

сионально-личностных качеств, таких, как толерантное отношение к Другому, инициативность, предприимчивость, самодисциплина, способность к самоанализу и самооценке, самостоятельному получению информации и принятию ответственных решений, умению вести диалог и строить партнерские отношения, обладать высоким уровнем профессиональной, в том числе гендерной культуры.

Анализ проблемы формирования гендерной культуры будущего специалиста в вузе позволил установить, что в педагогической, психологической науке и практике работы высшей школы накоплен определенный педагогический опыт и научно-методический фонд, позволивший осуществить научную работу по изучению структуры и содержания гендерной культуры будущего специалиста в вузе и построить ее теоретическую модель.

При построении модели гендерной культуры будущего специалиста мы исходили из следующих методических предпосылок:

- гендерная культура – это реальность, задаваемая историческим, экономическим, политическим и социальным развитием общества; гендерная культура является отражением общей культуры, переносимой в поле образовательной деятельности;

- гендерная культура – это системное образование, взаимодействующее с компонентами более высокого уровня и включающее в себя структурно-функциональные компоненты; проявление гендерной культуры обусловлено гражданской позицией личности, свободой от стереотипного мышления, толерантным отношением к людям, сложившимся социально-педагогическим опытом.

Представленная модель, базирующаяся на культурологическом, гендерном, личностно-де-

ятельностном подходах, легла в основу разработанной гендерно-ориентированной технологии обучения иностранному языку. Под гендерно-ориентированной технологией обучения мы понимаем творческий процесс и мастерство преподавателя оптимизировать процесс подачи и усвоения знаний с учетом технических ресурсов и полуспецифических особенностей студентов и их взаимодействия при сведении к минимуму такие характеристики учебного материала, как его сложность и трудоемкость.

Технология формирования гендерной культуры будущего специалиста на материале обучения иностранному языку ориентирована на формирование гендерной культуры будущего специалиста как специфического среза его общей и профессиональной культуры. Представленная технология отвечает следующим требованиям: формирование гендерной культуры как части профессиональной, работа в сотрудничестве разнородных групп для решения учебных проблем иноязычной коммуникации, принятие на себя различных социальных и гендерных ролей для совместного решения учебных задач в процессе воспитания средствами иностранного языка, свободный доступ для каждого студента к информационным источникам с целью проведения собственного лингвистического или речевого исследования по изучаемой теме. Использование данной технологий способствовало самореализации личности, как носителя своих гендерных характеристик, позволяя ей проявить себя в различных ракурсах.

Результаты исследования могут оказаться полезными в практической деятельности преподавателей, студентов, магистров, аспирантов, проявляющих интерес к образовательной деятельности.

Медицинские науки

ИНДИВИДУАЛЬНО-ТИПОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОРГАНИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ МОЗГА (монография)

Ахвердова О.А., Боев И.В., Волоскова Н.Н.

ФГБОУ ВПО «Ставропольский государственный университет», Ставрополь,
e-mail: tsupane4ka@yandex.ru

Монография включает теоретические аспекты проблемы изучения и обоснования аномальной личностной изменчивости у детей и подростков, как конституционально-типологической недостаточности высшей нервной деятельности и/или личности, являющихся основой развития экзогенно-органической па-

тологии мозга. Авторская позиция индивидуально-типологического профиля детей и подростков основана на собственных многолетних клинико-психопатологических и экспериментально-психологических исследованиях, эмпирических наблюдениях, проведенных на базе межвузовской лаборатории экспериментальной психологии Ставропольского государственного университета и Клиники пограничных состояний Ставропольской государственной медицинской академии. Монография может заинтересовать студентов, аспирантов, бакалавров и магистрантов, преподавателей психологических факультетов и отделений клинической психологии университетов, врачей-интернов психотерапевтов, психиатров, научных работников.

**ТРАВМАТИЧЕСКИЙ ШОК ЧЕЛОВЕКА
(монография)**

Гураль К.А., Ключевский В.В., Дамбаев Г.Ц.
МУЗ КБ СМП им. Н.В. Соловьева, Ярославль,
e-mail: gural61@mail.ru

Самым ранним осложнением травм является кровопотеря и шок. Диагностика кровопотери, шока и возможных их осложнений – тема представленной монографии. К сожалению, эта проблема не решена в практической медицине должным образом. Часто окончившие институт или медицинский колледж специалисты кровопотерю связывают лишь с видимым из раны кровотечением, и не оценивают должным образом кровопотерю в плевральную и брюшную полость, в мягкие ткани при переломах. Так при переломах таза кровопотеря может быть от 1-го до 3-х литров, бедра – от 1,5 до 2,5 литров, голени – от 0,5 до 1,5 литров. Ещё хуже обстоит дело среди медицинских работников, и в том числе среди хирургов и травматологов, в диагностике шока при травме.

