacy of riboflavin/UVA combination (365 nm). *In vitro* for bacterial and fungal isolates: a potential new treatment for infectious keratitis. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 2008; 49: 3402–3408.
4. Panda A, Krishna SN, Kumar S. Corneal collagen crosslinking in the treatment of refractory corneal ulcers. *Cornea* 2012; 31: 1210–1213.

АССОЦИАЦИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ СОСУДОВ С ПОЛИМОРФИЗМОМ T-786C ГЕНА ENOS У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ.

Куба А.А., Бебяков А.М.

Северный государственный медицинский университет. Кафедра медицинской биологии и генетики. Аспирант кафедры. ana-kuba@yandex.ru

Санкт-Петербургский университет. Факультет прикладной математики – процессов управления. Студент 4 курса. st012196@student.spbu.ru

Научный руководитель: проф., д.б.н. Бебякова Н.А.

Аннотация: С целью выявления ассоциации полиморфизма T-786C гена eNOS с гипертонической реакцией сосудов на нагрузку были исследованы 170 практически здоровых молодых людей. Для изучаемого полиморфизма проведена ПЦР с детекцией в агарозном геле и использована логистическая регрессия для различных типов генетических моделей. Тип реакции сосудов на нагрузку определялся путем проведения пробы с дозированной физической нагрузкой Мартине-Кушелевского. Всего были выделены два типа реакции – гипертоническая и нормотоническая, из которых преобладала последняя. Генотип CC статистически значимо преобладал в группе лиц с гипертонической реакцией сосудов ($p < 0,01$). Рецессивная модель обнаружила сильную ассоциацию гомозиготного по редкому аллелю CC генотипа с гипертонической реакцией (OR = 5,55, $p < 0,05$). Полученные данные свидетельствуют о влиянии генотипа CC на формирование гипертонической реакции сосудов на нагрузку.

Ключевые слова: полиморфизм, eNOS, тип реакции сосудов.

Эндотелиальная синтаза оксида азота (eNOS) – фермент, необходимый для синтеза оксида азота (NO) [5]. В связи с мощной вазодилаторной функцией оксида азота полиморфизм гена eNOS стал широко изучаем как один из факторов риска развития различных сердечно-сосудистых заболеваний. На данный момент наиболее изучены три полиморфизма: 4a4b, T-786C и G894T. В основном изучается связь данных полиморфизмов с такими болезнями, как артериальная гипертония (АГ), эссенциальная гипертония (ЭГ), инфаркт миокарда и т.д. [1-3, 6-9]. Данные состояния характеризуются чрезмерной вазоконстрикцией, механизмы которой могут быть различны, в том числе они могут быть обусловлены недостатком NO. Проба Мартине-Кушелевского является одной из проб, способных выявить лиц, склонных к развитию избыточной вазоконстрикции в ответ на дозированную физическую нагрузку [4], а, значит, и к формированию ряда сердечно-сосудистых заболеваний впоследствии. Таким образом, целью данной работы стало выявление ассоциации гипертонического типа реакции сосудов на нагрузку с полиморфизмом T-786C гена eNOS у практически здоровых молодых лиц.

Данное исследование было проспективным. В исследовании участвовали 170 мужчин, в возрасте 18-22 лет, специально не занимающихся спортом, без хронической сердечно-сосудистой и острой патологии. Участники исследования подписывали информированное согласие, утвержденное локальным этическим комитетом СГМУ. Всем участникам проведено следующее обследование: измерение артериального давления и частоты сердечных сокращений до и после дозированной нагрузки (проба Мартине-Кушелевского) с определением типа реакции сосудов на нагрузку (тип реакции определяли с помощью авторской компьютерной программы), молекулярно-генетическое исследование полиморфизма T-786C гена eNOS. ДНК выделяли из клеток крови при помощи набора «ДНК-экспресс кровь» («Литех»). Детекцию полиморфизма T-786C в гене NOS3 определялись методом ПЦР на базе генетической лаборатории ЦНИЛ СГМУ с использованием реактивов фирмы «Литех» (Москва).

Статистический анализ выполнен с использованием пакета прикладных программ «SPSS Statistics v. 17.0» и программы с открытым доступом SNPStats. Логистическую регрессию выполняли для выявления ассоциации изученного полиморфизма с типом реакции сосудов на нагрузку для трех видов генетических моделей. Результаты анализа представляли в виде отношения шансов (OR), 95 % доверительного интервала (ДИ) и уровня значимости p . Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез $p < 0,05$.

Результаты логистической регрессии представлены в таблице 1. Проведенный анализ выявил, что генотипом, ассоциированным с формированием гипертонической реакции сосудов на нагрузку, является генотип CC (таблица 2). Отметим, что статистически значимые цифры OR показали сразу две модели: рецессивная и аддитивная. Однако согласно информационным критериям Акаике и Байеса более правдоподобно описывает результаты рецессивная модель (215 по сравнению с 226).

Полученные результаты свидетельствуют, что генотип CC промотора гена NOS3 (T-786C) ассоциируется с неблагоприятной гемодинамической реакцией на физическую нагрузку. Необходимо дальнейшее изучение взаимосвязи генотипа CC как возможного фактора риска формирования неблагоприятных сосудистых реакций.

Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ и Правительства Архангельской области регионального конкурса «Север» в рамках научного проекта №14-04-98823 «Ассоциации полиморфизмов в генах NOS3, EDN1, EDNRA, EDNRB с периферической вазоконстрикцией».

Таблица 1

Ассоциация полиморфизма T786-C с типом реакции сосудов на нагрузку

Модель	Генотип	OR (95 % ДИ)	P	AIC
Доминантная	TT/CT+CC	1.37 (0.67-2.83)	0.39	238
Рецессивная	TT+CT/CC	5.55 (2.05-14.99)	7e-04	215.2
Аддитивная	TT-CT-CC	1.89 (1.11-3.21)	0.018	226

Таблица 2

Распределение частот генотипов и аллелей полиморфизма T-786C гена eNOS среди мужчин с гипертонической и нормотонической реакцией сосудов

Тип реакции	Гипертоническая реакция		Нормотоническая реакция		P
	Абсолютное количество	%	Абсолютное количество	%	
TT	15	36,6	57	44,2	>0.05
TC	15	36,6	64	49,6	>0.05
CC	11	26,8	8	6,2	<0.01
Аллели					
T	30	53,6	121	62,7	>0.05
C	26	46,4	72	37,3	

Литература:

1. Дегаева Т.А., Радайкина О.Г., Усанова А.А., Гончарова Л.Н., Антипова В.Н., Фазлова И.Х., Гуранова Н.Н. Полиморфизм гена эндотелиальной синтазы оксида азота-3 у больных артериальной гипертензией и сахарным диабетом II типа, проживающих на территории республики Мордовия // Вестник Мордовского университета. – 2013. № 1-2. С. 53-56.
2. Косьянкова Т.В. Гены синтазы оксида азота: полиморфизмы в сибирских популяциях и их функциональное значение: Автореф. дис. канд. биол. наук. – Томск, 2012. – 22 с.
3. Кузнецова Т.Ю., Гаврилов Д.В., Самоходская Л.М., Постнов А.Ю., Бойцов С.А. Влияние полиморфизма GLU298ASP гена эндотелиальной NO синтазы на развитие поражений органов-мишеней при установлении артериальной гипертензии в молодом возрасте // Сибирский медицинский журнал (г. Томск). – 2010. – Т. 25. – № 2-1. – С. 33-38.
4. Функциональные резервы организма детей и подростков. Методы исследования и оценки: учебное пособие / Н.Г.Чекалова [и др.]. – Н.Новгород: Издательство НижГМА, 2010. – 164 с.
5. Andrew P.J., Mayer B. Enzymatic function of nitric oxide synthases // Cardiovasc. Res. – 1999. – 43. – P. 521–531.
6. Casas J.P., Cavalleri G.L., Bautista L.E. et al. Endothelial nitric oxide synthase gene polymorphisms and cardiovascular disease: a HuGE review // Amer. J.Hum. Gen. Epidemiol. – 2006. – 17. – P. 1–15.
7. Casas J.P., Bautista L.E., Humphries S.E., Hingorani A.D. Endothelial nitric oxide synthase genotype and ischemic heart disease: Meta-analysis of 26 studies involving 23028 subjects // Circulation. – 2004. – №109. – P. 1359–1365.
8. Hingorani A.D. Polymorphisms in endothelial nitric oxide synthase and atherogenesis // Atherosclerosis. – 2001. – №154. – P. 521–527.
9. Yujiao Yang, Kang Du, Zhengxia Liu and Xiang Lu. Endothelial Nitric Oxide Synthase (eNOS) 4b/a Gene Polymorphisms and Coronary Artery Disease: Evidence from a Meta-Analysis // Int. J. Mol. Sci. – 2014. – №15. – P.7987-8003.

ВОЗМОЖНОСТИ СКРИНИНГА СВЯЗАННЫХ СО СНОМ РАССТРОЙСТВ ДЫХАНИЯ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ: ПРОТОКОЛ ИССЛЕДОВАНИЯ

Кудрявцева И.И.

Северный государственный медицинский университет. Кафедра семейной медицины и внутренних болезней. Аспирант. E-mail: irakudryavtseva@rambler.ru

Научный руководитель: проф., д.м.н. Попов В.В.

Научный консультант: доц., к.м.н. Андреева Е.А.

Аннотация: В настоящее время в России связанные со сном расстройства дыхания продолжают оставаться мало изученной проблемой. Это во многом обусловлено ограниченными возможностями инструментальной диагностики данной патологии в амбулаторных условиях. Наиболее распространенный тип нарушений дыхания во сне – это синдром обструктивного апноэ/гипопноэ сна (СОАГС), который относится к потенциально угрожающим жизни пациента состояниям и увеличивает, прежде всего, риск сердечно-сосудистой смертности. Развивающаяся гипоксемия в ночное время повышает вероятность развития нарушений ритма сердца, артериальной гипертензии, инфаркта, инсульта, внезапной смерти во сне у пациентов с нелеченным тяжелым СОАГС. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), характеризующаяся развитием необратимой или частично обратимой бронхиальной обструкции, является одним из факторов, предрасполагающих к развитию СОАГС. У пациентов с сочетанием ХОБЛ и СОАГС, так называемым оверлап-синдромом, показатели ночной гипоксемии значительно превосходят значения гипоксемии пациентов, имеющих лишь одну из указанных патологий. Это утяжеляет течение ХОБЛ и приводит к более раннему развитию осложнений. «Золотым стандартом» диагностики связанных со сном расстройств дыхания является полисомнография. Проведение этого обследования в классическом варианте возможно только в стационарных условиях в крупных клинических центрах, имеющих специализированные лаборатории сна, а значит, малодоступно для большинства больных. Ранняя идентификация пациентов с высоким риском развития связанных со сном расстройств дыхания в амбулаторных условиях с помощью портативных кардио-респираторных приборов может существенным образом увеличить их выживаемость.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, связанные со сном расстройства дыхания, синдром обструктивного апноэ/гипопноэ сна, оверлап-синдром, кардио-респираторный мониторинг сна, гипоксемия.

Распространенность связанных со сном нарушений дыхания среди лиц с бронхообструктивным синдромом является малоизученной, а имеющиеся данные – противоречивыми. Результаты некоторых исследований говорят о том, что среди пациентов с диагностированной ХОБЛ и астмой СОАГС встречается не чаще, чем в общей популяции взрослых людей – у 1-5 % мужчин и 0,5-2 % женщин, а распространенность оверлап-синдрома составляет лишь 1 % [1, 3, 8].

Согласно данным эпидемиологического исследования, проведенного в Дании, у больных с ХОБЛ распространенность различных ночных расстройств дыхания, субъективно оцениваемых пациентом при опросе как пробуждения, связанные с одышкой или затруднением дыхания, достигает 4,3 %. При этом частота ночных расстройств дыхания увеличивается с тяжестью обструкции и является значимым предиктором неблагоприятного прогноза для таких пациентов [5, 6].

Недавнее исследование в Калифорнийском университете показало высокую распространенность СОАГС среди пациентов с тяжелой и умеренной ХОБЛ. У 65,9 % больных при проведении полисомнографии был определен индекс апноэ/гипопноэ больше 5 в час, что является диагностическим критерием наличия СОАГС [2,10].

В России эпидемиологических исследований, связанных с изучением дыхательной архитектуры сна и распространенности СОАГС у пациентов с ХОБЛ в амбулаторной практике, проведено не было.

Скрининг для выявления высокого риска наличия связанных со сном расстройств дыхания, в частности СОАГС, возможен при использовании ряда опросников и портативных кардио-респираторных приборов для мониторинга ночного сна [2].

Материалы и методы.

Цель исследования: изучить в амбулаторной практике особенности дыхательной архитектуры сна у взрослых пациентов с ХОБЛ и идентифицировать больных с высоким риском связанных со сном расстройств дыхания.

Задачи:

1) изучить дыхательную архитектуру сна и распространенность связанных со сном расстройств дыхания в популяции пациентов с ХОБЛ;

2) оценить диагностическую значимость опросников (STOP-BANG model, Berlin questionnaire, Epworth Sleepiness Scale) для выявления связанных со сном расстройств дыхания у пациентов с ХОБЛ в сравнении с кардио-респираторным мониторингом [4, 7];

3) выявить и проанализировать факторы, ассоциированные с наличием связанных со сном расстройств дыхания у пациентов с ХОБЛ;

4) оценить сердечно-сосудистый риск и связь с наличием сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с ХОБЛ и синдромом обструктивного апноэ/гипопноэ сна.

Дизайн исследования: поперечное исследование.

Популяция исследования: случайная выборка пациентов с ХОБЛ четырех муниципальных поликлиник г. Архангельска.

Объем выборки рассчитан в программе Epi Info™ 7 (7.1.5). При ожидаемой распространенности связанных со сном расстройств дыхания, соответствующей 10 %, 95 % доверительном уровне и приемлемой вероятности альфа-ошибки не более 5 % необходимый объем выборки составил 137 человек.

Критерии включения в группу исследования: возраст от 35 до 70 лет; наличие установленного диагноза ХОБЛ согласно критериям GOLD [9]; отсутствие обострений ХОБЛ в течение последних трех месяцев; наличие добровольного информированного согласия на исследование.

Критерии исключения: отказ от участия в исследовании; беременность; прием снотворных препаратов и препаратов, усиливающих дневную сонливость; соматические заболевания в терминальной стадии и тяжелый когнитивный дефицит (MMSE<15).

Методы исследования.

1. Опросники для получения ряда анамнестических данных (социальный статус, статус активного и пассивного курения, сведения о сопутствующих заболеваниях и принимаемых препаратах).

2. Опросники для определения риска и оценки клинических симптомов СОАГС (STOP-BANG model, Berlin questionnaire, Epworth Sleepiness Scale).

3. Оценка симптомов ХОБЛ (CAT-тест, шкала mMRC).

4. Антропометрия (измерение роста, веса, окружности живота и шеи).

5. Стандартизированный клинический осмотр (измерение артериального давления, пульса, аускультация сердца и легких).

6. Тест 6-минутной ходьбы, оценка индекса BODE.

7. Лабораторные тесты: уровень гликемии, липидный спектр, С-реактивный белок.

8. Инструментальные методы: электрокардиография, эхокардиография.

9. Расширенный кардио-респираторный мониторинг с помощью портативного прибора с регистрацией следующих параметров: насыщение крови кислородом (сатурация), частота пульса, величина воздушно-го потока, движения грудной клетки и передней брюшной стенки, положение тела, а также движения нижней челюсти.

Ожидаемые результаты: впервые в г. Архангельске в амбулаторных условиях планируется получить данные о дыхательной архитектуре сна, распространенности связанных со сном расстройств дыхания в популяции пациентов с ХОБЛ, а также повысить эффективность идентификации больных с ХОБЛ, имеющих высокий риск СОАГС.

Литература:

1. Чучалин А. Г. Хронические обструктивные болезни легких. – М.: ЗАО «Издательство БИНОМ», 2008. 512 с.

2. Diagnosis of Obstructive Sleep Apnea in Adults: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians//Annals of Internal Medicine, Vol. 161, No 3, 2014. P. 210-220

3. Lee R., McNicholas WT. Obstructive sleep apnea in chronic obstructive pulmonary disease patients. Current Opinion in Pulmonary Medicine 2011, 17:79-83.

4. Netzer NC, Stoohs RA, Netzer CM, et al. Using the Berlin Questionnaire to identify patients at risk for the sleep apnea syndrome. Ann Intern Med 1999; 131:485–491.

5. Peter Lange, Jacob Louis Marott, Jørgen Vestbo, Børge Grønne Nordestgaard Prevalence of night-time dyspnoea in COPD and its implications for prognosis. Eur Respir J 2014; 43:1590-98.

6. Sanders MH, Newman AB, Haggerty CL, et al. Sleep and sleep-disordered breathing in adults with predominantly mild obstructive airway disease. Am J Respir Crit Care Med. 2003; 167(1):7–14.

7. Silva GE, Vana KD, Goodwin JL, Sherrill DL, Quan SF. Identification of patients with sleep disordered breathing: comparing the four-variable screening tool, STOP, STOP-Bang, and Epworth Sleepiness Scales. J Clin Sleep Med. 2011; 7:467-72.

8. Steveling EH, Clarenbach CF, Miedinger D, Enz C, Dürr S, Maier S, Sievi N, Zogg S, Leuppi JD, Kohler M. Predictors of the overlap syndrome and its association with comorbidities in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Respiration. 2014; 88(6):451-7.

9. The Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2015 [http://www.goldcopd.org].

10. Xavier S., Eduardo G., Frank L. Powell et al. High Prevalence of Obstructive Sleep Apnea in Patients with Moderate to Severe Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Ann Am Thorac Soc Vol. 12, No 8, pp 1219–1225, Aug 2015.

ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНО-ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ СОЦИАЛЬНЫХ РАБОТНИКОВ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Макулина Е.Ю.

Северный (Арктический) федеральный университет им. М.В. Ломоносова

Магистрант кафедры социальной работы и социальной безопасности

Института комплексной безопасности САФУ им. М.В. Ломоносова

E-mail: Epiwka@mail.ru

Научный руководитель: проф., д.б.н. Данилова Р.И. (rid65@inbox.ru)

Аннотация: В данной статье освещены проблемы современной социально-геронтологической подготовки социальных работников в рамках высшего образования в РФ. Автор проанализировал основные проблемы социально-геронтологической подготовки социальных работников, сравнил нормативную и интерпретативную модели старости.

Ключевые слова: нормативная модель, интерпретативная модель, социально-геронтологическая работа

Нет оснований сомневаться в том факте, что старость – это один из самых трудных периодов в жизни любого человека, причем сложность и драматичность этого периода определяется множеством факторов, одним из которых является уровень социально-геронтологической подготовки социальных работников. Причем важно помнить, что отношение к пожилым является отражением сущности любого общества и государства независимо от декларируемых политических и религиозных целей. К большому сожалению, социальная работа с пожилыми лишь в последние годы стала особенно актуальной для РФ, а сама социальная геронтология в нашей стране в первую очередь нуждается:

- в разработанной теоретической систематизации феноменов старения во всех его аспектах;
- в формировании у будущих социальных работников и врачей общекультурных и профессиональных компетенций, позволяющих им профессионально выполнять программы государственной политики в отношении пожилого населения.

Особенную актуальность представляет проблема модернизации социально-геронтологической подготовки специалистов по социальной работе в высших учебных заведениях РФ.

Существует несколько причин сопутствующих такой модернизации:

1. Модернизация социального образования в РФ в целом.
2. Глобальное демографическое старение населения вынуждает общество интенсифицировать геронтологическую подготовку, необходимое условие нормального функционирования общества.

Можно выделить также и фундаментальные проблемы геронтологической подготовки специалистов по социальной работе в вузах РФ:

1. Относительная новизна социальной геронтологии в государственном образовательном стандарте подготовки специалистов социальной работы в России.
2. Отсутствие удовлетворительной теоретической картины старости как объекта социально-геронтологического исследования в целом, что также затрудняет формирование социально-геронтологических образовательных курсов [1].
3. «Геронтологическая некомпетентность» – представление о старости исключительно как о периоде бедности, болезней и одиночества [2].
4. Содержание социально-геронтологического образования часто обуславливается категориями нуждаемости, дезадаптации, патологичности, что заставляет уже состоявшихся социальных работников теоретически конструировать и организовать социальную реальность и практику социальной работы с преобладанием негативных смыслов.

5. Медикаментозная картина старости также формирует дискриминационное представление о пожилых людях, пренебрегающее социальными аспектами рассматриваемых явлений.

Резюмируя все вышеописанное следует отметить, что существует огромное количество барьеров, блокирующих процесс формирования адекватной нынешним образовательным условиям обучающей модели исследования геронтологических проблем.

Нельзя также не сказать, что за последние годы качество социально-геронтологической подготовки специалистов по социальной работе в российских вузах значительно улучшилось. Последнее утверждение частично обосновывается ростом количества авторских курсов, учебных пособий по социальной геронтологии. Однако, несмотря на эти достижения, в работах до сих пор преобладает нормативная парадигма старости. В свою очередь, интерпретативная парадигма старости и старения, рассматривающая старость не как заключительный период жизни человека, но как «зону множественных возможностей, ресурс для динамичного развития как отдельного человека, так и общества в целом», в целом представлена недостаточно полно.

По нашему мнению, именно интерпретативная парадигма, понимающая старость, прежде всего, относительно свободный «выбор» собственной старости с учетом объективных физических ограничений и как следствие – предельную интенсификацию жизни, должна стать основой социально-геронтологической подготовки социальных работников в рамках высшего образования в РФ.

Однако также не следует впадать в крайности и отказываться от определенных преимуществ нормативной модели старости, а идеальным вариантом лучше признать синтетический подход нормативно-интерпретативного понимания старости.

Литература:

1. Никитин В.А., Медведева Г.П. Направления и проблемы развития социального образования в современной России // Журнал исследований социальной политики. 2004. Т. 2, № 3. С. 336.

2. Елютина М.Э. Современный курс социальной геронтологии: Учеб. пособие. Саратов: Саратов. гос. техн. ун-т, 2003. –С3

ОСОБЕННОСТИ РЕГУЛИРОВАНИЯ И ПРОБЛЕМЫ РЕАЛИЗАЦИИ ПРАВ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ В РОССИИ

Меньшикова В.Э.

Россия. Архангельск. Северный государственный медицинский университет. Кафедра судебной медицины и права. Студентка 6 курса факультета медико-профилактического дела и медицинской биохимии.

E-mail: vitalya.menshikova@yandex.ru

Научный руководитель: к.м.н., доц. Ившин И.В.

Аннотация: В статье анализируются вопросы регулирования и реализации прав детей-инвалидов в Российской Федерации. Главное внимание уделяется положению детей-инвалидов в российском обществе.

Ключевые слова: дети-инвалиды, дети с ограниченными возможностями, права детей – инвалидов, медико-социальная экспертиза.

Детская инвалидность – одна из важнейших медико-социальных проблем современного общества [1]. По данным Федеральной службы государственной статистики РФ численность детей-инвалидов на 1 января 2015 год составила 605 тысяч [9].

В соответствии с Конституцией Российской Федерации, принятой всенародным голосованием 12 декабря 1993 года, Россия провозглашается демократическим социальным государством, обеспечивающим равенство прав и свобод гражданина, т.е. осуществляющим борьбу с дискриминацией, основанной на состоянии здоровья [5]. Таким образом, социальная политика российского государства должна базироваться на полной социальной защите детей-инвалидов, переходящих в разной степени под его попечительство [4].

Начиная с 90-х годов прошлого века в России было принято более 300 нормативных правовых актов, направленных на защиту интересов детей-инвалидов. Особое значение имеет Федеральный закон от 24.11.95 N181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», определяющий государственную политику области социальной защиты детей-инвалидов [4].

В статье 2 Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» закреплено право детей-инвалидов на социальную защиту – систему «гарантированных государством экономических, правовых мер и мер социальной поддержки, обеспечивающих инвалидам условия для преодоления, замещения (компенсации) ограничений жизнедеятельности...» [6]. Основной целью этих мер является создание детям-инвалидам «равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества» [4].

К основным гарантированным российским законодательством правам детей-инвалидов, наряду с общими для всех детей правами, такими как право на жизнь, на воспитание в семейном окружении, на получение бесплатной медицинской помощи, на образование, право не подвергаться жестокому или унижающему обращению, относятся также права на реабилитацию, санаторно-курортное лечение, на обеспечение специальными средствами передвижения, на безбарьерный доступ к жилым зданиям, учреждениям образования и здравоохранения, спортивным сооружениям, местам отдыха и учреждениям культуры [4].

Среди основных причин нарушений прав детей – инвалидов в России можно выделить:

– традиционный приоритет государственной поддержки направления в интернаты детей с нарушениями развития по сравнению с мерами по поддержке семьи (прежде всего родной, затем – приемной и опекунской);

– неисполнение норм действующего законодательства, связанного с реабилитацией и образованием детей-инвалидов;

– непроработанность механизмов реализации законов, регламентирующих эту сферу [2].

В соответствии со статьей 54 Семейного кодекса Российской Федерации все дети, независимо от состояния их здоровья, имеют право жить и воспитываться в семье [10], однако государственная политика в отношении детей с выраженными аномалиями развития до сих пор построена на приоритете «изъятия» их из общества, содержания в закрытых стационарных учреждениях. По статистике 101 тысяча детей-инвалидов лишены семейной среды. Государство же в свою очередь упорно продолжает выделять гораздо больше средств на интернаты, чем на поддержку семьи или на альтернативное семейное устройство детей [5].

Статьей 11 Федерального закона « О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» предусмотрена индивидуальная программа реабилитации инвалида (ИПР) – документ, содержащий комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий [8]. По данным доклада российских неправительственных организаций для Комитета ООН в ноябре 2003 года, в нарушение закона органами медико-социальной экспертизы (МСЭ) в массовом порядке не составляются ИПР ребенка-инвалида. В некоторых бюро МСЭ при установлении ребенку инвалидности или переосвидетельствовании родителям до сих пор предлагают подписать отказ от составления ИПР. На основании этого «отказа» должностные лица не выполняют одну из основных своих обязанностей [11]. В настоящее время, благодаря мерам, принятым Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации, в ведение которого переданы федеральные государственные учреждения медико-социальной экспертизы, ситуация меняется в лучшую сторону в части разработки ИПР, однако в ряде случаев остаются вопросы к реализации этих программ.

В большинстве субъектов Российской Федерации в нарушение статьей 5 и 6 Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации» [7] и статьи 18 Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» [6] власти не обеспечивают в достаточной степени финансирование и организацию образования детей-инвалидов, в результате чего в субъектах значительная часть таких детей с ограниченными возможностями оказывается вне образовательного процесса [2]. Также вопреки статье 18 Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» образовательные учреждения повсеместно отказывают в воспитании и образовании детям-инвалидам с серьезными нарушениями развития [3].

Таким образом, существующая на сегодняшний день в России система включения детей с ограниченными возможностями в социальную жизнь является недостаточно эффективной, не в полной мере обеспечивает гарантии реализации прав детей-инвалидов, а также полноценную социальную защиту, предусматривающую возможности удовлетворения их основных потребностей, реализацию их интересов. Вышеизложенное требует дальнейшего совершенствования действующего законодательства и правореализационной практики.

