

ISSN 1818-6467

Региональная общественная организация учёных
БАЛТИЙСКАЯ ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ АКАДЕМИЯ
Секция медицинского образования

Научный выпуск

**ВЕСТНИК
БАЛТИЙСКОЙ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ
АКАДЕМИИ**

Вып. 92. – 2009 г.

**Современный медицинский вуз –
важнейшие проблемы, перспективные
направления преподавания и воспитания**

**Санкт-Петербург – Иркутск
2009**

Редакционная коллегия выпуска:

Доктор психол. наук, проф. И.П. Волков; доктор мед. наук, проф. Ю.А. Горяев, канд. мед. наук, доц. А.Н. Калягин, доктор мед. наук, проф. И.В. Малов, канд. психол. наук., проф. И.Г. Станиславская, доктор мед. наук, проф. Л.Ю. Хамнуева, доктор мед. наук, проф. А.В. Щербатых

Ответственный за выпуск – канд. мед. наук,
доцент А.Н. Калягин

Главная редакционная коллегия
«Вестника Балтийской Педагогической Академии»:

Главный редактор – проф. И.П.Волков.
Зам. гл. редактора - проф. Д.Н. Давиденко, проф. А.П. Панфилова,
проф. А.Г. Левицкий, проф. И.В. Курис, проф. А.Г. Комков.
Уч. секретарь – проф. И.Г. Станиславская.

Адрес редакции:
190121, г. Санкт-Петербург,
ул. Декабристов, 35. НГУ им. П.Ф.Лесгафта.
Кафедра психологии им. проф. А.Ц. Пуни.
Тел. (812) 714-6627; факс 550-0211

E-mail: Volkov_bpa@rambler.ru
Интернет-сайт: www.baltacademy.ru

К17 © РООУ БПА – 2009
© Калягин А.Н. – 2009

Издаётся на средства авторов статей и взносы членов БПА

=====

«Вестник Балтийской Педагогической Академии»
Научное издание. Сокращенно: «Вестник БПА»
Основано 30.06.1995 г. в г. Санкт-Петербурге.

Международная регистрация (Юнеско, Париж):

ISSN 1818-6467

Подписано к печати 01.11.2009 г. Печать ризографическая. Зак. 02.
Тир. 300. Формат бумаги 69х 90. Отпечатано и изд. РООУ БПА

СОДЕРЖАНИЕ:

От редакции.....	5
------------------	---

КОМПЕТЕНТНОСТНЫЙ ПОДХОД В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ

Погорелова И.Г., Жукова Е.В. Совершенствование подготовки специалистов медико-профилактического направления в рамках компетентного подхода	6
Калягин А.Н. Стандартизация обследования больного: подходы современного медицинского образования	9

МЕДИЦИНСКИЙ ВУЗ В УСЛОВИЯХ ПЕРЕХОДА НА БОЛОНСКОЕ СОГЛАШЕНИЕ

Белялов Ф.И. Медицинский вуз в условиях перехода на Болонское соглашение.....	11
Щербаков Г.И., Щербатых Е.В., Казанцева Н.Ю., Калягин А.Н. Использование балльно-рейтинговой системы в оценке результатов производственной практики.....	16

ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ВЕДЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА

Горяев Ю.А. Пути активации познавательной деятельности студентов на лекциях	181
Зобнин Ю.В., Седов С.К., Третьякова М.А., Черных Р.И., Дашеева Ц.Б., Суховский В.С., Калинина О.Л. Традиции в воспитании и инновации в преподавании терапии	22
Жукова Е.В., Погорелова И.Г., Калягин А.Н. Педагогическая техника как один из компонентов мастерства преподавателя высшей школы	27
Зобнин Ю.В. Преподавание клинической токсикологии: единство инновационного обучения и традиционного воспитания ...	32
Семинский И.Ж., Непомнящих С.Ф., Гуцол Л.О. Особенности преподавания патологии у студентов очно-заочного отделения по специальности «Сестринское дело»	37
Суфианова Г.З., Минакина Л.Н., Усов Л.А. Ключевые вопросы дистанционного преподавания фармакологии у студентов по специальности «Сестринское дело»	39
Калягин А.Н., Жукова Е.В. Менеджерская производственная практика у студентов, обучающихся по специальности «Сестринское дело»	41

Калягин А.Н., Горяев Ю.А., Казанцева Н.Ю. Инновационные направления обучения на очно-заочном отделении факультета подготовки медицинских сестёр-менеджеров медицинского вуза	46
--	----

**ВОСПИТАТЕЛЬНАЯ РАБОТА СО СТУДЕНТАМИ,
ПРОБЛЕМЫ АДАПТАЦИИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА**

Аснер Т.В. Воспитательная работа на кафедре пропедевтики внутренних болезней	52
Калягин А.Н., Блохина Н.Н. Образ врача в творчестве Викентия Вересаева	54
Гузовская Е.В., Гуцол Л.О. Проблемы ранней профориентации как фактора повышения качества образования	65
Осипок Н.В. Развитие личностных качеств студентов-медиков во время прохождения производственной практики в должностях младшей медицинской сестры и медицинской сестры	67
Погорелова И.Г., Булнаева Г.И. Проблемы адаптации студентов 1 курса медицинского вуза в зависимости от региона проживания	70
Калягин А.Н., Горяев Ю.А., Поблинкова Е.И., Казанцева Н.Ю. Воспитательная работа со студентами по профилактике алкогольных пристрастий	75
СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ.....	79

От редакции

Многовековой опыт практической психологии преподавания медицинских дисциплин в сфере высшего медицинского образования учит продуктивным взаимоотношениям в системе «преподаватель – студент» по аналогии с системой «врач – пациент». Это дает возможность студентам быстрее и эффективнее усваивать научно-практические основы и методы работы с пациентами в своей будущей профессии врача, обязанного не только знать и понимать, но и управлять состояниями пациентов.

На рубеже XXI века медицинская наука и практика стали развиваться стремительно – ежегодно разрабатываются и внедряются в медицинскую практику новые методы врачебной и функциональной диагностики, апробируются новые средства медикаментозного и инвазивного лечения, уточняются и пересматриваются рекомендации по ведению пациентов, совершенствуются методы деонтологической практики, крепнет связь практической медицины с психотерапией и психологической помощью больным, и др.

Отечественная система высшего медицинского образования в России ныне переживает сложный период реформирования. Это есть следствие смены общественного устройства в России, повлекшего к возникновению массового культа денег с одновременной девальвацией марксистско-ленинской идеологии и возрождением в России Православной веры. За последнее десятилетие произошли коренные изменения и в сфере организации медицинской помощи населению, что так или иначе уже отражается на учебном процессе в медицинских вузах. Во весь рост встали новые психолого-педагогические проблемы формирования сознания и профессионально-важных качеств личности будущего молодого специалиста-врача с учётом возникших новых социальных условий его труда и жизни. Современные реформы среднего и высшего образования в духе ЕГЭ и «Болонского процесса» поставили перед российскими медицинскими вузами много новых и пока ещё трудно решаемых психолого-педагогических и профессионально-этических проблем.

В связи с вышеназванным настоящий выпуск «Вестника БПА» посвящен актуальным проблемам комплексного междисциплинарного подхода к осуществлению вузовскому медицинскому образованию в условиях его реформирования. Но не зависимо от всех этих новых реформ в образовании, навязываемых «сверху» министерским волевым методом, общепризнано, что практический эффект любого обучения – это не проверка теоретических познаний учеников в их способности к воспроизведению заученного накануне материала, а демонстрация учениками умений пользоваться знаниями, полученными от опытных педагогов-инструкторов.

Как учесть эти изменения в медицинском образовании и в профессиональной подготовке будущего врача? Как соотносить в педагогической работе со студентами принцип верности выпускника медвуза «Клятве Гиппократу» с личным отношением молодого врача к полученной профессии в условиях современных вызовов цивилизации с её культом денег, сексуальной свободной, массовой зависимостью населения от вредных привычек и внушающих эффектов СМИ? Как обучать будущих врачей в новых социальных условиях работать современно, эффективно, ответственно?

В связи с этими и многими другими вопросами в данном периодическом издании представлены материалы специалистов, мыслящих комплексно, современно, с учётом сложившихся российских традиций в медицинском образовании.

Редакция «Вестника БПА» просит читателей присылать свои отзывы на материалы данного выпуска по адресу:

E-mail: Volkov_bpa@rambler.ru

КОМПЕТЕНТНОСТНЫЙ ПОДХОД В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ МЕДИКО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО НАПРАВЛЕНИЯ В РАМКАХ КОМПЕТЕНТНОСТНОГО ПОДХОДА

Е.В. Погорелова, Е.В. Жукова

Концепцией модернизации российского образования на период до 2010 года предусмотрено создание механизма устойчивого развития. Ставится задача обновления профессионального образования на компетентностной основе путем усиления практической направленности профессионального образования при сохранении его фундаментальности

Компетентность – это качество человека, завершившего образование определенной ступени, выражающееся в готовности (способности) на его основе к успешной (продуктивной, эффективной) деятельности с учетом ее социальной значимости и социальных рисков, которые могут быть с ней связаны. Согласно образовательной парадигмы, основной целью профессионального образования является «подготовка квалифицированного работника соответствующего уровня и профиля» (концепция модернизации Российского образования на период до 2010 года), то есть модель выпускника любого, в том числе медицинского, вуза должна содержать компетентности, характеризующие его, в первую очередь, как работника определенной сферы деятельности. Это компетентности:

- в узкой сфере (специальной) области профессиональной деятельности;
- в широкой (инвариативной к различным специальностям) области профессиональной деятельности;
- в общенаучной сфере, являющейся базой соответствующей профессии;
- в сфере социальных отношений;
- аутопсихологическая компетентность, готовность к критической самооценке, постоянному повышению квалификации.

Компетентностный подход к определению целей обучения в вузе по сути своей является развитием деятельностного подхода, поскольку компетентность личности проявляется в его деятельности. Этот подход подразумевает описание целей обучения через виды деятельности (профессиональные, познавательные и пр.), которые должен освоить выпускник ВУЗа.

Необходимо отметить, что в последние годы существенно изменилась политика в области здравоохранения и высшего профессионального образования в Российской Федерации. Кроме того, Болонский процесс также поставил перед европейской высшей школой, вообще, и Российской высшей медицинской школой, в частности, задачу дальнейшего повышения качества подготовки специалистов в области профилактической медицины и общественного здоровья.

Однако, наиболее существенное значение для совершенствования системы вузовской додипломной подготовки специалистов по специальности «меди-

ко-профилактическое дело» имело реформирование основного заказчика медико-профилактических факультетов – службы Госсанэпиднадзора.

Образование Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека не только расширило функциональные обязанности специалистов, работающих в органах и учреждениях этой службы, но и потребовало внесения изменений и дополнений в содержание и организацию учебного процесса государственные образовательные стандарты, действующие учебные программы и планы.

Кроме того, в настоящее время возросла социальная потребность в выпускниках, способных формулировать и реализовывать социально приемлемую и современную политику охраны здоровья, объединять усилия различных государственных и общественных институтов по укреплению общественного здоровья и профилактики заболеваний.

Высока потребность в специалистах, владеющих основами управления санитарно-эпидемиологическим благополучием, права, экономики, организации социально-гигиенического мониторинга, широкого применения в надзорной и аналитической деятельности информационных технологий, умению проводить оценку риска влияния факторов окружающей среды на здоровье населения и др.

В связи с частичным изменением компетенции сотрудников Роспотребнадзора стали требоваться выпускники, не только в полной мере владеющие профессиональными знаниями по гигиене питания, коммунальной гигиене, гигиене труда, гигиене детей и подростков, но и обладающие знаниями основ маркетинга, права и делопроизводства. Необходимы также специалисты по лабораторной диагностике инфекционных агентов, физических и химических факторов, санитарной токсикологии. Лечебной сети также нужны грамотные кадры для управления здравоохранением, подготовленные в вопросах общественного здоровья, госпитальные эпидемиологи.

Таким образом, изменение на современном этапе социального заказа на качество подготовки выпускника по специальности «Медико-профилактическое дело» определило актуальность совершенствования подготовки по медико-профилактическому делу и основные направления модернизации додипломного образования выпускников медико-профилактических факультетов.

Анализ показал, что в настоящее время требуется уточнение компетенций выпускников медико-профилактического факультета для разработки государственного образовательного стандарта. При этом под компетенцией понимается совокупность взаимосвязанных качеств личности, задаваемых по отношению к определенному кругу предметов и процессов.

В настоящее время очерчен круг компетенций, которые являются конечными целями додипломного этапа обучения и необходимы выпускнику медико-профилактического факультета в его будущей профессиональной деятельности в учреждениях Роспотребнадзора и сети практического здравоохранения:

- работа в системе органов и учреждений Роспотребнадзора и медико-профилактической помощи населению;
- организация и осуществление санитарно-эпидемиологического надзора;

- оценка состояния здоровья населения;
- оценка состояния среды обитания человека, а также других факторов, определяющих состояние здоровья населения;
- установление и анализ взаимосвязи между состоянием здоровья и качеством среды обитания, производственной деятельностью с разработкой основных профилактических мероприятий;
- владение алгоритмом постановки клинического и эпидемиологического диагноза, основами экстренной медицинской помощи и профилактики при неотложных состояниях и чрезвычайных состояниях на догоспитальном этапе;
- осуществление воспитательной и педагогической деятельности;
- самостоятельная работа с информацией (учебной, научной, нормативной и справочной литературой, другими источниками).

Необходимо отметить, что успешная реализация компетентностного подхода для достижения конечных целей обучения возможна только при учете требований всех заинтересованных сторон. Так, например, государство имеет опыт разработки квалификационных характеристик, то есть четких перечней знаний и умений, значимых с точки зрения получения документа о высшем профессиональном образовании, в то время как для работодателей большое значение играют базовые компетенции, а также – наличие опыта работы по специальности. Выпускники и их родители в большей степени ориентируются на престижность соответствующего диплома и возможности профессионального роста.

В связи с этим совершенно новой должна быть и система оценки компетентности или некомпетентности студента, проверка наличия или отсутствия у него опыта профессиональной или социальной деятельности. То есть, компетентностный подход предполагает переход от оценивания преподавателем к сооцениванию при участии студентов и работодателей, что достигается участием потребителей в итоговой государственной аттестации выпускников, наличием обратной связи между факультетом и заказчиками, привлечением сотрудников Роспотребнадзора в учебный процесс, реализацией системы непрерывной подготовки специалистов: (довузовский этап – додипломная подготовка - послевузовское образование - дополнительное профессиональное образование).

Литература:

1. *Белогурова В.А.* Научная организация учебного процесса: Учебное пособие для вузов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 448 с.
2. *Зимняя И.А.* Ключевые компетентности как результативно-целевая основа компетентностного подхода в образовании. – М., 2004. – С. 10.
3. *Калягин А.Н.* Развитие профессионального медицинского образования в свете Болонского соглашения: взгляд преподавателя. // Профессиональное образование на современном этапе развития общества. Межрегиональная научно-практическая конференция. 20-22 декабря 2004 г., Калуга. / Под ред. К.Г. Никифоровой, Е.И. Малаховой. – Калуга, 2004. – С.77-80.
4. *Куимов А.Д., Куимова И.В.* Проблемы современного высшего медицинского образования (по материалам зарубежной литературы и Конгресса Ассоциации ме-

дицинского образования в Европе). // Журнал экспериментальной и клинической медицины. – 2005. - №4. – С. 6-14.

5. Компетентностный подход: Реферативный бюллетень. – М.: Российский государственный гуманитарный университет, 2005. – 27 с.
-

СТАНДАРТИЗАЦИЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО: ПОДХОДЫ СОВРЕМЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

А.Н. Калягин

В последнее время в связи с развитием медицины, основанной на доказательствах, всё чаще приходится врачу сталкиваться с протоколами и стандартами ведения больных, наблюдения за их состоянием, обследования, лечения. В связи с этим изменяется и методика преподавания в медицинских вузах. Такой подход надо признать хорошим, способствующим формированию врача, который соответствует требованиям «Государственного образовательного стандарта» и «Квалификационной характеристике врача». Умение мыслить алгоритмами и использовать их в сложных ситуациях формирует профессионализм.

В диагностическом плане стандартизация преимущественно касается лабораторных и инструментальных методов исследования больного, которые подчас считаются наиболее информативными и чувствительными, позволяют доказать диагноз. В историях болезни вместо данных о наблюдении за больным, оценки его состояния, психического и физического здоровья стоят строчки анализов в динамике, перечень критериев, которые набрал пациент по тем или иным диагностическим критериям и шкалам. Такой подход безусловно имеет ряд преимуществ, касающихся простоты рутинной оценки данных различных лабораторий, способность мотивировать верность лечебной тактики позитивными сдвигами или доказать тяжесть больного по нарастающим нарушениям лабораторных и инструментальных данных. Однако есть и недостатки.

Основной недостаток заключается в том, что существенно меньше эксперты различных уровней доверяют клиническому исследованию больного: расспросу, осмотру, пальпации, перкуссии и аускультации. Хотя долгие годы расхожим было мнение, что до 90% диагноза можно поставить только при анализе субъективных и физикальных данных. Огромное значение в преподавании в медицинском вузе уделялось и уделяется предмету пропедевтики внутренних болезней, а также пропедевтическим разделам и другим клинических дисциплин. Пожалуй, методичность клинического исследования больного, принятую в отечественной терапевтической школе и восходящую к именам М.Я. Мудрова, Е.М. Тареева, А.Л. Мясникова, В.Х. Василенко и др. можно назвать одним из прообразов обследования больного по протоколу.

Именно клиническое исследование должно быть в сознании врача любой специальности тем ядром, тем основополагающим стандартом, который необходимо использовать по отношению к каждому пациенту. Ибо такой подход гарантирует врачу максимальную широту дополнительного диагностического поиска в приложении к конкретному больному в дальнейшем. Неполнота расспроса или объективного исследования является до настоящего времени важнейшей

ошибкой, приводящей к неправильному ведению больного и более серьёзным для пациента и врача последствиям. К сожалению, именно этому разделу так мало внимания уделяется в протоколах и стандартах деятельности врача, именно в этом вопросе врачи оказываются недостаточно подготовленными.

С другой стороны, долгое время в преподавании дисциплины, раскрывающей основные подходы к диагностике – пропедевтики внутренних болезней, лишь ограниченное внимание уделялось правильному лабораторно-инструментальному исследованию больных. Обычно этот материал выносился на более поздние курсы (факультетская и госпитальная терапия). Необходимо пересмотреть этот подход и говорить о стандартизации объёма обследования больного в рамках предполагаемого круга нозологических форм, которые отмечаются у конкретного пациента. Уже на 3 курсе необходимо разбирая тот или иной клинический синдром знакомить студентов с адекватным набором исследований, рассказывать об их диагностической ценности и возможностях уточнения в рамках этих синдромов отдельных нозологических форм.

Так, например, рассказывая о болях в области сердца крайне важно отметить, что в синдром кардиалгии входит большое число заболеваний (поражения сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, нервной, костно-суставной, мышечной систем, органов средостения). Для уточнения характера поражения очень значим расспрос, а также физикальное исследование, которые позволяют в большинстве случаев очертить круг наиболее вероятных болезней, а подчас и поставить окончательный диагноз. Для дифференциальной диагностики внутри синдрома кардиалгии может применяться довольно широкий стандартный спектр дополнительных методик:

- Общий анализ крови (исключение анемии, воспалительных изменений, которые могут быть связаны с латентно протекающей инфекцией, признаков активности ревматологического заболевания);
- Липидный спектр (определение вероятности атеросклероза);
- Уровень глюкозы натощак и/или, при необходимости, тест глюкозотолерантности (исключение сахарного диабета как фактора риска ИБС);
- Острофазовые показатели (С-реактивный белок, сиаловые кислоты, серомукоид, фибриноген), ревматоидный фактор – для исключения ревматологической патологии (при наличии проявлений системности процесса);
- УМСС или реакция Вассермана (для исключения сифилиса при отягощённом эпидемиологическом анамнезе);
- Стандартная ЭКГ и/или пробы с нагрузкой, холтеровское мониторирование;
- Рентгенография грудной клетки (размеры сердца, лёгочные поля) позволяет исключить наличие пневмонии, туберкулёзного процесса в лёгких, плевральных наложений;
- При наличии признаковстораживающих в плане остеохондроза или другой патологии позвоночника – рентгенография грудного и шейного отделов позвоночника в прямой и боковой проекциях, функциональные пробы;
- ЭхоКГ – при наличии сердечных шумов, изменении размеров сердца при топографической перкуссии или по данным рентгенографии;

- ФГДС – при наличии жалоб со стороны пищеварительной системы и одновременно жгучих болей за грудиной (для исключения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни);
- УЗИ органов брюшной полости – для исключения иррадиирующих болей, вызванных холециститом, панкреатитом и др.;
- Коронароангиография – молодым лицам, у которых окончательно нельзя исключить атеросклеротическое поражение коронарных артерий.

