

не вызывает сомнений, и ориентирует преподавателя на максимальное интеллектуальное вовлечение студента в сам процесс познания. Как показывает практика, применение лишь классических педагогических решений без учета делегирования полномочий в совместной со студентами учебной, научно-практической, исследовательской работе, отрицательно влияет на уровень подготовки студентов-медиков. Следовательно, необходимо конструирование учебного процесса проводить с большим акцентом на «HR» («human resources») – технологии в управлении, предполагающие позитивную мотивацию и активную жизненную позицию [2], учет фирменного стиля обучения, что давно и успешно осуществляется на кафедре паталогической анатомии СГМУ им. В.И. Разумовского.

Совершенно ясно, что четко сформулированный аттитюд в учебной программе курса является той предпосылкой в целеполагании, которая позволит студентам почувствовать интеллектуально-эмоциональное удовлетворение от педагогического взаимодействия, а значит, и материал будет усваиваться эффективно. Следует подчеркнуть, что своевременно установленный, качественный психологический контакт с каждым студентом должен поддерживаться на протяжении всего курса обучения, чему способствует грамотно применяемая педагогическая стилистика [3], предусматривающая особенности усвоения знаний каждой группой студентов и «активистов», и «мыслителей» (рефлексивное наблюдение), и «теоретиков», и «прагматиков». Это не просто действенный педагогический инструмент, выявляющий индивидуальность и активизирующий мыслительную деятельность, но мощнейший фактор стимуляции личностных и профессиональных компетенций будущего врача.

С точки зрения логистики сложность в преподавании курса паталогической анатомии заключается в проблематике столкновения двух противоположных концепций видения преподавания: корпускулярной и континуальной. Результативность органичного применения элементов обеих концепций в процессе усвоения знаний непосредственно зависит от уровня профессиональной подготовки преподавателя, технической оснащенности ВУЗа, эффективности применения таких форм учебно-исследовательской работы (УИР), которые предусматривают в рамках корпоративной медицинской культуры:

- создание тематических, оригинальных мультимедийных презентаций (ММП) с последующей их демонстрацией и детальной оценкой на практических занятиях;

- дискуссионное обсуждение нестандартных индивидуальных и бинарных докладов по наиболее актуальным темам и проблемам паталогической анатомии (с использованием в т.ч. «Internet»-ресурса);

- участие в реставрации уникальных музейных макропрепаратов;

- владение элементами техники приготовления микропрепаратов;

- участие в создании учебных аудио- и видео-материалов;

- организацию и проведение тематических видео-мостов между кафедрами паталогической анатомии медицинских вузов России.

Кроме того, соревновательно-конкурентный эффект, наиболее ярко проявляющийся при проведении учебных видео-мостов, обеспечивает качественное развитие и «personal», и «professional competence» будущего врача (профессиональная гражданская позиция и ответственность за качество медицинского обслуживания; конфликто- и стрессоустойчивость; умения и навыки работы в информационно-медицинской коммуникационной среде; ориентация на достижение продуктивности в медицинской деятельности и т.д.) и «collective competence», «authentic learning» (командное взаимодействие и т.д.).

Таким образом, данный логистикоориентированный инструментарий, безусловно, способствуют не только всестороннему раскрытию и успешной реализации всего спектра возможностей будущего специалиста-медика, пониманию им важности знаний паталогической анатомии, проявлению инициативы, творческого подхода к оптимизации решений конкретных медицинских проблем, но повышает имидж медицинского образования инновационного типа.

Список литературы

1. Авдеев В.В. Управление персоналом: технология формирования команды. – М.: Финансы и статистика, 2009. – 544 с.
2. Бархаев Б.П. Педагогическая психология: учеб. пособ. – СПб.: Питер, 2010. – С. 321-349.
3. Хвесеня Н.П. Методика преподавания экономических дисциплин: УМК / Н.П. Хвесеня, М.В. Сакович. – Минск: БГУ, 2006. – 116 с.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ПРЕОДОЛЕНИЮ ЗАИКАНИЯ

Елифанцев А.В., Волченкова О.Ю.

*ГБУ «Областная детская больница»,
Ростов-на-Дону, e-mail: alexep4@rambler.ru*

В комплексном лечебно-педагогическом преодолении заикания, помимо логопеда, как главного в этой цепи, участвуют врачи разных профилей: невролог, психолог, рефлексотерапевт, физиотерапевт, специалист лечебной физкультуры, массажисты.

Такой набор специалистов обусловлен необходимостью всестороннего изучения проявления заикания, причин его возникновения, психофизического состояния ребенка, где каждый специалист со своих позиций делает заключение и дает рекомендации об индивидуальном комплексном лечении пациента.

Невролог определяет природу логоневроза и медикаментозным назначением воздействует на ЦНС, на ослабление речевых судорог, напряжение артикуляционной мускулатуры.

