

матрице геномной ДНК человека был проведен ПЦР с паримерами SLN-H1 и SLN-H2, в результате чего была получена конструкция pQE-SLN-Le1, содержащая ген пептида GHRH свиньи.

Полученные конструкции pQE-SLN-Ch1, pQE-SLN-PACAP и pQE-SLN-Le1 были использованы для экспрессии в лабораторных условиях с целью препаративной наработки соматолиберина в виде биомассы *E. coli*. Штамм *E. coli* C41(DE3) сам по себе не оказывал существенного влияния на скорость роста мышей в пределах использованных концентраций клеток модельного пробиотика ( $10^6$ – $10^7$  кое в сутки). Среди испытанных конструкций, введенных в штамм C41(DE3), наибольший положительный эффект проявила конструкция pQE-SLN-Ch1, несущая ген «длинной» сплайсоформы 1 GHRH курицы. Эффект имел дозозависимость: при нагрузке  $10^6$  скорость привеса увеличивалась на 9,5 %, а при нагрузке  $10^7$  кое в сутки – на 15,1 % по сравнению с контролем. При этом разброс результатов в контрольных выборках не превышал 5 %. При этом штаммы, несущие ген PACAP, а также ген GHRH свиньи достоверно не отлича-

лись по влиянию на скорость привеса мышей от контрольного штамма с нерекombинантным вектором pQE30.

Полученные результаты убедительно свидетельствуют о возможности пероральной доставки пептидного гормона GHRH животным. При этом модель мышат обладает необходимой чувствительностью для изучения количественных и качественных характеристик соматолиберина курицы. Между тем, задача конструирования гена соматолиберина курицы, оптимального для рекомбинантной экспрессии в клетках пробиотиков ставит вопрос о целесообразности сохранения или удаления той части природной последовательности ДНК, которая кодирует пептид PACAP. Таким образом, впервые получены данные о физиологическом действии этих гормонов на животных моделях при пероральной доставке. Впервые показана возможность тестирования GHRH курицы на модели мышат.

*Настоящее исследование было выполнено при поддержке Государственных контрактов №№ 14.740.11.0122, П807, 14.740.11.0625, 14.740.11.0254, П1263, 16.740.11.0365.*

### Медицинские науки

#### СОЦИАЛЬНЫЕ ПАРАМЕТРЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА-РУКОВОДИТЕЛЯ В КОНТЕКСТЕ МОДЕРНИЗАЦИИ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Доника А.Д., Карпович А.В.,  
Доника Д.Д.

*Волгоградский государственный  
медицинский университет, Волгоград,  
Городская стоматологическая  
поликлиника № 8, Саратов,  
e-mail: addonika@yandex.ru*

Реализация Национального проекта в области здравоохранения немыслима без оптимизации кадровой политики, особенно руководящего звена системы здравоохранения. Руководитель, как социальная позиция в коллективе, и его личностные характеристики, как предмет исследования, особенно актуальны в условиях современного конкурентного рынка, так как от уровня квалификации, направленности его деятельности во многом зависят не только качество ока-

зываемых лечебно-профилактических услуг, но и социально-психологический климат в коллективе, удовлетворенность работой врачей-исполнителей.

Академик РАМН Решетников А.В. выделяет три группы факторов, обуславливающих конфликты в медицинских учреждениях: экономические, административно-управленческие и психосоциальные. При этом оценка руководителями и врачами конфликтогенных факторов различна. Принципиальное различие состоит в том, что руководители считают наиболее распространенными конфликтогенными факторами административно-управленческие и психосоциальные (соответственно 94 % и 87 % руководителей), а врачи – административные (83 % врачей) и только в кризисных ситуациях – психосоциальные (53 %).

В этой связи мы провели медико-социологический анализ статусно-ролевых параметров профессиональной деятельности врача-руководителя медицинского коллектива для экспликации феномена лидерства в медицинской профессии как специфической социально-психологической компетенции, обуславливающей эффективность руководства в медицинском коллективе.

