

чения, нам кажется, что число исков в отношении врачей-стоматологов со стороны пациентов можно было бы уменьшить путем оценки качества жизни. При этом должны использоваться только специализированные опросники, рассчитанные на тот вид стоматологической патологии, которая наблюдается у пациента. Качество жизни должно оцениваться:

1. На этапе планирования лечения с целью определения первичных ожиданий пациента.

2. После проведения первичных манипуляций и адаптации к ним, но не ранее чем через три месяца после лечения. Качество жизни на данном этапе оценивается для того, чтобы понять, изменились ли ожидания пациента по сравнению с первым визитом.

3. После окончания лечения для определения удовлетворенности оказанной помощью. В случае если пациент оказался неудовлетворен, необходима разработка дальнейшего плана лечения и последующая оценка качества жизни.

Оценка качества жизни – новое и перспективное направление медицины, которое дает возможность точнее оценить нарушения в состоянии здоровья пациентов, яснее представить суть клинической проблемы, определить наиболее рациональный метод лечения, а также оценить его желаемые результаты, по параметрам, которые находятся на стыке научного подхода специалистов и субъективной точки зрения пациента. При наличии информации о качестве жизни пациента на различных этапах лечения у эксперта появляется дополнительный объективный инструмент, позволивший оценить оказанную стоматологическую помощь не только с позиции врача, но и в соответствии с ожиданиями пациентов.

Список литературы

1. Black's Law Dictionary. N.Y. – 1990 (6th ed.). – 980 p.
2. Ide R., Yamamoto R., Mizoue T. The Japanese version of the Oral Health Impact Profile (OHIP) – validation among young and middle-aged adults // *Community Dental Health*. – 2006. – №23. – P. 158-163.
3. Kressin N., Spiro A. 3rd, Bosse R., Garcia R., Kazis L. Assessing oral health-related quality of life: findings from the normative aging study // *Medical Care*. – 1996. – №34. – P. 416-27.
4. Leao A., Sheiham A. The development of a socio-dental measure of Dental Impact on Daily Living // *Comm. Dental Health*. – 1996. – №13. – P. 22-26.
5. Locker D. Issues in measuring change in self-perceived oral health status. *Comm. Dent. Oral Epidemiol.* – 1998. – №26. – P. 41-47.
6. Locker D. Oral health: a conceptual framework // *Community Dental Health*. – 1988. – №5. – P. 3-18.
7. Locker D., Matear D., Stephens M., Jokovic A. Oral health-related quality of life of a population of medically compromised elderly people // *Comm. Dent. Health*. – 2002. – №19. – P. 90-7.
8. McGrath C., Bedi R., Gilthorpe M. S. Oral health related quality of life – views of the public in the United Kingdom // *Community Dent. Health*. – 2000. – №17. – P. 3-7.
9. Sheiham A. and Croog S. H. The psychosocial impact of dental diseases on individuals and communities // *J. Behav. Med.* – 1981. – №4. – P. 257-72.
10. Slade G. Spenser J. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile // *Community Dental Health*. – 1994. – №11. – P. 3-5.
11. Strawbridg W.S. Quality of life: what is it and can it be measured? // *Crowth Horm. IGR Res.* – 1998. – №8. – P. 59-62.

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАТОГЕННОСТИ ШТАММОВ *STAPHYLOCOCCUS SPP.*, ИЗОЛИРОВАННЫХ ИЗ ОПЕРАЦИОННЫХ РАН

Шаркова В.А., Лайман Е.Ф., Мазур М.Е.,
Просьянникова М.Н.

ГБОУ ВПО «Владивостокский государственный
медицинский университет» Минздрава
России, Владивосток;
Лесозаводский филиал ФБУЗ «Центр гигиены
и эпидемиологии в Приморском крае», Приморский
край, e-mail: valexsh@mail.ru

Патогенность стафилококков является результатом скоординированной деятельности нескольких выделяемых ими токсинов и ферментов, а также большого количества белков на бактериальной поверхности, которые связывают внеклеточные матричные и плазмменные белки организма человека. Скоординированное действие этих факторов является экологическим показателем и для проявления их действия на макроуровне.

Цель работы – анализ результатов молекулярно-генетического мониторинга штаммов *Staphylococcus spp.*, выделенных в 2008–2010 гг. из операционных ран.

Методом ПЦР-РВ с использованием наборов специфических праймеров (ООО «Синтол») нами определялись гены патогенности, кодирующие способность к адгезии

(*FnbpA*, *FnbpB*) и токсинообразованию (*Luc PVS*). *FnbpA*, *FnbpB*, кодирующие поверхностные фибронектин-связывающие белки, играют важную роль в способности стафилококков колонизировать ткани организма человека и образовании биопленок. *Luc PVS* обуславливает цитотоксическое действие.

Гены патогенности штаммов *Staphylococcus spp.* обнаруживались с 2010 г. Из 25 штаммов *S. epidermidis*, выделенных из «условно-чистой раны» ген патогенности *fnbpA* обнаружен у одного штамма (4%). Возможно, данное предположение связано с мутацией соответствующего участка в силу воздействия селективных факторов.