Литература:

1. Гришина Л.П. Инвалидность как многофакторная проблема / Л.П. Гришина, Д.И. Лаврова // Мед.-соц. экспертиза и реабилитация. 2006. № 2. С. 27-30.
2. Доклад Уполномоченного по правам человека в РФ. О соблюдении прав детей-инвалидов в Российской Федерации. [Электронный ресурс] Режим доступа URL: <http://www.bestpravo.ru/rossijskoje/hm-pravo/z1g.htm> (дата обращения: 15.11.2015).
3. Интеграция детей-инвалидов в России: законодательство, реальная ситуация, пути перемен. [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://refdb.ru/look/2564190.html> (дата обращения: 18.11.2015).
4. Калимуллина Э. Р. Проблемы социальной защиты детей-инвалидов в условиях современного российского общества: автореф. дис. ... д-ра соц. наук. Уфа, 2007. 151 с.
5. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993 г.) // Российская газета. 1993. 25 декабря.
6. О социальной защите инвалидов в Российской Федерации: федер. закон Рос. Федерации от 24 ноября 1995 г. N 181-ФЗ. (с изменениями на 29 июня 2015 года) [Электронный ресурс] Режим доступа URL: <http://base.garant.ru/10164504/3/> (дата обращения: 14.11.2015).
7. Об образовании: федер. закон Рос. Федерации от 21.12.2012 г. № 273-ФЗ [Электронный ресурс] Режим доступа URL: <http://ipirip.ru/zakon-ob-obrazovanii-2/> (дата обращения: 17.11.2015).
8. Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации: федер. закон Рос. Федерации от 28.12.2013 г. N 442-ФЗ (ред. от 21.07.2014) [Электронный ресурс] Режим доступа URL: <http://base.garant.ru/70552648/> (дата обращения: 17.11.2015).
9. Положение инвалидов. [Электронный ресурс] Режим доступа URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/disabilities/# (дата обращения: 14.11.2015).
10. Семейный кодекс Российской Федерации от 29 декабря 1995 г. N 223-ФЗ (с изменениями на 13 июля 2015 года). [Электронный ресурс] Режим доступа URL: <http://docs.cntd.ru/document/semeynyj-kodeks-rf-sk-rf> (дата обращения: 13.11.2015).
11. Специальный доклад российских неправительственных организаций для Комитета ООН по экономическим, социальным и культурным правам (CESCR) по теме: «Положение детей-инвалидов в России: право на образование, социальную интеграцию и реабилитацию». [Электронный ресурс] Режим доступа URL: <http://rylkov-fond.org/blog/prava-cheloveka/pravo-na-zdorovie/cescr-report-rus/> (дата обращения: 12.11.2015).

ОСОБЕННОСТИ РЕГУЛИРОВАНИЯ И РЕАЛИЗАЦИИ ПРАВА ПАЦИЕНТА НА ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Милюк К.Г.

Северный Государственный Медицинский Университет. Кафедра судебной медицины и права. Студентка 6 курса факультета медико-профилактического дела и медицинской биохимии.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Ившин И.В.

Аннотация: В данной статье анализируются особенности правового регулирования и реализации права пациента на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство по российскому законодательству. Рассматриваются формальные и содержательные требования к такому согласию.

Ключевые слова: информированное добровольное согласие, правовое регулирование, пациент, медицинский работник, медицинское вмешательство, информация о состоянии здоровья.

Неотъемлемой составляющей успешного развития современного гражданского общества являются права и свободы человека и гражданина. Любой человек, выступая в роли пациента, хочет быть уверенным, что его права и законные интересы охраняются законом. Одним из ключевых прав пациента является право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

Целью настоящего исследования является анализ действующих правовых положений, регулирующих право пациента на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство по российскому законодательству, основополагающих доктринальных подходов к его содержанию и ключевых особенностей реализации.

В основе права на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство лежит признание личной и физической неприкосновенности человека, автономии человеческой личности [3]. Эти положения гарантированы статьями 20, 21, 22, 23, 41 Конституции РФ.

В частности, статья 20 Конституции РФ декларирует право на жизнь, а статьи 22 и 23 Конституции РФ подтверждают права граждан на свободу, личную неприкосновенность, а также неприкосновенность частной жизни, личную и семейную тайны. Дополняет эти положения статья 21 Конституции РФ, предусматривающая, в частности, что никто не может быть без добровольного согласия подвергнут медицинским, научным или иным опытам. Статья 41 Конституции РФ закрепляет за гражданами право на охрану здоровья и медицинскую помощь [1].

Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» содержит ряд правовых положений, регламентирующих предоставление согласия, в частности, указывается на случаи, когда оно дается одним из родителей или иным законным представителем лица (часть 2 статьи 20 закона), а также на ситуации, в которых допускается медицинское вмешательство без согласия гражданина или его законного представителя (части 9, 11 статьи 20 закона) [2].

Основанные на действующем правовом регулировании современные доктринальные подходы к сущности информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство предусматривают, что такое согласие должно быть:

- действительным, т. е. дано пациентом, достигшим возраста 15 лет (а больным наркоманией – достигшим 16 лет), дееспособным, либо законными представителями недееспособных и не достигших установленного возраста лиц;
- добровольным, т. е. полученным без какого-либо принуждения;
- информированным, т. е. полученным после предоставления всей необходимой информации о состоянии здоровья пациента, результатах обследования, прогнозе, методах лечения, возможных рисках и т. п. в доступной для пациента форме, без применения обмана;
- предварительным, т. е. полученным до медицинского вмешательства;
- непротивоправным, т. е. без нарушения закона, а также прав третьих лиц;
- полученным в надлежащей форме [4].

Одним словом, суть права на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство 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 следует расценивать как насилие над личностью и причинение телесных повреждений. При этом под медицинским вмешательством понимаются не только хирургические операции, но и медикаментозное лечение, а также обследование пациента, даже не сопровождающееся инвазивными вмешательствами.

Поскольку пациент не является специалистом в области медицины, для принятия взвешенного решения и дачи согласия на медицинское оперативное вмешательство либо прием каких-либо фармацев-

тических препаратов ему необходима информация о сути вмешательства, его причинах, последствиях, рисках, возможных альтернативных методах лечения. Предоставить пациенту такую информацию может только профессионал – исполнитель медицинской услуги – врач, на которого закон и возлагает обязанность информировать пациента.

Согласие пациента на медицинское вмешательство означает лишь реализацию его права обладать информацией для принятия решения о вмешательстве, и вовсе не означает освобождение исполнителя медицинской услуги от ответственности за ненадлежащее ее оказание. Другими словами, если пациент согласился на вмешательство, это еще не означает, что лечебное учреждение с этого момента не несет ответственности за последствия лечения. В данном случае подлежат применению общие правила об ответственности за ненадлежащее лечение. Таким образом, информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство для пациента является правом, а для врача – обязанностью [3].

При установлении в действиях медицинских работников признаков составов преступлений, предусмотренных ч. 2 ст. 109 УК РФ (причинение смерти по неосторожности); ч. 2 ст. 118 УК РФ (причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности); ч. 4 ст. 122 УК РФ (заражение ВИЧ-инфекцией), а равно других деяний, ответственность за совершение которых предусмотрена уголовным законом, наличие «согласия» пациента на «все возможные» вмешательства не будет основанием для прекращения уголовного преследования. Равно и в гражданском судопроизводстве эти обстоятельства сами по себе не являются основанием для отказа в иске [6].

Следует подчеркнуть, что как бы ни был информирован и осведомлен пациент по поводу возможных осложнений медицинского вмешательства, ответственность за его последствия в виде причиненного вреда жизни и здоровью всегда несет врач [5].

Литература:

1. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993) // Российская газета. 1993. 25 декабря.
2. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ // Российская газета. 2011. 23 ноября.
3. Васильева Е.Е. Институт добровольного информированного согласия пациента на медицинское вмешательство в российском и американском праве // Журнал российского права. 2004. №9. С. 136-141.
4. Права граждан в области охраны здоровья / О. А. Цыганова, И. В. Ившин // Главная мед. сестра. 2010. №7. С. 25-48.
5. Право пациента на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство / О. А. Цыганова, И. В. Ившин // Правовые вопросы в здравоохранении. 2010. №1. С. 70-77.
6. Кузин С.Г., Ившин И.В. К вопросу о реализации права пациента на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство // Научные труды II Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву. Россия, Москва, 13 – 15 апреля 2005 г. / Под ред. член-корр. РАМН, проф. Ю.Д. Сергеева. М.: НАМП, 2005. С. 345 – 348.

СПЕЦИФИКА И ПРОБЛЕМЫ РАЗРЕШЕНИЯ ДЕЛ О ВОЗМЕЩЕНИИ ВРЕДА, ПРИЧИНЕННОГО ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЮ ГРАЖДАН ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Минин Николай Иванович

ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет», Архангельск, кафедра судебной медицины и права, медико-биологический факультет, 6 курс.

E-mail: nicolminin@yandex.ru

Научный руководитель: к.м.н., доцент Ившин Илья Валерианович

Аннотация: В статье рассматриваются актуальные аспекты разрешения дел о возмещении вреда, причиненного жизни и здоровью граждан при оказании медицинской помощи, обусловленные спецификой профессиональной медицинской деятельности.

Ключевые слова: вред здоровью, возмещение вреда, медицинские работники, медицинская помощь.

Важнейшим условием, обеспечивающим надлежащее оказание медицинских услуг, являются юридические гарантии, в системе которых существенное место принадлежит гражданско-правовому институту обязательств по возмещению вреда, причиненного жизни или здоровью граждан ненадлежащей медицинской услугой.

Целью настоящего исследования является рассмотрение специфики и проблем разрешения дел о

возмещении вреда, причиненного жизни и здоровью граждан при оказании медицинской помощи, обусловленных особенностями профессиональной медицинской деятельности.

Трудности изучения вопросов медицинского права прежде всего связаны с начальным этапом становления отечественной судебной практики ведения медицинских дел. В сложившихся обстоятельствах особенно актуальным представляется дальнейшее совершенствование существующей законодательной базы в области охраны общественного здоровья: систематизация и кодификация имеющихся и разработка новых нормативно-правовых актов, четко и непротиворечиво регламентирующих порядок и условия осуществления профессиональной медицинской деятельности. Создание и внедрение системной кодификации правовой регламентации позволит устранить дублирование нормативного материала и избежать многочисленных противоречий между нормами различных правовых актов. А это, в свою очередь, значительно упростит и облегчит поиск необходимых правовых норм, подлежащих применению при судебном разбирательстве конкретных медицинских дел [6].

Разрешая дело, суд определяет предмет доказывания, факты, подлежащие доказыванию, круг искомых доказательств и средства доказывания, исходя из подлежащих применению по делу норм материального и процессуального права [3].

В самом общем виде по делам о возмещении вреда, причиненного здоровью или жизни гражданина при оказании медицинской помощи, необходимо определить наличие основания и условий гражданско-правовой ответственности (состава гражданского правонарушения, а именно: наличие вреда или убытков, противоправность поведения причинителя вреда, причинную связь, вину) за причиненный вред [2].

Вред – это всякое умаление какого-либо блага или охраняемого законом интереса. Вред делят на имущественный (материальный, включая физический вред) и моральный. Убытки – денежная оценка причиненного вреда [2]. Обычно в суде встает вопрос об объеме и характере возмещения вреда, причиненного повреждением здоровья (ст. 1085 ГК РФ) [1]. Наибольшие проблемы вызывают следующие: обоснованность расходов на лечение, дополнительное (точнее – специальное) питание, приобретение лекарственных средств, протезирование. Связано это с отсутствием по многим нозологическим единицам утвержденных федеральных или региональных стандартов диагностики и лечения, методик определения убытков. Понятно, что есть «дорогая» и «дешевая» схема лечения болезни, хотя они и не являются полностью равноценными. Естественно, что многие из вопросов, которые подлежат разрешению судом при рассмотрении иска о возмещении вреда или убытков, требуют специальных медицинских знаний. Эти вопросы разрешаются в рамках назначаемой судом медицинской судебной экспертизы.

Противоправным признается поведение, нарушающее нормы права и субъективное право конкретного лица. Данное условие по большинству гражданских дел проблем не вызывает в силу действия презумпции противоправности поведения причинителя вреда, выводимой из принципа генерального деликта [3]. Однако применительно к медицинской деятельности проблема противоправности-правомерности причинения вреда существует в силу того что нередко врач или иной медицинский работник могут достичь поставленной цели (диагностика, профилактика, лечение болезни) только путем причинения вреда, причем, по общему правилу, с согласия пациента (гражданина). В то же время согласие не является безусловным основанием признания деяний (действий или бездействия) медицинского работника правомерными, так как они также должны отвечать предъявляемым требованиям: не нарушать норм законодательства, быть разумными, не противоречить требованиям морали и нравственности. Кроме того, нередко важным является анализ с позиций данного условия некоторых иных медицинских критериев, обуславливающих медицинское вмешательство (относительные показания и противопоказания, проблема причинения «излишнего» вреда дополнительными, дублирующими диагностическими и лечебными манипуляциями и проч.).

О недостаточной разработанности понятийного аппарата медицинского права и невысокой правовой грамотности специалистов свидетельствует отсутствие единообразного понимания медицинскими работниками и юристами основополагающих правовых категорий. Примером неправильного понимания медицинскими работниками основных категорий медицинского права является типичный взгляд на «информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или на отказ от него» как на инструмент защиты от возможных преследований. Большинство медицинских работников считает, что согласие на медицинское вмешательство освобождает их от ответственности за причинение вреда. Однако такое неверное толкование не соответствует российскому законодательству и не освобождает от наступления гражданско-правовой ответственности в случае причинения вреда здоровью (жизни) пациента [6].

Причинная связь – категория, отражающая объективно существующие взаимоотношения, в которых одни явления выступают причиной, а другие следствием этих причин [3]. Применительно к исследуемым вопросам причинная связь устанавливается между вредом здоровью (жизни) гражданина и поведением (деяниями) причинителя вреда. В одних случаях причинная связь очевидна и не вызывает проблем у суда, в других требует самостоятельного разрешения. Обычно этот вопрос ставится на разрешение судебно-медицинской экспертизы.

Большое значение придается созданию института независимой судебно-медицинской экспертизы (далее – СМЭ). На СМЭ возложено решение таких чрезвычайно сложных вопросов юридической практики, как установление характера вреда, его размера, причинно-следственных связей и др. От обеспечения подлинной независимости и незаинтересованности в исходе дела сведущих лиц (экспертов и специалистов)

прямо зависит возможность суда по установлению истинного знания и принятию единственно верного и правильного решения [6].

Решение вопроса о вине или невиновности проводится путем анализа отношения лица к своим обязанностям. Если лицо проявляет необходимую заботливость и осмотрительность, которую можно требовать от него с учетом характера обстановки, в которой он находится и действует, то такой субъект признается невиновным в причинении вреда. О том, какую степень заботливости и осмотрительности должен проявлять медицинский работник, знает или должен знать по общему правилу лучше всего сам медицинский работник [4]. Вместе с тем, решение юридического вопроса о виновности или невиновности субъекта – исключительная компетенция суда.

Подводя итоги изложенному, можно сделать вывод о том, что разрешение большинства имеющихся проблем судебного разбирательства дел о возмещении вреда, причиненного здоровью или жизни гражданина (пациента, клиента), требует совершенствования действующего законодательства и правоприменительной практики по следующим направлениям.

Во-первых, необходима более детальная проработка законодателем оснований и условий ответственности за причиненный при оказании медицинской помощи вред здоровью или жизни с подготовкой соответствующих правовых норм. Существующие здесь проблемы требуют своего решения, без которого сложно говорить об эффективной судебной защите прав и охраняемых законом интересов граждан и организаций.

Во-вторых, назрела потребность в кодификации законодательства об охране здоровья граждан, что позволит систематизировать и структурировать правовые предписания, избежать дублирования материала и многих противоречий между нормами различных правовых актов, следовательно, упростит поиск норм, подлежащих применению по конкретному «медицинскому» делу. При этом во многом снимается проблема горизонтальной иерархии правовых актов, регулирующих общественные отношения в сфере медицинской помощи и охраны здоровья граждан (конечно, при высоком уровне юридической техники исполнения нового кодифицированного акта).

В-третьих, необходимо решение ряда прикладных вопросов, позволяющих эффективно разрешать такого рода дела. Речь идет об эффективности использования специальных медицинских знаний в гражданском судопроизводстве. Медицинская наука и экспертная практика должны быть способными решать сложнейшие вопросы юридической практики (о характере вреда и его размере, причинных связях и т.д.).

В-четвертых, необходимо создать предпосылки для подлинной независимости, незаинтересованности в исходе дела сведущих лиц (экспертов и специалистов), что позволит суду достигать истинного знания по рассматриваемым делам.

Решение этих вопросов безусловно будет способствовать законности и обоснованности решений, принимаемых по «медицинским делам», а в конечном итоге – обеспечению надлежащей реализации и защиты прав граждан в сфере оказания медицинской помощи.

Список литературы:

1. Гражданский кодекс Российской Федерации (часть вторая) от 26.01.1996 N 14-ФЗ.
2. Гражданское право России. Часть первая. Учебник / Под ред. З. И. Цыбуленко. М., 1998. С. 433.
3. Гражданское право. В 2-х томах. Том 1. Учебник / Под ред. Е.А. Суханова.–М., 1994. – 384 с.
4. Мохов А. А. Проблемы судебного разбирательства дел о возмещении вреда, причиненного здоровью или жизни гражданина при оказании медицинской помощи. «Медицинское право», 2005, N 4. с.34
5. Сергеев Ю.Д., Канунникова Л.В. Ненадлежащее оказание медицинских услуг и факторы риска его возникновения // Медицинское право. – 2007. – № 4. – С. 3.
6. Цыганова О.А. Российская судебная практика по разрешению дел о возмещении вреда, причиненного жизни и здоровью граждан при оказании медицинской помощи: проблемы и перспективы / О.А.Цыганова, Т.Г.Светличная, И.В.Ившин // – Заместитель главного врача. – 2008. – С. 82-88.

ВОЗРАСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ БИОМЕХАНИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ГЛАЗА

Панкратов Р.М., Панкратова А.В.

ООО «Офтальмологическая лазерная клиника», г.Архангельск, врач-офтальмолог

ГАУЗ Архангельской области Областная клиническая офтальмологическая больница, врач-офтальмолог

Аннотация: В статье представлены результаты измерения биомеханических свойств глаза в здоровых глазах в разных возрастных группах. Было исследовано 237 глаз пациентов в возрасте от 20 до 89 лет. Измерения проводились с помощью анализатора биомеханических свойств глаза Ocular Response Analyzer (ORA, Reichert, США). Исследование показало увеличение уровня истинного внутриглазного давления и уровня ригидности фиброзной оболочки глаза с возрастом.

Ключевые слова: глаукома, анализатор биомеханических свойств глаза, внутриглазное давление, ригидность склеры.

Актуальность. Анализатор биомеханических свойств глаза Ocular Response Analyzer (ORA, Reichert, США) позволяет измерить биомеханические свойства фиброзной оболочки глаза с помощью динамической двунаправленной аппланации роговицы. На роговицу воздействует точно дозируемый воздушный импульс. Роговица, уплощаясь, начинает движение по направлению к заднему полюсу глаза. Специальная электронно-оптическая система дважды регистрирует аппланационное давление. Первый раз – когда роговица двигается к заднему полюсу глаза и приемник инфракрасного излучения улавливает параллельные лучи, отраженные от уплощающейся роговицы, и второй – когда она возвращается к исходному состоянию через положение уплощения. Роговичная ткань оказывает сопротивление воздействию воздушной струи, что приводит к различию этих двух показателей [5]. Разницу между двумя полученными значениями ВГД принято называть корнеальным гистерезисом.

Анализатор биомеханических свойств глаза позволяет получать следующие параметры:

- ВГДг (IOPg) – аналогично измерению ВГД по Гольдману;
- КГ (CH) – корнеальный гистерезис – разница между уровнями ВГД при первой и второй аппланации. Это условная величина, характеризующая вязко-эластические свойства роговицы;
- ВГДрк (IOPcc) – уровень ВГД, которое имел бы глаз, если бы вязко-эластические свойства роговицы уже были учтены при измерении, то есть не зависящее от биомеханических свойств роговицы [1];
- ФРР (CRF) – фактор резистентности роговицы – условная величина, характеризующая сопротивление собственно роговичной ткани, которое существовало бы при нулевом офтальмотонусе.
- t_1 – время, затраченное с начала исследования до достижения первой аппланации. Этот параметр указывает на уровень устойчивости фиброзной оболочки глаза к деформации воздухом [2], или другими словами, на уровень ее ригидности [4].
- t_2 – время достижения второй аппланации.
- t_0 – разница во времени между достижением второй и первой аппланации. Этот параметр характеризует остаточную функциональную способность склеры к флуктуации [4].

Материалы и методы. Исследуемую группу составили 133 пациента (237 глаз). В исследование были включены здоровые глаза, а также глаза с миопией слабой степени и начальной возрастной катарактой. Все пациенты были разделены по возрасту на 7 групп: 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70-79, 80-89 лет. В каждой возрастной группе было не менее 30 глаз.

Всем пациентам было проведено комплексное обследование глаз, а также исследование на анализаторе биомеханических свойств глаза.

Результаты. Основные результаты приведены в таблице 1.

Из таблицы видна тенденция изменения параметров с увеличением возраста. Уровень ВГД по Гольдману снижается, при этом уровень ВГДрк увеличивается. Второй параметр является более важным, так как он оценивает уровень ВГД, близкий к истинному. Также с возрастом уменьшаются показатели, оценивающие вязко-эластические свойства фиброзной оболочки глаза (КГ и ФРР), что свидетельствует о снижении ее эластичности (флуктуации) и увеличении упругости (ригидности). Показатели t_1 и t_0 с возрастом уменьшаются незначительно, но при этом обращает на себя внимание прямая зависимость параметра t_1 обратная t_2 от уровня ВГДг и ВГДрк. Учитывая, что параметр t_1 является мерой ригидности, а параметр t_0 – мерой флуктуации, можно сказать, что у пациентов с высоким уровнем ВГД ригидность фиброзной оболочки глаза выше, чем у пациентов с низким ВГД, а флуктуация ниже. Либо наоборот – высокий уровень ригидности определяет высокие значения ВГД и снижение флуктуации [3].

Выводы. Изменения биомеханических параметров глаза с возрастом показывают большую значимость измерения истинного ВГД по сравнению с тонометрическим ВГД.

Вязко-эластические свойства склеры и роговицы с возрастом уменьшаются, что можно назвать процессом их «склерозирования».

Уровень ВГД и ригидности фиброзной оболочки глаза взаимосвязаны. Более точное определение зависимости этих параметров может дать ключ к пониманию патогенеза глаукомы.

Литература:

1. Аветисов С.Э., Бубнова И.А., Антонов А.А. Возрастные изменения биомеханических свойств фиброзной оболочки глаза // Глаукома. – 2013. – № 3-1. – С.10-15.
2. Аветисов С.Э., Бубнова И.А., Петров С.Ю. и др. Особенности биомеханических свойств фиброзной оболочки глаза у пациентов с первичной открытоугольной глаукомой. // Глаукома. – 2012. – №4. – С.7-11.
3. Засеева М.В. Исследование ригидности склеры в здоровых и глаукомных глазах: Дисс...канд. мед. наук. – С-Пб. – 2009. – 109с.
4. Светлова О.В., Кошиц И.Н. Физиологические функции фиброзной оболочки глаза и их исполнительные механизмы. Учебное пособие. – СПб.: Издательство ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2013.– 71с.
5. Realini T. The Ocular Response Analyzer. // J.Glaucoma today. – 2008. – July/August. – P.27-30.

Результаты измерения биомеханических параметров на ORA

Возрастная группа, лет	ВГДг	ВГДрк	ФРР	КГ	t ₁	t ₂	t ₀
20-29	15,58	14,79	11,43	11,57	11,00	22,05	11,05
30-39	16,02	14,60	12,01	12,10	11,08	22,06	10,98
40-49	16,27	15,36	11,34	11,37	11,04	22,00	10,96
50-59	16,43	16,25	11,11	10,90	11,05	21,96	10,91
60-69	16,32	16,65	10,69	10,44	10,99	21,92	10,93
70-79	14,97	16,40	9,57	9,59	10,79	21,84	11,05
80-89	15,28	17,62	9,59	9,27	10,87	21,73	10,86
Все	16,01	16,22	10,73	10,59	10,98	21,94	10,96

БИОМЕХАНИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА ФИБРОЗНОЙ ОБОЛОЧКИ ГЛАЗА У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ

Панкратов Р.М., Панкратова А.В.

ООО «Офтальмологическая лазерная клиника», г.Архангельск, врач-офтальмолог

ГАУЗ Архангельской области Областная клиническая офтальмологическая больница, врач-офтальмолог

Аннотация: В статье представлены сравнительные результаты измерения биомеханических свойств глаза в здоровых и глаукомных глазах. Было исследовано 130 глаз пациентов с глаукомой в возрасте от 46 до 84 лет. Группу сравнения составили 142 здоровых глаза пациентов такой же возрастной группы. Измерения проводились с помощью анализатора биомеханических свойств глаза Ocular Response Analyzer (ORA, Reichert, США). Исследование показало увеличение уровня истинного внутриглазного давления и уровня ригидности фиброзной оболочки в глаукомных глазах.

Ключевые слова: глаукома, анализатор биомеханических свойств глаза, внутриглазное давление, ригидность склеры.

Исследование биомеханических свойств фиброзной оболочки в последнее время приобретает большое значение в выявлении первичной открытоугольной глаукомы (ПОУГ) и оценке стабилизации глаукомного процесса. Некоторые авторы выдвигают новые теории патогенеза глаукомы, делая ключевым звеном ее развития изменение биомеханических свойств глаза [1-4]. Другие авторы, напротив, отрицают взаимосвязь биомеханических свойств глаза и развития глаукомы [5,6]. В данной ситуации представляет интерес сравнение биомеханических свойств глаза у здоровых пациентов и пациентов с глаукомой при условии компенсации внутриглазного давления (ВГД).

Цель работы – исследование биомеханических параметров фиброзной оболочки глаза у пациентов с ПОУГ и компенсированным ВГД.

Материалы и методы. Исследуемую группу составил 81 пациент с ПОУГ (130 глаз). Из них – 24 мужчины и 57 женщин. Средний возраст составил $67,8 \pm 3,4$ лет (от 46 до 84 лет). В исследование были включены пациенты с компенсированным уровнем ВГД и не подвергавшиеся оперативным вмешательствам на глазах. Для сравнения была исследована контрольная группа из 83 пациентов (142 глаза). Из них – 19 мужчин и 64 женщины. Средний возраст в этой группе составил $66,0 \pm 9,5$ лет (от 46 до 84 лет). В эту группу были включены здоровые пациенты, пациенты со слабыми степенями миопии и гиперметропии, а также с начальной катарактой. Пациенты с перенесенными ранее офтальмохирургическими вмешательствами и заболеваниями, влияющими на офтальмотонус, в исследование не вошли.

Результаты. Основные результаты исследования приведены в таблице 1.

Среднее значение ВГД по Гольдману (ВГДг) в группе здоровых глаз составило $16,03 \pm 3,32$ мм рт ст, с колебаниями от 6,49 до 27,66. В группе глаукомных глаз этот показатель составил $16,99 \pm 3,39$ мм рт ст, с колебаниями от 8,26 до 27,85. Критерий Стьюдента между этими группами составил $p=0,1$, что говорит о недостоверности различий. Это позволяет принять уровень ВГДг как условно одинаковый в этих группах. Уровень роговично-компенсированного ВГД (ВГДрк) был значительно выше в группе глаукомных глаз. Достоверность различия составила $p<0,05$. Это позволяет судить о том, что при одинаковом тонометрическом ВГД истинное ВГД в глаукомных глазах выше, чем в здоровых. Это доказывает необходимость снижения тонометрического ВГД в глаукомных глазах не до цифр нормального значения, а гораздо ниже.

