

Литература:

1. Агабекян И.П. Английский язык. 17-е изд., стер. Гриф МО РФ. – Изд. Феникс, 2010. – 318 с.
2. Ахиезер А.С. Россия: Критика исторического опыта: От прошлого к будущему. Социокультурный словарь / 2-е изд., перераб. и доп. – Новосибирск: «Сибирский хронограф», 2008. – Т.2. – 210 с.
3. Г.Жуй «Лондонский отшельник». – Изд. Феникс, 2000. – 325 с.
4. Кубарьков Г.Л. Современные темы английского языка / Г.Л. Кубарьков, В.А. Тимошук. – Донецк: ООО ПФК «БАО», 2004. – 265 с.
5. Радавский М.М. Из истории англо-русских научных связей. – М.-Л., 1999. – 236 с.
6. English proverbs and sayings. – Moscow Press, 1999. – 180 с.
7. <http://www.britannica.co.uk>
8. <http://en.wikipedia.org>

**ПРОБЛЕМЫ ОБУЧЕНИЯ ВРАЧЕЙ-ЭКСПЕРТОВ И СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТОВ**

Породенко В.А., Травенко Е.Н.,  
Ломакина Л.И.,

Быстрова Е.И., Ильина А.В.

*ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России,  
Краснодар, Россия*

Переход на образовательные стандарты медицинского высшего и послевузовского профессионального образования требует решения многих вопросов подготовки врача, в том числе и проблемы формирования, поддержания и совершенствования профессиональной компетентности врача в области судебной медицины и судебно-медицинской экспертизы на каждом этапе образовательного процесса.

Специфика учебной дисциплины «судебная медицина» обусловлена требованиями действующего процессуального законодательства. При этом содержание и объем как вузовского компонента обучения, так и последипломной профессиональной подготовки врача по специальности «судебно-медицинская экспертиза» определяется правовым статусом специалиста и эксперта и предъявляемыми к ним законодателем требованиями.

Анализ правовых актов и организационно-методических документов по судебно-медицинской деятельности показал, что до настоящего времени любой врач, вне зависимости от его основного профиля и специализации, может быть привлечен к участию в процессуальных действиях в качестве специалиста или эксперта под угрозой юридической ответственности в случае отказа. Следовательно, в процессе вузовской подготовки студент должен достичь такого уровня профессиональной компетентности в области судебной медицины и судебно-медицинской экспертизы, который позволит ему выполнить на должном уровне функции специалиста (эксперта) в случае привлечения к участию в процессуальных действиях.

Уровень профессиональной компетентности, которым должен обладать судебно-медицинский эксперт, регламентирован действующей в настоящее время Квалификационной характеристикой, а компетенции врача-эксперта содержит ФГОС ВПО третьего поколения.

Процессуальное законодательство предъявляет одинаковые требования к профессиональной компетенции любого врача в случае привлечения его к участию в судопроизводстве. Однако общая трудоемкость учебной дисциплины «судебная медицина» по основным медицинским специальностям существенно различается. Учебный план КубГМУ предусматривает 72 часа для специальности стоматология, 108 часов для специальностей лечебное дело и педиатрия, 81 час для специальности медико-профилактическое дело (при отсутствии возможности последипломной специализации по судебно-медицинской экспертизе). Данное обстоятельство позволяет говорить об отсутствии единого подхода к организации обучения студентов,

К недостаткам профессиональной подготовки выпускников медицинских вузов относятся:

- незнание врачами процессуальных норм;
- дефектное оформление медицинской документации;
- неполное и нечеткое описание в медицинских документах повреждений, выявленных у пациентов;
- невнимание к сохранности объектов, подлежащих передаче работникам правоохранительных органов (одежды, изъятого в

процессе первичной хирургической обработки и оперативных вмешательств медицинского материала);

– неправильная упаковка и маркировка вещественных доказательств, изымаемых с места происшествия и др. [1].

Что касается организации послевузовского дополнительного профессионального образования и непрерывного профессионального развития экспертов, то надо отметить отсутствие современной нормативной и организационно-методической базы.

Анализ существующего положения в подготовке врачей экспертов и судебно-медицинских экспертов позволяет говорить о двух уровнях профессиональной компетентности врача в области судебной медицины и судебно-медицинской экспертизы – необходимый и достаточный каждому врачу и необходимый только судебно-медицинскому эксперту.

Проводимая на кафедре судебной медицины КубГМУ организационно-методическая работа направлена на формирование компетентности в области судебной медицины у студента, потенциального врача-эксперта в ходе преподавания судебной медицины, и судебно-медицинского эксперта, как специалиста, подготовка которого производится в рамках интернатуры, ординатуры, аспирантуры или посредством сертификационных циклов.

Новые образовательные стандарты делают значительно больший упор на освоение практических навыков и готовность выпускников к самостоятельной работе. В соответствии с этими требованиями преподаватели кафедры внедряют в учебный процесс новые педагогические технологии, позволяющие оптимизировать изучение судебной медицины. К инновационным технологиям мы относим ситуационный метод работы студентов в малых группах [2].

К сожалению, большинство студентов 6 курса и интернов не могут использовать в ходе решения задачи фундаментальных знаний по нормальной анатомии, физиологии, эмбриологии, гистологии человека и имеют поверхностные знания по патофизиологии и патоморфологии, а так же полное отсутствие представлений о патогенезе и танатогенезе заболеваний. Интересно, что по студенческим судебно-медицинским тестам врач-интерны показывали высокий уровень знаний. Это может быть связано с переходом на

тестовую систему контроля знаний, формирующую штамп-мышление – набор признаков = болезнь.