Штаммы *S. aureus*, выделенные из «условно-чистых» и «грязных ран» содержали гены факторов патогенности в 81,8% случаев (9 штаммов из 11). Гены *fnbpA* и *fnbpB* обнаружены с одинаковой частотой (по 47,4%), *Luc PVS* составил 5,2%. Последний выявлялся реже, но можно предположить, что он является маркерным событием для повышения патогенности штаммов микроба и соответственно для развития инфекционного процесса в ране. Штаммы *S. aureus* имели только сочетания генов по два (*fnbpA*, *fnbpB*) или три (*fnbpA*, *fnbpB*, *Luc PVS*) (88,9 и 11,1% соответственно).

Таким образом, при анализе распространенности генетических детерминант различных

факторов патогенности штаммов *S. epidermidis* и *S. aureus* выявлены различия, что позволяет использовать их в качестве маркеров *S. aureus* в микробиологическом мониторинге микробиоты операционной раны. Очевиден факт, что существующие различия факторов патогенности у разных штаммов, обуславливают изменения в патогенезе инфекционного процесса, вызванного стафилококками.

ИНТЕНСИВНОСТЬ ПРОЦЕССОВ ЛИПОПЕРОКСИДАЦИИ ПОСЛЕ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННОЙ ТРАВМОЙ ПОЗВОНОЧНИКА

Щуковский В.В., Ульянов В.Ю., Бажанов С.П.,
Ульянова Е.В., Макаркина Е.В.

ФГБУ «СарНИИТО» Минздрава России,
Саратов, e-mail: v.u.ulyanov@gmail.com

Целью работы явилось изучение влияния гипербарической оксигенации (ГБО) на интенсивность процессов липопероксидации у больных с травматической болезнью спинного мозга.

Обследовано 12 больных с травматической болезнью спинного мозга. Для оценки интенсивности процессов липопероксидации определяли стационарный уровень его метаболитов в крови: малонового диальдегида (МДА) в эритроцитах флюориметрическим способом; перекисной резистентности эритроцитов (ПРЭ) по А.А. Покровскому и А.А. Абрарову; диеновых

конъюгатов (ДК) по В.Б. Гаврилову и М.И. Мишкорудной; супероксиддисмутазы (СОД) по N. Nishikimi et al., R. Fried; внеэритроцитарного гемоглобина (ВЭГ) в плазме крови по А.В. Каракашовой, Е.П. Вичеву в модификации В.В. Внукова; каталазы плазмы крови по методу I. Conen, D. Dembill, L. Narkes L.(1970); витамина Е плазмы крови по В.И. Крылову, П.Д. Кондаковой.

Концентрация МДА у больных до лечения была выше контрольных показателей до $8,7 \pm 0,48$ ммоль/л ($p < 0,001$). Через 3 часа после ГБО изменения концентрации МДА по сравнению с контрольными показателями не наблюдалось. Содержание ДК плазмы группы до ГБО было повышено и оставалось таковым и через 3 часа: исходно составило $3,17 \pm 0,21$ ед./мл, после ГБО – $2,82 \pm 0,14$ ед./мл ($p < 0,001$). Концентрация ВЭГ до и через 3 часа после ГБО совпадала с контролем и не изменялась в результате лечения. Активность же каталазы до лечения была выше контроля до $5,55 \pm 0,03$ ($p < 0,001$) и оставалась неизменной через 3 часа до $5,915 \pm 0,02$ ($p < 0,001$). Содержание СОД до ГБО не отличалось от контроля до $375,0 \pm 17,92$ ед. акт./мл, однако, через 3 часа содержание СОД увеличилось на 33 % и составило $452,8 \pm 11,80$ ед. акт./мл ($p < 0,001$).

Таким образом, до лечения отмечалось повышение МДА, ДК и активности каталазы. Спустя 3 часа после ГБО наблюдалось повышение активности СОД в 1,3 раза при прежних показателях МДА, ДК и активности каталазы.

Педагогические науки

ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ СТАНДАРТЫ НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ: ТОЧКИ ОПОРЫ ДЛЯ СОВРЕМЕННОГО ВОСПИТАНИЯ

Михайлова Е.В.

Московский городской педагогический университет,
Москва, e-mail: Elena-spring@yandex.ru

В образовательных стандартах нового поколения заложен современный социальный заказ в области воспитания подрастающего поколения. В концепции духовно-нравственного развития и воспитания личности гражданина России [1] определены: характер современного национального воспитательного идеала; цели и задачи духовно-нравственного развития и воспитания детей и молодежи; система базовых национальных ценностей, на основе которых возможно духовно-нравственное объединение многонационального народа Российской Федерации; основные социально-педагогические условия и принципы духовно-нравственного развития и воспитания обучающихся.

В связи с тем, что в данном документе сформулирован социальный заказ современной общеобразовательной школе, его необходимо знать будущим учителям. Знание означает по-

нимание молодыми людьми основных взглядов на воспитание, изложенных в концепции. Такое понимание (принятие, свободное владение информацией и ее творческое применение) может оформиться в личности студента в результате его вдумчивого знакомства с источником информации, сопровождающимся анализом, поиском граней соприкосновения с собственными развивающимися взглядами и ценностным отношением к предстоящей профессиональной деятельности.

Среди точек опор для современной практики воспитания можно выделить следующие:

– образованию отводится ключевая роль в духовно-нравственном объединении российского общества, его сплочении перед лицом внешних и внутренних вызовов [там же, с. 5];

– провозглашение воспитания важнейшей целью современного отечественного образования, одной из приоритетных задач общества и государства [там же, с. 12];

– задачи духовно-нравственного развития и воспитания подрастающих поколений, определяют переход к новому, более качественному состоянию на трех уровнях (направлениях): в сфере личностного развития, в сфере обще-