Демонстрация на конкретных примерах взаимосвязи между конкретными жалобами больных или физикальными симптомами и данными дополнительных методов исследования позволяет добиться алгоритмизации деятельности врача, использования в практической деятельности принципа оптимальной диагностической целесообразности.

Таким образом, необходимо отметить, что основным методом исследования больного является клинический, который играет определяющую роль в необходимости использования дополнительных методов. Стандарты исследования необходимо преподавать студентам, начиная с курса пропедевтики внутренних болезней в рамках клинических синдромов (кардиалгия, боли в животе, тахикардия, шумы в сердце и т.д.). Лабораторные и инструментальные методы не должны применяться вместо клинического исследования больного. Использование стандартизированных и доказательных подходов в деятельности врача позволит существенно уменьшить число диагностических и тактических ошибок.

МЕДИЦИНСКИЙ ВУЗ В УСЛОВИЯХ ПЕРЕХОДА НА БОЛОНСКОЕ СОГЛАШЕНИЕ

ТРУДНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Ф.И. Белялов

Обучение врачей имеет давнюю историю и сложившиеся подходы. С конца XX века медицинская наука и практика стали развиваться стремительно – ежегодно разрабатываются новые методы диагностики, медикаментозного и инвазивного лечения, уточняются и пересматриваются рекомендации по ведению пациентов.

Изменилось ли в новой обстановке преподавание медицины? Как обучать более эффективно? Эти и другие вопросы автору представилась возможность обсудить в настоящей статье.

Кто учит?

Готовить молодое поколение к профессиональной деятельности призваны преподаватели образовательных учреждений, сотрудники кафедр. Общеизвестно, что обучение – это не проверка способности воспроизведения заученного накануне материала, а практика новичков под руководством опытных инструкторов, пока они не достигнут соответствующего уровня. Студенту нужны не

столько лекции, сколько семинары, встречи и обсуждение работы с преподавателем.

Вместе с тем, в обязанности преподавателя, наряду с обучением студентов, включено участие в обследовании и лечении пациентов, а также научные изыскания. Поскольку учить, лечить и заниматься наукой одновременно сложно, то обычно преподаватели предпочитают заниматься преимущественно той или иной областью. Далеко не всегда, блестящие ученые бывают хорошими учителями, а опытные клиницисты редко склонны к научным исследованиями, требующим другого образа мышления. Каждому свое.

Если врачебная работа и научные исследования дополнительно оплачиваются стимулирует сотрудников, то хороший преподаватель крайне редко получает финансовое вознаграждение. Хотя хорошие учителя затрачивают много времени на обучение и совершенствование методик преподавания. В ряде образовательных учреждений выделены специальные фонды, поддерживающие лучших преподавателей (Ludmerer К.М., 2004).

Где учиться?

Клинической медицине издавна обучают в лечебных учреждениях, где студент может реально работать с пациентами. Нидерландский профессор медицины 17 века Franciscus de la Boe Sylvius писал “мой метод заключается в том, чтобы вести студентов за руку к практической медицине, давая им каждый день смотреть пациентов в госпитале, где они могут слышать жалобы пациента, видеть физикальные признаки. Затем я спрашиваю студентов, что они заметили у пациента и каковы их мысли о причине заболевания и принципах лечения”.

Психология говорит, что факты и концепции лучше усваиваются, если включены в реальную практическую деятельность. Вместе с тем, в последние годы возникло больше ограничений для практического обучения студентов.

Прагматичнее стала позиция администраций ряда лечебных учреждений, которые повышают требования к объему лечебной работы и экономической эффективности, не принимая в расчет основную образовательную деятельность и фактическое прекращения действия «Положения о клиническом лечебно-профилактическом учреждении», утвержденного приказом Министерства здравоохранения №228 в 1993 году, в связи с новыми правилами оплаты работников высших учебных заведений. Руководители медицинских учреждений нередко забывают, что сотрудники и они сами обучались в *alma mater*.

Даже в университетских клиниках, исторически созданных для обучения студентов, нередко цели образования стали вторичными по отношению к экономической эффективности, а сами клиники приобрели автономность. Соответственно, уровень медицины в таких клиниках далек от передовых позиций, свойственных лучшим учебно–научно–клиническим учреждениям, которым придается важно значение в «Концепции развития системы здравоохранения Российской Федерации до 2020 года».

Вместе с тем, конструктивное сотрудничество кафедр и лечебных учреждений взаимовыгодно. С одной стороны, активно внедряются в практику новые достижения медицинской науки, эффективнее проводится диагностика и лечение трудных больных, облегчается решение кадровых вопросов, повышается уровень экспертизы качества лечения, уменьшается нагрузка на лечащих вра-

чей. С другой стороны, кафедра получает учебные практикумы, возможность проводить научные исследования и обучать студентов в реальных условиях практической медицины.

В условиях демократизации общества большее значение придается соблюдению прав пациентов. Соответственно возникает необходимость просить разрешения у пациента участвовать в образовательном процессе (опрос, осмотр) и, возможно, даже брать информированное согласие. В подавляющем большинстве случаев пациенты соглашаются помогать образованию, чему в немалой степени способствуют доброжелательное отношение лечащих врачей, гармонично сотрудничающих с клиническими кафедрами, а также позиция администрации лечебного учреждения.

В процессе обучения безусловно не должен страдать пациент. Поэтому все шире в подготовке студентов используется качественная симуляция виртуальной реальности. Современный уровень развития техники, средств для компьютерного и физического моделирования реальных ситуаций, позволяет достаточно эффективно готовиться к практической деятельности.

Как учить?

Нередко центром обучения является преподаватель с жесткой программой и определяющий что и как учить. В то же время, все современные педагогические теории характеризуют эффективное обучение как активный процесс, где в центре находится обучаемый, а учитель не столько учит, сколько облегчает, ускоряет, корректирует обучение, выступая как помощник и партнер.

Поэтому для достижения целей обучения необходимо создать среду для активного обучения. Студент активно приобретает знания и навыки с возможностью выбора формы обучения под непосредственным руководством опытного инструктора. Знание должно прорабатываться в процессе взаимодействия старого и нового знания, и чем больше оно проработано и усвоено, тем легче можно извлечь знания [5].

Важное значение в повышении активности обучаемых придают техническим аспектам проведения занятий. Например, если группа сидит за квадратным столом, то несколько студентов не будут общаться оптимально, т.к. не встречаются глазами, в отличие от расположения кружком без стола.

Нередко, активность подавляется, если на занятиях учитель читает лекцию или много говорит, если студенты только отвечают на вопросы, а не общаются друг с другом, если один студент доминирует или блокирует дискуссию, если студенты хотят получить решение проблемы а не обсуждают их и т.д. [4].

Разработано много приемов облегчения дискуссии, например, полезно взять за правило не говорить, если говорит другой. Преподаватель задав вопрос, если нет ответа, может переформулировать вопрос и посчитать до 10 перед тем как начать говорить. Если смотреть на всех студентов в группе, когда говорит учитель или студент, то это подчеркивает, что речь относится ко всем. Большую группу лучше разбить на меньшие подгруппы из 5–6 студентов случайно или добиваясь разнородности состава.

Таблица 1.

Характеристика разных форм обучения [2 с изменениями]

	лекция	семинар	проблемно-ориентированная группа	клинический разбор	совместная консультация	клиническое обучение наедине
Эффективность (число студентов)	высокая	средняя	низкая	низкая	низкая	очень низкая
Активность обучения	низкая	вариативная	высокая	средняя–высокая	низкая	очень высокая
Двусторонняя обратная связь	низкая	средняя	высокая	средняя–высокая	низкая	очень высокая
Моделирование реальной жизни	низкая	низкая	средняя	высокая	высокая	очень высокая

Исторически создано много форм обучения – лекции, семинары, практические занятия, клинические разборы пациентов, совместные консультации, самостоятельное решение клинических задачи т.д. Формы обучения могут различаться в зависимости от эффективности, активности обучающихся и приближения к жизни (табл. 1).

Достаточно широко в последние годы применяется проблемное обучение, когда в небольшой группе выбирают председателя и под его руководством обсуждают проблему, используя метод «мозгового штурма» с поддержкой преподавателя [5]. Увеличились возможности передачи информации и дистанционного обучения через Интернет, индивидуальные мобильные устройства. Фактическим стандартом стало обучение с помощью аудио– и видеоматериалов, которые легче усваиваются, чем традиционное чтение литературы.

Важно понимать, что такое многообразие форм обучения оправдано, т.к. люди воспринимают информацию достаточно индивидуально в зависимости от психофизиологических особенностей организма. Для кого–то привлекательнее визуальная форма, другие предпочитают слушать, треть – читать. Поэтому важна свобода выбора формы обучения.

Важно добиваться дифференцированности обучения, выделяя способных учеников, и заниматься с ними по более эффективной программе, готовя будущих преподавателей и специалистов высокого уровня.

Чему учить?

Основные цели профессионального образования заключаются в передаче знаний, овладении навыками и привитии системы ценностей данной профессии. Более распространено обучение, основанное на запоминании знаний из лекций, книг, учебных пособий. Вместе с тем, структура знаний часто не соответствует практической деятельности, знания достаточно быстро обновляются, а для принятия решения профессионалы обычно используют немного знаний. Следова-

тельно передавать знания обучающимся лучше только компактные, хорошо структурированные в соответствии с практической деятельностью.

Нередко преподаваемая информация ограничивается передачей через лекции и учебные пособия, изданные в ограниченном числе. Представляется разумным, принятый в ряде ведущих образовательных учреждений мира, принцип открытого обучения (open education) с опубликованием информации в Интернете без оплаты в разной форме, включая видео- и аудиоматериалы.

Лучше дать студенту не рыбу, а удочку. То есть важнее развить способности к получению, анализу, обобщению, оценке и структурированию знаний. В условиях быстро обновляющейся медицинской информации, часто содержащей неточные и случайные данные, конфликта интересов и важности принципа «Primum non nocere» критическое мышление приобретает большое значение. Постоянное самообразование в течение всей жизни – характерное свойство врачебной профессии.

Выпускник, получивший диплом врача, обычно не может установить диагноз и назначить лечения даже в простых ситуациях. Каковы причины? Есть знания, но не сформировано практическое мышление. Поэтому важно с самого начала обучать студента в процессе решения реальных задач диагностики и лечения, тестовых клинических задачах, а преподавателю важно раскрывать (распаковать) процессы размышления и принятия решения.

Студент в начале обычно изучает большое количество базисных, фундаментальных дисциплин, таких как физиология, биохимия, гистология, химия и т.д. Это важный этап, т.к. биологические закономерности и процессы во многом определяют уровень медицины. Вспомним, например, такие открытия как обмен холестерина, роль оксида азота, физические принципы магнитно-резонансной и рентгеновской компьютерной томографии. Вместе с тем, практическое знание и мышление, преподаваемое на клинических кафедрах, порой существенно отличается от таковых на фундаментальных кафедрах. Очевидно отсутствует согласование программ, преподаваемых на клинических и фундаментальных кафедрах.

Не менее важны в обучении этические, культурные и философские ценности врачебной профессии, которые лежат в основе норм и особенностей поведения, взаимоотношений с пациентами и родственниками, коллегами.

Успешная практика во многом обусловлена пониманием врачом психологического состояния пациента, знанием установок и ожиданий пациента, способностью во время непродолжительной беседы поддержать пациента и провести психотерапевтическое воздействие, выявлением и лечением психических расстройств, часто сопутствующих соматическим заболеваниям. К сожалению, психосоматические отношения и проблемы практически не изучаются в учебных медицинских учреждениях. Обычно в ходе многолетней практики врачи приобретают некоторые навыки коррекции душевных расстройств своих пациентов.

Заключение

В условиях ускорения научно-технического прогресса в преподавании приоритет отдается активному усвоению в процессе практики адаптированных для профессиональной деятельности знаний и умений, способности постоянно

обновлять свои знания, формированию эффективного мышления, а также освоению ценностей профессии.

Литература

1. Cooke M., Irby D.M., Sullivan W., Ludmerer K.M. American Medical Education 100 Years after the Flexner Report. // The New England Journal of Medicine.– 2006. – Vol. 355. – P. 1339-1344.
2. Gordon J. ABC of learning and teaching in medicine: One to one teaching and feedback. // BMJ – 2003. – Vol. 326. – P. 543-545.
3. Ludmerer K.M. Learner-Centered Medical Education. // The New England Journal of Medicine. - 2004. – Vol. 351(12). – P. 1163-1164.
4. Spencer J. ABC of learning and teaching in medicine: Learning and teaching in the clinical environment. // BMJ. – 2003. – Vol. 326. – P. 591-594.
5. Wood D.F. ABC of learning and teaching in medicine: Problem based learning. // BMJ. 2003. – Vol. 326. – P. 328-330.

ВНЕДРЕНИЕ БАЛЬНО-РЕЙТИНГОВОЙ СИСТЕМЫ В ОЦЕНКУ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНТОВ ВО ВРЕМЯ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ ПО СЕСТРИНСКОМУ ДЕЛУ

Г.И. Щербаков, Е.В. Щербатых, Н.Ю. Казанцева, А.Н. Калягин

Continues assessment – бально-рейтинговая система (БРС) оценки учебной деятельности студентов, как необходимая часть перехода на Болонское соглашение [5], введена в Иркутском государственном медицинском университете с 2007 года. С этой целью была сформирована специальная программа, включающая специальный приказ ректора, образовательные семинары, которые проводились тьюторами БРС, на всех кафедрах и факультетах. Был создан сборник методических рекомендаций для преподавателей, которые занимаются разработкой БРС для своих кафедр и курсов [1].

Согласно приказа Минобразования РФ «Разработанную вузом рейтинговую систему следует вводить во всем вузе по всем дисциплинам основных образовательных программ (на начальном этапе возможно введение рейтинговой системы по одной или нескольким основным образовательным программам). Разработанная вузом рейтинговая система формируется единой для всех задействованных в эксперименте кафедр и вводится одновременно на всех кафедрах, обеспечивающих основную образовательную программу» [4]. В 2008 году, согласно приказа ректора все первые курсы, всех факультетов Иркутского государственного медицинского университета перешли на БРС.

Цель БРС: личностно-ориентированное обучение, стимулирование систематической работы студентов, раскрытие их творческих способностей, дифференциация оценки знаний, повышение заинтересованности студентов в освоении курса путём постоянной, добросовестной подготовки к каждому занятию.

Сущность методики состоит в том, что каждой теме, разделу учебной дисциплины, лабораторной работе, этапу учебного процесса, рубежному контролю даётся оценка в баллах. К этому прибавляются поощрения за своевременно и отлично выполненную работу и отнимаются штрафы.

Кафедра пропедевтики внутренних болезней разработала методику БРС деятельности студентов во время прохождения производственной практики:

Итог практики – защита, зачёт – 40 баллов.

Поощрения: хорошие отзывы по месту прохождения практики +3 балла; УИРС + 2 балла; блестящая защита +5 баллов. По 2 балла за беседу о вреде курения, наркомании, алкоголизма, опасности ВИЧ-инфекции, по 3 балла за стенд на одну из этих тем.

Штрафы: Защита через неделю после срока – 5 баллов; через 2 недели – 10 баллов; через 3 недели и больше – 20 баллов; повторная защита – 10 баллов.

Если студент практику не проходил, то этот факт считается академической задолженностью. По разрешению деканата может освоить программу практики в дополнительно установленные сроки или может быть отчислен из вуза, как имеющий академическую задолженность в порядке, предусмотренном уставом вуза (Положение о порядке проведения практики в ИГМУ от 30 ноября 2006 г.).

По итогам прохождения практики были получены следующие результаты: из 98 человек, проходивших производственную практику, вовремя защитилось 82 (83,7%) человека, из них 5 (5,1%) получили самый высокий балл – 55 (поощрения составили 15 баллов – хорошие отзывы по месту прохождения практики, УИРС, блестящая защита, беседа с больными, стенд), 2 (2%) получили 45 баллов (поощрения составили 5 баллов – хорошие отзывы по месту прохождения практики, УИРС), 75 (78,6%) получили по 43 балла (поощрения составили по 3 балла у 65 человек, которые имели хорошие отзывы по месту прохождения практики, а 10 человек выполнили по одному стенду), 7 (7,1%) защитили практику через неделю после срока, соответственно, получили -5 штрафных баллов. 9 (9,2%) зачет не получили, основная причина была – неявка на зачет. В 2008 году из 92 человек, проходивших производственную практику, вовремя ее защитили и получили зачет 72 (78,3%) человека, не защитили – 20 (21,7%). Это позволяет сделать вывод о том, что более чётко очерченные критерии оценки проведения производственной практики позволили несколько повысить ответственность студентов.

Баллы, полученные за практику, входят в академический рейтинг студента, который подводится в конце курса и учитывается при переводе с коммерческих условий обучения на бюджетные, при назначении повышенной и именной стипендии, других поощрений и распределении на работу по окончании университета.

Таким образом, необходимо признать, что введение БРС должно активизировать учебную деятельность студентов, повысить их заинтересованность в освоении предметов и курсов.

Литература.

1. Балльно-рейтинговая система оценки учебной деятельности студентов: Методические рекомендации для преподавателей. / Состав. Ю.А. Горяев, Н.Ю. Казанцева, А.Н. Калягин. Под ред. Ю.А. Горяева. – Иркутск, 2007. – 20 с.
2. Загородная Е.И. Качество высшего образования и участие в Болонском процессе: итоги Круглого стола в МЭСИ. // Совет ректоров. – М., 2008. - №2.- С. 12-13.

3. Матейкович М.Н. Развитие механизма обеспечения качества высшего образования в рамках Болонской декларации. – М., 2007. - №12. – С. 13-15.
4. Приказ Минобрнауки РФ от 11.07.2002 года №2654 «О проведении эксперимента по введению рейтинговой системы оценки успеваемости студентов вузов»
5. Сенашенко В.Г., Ткач Г. Болонский процесс и качество образования // Alma mater.- 2003.- №8.- С. 8-9

ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ВЕДЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА

ПУТИ АКТИВИЗАЦИИ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНТОВ НА ЛЕКЦИЯХ

Ю.А. Горяев

Успех лекции зависит в значительной мере от того, в каком объеме и насколько рационально используются психофизиологические возможности умственной деятельности студента. Необходимо научить студента внимательно слушать лекцию, аккуратно и сознательно вести её запись, регулярно готовиться к предстоящей лекции, т.е. необходимо создавать условия, активизирующие познавательную деятельность студентов на лекции, поддерживать их умственную работоспособность на протяжении всей лекции на высоком уровне.

Существуют различные пути активизации познавательной деятельности студентов на лекциях.

I. Лекции с проблемным изложением материала.

Проблемное изложение лекции предполагает создание проблемной ситуации, т.е. интеллектуального затруднения, возникающего у студента, когда он не может выполнить поставленную задачу известными ему способами и должен найти новый способ действий.

Пример построения такой лекции. Лекция начинается постановкой проблемного вопроса. Студенты пытаются самостоятельно решить эту проблему. Лектор использует элементы «подсказки», корректирует мысли и рассуждения студентов и приводит их к правильному решению. При этом может быть использован лабораторный опыт или опыт на животном (в настоящее время его можно представлять в виде видеозаписи), которые доказывают, подтверждают теоретические выводы. На клинических лекциях для подтверждения вывода может использоваться демонстрация больного или решение диагностической (ситуационной) задачи. Каждый новый этап лекции лектор выделяет постановкой новой проблемы или вопроса, для решения которого

необходимо студенту привлечь материал ранее изучавшихся предметов или предыдущих лекций.

Вопросы чередуются с объяснением лектора, совместным обсуждением и демонстрацией слайдов, видеофрагментов, больных. Проводится разумное сочетание монологического изложения с элементами проблемного изложения. Постановку проблемы или вопроса можно проводить с помощью демонстрации опыта, слайдов, видеофрагмента, больных. В конце лекции преподаватель обобщает высказывания студентов и делает чёткие конкретные выводы по предложенным в начале лекции проблемам. Можно выдвинуть новую проблему, которая станет предметом обсуждения на следующей лекции.

