тех случаев латеральных желудочков, когда размеры по передним или задним рогам укладываются в нормальные значения или даже меньше их, но присутствует перивентрикулярный отек. Такие случаи не могут быть отнесены к норме. Это также касается уменьшения размеров оптикохиазмальной цистерны, и особенно, расстояния от верхней границы диафрагмы гипофиза до хиазмы. Нами описано явление интраселлярной надгипофизарной гипертензии, которое иногда может наблюдаться в подобных случаях. Крайне важна оценка полости третьего и четвертого желудочка, смещения границ которых обычно обуславливает масс-эффект и может указывать на объемный процесс.

Полученные нормальные значения в Т2 последовательности для различных возрастных групп могут быть легко использованы при интерпретации норма- патология на любых типах магнитно-резонансных томографов и как нам представляется заполняют определенный пробел в данной области.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ В УСЛОВИЯХ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Мадалиева С.Х., Кашаганова К.Т., Даулетбакова А.Ш.

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, e-mail: sanamadalieva@ mail.ru, kashganova@bk.ru, alma0903@mail.ru

Актуальность проблемы развития у врачей коммуникативной компетентности была признана еще в 70-е годы прошлого столетия. В настоящее время коммуникативные навыки понимаются как феномен, включающий множество психологических параметров. Среди них – знание врачом себя и своих пациентов, умение правильно воспринимать и оценивать своих коллег, способность к саморегуляции, умение строить взаимоотношения с людьми и гибко, адекватно реагировать на трудные клинические ситуации, владение невербальными и вербальными навыками общения и многое другое [4, с. 5].

Современные социальные условия и социальные потребности выявляют необходимость формирования коммуникативной культуры студента-медика. Принимая во внимание, что важнейшим фактором, определяющим успех лечения, является взаимодействие между врачом и пациентом, развитие навыков общения представляется особенно необходимым. Компетентность в широком смысле трактуется как высокий уровень общественно-практического опыта субъекта, уровень его обученности адекватным социальным и индивидуальным формам активности, что позволяет человеку в рамках своих способностей и социального статуса успешно и эффективно функционировать в данном обществе. Важными составляющими деятельности врача являются не только его знания и умения, особенности профессионального мышления, но и личностные качества, умение общаться с пациентом. Поэтому профессиональная компетентность врача включает, не только специальную медицинскую подготовку, общечеловеческую культуру, но и социально-психологические аспекты его личности, его ценностные ориентации, коммуникативную грамотность [1].

При раскрытии содержания компетентности выделяются различные компоненты: предпосылки компетентности (способности, талант, знания); деятельность человека (работа) как процесс (ее описание, структура, характеристика, признаки); результаты деятельности (плоды труда, изменения в объектах деятельности). Анализируя различные определения профессиональной компетентности можно прийти к выводу о том, что в них, как правило, находит отражение идея о том, что это одна из главных характеристик личности, обладатель которой способен добиться высоких профессиональных результатов [2].

В социологических исследованиях, посвященных анализу основных признаков, по которым пациенты оценивают уровень квалификации врача, отмечается, что на первое место выдвигается показатель «отношение к пациентам», на второе – «результаты лечения больных», затем опыт работы, отзывы пациентов, личные качества врача (порядочность, трудолюбие, вежливость и др.). Такой показатель, как образование врача (в том числе глубина специализации) оказался на седьмом месте среди перечисляемым признаков . Все это свидетельствует не столько о квалификации, сколько о компетентности врача [3].

Коммуникативная компетентность медика в специальной сфере включает понимание и толкование профессиональных терминов, понятий (например, в беседе с коллегами, врачами разных специальностей, медсестрами и людьми, не имеющих отношения к медицине); понимание вербальных, формальных (формулы, графики) и невербальных средств (мимика и жесты в беседе с больным); умелое обращение со специально подготовленным материалом [7].

Главными показателями коммуникативной культуры медицинского работника являются: в эмоциональной сфере – эмпатия (понимание отношения собеседника к тому, о чем он рассказывает, и к самой ситуации общения; помощь собеседнику в выражении чувств и желаний; сообщение о собственных чувствах; внимательное наблюдение за невербальными реакциями партнера; демонстрация понимания чувств другого); в когнитивной сфере – рефлексия (де-

монстрация готовности и желания выслушать собеседника; проверка точности услышанного; прояснение рационального компонента услышанного; самокоррекция; подбадривание; адекватность самооценки и оценки других); в поведенческой сфере – интеракция (планирование предстоящего разговора; взятие на себя инициативы в беседе; организация целостного контакта; придание взаимодействию личностного характера; урегулирование конфликтных ситуаций; предложение совместного действия; обсуждение; согласование; выяснение и передача информации; представленность этических норм интерперсональных отношений) [1, 7].