Лечебная физкультура и логоритмика способствует нормализации общей и речевой моторики, воспитывает правильные двигательные реакции, укрепляет силу и подвижность речевых движений и поведение ребенка в коллективе.

Рефлексотерапевт решает проблемы нормализации функции нервной системы и снимает напряжение мышц, участвующих в формировании звуков. В задачи психолога вход поиск и рекомендации по снятию комплекса неполноценности заикающегося ребенка. Важный компонент лечебных мероприятий составляет массаж для больных с логоневрозом.

Логопед, с учетом заключения и с помощью названных специалистов, путем систематических занятий пытается освободить речь ребенка от напряжения, сделать её ритмической, плавной и выразительной, а также устранить дефекты произношения и воспитать правильную артикуляцию. Все занятия распределены по степени нарастающей сложности на три этапа. На первом этапе предлагаются упражнения в совместной и отраженной речи, в произношении заученных фраз и стихов. На втором этапе дети упражняются в устном описании картин по вопросам, в составлении самостоятельного рассказа по картинкам или в пересказе материала, который прочитал логопед.

На третьем этапе детям предлагается закрепить приобретенные навыки плавной речи в разговоре с другими детьми или взрослыми.

Работа логопеда должна быть творческой и строго индивидуализирована с целью подбора наиболее эффективных приемов преодоления заикания у конкретного ребенка с учетом его психо-физиологического статуса.

СТАЦИОНАРНАЯ ПОМОЩЬ БЕРЕМЕННЫМ С МЕЗЕНХИМАЛЬНОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ

Кудинова Е.Г.

ГБОУ ВПО «Алтайский государственный
медицинский университет» Минздравсоцразвития
России, Барнаул, e-mail: kudinaite@mail.ru

Экономия общественных фондов потребления за счет уменьшения заболеваемости беременных с мезенхимальной дисплазией позволяет использовать больше средств на мероприятия, связанные с первичной профилактикой заболеваний. Экономическая эффективность профилактики акушерских осложнений в здравоохранении будет тем выше, чем больше при имеющихся средствах на охрану здоровья женщин снижаются затраты, связанные с их заболеваемостью. Целью исследования явилось сравнение длительности стационарного лечения

во время беременности у пациенток в зависимости от наличия у них мезенхимальной дисплазии. Материалы и методы исследования: Были отобраны 445 пациенток в возрасте 18-24 лет, у которых проведен анализ течения беременности и продолжительности стационарного лечения по поводу осложнений беременности. Первая группа – 245 беременных пациенток с мезенхимальной дисплазией. Вторая группа – 200 пациенток без мезенхимальной дисплазии. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета компьютерных программ Statistic 6,0; производился подсчет медианы (*Me*), средние значения признака (*M*), среднеквадратичное отклонение (*SD*); достоверность различий определялась по *t*-критерию Стьюдента. Результаты исследования и обсуждение. Частота стационарного лечения во время беременности у женщин с мезенхимальной дисплазией более, чем в два раза превышала таковые у женщин без признаков мезенхимальной дисплазии. Средняя длительность стационарного лечения во время беременности ($p < 0,0001$) составила у женщин в первой группе $29,03 \pm 18,09$ дней, во второй группе общее количество дней в стационаре за всю беременность было не более двух недель ($13,13 \pm 12,98$ дней). Наиболее часто пациентки с мезенхимальной дисплазией поступали в стационар с угрозой прерывания беременности и гестозом ($13,55 \pm 13,32$ дней и $15,01 \pm 6,58$ дней). В отличие от пациенток первой группы, имеющих разнонаправленные заболевания, характерные для мезенхимальной дисплазии (вегето-сосудистая дисфункция; торакодиафрагмальный синдром и сколиоз; миопии; пролапсы сердечных клапанов), пациентки без мезенхимальной дисплазии лечились гораздо реже во время беременности в стационарных условиях (с угрозой прерывания беременности $6,16 \pm 8,47$ дней; с гестозом – $12,9 \pm 3,37$ дней). Оказалось, что кратность полученного медикаментозного лечения во время беременности в медицинских учреждениях была почти в два раза выше у пациенток с мезенхимальной дисплазией, чем в группе сравнения у женщин без признаков мезенхимальной дисплазии. Так, пациентки первой группы более, чем два раза чаще имели эпизоды госпитализаций в стационары акушерского профиля за время беременности, чем пациентки, не имеющие признаков мезенхимальной дисплазии соответственно ($2,32 \pm 1,4$ раза и $1,2 \pm 1,1$ раза). Более частое поступление пациенток с мезенхимальной дисплазией в стационар диктует необходимость выделения таких пациенток в группу высокого риска по акушерским осложнениям ещё на амбулаторном этапе ведения их в женской консультации. Углубленное обследование пациенток с ранних сроков беременности позволит своевременно проводить у них комплексную профилактику осложнений беременности, что в после-