Проблемное изложение позволяет на протяжении всей лекции поддерживать высокую умственную работоспособность почти всех студентов, не оставляет равнодушных, стимулирует самостоятельную работу студентов по предмету.

II. Использование технических средств обучения и средств наглядности преподавания не для иллюстраций, а для создания проблемной ситуации.

Видеофрагменты, слайды могут быть использованы не только для иллюстрации лекций, а для создания проблемной ситуации.

Как известно, в клинических лекциях широко используются демонстрации больных для иллюстрации материала лекции. Идёт спор о времени такой демонстрации (в начале, в конце, по ходу изложения материала), об оптимальном числе демонстрируемых больных. А между тем, демонстрация больных может выполнять функцию диагностической задачи.

Пример лекции. Вначале лекции преподаватель демонстрирует несколько больных. Лектор предлагает самим студентам определить признаки изучаемой болезни. Выборочно вызывает студентов, которые на основании ранее изученного материала должны поставить диагноз. Лектор дополняет упущенное ими и делает ссылки на материал предыдущих лекций. Аудитория в это время внимательно следит за отвечающими студентами, т.к. продолжить обследование и рассуждения при постановке диагноза может любой студент. Лектор обобщает мнения студентов, даёт обоснованное заключение о диагнозе и логически переходит к дальнейшему изложению материала. По ходу лекции демонстрируются больные (или хорошо иллюстрированные с помощью слайдов истории болезни) с возможными вариантами изучаемого заболевания. Это создаёт единую, надолго запоминающуюся картину заболевания.

Такой приём позволяет не только активизировать познавательную деятельность студентов на лекции, но и проверить приобретённые студентами практические навыки и умение использовать их в клинике.

III. Постановка цели перед студенческой аудиторией на внимательное ведение записи, осмысливание и запоминание лекции.

В Иркутском государственном медицинском университете издавна введено обязательное посещение лекций. Эта установка некоторыми студентами и лекторами оспаривается. Неоднократно ставился вопрос о том, чтобы разрешить свободное посещение лекций. Отношение лекторов к посещению лекций различное: одни допускают свободное посещение своих лекций, другие строго контролируют посещение, требуют их записи, проверяют эти записи, спрашивают на экзамене материал пропущенных лекций. Кто из преподавателей прав? Полагаю, что правы те, кто требует обязательного посещения лекций. Выборочное исследование показало, что на тех кафедрах, где допускается свободное посещение лекций, более 40% студентов получают удовлетворительные оценки. Экзаменаторы сетуют на слабые знания, студенты сожалеют о пропущенных лекциях, но увы – уже поздно.

Заставить студентов активно, творчески работать на лекции можно путём краткого письменного опроса по основным разделам лекций. При этом необходимо студента предварительно предупредить об этом. Вопросы должны быть краткими, ясными, вытекать из темы лекции, и ответы на них должны быть однозначными, краткими. Можно применить следующий метод: лектор даёт план лекции и просит студентов на листке бумаги пометить, как усвоен тот или иной раздел в условных единицах, от 0 до 2. Например, раздел 1 – непонятен, не усвоен – 0; раздел 2 – усвоен частично – 1; раздел 3 – усвоен хорошо, всё ясно – 2.

На следующей лекции необходимо сообщить результаты опроса с указанием худших и лучших результатов групп. По результатам опроса лектор вносит коррективы в план проведения практических занятий и лекций. На плохо усвоенные разделы на практических занятиях обращается особое внимание или лектор на следующей лекции возвращается к плохо усвоенным вопросам предыдущей темы.

Другой метод активизации познавательной деятельности – задание написать реферат по теме лекции студентам, которые постоянно недисциплинированы на лекциях, не ведут их записи, или студентам, пропустившим лекции. Этот приём широко используется на многих кафедрах и даёт положительные результаты. Он может обеспечить систематическую, ритмическую работу студентов на лекциях.

IV. Организация предварительной самостоятельной работы студентов над материалом предстоящей лекции.

Студент должен идти на лекцию, предварительно прочитав тему по учебнику. При этом понятно, что самостоятельное чтение учебника дополняет, но не заменяет лекцию.

Следующие приёмы могут симулировать подготовку студентов к предстоящей лекции:

1. Контроль вначале лекции подготовленности студентов к ней. Этот контроль может проводиться путём письменного опроса всех студентов по одним и тем же вопросам (обычно 1-го уровня), путём выборочного устного опроса всех студентов, путём письменного опроса по индивидуаль-

ным вопросам, путём интерактивного голосования по мультимедийным вопросам.

2. Ссылки в процессе лекции на данные, которые студенты должны были усвоить в процессе подготовки к лекции. Такой психолого-педагогический приём вполне оправдан, поскольку, как указывает профессор Н.П. Евсеева (1979): «лекция должна поднимать студента до уровня подготовленного слушателя, который серьёзно относится к лекции».
3. Задание студенту, который не подготовился к лекции, ещё раз проработать материал лекции с привлечением дополнительной литературы (список её указывается). Этот студент вновь опрашивается на следующей лекции или готовит по теме лекции реферат.

V. Педагогически целесообразное использование элементов беседы также способствует активизации познавательной деятельности студентов.

Характер начала лекции имеет большое значение для активизации умственной деятельности студентов на лекции. С этой целью могут быть использованы такие приёмы: подчёркивается значение темы лекции для будущей практической деятельности, студенты вводятся в мир научных поисков по проблеме, противоречивости её решений и т.д., можно в начале лекции давать историческую справку по теме лекции, указывать имена корифеев медицины, внесших большой вклад в решение проблемы, ставиться интересный, захватывающий вопрос или задача, решению которых посвящена данная лекция.

Психофизиологические исследования свидетельствуют, что внимание студентов, их умственная работоспособность в процессе лекции сильно меняются. В самом начале умственная работоспособность невелика, внимание рассеивается, затем работоспособность быстро возрастает, к концу первого часа постепенно снижается и на втором часу лекции, как правило, она ниже, чем на первом. Поэтому необходимо активизировать познавательную деятельность студентов в основной части лекции.

Для этого могут быть использованы многие приёмы. Сталкивание мнений разных учёных, освещение достижений, трудностей, сомнений, перспектив исследований по теме. Рассмотрев основные сведения, показав направление решения вопроса, лектор не решает его до конца, даёт возможность студентам самим сделать выводы, обобщения. Большое значение имеет постоянный контакт лектора с аудиторией. Когда лектор чувствует, что контакт ослабевает, рекомендуется использовать постановку вопросов к аудитории, элементы беседы. Можно использовать эпизоды из жизни корифеев медицины, фрагменты из художественных произведений. Активизирует познавательную деятельность студентов связь содержания лекции с работой крупных конгрессов, съездов, участником которых был лектор. Педагогически целесообразна перемена интонации, темпа, громкости речи.

Указанные пути перестройки лекции, несомненно, потребуют дополнительного лекторского времени. Где его взять? Ведь и без того на большинст-

ве кафедр не хватает часов для изложения всего лекционного материала. Давайте внимательно посмотрим тематику лекций: нет ли тем, которые полно и на современном уровне изложены в учебнике, и по существу лекция ничего не прибавляет к учебнику. Может быть, стоит некоторыми из таких тем пожертвовать ради повышения качества лекции по ведущим или трудным темам? А лекции в конце учебного года при цикловом методе практических занятий, когда большинство групп закончило практические занятия по предмету, - разве не резерв времени для качественной перестройки лекций? Вероятно, целесообразно эти лекции перестроить на основе проблемного изложения материала. Вместе с тем нельзя впадать в другую крайность – за счёт формы лекции сокращать объём информации.

Таким образом, существуют конкретные пути активизации познавательной деятельности студентов на лекциях.

ТРАДИЦИИ В ВОСПИТАНИИ И ИННОВАЦИИ В ПРЕПОДАВАНИИ ТЕРАПИИ

**Ю.В. Зобнин, С.К. Седов, М.А. Третьякова, Р.И. Черных,
Ц.Б. Дашеева, В.С. Суховский, О.Л. Калинина**

Профессия врача, как никакая другая, предъявляет повышенные требования к деловым качествам и нравственной зрелости человека. Не вызывает сомнения, что врач сегодня, как и прежде, помимо профессиональных знаний, должен обладать всесторонне развитыми личностными, нравственными качествами. Нравственный облик врача формируется в течение всей жизни, но в студенческие годы это формирование происходит наиболее интенсивно и воспитание в этом направлении является важнейшей целью подготовки специалиста. Процесс обучения основан на неразрывной связи профессионального и нравственного воспитания – первейшем условии всестороннего и гармоничного развития личности будущего врача.

Обсуждаемая в России реформа высшего медицинского образования, определяемая духом Болонского процесса, имеющего цель создания странами Европы единого образовательного пространства, важнейшей задачей ставит обеспечение высокого качества теоретических знаний и практических навыков и умений. Одним из важных средств улучшения качества подготовки студентов является совершенствование методики преподавания, в частности терапии, как одного из краеугольных камней в формировании врача лечебного профиля. Терапия, как область знаний и сфера деятельности, неисчерпаема с точки зрения воспитательного воздействия и инновационного поиска.

Кафедра внутренних болезней с курсами профессиональной патологии и военно-полевой терапии ИГМУ, несмотря на определенную специализацию в некоторых разделах терапии, основное внимание уделяет преподава-

нию внутренних болезней студентам шестого (нозологические формы) и седьмого (дифференциальная диагностика основных клинических синдромов) курсов вечернего отделения лечебного факультета. Являясь, в большинстве своем, учениками и воспитанниками академика РАМН К.Р. Седова – одного из основоположников циклового метода преподавания внутренних болезней в субординатуре по терапии (не только в Иркутском государственном медицинском институте, но и в Российской Федерации), преподаватели кафедры бережно сохраняют традиционные, а также используют современные технологии обучения студентов.

Коллектив кафедры значительную часть учебной работы проводит со студентами шестого и седьмого курсов вечернего отделения, что придает и определенную специфику всей деятельности кафедры. Как правило, на кафедру приходят студенты, имеющие устоявшиеся жизненные ценности, значительный объем знаний, полученных в медицинских училищах и на предыдущих курсах, немалый опыт работы в качестве среднего медицинского персонала. Многие студенты имеют семьи, воспитывают детей. Студентов вечернего отделения отличает твердая профессиональная ориентация, направленная на повышение своего социального статуса, осознанный выбор деятельности, в большинстве случаев соответствующий индивидуальным личностным качествам (отзывчивость, милосердие, самоотверженность), проверенным на практике. В то же время, длительный труд в лечебных учреждениях в условиях готовых решений, выработал исполнительскую дисциплинированность, навыки преимущественно механического восприятия информации, своеобразного симптоматического воздействия в рамках зависимого сестринского процесса. В связи с чем, усилия преподавателей кафедры направлены на развитие у студентов навыков ассоциативного мышления, самостоятельного принятия решений, умения применить теоретические знания у постели больного, формирование клинического мышления, свойственного настоящим думающим врачам. Выполнение этих важных задач достигается всей организацией учебного процесса, в котором значительная роль принадлежит взаимодействию личности преподавателя и личности студента, основанном на взаимоуважении и взаимодоверии.

Представляется, что важное, в том числе и воспитательное значение, имеет знание преподавателем особенностей жизненного пути студента, как и знание, студентом основных вех трудового пути их наставников и учителей. Если первая часть осуществляется в процессе работы со студенческой группой, то вторая задача выполняется во время первой встречи коллектива кафедры с новым курсом на первой лекции, которую читает заведующий кафедрой. Это своеобразная вводная лекция в специальность, она посвящена истории развития терапии, истории становления и развития кафедры. В ходе лекции студенты имеют возможность познакомиться с ныне работающими преподавателями кафедры, с их научными интересами, а также с руководителями и сотрудниками кафедры, работавшими ранее, создававшими ее или внесшими значительный вклад в ее развитие. По окончании лекции каждому

студенту вручается монография Р.Г. Сайфутдинова «Академик Константин Рафаилович Седов». В последующих лекциях, посвященных предусмотренным учебным планом темам, лекторы сохраняют исторический подход к изложению материала, давая информацию об ученых, чьими трудами разрешались те или иные проблемы.

Работа по новому учебному плану потребовала от коллектива кафедры изменения тематики практических занятий и лекционных курсов. Значительное сокращение планируемого времени практических занятий, при сохраненном объеме предусмотренных Программой по внутренним болезням для студентов высших медицинских учебных заведений (Москва: ВУНМЦ, 1999) изучаемых вопросов, придало особое значение интенсификации учебного процесса, повышению эффективности практических занятий и лекций. Основное внимание при изучении различных разделов клиники внутренних болезней, безусловно, уделяется формированию у студентов навыков клинического мышления, выработке умений работы с пациентами. Использование современной компьютерной техники, средств передачи и хранения информации позволило создавать и динамично изменять систему программированного контроля знаний студентов (на основе Типовых тестовых заданий для итоговой государственной аттестации выпускников высших медицинских учебных заведений по специальности 040100 "Лечебное дело" и других материалов).

Основой для теоретического освоения учебного материала, а также для самостоятельной работы служат постоянно издаваемые и пополняющие библиотечный фонд учебники по терапии и синдромной диагностике внутренних болезней, а также изданные кафедрой учебные пособия (В.С. Суховский «По ту сторону катастрофы: неотложные состояния, особенности возникновения и течения соматических заболеваний в условиях катастроф, дифференциальный диагноз и лечение»; Ю.В. Зобнин «Коматозные состояния: Общие принципы диагностики и лечения коматозных состояний»). Кроме того, широко используются методические пособия, издаваемые кафедрой госпитальной терапии ИГМУ и другими кафедрами и вузами.

Клиническими базами кафедры являются терапевтические отделения муниципальных учреждений здравоохранения, что максимально приближает практические занятия к условиям настоящей и будущей деятельности обучаемых. Значительное место в практическом занятии принадлежит самостоятельной работе студентов в процессе курации больных. Эти факторы способствуют усвоению студентами не только отдельных сведений и фактов, но и общих принципов, методов и способов конкретной работы и профессиональной деятельности в целом.

На кафедре в рамках курса «Профессиональные болезни» организовано проведение практических занятий с группами студентов пятых курсов лечебного, педиатрического и медико-профилактического факультетов на базе санатория-профилактория «ИРКУТ» Иркутского авиационного завода – филиала корпорации «ИРКУТ». Для методического обеспечения занятия подго-

товлено методическое пособие: «Первичная и вторичная профилактика профессиональных заболеваний в условиях заводского санатория-профилактория». Занятия проводились в учебном практикуме и непосредственно в палатах и отделениях профилактория: физиотерапевтическом, бальнеологическом, грязелечебном, ЛФК, галокамере и др.

Большим подспорьем в проведении практических занятий и подготовке лекций остаются и периодические медицинские издания («Терапевтический архив», «Сибирский медицинский журнал» и др.). Создание в ИГМУ Интернет-класса, а также другие способы выхода во всемирную сеть существенно расширили возможности оперативного поиска и получения различной информации (раздела «Дневник практического врача» в «Медицинской газете», «Consilium-Meducum», «Справочник поликлинического врача» и др.). Особенно ценной является возможность получения редких фотоматериалов, которые могут быть использованы на практических занятиях и в лекционной аудитории. Следует отметить, что качество распространяемых материалов, зачастую, оставляет желать лучшего. Это замечание касается не только «рефератов» в обилии представленных в Интернете и на CD, но и таких на первый взгляд «солидных» изданий как «Справочник внутренние болезни» или «Справочник участкового терапевта» (ИД «Равновесие», 2004), рекомендуемых, в том числе, в качестве учебного пособия для студентов высших учебных медицинских заведений и практических врачей-терапевтов. Довольно примитивный уровень изложения материала, а также обилие грамматических и иных ошибок, заставляют предостеречь от использования этих электронных справочников, по крайней мере, в серьезных целях.

Важнейшей частью практического занятия является клинический разбор. Как ни странно, но демократические преобразования в стране привнесли «ложку дегтя» и в эту область медицинского образования. Хотя, строжайшее соблюдение деонтологических принципов, профессионализм и умение преподавателя наладить контакт с пациентом, позволяют разрешить возникающие трудности при демонстрации, в том числе ВИЧ-инфицированных и иных пациентов. Современные информационные технологии существенно расширили возможности проведения этой традиционной и в тоже время, наиболее эффективной составляющей процесса обучения.

Наиболее важным этапом освоения материала и формирования умений и навыков является работа у постели больного. Ее оценка и коррекция проводится преподавателем по ходу курации больных студентами, а также в ее заключительной части – при проверке подготовленной студентом учебной истории болезни. Следует отметить, что всеобщая компьютеризация внесла свой положительный, а, порой, и отрицательный вклад и в творческий процесс написания учебной истории болезни. Облегчив техническую сторону работы, она привела к появлению определенной трафаретности, в том числе и к мультипликации ошибок распространяемых среди студентов образцов (файлов). Те или иные недостатки в написании истории болезни становятся особенно заметными во время ведения больных студентами седьмого курса.

Ведь на этом этапе оформление медицинских документов контролируется не только преподавателями, но и лечащими врачами клинических баз, а в условиях постоянной экспертизы качества лечения страховыми медицинскими организациями, этот контроль становится чрезвычайно строгим. Оправдала себя и осуществляемая на практических занятиях система оценки владения студентами практическими умениями и навыками, в том числе физикального обследования больного. Кстати, удачным пособием по технике обследования больного можно назвать мультимедийную программу «Диагностика внутренних болезней» (NeoLIT STUDIO, 2004).

Одним из эффективных средств обучения и контроля знаний можно считать ситуационные задачи. Арсенал используемых ситуационных задач традиционно является самым разнообразным – это и типовые задачи, отражающие различные формы и стадии, и редкие клинические ситуации, в том числе публикуемые в периодической медицинской печати. Опыт кафедры показывает, что наиболее оптимальным является использование комплекта заданий, выдаваемого каждому студенту. Это не только нивелирует индивидуальные особенности в скорости чтения и восприятия прочитанного, а также способностей к анализу и синтезу, но и исключает трудности восприятия на слух зачитываемого задания (особенно при наличии у студента дефектов дикции или отсутствии навыков чтения вслух). В условиях перехода к подготовке врача общего профиля особое значение приобретает работа студентов с интегрированными ситуационными клиническими задачами не только по внутренним болезням, но и смежным дисциплинам, а также знакомство с результатами современных инструментальных и лабораторных методов исследования (ультрасонографии, компьютерной томографии и др.).

Несомненно, что использование современных технических средств (кодоскоп, мультимедийный проектор и др.), существенно расширило возможности подготовки и проведения лекций, хотя, следует признать, что традиционное общение умного лектора с аудиторией, надолго еще останется в вузе главнейшей формой обучения и воспитания, передачи не только профессионального, но и человеческого, жизненного опыта педагога и личности, жаждущему знаний студенту и личности. А верность традициям иркутской и российской терапевтической школы, в сочетании с современными возможностями обмена информацией, при целенаправленной работе по техническому оснащению учебных аудиторий и практикумов, в том числе за счет хозрасчетных средств кафедры, позволит выполнить задачу подготовки знающего и умеющего врача, способного не только воспроизводить, но добывать, и даже понимать добытую информацию.

Опыт многолетней воспитательной работы показывает, что наибольших успехов можно достигнуть только при уважительном отношении к студентам, как к личностям, имеющим индивидуальный характер и развитое чувство собственного достоинства, критически осмысливающим окружающую действительность, а иногда и проявляющим юношеский максимализм. Лишь жизненный опыт преподавателя, его деликатность и чувство такта по-

зволяют педагогу дать совет, не навязывая свою волю, а давая возможность самостоятельного выбора правильного решения в самых трудных ситуациях, а гуманистическая направленность обучения является залогом успеха в воспитании подрастающего поколения врачей, способных к саморазвитию, самовоспитанию и самосовершенствованию.

Литература:

1. *Калягин А.Н.* Развитие профессионального медицинского образования в свете Болонского соглашения: взгляд преподавателя. // Профессиональное образование на современном этапе развития общества. Межрегиональная научно-практическая конференция. 20-22 декабря 2004 г., Калуга. / Под ред. К.Г. Никифоровой, Е.И. Малаховой. – Калуга, 2004. – С.77-80.

ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ТЕХНИКА КАК ОДИН ИЗ КОМПОНЕНТОВ МАСТЕРСТВА ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ

Е.В. Жукова, И.Г. Погорелова, А.Н. Калягин

Одной из проблем для современного высшего образования является уровень мастерства преподавателя, способного обучать «на перспективу». Многие преподаватели успешно выполняют научную работу, владеют исследовательскими методами, но не используют их в своей педагогической деятельности, не передают будущим специалистам. Некоторые преподаватели не могут или не желают осознать свои затруднения в педагогическом общении и, как следствие, зачастую не могут достичь достаточно высокого уровня педагогического мастерства.