Что касается биомеханических свойств глаза, то Фактор резистентности роговицы (ФРР) оказался примерно одинаковым в обеих группах ($p>0,05$). Чего нельзя сказать о Корнеальном гистерезисе (КГ). В группе глаукомных глаз он значительно ниже ($p<0,05$). Если обратиться к определению этих параметров, то можно сказать, что в обеих группах сопротивление роговицы воздействию воздуха не меняется, но вязко-эластические свойства роговицы в глаукомных глазах уменьшены. Это служит доказательством того, что роговица в частности, также как и вся фиброзная оболочка в целом, при глаукоме более ригидна.

Дополнительные параметры – время первой (t_1) и второй аппланации (t_2), и разница между первой и второй аппланациями (t_0) статистически достоверно не различимы ($p>0,05$). Но при этом обращает на себя внимание уровень корреляции между этими параметрами и биомеханическими параметрами. В обеих группах время первой аппланации определяется в большей степени ФРР ($r=0,66$ в группе здоровых глаз и $r=0,81$ в группе глаукомных глаз). А время второй аппланации – КГ ($r=0,86$ и $r=0,84$ соответственно). То есть первое уплощение роговицы (сдавление) зависит от сопротивления роговицы потоку воздуха, а второе (выпрямление) от упругости (или ригидности) роговицы.

Выводы. При одинаковом уровне тонометрического ВГД (ВГДг) уровень истинного ВГД (ВГДрк) в глаукомных глазах выше, что нужно учитывать при определении «давления цели» в гипотензивной терапии.

При глаукоме меняются вязко-эластические свойства фиброзной оболочки глаза в сторону увеличения ее упругости, или ригидности.

Дальнейшее изучение биомеханических параметров глаза может уточнить некоторые звенья патогенеза первичной открытоугольной глаукомы.

Литература:

1. Аветисов С.Э., Бубнова И.А., Петров С.Ю. и др. Особенности биомеханических свойств фиброзной оболочки глаза у пациентов с первичной открытоугольной глаукомой // Глаукома. – 2012. – №4. – С.7-11.
2. Акопян А.И., Еричев В.П., Иомдина Е.Н. Ценность биомеханических параметров глаза в трактовке развития глаукомы, миопии и сочетанной патологии // Глаукома. – 2008. – №1. – С.9-14.
3. Светлова О.В., Дроздова Г.А., Балашевич Л.И. и др. Морфологические особенности строения склеры глаза человека как ключевого звена в формировании уровня внутриглазного давления в норме и при глаукоме // Морфология. – 2009. – Т.136. – №5. – С.5-10.
4. Страхов В.В., Алексеев В.В. Патогенез первичной глаукомы – все или ничего // Глаукома. – 2009. – №2. – С.40-52.
5. Hirnei B.C., Neubauer A.S., Yu A. et al. Corneal biomechanics measured with the ocular response analyser in patient with unilateral open-angle glaucoma // Acta Ophthalmologica. – 2011. – Vol.89. – P.189-192.
6. Mansouri K., Leite M.T., Weinreb R.N., et al. Association between corneal biomechanical properties and glaucoma severity // Am.J.Ophthalmol. – 2012. – Vol.153. – №3. – P.419-427

Таблица 1

Биомеханические параметры здоровых и глаукомных глаз

	Здоровые глаза	Глаукомные глаза
ВГДг	16,03±3,32	16,67±3,14
ВГДрк	16,67±2,96	17,69±3,57
ФРР	10,39±1,65	10,22±1,53
КГ	10,19±1,38	9,76±1,71
t_1	10,95±0,44	11,01±0,38
t_2	21,90±0,20	21,85±0,26
t_0	10,95±0,41	10,84±0,49

ИНВАЛИДНОСТЬ ПО ЗРЕНИЮ НАСЕЛЕНИЯ УСТЬЯНСКОГО РАЙОНА АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Птичкина Т.В.

ГБУЗ АО «Устьянская ЦРБ». Врач-офтальмолог.

E-mail: PTV89214981493@yandex.ru

Аннотация: Уровень инвалидности имеет большую социальную значимость. Анализ инвалидности в районе позволит выявить основные направления деятельности для ее снижения, наметить план мер по предотвращению устранимой слепоты в районе.

Ключевые слова: инвалид, глаукома, дегенеративная миопия, макулодистрофия.

Всего в Устьянском районе на 2015год 192 инвалида по зрению, в т.ч. 4 ребенка. Детская инвалидность по зрению составила 0,7 на 1000 детского населения. Половой состав – 1:1. 2 чел – гипоплазия макулы обоих глаз, 1 чел – врожденная миопия высокой степени обоих глаз, 1 чел – ретинопатия недоношенных обоих глаз.

Инвалидность взрослого населения – 8,1 на 1000 взрослого населения. Инвалиды 1 группы – 80 чел. (43 %), 2 группа -61 чел. (32 %), 3 группа -45 чел (25 %). Трудоспособного возраста среди инвалидов 1 группы 3 чел (3,8 %), 2 группы -10чел.(16,4 %), 3 группы – 15 чел (31,9 %). Женщин – 114 человек (61 %), мужчин -74 чел.(39 %). Средний возраст женщин – 70лет, мужчин – 64года. Причиной инвалидности 74 чел(39 %) стала глаукома, 48 чел (26 %) – дегенеративная миопия, 22чел (12 %) – макулодистрофия, 15 чел(8 %) – частичная атрофия зрительных нервов, 12чел (6 %) – пигментная дегенерация сетчатки, 11 чел(6 %) – последствия травм глаза, 4 чел(2 %) – врожденные аномалии развития, 2 чел (1 %) – пролиферативная диабетическая ретинопатия.

Инвалидами 1 группы является 48 женщин (60 %) со средним возрастом 78 лет и 32 мужчины(40 %) со средним возрастом 73 года. Причинами слепоты и 1 группы инвалидности у женщин явились: глаукома -20 чел.(42 %), дегенеративная миопия 11 чел (23 %), макулодистрофия – 9 чел (19 %), пигментная дегенерация сетчатки – 5чел (10 %), пролиферативная диабетическая ретинопатия – 2 чел (4 %), посттромботическая ретинопатия – 1чел(2 %). Причины 1 группы инвалидности у мужчин: 23 чел(72 %) – глаукома, 4 чел (13 %) – макулодистрофия, 2 чел(6 %) – дегенеративная миопия, 3 чел (9 %) – частичная атрофия зрительных нервов.

Инвалиды 2 группы: 39 женщин(64 %) со средним возрастом 72 года, 22 мужчины (36 %)со средним возрастом 62 года. Причинами 2 группы инвалидности у женщин стали : 15 чел(38,8 %) – глаукома, 15 чел (38,8 %) – дегенеративная миопия, 5 чел (13 %) – частичная атрофия зрительных нервов на фоне сосудистой патологии и заболеваний ЦНС, 2 чел (5 %) –макулодистрофия, 2 чел(5 %) – пигментная дегенерация сетчатки. Причины 2 группы инвалидности у мужчин: 8 чел(36 %) – глаукома, 5 чел (23 %) – частичная атрофия зрительных нервов на фоне сосудистой патологии и заболеваний ЦНС, 3 чел(14 %) – макулодистрофия, 3 чел(14 %) – пигментная дегенерация сетчатки, 2 чел (8 %) – врожденные аномалии развития глаза, 1чел(5 %) – дегенеративная миопия.

Инвалиды 3 группы: 25 женщин (57 %) со средним возрастом 61 год, 20 мужчин (43 %) со средним возрастом 57 лет. Причинами 3 группы инвалидности у женщин стали: глаукома -6 чел (22 %), дегенеративная миопия- 13 чел(56 %),пигментная дегенерация сетчатки – 1 чел(4 %), частичная атрофия зрительных нервов – 2 чел(7 %), последствия производственных травм-3 чел (11 %). Причинами 3 группы инвалидности у мужчин стали: глаукома-2 чел(10 %), макулодистрофия -3 чел (15 %), дегенеративная миопия – 4 чел (20 %), пигментная дегенерация сетчатки – 1 чел (5 %), врожденные аномалии развития – 2 чел (10 %), последствия травм органа зрения – 8 чел (40 %).

Выводы:

- 1.В 83 % случаев причиной инвалидности детей по зрению является врожденная патология.
- 2.Инвалидов 1 группы 80чел, 2 группы -61чел, 3 группы -45 чел. Средний возраст инвалидов 1 группы -76 лет, 2 группы 69 лет, 3 группы 59 лет. 2\3 инвалидов по зрению – женщины.
- 3.Ведущее место в патологии, приводящей к инвалидизации, занимает глаукома. Она является основной причиной инвалидности 1-ой и 2-ой групп как у мужчин, так и у женщин. 72 % мужчин с 1 группой инвалидности – пациенты с глаукомой.
- 4.На втором месте среди причин инвалидности – дегенеративная миопия, она становится причиной инвалидности в 6,3 раза чаще у женщин. 56 % женщин с 3 группой инвалидности – с дегенеративной миопией.

Таблица 1

Структура по нозологии инвалидности по зрению взрослого населения Устьянского района

Группа	Пол	Глаукома	Макулодистрофия	Пигментная дегенерация сетчатки	Дегенеративная миопия	Атрофия зрительного нерва	Прочее
1-ая	жен	42 %	19 %	10 %	23 %	0 %	6 %
	муж	72 %	13 %	0 %	6 %	9 %	0 %
2-ая	жен	38,8 %	5 %	5 %	38,8 %	13 %	0 %
	муж	36 %	14 %	14 %	5 %	23 %	8 %
3-ая	жен	22 %	8 %	4 %	56 %	7 %	11 %
	муж	10 %	15 %	5 %	20 %	0 %	50 % (40 % – травма)
всего		39 %	12 %	6 %	26 %	8 %	9 %

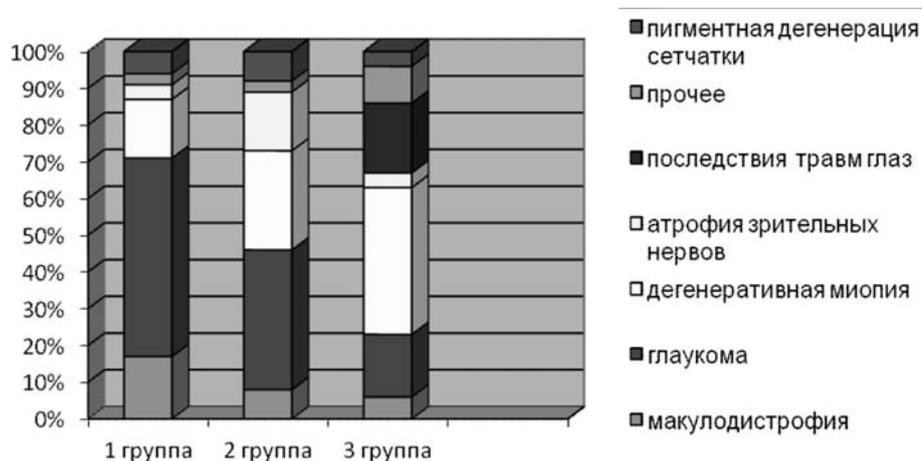


Диаграмма 1. Структура инвалидности по зрению взрослого населения Устьянского района.

5. На третьем месте среди причин инвалидности – макулодистрофия.

6. 40 % мужчин с 3 группой инвалидности – это последствия производственных травматических повреждений глаз. Учитывая это, необходимо улучшить профилактику глазного травматизма на производстве.

7. Учитывая высокий уровень инвалидности по глаукоме (устраняемая слепота) необходимо:

- организовать школу для обучения пациентов с диагнозом глаукома.
- публикация информации в СМИ о глаукоме (газеты, региональное телевидение).

– раннее выявление глаукомы (активное участие офтальмолога в диспансеризации взрослого населения, измерение ВГД по Маклакову в амбулаториях и ФАП-ах района).

ПРИМЕНЕНИЕ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Рябая И.Н.¹, Юрьева С.В.²

1 – ГБОУ ВПО СГМУ, кафедра поликлинической терапии и сестринского дела, ассистент

2 – ГБОУ ВПО СГМУ, кафедра поликлинической терапии и сестринского дела, к.м.н., ассистент

Научный руководитель: д.м.н., проф. Сердечная Е.В.

Целью нашего исследования являлось проанализировать частоту назначения антикоагулянтов у пациентов высокого и среднего риска развития тромбозмболических осложнений и оценить качество проводимой профилактики инсульта в реальной практике врача.

Материалы и методы: Проведен анализ 240 амбулаторных карт пациентов, наблюдаемых в амбулаторно-поликлинических учреждениях г. Архангельска в период с октября 2012 года по октябрь 2015 года. Критерии включения: документированное наличие фибрилляции предсердий (ФП). Критерии исключения: ревматические пороки сердца, послеоперационная ФП, клинический тиреотоксикоз, синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта (WPW). Для проведения исследования были разработаны индивидуальные анкеты, в которые включались демографические данные пациента, риск развития инсульта и системных тромбозмболий у пациентов с ФП оценивали по шкале CHA₂DS₂VASc, риск развития кровотечения по шкале HAS-BLED, в каждом случае анализировалась проводимая антикоагулянтная терапия.

Результаты исследования: Из 240 пациентов, включенных в исследование 139 человека (58 %) женщины, человека 101 (42 %) мужчины, 149 человек (62 %) с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий, 91 человек (38 %) – персистирующая форма ФП.

Высокий риск инсульта по шкале CHA₂DS₂-VASc диагностирован у 227 пациентов (94,6 %), средний риск (1 балл) по шкале CHA₂DS₂-VASc имели 9 человек (3,7 %), низкий риск инсульта (0 баллов) имели 4 пациента (1,7 %).

Среди пациентов высокого и среднего риска по шкале CHA₂DS₂-VASc, получают антикоагулянтную терапию только 114 человека (48,3 %), из них принимают варфарин 79 человек (33,5 %), новые пероральные антикоагулянты (НПАК) у 35 пациентов (14,8 %).

Причины, по которым не назначалась антикоагулянтная терапия пациентам с высоким риском по шкале CHA₂DS₂-VASc: не назначение терапевтом 96 человек (78,7 %), не желание пациента принимать любой из оральных антикоагулянтов – 23 человека (18,9 %), желудочно-кишечное кровотечение в анамнезе 3 человека (2,4 %).

В нашем исследовании при оценке риска кровотечения по шкале HAS-BLED, высокий риск (3 и более баллов) был диагностирован у 92 пациентов (38,3 %).

В ходе исследования проведена оценка адекватности антикоагулянтной терапии у пациентов, принимающих варфарин, доля времени нахождения международного нормализованного отношения (МНО) в целевом диапазоне составила 46,8 %. Доля пациентов, имеющих показатели МНО ниже и выше целевого диапазона, составила 43 % и 10,2 % соответственно.

Выводы: Исследование показало, что частота назначения антикоагулянтов у пациентов высокого и среднего риска остается низкой и составляет 48,3 %, при этом МНО в терапевтическом диапазоне не более, чем у 46,8 %, принимающих варфарин. Частота назначения НПАК у пациентов высокого и среднего риска по шкале CHA2DS2-VASc остается низкой и составляет 14,8 %.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА

Савельева Л.Э., Шахбазян А.В.

Северный государственный медицинский университет.

Кафедра патологической физиологии. Студенты 3 курса лечебного факультета.

E-mail: leila.savelieva@yandex.ru

Научный руководитель: к.м.н. Тихонова Е.В.

Аннотация: Болезнь Альцгеймера (БА) принадлежит к числу наиболее распространенных и тяжелых заболеваний позднего возраста. Хотя это заболевание известно уже более 100 лет, реальные шаги к изучению его нейробиологических основ и поиску методов терапии стали активно предприниматься в мире только в последней четверти прошлого века. Сегодня в экономически развитых странах исследования в области БА стали одним из приоритетных направлений в развитии медицинской науки и здравоохранения.

Ключевые слова: болезнь Альцгеймера, патогенетика, медицина.

Болезнь Альцгеймера является самой распространенной причиной деменции – нозологии, объединяющей заболевания, общим симптомом которых является приобретенное ухудшение когнитивных способностей и повреждение тех или иных структур головного мозга. Несмотря на огромный объем накопленных знаний о биологических основах развития болезни Альцгеймера (БА), этиология этого заболевания остается не до конца выясненной. Установлено около 20 этиологических факторов, способствующих развитию БА, выдвинуто несколько гипотез патогенеза БА[4]. В последние годы определенными успехами в понимании механизмов болезни Альцгеймера связаны с генетическими исследованиями[1]. К настоящему времени идентифицированы 4 генных локуса, мутации или аллельные варианты которых связаны с болезнью Альцгеймера. При этом установлено, что различные дефекты генов в какой-то мере определяют особенности клинического течения заболевания. Первой была описана мутация гена, кодирующего белок – предшественник амилоида (APP). Данный ген локализован на 21-й хромосоме. Предшественник амилоида (APP) в норме участвует в формировании дендритов и образовании синапсов между нейронами в процессе внутриутробного развития, с ним связано небольшое число случаев пресенильного варианта БА.

Большая часть случаев связаны с мутациями генов на 1-й и 14-й хромосомах, кодирующих соответственно белки пресенилин-1 и пресенилин-2. Данные белки, возможно, участвуют в усвоении нейронами APP. Поэтому дефект синтеза данных белков также будет приводить к нарушению репаративных процессов вследствие нарушения функции APP.

Наследственные случаи болезни Альцгеймера с началом в пожилом возрасте (сенильная болезнь Альцгеймера) и большинство спорадических случаев пресенильной болезни Альцгеймера связаны с аллелем гена, кодирующего аполипопротеин E(апоЕ). Ген апоЕ локализован на хромосоме 19q13.2. АпоЕ – это белок, участвующий в транспорте липидов и биосинтезе клеточных мембран. Также ген апоЕ важен для нормального функционирования ацетилхолинергических нейронов головного мозга, так как он участвует в транспорте предшественников ацетилхолина – холина и лецитина [3]. При БА происходят изменения нейротрансмиттерных систем, особенно ацетилхолинергической, которая связана с уменьшением количества нейронов в базальных отделах головного мозга, особенно в области базального ядра Мейнерга, где располагаются нейроны, продуцирующие ацетилхолин.

Аполипопротеин E влияет на отложение b-A4 компонента амилоида, присутствующего в сенильных бляшках, нейрофибрилярных клубочках и стенках церебральных сосудов. У пациентов с аллелью e4 аполипопротеина E отмечается истончение гладкомышечной стенки церебральных сосудов и объема амигдалы, структуры, поражение которой при болезни Альцгеймера играет особую роль [1].

Образование амилоидных бляшек также приводит к гиперфосфорилированию тау-белка, в норме являющимся важнейшим составным компонентом микротрубочек, участвующих в формировании системы аксонального транспорта. Обнаружение двух ключевых пептидов b-амилоида и тау-протеина вне мозга, в

образцах тканей, доступных для биопсии, позволяет рассматривать эти белки в качестве перспективных маркеров БА [2].

Таким образом, БА имеет сложный механизм, что объясняется наличием множества гипотез патогенеза данного заболевания, среди которых одно из ведущих мест занимает генетическая теория.

Литература:

1. Дамулин И.В. Болезнь Альцгеймера: этиопатогенетические и диагностические аспекты // Клиническая геронтология. 2002. № 6.С. 4-6.

2. Кветной И.М., Кветная Т.В., Ряднова И.Ю., Фурсов Б.Б., Эрнандес-Яго Х., Блеса Х.Р. Экспрессия b-амилоида и тау-протеина в тучных клетках при болезни Альцгеймера // Архив патологии. 2003. Т.65, № 1. С. 38.

3. Суханов А.В., Короленко Ц.П., Виноградова Т.Е., М.И. Воевода М.И., В.Л. Фейгин В.Л. Молекулярно-генетические факторы риска болезни Альцгеймера // Журнал неврологии и психиатрии. 2001. № 1. С. 66-67.

4. Шевцов П.Н., Бурбаева Г.Ш., Бачурин С.О. Нарушение сборки микротрубочек мозга человека при болезни Альцгеймера // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. 2006. Т.141, № 2. С. 229.

ПРИМЕНЕНИЕ ПЛЕЧЕВЫХ КЕРАМИЧЕСКИХ МАСС В ПРАКТИКЕ ВРАЧА СТОМАТОЛОГА-ОРТОПЕДА

Смолькова Е.С., Чернышева В.В.¹, Поливаная О.Д.²

Северный государственный медицинский университет. Кафедра ортопедической стоматологии. 1 – клинические ординаторы, 2 – студентка 2 курса стоматологического факультета.

Научные руководители: проф., д.м.н. Юшманова Т.Н., доц., к.м.н. Поливаная Е.А, асс., к.м.н. Катышев А.В., врач стоматолог – ортопед ООО «Центра пародонтологии и имплантации» Катышев Д.А.

Ключевые слова: металлокерамика, плечевые массы

Появление в стоматологии металлокерамических коронок привело к настоящему прорыву в протезировании зубов. Сегодня металлокерамические коронки являются наиболее удачным компромиссом между эстетикой и надежностью.

Однако они все же имеют ряд недостатков. Проблемной зоной металлокерамических коронок является десневой край. Это обусловлено, во-первых, тем, что тонкий край металлического колпачка каркаса коронки легко подвергается деформации при обжиге керамического покрытия, во-вторых, тем, что керамические массы наносятся на эту часть колпачка тонким слоем, что может приводить к просвечиванию металла через керамическое покрытие. Тонкий слой и невысокие показатели прозрачности керамического покрытия десневого края коронки обуславливают эффект «черной линии» в пришеечной зоне. Увеличение толщины слоя керамики в этом участке колпачка может приводить к «нависанию» края коронки над поверхностью корня, а в последующем – к развитию хронического воспаления маргинальной десны [3]. Создание керамического края коронки позволяло бы устранить эту проблему. Однако более 80 % коронок выполняются по традиционной методике.

Цель нашей работы: улучшить эстетический показатель металлокерамических коронок с помощью плечевых масс, освоив методику препарирования зубов, особенности получения оттисков, технологических этапов изготовления коронки и ее фиксации.

Материалы и методы: для реализации поставленной цели нами были обследованы 11 пациентов 35-55 лет с дефектами твердых тканей зубов (ИРОПЗ = 0,5-0,6).

Плечевая масса представляет собой вид керамики, которая на участке уступа заменяет металл, причем точность, с которой прилегает плечевая масса к уступу, превосходит точность прилегания металла [2].

Современные керамические массы для оформления пришеечного края должны соответствовать требованиям:

– керамический пришеечный край коронки не должен изменяться при возможных повторных обжигах (краевая стабильность);

– усадка в процессе спекания массы должна быть незначительной, чтобы при наименьшем количестве обжигов можно было бы полностью смоделировать керамический пришеечный край;

– поверхность должна быть гомогенной с минимальной шероховатостью, предупреждающей образование зубного налета;

- прозрачность керамической массы должна совпадать с таковой естественного корня зуба – не должно быть видимого перехода между каркасом и свободным от металла керамическим пришеечным краем коронки;
- флюоресценция белого цвета должна соответствовать естественному зубу и при необходимости может быть усилена;
- зернистость массы должна быть минимальной, что обеспечивает заполнение мельчайших трещин [3, 4].

Плечевая масса должна обладать такой биосовместимостью, поскольку она выступает в качестве барьера, который предотвращает контакт десны с металлом, так как погружать край коронки в десну при их установке не требуется. Вследствие этого протез точнее адаптируется к зубу.

За период 2014 – 2015 г.г. на базах ГБУЗ АО «Архангельская стоматологическая поликлиника № 2» и ООО «Центр пародонтологии и имплантации» нами было изготовлено 11 одиночных металлокерамических коронок с применением плечевой массы «НераСерам». У этой группы пациентов ранее было проведено протезирование других зубов металлокерамическими коронками, в придесневой области которых на данный момент отмечается эстетический дефект в виде «черного ободка». При обследовании выявлен тонкий биотип слизистой оболочки полости рта.

Обязательным условием для изготовления коронок с плечевой массой являлось создание кругового уступа на естественном зубе. Ширина уступа должна быть не менее 0,6 – 1,0 мм. Это определяет точность прилегания коронки к уступу и эстетику взаимоотношения края коронки с краевым пародонтом [1].

На первом этапе мы научились препарировать зубы с прямым уступом на фантомах, воспроизводили такую же методику препарирования в полости рта пациентов. Получали оттиски А-силиконовым материалом «Elite HD+», освоив методику одномоментного двойного оттиска. Совместно с зубными техниками изготавливали модели и изучали технологию изготовления коронок. Осваивали другие клинические этапы работы, особенности их выполнения.

Результаты нашего исследования показали, что при протезировании металлокерамическими коронками с плечевой массой «НераСерам» происходит хорошая адаптация металлокерамической коронки к уступу отпрепарированного зуба, десна не соприкасается с металлом, что обеспечивает эстетику придесневой зоны и отсутствие такого осложнения, как маргинальный пародонтит. Таким образом, плечевые керамические массы можно с успехом использовать в практике стоматолога-ортопеда для восстановления эстетики фронтальной группы зубов, особенно у пациентов с тонким биотипом слизистой. Однако клинико-лабораторные этапы изготовления таких конструкций имеют свои особенности, выполнение их более сложное.

Список литературы:

1. Жулев Е.Н. Металлокерамические протезы: Руководство. Н. Новгород: Издательство Нижегородской государственной медицинской академии, 2005. – С. 227-229
2. Юшманова Т.Н., Скрипова Н.В. Клиническое материаловедение в ортопедической стоматологии. Изд. 3-е, стер. – Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2013. – С. 94
3. Юшманова Т.Н., Скрипова Н.В. Ортопедические методы лечения дефектов твердых тканей зубов: учебное пособие. Изд. 2-е, стер. – Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2012. – С. 201-202.
4. Massironi D., Pascetta R., Romeo G. Precision in dental esthetics. Clinical and laboratory procedures // Quintessence, 2007.

ДИАГНОСТИКА РАКА МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Фомина А.С., Веденеева Н.А.

Северный государственный медицинский университет. Кафедра общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы. Аспирант.

ГБУЗ АО «Архангельская городская клиническая поликлиника №1». Заведующая отделением профилактики.

E-mail: gp1@gp1.atnet.ru

Научный руководитель: профессор, д.м.н., заведующая кафедрой общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы Меньшикова Л.И.

Аннотация: в статье представлены результаты работы медицинского диагностического центра женского здоровья «Белая Роза» по программе раннего выявления злокачественных новообразований молочных желез. В статье проведена сравнительная характеристика эффективности раннего выявления

рака молочной железы при проведении диспансеризации определённых групп взрослого населения и при обращении женщин в центр «Белая Роза».

Ключевые слова: диагностика, онкологические заболевания, первичное звено здравоохранения

Актуальность. Злокачественные новообразования (ЗНО) женской репродуктивной системы и молочных желез являются все более значимым эпидемиологическим фактором и серьезной проблемой общественного здоровья, оказывая существенное влияние на продолжительность жизни, показатели смертности, инвалидизации населения [1,2]. Лидирующее положение среди онкологических заболеваний у женщин принадлежит раку молочной железы [3,5]. Для раннего выявления рака молочных желез доказана эффективность маммографического скрининга [4,6].