Практические занятия включают обязательный элемент самостоятельной работы в малой группе.

Накопленный нами опыт показывает, что наиболее продуктивна работа в группе из двух человек. Практическая работа проводится с конкретными объектами исследования и ситуационными задачами разной степени сложности, что позволяет выявить как пробелы в знаниях, так и умение их применять. Обсуждение казуса с анализом ошибок, дискуссии, круглые столы, презентации и доклады студентов в процессе занятий, на студенческих конференциях и форумах способствуют заполнению пробелов в фундаментальных знаниях и формированию экспертного мышления.

Студенты и врачи-интерны подтверждают сформировавшееся экспертное мышление в выводах самостоятельно проведенных экспертиз, которые должны быть научно обоснованными, логически связанными, не противоречивыми и полностью соответствовать клинической, макро и микроскопической картине, при детальном исследовании биологического объекта (труп, кожный лоскут, потерпевший и т. д.).

Таким образом, инновационный подход способствует оптимизации процесса обучения судебной медицине студентов, интернов, ординаторов, аспирантов и слушателей сертификационных циклов.

Литература:

1. Буромский И.В. Формирование профессиональной компетентности врача в области судебной медицины и судебно-медицинской экспертизы в современных условиях: автореф. дисс. канд. мед. наук: 14.00.24 / РГМУ. – М., 2009. – 45 с.

2. Париков С.Л., Чикун В.И., Свирицкая Н.Н., Глизер С.Э., Пяткова Е.В., Хлуднева Н.В. Метод малых групп – инновационная технология обучения врачей-интернов судебно-медицинской экспертизе. Актуальные проблемы и перспективы развития российского и международного медицинского образования. Вузовская педагогика: материалы конф. / гл. ред. С. Ю. Никулина. – Красноярск: Версо, 2012. – С. 190-191.

## МОНИТОРИНГ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СТУДЕНТОВ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА

Порубайко Л.Н., Рудева Т.В.,  
Игнатенко А.С.,

Козыренко Е.А., Скидан М.Н.  
*ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России,  
Краснодар, Россия*

В Федеральном государственном стандарте третьего поколения сказано, что специалист с высшим медицинским образованием должен уметь решать многочисленные задачи по формированию мотивированного отношения взрослого населения и подростков к выполнению рекомендаций, направленных на повышение двигательной активности. Кроме этого, вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом [4]. Поэтому целью настоящего исследования явился мониторинг показателей физического развития и заболеваемости студентов педиатрического факультета за последние десять лет. Измеряли основные антропометрические показатели 78 студентов и 269 студенток первого курса педиатрического факультета: длину и массу тела, окружность грудной клетки на вдохе, выдохе и при спокойном дыхании (пауза), кистевую и стантовую динамометрию, частоту сердечных сокращений и величину артериального давления [5]. Рассчитывали индексы пропорциональности физического развития: весо-ростовой показатель, индекс массы тела, с помощью которых оценивали степень риска развития заболеваний, связанных с ожирением [2], показатель крепости телосложения, силовой индекс и индекс пропорциональности развития грудной клетки. Определяли количество студентов, отнесенных по состоянию здоровья и показателям физического развития к основной, подготовительной и специальной медицинской группе для занятий физической культурой [3]. Проводили сравнительный анализ с этими же данными студентов первого курса педиатрического факультета 2003 года.

Сравнительный анализ контингента обучающихся показал, что в 2013 году средний возраст студентов первого курса стал на два года старше. В настоящее время на педиатрическом факультете каждый четвертый

студент – это юноша, в 2003 году их обучалось только 18%. За прошедшее десятилетие средние величины основных антропометрических показателей студентов достоверно не изменились. Так, в 2013 году средняя масса тела у девушек составила 55,9 кг, а длина тела 163,3 см, у юношей 71,7 кг и 178,2 см соответственно, а весо-ростовой показатель и индекс массы тела остался в диапазоне приемлемых величин для данного возраста.

Показатель крепости телосложения, или отношение между длиной, массой тела и окружностью грудной клетки на выдохе, за прошедшие годы у студентов резко снизился от средних величин (21ед.) до слабых (34ед.). Индекс пропорциональности развития грудной клетки, который равен разности между величиной окружности грудной клетки (в паузе) и половиной длины тела, также оказался ниже средних величин и даже имел отрицательные значения.

Сила мышц кисти у студенток 2013 года увеличилась с 14,4 кг до 22,1 кг, а у студентов уменьшилась с 36,5 кг до 32,0 кг. Разница силы правой и левой кисти у них составляла от 3,0 до 5,0 кг. Было выявлено, что у 28% юношей сила левой кисти больше, чем правой. Соотношение между силой сильнейшей кисти и массой тела в процентах или индекс силы, как у юношей, так и у девушек было значительно ниже средних показателей. За исследуемый период он еще больше снизился от 53,6% до 44,6% у студентов, а у студенток этот показатель увеличился от 25,3 до 39,5%, но остался ниже средних величин.

Распределение студентов первого курса педиатрического факультета (в процентах) на основную, подготовительную и специальную медицинские группы для занятий по физической культуре не показало существенных изменений и равнялось 72%, 14% и 14% соответственно.

Таким образом, полученные результаты выявили тенденцию ухудшения физического развития студентов первого курса педиатрического факультета за последние десять лет. Учитывая, что в Федеральном государственном стандарте третьего поколения физической культуре в вузах отводится только два часа в неделю, необходимо рекомендовать значительное расширение двигательного режима студентов за счет внеурочных форм.