Мастерство педагога – это синтез личностно-деловых качеств и свойств личности, определяющий высокую эффективность педагогического процесса. Одним из компонентов педагогического мастерства (наряду с психолого-педагогической эрудицией, профессиональными способностями) является педагогическая техника. Ещё А.С. Макаренко в своих работах использовал термины «педагогическая техника» и «педагогическая технология». Педагогическая техника обозначает совокупность умений и навыков, необходимых для эффективного применения системы и методов педагогического воздействия на отдельных учащихся и коллектив в целом: умение выбирать правильный стиль и тон в обращении с воспитанниками, умение управлять вниманием, чувство темпа, навыки управления и демонстрации своего отношения к поступкам учащихся и др.

Педагогическая техника – это комплекс умений, который помогает преподавателю глубже, ярче, талантливее выразить себя, добиться оптимальных результатов в воспитательной работе. Педтехника предполагает совокупность двух групп умений: а) группа умений, связанная с управлением своим поведением (мимикой, пантомимикой, эмоциями, настроением, воображением, голосом, дикцией); б) группа умений, связанных с умением воздействовать на личность и коллектив (дидактические, организаторские, конструктивные, коммуникативные умения, приёмы управления общением).

Из вышеизложенного следует, что основными элементами педагогической техники являются: 1) умения педагогического общения; 2) техника и культура речи преподавателя (дыхание, голос, дикция, паузы, логическое ударение, грамотность, интонация и т.д.); 3) саморегуляция педагогом своего психического состояния (самоконтроль, актёрско-режиссёрские умения, выдержка и т.п.); 4) показ чувств и отношений (мимика, пантомимика, внешний облик преподавателя).

Педагогическая техника подразделяется на внутреннюю (техника саморегуляции, то есть умение управлять своим телом, снимать мышечное напряжение в процессе выполнения педагогических действий) и внешнюю (техника контактного взаимодействия: осанка, одежда, макияж, причёска, украшения, мимика, пантомимика, культура общения, культура и техника речи).

Педагогическая техника имеет большую значимость и в деятельности преподавателя медицинского ВУЗа, поскольку перед ним, наряду с подготовкой специалиста, стоит задача научить студента общению с руководителями, чиновниками, коллегами, больными, родственниками больных. Например, педагог-клиницист должен уметь беседовать не только со студентом, но и с больным, создавая образ значимой личности для обоих, уметь сдерживать свои эмоции, управлять голосом, выяснять у больного самые деликатные вещи, уметь не напугать больного, не вызвать смеха или иных неподходящих для ситуации эмоций у студента. Чрезвычайно важен облик врача – его халат и другая одежда, обувь, уход за ногтями и кожей.

Владение основами педагогической техники – необходимое условие для разработки педагогической технологии – сложной и открытой системы приёмов и методик, объединённых приоритетными образовательными целями; концептуально взаимосвязанных между собой задач и содержания, форм и методов организации образовательного процесса. Существуют следующие пути овладения педагогической техникой: 1) знание психологии общения и межличностных отношений; 2) знание сущности языка и речи как средства общения; знание особенности восприятия звучащей речи; 3) знания строения голосо-речевого аппарата человека и средств его развития; 4) владение мимическими, микроимическими, пантомимическими навыками; - владение навыками самонаблюдения, самоконтроля, самоприказа; 5) осознание норм педагогической этики.

Хотелось бы подробнее остановиться на принципах педагогической техники, каждый из которых реализуется с помощью каких-то конкретных приёмов, которые поддерживают друг друга, складываясь в систему.

Один из принципов – принцип свободы выбора. Самым ценным для каждого человека является свобода. Никто не любит навязанные действия, отсутствие выбора, в том числе и студенты. Поэтому по возможности в обучающем процессе надо предоставлять студенту право выбора. Например, студенты сами выбирают для решения ситуационные задачи из числа предоставленных им задач. Но при этом каждый студент осознанно должен не-

сти ответственность за сделанный им выбор (это является обязательным условием при выборе).

На этом принципе в медицинском ВУЗе используется решение ситуационных профессиональных задач, деловые игры для студентов. Например, при обучении студентов-медиков выбираются клинические ситуации с большим спектром диагностических исследований (хорошо, если такие клинические ситуации были в реальной жизни и врач, разбираясь в проблемах больного, выполнил достаточно много диагностических исследований). При этом предложение студента сделать то или иное обследование можно хорошо проиллюстрировать, представить полученные данные, что потребует в каждом случае нового выбора – постановки диагноза, назначения дообследования или нового лечения.

Другой принцип – принцип открытости. Большинство студентов смутно представляют границы своей информированности и уж совсем туманно представляют границы познания наук. И как следствие этого - отсутствие любознательности, без которой любое обучение становится лишь воспитанием исполнителей. Поэтому необходимо не только давать знания, но и показывать их границы. Ставить перед студентами проблемы, решения которых лежат за пределами изучаемой дисциплины.

В обучении желательно использовать так называемые «открытые» задачи, то есть задачи, имеющие допускающее варианты условие, разные пути решения, набор вероятных ответов (именно такие, открытые задачи ставит перед человеком жизнь). К сожалению, довольно часто в процессе всего периода обучения студенты решают «закрытые» задачи – задачи, имеющие точное условие, строгий алгоритм решения, единственное верный ответ. Педагоги считают, что задачи открытого типа могут быть разработаны практически по любой дисциплине. Таким образом, принцип открытости, в целом, вызывает у студентов стремление к познанию, совершенствованию и саморазвитию.

В медицинском ВУЗе данный принцип можно реализовать, например, следующим образом: целесообразно демонстрировать «непонятных» больных, привлекать студентов к их обсуждению, анализу возможной причины их болезни, поиску наилучших путей лечения. Очень хорошо, когда студент начинает понимать, что, наряду с классическими нозологическими формами, «понятными» больными, имеется ещё масса больных «непонятных», работая с которыми затруднения испытывают даже опытные преподаватели-клиницисты и врачи с большим стажем.

Следующий принцип – принцип деятельности. Суть его проста и понятна: со знаниями, приобретёнными в процессе обучения в ВУЗе, необходимо работать, они должны быть пропущены через деятельность, то есть студент (тем более выпускник) должен владеть определёнными практическими навыками, приёмами. Чтобы полученные знания стали инструментом, студент должен с ними работать. Бернард Шоу утверждал: «Единственный путь, ведущий к знанию – это деятельность».

Для современного высшего образования актуален поиск возможностей соединения теоретических знаний студентов с их практическими потребностями, поиск новых областей применения теоретических знаний в практической деятельности непосредственно в процессе обучения. Необходимо создавать такие условия учебно-практической деятельности, чтобы студенты могли активно применять имеющиеся у них теоретические знания для решения практических задач, что, в итоге, приведёт к сближению учебной и научной работы студентов в сотрудничестве с преподавателями. Освоение студентами знаний, умений, навыков необходимо организовывать преимущественно в форме деятельности, формировать у студентов творческий подход к решению поставленных перед ними задач. Знания надо применять, преобразовывать, дополнять, рассматривать в разных моделях.

В медицинском ВУЗе принцип деятельности реализуется на практических занятиях, в процессе общения с больными, курации, освоения практических навыков, на производственной практике, во время работы на конференциях, консилиумах, операциях, при обсуждении больных, при отчётах студентов на планёрках, во время волонёрских дежурств в клинике. Студенты медико-профилактического профиля, ко всему вышеизложенному, выполняют ещё практическую работу на разного рода объектах (промышленных, коммунальных, образовательных учреждениях различного типа и т.д.), как самостоятельно, так и под руководством преподавателя. Важные навыки деятельности студенты-медики приобретают во время работы в студенческих научных кружках: осваивают работу с литературой (поиск, подбор, реферирование), работу, связанную с подготовкой доклада, с выполнением клинических или экспериментальных исследований, статистическую обработку данных, презентацию полученных материалов, выступление перед квалифицированной аудиторией и т.д.

Ещё один принцип педагогической техники – принцип обратной связи. Преподаватель при проведении практического занятия должен отслеживать такие параметры студентов, как настроение, степень заинтересованности, уровень понимания и т.д. Для этого у каждого преподавателя есть свой набор приёмов, позволяющих сориентироваться в той или иной обстановке. Другими словами, преподаватель должен постоянно контролировать процесс обучения студентов с помощью системы приёмов обратной связи. И чем больше развита система (будь то педагогическая, экономическая, социальная, техническая система), тем больше в ней механизмов обратной связи.

Последний принцип – принцип идеальности или высокого КПД. Идеальность – одно из ключевых понятий теории решения изобретательских задач (ТРИЗ). Любое наше действие характеризуется не только получаемой от него пользой, но и затратами сил, времени, нервов, денег... Идеальность любого действия (или его КПД) тем выше, чем больше от его выполнения пользы и чем меньше затраты на его выполнение. В связи с этим, применительно к педагогической технике, от некоторых технологий и приёмов отказались из-за низкой идеальности, так как, несмотря на свою полезность, они требо-

вали слишком много сил преподавателя. А идеал преподавателя, к которому необходимо стремиться, это идеал, чтобы преподаватель не уставал, не выматывался при высокой эффективности своего труда. Наверное, этот идеал, как и любой другой, недостижим. И всё же, чем больше активность студентов на занятии, чем выше их самоорганизация, тем выше идеальность обучающего действия. Необходимо максимально использовать знания, возможности, интересы самих студентов с целью повышения результативности и уменьшения затрат в процессе обучения. Также принцип идеальности предполагает активное вовлечение студентов в управление своим коллективом, самостоятельному обучению друг друга.

Принцип идеальности может быть реализован в медицинском ВУЗе, например, при составлении оптимальных диагностических алгоритмов. Для этого студенту предлагаются распространённые, но очень сложные в дифференциальной диагностике синдромы (лихорадка, боли в грудной клетке, повышение СОЭ и т.д.) и даётся задание составить наиболее оптимальный перечень исследований, которые целесообразно провести для того, чтобы разобраться в этом синдроме. Анализируя синдром и составляя алгоритм, студент сначала учится сам, впоследствии, представляя и защищая данный алгоритм перед преподавателем и коллегами, осуществляет обучение других студентов.

Педагогический труд – это особый вид деятельности людей, в котором главную роль играет общение. Повышение его эффективности поэтому остаётся главным резервом совершенствования всего учебно-воспитательного процесса. Одной из составляющих оптимального педагогического общения является совершенное владение преподавателем средствами педагогического воздействия – педагогической техникой, всеми вербальными и невербальными средствами общения со студентами.

Литература:

1. *Беспалько В.П.* Педагогика и прогрессивные технологии обучения. – М., 1995.
2. *Гин А.А.* Приёмы педагогической техники. – Гомель, 1999, С. 8-10.
3. *Дикунов А.М., Костихина Н.М.* Педагогическое мастерство: Учебн. пособие для студ. ин-та физич. культуры. – Омск: ОГИФК, 1994. – С. 33-34.
4. *Зимняя И.А.* Педагогическая психология. – М., 1999.
5. *Кларин М.В.* Технология обучения: идеал и реальность. – Рига: Эксперимент, 1999.
6. *Макаренко А.С.* Собрание сочинений. - Т. 3.
7. Модернизация педагогического образования: Сб. метод. рекомендаций. – Иркутск, 2003. - 176 с.
8. *Петрова Е.А.* Жесты в педагогическом процессе. – М: Московское городское педагогическое общество, 1998. - С. 5.
9. *Роботова А.С., Леонтьева Т.В., Шапошникова И.Г. и др.* Введение в педагогическую деятельность. – М.: Академия, 2000.
10. *Сластёнин В.А., Исаев И.Ф., Шиянов Е.Н.* Педагогика: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Под ред. В.А. Сластёнина. – М.: Академия, 2007. – 576 с.

11. *Смирнов С.Д.* Педагогика и психология высшего образования: от деятельности к личности. – М., 1995.

**ПРЕПОДАВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ТОКСИКОЛОГИИ:
ЕДИНСТВО ИННОВАЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ И
ТРАДИЦИОННОГО ВОСПИТАНИЯ**
Ю.В. Зобнин

Формирование новых концепций высшего профессионального образования в Российской Федерации, в первую очередь, на основе Болонского процесса, изменение учебных планов, в сторону сокращения объема часов, приоритетность практической деятельности, перенос ряда акцентов на последипломную подготовку специалистов, предъявляет особые требования к качеству обучения. Несомненно, что технический прогресс и создание новой оргтехники, средств и способов получения, хранения, передачи и распространения информации, значительно расширили возможности создания методических и дидактических материалов, используемых в преподавании учебных дисциплин.

При этом, происходящие в настоящее время изменения в обществе и, как следствие, в образовании, в том числе и в медицинском, привели к значительному уменьшению времени, используемому для воспитания, как подрастающего поколения, в целом, так и всесторонне развитого специалиста-медика, в частности.

Клиническая токсикология, как раздел медицинского ремесла и науки, как врачебная специальность и учебная дисциплина не является исключением, и ее изучение имеет определенное значение в формировании личности человека, врача, специалиста. Это касается и роли этой области знаний в истории человечества и развития токсикологии как науки. Пониманию единства всего живого способствует изучение токсикодинамики – механизмов токсического действия, в частности, общих эффектов ряда алкалоидов растительного происхождения и медиаторов нервной системы. Для будущего врача важно восходящее к клятве Гиппократова осознание необходимости соблюдения врачебной тайны с точки зрения диалектики пользы и вреда токсикологической информации (сведения о сильнодействующих веществах, смертельных дозах и др.) вследствие возможности ее попадания на нездоровую почву нарушенной психики, аффекта, а то и криминального применения. Неспешное, подробное изучение предмета «клиническая токсикология» сменялось сегодня стремительным ознакомлением с основами клинической диагностики и принципами неотложной помощи при некоторых наиболее распространенных острых отравлениях. Реалии времени потребовали внесения существенных изменений в имеющуюся «Программу по внутренним болезням для студентов высших медицинских учебных заведений (Москва:

ВУНМЦ, 1999)». В частности, введено изучение темы «Отравление наркотическими веществами», за счет уменьшения внимания другим, более редким экзотоксикозам. Изменение этиологической структуры отравлений, наблюдаемое за последнее десятилетие, повлекло и изменение традиционно изучаемого перечня лекарственных препаратов, являющихся причиной острых отравлений.

Квалификационной характеристикой врача - выпускника медицинского вуза по специальности 040100 «Лечебное дело», составленной на основе Государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования (ГОС ВПО) по специальности 040100 "Лечебное дело", утвержденного при согласовании с Минздравом РФ приказом Гособразования РФ №130 мед/сл от 10.03.2000 предусматривает, что врач-выпускник, освоивший основную образовательную профессиональную программу по специальности 040100 "Лечебное дело", должен знать этиологию и патогенез, современную классификацию и клиническую картину отравлений, а также должен уметь оказывать неотложную помощь при отравлениях и интоксикациях. Аналогичные требования предъявляются и утвержденной МЗ РФ (приказ № 237 от 26.08.92) «Квалификационной характеристикой, модного ныне, врача общей практики (семейного врача)», являющейся государственным нормативным документом, который устанавливает ответственность медицинских вузов за качество подготовки и использования врачей общей практики (семейных врачей) и определяет цели и содержание обучения врача, а также служит основой для разработки программы подготовки и тематического усовершенствования, критериев оценки качества подготовки студентов и врачей на различных этапах обучения, организации учебного процесса и проведения аттестации выпускников.

Жесткий лимит времени, отведенного на изучение вопросов клинической токсикологии, потребовал разработки методов преподавания, своеобразной технологии процесса обучения, позволяющей обеспечивать определенный стандарт, стабильное доведение необходимого объема теоретических сведений и практических навыков, направленных, прежде всего, на выработку у студентов способности к осознанному восприятию основополагающих элементов изучаемой темы и, что наиболее важно, и, не исключено, к самостоятельному углубленному освоению некоторых разделов и тем.

Применение на практических занятиях специально разработанных, в определенном порядке скомпонованных и охватывающих ключевые моменты изучаемой темы, вопросов (тестов) программированного контроля знаний позволило осуществлять не только оценку исходного уровня знаний студентов, но и вести теоретический разбор темы, используя предложенные вопросы в качестве канвы обсуждения, и побуждая каждого из студентов участвовать в диалоге с преподавателем и группой. Преподаватель, организуя, регулируя и направляя обсуждение темы, корректирует допущенные ошибки, рекомендует обращение к тем или иным источникам информации, добиваясь

определенного уровня усвоения материала, даже независимо от исходной подготовленности студентов по данной теме.

Основным и наиболее эффективным этапом практического занятия, несомненно, является осмотр и клинический разбор пациентов с той или иной формой острого отравления. Ежеминутно изменяющаяся обстановка в отделении острых отравлений - клинической базе цикла токсикологии – поступление новых больных, резкое изменение состояния пациента, проведение сложных диагностических (компьютерная томография) или лечебных процедур (гемодиализ и др.) позволяют студентам участвовать в лечебном процессе и заставляют преподавателя динамично корректировать план занятия.

Огромное значение в изучении и эффективном освоении изучаемого материала имеет использование ситуационных задач и дидактических материалов (выставки лекарственных средств, элементов оборудования для эффективных методов, фотографий, видеоматериалов, копий историй болезни и др.). Компьютерная и множительная техника позволила создать и постоянно дополнять и изменять коллекцию иллюстративных материалов. Оптимальным можно считать создание комплектов заданий, выдаваемых на руки каждому студенту для индивидуальной работы, и включающих ситуационные задачи, отражающие различные стадии изучаемых нозологических форм, те или иные вопросы клинической и лабораторной диагностики, проведения дифференциальной диагностики, последовательности необходимых лечебных мероприятий на различных этапах оказания медицинской помощи.

На фоне всех инновационных тенденций, в медицинском вузе главной составной частью учебного и воспитательного процесса являются практические занятия, на которых не только закрепляются теоретические знания, полученные студентами из учебников, монографической литературы, лекционного материала и других источников, но и вырабатываются и закрепляются навыки общения с больными, диагностического поиска, определения стратегии и тактики лечебных мероприятий. Современные тенденции развития стационарной помощи, появление страховых медицинских организаций, повышение внимания к вопросам соблюдения прав пациента, создают определенные трудности в организации клинических разборов, заметно акцентируя необходимость тщательного соблюдения деонтологических принципов преподавателями и студентами.

Постоянно меняющаяся ситуация на клинической базе цикла в связи с экстренным поступлением больных позволяет максимально разнообразить самостоятельную работу студентов активным участием в неотложных диагностических и лечебных мероприятиях, курацией больных в палате интенсивного наблюдения и в реабилитационных палатах, лаборатории экстракорпорального очищения организма.

Изучение клинической токсикологии непосредственно у постели больного, совершившего суицидальные действия, или попавшего на больничную койку в результате злоупотребления алкоголем или передозировки наркотических веществ, или вследствие преступной халатности и неосторожного об-

ращения сильнодействующими веществами в быту, а может быть и криминальных действий, оказывает на будущих врачей огромное эмоциональное воздействие, оставляя неизгладимый след не только в профессиональной памяти, но и, хочется надеяться, создавая в душе стойкое отвращение к наркотикам и зеленому змию.

Пожалуй, что познание нелепости и абсолютной неоправданности большинства ситуаций, приводящих к острым отравлениям, особенно с фатальным исходом, может дать студенту или молодому врачу осознание предельной хрупкости и ранимости человеческой психики и самой жизни, понимание насущной необходимости максимально бережного отношения к собственному здоровью и жизни, а также к здоровью и жизни близких и окружающих людей.

Среди пациентов нередко встречаются лица с установленным или впервые выявленным диагнозом ВИЧ-инфицирования, а также имеющие какие-либо проявления СПИДа. Для преподавателя весьма сложным, с точки зрения соблюдения прав пациента, а также сохранения благоприятной психологической обстановки в студенческой группе, является разрешение дилеммы, связанной с необходимостью дать студенту более полную информацию о курируемом больном или определенного ограничения выдаваемой информации в зависимости от конкретной ситуации. Можно только предполагать каким психологическим потрясением для пациента может обернуться и неосторожно оброненное слово и разглашение врачебной тайны.