На уровне городской поликлиники на сегодняшний день диагностика онкологических заболеваний проводится при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения, периодических и предварительных медицинских осмотров и при самостоятельном обращении женщин.

Цель исследования

Изучить показатели выявляемости рака молочных желез при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения и при проведении профилактических медицинских осмотров в медицинском диагностическом центре женского здоровья «Белая Роза».

Материалы и методы

Проанализированы различные организационные модели выявления онкологических заболеваний на уровне городской поликлиники: при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения и с применением комплексного подхода при работе медицинского диагностического центра женского здоровья «Белая Роза».

При анализе медицинской эффективности выявления ЗНО с использованием каждой модели оценивались такие показатели, как активная выявляемость ЗНО женской репродуктивной системы и молочных желез (%), распределение больных с впервые в жизни установленным диагнозом ЗНО женской репродуктивной системы и молочных желез по степени распространенности опухолевого процесса (выявление ЗНО на 1 – 2 стадии, онкозапущенность).

Исследование проводилось на базе ГБУЗ АО «Архангельская городская клиническая поликлиника №1». Тип исследования: поперечное (одномоментное). Объект исследования: женщины, прошедшие профилактические осмотры в городской поликлинике. Использовались клинический, статистический методы.

Объем обследования при проведении диспансеризации регламентирован Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 03.12.2012 г. № 1006н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения». Объем обследования в медицинском диагностическом центре «Белая Роза» включает физикальный осмотр врача маммолога, акушера – гинеколога, маммография женщинам старше 40 лет, цитологическое исследование мазка цервикального канала, ультразвуковое исследование органов малого таза и молочных желез по показаниям, видеокольпоскопия с биопсией при обнаружении атипичных клеток в цервикальном мазке.

При статистической обработке полученных результатов рассчитывался Хи-квадрат Пирсона, отношение рисков (уровень значимости – 0,05 (5 %))[7].

Результаты исследования.

При проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения, количество граждан, подлежащих осмотрам, регламентировано и составляло 23 % от населения, прикрепленного для медицинского обслуживания. В 2014 году было осмотрено 15633 пациента, из них 10982 женщины (70,2 %).

В ходе проведения диспансеризации в 2014 году выявлено 89 случаев ЗНО всех локализаций. Активная выявляемость ЗНО составила 0,6 %. Диагноз ЗНО на ранней стадии (1-2 стадия) установлен у 52 человек (58,4 %). ЗНО видимой локализации выявлены у 35 пациентов, у 54 пациентов потребовалось применение методов дополнительной визуализации. В структуре заболеваемости 1 – е ранговое место принадлежит раку молочной железы. Заболевание диагностировано у 14 женщин, что составило 15,7 %. Показатель активной выявляемости рака молочной железы у женщин составил 0,13 %.

В медицинском диагностическом центре женского здоровья «Белая Роза» нами было обследовано 16272 женщины. Около половины женщин (49,6 %), женщины старше 40 лет, нуждались в проведении маммографии. В каждом втором случае определялись показания для проведения ультразвукового исследования молочных желез или органов малого таза.

В результате обследования у 68 женщин был установлен диагноз рака молочной железы. Таким образом, активная выявляемость рака молочной железы составила 0,42 %. По данным ГБУЗ АО «Архангельский онкологический диспансер» у 52 женщин диагноз установлен на 1 – 2 стадии, что составило 76,5 %.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что рак молочных желез достоверно чаще выявляется при проведении комплексных осмотров в центре «Белая Роза» по сравнению с традиционной диспансеризацией взрослого населения (OR = 3,29 (1,85 до 5,85), F = 0.000007, $\chi^2 = 18.44$).

Выводы

Анализируя результаты обследования, организованного в условиях поликлиники в рамках проекта «Белая Роза», положительным можно считать высокий процент выявления рака молочной железы на

1-2 стадии заболевания. Кроме того, выявляемость рака молочной железы в центре «Белая Роза» выше, чем при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения (0,42 % и 0,13 % соответственно). Таким образом, организация работы центра «Белая Роза» способствует ранней диагностике рака молочной железы.

Литература:

1. Онкология. Национальное руководство / под ред. акад. РАМН В.И. Чиссова, акад РАН и РАМН М.И. Давыдова – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2013. – 576 с.
2. Петрова Г.В., Каприн А.Д., Старинский В.В., Грецова О.В. Заболеваемость злокачественными новообразованиями населения России / Г.В. Петрова // Онкология. Журнал им. П.А. Герцена. – 2014. – №5 – С. 5 – 10.
3. Семиглазов В.Ф. Скрининг рака молочной железы / В.Ф. Семиглазов, В.В. Семиглазов // Практическая онкология. – 2010. – №2. – С.60–65.
4. Тверезовский С.А., Черенков В.Г., Петров А.Б., Строженков М.М. Анализ состояния диагностики и лечения рака молочной железы до и после внедрения маммографического скрининга / С.А. Тверезовский // Онкология. Журнал им. П.А. Герцена. – 2015. – №5 – С. 24 – 27.
5. Худайкулов А.Т., Худайкулов Т.К. Социально-экономические последствия смертности женщин от рака молочной железы в Узбекистане / А.Т. Худайкулов // Злокачественные опухоли. – 2015. – №1 – С. 59 – 62.
6. Mark G. Kris, Steven I. Benowitz, Sylvia Adams, Lisa Diller, Patricia Ganz, Morton S. Kahlenberg, Quynh-Thu Le, Maurie Markman, Greg A. Masters, Lisa Newman, Jennifer C. Obel, Andrew D. Seidman, Sonali M. Smith, Nicholas Vogelzang, Nicholas J. Petrelli Успехи клинической онкологии 2010: наиболее значимые достижения в лечении, профилактике и скрининге онкологических заболеваний // Сообщение Американского общества клинической онкологии (ASCO) J Clin Oncol. – 28:5327-5347
7. <http://molbiol.kirov.ru/utilites/multitool/>

PALLIATIVE CARE TO OLD-AGE PATIENTS: MEDICAL, SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL ASPECTS

Antipin P.A.

Palliative Care Unit in State Healthcare Institution Arkhangel Municipal Clinic No.6, Arkhangel Region, Arkhangel, Russian Federation

Abstract. One of the priorities of the government policy in many countries is providing quality of life to old-aged people. Aid to this age group, including medical, social and psychological aid, should be provided both nationally and locally.

Key words: old-age patients, palliative medical care, QOL, homecare, psychological aid.

Ageing is often accompanied by breaking existing links as well as social isolation and loneliness. From the medical point of view old-age patients are characterized by disease multimorbidity and accompanying severe complications which require special care and physical assistance. Such assistance is vitally important during the transfer from intensive care to physical assistance and homecare.

The Palliative Care Unit provides care mostly to cancer patients at the terminal stage of the disease. In 2014 cancer patients made 98 % of the patients cared for by a mobile homecare unit and 60 % of the in-patients. Approximately 94 % of the cases under study are lethal within one year.

Co-operation of medical staff with carers, inclusion of the latter in the rehabilitation process helps consolidate families, mobilizes their inner reserves, makes a positive influence on the patients' communication with the outside world and improves their quality of life.

Methods. To optimize the provision of psychological and consultancy services researchers conducted a survey among the carers who work with the patients of the Unit at home. The total number of respondents was 62. The respondents were asked to fill in questionnaires during the visit of a mobile care unit.

Results. The average age of the respondents was 55.8 years. 87.0 % of the respondents looked after patients aged 50 and above. Most of the respondents (90.3 %) lived in the same household as the patients. 9.7 % of the respondents visited the patient daily.

74.2 % of the respondents mentioned communication problems with the patients, (65 % of them are over 51). These problems were connected with exhaustion, feeling of the coming loss, fear of talking about the disease. 64.5 % of the respondents had problems resulting from the patient's behaviour. The most common reasons were "anger", "feeling hurt", "misinterpretation of the carer's words by the patient". Such reasons as

“dislike”, “unsociability and unwillingness to communicate” were found much more seldom. 67.7 % of the respondents mentioned that they regularly consulted and received psychological and operative help from the Unit’s staff. However, 41.9 % of the respondents said they would like to consult a professional psychologist (‘how to behave in the presence of a cancer patient’, “how to alleviate the patient’s feelings concerning the disease”, carers’ own problems, i.e. chronic exhaustion).

Discussion. The analysis of the data calls for working out projects aimed to provide a wider range of psychological services to patients and their family members; to instruct family members on proper medical homecare.

Conclusions. The research demonstrated that social and psychological help plays an important role in providing palliative care to old-age patients and their family members who provide homecare.

INFLUENCE OF COMPLEX TRAINING AT SCHOOLS OF HEALTH ON MODIFICATION OF THE WAY OF LIFE AND EFFICIENCY OF TREATMENT IN PATIENTS WITH THE ARTERIAL HYPERTENSION

Batrakova O. G.

“Yakovlevsky central regional hospital”, therapist.

Abstract: the purpose of work was studying of efficiency of medical actions in patients with an arterial hypertension after the provided complex training. Observation over 126 patients, divided into 2 groups is made. Patients of the first group were trained at school of health with the family member and in the subsequent visited the therapist once in three weeks, the group of control was trained independently and visited the therapist once in three-six months. It is as a result found out that the integrated approach to training of patients with involvement of specialists from adjacent areas and active patronage significantly raises a compliance of patients and improves the forecast of a disease.

Keywords: arterial hypertension, risk factors, schools of health.

PROBLEMS OF SOCIAL-GERONTOLOGICAL TRAINING OF SOCIAL WORKERS IN THE MEDICAL SCHOOL

Mikulina E.Y. Northern (Arctic) Federal University named after M.V. Lomonosov. Master of the Department of Social Work and Social Security. Institute of integrated security NArFU. E-mail: Enuwka@mail.ru Supervisor: prof., Doctor of biology Danilova R.I.

Abstract: This article deals with the problems of modern social-gerontological training of social workers in the framework of higher education in Russia. The author has analyzed the basic problems of socio-gerontological training of social workers, comparing normative and interpretive models of old age.

Keywords: normative model, interpretive model of socio-gerontological work

PECULIARITIES OF REGULATION AND PROBLEMS OF IMPLEMENTATION OF RIGHTS OF CHILDREN WITH DISABILITIES IN RUSSIA

Men’shikova V.E.

Arkhangelsk. Russia. Northern State Medical University. The Department of forensic medicine and law. The student of the faculty of medical and preventive work and medical biochemistry.

E-mail: vitalya.menshikowa@yandex.ru

Scientific supervisor: PhD, Associate professor Ivshin I. V.

Abstract: In this work reflect the issues of regulation and realization of the rights of children with disabilities in the Russian Federation. The focus is on analysis of the situation of children with disabilities in Russian society.

Key words: disabled children, children with disabilities, rights and entitlements of children with disabilities, social protection.

PECULIARITIES OF REGULATION AND IMPLEMENTATION OF INFORMED VOLUNTARY RIGHT OF A PATIENT TO MEDICAL INTERVENTION

Milyuk K.G.

Arkhangelsk. Russia. Northern State medical University. Department of forensic medicine and law. Medico-Biological Faculty.

E-mail: milyuk.kristina@mail.ru

Supervisor: Candidate of Medical Sciences, Docent Ivshin I.V

Abstract: This article analyzes the characteristics of regulation and implementation of informed voluntary right of a patient to medical intervention under Russian law. We consider the formal and substantive requirements for such an agreement.

Key words: medical worker, the informed voluntary agreement, legal regulation, the patient, medical intervention, information about the state of health

References:

1. Konstitutsiya Rossiiskoi Federatsii (prinyata vsenarodnym golosovaniem 12.12.1993). Rossiiskaya gazeta [Russian newspaper]. 1993, 25 dekabrya. [in Russian]
2. Ob osnovakh okhrany zdorov'ya grazhdan v Rossiiskoi Federatsii [About the principles of health care in the Russian Federation. Federal Law]. Federal'nyi zakon ot 21 noyabrya 2011 g. №323-FZ. Rossiiskaya gazeta [Russian newspaper]. 2011, 23 noyabrya. [in Russian]
3. Vasil'eva E.E. Institut dobrovol'nogo informirovannogo soglasiya patsienta na meditsinskoe vmeshatel'stvo v rossiiskom i amerikanskom prave [The Institution of voluntary informed agreement of a patient for medical intervention in Russian and American law]. Zhurnal rossiiskogo prava [Journal of the Russian law]. 2004, №9, pp. 136-141. [in Russian]
4. Tsyganova O.A., Ivshin I.V. Prava grazhdan v oblasti okhrany zdorov'ya [Health protection civil rights]. Glavnaya med. sestra. 2010, №7, pp. 25-48. [in Russian]
5. Tsyganova O.A., Ivshin I.V. Pravo patsienta na informirovannoe dobrovol'noe soglasie na meditsinskoe vmeshatel'stvo [The right of a patient for the informed voluntary agreement for medical intervention]. Pravovye voprosy v zdravookhraneni. 2010, №1, pp. 70-77. [in Russian]
6. Kuzin S.G., Ivshin I.V. K voprosu o realizacii prava pacienta na informirovannoe dobrovol'noe soglasie na medicinskoe vmeshatel'stvo [On the issue of implementation of the patient's right to informed consent to medical intervention]. Nauchnye trudy II Nacional'nogo kongressa po medicinskomu pravu. Rossiya, Moskva, 13 – 15 aprelja 2005 g. Pod red. chlen-korr. RAMN, prof. Ju.D. Sergeeva. 2005, pp. 345 – 348. [in Russian]

THE SPECIFIC AND PROBLEMS OF COMPENSATION CASES CAUSING HARM TO HEALTH OF THE PATIENT AT RENDERING MEDICAL AID

Minin Nikolay Ivanovich

Northern State Medical University, Arkhangelsk, Department of Medical Biology and Genetics, Faculty of Medical Biology, 6 course.

Supervisor: Candidate of Medical Sciences, Associate Professor Ivshin Ilya Valerianovich.

Annotation: The article include questions about responsibility of medical workers for causing harm to health of the patient at rendering medical aid.

Keywords: injury, compensation, health care workers, health care.

References:

1. The Civil Code of the Russian Federation: the second part of 1.26.1996 № 14-FZ (as amended on 07.02.2011, the).
2. Russia's civil Law : the first part. A Handbook. / Ed. Ed. Z. I. Cybulenko. M., 1998. P. 433.
3. Civil Law: A Handbook. In 2 v. / Ed. Ed. EA Sukhanov. T. 1. M., 1994. P. 384
4. Mohov A.A. The questions of cases about compensation damage for causing harm to health of the patient at rendering medical aid. "Healthcare law" 2005, N 4. p.34
5. Sergeev Y.D. Kanunnikova L.V. Inadequate provision of health services and risk factors for it's occurrence.// "Healthcare law" -2007. -№4. – P.3.
6. Cyganova O.A. Russian court practice to resolve the cases of compensation for damage caused to the

PATHOGENETIC ASPECTS OF ALZHEIMER'S DISEASE

Savelieva L.E., Shahbazyan A.V.

Northern State medical University. Department of pathological physiology. The third year students of medical faculty. E-mail: leila.savelieva@yandex.ru

Supervisor: candidate of medical sciences Tichonova E.V.

Abstract: Alzheimer's disease (AD) is among the most common and serious diseases later age. Although this disease has been known for over 100 years, the actual steps to study neurobiological bases and finding therapies have been actively undertaken in the world only in the last quarter of the last century. Today, in developed countries, research in the field of BA became one of the priority directions in the development of medical science and health.

Key words: Alzheimer's disease, pathogenetic, medicine.

References:

1. Damulin. I.V. Alzheimer's disease: etiopathogenic and diagnostic aspects .Klinicheskaja gerontologija [Clinical Gerontology]. 2002, 6, pp. 4-6. [in Russian]
2. Kvetnoj I.M., Kvetnaja T.V., Rjadnova I.Ju., Fursov B.B., Jernandes-Jago H., H.R. Blesa H.R. Expression of b-amyloid and tau-protein in mastocytes in Alzheimer's disease . Arhiv patologii [Archives of pathology] . 2003, Vol. 65, 1, 38 p. [in Russian]
3. Suhanov A.V., Korolenko C.P. , Vinogradova T.E. , Voevoda M.I., Fejgin V.L. Molecular- genetic risk factors of Alzheimer's disease. Zhurnal nevrologii i psichiatrii [The Korsakoff Journal of Neurology and Psychiatry]. 2001, 1, pp. 66-67. [in Russian]
4. Shevcov P.N., Burbaeva G.Sh., Bachurin S.O. Violation of the human brain microtubule assembly in Alzheimer's disease . Bjulleten' jeksperimental'noj biologii i mediciny [Bulletin of Experimental Biology and Medicine]. 2006, Vol. 141, 2, 229 p. [in Russian]

МАТЕРИАЛЫ XII СЪЕЗДА СТУДЕНЧЕСКИХ И МОЛОДЁЖНЫХ НАУЧНЫХ ОБЩЕСТВ РОССИИ И СТРАН СНГ И X СЪЕЗДА ФЕДЕРАЦИИ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ МОЛОДЕЖНЫХ НАУЧНЫХ ОБЩЕСТВ МЕДИЦИНСКИХ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ

НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ СТУДЕНЧЕСКАЯ РАБОТА В ВУЗЕ

С.С. Ануфриев, Е. А. Горина

Оренбургский государственный медицинский университет

5 курс, лечебный факультет

Аннотация. При организации студенческой научной деятельности возникает ряд вопросов, нуждающихся в активном поиске решений. Необходимо постоянно совершенствовать разработку научно-методического обеспечения, организационно-методического управления, систему оценки научных работ. При проведении динамических изменений во всех вышеуказанных системах организации научно-исследовательской деятельности студентов будет происходить возрастание интереса к научным исследованиям со стороны обучающихся, их стремление применить полученные результаты своих работ на практике для дальнейшего, более глубокого, раскрытия научной тематики[3].

Ключевые слова: научно-исследовательская деятельность студентов, организация научной работы, учебно-методический процесс, студенческая наука.

В настоящее время работа образовательного учреждения высшего профессионального образования включает в себя, помимо самого процесса обучения студентов, научные исследования. Данная тенденция вызвана рядом причин. Во-первых, современная модель предполагает неразрывное единство обучения и научного исследования. Во-вторых, введение в учебный процесс результатов исследований позволяет разнообразить формы подачи материалов, организовать дискуссии вокруг проблемных вопросов, использовать иные методы активизации познавательной деятельности студентов. В-третьих, выполнение и представление своей научной работы обеспечивают студенту опыт в выступлении на публике, умение правильно и полно отвечать на задаваемые вопросы.

Обеспечение научной деятельности в образовательном учреждении высшего профессионального образования включает в себя следующие пункты: вовлечение студентов в научно-исследовательскую деятельность, оформление документов на интеллектуальную собственность.

Студенты Оренбургского государственного медицинского университета могут заниматься научной деятельностью в 47 студенческих научных кружках. При университете создана клиника, оказывающая амбулаторно-поликлиническую, стационарную помощь, позволяющая студентам в дальнейшем перейти на практический уровень применения своих научных исследований.

Для организации плодотворной научной студенческой работы необходимо решить ряд важных вопросов[2]. Во-первых, проблема научно-методического обеспечения образования. Во-вторых, проблема организационно-методического управления, для решения которой необходима активная работа всех структур вузовских и центральных методических органов, четкая постановка задач и креативный подход к решению организационных вопросов [1]. Так же необходимо постоянно обновлять подход к содержанию, методикам и обеспечению исследовательской деятельности студентов, опираясь на накопленный опыт в системе учебно-методического руководства педагогическим процессом. Так как происходит постоянное совершенствование процесса исследовательской деятельности обучающихся, то это влечет за собой неминуемое совершенствование способов оценки студенческой работы. Система оценивания результатов научно-исследовательских достижений студентов, закрепленная в нормативных документах, с одной стороны, имеет существенные недостатки, снижающие достоверность оценочной информации, а с другой – предоставляет вузам широкие полномочия для создания собственных систем. В основе данной системы обязательно должны входить оценка качества и результатов научно-исследовательской деятельности студентов, выносимого на контроль.

При проведении динамических изменений во всех вышеуказанных системах организации научно-исследовательской деятельности студентов, возникает необходимость в разработке новых методов проведения учебно-методической работы. Одним из таких методов является анализ форм контроля с целью использования их результатов для дальнейшего повышения уровня исследовательской деятельности студентов по конкретной дисциплине. В этом плане очень важной задачей преподавателя является помощь студенту в выборе темы и оказании своевременной поддержки в этой работе.

Литература:

1. Данилова, И. Ю. Многоуровневая модель организации научно-исследовательской работы студентов как средство обеспечения качества образования в вузе: Дис. канд. пед. наук Москва, 2010
2. Трущенко Е.Н. Организация самостоятельной работы студентов вуза на основе компетентностного подхода к профессиональной подготовке специалистов: Дис. . канд. пед. наук. Москва, 2009.
3. Якунин В.А., Ахтариева Л.А., Шиян А. О. Становление студентов в процессе обучения их в вузе // Психология и педагогика в реформе высшей школы. Л. 1986.

ПРОБЛЕМЫ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ НАУЧНЫХ КРУЖКОВ КАФЕДР И СПОСОБЫ ИХ РЕШЕНИЯ

Ашихмин А.К.¹, Яковенко О.В.², Кулябина И.А.³

*Ижевская государственная медицинская академия. Кафедра патологической физиологии.
1-студент 616 группы лечебного факультета 2- доцент 3-студентка 606 группы лечебно-го факультета.*

E-mail: andryxa_ak@mail.ru

Аннотация: В работе представлен опыт работы научного молодежного сообщества Ижевской государственной медицинской академии по решению ряда вопросов о функционировании научных кружков и проведению научных мероприятий.

Ключевые слова: научный кружок, проблемы, студенты, молодые ученые, преподаватели, взаимодействие.

Последние десятилетия, в период бурного процветания рыночной экономики, расширения коммерческих форм функционирования научно-творческих объединений и в целом реорганизация системы высшего образования привели к недостаточной популяризации образа ученого в обществе, в частности в молодежной среде. В ВУЗах появились проблемы по восполнению научно-педагогических кадров и продвижению молодежной науки среди студенчества. Созданные для развития молодежной науки условия и принцип преемственности поколений, позволяют Ижевской медицинской академии успешно заниматься подготовкой научных кадров. Эффективность аспирантуры ВУЗа в среднем составляет – 76 %.

Первое знакомство студентов с научной деятельностью осуществляется в научных кружках кафедр. Студенты начальных курсов учатся собирать и анализировать научную информацию по актуальным вопросам биологии и медицины, работая с современными литературными данными. На 2-3 курсах студенты привлекаются к экспериментальному творчеству, выполняя определенные фрагменты запланированных кафедральных исследований, осваивают подходы и правила оформления научных трудов. На старших курсах, расширяют диапазон своих научных познаний клиническими наработками. Работа с кружковцами на любой из кафедр требует затрат и профессиональных, и временных. Эта проблема решается в академии методом взаимодействия и преемственности. В научных кружках кафедр студенты и аспиранты функционально объединены в малые группы, курируемые доцентом или профессором. При ранжированном профессиональном общении в таких группах происходит взаимодействие 3 поколений, имеющих разный уровень научных познаний. Подобная форма взаимодействия позволяет решить проблему функционирования молодежного научного сообщества кафедры – происходит естественный отбор истинно заинтересованных в научно-творческой работе студентов и «отсеивание» молодых людей, имеющих поверхностные сторонние интересы.

В дальнейшем принцип преемственности поколений применяется и во время проведения недели молодежной науки, на 2 пленарных заседаниях которой заслушиваются лучшие доклады молодых ученых и студентов. На открытии ежегодной итоговой конференции (первое пленарное заседание) студенты начальных курсов имеют возможность познакомиться с лучшими работами старшекурсников, приобрести наглядный опыт публичных выступлений, услышать грамотно заданные вопросы и ответы на них. Во время закрытия конференции (второе пленарное заседание) свои исследовательские труды демонстрируют молодые ученые, и студенты старших курсов имеют возможность перенять их опыт, увидеть перспективы своего профессионального развития. Как правило, представленные на пленарных заседаниях работы поощряются и в дальнейшем могут быть представлены на научных форумах различного уровня в других городах России, ближнего и дальнего зарубежья, что дает по окончании ВУЗа бонусы для поступления в клиническую ординатуру и аспирантуру. Таким образом, осуществляется популяризация молодежной науки в ВУЗе и решается вопрос о привлечении обучающихся молодых людей в студенческое научное сообщество.

Работа совета научного общества молодых ученых и студентов Ижевской государственной медицинской академии (НОМУС ИГМА), также базируется на принципе преемственности. Студенты младших

курсов, вошедшие в совет НОМУСа, в течение учебного года являются стажерами и имеют личного наставника из числа опытных активистов научного движения академии. По ходу работы наставник знакомит преемника с положениями и порядком проведения научных мероприятий, активно вводит в курс организационных дел, оценивая желание, готовность нового участника заниматься выбранной деятельностью. По истечении испытательного срока стажер становится активным деятелем совета НОМУС, заменившим старшего коллегу и имеющим свое направление работы. Таким образом, решается проблема по восполнению состава совета НОМУС, подготовке новых активистов по организации научных мероприятий и продвижению молодежной науки.

Использование принципа преемственности во время проведения научных межвузовских турниров позволяет НОМУС ИГМА интегрировать молодежные научные сообщества республики между собой и со школьными коллективами. Интеллектуальное общение студентов между собой по актуальным научным вопросам расширяет эрудицию, обучающейся молодежи и позволяет решить ряд вопросов межвузовского научного взаимодействия. При этом, учащиеся средних школ участвуя в подобных мероприятиях, ближе знакомятся со студентами, получают наглядную профессионально ориентационную информацию, оценивая свои возможности, что в дальнейшем позволит им быть достойными преемниками старших, восполняя ряды студенческих научных кружков ВУЗов и научных молодежных организаций. В тоже время, дальнейшее развитие государственных проектов, направленных на развитие науки и инновационной деятельности, создает условия для успешной деятельности молодежных научных организации, их развития и совершенствования.

ОЛИМПИАДНОЕ ДВИЖЕНИЕ В ИГМУ

Валиулин Артур Витальевич

Иркутский государственный медицинский университет

Создать молодого конкурентно-способного специалиста, который умело сможет отстаивать свои интересы на рынке труда, главная задача любого высшего учебного заведения. В медицинском вузе это становится еще важнее, т.к. неграмотный специалист не только не окажет нужного объема помощи, но и своими непрофессиональными действиями может даже навредить, что в корне расходится с самой сутью медицины: «Noli nocere.» Темп жизни постоянно ускоряется, лавинообразно нарастает объем необходимой врачу информации, это все делает процесс обучения в медицинском все труднее и труднее. Компетенции будущего врача по ФГОСЗ включают в себя не только узкоспециализированные знания, но и совокупность навыков, которые должны быть осмысленны и применимы на практике. Непосредственно с большим в роли врача студенты начинают контактировать только на старших курсах и отсутствие практического опыта заставляет их испытывать трудности.

Решение данной проблемы заключается в организации таких мероприятий в рамках научных организаций, атмосфера проведения которых, максимально приближена к врачебной. По нашему мнению такому требованию больше других отвечает олимпиадное движение, поэтому развитие данного направления очень важно и требует новых подходов. Само проведение олимпиады это только процесс демонстрации умений, которые получены в ходе подготовки. Поэтому в данной статье основное внимание мы уделили процессу подготовки и его организации.