Профессионально-медицинское общение есть система (приемы и навыки) органичного социально-психологического взаимодействия врача и пациентов, содержанием которого является обмен информацией, оказание лечебного воздействия, организация взаимоотношений с помощью коммуникативных средств.

Общение в медицинской сфере выступает, во-первых, как средство решения лечебных задач, во-вторых, как социально-психологическое обеспечение лечебного процесса, в-третьих, как способ организации взаимоотношений врача и пациента, обеспечивающих успешность лечебного процесса. Врач в своей деятельности должен реализовать все функции общения – выступать и как источник информации, и как человек, познающий другого человека или группу людей, и как организатор коллективной деятельности и взаимоотношений) [5, 6].

Современный врач должен уметь создавать и сохранять корректные с терапевтической и этической точки зрения отношения, использовать эффективные навыки слушания, запрашивать и предоставлять информацию, а также эффективно работать в качестве члена или лидера команды здравоохранения. Согласно последним представлениям, профессиональная компетентность – это привычное и рассудительное использование коммуникабельности, знаний, технических навыков, клинического мышления, сопереживания, ценности и размышления в ежедневной практике врача [5, с. 24].

Для развития коммуникативной компетенции настоящее время разработана модель формирования коммуникативной компетентности студентов, которая стремится ответить на четкое определение важных компонентов развития коммуникативной компетентности, на основе целей, задач и действий и дифференцированные подходы к эффективному обучению коммуникативной компетентности путем поэтапного обучения студентов. Для успешного формирования содержательных компетенций и последующей оценки их сформированности установлены уровни, требования к знаниям, представлениям и умениям, необходимым и достаточным для достижения соответствующего результата. В связи с этим, установлены следующие пути реализации новых методов обучения: обучение студентов коммуникативной компетентности поэтапно, на протяжении всего процесса обучения в вузе, планирование процесса формирования содержательных компетенций с последующей оценкой их сформированности, установка уровней.

Само по себе развитие коммуникативной компетентности предполагает обучение от начального уровня к последующим базовым, системным и специализированным коммуникативным компетенциям. Разработаны методы оценки коммуникативной компетенции на каждом этапе обучения. Обеспечивается мониторинг развития и оценка коммуникативной компетентности, разработаны методы и формы преподавания с каждым курсом усложняя их уровень.

Таким образом, основной целью обучения коммуникативной компетенции является повышение эффективности подготовки специалистов медицинского профиля и их соответствия запросам современных условий (рынка) путем создания в вузе благоприятных условий для свободного и осознанного выбора обучающимися будущей профессиональной деятельности, личностной траектории образования, направления и профиля профессиональной подготовки, необходимой квалификации в соответствии с личностными интересами, образовательными запросами и потребностями рынка труда. Новые подходы к развитию коммуникативной компетентности позволяют повысить эффективность процесса формирования психологической компетентности врачи в процессе вузовского обучения.

Список литературы

1. Герасименко С.Л. Совершенствование коммуникативной культуры в условиях современного вуза // Коммуникативная компетентность врачей-педиатров. – 1994.

2. Дуброва В.П. Размышления о врачебном искусстве, или социально-психологические факторы успешности деятельности врача // Медицина. – 1999. – № 3.

3. Ефименко С.А. Социология пациента: автореф. дис. ... д-ра социологич. наук. – М., 2007. – 46 с.

4. Модель медицинского образования Казахского национального медицинского университета имени С.Д. Асфендирова – коммуникативные навыки выпускника. – Алматы: КазНМУ им. С.Д. Асфендирова, 2011. – 126 с. Теоретическое обоснование развития коммуникативной компетентности *М.А. Асимов. С.5.*

5. Модель медицинского образования Казахского национального медицинского университета имени С.Д. Асфендирова – коммуникативные навыки выпускника. – Алматы: КазНМУ им. С.Д. Асфендирова, 2011. – 126 с. Траектории развития коммуникативной компетентности. – С. 24.

6. Петровская Л.А. Компетентность в общении. – М.: Изд-во МГУ,1989. –216 с.

7. Цветкова Л.А. Автореферат дис. ... канд. псих. наук.

СОСТОЯНИЕ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ КОНГО-КРЫМСКОЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ (ККГЛ)

Мирекина Е.В., Лазарева Е.Н., Хок М.М., Аракельян А.С., Бедлинская Н.Р., Саидов Р.Т., Сирадегян С.Э.