Все более широкое использование преподавателем и студентами сети Интернет, значительно расширило возможности получения современной информации по самым различным сферам изучаемой дисциплины. Чрезвычайно важно своевременное получение принимаемых нормативных актов и документов, издаваемых справочных материалов и алгоритмов, федеральных стандартов, сведений о научных и иных публикациях, иллюстративных материалов, возможность обращения к мировым базам данных и другой информации. Возможности сети Интернет не только облегчили, но и, в определенной степени, затруднили деятельность преподавателя, заставляя его не только более или менее эффективно ориентироваться в объеме информации, но и быть настороже в отношении появления ошибочной, малодостоверной или неправильно интерпретированной информации, особенно предоставляемой студентами в виде «нечитанных и неписанных рефератов» или иных «скачанных» из мировой сети творений.

Использование современных технологий значительно расширило возможности подготовки и проведения лекций. Это касается и постоянного дополнения, уточнения и редактирования текстов лекций, а также и иллюстративного сопровождения лекционного материала. В зависимости от технической оснащённости аудиторий, в лекционном курсе используются традиционные средства и новейшее оборудование. Несомненно, оправдывает мультимедийное сопровождение лекций компьютерными презентациями. На сегодняшний день, благодаря поддержке администрации Иркутского государ-

ственного медицинского университета, лекции по клинической токсикологии для студентов дневного и вечернего отделений лечебного факультета читаются в таком сопровождении. Наличие электронных версий лекций и размещение части из них на сайтах сети Интернет («Острые отравления. Принципы диагностики и лечения» // "Врач-аспирант" в рубрике «Библиотека сайта» по адресу: <http://www.disser.ru/library/132.htm> и др.), создает возможности предоставления студентам расширенных и дополненных вариантов. Правда, мы столкнулись и с тем, что распространение таких материалов ставится самими студентами на коммерческую основу со ссылкой на преподавателя. Вероятно, что последующая аналитическая оценка эффективности использования технических средств по сравнению с традиционным общением лектора с аудиторией слушателей, внесет свои коррективы для определения оптимального соотношения традиции и новизны.

Как ни странно, современные технические возможности привели к тиражированию имевшихся в учебных, справочных и иных материалах устаревших сведений, а то и заведомо грубых ошибок (напр.: рекомендация введения 40% р-ра глюкозы 40 мл с 15 ЕД инсулина при алкогольной коме, попавшая даже в Федеральные стандарты оказания помощи при острых отравлениях). Это обязывает к подготовке и изданию собственных методических материалов, в том числе и в электронном виде. Так, в дополнение к изданным ранее материалам, из печати вышла брошюра: «Эпидемиология острых отравлений опиатами и героином: клиника, диагностика и лечение на догоспитальном и госпитальном этапе: Методическое письмо для врачей» под редакцией профессора В.Г. Сенцова, созданная в соавторстве с сотрудниками кафедры клинической токсикологии и скорой помощи Уральской государственной медицинской академии и - утвержденная заместителем министра здравоохранения РФ Р.А. Хальфиным.

Развивающееся сотрудничество Иркутского государственного медицинского университета с Госпитально-Университетским центром Гренобля, в том числе в области клинической токсикологии, позволило получить для использования в учебном процессе образцы современных средств детоксикации и антидотной терапии (Carbomix, Fluimucil, Fomepizole AP-HP), а также базы данных TOX-IN «PARACELSE», бюллетеня Ассоциации клинических токсикологов Франции «INFOTOX» и другие материалы. Особое значение в этой деятельности имеет возможность участия в работе Ежегодных конгрессов Ассоциации, а французских коллег – в российских токсикологических форумах, а также подготовки совместных научных публикаций (Савьюк Ф., Данель В., Зобнин Ю.В. «Острое отравление парацетамолом: неотложная помощь» в «Сибирском медицинском журнале», 2008, № 6) и др.

Интересным примером инновационной деятельности можно назвать разработанную нами совместно с программистом Н.А. Азьмуко компьютерную обучающую и контролирующую программу «Принципы диагностики и лечения острых отравлений», предназначенную для самостоятельной работы студентов и работы под руководством преподавателя. Созданная на базе уни-

версальной программной оболочки «Эрудит» данная программа содержит большой текстовый материал, значительное число наглядных иллюстраций (фотографий, таблиц, схем и др.), тесты рубежного и итогового контроля. Опыт применения программы позволяет считать ее использование достаточно эффективным, вследствие возможности дать обучаемым большой объем информации и проверить ее усвоение. Одним из положительных эффектов использования программы является нивелирование существующей у студентов традиции, приходиться на первое занятие цикла в состоянии *tabula rasa*. Примененный в программе принцип формирования и подачи материала позволяет рекомендовать его для разработки электронных пособий, в том числе для самостоятельной работы обучающихся на додипломном и последипломном этапах, и может служить одним из шагов создания инновационных технологий обучения

Многолетний опыт преподавания клинической токсикологии позволяет утверждать, что использование разнообразных инновационных технологий, базирующихся на современных технических средствах и, безусловно, на творческом отношении к делу, позволяет не только интенсифицировать изучение предмета, даже создавая риск некоторого отдаления личности преподавателя от личности студента, но при разумном сочетании старого и нового, оставляя место и для взаимного положительного влияния воспитателя и воспитанника, и для сохранения в памяти студентов нечто большего, чем обрывки сведений о пройденном предмете. Можно полагать, что разработка инновационных методов обучения и передачи знаний своим будущим коллегам, кроме прочего, может служить для преподавателя и средством предотвращения профессионального выгорания. Важное место в процессе обучения и, наверное, воспитания принадлежит работе с монографической и учебной литературой, компьютерными обучающими и тестирующими программами, методическими и дидактическими материалами, учебно-исследовательской работе студентов, позволяющими не только оптимизировать усвоение изучаемого материала, но и оказать необходимое воспитательное воздействие на будущего врача и молодого специалиста.

**ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ ПАТОЛОГИИ У
СТУДЕНТОВ ОЧНО-ЗАОЧНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ПО
СПЕЦИАЛЬНОСТИ «СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО»**

И.Ж. Семинский, С.Ф. Непомнящих, Л.О. Гуцол

На факультете «Менеджмент в здравоохранении, медицинское право, медицинская биохимия» Иркутского государственного медицинского университета имеются свои особенности преподавания вследствие того, что большинство студентов обучаются на очно-заочном отделении по интенсивной схеме: в течение двух недель читаются установочные лекции, затем студенты дома в течение двух месяцев обучаются самостоятельно, после чего приезжают на установочную сессию. На факультете для студентов имеется

современная техника: мультимедийные классы, экран и стереозвуковые колонки, портативные переносные компьютеры типа notebook, кодоскоп, позволяющий вести преподавание на ином качественном уровне.

Курс патологии на факультете «Менеджмент в здравоохранении, медицинское право и медицинская биохимия» ведется сотрудниками кафедры патологии с курсом клинической иммунологии и аллергологии. Изучение патологии определяется её спецификой. Это наука экспериментальная, медицинская, изучающая причины, условия, наиболее общие механизмы и закономерности возникновения и развития заболеваний, патологических процессов, патологических состояний и их морфологию. Для успешного изучения и усвоения материала необходимо иметь не только хорошую память, но и четкое представление о динамике процессов, протекающих в организме. Патология — это теоретическая база для всех клинических дисциплин. В основе развития любого заболевания лежат общие типовые процессы: нарушения микроциркуляции, воспаление, лихорадка и т.д., изучение которых и является прерогативой общей патологии.

В наше время стремительное развитие медицины и в частности патофизиологии и патологии привело к накоплению огромного объема знаний, которые необходимо изложить в ограниченный промежуток времени, с учётом конкретной цели обучения (специализации студента). Авторы различных учебных пособий и монографий подходят к проблеме структуризации различного, выделяя и подчёркивая те стороны объема патофизиологических знаний, которые кажутся им наиболее важными. Поэтому у студентов возникают значительные трудности при самостоятельной работе с литературой. Для облегчения усвоения материала, выявления наиболее важной информации студентам заочно-очной формы обучения выдаются лекции в электронном виде после их прослушивания в период установочного цикла лекций. Прослушав лекции, каждый из студентов снабжается копией, где материал отобран и логически выстроен в соответствии с требованиями учебной программы, с которой он может работать самостоятельно, что позволяет студенту-заочнику уделить больше внимания и времени самому процессу усвоения знаний и обеспечивает возможность более быстрого и удобного усвоения полученных знаний

Преподавание патофизиологии и патологии традиционно строится на демонстрации внешних проявлений патологических процессов, моделируемых на животных. Дистанционный метод обучения не позволяет использовать стратегию, основанную на постановке учебных экспериментов. Но имеющаяся на факультете современная аппаратура позволяет сопровождать теоретический материал иллюстрациями, графиками, схемами, созданными с использованием современных графических компьютерных программ. Такой способ имеет ряд преимуществ. В статичных и анимированных иллюстрациях имеется возможность наглядно и красочно представлять морфологические изменения в тканях и органах, развивающиеся при патологических процессах и состояниях, проследить логические связи между отдельными стадиями

патологических процессов. Всё это способствует формированию у студента более прочных ассоциативных связей и тем самым лучшему закреплению учебного материала. Иллюстраций может быть любое количество, тогда как число экспериментов в учебном курсе по необходимости строго ограничено. К тому же, устраняется необходимость использования лабораторных животных, что позволяет сократить расходы и лучше соответствует современному пониманию медико-биологической этики (не отнимать жизнь живых существ без насущной необходимости).

Таким образом, используя преимущества оснащения нового факультета, наличие современной компьютерной и демонстрационной аппаратуры студенты-заочники факультета «Менеджмент в здравоохранении, медицинское право, медицинская биохимия» успешно овладевают знаниями по курсу патологии.

КЛЮЧЕВЫЕ ВОПРОСЫ ДИСТАНЦИОННОГО ПРЕПОДАВАНИЯ ФАРМАКОЛОГИИ У СТУДЕНТОВ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО»

Г.З. Суфианова, Л.Н. Минакина, Л.А. Усов

На сегодняшний день актуальной тематикой научных исследований в области педагогики высшей школы являются вопросы внедрения технологии дистанционного обучения [1]. В медицинском ВУЗе внедрение таких технологий сопряжено со значительными трудностями и имеет ряд особенностей [2,3].

Подготовка к преподаванию фармакологии на факультете «Менеджмент в здравоохранении, медицинское право, медицинская биохимия» по специальности «сестринское дело» в Иркутском государственном медицинском университете включала в себя:

- 1) разработку рабочих программ для очной и очно-заочной форм обучения;
- 2) создание обучающей программы по предмету в системе дистанционного обучения «Гекадем» для студентов очно-заочного отделения.

Студенты этого факультета приходят на кафедру фармакологии на 2 курсе, имея минимальные знания по основным теоретическим дисциплинам, что создает дополнительные трудности для полноценного усвоения программных знаний по фармакологии.

Обучающая программа содержит текстовую часть и различные виды контроля усвоения знаний: выбор правильных ответов (тесты типа «Multiple choice»), ситуационные задачи, задания типа «вопрос-ответ». Предпочтение отдавали двум последним видам контроля знаний, поскольку они предполагают общение студента с преподавателем через Интернет. При разработке тем было дано краткое содержание материала в максимально доступной форме с использованием таблиц, рисунков, схем. Учебного пособия по основам фармакологии и клинической фармакологии, которое в полной мере от-

вечало бы необходимым требованиям и было доступно для студентов заочно-очного отделения, просто нет. Было также учтено, что на врачебных факультетах фармакология изучается на 3 курсе, когда студенты уже владеют знаниями по анатомии, физиологии, биохимии, а также параллельно изучают патологическую анатомию и патологическую физиологию. Поэтому при изложении материала делали отступления, объясняли некоторые термины, понятия.

Поскольку выпускники факультета менеджмента, медицинского права не будут заниматься непосредственно лечебной работой, теряет смысл практическая часть занятий по фармакологии: выписывание рецептов по показаниям с учетом фармакокинетики, фармакодинамики лекарственных препаратов. Поэтому основное внимание при создании обучающей программы уделено теоретическим вопросам: номенклатуре, основным механизмам действия, особенностям отдельных препаратов, их применению, побочным эффектам и взаимодействию препаратов из разных групп. Особое внимание уделяется правилам хранения лекарственных средств, роли медицинской сестры в осуществлении лекарственной терапии и контроле ее эффективности и безопасности. Требование знаний форм выпуска и применения, а также оформления в виде рецепта мы сочли целесообразным оставить только для жизненно важных препаратов (средств экстренной помощи), понятие о которых необходимо иметь любому близкому к медицине специалисту.

Что касается студентов очного отделения этого факультета, то они слушают лекционный материал и занимаются на практических занятиях, участвуют в семинарах, пользуются методической литературой, созданной на кафедре; достаточно хорошо обеспечены учебной литературой.

Литература:

1. *Курганская Г.С.* Единое образовательное пространство в среде интернет-системы «ГЕКАДЕМ». // Global Integration of Graduate Programmes GIGP2005 at Irkutsk State University, Irkutsk, Russia. Proceedings. / Ed. A. Moscardini, M. Loutfi, G. S. Kurganskaya. - Irkutsk. – P. 145-158.
 2. *Малов И.В., Погорелова И.Г., Гуцол Л.О.* Организация дистанционного обучения в ИГМУ – первый опыт, проблемы, перспективы. // Global Integration of Graduate Programmes GIGP2005 at Irkutsk State University, Irkutsk, Russia. Proceedings. / Ed. A. Moscardini, M. Loutfi, G. S. Kurganskaya. - Irkutsk. – P. 163.
 3. *Микитенко Д.А., Калягин А.Н.* Обучающие информационные технологии в дистанционном медицинском образовании. // Украинский журнал телемедицины и медицинской телематики. – 2005. – Т.3. №2. – С. 184-189.
-

МЕНЕДЖЕРСКАЯ ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА У СТУДЕНТОВ, ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ

**«СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО»
А.Н. Калягин, Е.В. Жукова**

Практика студента – это возможность приблизиться к переднему краю своей будущей профессиональной деятельности. Не только посмотреть, как организована работа, но и принять в ней непосредственное участие, не в искусственных, а в реальных условиях.

Как свидетельствуют методические рекомендации Министерства образования Российской Федерации, основными видами практики студентов высших учебных заведений, обучающихся по основным образовательным программам, являются учебная, производственная и преддипломная [8]. Государственный образовательный стандарт высшего профессионального образования для студентов, которые получают высшее сестринское образование [2], определяет требования к организации практики, ее назначение, продолжительность, базы проведения, перечень умений, которые должен освоить студент к концу практики. Об организации преддипломной менеджерской производственной практики на примере Чувашского государственного университета им. И.П. Ульянова подробно пишет А.В. Голенков [1]. Однако государственный образовательный стандарт включает в себя

- 1 Психолого-педагогическую практику – 2 недели на третьем семестре. База практики -средние медицинские учебные заведения.
- 2 Стажер старшей медицинской сестры отделения (менеджерская практика I) – 4 недели после окончания шестого семестра. База практики – лечебно-профилактические учреждения (амбулаторно-поликлинические и больничные).
- 3 Педагогическая практика - в качестве преподавателя медицинского училища – 4 недели на пятом семестре. База практики - средние медицинские учебные заведения.
- 4 Стажер главной медицинской сестры (менеджерская практика II) – 4 недель на седьмом семестре. База практики – лечебно-профилактические учреждения (амбулаторно-поликлинические и больничные).
- 5 Преддипломная практика – 10 недель на восьмом семестре. База практики – профессионально-образовательные и лечебно-профилактические учреждения.

В этой работе мы обсудим только менеджерские производственные практики, которые в Иркутском государственном медицинском университете курируются кафедрой пропедевтики внутренних болезней, расположенной на базе крупного лечебно-профилактического учреждения – Клинической больницы №1 г. Иркутска.

Ключевые задачи любой менеджерской производственной практики сводились к следующему перечню:

- Уметь применять полученные в ВУЗе теоретические знания и практические умения для решения конкретных задач практической деятельности медицинских работников, менеджеров сестринского дела;
- Закрепить практические умения по осуществлению производственной деятельности в вопросах организации здравоохранения и сестринского процесса;
- Научится применять на практике теоретические знания по повышению квалификации сестринского персонала, в соответствии со стратегией развития учреждения, его кадровой политикой, направлением и уровнем развития медицинских технологий;
- Ознакомиться с производственными достижениями, воспитательной и профилактической работой на местах будущей работы;
- Проводить обучения пациентов и членов их семей навыкам сохранения и укрепления здоровья;
- Научить использовать полученные в ВУЗе навыки научно-исследовательской работы в условиях практического здравоохранения.

Менеджерские I и II производственные практики осуществляются для студентов только дневной формы обучения, а преддипломная – ещё и для студентов заочной формы обучения. Нами были подготовлены 3 дневника, предназначенные для облегчения проведения производственной практики. В дневниках практик содержались сведения о целях и задачах практики, определены обязанности студента во время прохождения практики, приведены примеры оформления ежедневных дневниковых записей, характеристики студента с базы практики.

Большую работу выполняли руководители базовых лечебно-профилактических учреждений, которые предоставляли место прохождения практики, определяли индивидуальную программу для каждого студента, оценивали результаты его деятельности и давали итоговую характеристику.

Обязанности студента во время прохождения практики:

1. Полностью выполнять задания, предусмотренные программой практики.
2. Приходить на базу практики в соответствии с графиком работы лечебного учреждения в медицинской форме одежды.
3. Подчиняться правилам внутреннего распорядка базового лечебного учреждения.
4. Соблюдать правила техники безопасности и охраны труда базового лечебного учреждения.
5. Выполнять любые действия только под контролем руководителя с базы практики (старшей или главной медицинской сестры), просить помощи в сложных ситуациях, а не допускать самонадеянности.
6. Нести ответственность (кроме материальной) за выполненную работу и её результаты.
7. выполнять задания по общественной работе, активно участвовать в общественной жизни коллектива учреждения (структурного подразделения),

работе Совета медицинских сестёр учреждения и регионального отделения Ассоциации медицинских сестёр.

8. Проводить работу по повышению уровня профессиональных знаний, умений и навыков сестринского персонала в соответствии с современным уровнем развития сестринского дела и медицинских технологий.
9. Осуществлять методическое руководство деятельностью медицинских сестёр по обучению пациентов, членов их семей по вопросам укрепления и сохранения здоровья.
10. Проводить анализ качественных результатов обучения и его эффективности, разработку предложений по совершенствованию форм и методов обучения и повышения квалификации.
11. Проводить сестринские семинары, конференции, практические занятия.
12. Сохранять медицинскую тайну.
13. Вести дневник практики, ежедневно подписывать его у старшей (главной) медсестры, а по окончании практики – у главной медсестры или главного врача.
14. Подготовить отчёт по практике.
15. По окончании прохождения практики явиться на зачёт с оформленным по всем правилам дневником практики, отчётом по практике, на зачёте предусмотрена защита отчёта по практике.

Менеджерская практика I. Назначение практики: изучение работы старшей медицинской сестры, формирование и развитие профессиональных умений принятия самостоятельных решений в качестве стажера старшей медицинской сестры отделения лечебно-профилактического учреждения. К концу практики студент должен владеть основными профессиональными умениями, соответствующими квалификационным требованиям и должностным обязанностям старшей медицинской сестры лечебно-профилактического учреждения.

Прошло практику уже более 15 человек. Типичный день практики описывался студентами следующим образом: «Утром проверил учётно-отчётную документацию дежурной смены (журнал движения больных, выполнения назначений, списания сильнодействующих препаратов) и санитарно-эпидемиологический режим процедурных кабинетов после её работы. Принял участие в утренней планёрке в отделении (вёл журнал планёрки). Распределил медицинских сестёр отделения для разведения больных на процедуры. Составил заявку на медикаменты для отделения. Получил необходимые медикаменты в аптеке. Подготовил листки нетрудоспособности в соответствии с указаниями лечащих врачей».

Менеджерская практика II. Назначение практики: изучение работы главной медицинской сестры, формирование и развитие профессиональных умений принятия самостоятельных решений в качестве стажера главной медицинской сестры лечебно-профилактического учреждения. К концу практики студент должен владеть основными профессиональными умениями, соответствующими квалификационным требованиям и

должностным обязанностям главной медицинской сестры лечебно-профилактического учреждения.

Прошло практику уже более 10 человек, учитывая, что она приходилась на зимние месяцы, все студенты могли принять участие в подготовке годовых отчётов по сестринской службе. Типичный день практики описывался студентами следующим образом: «Принял участие в утренней общебольничной планёрке (вёл журнал планёрки). Утром проверил учётно-отчётную документацию, предоставленную старшими медицинскими сёстрами (журнал учёта сильнодействующих препаратов). Проводил оценку санитарно-эпидемиологического режима процедурных кабинетов гинекологического отделения совместно с госпитальным эпидемиологом. Участвовал в организации и проведении еженедельной утренней планёрки старших медицинских сестёр, выступал с докладом «Безопасная больничная среда». Принимал участие в подготовке годового отчёта сестринской службы».