Иркутский государственный медицинский университет имеет довольно богатую историю проведения олимпиад как внутривузовского так и регионального уровней. История проведения олимпиад в нашем ВУЗе начинается с 2009 года, когда была проведена 1 Внутривузовская Олимпиада по Хирургии по инициативе кафедры ОХиТА. . Буквально с первых шагов становления олимпиадного движения, в организации принимали участие самые активные студенты и студентки. Тесный контакт работников кафедр и “студенческой элиты” стал залогом успешного проведения вот уже олимпиад на протяжении 5 лет. Первым делом подготовка к любой олимпиаде начинается с набора в команды-участницы. Как показывает практика основным источником участников являются научные кружки по тематике близкой к олимпиадной, самые активные и талантливые кружковцы формируют костяк команды, но это совсем не означает, что среди основной массы студенчества нет талантов-одиночек, которые не ходят на кружки из-за нехватки времени или просто недостаточной информированности. Поэтому, поиск талантов нужно вести целенаправленно. Для это нужно подключать кафедры, где преподаватели заметив, к примеру, подающего надежды молодого хирурга, приглашают его на тренировки или сами кружковцы путем активного привлечения студентов в кружки набирают хорошую команду. Тренировка команды, как в любом виде спорта – это очень важный и ответственный этап, т. к. именно от уровня подготовленности команд зависит уровень проведения олимпиады. В подготовке команды огромное значение играют качественный и количественный факторы. Количественный или временной фактор, это то время которое затрачено на подготовку. На практике лучший результат дают планомерные, регулярные тренировки в течении года.

Высокая нагрузка студентов не позволяет “собираться” чаще чем 1 раз в неделю. Польза от таких собраний больше методическая, чем практическая. Поэтому необходимо сосредоточить внимание студентов на “домашней” подготовке, договариваться с практикующими врачами, работниками морга и т. д. Второй важный фактор качественный, это как тренируются команды. Сейчас рынок изобилует различными пособиями и книгами по медицине. Возможности по самоподготовке настоящее время просто колоссальны, но ничто не заменит наставнического слова профессора, человека достигшего высшего уровня мастерства в своем деле, который может поделиться опытом из жизни и указать на наличие методических ошибок. Это еще один очень важный аспект подготовки к олимпиаде. Приглашение специалистов из различных областей медицины становится залогом успеха в формировании конкурентно-способной команды. Обмен опытом может выражаться в показе мастер-класса, прочтении лекции с последующей практической частью и т. д. Это способствует не только повышению уровня участников, но и сохранению традиций, формированию связей между поколениями. Студенты учатся прислушиваться к старшим, для кого-то общение с профессором, становится стимулом для саморазвития, а также общение с мастером своего дела вызывает у студентов неподдельный интерес, что также улучшает качество подготовки. По нашему мнению также, необходимо чтобы у команды был постоянный единый научный руководитель, который будет задавать вектор движения. Объединение участников под начало одного человека выглядит довольно перспективным. Во-первых строгая планировка программы подготовки, дает возможность максимальной концентрации над отдельными вопросами. Тренировка не как разрозненный процесс, а строго структурированный, ступенчатый, по примеру подготовки к спортивным состязаниям. Именно научный руководитель как человек с большим опытом может подсказать, где стоит сделать акцент, на чем сфокусировать внимание и т. д. Во-вторых, “научный тренер” путем наблюдений и анализа может наиболее продуктивно осуществить расстановку сил. У кого-то лучше получается вязать узлы, кто-то демонстрирует успехи в эндовидеохирургии, а кто-то лучше всех пальпирует и т. п., анализируя способности подопечных научный руководитель дает возможность максимально развиваться зачаткам способностей студентов, которые уже в условиях олимпиады демонстрируют потрясающие результаты, что и становится залогом победы. В-третьих, это преемственность поколений. Тесный контакт ученого и студентов, позволяет находить новые подходы в решении различных проблем: это своего рода научный процесс результатом которого может стать защита одним или несколькими участниками кандидатской диссертации. Преемственность подходов лежит в основе формирования научных школ. Наука не за жизнь, а через жизнь. Только таким подходом может быть обеспечена непрерывная научно-исследовательская деятельность из поколения в поколения, что лежит в основе бессмертия науки.

Таким образом мы можем отметить ключевые моменты в подготовке команд к участию в олимпиаде: набор должен быть открытым и активным, участие в котором должны принимать как и студенты, так и профессорско-преподавательский состав, подготовка должна проходить методично и постепенно с вовлечением в процесс профессоров с их практическим опытом с передачей его молодому поколению, у команды должен быть единый научный руководитель, который как спортивный тренер станет вести команду к успеху.

ФОРМАТЫ НАУЧНЫХ СОСТЯЗАНИЙ КАК ФОРМА ПОПУЛЯРИЗАЦИИ НАУКИ В МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ

Граница А.С., Соколов М. Е., Лисюков А.Н.

ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России

Аннотация: В последние годы отечественная наука, образование и неподдельный интерес к ним начинают возрождаться, приходит осознание их ценности. Популяризация науки, формирование открытого диалога между научным миром и широкой общественностью шли рука об руку на всех этапах развития научной мысли. И потому в последние годы можно заметить активное развитие научно-популярных проектов, направленных на расширение кругозора социума.

Ключевые слова: научные бои, слэм, популяризация науки, наука, научно-популярные проекты.

Одной из форм популяризации науки являются состязания молодых ученых, когда они в разных форматах выступают перед аудиторией, рассказывая о своей разработке или научном направлении.

Целью данной статьи является освещение некоторых форматов научных состязаний как формы популяризации науки в молодежной среде.

Существует форматов научно-популярных мероприятий, активно развивающихся в мире и в России и родивших целые движения, их особенности и возможности внедрения в практику.

1. TED и – это всемирная некоммерческая организация, поддерживающая идеи достойные распространения. Старт TED был дан в 1984 году. Список тем, рассматриваемых в рамках мероприятий TED,

широк: это и наука, и бизнес, и искусство, и образование. Единственным табу на конференциях TED является тема политики. **Участники.** В разные годы на конференциях и других проектах TED выступали кинорежиссёр Джеймс Камерон, основатель корпорации Microsoft Билл Гейтс лидер рок-группы U2 Боно и многие другие выдающиеся личности. Как правило, на конференциях TED выступают люди с уникальным жизненным опытом. **Площадка.** Строгих требований к месту проведения нет. Однако помещение, как правило располагает крупной сценой для спикера. Это может быть лекционная аудитория или концертный зал. **Формат** конференций TED представляет собой интеллектуальное шоу, включающее в себя выступления на животрепещущие темы, демонстрацию научно-технических достижений, выступления людей, получивших жизненный уникальный опыт. Длительность одного выступления TED не должна превышать 18 минут. Количество выступлений зависит от регламента мероприятия. В среднем 3-4 спикера.

2. Science Slam

Science Slam – это соревнование между молодыми учеными, каждый из которых рассказывает о своих исследованиях. В **Германии** проект существует с 2006 года. Получив популярность в Германии, мероприятия проекта прошли в ряде европейских стран: Австрия, Швеция, Швейцария, Россия. В России официальным представителем слэм-движения является газета «Бумага». **Формат.** Выступление длится не более 10 минут, оно должно быть понятным аудитории и содержать минимальное количество терминов и сложных понятий. Количество участников 5-6 человек. Победитель определяется с помощью шумометра по громкости аплодисментов. **Инструменты подачи материала.** Спикеры как правило используют мультимедийное оборудование. Так же возможна интерактивная работа с аудиторией и использование реквизита, например при демонстрации химического опыта.

3. Научные бои Политехнического музея

Первые «Научные бои» Политехнического музея прошли в августе 2013 года. Авторами проекта стали сотрудники Политехнического музея, основав целое движение научных боев. **Участники.** «**Бойцы**» – это молодые ученые, до 35 лет, проводящие собственные исследования в любой научной области. Исследования могут быть не завершены, но обязательно должны находиться в стадии проведения. **Площадка.** Строгих требований к выбору помещения нет, но, как правило, это культурно-образовательные площадки: летний кинотеатр, помещения музея и т.д. **Формат.** Выступление длится не более 10 минут, оно должно быть понятным аудитории и содержать минимальное количество терминов и сложных понятий. Количество участников 5-6 человек. Победитель определяется с помощью голосования аудитории и приглашенных членов жюри.

Литература:

- 1). <http://www.tedxkaraulnayagora.com/p/tedx.html>
- 2). https://polymus.ru/ru/events/special_projects/10775-nauchnye-boi-politehnicheskogo-muzeya/
- 3). Выступление в стиле TED. Секреты лучших в мире вдохновляющих презентаций Джереми Donovan изд. Манн, Иванов и Фербер с. 161
- 4). Великие физики как педагоги: от научных исследований – к просвещению общества [Электронный ресурс] / Р. Н. Щербаков. – 3-е изд. (эл.). – Электрон. текстовые дан. (1 файл pdf : 299 с.). – М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. – (Педагогическое образование). – Систем. требования: Adobe Reader XI ; экран 10».

СОЗДАНИЕ ЮРИДИЧЕСКОЙ ОСНОВЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С УНИВЕРСИТЕТАМИ

Ефремов И.С., Гизатуллин Т.Р.

ГОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России.

Научный руководитель: к.м.н. Масленников А.В.,

Аннотация: В статье приводятся аргументы в пользу заключения договоров о сотрудничестве между ФМНО и научными обществами университетов с ликвидацией региональных отделений ФМНО.

Ключевые слова: договор о сотрудничестве, организация, структура ФМНО, молодые ученые.

С целью повышения эффективности деятельности ФМНО, устранения существования в одном регионе нескольких организаций с дублирующими функциями и составом, а так же выстраивания понятной иерархической структуры в самой Федерации, предлагаем отказаться от создания региональных отделений, а перейти на прямое взаимодействие с вузами и научными организациями в лице их молодёжных научных обществ путём заключения договоров о сотрудничестве. Это позволит создать более прочные юридические связи, что благоприятно скажется для развития молодежной науки в России.

В Договоре стороны устанавливают между собой организационные и информационные связи, выражают стремление к объединению своих усилий в целях повышения качества подготовки медицинских работников и повышению качества образования.

Договор в качестве основной цели ставит обеспечение взаимодействия сторон в методической, экспертно-аналитической и научно-исследовательской работе.

Договор о совместной деятельности, заключенный между ФМНО с одной стороны и конкретным вузом с другой позволит:

- 1). Юридически закрепить сотрудничество между ФМНО и университетом, что в дальнейшем облегчит совместную деятельность молодых ученых в рамках университета;
 - 2). Позволит университетам более полноценно участвовать в проектах ФМНО, в том числе предоставлять площадки для проектов, участвовать в получении грантов, проведении симпозиумов и др.;
 - 3). Закрепит за участниками ФМНО право пользоваться ресурсами университетов без, такими как библиотеки, научные лаборатории и др., что позволит более продуктивно использовать научные ресурсы;
 - 4). Определит права на открытия, изобретения и т.д., выполненные в стенах университета, в рамках проектов ФМНО;
 - 5). Облегчит реализацию проектов ФМНО на территории субъекта России, в т.ч. на территории школ региона РФ, СУЗов и др.;
 - 6). В договоре предлагается закрепить статус члена ФМНО – молодого ученого, его права и критерии по которым можно назвать претендента молодым ученым;
 - 7). Сформировать информационную инфраструктуру, включая издание научной, учебной, методической и иной литературы;
 - 8). Проводить конкурсы и олимпиады среди молодых ученых и обучающихся университетов на площадках университета в рамках проектов ФМНО;
 - 9). Организовывать стажировки преподавателей, научных сотрудников и др. на площадках университетов;
 - 10). Формировать фонды для предоставления грантов на выполнение актуальных научных работ в рамках проектов ФМНО;
 - 11). Участвовать в разработке профессиональных стандартов образования в системе здравоохранения;
- Все перечисленное позволит вести более продуктивную работу имеющихся молодежных научных обществ, предотвратит создание параллельных структур с идентичными функциями, что, несомненно, облегчит работу отдельным членам ФМНО и ФМНО в целом.

А ВЫ ХОТИТЕ ЗАНИМАТЬСЯ НАУКОЙ?

Закирова А.А.

Казанский государственный медицинский университет, студентка 4 курса лечебного факультета

E-mail: albinazakirovasno@gmail.com

Научный руководитель: ассистент, к.б.н. Сираева З.Ю.

Аннотация. В настоящее время одной из важных составляющих в организации процесса подготовки специалистов является их включенность в научно-исследовательскую деятельность [1]. Научно-исследовательская деятельность студентов содействует формированию готовности будущих специалистов к творческой реализации освоенных в процессе обучения знаний, умений и навыков, помогает овладеть методологией научного поиска и обрести исследовательский опыт. Однако более 60 % студентов младших курсов не столь отчетливо представляют значимость исследовательской деятельности в своем профессиональном становлении [2]. В связи с этим, одной из главных задач деятельности студенческих научных обществ является привлечение молодежи к научно-исследовательской деятельности на ранних этапах обучения. Этому существенно способствуют организационно-массовые мероприятия.

Ключевые слова: популяризация науки, научно-исследовательская работа, организационно-массовые мероприятия, мотивация студентов.

Научная работа студентов – неотъемлемая часть образовательного процесса [3]. Научные лаборатории и кружки, студенческие научные общества и общеуниверситетские конференции – все это позволяет студенту начать полноценную научную работу, войти в круг единомышленников, с которыми можно обсудить результаты собственных исследований и перспективы их дальнейшего выполнения. Однако большинство студентов, поступивших в ВУЗ из общеобразовательных школ не имеют представления о самостоятельной научно-исследовательской деятельности. Словосочетание «научная работа» ассоциируется у них с неким сложным, невыполнимым и малоинтересным процессом, основанном, по аналогии со спецификой обучения в школе, на обязательном выполнении рефератов, подготовке докладов и второстепенной ролью самого студента в изысканиях. Другой крайностью студентов является углубление и исключительное вы-

полнение требований учебной программы, стремление к максимально полному освоению необходимых для дальнейшей профессиональной деятельности знаний на фоне игнорирования научной составляющей.

Для решения данной проблемы нами предложено в начале каждого учебного года организовывать массовое мероприятие, направленное на ознакомление студентов I курса с деятельностью ВУЗа, основными направлениями научной работы кафедр, и, безусловно, с активными студентами, достигшими определенных успехов и признания в научном обществе.

Современное поколение студентов психологически резко отличается от поколений прошлых лет: оно креативно, информационно мобильно и коммуникабельно. С учетом этого, целесообразен, с нашей точки зрения, уход от традиционного наименования мероприятия и принятие лозунга в виде доступного для понимания и актуального для студента простого вопроса: «А вы хотите заниматься наукой?». Мы искренне надеемся, что посетив его, многие студенты ответят «да».

В КГМУ ведется активная работа в научных кружках на 45 теоретических и клинических кафедрах. В связи с этим, достаточно сложным представляется решение задачи максимально полного и мотивирующего ознакомления студентов с деятельностью СНК в режиме ограниченного времени.

Разработанный нами проект мероприятия состоит из двух частей. В первой части наиболее успешным в науке студентам будет предоставлена возможность выступления в актовом зале, в котором исторически выступали известные мировые ученые. Основной акцент в речи студента, по нашему мнению, должен быть сделан на простоте изложения и повествовании о шагах в становлении докладчика как исследователя (как начинали заниматься наукой, каких успехов достигли, какие города посетили и, самое главное, что изменилось в их жизни с момента вхождения в науку). Для полноты и акцентирования на мотивационную составляющую докладов предполагается их сопровождение презентациями, фотогалереями, иллюстрирующими наиболее яркие и запоминающиеся моменты деятельности студента в научном сообществе, а также видеофильмами. Таким образом, первокурсники получают представление о научной деятельности как об активном, занимательном процессе с досуговой составляющей от первоисточника – такого же студента, в дальнейшей перспективе – наставника. Основная задача совета СНО в первой части организации мероприятия сводится к отбору 6-8 наиболее емких докладов по критериям их информативности, мотивирующего характера, всеобъемлющего охвата всех сторон жизни студента в научном коллективе. Избранный по голосованию студентов лучший докладчик получит грамоту и памятную статуэтку наставника.

Вторая часть мероприятия позволит первокурсникам узнать об основных направлениях деятельности всех кафедр в доступной форме. Для этого предварительно СНК будет дано задание подготовить информационные стенды. Обязательным условием их подготовки служит минимализация текста, а основными критериями оценки – креативность и инфографика. Каждый стенд будут представлять старосты студенческих научных кружков, которые расскажут о том, как проходят заседания кружков, какие основные проблемы они обсуждают, какая исследовательская работа ведется на кафедре. Находясь в тесном контакте с представителем СНК, студенты-первокурсники будут иметь возможность задать вопросы, записаться на кружок, обменяться контактными данными. По окончании мероприятия на основе закрытого голосования планируется провести выборы и награждение авторов лучшего стенда и победителей конкурса СНК, набравших наибольшее число записавшихся на научный кружок студентов.

Процесс совершенствования подготовки будущих специалистов в условиях современного образования обусловлен многими факторами, среди которых существенным является мотивация студентов [4]. Данный проект мероприятия позволяет в новом мотивационном формате ознакомить учащихся с преимуществами научно-исследовательской деятельности.

Литература:

1. Н. В. Мартюшев, Е. С. Синогина, У. М. Шереметьева Система мотивации студентов высших учебных заведений к выполнению научной работы // Вестник ТГПУ (TSPU Bulletin). 2013. 1 (129). С.48–52.
2. Е. Сахарчук Студент-исследователь // Высшее образование в России. 2004. № 4. С. 145–149.
3. А.А. Баранов, В.Н. Малашенко, Н.А. Мурашова Студенческое научное общество: прошлое, настоящее, перспективы // Высшее образование в России. 2010. № 2. С. 95–100.
4. Р. К. Малинаускас Мотивация студентов разных периодов обучения, 2005 г.
5. Т.О. Гордеева, О.А. Сычев, Е.Н. Осин Внутренняя и внешняя учебная мотивация студентов: их источники и влияние на психологическое благополучие // Вопросы психологии. 2013. № 1 С.1–11
6. Дзюба С.Ф., Назаренко М.А., Напеденина А.Ю. Развитие компетенций студентов в ходе подготовки и проведения научно-практических конференций // Современные наукоёмкие технологии. 2013. № 1 С.121.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ САЙТА КАК ОСНОВНОГО ИНТЕРНЕТ-РЕСУРСА В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СОВЕТА СНО КУРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Зозуля А.Ю.

Курский государственный медицинский университет.

E-mail: antonzozulya@yandex.ru

Аннотация: В статье затронуты наработки студенческого научного общества КГМУ по информированности студентов с целью создания личных работ, а также интеграции совместных проектов между представителями различных ВУЗов посредством использования сайта СНО КГМУ.

Ключевые слова: информированность, сайт, студенческая наука, интернет, СНО КГМУ.

Проблема информированности очень важна в настоящее время. В современном мире трудно представить жизнь без интернета, телекоммуникаций. Поэтому одним из важнейших составляющих в работе Совета студенческого научного общества КГМУ является организация сайта.

Сайт Совета СНО КГМУ представляет собой систему коммуникаций и информирования студентов в форме Интернет-ресурса, расположенного по адресу www.sno.kurskmed.com.

Активное использование сайта студенческого научного общества КГМУ расширяет перспективы для информирования студентов о предстоящих конференциях, различных научных проектах. Сайт позволяет узнать интересные факты истории развития нашего университета, студенческого научного общества, студенческих научных кружков, активных научных деятелей. Что касается студенческих научных кружков, студенты могут посмотреть на сайте информацию о кружке интересующей их кафедры, где они могут узнать интересные факты об истории кружка, планах работы, основных научных направлениях кафедр.

Важная роль в полноценной работе нашего сайта принадлежит рассылке. Рассылка – это периодически выпускаемый электронный журнал (в виде приглашения) или курс из них, который помогает студентам, научным руководителям получать информацию о проводимых конференциях в других ВУЗах, а также о новых событиях, которые состоятся в нашем университете. Основная цель и задача рассылки – мотивировать студента на новые научные работы, патенты, гранты, участие в конкурсах. Студенты могут выбирать из рассылки интересующую их тему научных интересов, с успехом выступить на конференциях, форумах и получить за это дипломы, сертификаты, которые далее выливаются в получении им повышенной стипендии по предоставлению Совета СНО КГМУ. В рассылке используется всегда интересный материал, публикация которого всегда схожа по тематике с нашим сайтом. Не все студенты просматривают сайт ежедневно, поэтому в его рамках предусмотрена подписка на Новости Совета СНО КГМУ, что позволяет студентам и молодым ученым узнавать новую информацию непосредственно на своей электронной почте. При этом переход по ссылке прямо со своего почтового ящика на сайт не только делает просмотр информации более простым для студентов, но и делает его популярным среди них. Новая рассылка выпускается 3-4 раза в месяц. За каждый месяц на нее подписывается от 5 до 10 студентов нашего ВУЗа. При этом наблюдается положительная динамика увеличения подписчиков.

С каждым годом мы идем по пути модернизации рассылки. Изначально мы оповещали подписчиков при помощи рассылки в системе информационного канала Subscribe.ru. На данный момент мы имеем возможность предоставлять всю информацию о предстоящих научных событиях путем информационной рассылки с использованием ресурсов сайта Совета студенческого научного общества КГМУ. Основное преимущество данного нововведения заключается в том, что мы добились рассылки без спама и лишней информации, что способствует более простому и целенаправленному просмотру о предстоящих научных событиях.

Таким образом, работа сайта Совета студенческого научного общества КГМУ является актуальной и своевременной. С помощью сайта студенты узнают и участвуют в различных научных мероприятиях, тем самым подчеркивается статус науки. Ведь люди, активно занимающиеся научной деятельностью, – это наше будущее!

Литература

1. Зозуля А. Ю., Михайленко А.С., Горобец Н.Ю., Толмачева Е.Э. Модернизация интернет-ресурсов студенческого научного общества КГМУ и реализация молодежных научных проектов посредством их использования // 1025 лет Крещения Руси: наука, человек, общество: сборник научных статей и докладов Международного Форума студенческих научных обществ и молодых ученых светских и духовных учебных заведений. Курск: ООО «АПИИТ «Гиром», 2013. С. 53-54.

СТРУКТУРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МНО ГБОУ ВПО БГМУ

Каланова И.Р.

Башкирский государственный медицинский университет, студентка 6 курса лечебного факультета

Научный руководитель: к.м.н. Масленников А.В.

Аннотация: в тексте работы кратко изложены основные пункты Положения о МНО в Башкирском государственном медицинском университете

Ключевые слова: МНО, БГМУ, Совет МНО

Проблема подготовки специалистов в медицинском вузе была и остается важнейшей для его руководства. Профессиональный научный кадровый потенциал – основа развития любого вуза. [1,2] Но обучающиеся не становятся сразу после окончания вуза крупными учеными различных специальностей, для этого необходимо пройти большой путь. И первой ступенью на этом пути становится как раз молодежное (студенческое) научное общество высшего учебного заведения. Согласно Стратегии развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 года одной из задач развития является повышение результативности, улучшение научно-методической подготовки специалистов, повышение качественного уровня научных публикаций.

Также в рамках этой Стратегии говорится, что необходимо «развитие востребованных надпрофессиональных компетенций (инновационность, креативность, предприимчивость, коммуникативность, солидарность, эффективность». [3] В свете этого важно понимание правильной работы данной структуры, ее правовое обоснование, т.к. именно на этом этапе идет привлечение молодых людей к науке, обучение основам исследовательской деятельности.

Положение о МНО БГМУ разработано в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации «Об образовании в Российской Федерации» от 29 декабря 2012 г. N 273-ФЗ; Федеральным законом Российской Федерации «О некоммерческих организациях» от 12 января 1996 г. N 7-ФЗ; Федеральным законом Российской Федерации «Об общественных объединениях» от 19 мая 1995 г. N 82-ФЗ, Уставом и другими действующими нормативными документами в Государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.[4]

Залогом продуктивной работы МНО вуза является его структура, которая должна отвечать за основные направления деятельности молодых ученых.

Согласно Положению о СНО БГМУ общее руководство за осуществлением НИР обучающимися и молодыми специалистами возлагалось на проректора по научной и инновационной работе БГМУ.

Совет СНО состоял из:

- 1) председателя Совета
- 2) заместителя председателя
- 3) ученого секретаря
- 4) членов совета СНО из числа старост СНК.

Параллельно с этим работал Совет молодых учёных, общее руководство которым осуществлял проректор по НИР, а оперативное руководство – Председатель Совета и его заместитель.

Модель работала не достаточно эффективно, так как зачастую эти две структуры, имея одинаковые цели и задачи, действовали не достаточно согласованно, зачастую дублируя одни функции друг друга, и упуская из внимания другие. При завершения обучения студенты, став интернами или ординаторами, оставались не вовлечёнными в научную деятельность, так как к СНО они уже не относились, а к молодыми учёными, к которым традиционно причисляются аспиранты и молодые сотрудники вуза, себя ещё не отождествляли. Возникали трудности при проведении научных мероприятий, когда для их организации у студентов не хватало компетенций, а у молодых учёных временных и людских ресурсов. Для устранения имеющихся недостатков, а так же для обеспечения преемственности поколений было решено создать единый орган, координирующий научную деятельность молодых учёных (студентов, ординаторов, аспирантов, сотрудников). На данный момент основным документом, регламентирующем деятельность вновь созданного общества, является Положение о МНО, утвержденное на заседании Ученого Совета БГМУ. Структура организационно – управленческая структура МНО представлена на рисунке (Рис. 1).

В обновленном Положении о МНО БГМУ были выделены три отдела: структурный, проектный, организационный. В структурном отделе кроме руководителя выделены:

- 1) ответственные за работу на каждом из факультетов
- 2) ответственные за работу с ординаторами
- 3) ответственные за работу с аспирантами

Основной целью работы данного отдела является координация деятельности научных кружков кафедр и подразделений БГМУ, содействие обучающимся в получении навыков ведения НИР. Необходимо



Рис. 1 Структура МНО БГМУ с 2015 года

отметить, что теперь кружок в структурном подразделении перестал быть только студенческим, к его работе должны привлекаться интерны, ординаторы и аспиранты.

Организационный (информационно-аналитический и коммуникационный) отдел также имеет руководителя из числа членов Совета МНО, ответственного за сбор и обработку информации и ответственный за пресс-службу. Работа организационного отдела заключается в сборе, анализе, получении результатов о деятельности структур МНО, распространении их в печатных изданиях, СМИ, социальных сетях и др.

Деятельность третьего отдела в составе МНО БГМУ – проектного отдела – направлена на поддержку развития молодежных инициатив, содействие распространению (внедрению) результатов научно-инновационной деятельности обучающихся и молодых специалистов в практическое здравоохранение и/или производство. Непосредственное руководство осуществляет руководитель отдела, а за каждый конкретный проект, его реализацию отвечает менеджер или менеджеры проекта (зачастую – автор и/или группа авторов).

На данный момент идет внедрение описанной системы на практике. Вся реструктуризация и реорганизация работы МНО направлена на подготовку квалифицированных кадров, обучение их навыкам научно-исследовательской и инновационной деятельности.

Литература:

- 1). Севастьянова И. К., Аюпова Ф. С., Восканян А. Р. Роль студенческого научного кружка в образовательном пространстве // Международный журнал экспериментального образования . 2013. №4. С.256-258.
- 2). Семенов Ф. В., Горбонос И. В. Роль студенческого научного кружка в подготовке научно-педагогических кадров // Международный журнал экспериментального образования . 2012. №4-2. С.213-215.
- 3). Распоряжение Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2012 г. № 2580-р 4). «Стратегия развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 года» Положение о Молодежном научном обществе ГБОУ БГМУ. 2015 г.

ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ СТУДЕНЧЕСКОГО НАУЧНОГО ФОРУМА И ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ ИХ РАЗРЕШЕНИЯ

Корин Ю.Ю.

ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, 4 курс, педиатрический факультет

Научный руководитель: д.м.н. Багатурия Г.О.

Аннотация. В работе отражены основные проблемы, возникшие при проведении всероссийского студенческого научного форума «Студенческая наука – 2015», такие как: объективизация оценки представленных докладов, выбор научной секции для презентации мультидисциплинарных работ, вопросы

взаимодействия оргкомитета с редакционно-издательским отделом и другие вопросы. Предложены пути их решения.

Ключевые слова: студенческое научное общество СПбГПМУ, студенческая наука, студенческий научный форум.

Возрастающая роль студенческой науки, отмеченная в федеральном государственном образовательном стандарте третьего поколения (ФГОС-3), накладывает особую ответственность на работу Совета СНО вуза, как на орган, координирующий деятельность студенческих научных кружков на кафедрах. Важнейшей научной площадкой, на которой студенты представляют результаты своей научно-исследовательской работы, является студенческая научная конференция или научный форум. На примере успешного проведения всероссийского студенческого научного форума «Студенческая наука – 2015» в стенах СПбГПМУ, нам бы хотелось показать возникшие организационные проблемы и обменяться опытом их решения.

Одной из ключевых проблем при оценке научных работ на открытых форумах является субъективность мнений членов жюри. При том, что ни у кого не вызывает сомнения компетентность членов оценочной комиссии – ведущих специалистов в своих научных направлениях, тем не менее, для справедливой оценки работы студентов было принято решение выработать критерии для максимально объективной оценки. Для этого членами Совета СНО были переработаны использовавшиеся ранее оценочные анкеты жюри, созданы четкие критерии оценки доклада путем максимальной их детализации. По каждому критерию было определено максимальное возможное количество назначаемых баллов, был также введен столь важный критерий оценки, как «личный вклад студента».

Нередко возникает проблема выбора научной секции при представлении меж- и мультидисциплинарных исследований, выполненных на стыке различных направлений. Например, неврологии и психиатрии, терапии и медицинской генетики. Для разрешения подобных ситуаций Совет СНО в настоящее время разрабатывает алгоритм действий в подобных ситуациях.

В ходе подготовки к форуму выявлен недостаток координации действий между Советом СНО и редакционно-издательским отделом университета, определена необходимость плотного взаимодействия для согласования точных дат сдачи материалов форума, образцов дипломов победителей и сертификатов участника в печать, объема, сроков исполнения заказа.

Для решения организационных трудностей, возникших в предыдущие годы были применены нововведения на всех этапах подготовки форума:

- завершен переход на электронный документооборот.
- студенты СПбГПМУ подавали тезисы централизованно: старосты СНК кафедр собирали тезисы студентов своего кружка, проверяли их на соответствие предъявляемым требованиям и формировали единый файл с тезисами своего СНК, направляли его в Совет СНО.
- тезисы студентов других вузов высылали старостам СНК или ответственным за секции, которые проверяли их на соответствие предъявляемым требованиям, направляли тезисы для просмотра и вынесения заключения экспертной комиссией секции, добавляли тезисы к единому файлу печати.

По результатам форума было принято решение, в дальнейшем отказаться от выпуска печатной версии сборника материалов, и отдать предпочтение электронной версии, которая будет представлена на оптических дисках или USB-флеш-накопителях в зависимости от финансовых возможностей Совета СНО.

Положительным опытом можно считать взаимодействие Совета СНО, Совета обучающихся и Профкома обучающихся – помощь в трансфере делегатов, организация культурной программы.

Таким образом, залогом успешного проведения студенческой конференции (форума) является тщательная проработка Советом СНО критериев объективной оценки представленных работ, координация деятельности различных структур, участвующих в работе конференции, внедрение информационных технологий на всех этапах работы.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ И СТУДЕНТОВ НА ОСНОВЕ ПРИНЦИПА ОБРАТНОЙ СВЯЗИ

Костромин Р.А.

Уральский государственный медицинский университет. Студент 6 курса. Председатель научного общества молодых ученых и студентов УГМУ.

E-mail: kostromin.r@gmail.com

Аннотация: Деятельность научного общества молодых ученых и студентов имеет большое значение в развитии студенческой науки. Для оптимизации и выявления приоритетных направлений использован принцип обратной связи. Он заключается в учете мнений активистов, входящих в состав научного обще-

ства. В данной статье представлены результаты двухлетнего анкетирования, а также промежуточные итоги, реализованные с учетом проведенного опроса.

Ключевые слова: научное общество молодых ученых и студентов, оптимизация научной деятельности, принцип обратной связи, анкетирование

В рамках ФГОС третьего поколения научно-исследовательская и инновационная деятельность составляют отдельный блок, касающийся каждого из студентов медицинских вузов. В связи с этим, научная деятельность является одним из приоритетных направлений развития нашего университета, отраженных в миссии и политике руководства УГМУ. [2]

За координацию, организацию и развитие студенческой науки отвечает научное общество молодых ученых и студентов (НОМУС). Деятельность НОМУС направлена на подготовку специалистов, обладающих динамичной профессиональностью, общекультурными и профессиональными компетенциями, готовых и способных к системному и инновационному развитию российского здравоохранения, которые смогут войти в состав научного кадрового потенциала вуза [1]. Поэтому, оптимизация работы студенческой организации и учет мнения её участников являются неотъемлемой частью положительной работы НОМУС и способствуют решению поставленных задач.

Принцип обратной связи заключается в проведении корректирующих действий и мероприятий на основе предложений и пожеланий членов научного общества. Для учета мнений актива НОМУС была разработана «Анкета активиста НОМУС». Анкетирование проводилось два раза в течение августа 2014 и августа 2015 года. В опросе 2014 года приняло участие 30 членов НОМУС (65,2 % актива), в 2015 году – 31 человек (67,4 % актива). Статистическая обработка проводилась в программе Microsoft Excel. В анкету были включены вопросы по следующим разделам: оценка степени развития навыков, касающихся научно-исследовательской работы (НИР); владение иностранными языками; приоритетность направлений деятельности НОМУС и задач, поставленных перед научным обществом молодых ученых и студентов.

Студенты, входящие в актив НОМУС, занимаются научно-исследовательской работой на кафедрах вуза и обладают необходимыми для этого навыками. Однако некоторым из навыков написания НИР уделяется меньшее внимание при обучении в вузе, следовательно студенты вынуждены самостоятельно искать литературу для освоения недостающих знаний. Выявление и проведение семинаров по акцентированным направлениям позволит дополнить знания студентов в необходимых разделах и поможет в реализации НИР. По результатам анкетирования, у членов НОМУС наименее развиты навыки написания научной статьи и владение методами статистической обработки полученных данных (рисунок 1). На основе полученных результатов на второе полугодие 2015 года запланированы семинары по данным направлениям от представителей кафедры ОЗЗО и библиотеки УГМУ им. профессора В.Н. Климова.

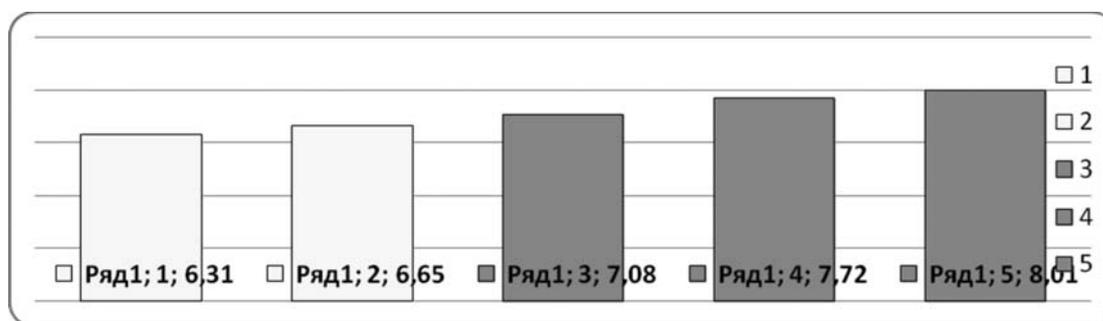


Рис. 1. Степень развития навыков, касающихся НИР (1 – владение методами статистической обработки данных, 2 – навык написания научных статей, 3 – навык выступления на публике, 4 – поиск и работа с литературными источниками, 5 – навык оформления полученных результатов)

Знание иностранного языка одно из основных условий, необходимых молодым ученым и студентам, занимающимся наукой в медицинских вузах. По результатам анкетирования 2014 года высокий уровень знания английского языка отметили 15 % студентов, в то время как уровень владения «ниже среднего» указали 52 % опрошенных. На основе полученных данных и пожеланиях Актива с января 2015 года для членов НОМУС были организованы бесплатные курсы английского языка. При подведении результатов анкетирования 2015 года процент актива НОМУС с уровнем владения языком «ниже среднего» снизился и составил 37,5 %.

В деятельность НОМУС входит большое количество направлений. Приоритетность каждого из них определяется не только регламентирующими документами и руководством, но и особенностями развития НОМУС и студенческих научных обществ кафедр конкретного вуза. Проведенный опрос позволил выявить приоритетные для председателей секций направления развития НОМУС, исключить из деятельности направления, не относящиеся напрямую к задачам НОМУС, а также оценить важность для Актива

НОМУС той или иной деятельностью в рамках студенческой организации. По полученным результатам приоритетным направлением является проведение Всероссийской научно-практической конференции УГМУ, а также участие в конференциях высокого уровня в России и за рубежом (рисунок 2). В 2015 году, исходя из приоритетов, выделенных Активом НОМУС, юбилейная Всероссийская конференция УГМУ была проведена на качественно новом уровне, а количество гостей увеличилось в 4 раза (по сравнению с 2014 годом).

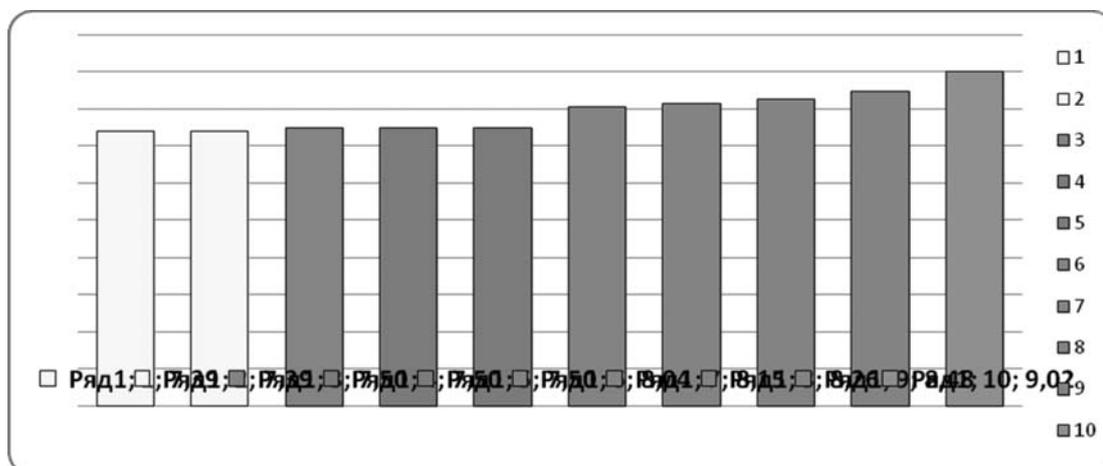


Рис. 2. Приоритет основных направлений работы НОМУС (1 – поддержка исторического наследия НОМУС, 2 – участие в конкурсах инновационных проектов, 3 – олимпиадное движение, 4 – развитие сайта НОМУС, 5 – грантовая деятельность, 6 – популяризация НОМУС среди студентов УГМУ, 7 – проведение внутрисекционных и межсекционных НПК, 8 – сплочение актива НОМУС, 9 – проведение итоговой всероссийской конференции УГМУ, 10 – участие во всероссийских и международных конференциях)

Выводы:

1. Учет мнения актива по принципу обратной связи имеет большое значение в оптимизации структуры и деятельности НОМУС.
2. На основе полученных результатов формируется вектор развития студенческой организации с приоритетными направлениями.
2. Комплексная оценка навыков активистов НОМУС позволяет скорректировать календарный план организации и внести в него необходимые образовательные программы (семинары, тренинги, мастер-классы).
4. Оптимизация деятельности НОМУС с учетом данных анкетирования позитивно сказывается на сплочении актива, а также позволяет каждому участнику выразить свои пожелания и предложения.

Литература:

1. Шихова Е. П., Костромин Р.А. Развитие студенческого научного общества и качество образования / Актуальные проблемы социологии молодежи, культуры, образования и управления: материалы всероссийской научно-практической конференции, под общ. ред. Ю. Р. Вишневого – Екатеринбург, 2014, Том III, С. 264-267
2. Миссия и политика Уральской государственной медицинской академии [Электронный ресурс] / Уральский государственный медицинский университет – Режим доступа: [http://www.usma.ru/gallery/SMK/Missiya_i_politika_\(utv.21.10.2012_g\).pdf](http://www.usma.ru/gallery/SMK/Missiya_i_politika_(utv.21.10.2012_g).pdf) (дата обращения: 10.09.2015)

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ НАУЧНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ СРЕДИ СТУДЕНТОВ 1-3 КУРСОВ

Кучер С.А.

Московский государственный медико-стоматологический университет

им. А.И. Евдокимова, студент 3 курса, лечебного факультета

Научный руководитель Студенческого научного общества: к.м.н., доцент Генс Г.П.

Аннотация: В медицине, как в теоретической, так и практической ее части, для достижения благоприятного результата молодому специалисту необходимо иметь огромный запас знаний и умений. Большую часть из них студенты приобретают в ВУЗе. Однако, кроме знаний образовательной программы универ-

ситета, в профессиональной деятельности требуются навыки выполнения научных трудов. Студенты, начиная заниматься наукой на 4-6 курсах обучения, в силу своей занятости, не успевают в полной мере овладеть нормами научной работы. Поэтому внедрение среди студентов 1-3 курсов научных мероприятий имеет крайне важное значение.

Ключевые слова: молодежная наука, студенческий научный конкурс, научные исследования для студентов младших курсов, медицина.

В профессиональной деятельности врача наука занимает не только теоретическое положение, но и практическое. В последнем случае она выступает в роли, своего рода, наставника. Любая научная деятельность в своем начале подразумевает формулирование актуальности, цели и задач исследования. Помимо этого, большую трудность представляет выбор из огромного числа данных те, которые необходимы для решения поставленной проблемы. В процессе выполнения работы молодой ученый, в частности студент, постепенно приобретает навыки постановки вопросов исследования и нахождения путей их разрешения, поиска оптимальной информации по касающейся его теме и систематизации имеющихся фактов.

Эти умения необходимы не только в научной деятельности, но и в процессе обучения студента, а также в практической работе врача. За время обучения в университете студенты получают огромное количество знаний, которое, по прошествии обучения, они должны сохранить и суметь применить на практике. Но зачастую молодые специалисты сталкиваются с большими трудностями в лечении пациентов во многом из-за недостатка в умении формулировать задачи лечения, объективной и всесторонней оценки состояния пациента, на что необходимо комплексное применение имеющихся знаний, и, соответственно, определения тактики и дальнейших мер по сохранению здоровья.

Для решения данных проблем необходимо создавать условия для получения жизненно необходимых навыков. Таковыми, например, являются научные мероприятия, проводимые в стенах Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова – научно-практический конкурс для младших курсов и студенческие научные дебаты.

Первый из них состоит из 4-х этапов. На первом этапе проходит тренинг по основам поиска научной литературы и навыкам работы с научными источниками. Как правило, поиск подходящей информации – самая сложная часть. Именно поэтому ей уделяется максимальное внимание. В ходе данного тренинга студенты узнают, каким источникам следует доверять, а какие категорически запрещается использовать для написания работы; какими поисковыми системами следует пользоваться, как сузить поиск для большей эффективности и при этом не сбиться с основной темы и как правильно оформлять ссылки на источники.

Второй этап – это написание научного эссе. Данный вид работы позволяет автору научиться четко и грамотно формулировать мысли, структурировать информацию, использовать основные категории анализа, выделять причинно-следственные связи, иллюстрировать понятия соответствующими примерами, аргументировать свои выводы; овладевать научным стилем речи.

На третьем этапе проходит мастер-класс по основам успешного публичного выступления и аргументирования собственной научной позиции. В ходе этого тренинга студенты обучаются нормам составления презентаций, как правильно представить текст в виде схем, графиков и диаграмм, как преобразовать работу из более чем 10 листов в 7-ми минутное выступление и при этом доступно изъяснить сложный, но крайне важный материал.

Четвертый этап – это, собственно, публичное выступление.

Успешное публичное выступление – это, своего рода, навык, которому можно и необходимо обучаться. В нашем университете с этой целью проводятся студенческие научные дебаты формата Карла Поппера – известного философа и социолога XX века. В ходе данного мероприятия студенты овладевают ораторским искусством и искусством убеждения, учатся толерантности к различным научным мнениям, у них формируется логическое и критическое мышление, преодолевается страх публичного выступления, развиваются навыки работы в команде – обучаются всему тому, без чего не стать профессиональным врачом.

Эта интеллектуальная игра включает 3 типа выступлений:

- 1) Конструктивная речь – представление командами всех аргументов на поставленную проблему;
- 2) Опровергающая речь – опровержение аргументов оппонентов и развитие собственных с помощью доказательств и рассуждений;
- 3) Заключительная речь – акцентирование внимания на основных противоречащих позициях и подведение итогов дебатов.

Научно-практический конкурс для младших курсов и студенческие научные дебаты, в ходе которых студенты овладевают навыками научной деятельности, способствуют формированию научного мышления, необходимого как в студенческие года для успешного освоения образовательной программы, так и для будущих практиков и ученых.

К ВОПРОСУ ФОРМИРОВАНИЯ ОТЧЕТНОСТИ О ДОСТИЖЕНИЯХ НАУЧНОЙ МОЛОДЕЖИ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Лисюков А.Н., Соколов М.Е.

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Казанский государственный медицинский университет» Министерства Здравоохранения Российской Федерации

Аннотация: К настоящему времени мониторинг деятельности ВУЗов осуществляется по многим параметрам – успеваемость студентов, прохождение ими промежуточных контролей знаний, аккредитационные процедуры, социальная обеспеченность и др. Одним из главнейших показателей эффективной деятельности высшей учебной организации является научная работа. В связи с этим в ВУЗы регулярно поступают запросы от различных Министерств и ведомств на отчетность о достижениях в научной сфере.

Ключевые слова: студенческое научное общество, молодежное научное общество, отчетность, мониторинг, наука.

В Казанском государственном медицинском университете сбор сведений о достижениях научного студенчества осуществляет Студенческое научное общество им. проф. И.А. Студенцовой. Направляемые запросы на отчетность включают в себя ряд показателей: количество студентов, вовлечённых в научную работу; количество научных статей, тезисов, написанных студентом самостоятельностью или с научным руководителем; достижения студентов-исследователей – победы на конференциях, олимпиадах, завоеванные дипломы и награды, полученных патенты.

Совет Студенческого научного общества не всегда располагает данной информацией в полном объеме. Вышеуказанные показали несложны для учета в случае получения наград, дипломов, патентов и написания статей, тезисов студентом в стенах Казанского государственного медицинского университета. Однако информация о достижениях студентов на конференциях, конкурсах, олимпиадах, проводимых в других ВУЗах и публикации научных работ в изданиях других образовательных организаций зачастую оказывается недоступна. Это связано с тем, что на пути оформления командировочных документов не требуется подписи руководителя студенческого научного общества. Поэтому студенты никак не уведомляют Совет СНО о личных научных достижениях.

Путь оформления командировочных документов включает в себя бухгалтерию, канцелярию и итоговое решение ректора с визированием заявления.

Для эффективного контроля студенческого научного трафика одним из этапов оформления документов должен стать Совет СНО во главе с руководителем.

Данная процедура должна быть официально закреплена в документации ВУЗа и положении о командировании.

К настоящему моменту ведется работа в данном направлении:

- 1) Правки в положение о командировании
- 2) Разработка сопроводительного командировочного документа
- 3) Решение об итоговой подписи куратора Совета СНО в командировочном листе, как руководителя структурного подразделения.

На данном этапе для нас крайне важным является опыт решения подобных проблем о сборе отчетности в других медицинских и фармацевтических ВУЗах России и стран СНГ.

ПРОБЛЕМЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ И РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ

Литовка К.В.

ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, студентка 6 курса лечебного факультета

Аннотация: в настоящее время идет развитие медицинской науки, но в тоже время действительный результат от преобразований в медицинской сфере отстает от желаемого. Недостаточное финансирование и многие другие аспекты затормаживают процесс развития медицины и внедрения уже имеющихся достижений в практическое здравоохранение.

Ключевые слова: наука, финансирование, медицина, научная деятельность.

Наука – это огромный вклад в развитие человечества. Результаты научных открытий сложно переоценить, поэтому можно с уверенностью говорить, что она является одной из самых высокооплачиваемых сфер экономики многих развитых и развивающихся государств современного мира. Вклад науки в историю

напрямую зависит от экономического вклада, т.е. от объема финансирования и использования этих денежных средств по назначению. Поэтому можно утверждать, что финансирование научных исследований и разработок является одной из важнейших проблем в сфере развития и существования науки. По общему числу ученых Россия занимает лидирующее положение и находится на 4-м месте после Китая, США и Японии. При этом число молодых ученых не превышает 25 процентов. По уровню финансирования научных исследований Россия занимает 9-е место в мире. По числу научных публикаций – находится на 15 – 18 месте. По уровню цитирования публикаций – за списком из 20 ведущих стран.

В декабре 2012г. была принята «Стратегия развития медицинской науки в Российской Федерации» на период до 2025 года. Целью принятой Стратегии является развитие медицинской науки, направленное на создание высокотехнологичных инновационных продуктов, обеспечивающих на основе трансфера инновационных технологий в практическое здравоохранение сохранение и укрепление здоровья населения. По общему числу ученых Россия занимает лидирующее положение и находится на 4-м месте после Китая, США и Японии. При этом число молодых ученых не превышает 25 процентов. По уровню финансирования научных исследований Россия занимает 9-е место в мире. По числу научных публикаций – находится на 15 – 18 месте. По уровню цитирования публикаций – за списком из 20 ведущих стран¹. Проблемы развития медицинской науки существовали, существуют и в ближайшее время не исчезнут. Одна из важнейших проблем – это недостаточное финансирование научных исследований. На мой взгляд в этой проблеме, как и во многих других спорных вопросах виновато не только государство, которое закладывает в бюджет недостаточное финансирование, но и ученые, сама организация медицинской научно-исследовательской деятельности. Практически отсутствует система оценки перспективности патентов, зарубежного патентования и управления правами на результаты интеллектуальной деятельности².

Разобщенность медицинской науки снижает эффективность научных исследований. Одноплановые работы могут выполняться в учреждениях Министерства здравоохранения Российской Федерации, Министерства образования и науки Российской Федерации, Российской академии медицинских наук, Российской академии наук и Федерального медико-биологического агентства, деятельность которых в сфере медицинских исследований не координируется. Профиль научных организаций часто не соответствует основным мировым трендам развития медицинской науки, не существует приоритетов в постановке научных задач, отсутствуют инновационные цепочки «идея – лаборатория – производитель – клиника».

Следует отметить низкую структурную эффективность медицинской науки. Большинство учреждений не соответствуют требованиям надлежащей лабораторной практики, надлежащей клинической практики и испытаний инновационных препаратов с использованием моделей патологических процессов на животных. Медицинская наука остается зависимой от импорта. При этом в силу высоких таможенных сборов и транспортных расходов цены на приборы и реактивы выше в 1,5 – 1,8 раза, чем в США и Европейском союзе.

Отсутствует эффективный механизм отбора и передачи результатов фундаментальных исследований, переходящих на стадию прикладных работ для получения опытных образцов инновационных продуктов, а также технологий для их создания.

Отсутствуют механизмы коммуникации представителей практического здравоохранения с научными работниками в части доведения информации о проблемах и неудовлетворенных потребностях в новых методах профилактики, диагностики, лечения заболеваний и состояний, медицинской реабилитации.

Медицинская наука остается неконкурентоспособной, непривлекательной для инвестиций, с высокими барьерами к внедрению инновационных разработок. Вышеизложенные проблемы существуют и для их решения необходимо не только финансовое вложение, но и грамотная организация научной деятельности³.

Литература:

1. Стратегия развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 года. Утверждена распоряжением Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2012 г. № 2580-р
2. Финансирование исследований и разработок в России: состояние, проблемы, перспективы / Под ред. Л.Э. Миндели, С.И. Черных и др. М.: Институт проблем развития науки РАН, 2013.
3. Фундаментальная наука России: состояние и перспективы развития. М., 2009. С. 29.

ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНЧЕСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

*Надеев А.П., Елясин П.А., Залавина С.В., Чебыкин Д.В., Первойкин Д.М., Запороцкий М.М.
Новосибирский государственный медицинский университет.*

Аннотация: В Новосибирском государственном медицинском университете введен ряд мер направленных на улучшение качества информационного обеспечения в работе СНО. Это активное использование интернет-ресурсов, а также отражение всей деятельности СНО кафедр на страницах СМИ.

Ключевые слова: студенческое научное общество, информационное обеспечение

Последнее время в России студенческой науке и деятельности молодых ученых придается основополагающее значение. В вузах, учитывая внедрение новых технологий в систему контроля качества обучения, особое внимание уделено показателям, характеризующим деятельность научно-исследовательской работы студентов [2].

Такая ячейка в структуре университета, как научное студенческое общество, позволяет преподавателям и студентам обмениваться опытом с другими образовательными учреждениями по всему миру посредством публикаций, семинаров и конференций, тем самым повышая и уровень собственного профессионализма, и степень авторитетности университета в целом. [1].

В Новосибирском государственном медицинском университете был разработан опросник о степени информированности и заинтересованности студентов в научно-исследовательской работе. Количество респондентов 516 человек. В таблице приведены полученные данные.

1. Задачи, которые вы ставите перед собой при работе в студенческом научном кружке:	Работа с литературой – 0 % Работа с практическим материалом – 24.1 % Проведение эксперимента – 24.2 % Подходят все ответы – 51.7 %
2. Недостатки работы студенческого научного кружка:	Неудовлетворительная информированность – 69.6 % Несвоевременность информирования – 4.3 % Требуется проводить больше мероприятий научного характера – 26.1 %
3. Цель вашей работы в студенческом научном кружке:	Доскональное изучение выбранной дисциплины – 53.9 % «Плюс балл» на экзамене/зачете – 34.6 % Другое (указать в комментариях) – 11.5 %
4. С какими трудностями Вам пришлось столкнуться при работе в СНК?	Отсутствие оснащения на кафедрах – 52 % Нет нормированного графика проведения заседаний – 8 % Отсутствие свободного времени – 40 %
5. Из каких источников Вы узнали о существовании СНК?	Интернет-сайт СНО – 30.8 % Преподаватели – 61.5 % Объявления – 7.7 %
6. Являетесь ли вы участником студенческого научного кружка кафедры?	Да – 74.1 % Нет – 22.2 % Не интересуюсь – 3.7 %

Самой острой проблемой, как выяснилось, оказалась проблема недостаточной информированности студентов о деятельности студенческого научного общества. Вследствие чего, руководство СНО НГМУ приняло ряд нововведений, направленных на ликвидацию этого пробела.