Конечно, когда больной заторможен, бледен, кожа холодная, пульс учащен и давление максимальное ниже 100 мм рт. ст., диагноз шока хирурги выставляют, но если сознание ясное, кожа почти обычной окраски или чуть бледная, пульс хорошего наполнения до 100 в минуту, а АД выше 100 мм рт. ст., то шок практически не выставляется и больные не получают должной лечебной поддержки при оказании первой помощи и транспортировке в стационар, и даже не получают этой помощи в стационаре. Они не погибают, когда травма не жизнеопасная, и если не случаются такие тяжелые осложнения, как жировая эмболия, остановка ушибленного сердца. Но, неправильная первичная лечебная иммобилизация в стационаре, непроведение инфузионной терапии или, ещё хуже, экстренная операция по поводу закрытого изолированного перелома длинной кости могут ухудшить состояние больного, как на операции, так и сразу после неё. Вот почему врач-хирург или травматолог, госпитализируя больного с травмой длинной кости или «нетяжелой» политравмой, не обнаружив учащение пульса и падение ниже 100 мм рт. ст. максимального артериального давления, не выставляет диагноза легкого шока. Вот и получается как в военно-полевой хирургии – нет снижения артериального давления, значит, нет шока, а легкий шок лечить не надо. И действительно больной с изолированной травмой или нетяжелой политравмой чаще не погибает. Но какой ценой он переживает (переносит) начало своей травматической болезни, когда диагноз легкого шока не выставляется, и не проводится должной инфузионной терапии. Наоборот, ему при госпитализации снимается транспортная иммобилизация, выполняются рентгеновские

снимки (перекладывают на рентгеновский стол и обратно на каталку), и затем больного на железной каталке покрытой одной простыней привозят в предоперационную, где под местной анестезией проводят спицы для создания системы скелетного вытяжения. После этого ногу укладывают на шину Беллера, подвешивают грузы, везут в палату и на кровать. Все это сопровождается болью, которая не может не оказывать влияния на состояние больного.

Надо еще сказать, что проявления шока маскируются травмами головного мозга (нет падения давления!), а она бывает у 65–70% пострадавших с политравмой, и алкогольным опьянением (сегодня, это более 65%, от числа обратившихся в травматологический центр за помощью). Наверное, вот потому многие авторы в своих статистиках занижают частоту шока при изолированных переломах и политравме. Так по данным А.Б. Русакова (1989), при сочетанной травме частота шока, в зависимости от доминирующего повреждения колеблется от 33,9 до 93,3%, при повреждениях конечностей (1009 наблюдений) травматический шок наблюдался всего в 7% случаев, из которых: при изолированной травме – у 4%, при множественных – у 30%, при сочетанной у 33,9%.

Авторы руководства обращают наше внимание и внимание наших коллег на неопределенность клиники легкого шока и отсутствие в обычной клинической практике специальных методов оценки величины кровопотери, степени насыщения крови кислородом, степени тканевой гипоксии.

Они предлагают коллегам и студентам ставить диагноз легкого шока при обычных цифрах давления и пульса всем больным с политравмой; всем когда может быть кровопотеря более 10% от ОЦК и больше; всем больным с переломами бедра, плеча и голени (кровопотеря часто более 10% ОЦК, нет должной транспортной иммобилизации, часто бывает алкогольное опьянение); всем пожилым и старикам с вертельными переломами бедренной кости, и когда имеются признаки нарушения периферического кровообращения – похолодание дистальных отделов конечностей, западение периферических вен, холодный пот.

В предлагаемой монографии мы хотели на основании данных литературы и собственных исследований обосновать свою убежденность в том, что шок надо выставлять чаще, чем мы это делаем. Мы постарались объективизировать и тем самым обосновать выделенную нами в патогенезе легкого шока фазу скрытой декомпенсации.

Сложность лечения больных травмами определяется не только непосредственными механическими повреждениями, но в большей мере, тем комплексом расстройств функций