Преддипломная практика. Цели преддипломной практики: 1) Знакомство с реальными условиями предстоящей профессиональной деятельности, выявление возможностей применения в этих условиях полученных знаний и умений в области административно-управленческой и психолого-педагогической деятельности. 2) Подготовка к государственной аттестации, в процессе которой проверяется не сумма изолированных знаний и умений, а осуществляется оценка качества профессионально ориентированного обучения. 3) Решение прикладной научно-исследовательской или практической задачи в области сестринского дела (для выпускников, выполняющих дипломную работу).

Задачей практики являлось изучение работы старшей сестры терапевтических, хирургических отделений, главной медицинской сестры стационара и поликлиники, а также заведующей статистическим кабинетом, формирование и развитие профессиональных умений принятия самостоятельных решений в качестве менеджера сестринского дела лечебно-профилактического учреждения.

Организация практики идёт в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Иркутской области, Департамента здравоохранения и социальной помощи населению г. Иркутска и ректора ГОУ ВПО ИГМУ Росздрава. Практика проводилась в соответствии с программой практики, использовался дневник производственной практики, перечень контрольных вопросов к зачёту и тематика учебно-исследовательской работы (рефераты и доклады для медсестёр в отделениях, форма итогового отчёта по практике).

Проходили практику 87 человек – студенты очно-заочного отделения 5 курса и 5 человек – студенты очного отделения 4 курса факультета «Менеджмент в здравоохранении, медицинское право, медицинская биохимия» (специальность «сестринское дело»).

Большая часть студентов проходили практику на базе МУЗ «Клинической больницы №1 г. Иркутска», ГУЗ «Иркутской государственной област-

ной ордена «Знак Почёта» клинической больнице», ГУЗ «Иркутского областного онкологического диспансера», ГУЗ «Иркутской областной инфекционной клинической больницы», ГУЗ «Иркутского областного кожно-венерологического диспансера», МУЗ «Городской больницы №5» г. Братска, Больницы скорой медицинской помощи г. Ангарска, Городской клинической больницы скорой медицинской помощи им. В.В. Ангапова (Улан-Удэ), Отделенческой железнодорожной больницы на станции Тайшет, в клинике «МедиаЛ», которые располагают отделениями хирургического и терапевтического профиля, поликлиническим подразделением, а также статистической службой.

Все студенты подготовили отчёт по практике, содержащий примеры типичных документов. Одна медицинская сестра с большим опытом организационно-методической работы представила собственные технологические карты разных этапов сестринского процесса, разработанные в её клинике. Другие сестры постарались представить перечень документов, которые необходимы при лицензировании ЛПУ для примера. Были оригинальные презентации докладов, посвящённых обучению медицинских сестёр отделений и подразделений.

Несколько студентов использовали преддипломную практику для подготовки выпускных квалификационных (дипломных) работ [3, 5]. В период практики студенты определялись с тематикой исследования, его целью и задачами, проводился поиск литературы по избранной тематике. Была подготовлена сама работа и проведено её рецензирование. Все выполненные квалификационные исследования были приняты к защите и успешно защищены.

Таким образом, производственные менеджерские практики позволяют студентам лучше познакомиться со своей будущей профессиональной деятельностью, качественнее освоить программу обучения в ВУЗе.

Литература:

1. *Голенков А.В.* Преддипломная практика на факультете высшего сестринского образования. // *Медицинская сестра.* – 2008. - №3. – С. 41-44.
2. Государственный образовательный стандарт высшего профессионального образования 040600 — Сестринское дело. Квалификация менеджера. — М., 2000.
3. *Дипломная работа* // *Большая советская энциклопедия.* — М., 1972. — Т. 8. — С. 292.
4. Квалификационная характеристика выпускника по специальности 040600 «Сестринское дело» / Сост. В.А. Лапотников, Т.Я. Рябчикова. — М., 2000. — 14 с.
5. Положение о выпускной квалификационной дипломной работе для выпускников медицинских вузов по специальности 040600 — Сестринское дело / Составители: Г.М. Перфильева, Ю.С. Пац, Л.И. Валентинович. — М., 2001. — 12 с.
6. Положение о производственной практике студентов высших учебных заведений // *Высшая школа: Сб. основных постановлений, приказов и инструкций* / Под ред. Е.И. Войленко. — М., 1978. — Т.1. — С. 240—245.
7. Примерные должностные инструкции персонала лечебно-профилактических учреждений. В 2 т. / Составители: Ю.И.Зотов, В.В.Степанов. — М., 1999. — Т.1. — 160 с.; Т.2. — 272 с.

8. Рекомендации по организации практики студентов образовательных учреждений высшего профессионального образования от 03.08.2000. №14-55-484ин/15. — Министерство образования Российской Федерации. — М., 2000. — 6 с.
-

**ИННОВАЦИОННЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ОБУЧЕНИЯ НА ОЧНО-
ЗАОЧНОМ ОТДЕЛЕНИИ ФАКУЛЬТЕТА ПОДГОТОВКИ
МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЁР-МЕНЕДЖЕРОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА
А.Н. Калягин, Ю.А. Горяев, Н.Ю. Казанцева**

Образовательный процесс на современном этапе подразумевает внедрение новых эффективных форм работы со студентами. Особенно важным это становится в случаях необходимости получения дополнительной профессиональной подготовки уже работающими специалистами [10, 11]. С 1991 года в Российской Федерации назрела необходимость подготовки медицинских сестёр-менеджеров в условиях факультетов высшего сестринского образования (ВСО) медицинских ВУЗов. Такие специалисты, лидеры сестринского дела, требовались для организации эффективного управления сестринской деятельностью на уровне конкретного отделения, лечебно-профилактического учреждения, города или даже субъекта Российской Федерации.

Первоначально такой подготовкой занимался факультет ВСО Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова, возглавляемый деканом, профессором Г.М. Перфильевой. Акцент был сделан на очную форму обучения, но время показало, что данная форма не очень удобна для массовой подготовки специалистов, которые занимают руководящие посты (старших и главных сестёр, главных специалистов по сестринскому делу городского и регионального уровней) и не могут длительное время быть оторванными от своей работы. Это позволило уже вскоре оптимизировать данную ситуацию и перераспределить основной упор подготовки вначале на вечернюю, а затем – очно-заочную формы обучения. Довольно быстро инициативу по организации факультетов ВСО подхватили ВУЗы различных регионов страны.

В Иркутском государственном медицинском университете факультет «Менеджмент в здравоохранении» (специальность «сестринское дело») был организован в 2004 году, когда представления о рациональности подготовки большинства студентов в рамках очно-заочной формы обучения уже окончательно сформировались [1, 4, 5]. Факультет был создан благодаря усилиям, в то время проректора по учебно-воспитательной работе, профессора И.В. Малова, который непосредственно курировал его в первые годы.

Важным вопросом, который возник в этот период времени, стало рациональное методологическое обеспечение очно-заочной формы обучения. Было необходимо подготовить для студентов базу освоения как чисто теоретических дисциплин, так и дисциплин практических (клинических). Для ос-

воения последних необходимо прикладывать большие усилия, что обусловлено спецификой усвоения знаний.

В связи с этим было решено упорядочить работу студентов не только в период учебных сессий, но и на заочном (дистанционном) этапе. Для этой цели была избрана система дистанционного обучения студентов «ГЕКАДЕМ», разработанная в Иркутском государственном университете под руководством профессора Г.С. Курганской [1, 4, 5]. Данная система уже имела большое число положительных отзывов от разных ВУЗов Российской Федерации, постоянно совершенствовалась и поддерживалась авторами. В программе «ГЕКАДЕМ» имеются возможности создания учебных курсов различной сложности и в соответствии с различными учебными программами по одному предмету, организации дифференцированных путей обучения для студентов с различным уровнем подготовки, формирование различных форм контроля (индивидуальные и групповые проекты, форумы, тесты различного уровня сложности). Необходимо отметить, что на момент написания данной статьи запущена уже 3 версия данного программного продукта.

Первоначальное обучение всех преподавателей Иркутского государственного медицинского университета взяла на себя непосредственно профессор Г.С. Курганская, с которой были налажены хорошие контакты администрацией ВУЗа. В относительно короткий срок были разработаны дистанционные курсы для обучения студентов первого курса, а в дальнейшем поэтапно и других курсов нового факультета.

Одним из основных плацдармов внедрения новой методики обучения стала кафедра пропедевтики внутренних болезней, на которой было организовано преподавание 3 предметов: теории сестринского дела, пропедевтики внутренних болезней и сестринского дела в гериатрии, а также проведение 3 производственных менеджерских практик. Уже с первых дней на кафедре был определён один ответственный сотрудник, реализующий всю работу на новом факультете.

Предмет теории сестринского дела, как следует из его названия, является чисто теоретической дисциплиной, которая преподаётся на 1 курсе. При работе над его внедрением в образовательный процесс возникла необходимость, прежде всего, подготовки адекватной базы у самого преподавателя. Преобразования в сестринском деле, которые происходили в последние годы, нашли отражение в специализированных журналах, учебниках и учебных пособиях, но в целом не были известны широкой медицинской общественности. Именно это и служило основным сдерживающим моментом подготовки методической базы. Эти проблемы были решены в короткий срок. В течение 6 месяцев были разработаны рабочие программы по учебной дисциплине, создано учебное пособие для студентов очно-заочной формы обучения [2], подготовлены 7 мультимедийных презентаций для сопровождения лекционного курса, разработан дистанционный курс в системе «ГЕКАДЕМ» с использованием практически всех возможных форм контроля, подготовлены вопросы для итогового контроля (зачёта) по дисциплине. Первый год работы

показал, что ключевые позиции и акценты были расставлены верно, пришлось лишь внести незначительные изменения в систему тестового контроля знаний студентов и сделать более жёсткими критерии выставления оценки по каждому из тестов [3, 4]. Освоение дисциплины шло у всех студентов живо и динамично. В последние годы имеющийся методический блок был дополнен сборником ситуационных задач и показом учебного фильма.

Дисциплина пропедевтики внутренних болезней является клинической дисциплиной и преподаётся на 2 курсе. Ключевые проблемы в разработке методики её очно-заочного преподавания состояли в необходимости освоения практических навыков обследования больного. По аналогии с предыдущей дисциплиной, для студентов дистанционной формы были разработаны рабочие программы, созданы мультимедийные презентации для сопровождения лекционного курса, разработан дистанционный курс в системе «ГЕКАДЕМ» с использованием тестовых заданий и метода индивидуальных проектов – подготовки академической истории болезни, составлены теоретические вопросы и перечень практических навыков для итогового контроля (экзамена) по дисциплине [6, 8].

Инновацией стал снятый специально с помощью студентов нового факультета учебный фильм по методике исследования больного, в котором преподаватель демонстрирует все навыки квалифицированного физикально-исследования. На первом этапе студенты знакомились с методикой исследования больного в аудитории на конкретном больном, а затем уже внеаудиторно с помощью фильма отработывали практические навыки [7, 8]. Другой инновацией стала программа «Симулятор аускультации сердца», разработанная студентами Национального медицинского университета им. Богомольца (Киев, Украина) при поддержке сотрудника Иркутского государственного медицинского университета. Ссылка на этот симулятор располагалась в «ГЕКАДЕМЕ» и студенты имели возможность внеаудиторно самостоятельно знакомиться со звуковыми явлениями, выслушиваемыми в сердце, разбирали толчки аускультации и т.д. [9].

По итогам первого года обучения были получены неплохие результаты работы по данной дисциплине. Хотя отмечены и недостатки – студенты в недостаточной степени внеаудиторно осваивают практические навыки. Поэтому пришлось особое внимание уделить разъяснению значимости отработки практических навыков обследования больного, выдать учебные пособия по написанию истории болезни, где представлен весь перечень этих навыков поэтапно [8].

Дисциплина сестринского дела в гериатрии представляет собой гармоничный синтез теоретических и практических направлений, она преподаётся на 4 курсе. Подготовительные этапы работы соответствовали предыдущим: создание рабочей программы, дистанционного курса обучения в «ГЕКАДЕМЕ», также был реализован метод индивидуальных проектов – студенты самостоятельно готовят памятки для пожилых и старых больных по актуальным для них проблемам, подготовлены вопросы для итогового контроля (эк-

замен). Результаты работы по этому предмету оказались хорошими и практически не потребовали внедрения каких-либо корректив, что объясняется достаточным опытом при подготовке дистанционных образовательных курсов, накопленным кафедрой.

Организация производственных практик I менеджерской (стажёр старшей медицинской сестры), II менеджерской (стажёр главной медицинской сестры) и преддипломной включала создание программ практик, а также дневников по каждой из производственных практик. В дневниках в обязательном порядке отражалась работа студента-практиканта, перечень нормативной документации, с которой он знакомился в период практики, типовая должностная инструкция сестринского руководителя, у которого стажировался практикант. В качестве дополнительного задания было предусмотрено подготовить реферат, прочитать лекцию для персонала отделения (подразделения), в котором работал практикант. Во время прохождения преддипломной практики студенты готовили методические материалы для работы медицинских сестёр тех отделений и подразделений, где они работали, составляли перспективные планы работы на год, полугодие и т.д. по различным направлениям сестринской деятельности.

Таким образом, работа по организации обучения на новом факультете «Менеджмент в здравоохранении» (специальность «сестринское дело») потребовала использования широкого арсенала инновационных методик работы. Очень ценным инструментом организации дистанционной модели обучения оказалась разработанная в Иркутском государственном университете система «ГЕКАДЕМ». Положительный опыт формирования методического базиса дистанционного преподавания по клиническим и теоретическим медицинским дисциплинам может быть рекомендован для широкого использования в других ВУЗах России.

Литература.

1. Калягин А.Н. Информационные технологии при организации обучения студентов по специальности «менеджмент в здравоохранении» в медицинском ВУЗе. // Современные проблемы информатизации в непромышленной сфере и экономике. Сборник трудов по итогам X Международной открытой научной конференции. Вып. 10. / Под ред. О.Я. Кравца – Воронеж: Научная книга, 2005. – С. 72-73.
2. Калягин А.Н. Лекционные таблицы по теории сестринского дела: Учебное пособие для студентов очно-заочной формы обучения по специальности «сестринское дело». / Под ред. Ю.А. Горяева. – Иркутск: ИГМУ, 2004. – 46 с.
3. Калягин, А.Н. , Горяев Ю.А. Первые итоги дистанционного обучения по теории сестринского дела. // Инновационные технологии обучения в ИГМУ. / Под ред. И.В. Малова, Ю.А. Горяева. - Иркутск: ИГМУ, 2006. – С. 62-64.
4. Калягин А.Н., Жукова Е.В. Дистанционное обучение по «Теории сестринского дела» в системе ГЕКАДЕМ 2.0. // Инновационные технологии в образовательной, научной и клинической работе Иркутского государственного медицинского университета (информационный бюллетень). – Иркутск, 2007. – С. 23.
5. Калягин А.Н., Горяев Ю.А., Жукова Е.В. Использование системы дистанционного обучения «ГЕКАДЕМ 2.0» в подготовке студентов по специальности «се-

- стринское дело». // Материалы II Всероссийской конференции с международным участием «Новые информационные технологии в медицине». // Бюллетень Волгоградского научного центра РАМН и Администрации Волгоградской области. – 2007. - №3. – С. 32-33.
6. Калягин, А.Н. Контроль качества усвоения практических навыков на кафедре пропедевтики внутренних болезней. / А.Н. Калягин, Ю.А. Горяев, Н.Ю. Казанцева // Внутривузовская система качества подготовки специалистов в Иркутском государственном медицинском университете. Материалы учебно-методической конференции. - Иркутск: ИГМУ, 2004. – С. 58-61.
 7. Калягин А.Н., Горяев Ю.А., Синдыхеева Н.Г., Казанцева Н.Ю. Подходы к оптимальному использованию аудио-, видео- и компьютерных средств в процессе обучения студентов пропедевтике внутренних болезней. // Оптимизация преподавания. Материалы учебно-методической конференции. – Иркутск: ИГМУ, 2003. – С. 58-60.
 8. Калягин А.Н., Синдыхеева Н.Г. Методические основы организации самостоятельной работы студентов на кафедре пропедевтики внутренних болезней медицинского ВУЗа // Проблемы учебно-методической и воспитательной работы в вузе. Материалы второй межрегиональной научно-практической конференции. В 2 т.: Т. 2. – Сургут, 2004. – С. 200-203.
 9. Микитенко Д.А., Калягин А.Н. Обучающие информационные технологии в дистанционном медицинском образовании. / // Украинский журнал телемедицины и медицинской телематики. – 2005. – Т.3. №2. – С. 184-189.
 10. Теория и практика дистанционного обучения. / Под ред. Е.С. Полат. – М.: Академия, 2004. – 416 с.
 11. Щенников С.А., Теслинов А.Г., Чернявская А.Г. и др. Основы деятельности тьютора в системе дистанционного образования.– М.: Дрофа, 2006. – 591 с.
-

ВОСПИТАТЕЛЬНАЯ РАБОТА СО СТУДЕНТАМИ, ПРОБЛЕМЫ АДАПТАЦИИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

ВОСПИТАТЕЛЬНАЯ РАБОТА НА КАФЕДРЕ ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

Т.В. Аснер

Воспитательная работа в ВУЗе неотделима от учебного процесса [1]. Соотношение обучения и воспитания – это фундаментальная педагогическая проблема.

Теория воспитания представляет собой неотъемлемую составляющую и самостоятельный раздел педагогики. Считается, что родоначальником ее является Иоганн Фридрих Герbart – в 1806 г. вышел его труд «Общая педагогика, выведенная из цели воспитания». По-существу эта книга положила начало научнообоснованной теории воспитания. Им же введен впервые термин «воспитывающее обучение».

Под этим термином подразумевается обучение, при котором достигается органическая связь между приобретением учащимися знаний, умений, навыков, усвоением опыта творческой деятельности. Главным вкладом Герbart явилось вычленение этапов (ступеней) обучения: ясность – ассоциация – система – метод [2].

Процесс обучения по этой схеме протекает от представления к понятиям и от понятий к умениям; в схеме отсутствует такой важный раздел обучения, как практика. Практические навыки, получаемые учащимися, несомненно являются наиболее важными в становлении будущего специалиста.

Последователи и ученики Герbart развили его теорию. Так В. Рейн представил процесс обучения по следующей цепочке: она включает подготовку нового материала – изложение его – согласование с ранее изучавшимися знаниями – обобщение – применение, то есть практический навык. В этой схеме уже заложен творческий подход к обучению (изложение материала и согласование с ранее изученным, обобщение). И как следствие любого теоретического изучения – практический навык.

Единство обучения и воспитания проявляется в общности цели развития личности, в реальной взаимосвязи обучающей, развивающей и воспитательной функций. Этот процесс многоаспектный. Образовательный аспект обучения связан с расширением объема усвояемого содержания; развивающий – с увеличением числа и характера связей, устанавливаемых в сознании учащегося между элементами содержания; воспитательный – с целенаправленным формированием личностного отношения к этому содержанию и к действительности в целом.

Эффективность воспитательной работы имеет место, когда обеспечивается единство воспитательных воздействий и способности студентов к само-

воспитанию, а также перевоспитывающих воздействий преподавателя и взаимовоспитывающих воздействий студентов. Она является составляющей, полученной в результате умножения воспитательного воздействия преподавателя на самовоспитание студентов на перевоспитания их в процессе обучения, и помноженное на способность к взаимовоспитанию как преподавателей, так и студентов.

Система воспитательной работы базируется на принципах научности, гуманизации, демократизации, направленности на положительное, сочетании личностных и коллективных интересов в группе учащихся, необходим в процессе обучения также систематический учет уровня воспитанности студентов.

Воспитательная работа базируется на совокупности методов единых педагогических требований, метода убеждений, методов обучения.

Ведущими являются: метод перспективы, метод самостоятельного поиска и упражнений.

В ВУЗе большое значение имеет самоорганизация студентов, где немалую роль играют взаимопросвещение и взаимообучение, основанные на общественном мнении и подкрепленные самоуправлением.