Таким образом, для оповещения студентов применяются как традиционные методики: преподаватели и кураторы СНО кафедр – развешивание объявлений о заседаниях на стендах кафедр, так и использование интернет-ресурсов.

На сайте НГМУ на страницах каждой кафедры появилась вкладка СНО, в которой отражена вся основная информация по данному направлению работы на кафедре. На главной странице сайта вывешены объявления обо всех заседаниях всех студенческих кружков НГМУ (время проведения, тематика, необходимость оснащения). Почти каждый научный кружок имеет собственную страницу в социальных сетях, проводятся регулярные интерактивные опросы и анкетирование, результаты которых докладываются 1 раз в месяц на заседании СНО НГМУ.

Активно задействованы СМИ. С 2015 года в каждом номере «Новосибирской медицинской газеты» (информационный альманах НГМУ, периодичность – 1 раз в 2 месяца) печатается статья о деятельности СНО какой-либо кафедры, написанная активными студентами-кружковцами и их кураторами. Также в каждом номере «Новосибирской медицинской газеты» печатаются статьи ведущих ученых НГМУ, направленные на популяризацию науки и научного поиска. Не обходятся стороной и достижения студентов-кружковцев: все поездки на конференции, полученные дипломы и т.д. полностью освещены на страницах данного периодического издания.

В заключении хотелось бы отметить, что направленные меры привели к значительному повышению активности студентов-кружковцев, результатом чего стало издание 2-х томных сборников материалов Российской научно-практической конкурс-конференции студентов и молодых ученых «Авиценна» общим объемом до 900 страниц.

Литература:

1. Традиции и инновации высшего медицинского образования в Красноярском государственном медицинском университете им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого // И.П. Артюхов, М.М. Петрова, Ю.С. Винник, Е.В. Серова и др. / Материалы III открытого съезда представителей медицинских молодежных научных обществ Сибири и Дальнего Востока. Выпуск 3. – Новосибирск: ГБОУ ВПО НГМУ Минздравсоцразвития России, 2011. – С. 9-10.

2. Полетаев В.В. Научное студенческое общество: структура организации, концепция развития, приоритетные направления // В.В. Полетаев / Материалы IV открытого съезда представителей медицинских молодежных научных обществ Сибири и Дальнего Востока. Выпуск 4. – Иркутск: ГБОУ ВПО ИГМУ Минздравсоцразвития России, 2012. – С. 26-28.

РЕАЛИЗАЦИЯ УЧЕБНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНТА НА УРОВНЕ ВУЗА: ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ

Новикова Е.С.¹, Прокудина Н.В.², Ибрагимова Р.Б.³

Смоленский государственный медицинский университет. Совет Студенческого научного общества. 1- студентка 6 курса лечебного факультета, председатель СНО СГМУ 2- активист Совета СНО СГМУ 3- студентка 5 курса лечебного факультета, заместитель председателя СНО СГМУ

Научный руководитель: доцент, к.м.н. Кузьмина Е.П.

Аннотация. В предлагаемой статье рассматривается проблема поступательного, логического развития мероприятий, направленных на открытие и реализацию научного потенциала студента.

Ключевые слова: научно-исследовательская деятельность, Школа молодого ученого, заинтересованность научного руководителя.

«Можно продолжать учиться всю жизнь, но не начаткам школьного обучения: нелепо, когда старец садится за букварь.» – писал в своих мемуарах философ эпохи возрождения Мишель Монтень [1]. Кажется бы, эти строки написаны 6 веков назад, но актуальность сохранилась и по сей день. Конечно, мы должны получать знания на протяжении всей жизни, но для всего есть удобный возраст и свое время, которое никак нельзя упускать.

В 2014 году на базе Северного государственного медицинского университета был проведен выборочный опрос среди студентов старших курсов, оценивающий отношение студентов к научно-исследовательской деятельности. Результаты показали, что студенты не против заниматься наукой, но большинство из них затрудняются в выборе темы, которой они готовы посвятить часть своего времени для углубленного изучения материала [2]. Несомненно, и в нашем Смоленском государственном медицинском университете существует такая проблема, и реализуются различные мероприятия, направленные на ее решение. Но, зачастую, мы пытаемся привлечь студентов к научной деятельности и не интересуемся – почему они из нее уходят или не завершают ее до конца. В прошлом учебном году в нашем ВУЗе активно начала функционировать Школа молодого ученого (ШМУ). И пока что мы имеем опыт одностороннего обучения, то есть ведущие эксперты самых различных сфер деятельности, доктора наук: экономисты, математики, бизнесмены, программисты начитывают лекции студентам и молодым ученым. На каждом заседании проводился анализ посещаемости. Было выявлено, что не все лекции увенчались успехом. Самыми востребованными оказались заседания по медбиостатистике. Каждый второй студент старше II курса состоит в каком-либо научном кружке, то есть задействован в структуре СНО, однако не каждый способен выполнить полноценную исследовательскую работу с обработанными статистическими результатами по всем правилам и канонам. Несомненно, данные навыки должны и отрабатываются в программе некоторых предметов. Но пока студент не поймет, что это нужно лично ему и в его собственных интересах, он вряд ли будет воспринимать на обычных занятиях эту информацию всерьез и попытается ее запомнить. Как говорил Л.Н. Толстой: «Никакая деятельность не может быть прочна, если она не имеет основы в личном интересе». Важно ориентироваться на существующие потребности большинства студентов, если мы действительно хотим их максимально приблизить к науке. Совсем логично и правильно учить студентов пользоваться литературой вначале учебного года, показывать методы обработки результатов за 2 месяца до конференции и проводить курсы риторики непосредственно перед выступлением. Мы не можем ждать от широкой массы студентов проектов, открытий и изобретений, но мы должны их приблизить к этому, для начала, путем постижения азов.

Вместе с тем, успех научной деятельности зависит не только от студента, но и от заинтересованности преподавателя. Ведь недаром, часто цитируется восходящий к Плутарху афоризм: «Студент не сосуд, который надо наполнить, а факел, который нужно зажечь». И зажечь сможет только тот, кто горит сам. Было бы здорово заниматься наукой ради науки, но без поддержки знающих руководителей это трудно. На сегодняшний день, когда существует проблема в расстановке приоритетов, и не всегда ясна цель своих действий, без умелого наставника прийти к научному поиску практически невозможно.

Таким образом, постижение науки – это кропотливый труд. И уже со студенческой скамьи необходимо развивать в студенте умение постигать азы науки, правильно использовать свои таланты. В этом нелегком

труде неоценимую помощь окажет не только правильная и структурированная по времени работа Школы молодого ученого, но чуткое руководство компетентного преподавателя.

Литература:

1. Кудрявцев Г.Г. Мишель Монтень. Опыты. Избранные произведения в 3-х томах: Голос; Москва; 1992.
2. Парамонов А.А. Изучение отношения студентов к научной деятельности/ Сборник материалов XI Съезда Федерации студенческих и молодёжных научных обществ медицинских и фармацевтических вузов России, Украины, стран ШОС и участием стран BRICS. – Уфа; 2014

ОРГАНИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ НАУЧНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ И МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ В МЕДИЦИНСКОМ ИНСТИТУТЕ ПЕНЗЕНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО УНИВЕРСИТЕТА

Панюшкина Л.И.¹, Хрусталева И.С.¹, Баулина О.А.²

1 – Пензенский государственный университет. Медицинский институт. Студент.

2 – ГБОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей». Аспирант кафедры хирургии, онкологии и эндоскопии.

Научный руководитель: проф., д.т.н. Геращенко С.М.

Аннотация: В данной работе представлены результаты функционирования многоуровневой системы организации научной деятельности студентов Медицинского института Пензенского государственного университета.

Ключевые слова: многоуровневая система, наука, молодые ученые

В начале XX в. М. Вебер в своей работе «Наука как призвание и профессия» охарактеризовал идею университета как центра интеллектуального единства знаний и обучения методам мышления, в котором «наука разрабатывает методы мышления, рабочие инструменты и вырабатывает навыки обращения с ними [1]. Овладев культурой мышления, студент приобретает рефлексивную способность, позволяющую ему строить свое целеполагание, проектирование, осуществлять коррекцию действий, оценивать результат деятельности. Ученый особое внимание уделял отношению молодого поколения к науке и факторам, его определяющим. М. Вебер отмечал: «Молодежь зачастую ненавидит «интеллектуализм как злейшего дьявола»; это имеет не столько экономические, сколько социокультурные причины». Он подчеркивал, что молодые люди, не попробовав себя в научном творчестве, обращаются «в бегство», а надо «сначала до конца обзреть пути, чтобы увидеть его силу и его границы [2]. Кроме того, в 20-е годы произошла стремительная смена ценностей, которая побудила к поиску решения проблемы популяризации науки среди молодежи.

Для улучшения привлечения студентов к научной деятельности, была предложена многоуровневая система, охватывающая обучающихся как младших, так и старших курсов Медицинского института Пензенского государственного университета.



Начальным этапом, позволяющим первокурсникам проявить свою эрудицию в медицинской сфере, являются кафедральные олимпиады. Студентам предлагается пройти ряд испытаний как теоритического, так и практического характера, после чего их работа оценивается компетентными экспертами. По результатам

олимпиады лучшим первокурсникам вручаются дипломы, победителю первой степени предоставляется специальное поощрение от кафедры. Таким образом удается вызвать интерес у студентов к такого рода мероприятиям, а так же выявить наиболее активных и эрудированных.

Во второй половине учебного года традиционно проводится ярмарка СНК, где научные руководители и старосты кружков рассказывают о деятельности кружка, раздают информационные буклеты, отвечают на интересующие студентов вопросы. Как показывает практика, после данного мероприятия значительно увеличивается число студентов, посещающих СНК, возрастает научная и научно-практическая активность.

Важным компонентом системы является реализация преемственности между студентами разных курсов, обмен научным опытом и пошаговое обучение начинающих в научно-исследовательской и проектной деятельности. Неотъемлемой частью заседаний любого СНК стали доклады преуспевающих студентов о правилах публикации статей в ВАК, Web of Science и Scopus, обмен опытом в формировании заявок на различные виды интеллектуальной собственности. Кроме того, победители всероссийских и международных научных форумов и конференций рассказывают коллегам о возможности участия в данных мероприятиях, помогают проработать проекты, довести результаты до соответствующего уровня.

Одним из наиболее важных этапов в системе привлечения студентов к научной деятельности являются межкафедральные конференции. Участникам данного мероприятия предоставляется возможность приобрести опыт по подготовке публичных выступлений, написанию и публикации тезисов научных статей, а так же диалоговому общению с компетентной аудиторией. Выступления на таких конференциях становятся первым шагом на пути к дальнейшей научной деятельности, и, как правило, студенты, принимающие в них участие, продолжают заниматься наукой с еще большей заинтересованностью.

Студенты, чья научная деятельность носит прикладной характер, имеют возможность получить грант от ректора университета на разработку макетных образцов, закупку расходных материалов, а так же для оформления интеллектуальной собственности с целью защиты проекта.

Таким образом, в Медицинском институте Пензенского государственного университета реализована многоуровневая система подготовки студентов СНО, которая позволяет эффективно развивать научно-исследовательскую деятельность. Как показала практика, такого рода подход к привлечению студентов в научную деятельность весьма эффективен и позволяет закрепить научные кадры в университете.

Литература:

1) Вебер М. Наука как призвание и профессия / М. Вебер // Избранные произведения. – М., 1990. – 808 с.

2) Шиняева О.В., Акманаева Д.Х. Роль научной деятельности студентов в повышении функциональности российского высшего образования // Известия ВУЗов. Поволжский регион. Общественные науки . 2011. №4.

ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ВУЗА И ПРОБЛЕМЫ АКТИВИЗАЦИИ ТВОРЧЕСТВА СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

Петров Ю.В.¹

1 – Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 5 курс, лечебный факультет

Аннотация: в статье рассматриваются вопросы интеллектуального потенциала вузов России, анализируются проблемы активизации научного творчества студентов.

Ключевые слова: вуз, интеллектуальный потенциал, инновации, «утечка умов», активизация научного творчества, развитие системы высшего образования.

В условиях кризиса и санкционной политики стран Запада, одной из важнейших задач высшего образования, в том числе и медицинского, становится создание условий для эффективного воспроизводства научных и научно-педагогических кадров, закрепление молодежи в сфере науки, сохранение преемственности отечественных научных школ и перспективных инновационных направлений. В связи с этим важная проблема – формирование инновационной культуры российских граждан и сохранение интеллектуального потенциала общества.

Интеллектуальный капитал эксперты подразделяют, во-первых, на интеллектуальный человеческий капитал, представляющий самую образованную часть населения; во-вторых, интеллектуальный структурный капитал. В свою очередь интеллектуальный структурный капитал включает государственную систему

управления; систему научных учреждений; информационную структуру общества; систему образования [5, С. 13].

Для измерения интеллектуального потенциала российского общества традиционно выделяются две базовых характеристики: наука и образование.

Аналитический обзор публикаций по данной проблеме позволяет выявить то, что: расходы бюджета на фундаментальные исследования (в % ВВП) в США составляют 0,48 %, во Франции – 0,56 %, в Японии – 0,48 %, в России – 0,16 %. Доля внутренних затрат на одного исследователя в год в США составила 279,3 тыс. долларов; во Франции – 198, 2 тыс. долларов; в России – 50,0 тыс. долларов [4, 7].

Денежные оценки ежегодных потерь Российской Федерации, согласно данным Т. В. Наумовой, в результате «утечки умов» варьируются от 60-75 млн. долларов до 4 млрд. долларов [4, С. 99]. Выразительный штрих: Всемирный экономический форум в 2009 году «поставил» Россию на 42-е место в мире по уровню научно-исследовательских институтов; по качеству образования – на 56-е место, после африканских стран – Нигерии и Сенегала. Российский наукометрический ресурс, по мнению разработчиков проекта «Российский индекс научного цитирования», далек от идеала.

Бесплатное обучение в России сегодня получает 2,8 млн. студентов, более 3 млн. молодых людей платят за обучение. Для справки: по удельному весу студентов, обучающихся на коммерческой основе, РФ опережает многие европейские страны, где в вузах обучается немногим выше 1 % студентов. По мнению российских экспертов, отставание в технологиях в XXI веке, «утечка умов» и научных достижений за рубеж в перспективе на ближайшие 10-15 лет могут ликвидировать преимущества российской науки, за исключением военного, энергетического и космического секторов экономики.

Единственная возможность для России конкурировать с западными странами – это интеллект, инновационные технологии и развитие системы высшего образования.

Отметим и то, что в определении «инновация» выделяют такой важный компонент деятельности человека, как творчество. Современный врач, инженер, специалист научного профиля сегодня – это человек, способный к адекватной личностной мобильности, креативный, способный к творчеству. Развитию творческих возможностей будущего специалиста в системе вуза способствуют такие технологии и методы, как «мозговой штурм» Осборна (генерация идей с запретом критики); ТРИЗ (технология решения изобретательских задач); научно-исследовательская работа; тренинг по повышению склонности к рискованным ситуациям; практикум по решению задач с отсутствием правильного решения; проблемные семинары, способствующие развитию инновационной культуры будущих специалистов. Система ТРИЗ разработана последователями С. Г. Альшуллера еще в 1950-е годы [1]. К концу 1980-х годов была уже создана и апробирована методика для внедрения ТРИЗ в систему высшего образования. Но переход к рыночной экономике воспрепятствовал внедрению инновационных образовательных технологий в образовательный процесс. Система высшего образования, согласно позиции ведущих специалистов, должна взять на себя функцию формирования у студентов способности к творческой деятельности, творческому мышлению.

Во многих вузах России отсутствуют курсы по методологии изобретательства, давно включенные в программы зарубежных университетов, неважно, гуманитарные это вузы или технические. Готовность студента участвовать в НИР также предполагает наличие интереса к инновационным видам деятельности, достаточной базы фундаментальных знаний и материальной заинтересованности – наличие заказчиков (спонсоров) и получение дохода от результатов научных исследований. В этой связи, как нам представляется, актуально формирование тематики исследований СНО в соответствии с ведущимися в вузах НИР кафедр; выбор и разработка студентами части тем курсовых и квалификационных работ в рамках тематики научных исследований соответствующих кафедр; учет успешной деятельности студентов в СНО при сдаче экзаменов, защите дипломных работ, проведение практики студентов в организациях – заказчиках перспективных исследований.

Инновационный процесс, являясь главным объектом управления в университете, требует от руководителей вузов умения выстраивать качественную систему управления, осваивать инновационные и управленческие технологии. Качественное образование должно быть обеспечено такими факторами, как мониторинг образовательных достижений обучающихся; инновационная мотивация преподавателей и студентов; доступность образования для различных социальных групп молодежи; развитие дистанционных форм обучения.

Способность молодежи к освоению новых знаний и открытий, к творческой деятельности оказалась невостребованной в результате доминирующих в течение десятилетий рыночных ценностей и мотиваций, выбора свободы развлечений вместо кропотливого научного труда.

Литература:

1. Альшуллер, Г. С. Найти идею: введение в теорию решения изобретательских задач / Г. С. Альшуллер. – Новосибирск, 2009.
2. Карпова, Ю. А. Введение в социологию инноватики: Учебное пособие / Ю. А. Карпова. – СПб., 2012.
3. Lundvall, B.A. The Social Dimension of the Learning Economy. Danish Research Unit for Industrial Dynamics, Working Paper. – № 96-1. – 2009.

4. Наумова, Т. В. Отток кадров из российской науки: выигрыш или проигрыш? / Т. В. Наумова // СОЦИС. – 2008. – № 9. – С. 99.

5. Стюарт, Т. Интеллектуальный капитал: новый источник богатства организации / Т. Стюарт. – Нью-Йорк-Лондон, 2007.

МЕДИК-ВОЛОНТЁР СПОРТИВНЫЙ

Прохорова Л.А., Чистякова Д.М.

ГБОУ ВПО «Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А.Вагнера Минздрава России». Кафедра спортивной медицины. Студентки 6 курса лечебного факультета.

Научный руководитель – д.м.н., проф. Черкасова В.Г.

Аннотация: В статье раскрывается и анализируется сущность волонтерского движения в Пермском государственном медицинском университете, описываются основные цели, достижения, мероприятия, проблемы, а также перспективы развития волонтерского движения в нашем ВУЗе.

Ключевые слова: спорт, здоровье, медицина, волонтеры, волонтерское движение, добровольчество.

В истории человечества есть множество примеров бескорыстной и добровольной помощи, которая оказывается человеком или группой людей на благо общественности без расчёта на получение прибыли, карьерного роста – волонтерство. Волонтерство – это особый взгляд на жизнь, мировоззрение, основанное на идеях бескорыстного служения гуманным идеалам человечества.

Наш медицинский университет не остался в стороне, и нашлись активисты, которые пустили идею медицинского волонтерства в студенческие массы и нашли отклик от огромного количества учащихся. Так в 2013 году сначала был создан проект «Спортивный медик-волонтер ПГМУ», а затем, в 2015 – волонтерский центр для медико-биологического сопровождения спортивных соревнований различного уровня, в том числе международных, в городе Перми, основателем и руководителем которого стал Лепетинский Иван Сергеевич.

Спортивный медик-волонтер – весьма важное звено в проведении спортивных мероприятий. Спектр его деятельности довольно широк: начиная с оценки медико-биологического состояния спортсмена, оказания медицинской помощи при различных видах травм, вплоть до реанимационных мероприятий на догоспитальном этапе.

В настоящее время целью нашего центра стало обучение спортивных медиков-волонтеров по четырём направлениям: языковая школа, школа организации спортивных мероприятий, школа научно-спортивного направления, школа спортивной журналистики, а также привлечение большего числа студентов в добровольческую деятельность. Обучение будет проводиться с привлечением различных структурных подразделений университета.

У каждого медика-волонтера есть своя книжка, отражающая участие студента в спортивных (и не только) мероприятиях. По их итогам планируется проводить ежегодный конкурс за звание лучшего спортивного медика-волонтера. Таким образом, создавая центр, подразумевается и рейтинговый рост студентов – лучшие из них смогут выезжать на соревнования самого высокого уровня.

Кроме того, волонтерская работа станет хорошей альтернативой для студентов, которые поступили в ПГМУ, достигнув до поступления высоких результатов в спорте. Сейчас высокий уровень требований к получаемым в университете знаниям не позволяет студентам отвлекаться от учебного процесса на повседневные тренировки, а так у них будет ощущение полной причастности к спортивным мероприятиям Пермского края, России, а может быть, и мира.

В настоящее время студенты проекта «Спортивный медик-волонтер» сопровождали большое количество спортивных мероприятий, в том числе Олимпиаду-2014 в Сочи, Всемирные игры боевых искусств-2014 в Санкт-Петербурге, VI Международный конгресс «Спорт. Человек. Здоровье»-2014, Международную выставку «Боевые искусства и спортивные единоборства в современном мире 2014», V Паралимпийский фестиваль-2015 V этап – Открытый чемпионат города Перми по лёгкой атлетике среди инвалидов и многие другие. В ближайшее время планируется оказание волонтерской помощи на мероприятиях «FORMULA-1» Гран-при России (октябрь 2015 года) и других спортивных мероприятиях.

Все активные студенты волонтерского движения ПГМУ снабжены красивой и яркой униформой, а также необходимым медицинским оборудованием – благодаря этому медики-волонтеры хорошо заметны на любом спортивном мероприятии.

Также нельзя не упомянуть, что помимо волонтерского движения участники проекта «Спортивный медик-волонтер» занимаются съёмкой короткометражных художественных фильмов. Так, например,

художественный фильм «Раздумья о врачебном долге» (Пермь, 2015 год) вызвал фурор в Интернете и медицинском сообществе.

Хочется верить, что за волонтерским движением – будущее не только нашего ВУЗа и города, но и всей страны. А медицина и добровольное самопожертвование на благо других – две неразрывно связанные вещи. Добровольчество – есть фундамент гражданского общества, оно выражает потребность в мире, свободе, безопасности, справедливости. Ведь только так мы сможем сделать этот мир лучше, добрее и совершеннее.

Литература

1. Ромицын И.В. Волонтерская деятельность как фундамент гражданского общества. – [Электронный ресурс] – Режим доступа. – URL: <http://www.scienceforum.ru/2013/pdf/3630.pdf>

2. Федеральный научно-практический журнал «СОТИС», Материалы VII Общероссийской конференции по добровольчеству, 2010 г. – 21-22, 34 с.

МЕТОДЫ ОЦЕНКИ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИХ РАБОТ: АКТУАЛЬНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВНЕДРЕНИЮ МИНИМАЛЬНЫХ КРИТЕРИЕВ К НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИМ РАБОТАМ

Пруненко С.С., Бурлыко А.К.

ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И.И.Мечникова» Минздрава России, Зкурс, Медико-профилактический факультет. E-mail: Stanislav.Prunenko@szgmu.ru

Аннотация: В настоящее время качество научно-исследовательских работ не является удовлетворительным. Многие работы представляют из себя реферативные и не включают в себя проведение полномасштабного научного исследования или его основных частей. А именно: актуальность, цели, задачи, формирование выборки, экспериментальную часть и статистическую обработку данных. Поэтому, в данной статье мы представляем вам методы оценки научно-исследовательских работ, актуальные рекомендации по внедрению минимальных критериев к научно-исследовательским работам.

Ключевые слова: Научно-исследовательская работа, выступление, критерий, оценка.

Является ли качество научных работ удовлетворительным?

При анализе исследовательских работ зачастую можно столкнуться с рядом проблем. Работы, которые представлены как научно-исследовательские, по сути дела представляют собой доклады или работы реферативного типа. Чтобы избежать этого и исправить работы еще на ранних этапах, мы предлагаем ряд критериев, которые помогут в написании качественной научно-исследовательской работы. Критерии будут предъявлены к проведению самого научного исследования, написанию статьи тезисов, выводам, а также формату выступления. Данная проблема является актуальной в наше время, и её решение поможет повысить качество научно-исследовательских работ.

Для решения этой проблемы, мы предлагаем следующий план. Подготовка к проведению научного исследования. Она предполагает несколько этапов, так как научное исследование, носит систематический и целенаправленный характер. Объективная область научного исследования, его объект и предмет. Важной задачей является определение сферы научного исследования в виде е объекта и предмета, которые представляют собой ее своеобразную «систему координат». Тема, проблема и актуальность исследования. Тема исследования является еще более узкой сферой в рамках предмета. Обоснование актуальности – это объяснение необходимости изучения выбранной темы в контексте процесса научного познания. Определение гипотезы исследования. Гипотеза исследования – это научно обоснованное предположение о непосредственно наблюдаемом явлении. Определение цели исследования. Цель представляет собой идеальное видение результата. Задачи исследования – это то, какими методами будет достигнута цель исследования. Дизайн (организация) исследования – это способ проведения исследования. Существуют различные способы проведения исследования: наблюдательные, одномоментные (поперечные исследования), продольные исследования, кросс-секционные, когортные и случай-контроль исследования.

Экспериментальные исследования могут быть нескольких видов: наблюдение, проведение серии опытов и клинические исследования которые подразделяются на рандомизированные, квази-рандомизированные и контролируемые нерандомизированные исследования.

Определение исследуемой популяции. Решение о том, какова будет популяция, из которой будут отбираться пациенты (или иные объекты) для изучения, является одним из важнейших решений, которое принимает исследователь. Формирование выборки. Выборка должна обладать репрезентативностью. Репрезентативность – это способность выборки представлять изучаемую совокупность. Любое научное

исследование по своему характеру является выборочным. Статистическая обработка информации используется для ответа на вопрос, какие различия будут признаваться значимыми, а какие случайными. Методы обработки данных делят на две группы, когда анализируется одного фактора на показатель исхода (универсальный) и многомерные статистические методы. Существует несколько уровней доказательности исследовательских работ, которые зависят от проводимых исследований, рекомендаций и мнений экспертов. Так же необходимо выбрать формат выступления: устное, в виде презентации, а также стендовая работа. Каждый формат должен так же соответствовать минимальным критериям (время выступления, последовательность, правильное оформление презентации или стенда). Также предлагается ввести систему контроля цитирования «Антиплагиат», для отсеивания скопированных работ.

Таким образом, для повышения качества научно-исследовательских работ студентов, предлагается взять, данные требования за рекомендуемый минимальный критерий, учитывая особенности той или иной научной сферы, данные требования могут меняться, но в целом это способствует повышению среднего уровня работ и поможет в обучении студентов их написанию.

Предлагается ввести данную систему в пилотном варианте в течение года, на базе согласившихся студенческих научных кружков, и в следующем году выявить проблемы и представить аналитические данные и результаты данного метода.

Список литературы:

1. Клещева И.В. Оценка эффективности научно-исследовательской деятельности студентов. – СПб: НИУ ИТМО, 2014. – 92 с.
2. Лисицына Е. Рейтинговая система оценки научно-исследовательской деятельности / Е.Лисицына, К.Молчанов // Высшее образование в России. – 2005. – № 12. – С. 64-66.
3. Мухин П.А. «Эффективность научной деятельности вузов». М., Высшая школа, 1979 г., 240 с.

ПОИСК И ОБУЧЕНИЕ ПОТЕНЦИАЛЬНО ПЕРСПЕКТИВНЫХ НАУЧНЫХ КАДРОВ НА ПРИМЕРЕ СТАВРОПОЛЬСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Сазанов Г.В.