Проведенное исследование показало, что лидерство в медицинской профессии представляет

социально-психологический феномен, эксплицирующийся у 33-52% врачей-руководителей по дифференцирующим критериям: показатели коммуникативных и организаторских качеств градаций «выше среднего» (соответственно у 50,2 и 67,2%) при доминировании организаторских качеств (у 74,5% врачей-руководителей) над коммуникативными; более высокое, чем у врачей-исполнителей развитие целеустремленности, ответственности за других, способности к принятию волевых решений, сильнее выражена риск-рефлексия.

Ключевой характеристикой эффективного руководства является индивидуальный стиль руководителя. Истинный авторитет руководителя представляет собой заслуженное уважение к нему и основывается на таких составляющих, как знания, опыт руководителя, его доверие к подчиненным и его требовательность к ним, забота о них, высокие личные качества. Неумело сформированный индивидуальный стиль руководства способствует возникновению у руководителя ложного авторитета, который снижает эффективность руководства; подчиненные нередко льстят руководителю, в действительности не уважая его.

Наши исследования показали, что оптимальный для управления медицинским коллективом демократический стиль руководства встречается в среднем у 16,7% врачей-руководителей; у 17,7% врачей-руководителей – либеральный стиль руководства, наиболее конфликтогенный – авторитарный стиль – встречается от 8,3 до 25,6% врачей-руководителей.

В целом негативные тенденции в личностных позициях врачей-руководителей, осложняющие реализацию лидерских ролей отмечены у 15-25% руководителей, в частности, по таким показателям, как низкий уровень коммуникативного контроля, доминирование негативных эмоций и нежелание сближаться с людьми, эгоцентрические установки.

В этой связи, на наш взгляд, представляется целесообразным, включение в Государственный стандарт высшего профессионального медицинского образования учебной программы по планированию карьеры, предусматривающей обучение будущих врачей планированию профессиональной траектории, включающей с одной стороны, профессиональное развитие врача (горизонтальная мобильность), с другой – последовательное занятие должностей, опыт работы на которых необходим для успеха в должности руководителя медицинского коллектива (вертикальная мобильность).

Кроме того, в программу дополнительного постдипломного профессионального образо-

вания для организаторов здравоохранения необходимо интегрировать учебные циклы по обучению лидерским навыкам, направленные на формирование определенной культуры руководителя, социальной позиции, необходимых психологических знаний и менеджерской техники принятия решения.

#### Список литературы

1. Доника А.Д., Сергеева Н.В. Лидерство в медицинской профессии: проблемы социолого-психологического анализа // Социология медицины. – 2010. – № 1(16). – С. 18-21.

### АКТУАЛЬНОСТЬ ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ ПАЦИЕНТОВ В КОНТЕКСТЕ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ ПЛАТНЫМИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИМИ КЛИНИКАМИ

Маланьин И.В., Кульпинова О.А.,  
Дмитриенко И.А.

*ООО «Авторская стоматологическая  
клиника академика Маланьина»,  
Краснодар,  
e-mail: Malanin-dent@mail.ru*

Одним из аспектов регулирования правовых отношений между врачом - стоматологом и пациентом при оказании платных стоматологических услуг стоматологическими учреждениями является наличие информированного согласия пациента на медицинское вмешательство. Под информированным согласием пациента на медицинское вмешательство понимается его право, закрепленное в Конституции Российской Федерации (с поправками от 30 декабря 2008 г.), а так же в правовых актах и международных документах, имеющих правовое значение: «Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с использованием достижений биологии и медицины» 1996 год; «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», статья № 32, 1993 год (редакция от 07.03.2005 года); Лиссабонская декларация о правах пациента 1981 год и других.

Особое значение вопрос об информированном согласии пациентов платных стоматологических клиник на медицинское вмешательство приобретает в настоящее время, когда в стране параллельно развиваются бюджетная (по обя-