Кафедра пропедевтики внутренних болезней, первоначально основанная как кафедра общей диагностики и названная еще Г.А. Захарьиным курсом общей семиотики, является ключевой в формировании у будущих врачей клинического мышления. Закладывание основ клинического мышления невозможно без использования дедуктивного метода познания. На кафедре пропедевтики внутренних болезней студенты впервые знакомятся с клиникой и, что особенно важно, учатся основам комплексирования знаний. Не случайно, что по программе обучения пропедевтику внутренних болезней изучают параллельно с патофизиологией и патологической анатомией. Только научившись проводить клинко-анатомические параллели, будущий врач научится клинически мыслить.

С этих позиций воспитание у студентов приверженности своей профессии, глубокое осмысление ими будущей профессиональной деятельности поистине трудно оценить. Преподаватель с первых минут общения с будущими врачами и до последнего экзамена всей своей деятельностью оказывает воспитующее воздействие на студентов.

В связи с этим преподавание на кафедре ведется по единой методической системе с использованием единых методических пособий и учебников. При этом уделяется большое внимание формированию практических навыков также по единой методике. Будущий врач учится не только запоминать практическое рукодействие, но запоминать его осмысленно. При этом происходит комплексное усвоение материала, освоенное на ранее полученных знаниях (анатомии, физиологии, гистологии), но и использовании получаемых непосредственно параллельно (патологической физиологии, патологической анатомии, фармакологии). В процессе подобного обучения происходит ориентация студента на понимание сущности дела, заставляет его само-

стоятельно аналитически работать, что обуславливает последовательность его мышления и подготавливает к обучению на более старших курсах. Подобное воспитывающее обучение трудно переоценить, так как оно закладывает основу формирующегося клинического мышления. Методологическое знание, то есть осмысление понятийного аппарата не менее важно, чем знание предметное [3].

Очень важно формировать у студентов направленность на положительное, в частности на самосохранительное поведение. Без четко сформированного образа врача, следующего всем положениям здорового образа жизни, деятельность будущего специалиста невозможна. В связи с этим в ходе обучения на кафедре, которая является первой клинической кафедрой, обучающей их работать у постели больного, трудно переоценить важность проведения бесед о здоровом образе жизни.

В частности именно здесь студентам, будущим врачам можно продемонстрировать пациента, страдающего заболеванием легких, возникшим в непосредственной связи с длительным табакокурением. Показать больного с алкогольной болезнью печени на ее последних стадиях. Собрать анамнез и разобрать клинические синдромы у больного, страдающего последней стадией синдрома приобретенного иммунодефицита.

К сожалению не все студенты хорошо осведомлены в вопросах самосохранительного поведения. Так при опросе на тему «Знаешь ли ты, что такое СПИД?» почти половина студентов (45%) затруднялись ответить на вопрос, как может мать передать ВИЧ-инфекцию своему ребенку. Более половины из них (53%) не знали, что у больных СПИДом развиваются вторичные опухоли. В то же время все студенты знали, что неоказание помощи ВИЧ инфицированному является уголовно наказуемым.

Таким образом, воспитательная работа на кафедре пропедевтики внутренних болезней в медицинском ВУЗе неотделима от процесса обучения, она тесно связана с познавательным процессом, необходима для формирования у студентов навыков и умений, закладывания основ клинического мышления, формирования у них самосохранительного поведения и направленности на положительное.

Литература:

1. *Калягин А.Н., Горяев Ю.А.* Опыт воспитательной работы в процессе подготовки будущих врачей. // Вестник Балтийской педагогической академии. – 2009. – Вып. 86. – С. 6-14.
 2. *Подпасый И.П.* Педагогика: 100 вопросов – 100 ответов: Учебное пособие для ВУЗов. – М.: ВЛАДОС–пресс, 2004. – 365 с.
 3. *Царегородцев Г.И., Кротков Е.А., Афанасьев Ю.И.* О развитии клинического мышления у будущих врачей // Тер. архив. – 2005. – №1. – С. 77-80.
-

ОБРАЗ ВРАЧА В ТВОРЧЕСТВЕ ВИКЕНТИЯ ВЕРЕСАЕВА

А.Н. Калягин, Н.Н. Блохина

Нет ни одной науки, которая приходила бы в такое непосредственно близкое и многообразное соприкосновение с человеком как медицина.

Векентий В. Вересаев
Вы спрашиваете, куда это привело меня? Меня это привело к глубокому убеждению, что узкие вопросы врачебной практики прежде всего должны решаться именно с философской точки зрения...

Векентий В. Вересаев

Пожалуй, в литературе XX века имя Викентия Векентьевича Вересаева стоит особняком. Это поистине многогранный автор, мастер на все руки. Склонность к широкому кругозору и умению работать в разных жанрахнискала ему известный авторитет среди читателей. По мнению его биографа и исследователя Ю.У. Фохт-Бабушкина, «в нём органически сочетался художник с философом и... социологом» [5], а также, стоит добавить, хороший врач и исследователь природы. Вероятно, это обусловило возможности глубинного осмысления многих явлений современного ему бытия, социальных катаклизмов, житейских историй и врачебной деятельности.

Викентий Смидович (такова настоящая фамилия Вересаева, а на псевдоним он натолкнулся, читая рассказ Петра Гнедича) родился 4 (16 по нв. ст.) января 1867 г. в Туле. Его отец, Викентий Игнатьевич, был врачом и большим тружеником, а мать, Елизавета Павловна, - домохозяйкой. Национальность его была довольно неопределённой, так как корни были и русские, и немецкие, и украинские, и польские, и греческие [2, 6]. Потому, наверное, в его произведениях мелькают лица разных национальностей и никогда не носят явно отрицательных или положительных черт.

Учился Вересаев в Тульской классической гимназии, учение давалось легко, был «первым учеником», по окончании получил серебряную медаль. Больше всего преуспевал в древних языках, много читал. В 13 лет стал писать стихи. С ранних детских лет он увлекался историко-философской литературой, отдавая предпочтения работам по христианской и буддийской религии. Это определило и путь его дальнейшей жизни: в 1884 г. он поступил на историко-филологический факультет Петербургского университета. Так уж случилось, что время студенчества совпало с годами поисков и идеологических мыслей всего русского народа. Не прошёл мимо всего этого и Вересаев, беззаветно отдавшись учению народников. Однако довольно скоро он понял, что «путей не виделось». Впрочем, это не помешало ему в дальнейшем поддерживать теплые и дружеские отношения с революционерами-народовольцами, такими как Вера Фигнер и Софья Перовская.

Начатая в 13 лет творческая жизнь не прерывается. За это время из под пера юноши уже вышло по подсчётам биографов около 80 стихотворений, отличавшихся самобытностью, и более 40 стихотворных переводов И. Гёте, Г. Гейне, Ф. Горация и др. Стоит отметить и то, что 23 ноября (5 декабря) 1885 г. в журнале «Модный свет и модный магазин» вышло первое стихотворение «Раздумье», тогда он выступал под псевдонимом «В. Викентьев». В этом же году в дневнике появляется запись: «Во мне что-то есть, но... это «что-то» направиться не на стихи, а на роман или повесть». В 1887 г. – опубликована его прозаическая работа – рассказ «Загадка», посвящённый пониманию и прославлению человека.

Бурная социальная и творческая жизнь не мешала ему заниматься и научными поисками, что позволило уже в 1888 г. получить учёную степень кандидата исторических наук. Тем не менее, как и у многих других людей того времени, оставалась потребность в какой-то реальной деятельности, приносящей ощутимые результаты. Это умонастроение привело литератора на медицинский факультет знаменитого Дерпского университета. Объясняя свой поступок, Вересаев писал в своей автобиографии 1913 г.: «... Моею мечтою было стать писателем; а для этого представлялось необходимым знание биологической стороны человека, его физиологии и патологии; кроме того, специальность врача давала возможность сходитья с людьми самых разнообразных слоёв и укладов». Ю.У. Фохт-Бабушкин так характеризует этот период: «В тихом Дерпте, вдали от общественных бурь, провёл он шесть лет, занимаясь наукой и литературным творчеством, по-прежнему, охваченный мрачными настроениями». Именно в это время, полный надежд юноша записал в своём дневнике: «... пусть человек во всём кругом чувствует братьев, - чувствует сердцем, невольно. Ведь это – решение всех вопросов, смысл жизни, счастье...» [6].

В 1894 г. он заканчивает свою учёбу и становится врачом. Именно к этому периоду относится его глубоко проникновенная, больно проникающая в душу повесть «Без дороги». Она представляет собой записи, которые полностью копируют дневник самого писателя студенческих лет, причём даже даты и те совпадают. В ней рассказывается об устремлении молодого и самоотверженного врача, отправиться на борьбу с разразившейся холерной эпидемией. Доктора направляют в маленькую деревеньку «Чемеровку» и тут, как многие интеллигенты тех лет, он сталкивается с необходимостью проведения организационной работы и борьбы с людской неграмотностью. За короткий срок герой организует достаточно эффективную систему выявления больных, готовит себе помощников из выздоровевших крестьян, добивается хороших результатов лечения холеры. И всё бы казалось ничего, но тёмные, невежественные люди, ради которых он трудится, расправляются с ним. «Они били меня, как забежавшую бешенную собаку – меня, против которого ничего не могли иметь. Пять недель работая среди них, каждым шагом доказывал свою готовность помогать и служить им, я не смог добиться с их стороны простого доверия; я принуждал их верить в себя, но довольно

было рюмки водки, чтобы всё исчезло и проснулось обычное стихийное чувство» [3]. В этих строках чувствуется основное настроение, выраженное в повести, и тут же понимаешь смысл названия – «Без дороги». Потому что целое поколение людей не видит пути, не видит чёрного и белого, оно ослеплено невежеством, «Без дороги, без путеводной звезды, оно гибнет невидимо и бесповоротно... Безвременье придавило всех, и напрасны отчаянные попытки выбраться из-под его власти» [3]. Это горькая правда, которая не останавливает автора, заставляет его ещё крепче взяться за работу в будущем, активизирует все жизненные силы. Осознавая эту правду, он и будет жить и пытаться менять окружающий мир своим собственным делом и словом.

В этом же году Вересаев, после короткой врачебной практики в Туле, становится сверхштатным ординатором в Петербургской Барачной памяти Боткина больнице. С этим учреждением связано также много литературных наблюдений. Изменяющиеся настроения людей, кипящая за окном жизнь заставляют Вересаева вновь углубиться в анализ ситуации, что приводит к новому увлечению учением К. Маркса («самым дорогим... учением», как он отмечает в одном из писем 1890 г.), он поверил в огромную силу пролетариата. Это толкнуло его войти в «Союз борьбы за освобождение рабочего класса», а когда всё раскрылось - в его квартире был проведён обыск, он был уволен из больницы и изгнан из Петербурга в Тулу с отметкой о политической неблагонадёжности. Здесь жизнь протекала под надзором полиции, хотя литератор и ведёт активную работу по написанию революционных прокламаций. В одном из своих произведений Вересаев пишет: «Мы переживаем смутное и тревожное время. Мысль ищет основ и выходов, - и все бредут в разные стороны. Господи, если нет общего пути, если нет человека, который объединил бы всех идущих и повёл их к намеченной цели, - то пускай же люди хоть искренно и честно ищут этих путей!» [5].

В 1900 г. были завершены знаменитые «Записки врача», которые писались на протяжении восьми лет, выйдет в печати эта работа только через несколько лет. В 1904-1906 гг. писатель в качестве военного врача был призван в действующую армию, шла русско-японская война. Служба протекала в Маньчжурии, свои мысли и чувства он отразил в циклах «Рассказы о японской войне» и «На войне». Это глубоко продуманные мысли врача-гуманиста о смысле и ценности человеческой жизни, о судьбах реальных людей и о путях перестройки существующего общественного уклада. Продолжая эту тему, Вересаев пишет повесть «К жизни» (1908), встреченную очень негативно, но глубоко выстраданную. В ней герой повести Чердынцев пытается найти какой-то общечеловеческий смысл жизни. Он достигает своего результата: он, соглашаясь с мнениями многих мудрецов и мыслителей всех времён и народов, утверждает, что смысл жизни в самой жизни. «Вся жизнь сплошь была одною непрерывно развёртывающейся целью, убегавшей в солнечную ясную даль». Анализируя неудачу этого произведения у критиков в «Записи для себя» автор отмечает: «Самая плохая из всех моих вещей – это повесть «К жизни»... В долгих исканиях смысла жизни я в то время пришёл наконец

к твёрдым, самостоятельным, не книжным выводам, давшим мне глубокое удовлетворение, давшим собственное, питающее меня до сих пор знание – в чём жизнь и в чём её «смысл»? Я захотел все свои находения вложить в повесть, дать в ней ответы на все мучавшие меня вопросы. Но... в художественном произведении никаких таких ответов дать невозможно. Это просто – вне функции художественного произведения. Какие «дают ответы», какие «указывают выводы» даже величайшие художественные творения мира – «Илиада», «Божественная комедия», «Гамлет», «Фауст»? Я попытался свои искания и находения втиснуть в художественные образы – и только исковеркал их, получилась вещь неуклюжая, невыдуманная, неубедительная... Я увидел, что у меня ничего не вышло, и тогда все свои искания и находения изложил в другой форме – форме критического исследования» [6].

Это «критическое исследование» - сборник «Живая жизнь» - поэма размышлений и образов, повествующая о Ф.М. Достоевском и Л.Н. Толстом, а также о Ф. Ницше. По-сути, это литературоведческий спор с Д. Мережковским о сущности человеческого бытия, основанный на анализе творчества указанных авторов. Это ответ на исследование Д. Мережковского «Л. Толстой и Достоевский», опубликованное в журнале «Мир искусства» (1900-1902 гг.). По мнению В.Н. Быстрова, в «Живой жизни» автор иногда «... «подгоняет» идеи и образы писателей под свою концепцию» [2], впрочем об этом говорит и сам Вересаев в отношении творчества Мережковского. Совершенно особенным является выделение толстовского понимания человека, очень яркое, оптимистичное, здоровое, светлое, в противоположность образу человека Достоевского – вечно переживающего, сомневающегося, переминающего в себе низменные наклонности, хаотичного. Третья фигура «Живой жизни» - Ф. Ницше – представляет собой надежду на будущее человека, на его гармонию, мудрость, самопознание, преодоление, не смотря на всю реальную изменчивость человеческого существа.

В 1912 г. Вересаев возглавил «Книгоиздательство писателей в Москве» и стал публиковать сборник «Слово», пропагандировавший «утверждение жизни». С издательством сотрудничали выдающиеся отечественные авторы В. Короленко, М. Горький, И. Шмелёв, Б. Зайцев, И. Бунин, С. Найденов, С. Елпатьевский и ряд других [5]. За огромную культурно-просветительскую и организационную работу Викентию Викентьевичу предложили стать почётным академиком Российской академии наук, в связи с этим в мемуарах писателя появилась зарисовка «Как я не стал почётным академиком», в которой он пишет: «Не люблю генералов ни в какой области».

События 1917 г. пробудили в писатели оптимистические настроения и желание работать. В марте, вскоре после февральской революции, был создан Московский клуб писателей, возглавить, который было поручено Вересаеву. Этот недолго просуществовавший орган позволил на короткое время объединить усилия и идеи совершенно разных людей, представителей нескольких общественных и литературных групп. На этом посту литератор организует издание «Культурно-просветительной библиотеки» для массового

читателя, организует художественно-просветительную комиссию при Московском Совете рабочих депутатов. Однако в потоке этой серьёзной организационной работы он отмечает парадоксальный феномен: время революций требует жертв, причём жертв кровавых. Потому под его авторством появляется серия злободневных брошюр – «Бей его (о самосудах)», «Тёмный пожар (о свободе слова)», «Наплевать (борьба за право)». В них он подчёркивает, что «пролитая кровь пятнает и калечит». В своих взглядах Вересаев уже не так оптимистичен, он уже понимает подноготную революции. Тем не менее дух деятельности и творчества не оставляет его. В 1921 г. он начинает трудиться в литературной подсекции Государственного учёного совета Наркомпроса, становится редактором художественного отдела журнала «Красная новь» [2], выступает с лекцией «Что нужно для того, чтобы быть писателем?» [5]. В ней он утверждает, что для достижения мастерства писателя необходимо «знать достижения всех предшествующих мастеров, прочно усвоить их, притворить в свою плоть и кровь, - и тогда забыть о них и свободно идти дальше, не оглядываясь на учителей» [4]. А в письме А. Геренфельду (1936) отмечает: «Нужно громадное, почти нечеловеческое мужество, чтобы самому себе говорить правду в глаза... Да, на это я имею претензию, - считаться честным писателем».

В 1925 г. прошло общее собрание членов правления Московского и Ленинградского союзов писателей, целью которого стало создание единого Всероссийского союза. Председателем этой организации стал человек, по мнению академика П. Саккулина, «по праву занимающий место приемника Льва Толстого и Вл. Короленко» - В.В. Вересаев [1, 5].

Осознавая ущербность нового строя, но, боясь скоропалительных суждений, он поступает санитарным врачом на московскую калошную фабрику «Красный богатырь», чтобы ближе наблюдать народ. Его жизнь протекает в тесной квартирке, он бывает в цехах, в общежитии, в кружке современных танцев, он наблюдает. Итогом этого становится сокрушительный для советской власти в своей правдивости роман «Сёстры» (1928-1931). Это роман-переживание, роман-явление. В нём Вересаев вскрывает весь тот ужас, который сопровождал коллективизацию. Это действительно правдивая книга, изнутри показывает проблемы насильственного насаждения новой социальной системы и связанных с нею атрибутов – коллективного хозяйства, безбожия, торжества пролетариата и презрения к интеллигенции. Как и во многих своих произведениях, он описывает характеры двух противоположностей, двух сестёр, творящих добро и зло для достижения одной и той же цели.

Роман был запрещён и его автор со всею страстью и любовью занялся литературоведческими исследованиями. Он пишет «Гоголь в жизни» (1933), «Спутники Пушкина» (1937), переводит «Гомеровы гимны», «Илиаду», «Одиссея». Его работа по «Гомеровым гимнам» была награждена Пушкинской премией Академии наук.

В 1942 г. в своём дневнике литератор подводит своеобразный итог своей почти 60-летней творческой жизни: «Мне кажется, я бы мог быть крупным

писателем, если бы имел другой темперамент. По склонности я – кабинетный учёный, мне бы сидеть у себя в кабинете с книгами, больше мне ничего не надо. В жизнь меня не тянет... А писательская моя сила именно – в связанности с жизнью». Жизнь «русского советского писателя» В.В. Вересаева завершилась 3 июня 1945 г. в Москве, даже в этот последний день он не отдыхал, а занимался редакционной правкой своего перевода «Илиады» Гомера. Этот труд увидит свет лишь в 1949 г., а «Одиссей» и того позже – в 1953 г.

* * *

В 1901 г. впервые были опубликованы «Записки врача» в журнале «Мир Божий», заслужившие огромный интерес и внимание читателей, как отмечал автор, «...шумели на всю Европу» [6]. По данным Б.Г. Юдина, на русском языке только при жизни Вересаева «Записки» переиздавались отдельной книгой 14 раз, работа вскоре после первого издания была переведена на английский, французский, немецкий и только на последнем языке в первые годы переиздавалась 8 раз [7]. Образ врача широко представлен не только в этой серии, но и в других произведениях Вересаева – это собственные автобиографические заметки, наблюдения за товарищами и медицинскими светилами. Л. Андреев, восхищённый удивительной искренностью и благородством «Записок врача», называет Вересаева «смелым борцом за правду и человечность» [4].

Обращаясь к проблеме врачебной этики, он критически осмысливает работу врача. По словам Б.Г. Юдина, «с небывалой откровенностью и искренностью, с сильнейшим эмоциональным напором и, что особенно важно, с редким гражданским мужеством Вересаев раскрыл для широкого читателя немало тщательно оберегавшихся от посторонних секретов медицинской профессии» [7].

Вересаев пишет о том, что тесное и многообразное соприкосновение медицины с живыми людьми порождает целый ряд чрезвычайно сложных противоречий и что он считает необходимым изложить эти противоречия в своих «Записках». При этом острейшие проблемы врачебного дела не просто обозначаются и декларируются. Им даётся необходимая в подобных случаях философская оценка. Об этом он пишет сам в ответе критикам «Записок врача», называя такой подход к рассматриваемым вопросам «жаждой широкого и коренного понимания окружающего». Противоречия медицины «бьют в глаза» лишь тому врачу, который не потерял «способности смотреть на жизнь с человеческой, а не профессиональной точки зрения» [4]. Подчёркивая значимость различия названных точек зрения, Вересаев объясняет недостаточность и опасность чисто профессионального взгляда на медицинские проблемы. Дело в том, что принадлежность к профессии накладывает на человека «иссушающую, палящую душу печать». И на всё «такой человек смотрит с узкой точки зрения непосредственных практических интересов своей профессии», а не с позиций интересов всего человечества. «Такое настроение, разумеется, меньше всего способствует энергичной и плодотворной борьбе с тёмными сторонами профессии. Самые жгучие вопросы про-

фессии начинают замалчиваться, начинают решаться каждым лицом отдельно, втихомолку...» [4]. Вересаев напоминает известный нравственный императив Канта, обязывающий действовать так, чтобы можно было представить правила твоей деятельности в качестве всеобщего закона, обязательного для всех.