Ставропольский государственный медицинский университет. Студенческое общество «FirstAid». Студент 5 курс, лечебный факультет. ГБУЗ СК Станция скорой медицинской помощи города Ставрополя.

E-mail: mc_sagr@mail.ru.

Аннотация: В настоящее время остро встает вопрос о воспитании квалифицированных научных кадров в научных школах. По разным причинам студенты не проявляют должного интереса к научной деятельности. Одной, из наиболее важных из них, в особенности для первокурсников, является отсутствие наглядности.

Ключевые слова: наука, медицина, поиск, первая помощь.

По признанию большинства руководителей научных обществ, наукой способны серьёзно заниматься только те студенты, которые имеют стойкие морально-волевые качества, крепкий дух, сильный характер, способные на самообладание в экстремальных ситуациях.

В Ставропольском государственном медицинском университете создана специализированная структура – «FIRST AID», первичной целью которой является предоставление студентам всех имеющихся возможностей университета, для освоения навыков оказания первой помощи.

Под руководством преподавателей-специалистов в «FIRST AID» инициативные студенты обучаются навыкам оказания первой помощи, реализуя полученные знания, оттачивают приобретённые навыки на специальных площадках и форумах.

Решая поставленные первичные задачи, общество выделяет студентов, проявивших себя в условиях экстремальной ситуации, продемонстрировав как уровень приобретенных навыков, так и уровень волевых качеств, что является, более важным для потенциального учёного.

Уже второй год подряд на базе СтГМУ создается моделированная площадка по оказанию первой помощи «Асклепий», где собравшиеся студенты со всей России экзаменуют себя в непривычных для себя условиях, приобретая тем самым бесценный опыт.

Именно на таких мероприятиях опытные руководители общества селекционируют студентов, обладающих нужными для научной деятельности качествами, которые на начальном этапе начинают свою

научную деятельность в рамках общества «FIRST AID». Студенты занимаются научным поиском, изучают литературу по первой помощи, и далее подкрепляют теоретические знания на практических занятиях.

Тем самым, необходимо заметить целесообразность не вкладывание огромных сил и средств на воспитание ученого в каждом студенте, а нужно сосредоточиться на поиске потенциально перспективных студентов предрасположенных к кропотливой, трудной и заманчивой российской медицинской науке, с последующим всесторонним развитием их морально-волевых качеств.

ФОРМИРОВАНИЕ «АКАДЕМИЧЕСКОЙ СРЕДЫ» КАК ИНСТИТУТА ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНТОВ И МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ

Соколов М.Е., Лисюков А.Н., Граница А.С.

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Казанский государственный медицинский университет»

Министерства Здравоохранения Российской Федерации

Аннотация: В зарубежных и отечественных теории и на практике доминирует утилитарный подход к современному позиционированию научной деятельности, в котором наука рассматривается как ресурсная база социально-экономического развития и политического могущества государства.

Ключевые слова: академическая среда, повышение качества, мониторинг качества, студенты, молодые ученые.

В зарубежных и отечественных теории и на практике доминирует утилитарный подход к современному позиционированию научной деятельности, в котором наука рассматривается как ресурсная база социально-экономического развития и политического могущества государства. Доминирование утилитарного подхода к позиционированию научной деятельности детерминирует получение результата, который подлежит количественному выражению, тем самым возникает цифровое описание научно-исследовательской деятельности. В международной компаративистике фундаментальная наука измеряется по показателям: количество публикаций в ведущих научных журналах мира из БД (баз данных) SCOPUS, WEB OF SIENCE, цитируемость автора.

В мониторинге используются следующие показатели НИРС табл.1

Таблица 1

Показатели НИРС

Направления	Показатели
Организация НИР студентов и молодых ученых:	– количество открытых конкурсов на лучшую работу студентов, проводимых по приказу Федеральных органов исполнительной власти;
	– численность студентов очной формы обучения, участвовавших в НИР.
	– количество конкурсов на лучшую НИР студентов, организованных вузом;
Результативность НИР студентов и молодых ученых:	– количество научных публикаций;
	– количество научных публикаций без соавторов-сотрудников вуза;
	– количество грантов, выигранных студентами и молодыми учеными;
	– объем средств, направленных Вузом на финансирование НИРС

Проблема несоответствия количественных оценок научной деятельности качеству. Порождает необходимость исследования академической среды. Исследования академической среды были предприняты как социологами, так и экономистами, занимают важное место в отечественной и зарубежной науке. В современной науке [3, с.131-158.;4] методологическое обоснование проблематика академической средой получает в сетевой теории и трактуется как академические стандарты, поведение и установки преподавателей и студентов, атмосфера в аудиториях и требования к студентам. Рестрикционная и контрольная функции академической среды заключается в том, что академическая среда формирует нормы научно-исследовательской деятельности, на которые ориентируются и которым должны следовать начинающие исследователи. Контроль и оценка соответствия деятельности нормам осуществляется коллегами. Думается, что для нивелирования имманентных современной отечественной науки коммерциализации и маркетизации необходимо усилить рестрикционную и контрольную функции академической среды Вузов.

Литература:

1. Миронов В.А., Майкова Э.Ю. Социальные аспекты активизации научно-исследовательской деятельности студентов вузов: Монография. – Тверь: ТГТУ, 2004. 100 с.
2. Кузьминов Я.И. Образование в России. Что мы можем сделать?// Вопросы образования.2004. №1.
3. Грановеттер М. Экономическое действие и социальная структура: проблема ускоренности // Западная экономическая социология: хрестоматия современной классики/ сост. и науч. ред. В.В. Радаев. М.: РОССПЭН, 2004.
4. Austin D. Transfer students perceptions of transfer assistance and academic environments in the community college and in the university. The Florida State University. College of Education. A dissertation submitted to the department of educational leadership in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of education.1998. (online). URL:<<http://proquest.umi.com/>>.

ОПЫТ НАУЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ, ТРАДИЦИИ И ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ

Токарева Д.А., Киршина А.В.

ГБОУ ВПО «ПГМУ им. ак. Е.А. Вагнера» Минздрава России, кафедра нормальной, топографической и клинической анатомии, оперативной хирургии.

E-mail: nelena55@mail.ru

Научный руководитель: к.м.н., доц. Некрасова Л.В.

Аннотация: Данная статья посвящена изучению деятельности студенческого научного кружка кафедры, изучению инновационных форм работы, традиций, отражению разнообразия научных направлений и форм деятельности СНК, преемственности молодых ученых. Также рассмотрен вклад школы «Юный медик» в становлении студента как исследователя.

Ключевые слова: студенческий научный кружок, школа «Юный медик», студенческая наука, инновационный подход.

Студенческий научный кружок – основная структурная единица организации научно-исследовательской работы на кафедре, фундаментальная составляющая студенческого научного общества Высшего медицинского учебного заведения. Главной задачей научного кружка – отобрать среди студентов самых способных и заинтересованных. С целью популяризации научной деятельности среди студентов медицинских вузов, развития научного кадрового потенциала и механизмов мотивации, мы проанализировали деятельность СНК кафедры нормальной, топографической и клинической анатомии, оперативной хирургии ГБОУ ВПО «ПГМУ им. ак. Е.А. Вагнера» Минздрава России.

В задачи исследования входило изучение истории развития СНК кафедры, его традиций, научной деятельности, преемственности поколений, выявление ведущей роли студентов лечебного факультета – будущих клиницистов, научных медицинских сотрудников.

В результате, отразили традиции и преемственность поколений (школа «Юный медик» – студенчество, межвузовское научное студенческое сообщество, студенчество – кадровый научный потенциал, участие в ярмарке «Карьерный экспресс», участие в ежегодной «Ярмарке студенческих научных кружков», «Пироговский экзамен»: Н.И. Пирогов – студент-исследователь). Проанализировали выполнение научно-исследовательских работ с практической частью (препарирование областей с указанием вариативных особенностей, изготовление влажных и музейных препаратов, муляжей, пособий, стендов, моделей). Отметим организацию научных студенческих конференций различного уровня, стендовых сессий, проведение и организацию секционных заседаний Итоговой научной студенческой конференции ПГМУ, организацию и проведение пленарных заседаний СНК кафедры. Отметим межвузовское сотрудничество студенческой науки: публикация статей, тезисов в Материалах конференций различного уровня, Отечественных и зарубежных журналах и журналах, рекомендованных ВАК и участие в съездах, Конгрессах морфологов, Краевых конкурсах исследовательских работ, интернет-конференций. Представили нетрадиционные методы работы (Анатомические дуэли, олимпиады, «круглые» столы). Организация и проведение 68 межкафедральных и межфакультетских заседаний СНК, совместных заседаний с представителями практического здравоохранения за прошедшие 5 лет – наглядный показатель плодотворной работы. Студенты – исследователи имеют возможность продолжить свои научные исследования по программе научного обмена. Так, студентка 2-го курса, лечебного факультета проходила практику в Марокко, в отделении неонатологии и интенсивной терапии, измеряя объем черепа, рост и вес новорожденных и обрабатывала полученные данные. Наши студенты – исследователи – участники XI Конгресса Международной ассоциации морфологов (г. Самара), XI съезда студенческих и молодежных научных обществ медицинских и фармацевтических вузов России,

Украины, стран ШОС с участием представителей стран БРИКС (г.Уфа), V Международной конференции «Инновационные обучающие технологии в медицине – 2014» (г.Москва). Нередко начатые в студенческом научном кружке исследования плавно перерастают во фрагмент диссертационной работы. Так, студент лечебного факультета с огромным опытом исследовательской работы (26 публикаций: 16 – региональные – очное участие, 4 – всероссийские – заочное участие, 6 – международная – заочное участие, 12 патентов), на сегодняшний день – аспирант кафедры нормальной анатомии, работает над кандидатской диссертацией по топографической анатомии. Статистика многих лет свидетельствует, что примерно 30 % активных участников СНК продолжают исследовательскую деятельность в будущем, добиваясь значительных успехов. Такой комплексный подход, нашедший свое отражение в разнообразии научных направлений и форм деятельности СНК не только вызывает интерес к актуальным проблемам медицины и формирует клиническое мышление у будущих врачей, а может быть подарит Пермскому краю новые имена ярких молодых ученых и сделанные ими открытия!

Литература:

1. Инновационные методы преподавания клинических и теоретических дисциплин: материалы учеб.-метод. конф. Пермь: ГБОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А.Вагнера Минздравсоцразвития России, 2012. 268 с.
2. Семенов Ф. В., Горбонос И. В. Роль студенческого научного кружка в подготовке научно-педагогических кадров // Международный журнал экспериментального образования. 2012. № 4. С. 213-215.
3. Спирина Г. А. Нравственное воспитание студентов в преподавании анатомии человека // Современные наукоемкие технологии. 2010. № 7. С. 230-232.

СИСТЕМА РЕЙТИНГОВОЙ ОЦЕНКИ ВНЕУЧЕБНОЙ, В ТОМ ЧИСЛЕ НАУЧНОЙ, ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНТОВ: ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ В МЕДИЦИНСКОМ ИНСТИТУТЕ ПЕНЗЕНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО УНИВЕРСИТЕТА

Тусеева Е.А., Нестеренко Т.А.

ФГБОУ ВПО «Пензенский государственный университет». Медицинский институт, студентки 6 курса Лечебного факультета

Научный руководитель: д.т.н., проф. Герашенко С.М.

Аннотация: С целью привлечения студентов к научной и общественной деятельности используются рейтинговые системы. Они позволяют формализовать процесс учета индивидуальных достижений, а также объективизировать оценку вклада каждого студента в научную и другие сферы внеучебной деятельности. В рамках данной работы была создана рейтинговая система оценки деятельности студентов Медицинского института Пензенского государственного университета. В статье приводится анализ эффективности ее применения, перспективы дальнейшего развития.

Ключевые слова: студенческая наука, баллы, мотивация, рейтинг.

Специфика медицинского образования состоит в том, что студенты, начиная с первого курса, сталкиваются с колоссальной учебной нагрузкой. В то же время, в Медицинском институте Пензенского государственного университета существует развитая система студенческих научных кружков, куда привлекаются талантливые студенты, способные показывать высокие результаты как в учебной, так и в научной деятельности. Такая занятость направлена, в первую очередь, на самовыражение. Самовыражение, согласно иерархии Маслоу, есть высшая потребность [2,3]. Научно-исследовательская деятельность позволяет студентам добиться признания и уважения среди сверстников и старших коллег. Однако процент студентов, вовлеченных в такую работу, продолжает оставаться недостаточно высоким [4]. Это говорит о неполноценной системе мотивации к научно-исследовательской деятельности в вузе. Традиционными способами мотивации являются моральные (занесение на доску почета, объявление благодарности и др.) и материальные (финансовая поддержка со стороны администрации института) поощрения студентов [1]. Авторы статьи предполагают, что наиболее перспективным является сочетание этих видов мотивации. При этом возникает вопрос об объективности и прозрачности системы поощрений, пропорциональности поощрения вкладу студента в науку, честности оценки деятельности студента и удовлетворения его потребностей при минимальных затратах.

Решить данную проблему призвана разработанная Советом студенческого самоуправления Медицинского института Пензенского государственного университета и внедренная с 2014 года рейтинговая система оценки внеучебной деятельности студентов.

Рабочей группой в составе Совета Студенческого научного общества Медицинского института была предложена таблица критериев начисления баллов и соответствующих оценок. Студенты получили возможность набирать рейтинг за счет:

- 1) участия в работе студенческих объединений;
- 2) публикаций в научных изданиях различного уровня;
- 3) помощи в организации и проведении конференций, выставок, олимпиад;
- 4) участия в ненаучных мероприятиях различной направленности;
- 5) работы по информационной поддержке деятельности студенческих организаций и т.д.

Следует отметить, что данная таблица корректируется каждый семестр с целью максимального охвата всех сфер внеучебной, в том числе научно-исследовательской, деятельности студентов.

Каждый семестр ранжированный список студентов, предоставивших свой рейтинг, в открытом доступе размещается на официальном сайте Медицинского института Пензенского государственного университета, что повышает прозрачность поощрений. Стремясь занять верхние позиции в ранжированном списке, студенты работают над улучшением качества своей научной деятельности. Поскольку выделенные материальные ресурсы вуза распределяются среди наиболее активных по итогам подсчета рейтинга студентов, существует прямая зависимость между качеством студенческих научно-исследовательских работ и объемом поощрений. Таким образом, рейтинговая система опосредованно влияет на повышения уровня научных исследований в вузе в целом.

Сравнение по единым универсальным критериям поспособствовало усилению соревновательного момента между кафедрами и появлению здоровой конкуренции между студентами. Кроме того, увеличилось количество студентов, занимающихся научными исследованиями на различных уровнях.

Основным направлением дальнейшего развития системы рейтинговой оценки является перевод ее функционирования в режим реального времени с возможностью онлайн-доступа.

Рейтинговая оценка внеучебной деятельности может быть использована в образовательных учреждениях различного уровня подготовки и профиля.

Литература:

1. Малков, С.С. Мотивационная балльно-рейтинговая система как система поощрения и наказания слушателей института остеопатии / С.С. Малков // Профилактическая и клиническая медицина. – 2012. – №1. – С.64-68.

2. Обысов, А.Н. Потребности людей как основа управления социальными системами / А.Н. Обысов // Теория и практика общественного развития. – 2010. – №3. – С.23-26.

3. Харлаева, О.А. Удовлетворение потребностей человека как основной фактор эффективной организации производства / О.А. Харлаева // Экономика и управление: новые вызовы и перспективы. – 2012. – №3. – С.198-200.

4. Челтыбашев, А.А. Популяризация науки как средство повышения интереса молодежи к исследовательской деятельности / А.А. Челтыбашев, И.П. Курляндская // Фундаментальные исследования. – 2014. – №5-6. – С.1325-1328.

СОДЕРЖАНИЕ

СИНКОПАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ У ДЕТЕЙ Абышова С.А., Каськив С.М., Лодыгина А.В., Соколова А.В., Стрельцова Т.А., Хромова К.А., Шаравина И.С.	4
ПАЛЛИАТИВНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПОЖИЛЫМ: СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ Антипин П.А.	6
ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ОБУЧЕНИЯ В ШКОЛАХ ЗДОРОВЬЯ НА МОДИФИКАЦИЮ ОБРАЗА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ Батракова О.Г.	7
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ Белозерова Г.Ю., Ишекова Н.И.	9
ФАКТОРЫ РИСКА НАРУШЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ЖЕНЩИНЫ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ Бибикова Е.А.	10
ВЕНТРИКУЛИТ КАК ПРИЗНАК ИНФЕКЦИОННОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ Гольчикова Л.В., Завьялова С.В., Викторова Е.В., Игумнова Е.Н., Капанадзе И.Г., Паршина А.А., Чуркина М.Н., Терентьева М.А., Торопов Е.В., Фомина Н.В.	11
ДИНАМИКА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОПЕРИРОВАННОЙ КОНЕЧНОСТИ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА Горянная Н.А.	13
КЛЮЧЕВЫЕ АСПЕКТЫ ПЕРЕВОДА НАУЧНОГО ТЕКСТА В РАМКАХ ПРЕПОДАВАНИЯ ИНОСТРАННОГО ЯЗЫКА В ВУЗЕ Елукова Ж.А.	14
УРОВЕНЬ КОНТРОЛЯ ЧАСТОТЫ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ СОКРАЩЕНИЙ, У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ, КАК ПРЕДИКТОР ДЕКОМПЕНСАЦИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ Зайцев Р.Ю., Звягина Ю.С.	16
АТЕРОСКЛЕРОЗ КАК ВЕДУЩАЯ ПРИЧИНА СМЕРТНОСТИ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. ПЕРВИЧНАЯ И ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА Замарина И.В., Чергова Ю.В.	17
УПОТРЕБЛЕНИЕ ГИДРОГЕНИЗИРОВАННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ Замарина И.В., Чергова Ю.В.	18
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОПУЛЯРНЫХ МЕТОДИК ИЗГОТОВЛЕНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ЛОЖЕК Зорин П.М., Бондаренко С.А., Гаджиев М.М.	19
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПОЗДНО ДИАГНОСТИРОВАННОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА И САХАРНОГО ДИАБЕТА У ПАЦИЕНТКИ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ ОПУХОЛЬЮ ГОЛОВНОГО МОЗГА Калинина И.А., Иванова С.Н., Хатанзейский В.К., Дворяшина И.В.	20
ЛЕЧЕНИЕ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫХ КЕРАТИТОВ МЕТОДОМ КРОССЛИНКИНГА Коньшин Л.И.	22
АССОЦИАЦИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ СОСУДОВ С ПОЛИМОРФИЗМОМ T-786C ГЕНА ENOS У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ Куба А.А., Бебяков А.М.	24

ВОЗМОЖНОСТИ СКРИНИНГА СВЯЗАННЫХ СО СНОМ РАССТРОЙСТВ ДЫХАНИЯ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ: ПРОТОКОЛ ИССЛЕДОВАНИЯ Кудрявцева И.И.	26
ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНО-ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ СОЦИАЛЬНЫХ РАБОТНИКОВ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ Макулина Е.Ю.	28
ОСОБЕННОСТИ РЕГУЛИРОВАНИЯ И ПРОБЛЕМЫ РЕАЛИЗАЦИИ ПРАВ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ В РОССИИ Меньшикова В.Э.	29
ОСОБЕННОСТИ РЕГУЛИРОВАНИЯ И РЕАЛИЗАЦИИ ПРАВА ПАЦИЕНТА НА ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО Милюк К.Г.	31
СПЕЦИФИКА И ПРОБЛЕМЫ РАЗРЕШЕНИЯ ДЕЛ О ВОЗМЕЩЕНИИ ВРЕДА, ПРИЧИНЕННОГО ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЮ ГРАЖДАН ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Минин Н.И.	32
ВОЗРАСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ БИОМЕХАНИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ГЛАЗА Панкратов Р.М., Панкратова А.В.	34
БИОМЕХАНИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА ФИБРОЗНОЙ ОБОЛОЧКИ ГЛАЗА У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ Панкратов Р.М., Панкратова А.В.	36
ИНВАЛИДНОСТЬ ПО ЗРЕНИЮ НАСЕЛЕНИЯ УСТЬЯНСКОГО РАЙОНА АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ Птичкина Т.В.	37
ПРИМЕНЕНИЕ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ Рябая И.Н., Юрьева С.В.	39
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА Савельева Л.Э., Шахбазян А.В.	40
ПРИМЕНЕНИЕ ПЛЕЧЕВЫХ КЕРАМИЧЕСКИХ МАСС В ПРАКТИКЕ ВРАЧА СТОМАТОЛОГА-ОРТОПЕДА Смолькова Е.С., Чернышева В.В., Поливаная О.Д.	41
ДИАГНОСТИКА РАКА МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Фомина А.С., Веденева Н.А.	42
PALLIATIVE CARE TO OLD-AGE PATIENTS: MEDICAL, SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL ASPECTS Antipin P.A.	44
INFLUENCE OF COMPLEX TRAINING AT SCHOOLS OF HEALTH ON MODIFICATION OF THE WAY OF LIFE AND EFFICIENCY OF TREATMENT IN PATIENTS WITH THE ARTERIAL HYPERTENSION Batrakova O. G.	45
PROBLEMS OF SOCIAL-GERONTOLOGICAL TRAINING OF SOCIAL WORKERS IN THE MEDICAL SCHOOL Mikulina E. Y., Danilova R.I.	45
PECULIARITIES OF REGULATION AND PROBLEMS OF IMPLEMENTATION OF RIGHTS OF CHILDREN WITH DISABILITIES IN RUSSIA Men'shikova V.E.	45
PECULIARITIES OF REGULATION AND IMPLEMENTATION OF INFORMED VOLUNTARY RIGHT OF A PATIENT TO MEDICAL INTERVENTION Milyuk K.G.	46

THE SPECIFIC AND PROBLEMS OF COMPENSATION CASES CAUSING HARM TO HEALTH OF THE PATIENT AT RENDERING MEDICAL AID Minin N.I.....	46
PATHOGENETIC ASPECTS OF ALZHEIMER'S DISEASE Savelieva L.E., Shahbazyan A.V.....	47
Приложение 1. МАТЕРИАЛЫ XII СЪЕЗДА СТУДЕНЧЕСКИХ И МОЛОДЁЖНЫХ НАУЧНЫХ ОБЩЕСТВ РОССИИ И СТРАН СНГ И X СЪЕЗДА ФЕДЕРАЦИИ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ МОЛОДЕЖНЫХ НАУЧНЫХ ОБЩЕСТВ МЕДИЦИНСКИХ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ	
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ СТУДЕНЧЕСКАЯ РАБОТА В ВУЗЕ С.С. Ануфриев, Е. А. Горина	48
ПРОБЛЕМЫ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ НАУЧНЫХ КРУЖКОВ КАФЕДР И СПОСОБЫ ИХ РЕШЕНИЯ Ашихмин А.К., Яковенко О.В., Кулябина И.А.....	49
ОЛИМПИАДНОЕ ДВИЖЕНИЕ В ИГМУ Валиулин А.В.	50
ФОРМАТЫ НАУЧНЫХ СОСТЯЗАНИЙ КАК ФОРМА ПОПУЛЯРИЗАЦИИ НАУКИ В МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ Граница А.С., Соколов М. Е., Лисюков А.Н.....	51
СОЗДАНИЕ ЮРИДИЧЕСКОЙ ОСНОВЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С УНИВЕРСИТЕТАМИ Ефремов И.С., Гизатуллин Т.Р.....	52
А ВЫ ХОТИТЕ ЗАНИМАТЬСЯ НАУКОЙ? Закирова А.А.	53
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ САЙТА КАК ОСНОВНОГО ИНТЕРНЕТ-РЕСУРСА В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СОВЕТА СНО КУРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА Зозуля А.Ю.	55
СТРУКТУРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МНО ГБОУ ВПО БГМУ Каланова И.Р.....	56
ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ СТУДЕНЧЕСКОГО НАУЧНОГО ФОРУМА И ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ ИХ РАЗРЕШЕНИЯ Корин Ю.Ю.....	57
ОПТИМИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ И СТУДЕНТОВ НА ОСНОВЕ ПРИНЦИПА ОБРАТНОЙ СВЯЗИ Костромин Р.А.	58
АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ НАУЧНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ СРЕДИ СТУДЕНТОВ 1-3 КУРСОВ Кучер С.А.....	60
К ВОПРОСУ ФОРМИРОВАНИЯ ОТЧЕТНОСТИ О ДОСТИЖЕНИЯХ НАУЧНОЙ МОЛОДЕЖИ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА Лисюков А.Н., Соколов М.Е.	62
ПРОБЛЕМЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ И РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ Литовка К.В.	62
ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНЧЕСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ Надеев А.П., Елясин П.А., Залавина С.В., Чебыкин Д.В., Первойкин Д.М., Запороцкий М.М.	63
РЕАЛИЗАЦИЯ УЧЕБНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНТА НА УРОВНЕ ВУЗА: ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ Новикова Е.С., Прокудина Н.В., Ибрагимова Р.Б.	65
ОРГАНИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ НАУЧНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ И МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ В МЕДИЦИНСКОМ ИНСТИТУТЕ ПЕНЗЕНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО УНИВЕРСИТЕТА Панюшкина Л.И., Хрусталева И.С., Баулина О.А.	66

ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ВУЗА И ПРОБЛЕМЫ АКТИВИЗАЦИИ ТВОРЧЕСТВА СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ	
Петров Ю.В.	67
МЕДИК-ВОЛОНТЁР СПОРТИВНЫЙ	
Прохорова Л.А., Чистякова Д.М.	69
МЕТОДЫ ОЦЕНКИ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИХ РАБОТ: АКТУАЛЬНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВНЕДРЕНИЮ МИНИМАЛЬНЫХ КРИТЕРИЕВ К НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИМ РАБОТАМ	
Пруненко С.С., Бурлыко А.К.	70
ПОИСК И ОБУЧЕНИЕ ПОТЕНЦИАЛЬНО ПЕРСПЕКТИВНЫХ НАУЧНЫХ КАДРОВ НА ПРИМЕРЕ СТАВРОПОЛЬСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА	
Сазанов Г.В.	71
ФОРМИРОВАНИЕ «АКАДЕМИЧЕСКОЙ СРЕДЫ» КАК ИНСТИТУТА ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНТОВ И МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ	
Соколов М.Е., Лисюков А.Н., Граница А.С.	72
ОПЫТ НАУЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ, ТРАДИЦИИ И ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ	
Токарева Д.А., Кирина А.В.	73
СИСТЕМА РЕЙТИНГОВОЙ ОЦЕНКИ ВНЕУЧЕБНОЙ, В ТОМ ЧИСЛЕ НАУЧНОЙ, ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНТОВ: ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ В МЕДИЦИНСКОМ ИНСТИТУТЕ ПЕНЗЕНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО УНИВЕРСИТЕТА	
Тусева Е.А., Нестеренко Т.А.	74

Научное издание

**БЮЛЛЕТЕНЬ
СЕВЕРНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО
МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА**

Вып. XXXV

Издано в авторской редакции
Компьютерная верстка *Г.Е. Волковой*

Подписано в печать 07.12.2015.
Формат 60×90^{1/8}. Бумага офсетная.
Гарнитура Times New Roman. Печать ризография.
Усл. печ. л. 10,0. Уч.-изд. л. 7,7.
Тираж 35 экз. Заказ № 1657

ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет»
163000, г. Архангельск, пр. Троицкий, 51
Телефон 20-61-90. E-mail: izdatel@nsmu.ru