Астраханская государственная медицинская академия, Астрахань, e-mail: emirekina@mail.ru; Областная инфекционная клиническая больница имени А.М. Ничоги, Астрахань

Поражения органов дыхательной системы не являются патогномоничным признаком ККГЛ из-за скудности клинической симптоматики. Однако, эндотелиоциты выступают как одними из основных клеток, к которым тропен возбудитель (Burt F.J. etall, 1997). В результате их взаимодействия повышается проницаемость сосудов микроциркуляторного русла с последующим формированием интерстициального отека, что способствует возникновению кровохарканье. Многие клиницисты данную симптоматику расценивали как легочные кровотечения (А.Ф. Гусарев, 1975; И.В. Санниковой, 2009)

Цель. Раскрыть особенности клинико-рентгенологических данных изменения органов дыхания у больных ККГЛ.

Материалы и методы. Клиническое наблюдение за 110больными ККГЛ в возрасте 41,7 ± 1,5 года, проводились на базах Астраханской государственной медицинской академии и Областной инфекционной клинической больницы г. Астрахани им. А.М. Ничоги. Они были разделены на две группы в зависимости от клинических проявлений геморрагического синдрома: I группа больных – с геморрагическим синдромом, II группа – без геморрагического синдрома.

Результаты исследований. В 25% случаев больные предъявляли жалобы на першение в горле и сухой редкий кашель, при этом во II группе кашель регистрировался с первых дней болезни, а в I группе на 4,0 ± 0,9.

У 36% наблюдаемых была отмечена нестабильность аускультативных данных в среднем до 12 дня болезни, а именно жесткое дыхание сменялось на жесткое с участками послабления, в которых на следующие сутки вновь выслушивалось жесткое дыхание. Помимо этого прослеживалась волнообразная динамика смены сухих и влажных хрипов в течение суток. И только у 8% больных тяжелым течение ККГЛ на 3-е сутки болезни рентгенологически было диагностирована пневмония с диффузным усилением легочного рисунка или ограничивалась нижними отделами обоих легких. Из них в 5,8% случаев с летальным исходом именно пневмония расценена как осложнение заболевания на фоне развившейся полиорганной недостаточности (ПОН) или инфекционно-токсического шока (ИТШ). При патологоанатомическом исследования изменения в органах дыхательной системы имели геморрагический генез в виде гиперемии слизистых верхних дыхательных путей, трахеи, бронхов с мелкими кровоизлияния, а в легких – очаги некроза и кровоизлияний по типу инфарктов.

В результате того, что клинико-рентгенологическая картина при ККГЛ малосимптомная и разворачивается на фоне тотальной недостаточности жизненно важных органов, можно расценивать ее как результат нарушений в системе гемостаза, а не прямого влияния возбудителя.

ПРИМЕНЕНИЕ ОБЩЕЙ МАГНИТОТЕРАПИИ ПРИ ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

[1]Михеева Э.А., [1]Антипова Т.Н., [2]Сахабутдинова А.Р.

[1]Республиканская клиническая больница № 2, Уфа; [2]Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, e-mail: aliya.sahab@gmail.com

За последние годы отмечается рост числа больных остеохондрозом позвоночника, деформирующим остеоартрозом, а также заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Данная патология поражает лиц молодого трудоспособного возраста, часто приводит к длительной утрате работоспособности, нередко к инвалидизации больных, что наносит большой экономический и социальный ущерб обществу [1].

Лечение больных, страдающих дистрофическими заболеваниями опорно-двигательного аппарата и артериальной гипертонией проводится с 2011 года с применением магнитотерапевтической установки «ЭОЛ» («Магнитотурботрон») в варианте комплектации Люкс в физиотерапевтическом отделении РКБ № 2 г. Уфа.

Общая магнитотерапия – новая медицинская технология, передовое направление современной медицины. При этом на все тело пациента воздействует магнитное поле, влияющее на все системы организма и вызывающее многие клинические эффекты – гипотензивный, обезболивающий, противовоспалительный и противоотечный, регенераторный.

При этом изменяются реактивность организма, его резистентность, активизируются компенсаторно-приспособительные механизмы как за счет первичных механизмов гомеостаза, так и неспецифических реакций систем общего реагирования (иммунной, нервной, гуморальной). Неоднородная структура создаваемого магнитного поля обеспечивает высокий уровень биотропности и повышает индивидуальную чувствительность пациента к процедуре. Эффект последействия продолжается несколько месяцев, т.к. возбудимость нервных структур