Таким образом, русский философ, как и «всезнающий» немец, утверждают приоритет общечеловеческих ценностей.

Более ста лет назад Вересаев остро и прямо поставил вопрос об отношении общества и медицины, о необходимости контроля за врачебной деятельностью со стороны общества, о защите прав больного, используемого в медицинских исследованиях.

«Пора уже и обществу перестать ждать, когда врачи, наконец, выйдут из своего бездействия, и принять собственные меры к определению своих членов от ревнителей науки, забывших о различии между людьми и морскими свинками» [4]. Речь идёт о противоречии между интересами медицинской науки и интересами отдельных больных, о медицинских экспериментах или, по выражению Вересаева, о «врачебных опытах на живых людях».

Вопрос о границе дозволенного врачебного опыта на людях Вересаев определяет как чрезвычайно трудный и запутанный, но вытекающий из самой сути медицины. Его «необходимо выяснить во всей беспощадной наготе, потому что только при таком условии и можно искать путей к его разрешению» [4], то есть «искать выхода между интересами науки и необходимыми правами человека» [4].

Именно этот вопрос Вересаев считает центральным в этико-философской проблематике медицины. Свою собственную позицию в этом вопросе он формулирует с предельной ясностью: «Я на первый план выдвигаю интересы человеческой личности» [4]. Лишь в конце XX века мировое сообщество узаконило приоритет блага и интересов отдельной личности над интересами науки и общества в таких международных документах как Хельсинкская декларация Всемирной медицинской ассоциации, Конвенция Совета Европы о биомедицине и правах человека и др. Но прежде, чем это произошло, человечество узнало о чудовищных экспериментах над узниками нацистских концлагерей и осознало возможность далеко неоднозначных последствий применения новых технологий в биологии и медицине.

Вересаев, несомненно, является предшественником возникновения биомедицинской этики – науки, появившейся во второй половине XX века на стыке философии, медицины и биологии. Ещё на заре XX века Вересаев писал о необходимости создания «настоящей медицинской этики» как философской науки: «Как это ни печально, но нужно сознаться, что у нашей науки до сих пор нет этики. Нельзя же разуместь под нею ту специально-корпоративную врачебную этику, которая занимается лишь нормированием непосредственных отношений врачей к публике и врачей между собою. Необходимо этика в широком, философском смысле, и эта этика прежде всего должна охватывать во всей полноте... вопрос о взаимном отношении между

врачебной наукою и живой личностью. ...Понятно, что это не специальный вопрос какой-то особенной врачебной этики, - это большой, вековечный, общий вопрос об отношении между личностью и выше её стоящими категориями – обществом, наукою, правом и т.д.» [4].

Как истинный философ Вересаев требует различать логические противоречия, которые можно легко устранить и противоречия жизни, самой действительности, которые не разрешаются логически безупречными фразами. Возражая своим критикам, упрекавшим его в том, что он поднимает неразрешимые вопросы, он справедливо отвечает, что, во-первых, невозможно решить ни одного вопроса, если его не поднимать. Во-вторых, сама постановка таких до конца нерешимых вопросов имеет огромное значение. Он ссылается, в частности, на трудный вопрос о врачебной тайне, который давно и усердно обсуждается, но до сих пор не решён. «Если он и не решён, то вся масса доводов за и против даёт каждому отдельному врачу возможность легче и правильнее прийти к определённом решению в каждом случае» [4].

Что же касается вопроса об отношении между личностью, обществом, наукой и правом, то мнение Вересаева, однозначно: «...Он должен быть соками и кровью, насквозь проникающими весь организм врачебной науки, ... чтобы все, даже чисто научные вопросы, решались при свете этого основного этического вопроса. И даже простая постановка его... создала бы ту этическую атмосферу, в которой бы ярко и чутко сознавалась нами вся тонкость нашей нравственной ответственности перед прибегающим к нашей помощи человеком» [4].

Столь же остро поднимает Вересаев проблему медицинского образования. На собственном опыте он убедился в том, что «одним из самых больных мест врачебной жизни» является «поразительная неподготовленность молодых врачей к практической деятельности».

Приводя многочисленные примеры из своей студенческой и врачебной жизни, а также свидетельства других врачей, Вересаев замечает: «Нет, как хотите, но это страшно: вопрос со зловещей настойчивостью бьёт в глаза, пахнет кровью и трупом... Разве отсутствие помощи не есть принесение вреда? Разве не сделать в нужную минуту трахеотомии, не определить положения плода, не перевязать подключичной артерии, не наложить щипцов – не значит принести больному вред?» [4]. Очевидно, что и сегодня разговор о цене незнания и неумения в медицинской профессии не потерял своей злободневности, и всё также пахнет «кровью и трупом», требуя пристального к себе внимания со стороны не только медицинской общественности. Потому, подводя итог своим размышлениям о врачебном образовании, Вересаев говорит: «В настоящее время "научиться медицине", т.е. врачебному искусству, так же невозможно, как научиться поэзии или искусству сценическому».

Большое место в вересаевском анализе противоречий медицинской профессии занимает проблема отношения к медицине в обществе. Здесь он выделяет две, - одинаково опасные, - крайности: «слепую веру» и «слепое неверие в неё», и противопоставляет невежественной вере во всемогущество меди-

цины сознательную, разумную веру в её возможности. Само действительное состояние и положение медицины таково, что возможности её ограничены (и в силу чрезвычайной сложности человеческого организма и потому, что «каждый новый больной представляет собой новую неповторяющуюся болезнь», и в силу несовершенства самой науки), а сфера её приложения безгранична и нужда в ней абсолютна. Отсюда и особое отношение к врачу: «Врач должен быть богом, не ошибающимся, не ведающим сомнений, для которого всё ясно и всё возможно. И горе ему, если он ошибся, хотя бы не ошибиться было невозможно... Общество живёт слишком неверными представлениями о медицине, и это главная причина его несправедливого отношения к врачам...» [4]. Если медицина не оправдывает ожиданий, она вызывает насмешки и недоверие. «Я сам пережил это недоверие, - пишет Вересаев. – Но вот я верю в медицину, - верю, хотя она во многом бессильна, во многом опасна, многого не знает. И могу ли я не верить, когда то и дело вижу, как она даёт мне возможность спасти людей, как губят сами себя те, кто отрицает её?» [4].

И вот ещё одно противоречие медицинской профессии – между её основным императивом, вытекающим из исходного согласия каждого, кто идёт в эту профессию, - заниматься человеческим здоровьем, служить обществу и своей личной жизнью с её собственными трудностями. Вересаев поднимает менее всего обсуждаемый вопрос о другой стороне гуманизма в профессии медика – о гуманном отношении к самому врачу. «Будучи даже обыкновенным средним человеком, врач, всё-таки, в силу самой своей профессии, делает больше добра и проявляет больше бескорыстия, чем другие люди... Но суть в том, что врачи должны быть бескорыстными, а остальные... могут довольствоваться тем, чтоб требовать этого бескорыстия от врачей» [4].

Необходимо признание во враче не служебного механизма, функции, автомата, который можно включить по требованию жизни в любое время суток, а обычного человека, который и сам может быть болен, устал и, когда его вновь требуют к больному, он всю ночь приходил на помощь к другим больным, ещё не спал и т.д. Но решишь врач отказаться или замешкаться, как общество вознегодует и потребует негодного врача к ответу. И это возмущение общества со своей стороны также оправдано: ведь там, куда не пришёл врач, теряется жизнь человеческая. Никто не будет возмущён, если булочник не даст хлеба голодному даром: он не обязан. А врач всегда обязан лечить, при том – и абсолютно даром. Попробуй он отказаться из-за денег, - последует скандал с большим общественным резонансом. На эту тему в литературных миниатюрах Вересаева есть интересная фраза, отражающая весь трагизм и сложность темы: «Когда, усталый и разбитый, я возвращался домой после бессонного дежурства и ломал себе голову, чего бы попитательнее купить себе на восемь копеек для обеда, меня охватывали злоба и отчаяние: неужели за весь свой труд я не имею права быть хоть сытым?». Вот и выходит, что врач – профессия особая, куда не кинь, совершенно особая. И об этом надо думать и самому врачу, и обществу.

Жизнь и деятельность врача, его служение обществу проходят в атмосфере постоянных страданий и горя, в условиях, по выражению Вересаева, бьющих по сердцу, по нервам. Он приводит грозные числа, свидетельствующие о смертности, включая и от заразных болезней русских врачей вообще и земских, в частности. Материальная же обеспеченность врачей такова, что в городских больницах они получают мизерную плату. В стремлении найти заработок худшие из врачей, по словам Вересаева, не брезгают ни какими средствами. Газеты кишат рекламными объявлениями таких врачей. При этом немало врачей берутся в поисках заработка за какое-нибудь другое дело. Число таких врачей растёт. Свои выводы Вересаев подтверждает многочисленными статистическими данными о положении врачебного сословия в конце XIX (!!!) века.

Об одном наблюдении финансового успеха он пишет в другом своём сборнике. Это две встречи в 1898-1899 гг. со знаменитым профессором-неврологом В.М. Бехтеревым, представленные в одной из литературных миниатюр Вересаева. Знаменитый учёный и общественный деятель, обласканный и царским и советским режимом, Бехтерев, по меткому замечанию Вересаева, был, однако, очень невнимателен к своим больным на приёме, часто не интересовался именем больного, выяснением анамнеза, не тяготился тщательным исследованием, пользовался традиционными лечебными схемами. Очень точны и глубоко прочувствованы фразы рассказа, описывающие облик учёного и его действия: «насупился», «глаза смотрят недобро и с нетерпением», «бегло выслушал и сел писать рецепт», «раздражённо ответил». Всё это несовместимые с этикой врача характеристики, а хуже того фраза, показывающая нежелание учёного искать: «Медицина для вас новых средств выдумать не может». Рассказ Вересаева ни в коей мере не ставит под сомнение авторитет и крупные достижения Бехтерева, но требует от врача постоянной собранности, постоянного наблюдения за собой, чтобы не прослыть героем вот такого едкого фельетона. А самое главное, не прослыть крахобором, который не забывает даже за непрофессионально выполненный труд взять деньги.

Осмысливая некоторые коренные проблемы медицины, В.В. Вересаев очень много внимания уделяет проблеме смерти и умирания. Этому вопросу посвящены многие страницы его записных книжек и дневников, некоторые из которых выделены писателем в подборку «*Sopra la morte*» («Мысли о смерти»), вышедшие впервые в 1930 г. в периодическом литературном сборнике «Недра».

Обсуждая этот вопрос, мыслитель касается судьбы доктора Х., который совершает в современном понимании этого вопроса активную эвтаназию по отношению к своей горячо любимой матери. Описание – чисто врачебное, точное заключение: «Паралич, отёк лёгких, глубокие пролежни, полная деградация умственных способностей. Дышащий труп». Врачебное назначение, определившее судьбу больной, – смертельное средство, а Вересаев после этого пишет: «у меня к нему – тайное восхищение, любовь и надежда». Более

того, после этого врач Вересаев приводит обращённую к нему просьбу врачу Х., чтобы в случае паралича тот мог получить лёгкую смерть.

Мысли В.В. Вересаева однозначно на стороне такой лёгкой смерти, которая приносит быстрое успокоение и является актом врачебного милосердия. В то же время он глубоко осуждает бессмысленное, детское, мстительное самоубийство, нарисованное им в литературной миниатюре «Случай», вышедшей в серии «Невыдуманные рассказы о прошлом». Читая биографию Г. де Мопассана, написанную Э. Мениалем, Вересаев описывает сцену незавершившегося самоубийства, которое предшествовало сумасшествию писателя. Незадолго до него Мопассан спрашивал у своего врача о возможности помутнения рассудка, которую предчувствовал: «Не думаете ли вы, что мне угрожает сумасшествие? Если это так, то меня следует предупредить: между сумасшествием и смертью колебания быть не может, и мой выбор давно уже сделан». Вересаев твёрдо осуждает «гуманного» доктора, не сказавшего правды и «гуманных» друзей, бдительностью своею спасших писателя от смерти. Последующая жизнь Мопассана дала ему «типичную физиономию сумасшедшего, с угрюмым взглядом и бессмысленным ртом». Вересаев назвал её «существованием» и коротко, резюмируя факты, написал «Слава друзьям!» В этих двух фрагментах показаны противоположные взгляды: осуждение бессмысленного самоубийства и поддержка самоубийства вызванного болезненной необходимостью. Конечно, высказанные писателем взгляды выглядят довольно спорными, в том числе и с позиций современной биомедицинской этики, но в данном случае они приобретают не отстранённый облик, а пытаются обозначить подходы к решению глубоких нравственных противоречий. Как всегда автор ставит неразрешимые вопросы. Такой подход свойственен философско-антропологическому видению Вересаева. В большинстве случаев он пытается дать какие-то конкретные рекомендации, высказывая их прямо и редко используя только художественные образы.

Говоря об идеальном образе собственной смерти, в «Записках для себя», писатель вспоминает Анаксогора: «Последним желанием Анаксогора было, чтобы в день его кончины ежегодно устраивались детские игры. Я на это не имею права, потому что для детей ничего не сделал. Но я бы хотел, чтобы при моей смерти звучал детский смех, чтобы все кругом улыбались, чтобы не было похоронного настроения, люди не ходили бы с повешенными носами, не вздыхали бы скорбно. Пусть не стоит надо мною шубертовский «Wilder Knochenmann» - «дикий костяной человек» с косою. Пусть реет благостный «Thanatos», брат-близнец Сна». Стремление к лёгкой, спокойной смерти, смерти несколько искусственной, исходит из глубокого понимания человеческой сущности, которую он определяет как многие буддийские и христианские религиозные мыслители: «Страданье, страданье без конца, страданье во всевозможных видах и формах - вот в чем вся суть и вся жизнь человеческого организма». В устах Вересаева эти помыслы о смерти становятся благородными и человечными, прочувствованными и глубокими, хотя и далёкими от реальности.

Философско-антропологическая проза В.В. Вересаева, врача и философа, во многом касается проблемы противоречий и императивов медицинской профессии, глубоко проникая в сущность проблемы и хорошо представляя её чисто медицинскую и более широкую общечеловеческую составляющие. Выводы, образы, рекомендации, высказанные автором, отличаются глубокой осмысленностью, живой прочувствованностью и являются современными.

Литература:

1. *Бабушкин Ю.У.* Поиски и ответы В. Вересаева. // Вересаев В.В. Сочинения. - Т.1.: Повести и рассказы 1887-1903. – М.: Правда, 1982. – С. 5-32.
2. *Быстров В.Н.* Вересаев. // Русские писатели XX век: Биобиблиографический словарь. / Под ред. Н.Н. Скатова. - В 2-х ч.: Ч.1. – М.: Просвещение, 1998. – С. 275-278.
3. *Вересаев В.В.* Записки врача. // Вересаев В.В. Собр. соч.: В 4 т. – М.: Правда, 1985. – Т. 1. – С. 285-450.
4. *Вересаев В.В.* Записки врача. На японской войне. – М., 1986. – С. 32-266.
5. *Фохт-Бабушкин Ю.У.* Вересаев и его философия «живой жизни». // Вересаев В.В. Живая жизнь: О Достоевском. О Льве Толстом. О Ницше. – М.: Республика, 1999. – С. 3-36.
6. *Фохт-Бабушкин Ю.У.* Литературные миниатюры В. Вересаева. // Вересаев В.В. Невыдуманные рассказы. – М.: Республика, 1999. – С. 3-12.
7. *Юдин Б.Г.* Человек в медицинском эксперименте: перечитывая В.В. Вересаева. // Вопросы истории естествознания и техники. – 2001. - №4. – Internet.

ПРОБЛЕМА РАННЕЙ ПРОФОРИЕНТАЦИИ КАК ФАКТОРА ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОБРАЗОВАНИЯ

Е.В. Гузовская, Л.О. Гуцол

Сегодня перед высшим медицинским образованием стоит важнейшая задача — обеспечить высокое качество подготовки специалистов, т.к. качество медицинской помощи напрямую зависит от уровня подготовки выпускников медицинских вузов. По данным анкетирования студентов 4-6 курсов, проведенного сотрудниками Ярославской государственной медицинской академии [3], одной из главных причин, мешающих успешно учиться, называется «недостаточно серьезное отношение к учебе».

На данный момент все обучаются по единому учебному плану, программы составлены для «среднего студента», не учитывающие такие факторы, как психотип личности и склонность к определенному виду деятельности. В какой-то степени эту проблему может решить модульная система обучения, предусматриваемая государственным образовательным стандартом третьего поколения. С современной точки зрения, обучение должно не сводиться к предоставлению информации, а стать инструментом активного вовлечения студентов в образовательный процесс, что невозможно при низком интересе к учебе.

Целью нашего исследования было показать разнообразие психотипов личности студентов, доказывающих необходимость индивидуального подхода к обучению.

Нами было проведено тестирование 169 студентов 3 курса лечебного, педиатрического и медико-профилактического факультетов Иркутского государственного медицинского университета по методике Дж. Голланда: определение профессиональной направленности личности осуществлялось с помощью анкеты «Оценка профессиональной направленности личности». Степень выраженности типа оценивалась по шкале, предложенной Г. Резапкиной: 8-10 баллов — ярко выраженный тип; 5-7 баллов — средне выраженный тип; 2-4 баллов — слабо выраженный тип.

Представляет интерес выполненный нами анализ результатов тестирования. К средне и сильно выраженным типам у 72-80% опрошенных студентов относятся Артистический (А), Предприимчивый (П), Социальный (С) и Интеллектуальный (И), к слабо выраженным типам - Реалистический (Р) и Конвенциональный (К) (75,7% и 73,4% соответственно).

Поскольку для людей, занимающиеся лечением, консультированием, обслуживанием пациентов важны такие психологические качества, как желание общаться с разнообразными людьми, гуманность, эмпатия их относят к Социальному типу. Мы проанализировали взаимосвязь этого типа с наиболее близкими типами «И», «П», «А».

У 109 опрошенных (64,5%) отмечают одновременно ярко- и средне-выраженные социальный и интеллектуальный психотипы, что подтверждается сильной положительной корреляцией ($r_{СИ}=0,7$). 94 студента (55,6%) имеют совпадение по выраженности социального психотипа с предприимчивым и артистическим ($r_{СП}=0,8$ и $r_{СА}=0,9$).

Нами установлено, что студенты-медики обладают разнообразными сочетаниями психотипов. Впоследствии каждый сможет реализовать себя в определенной области медицины, поскольку профессия врача включает в себя множество специальностей с различными видами деятельности, требующими от специалистов определенные личностные качества. Например, представители артистического типа могут ярко проявить свои качества в области психиатрии или психотерапии; лица предприимчивого типа могут проявить свои организаторские способности в должности главного врача или занявшись частной деятельностью; ориентация на работу с людьми у личностей социального типа является хорошей предпосылкой при выборе большинства профессий в сфере здравоохранения; людям с интеллектуальным типом личности подойдут занятия фундаментальными медицинскими науками, такими как гистология, физиология, биохимия.

Таким образом, можно сделать вывод о необходимости создания службы психологической консультации с целью более раннего выявления психотипов студентов, что, совместно с внедрением модульных учебных программ поможет будущим медикам уже на младших курсах определиться с выбором

будущей специализации и более углубленно изучать предметы, необходимые для будущей профессии.

Литература:

1. Глушко А.Н. Психолого-эргономические основы и средства профессионализации студентов медицинских вузов: Автореф. дисерт. ... д-ра психол. наук. - М., 2006. – 24 с.
2. Пряжникова Е.Ю. Профессиональное самоопределение: проблема соотношения образовательного госстандарта и уникальности личности // Журнал практического психолога. - 1999 - №4. - с. 28-35.
3. Преподаватель высшей школы (курс переподготовки) [электронный ресурс] – СПб.: Изд-во государственной медицинской академии им. И.И. Мечникова, 2007 г. – Электронный оптич. диск (CD-ROM)

РАЗВИТИЕ ЛИЧНОСТНЫХ КАЧЕСТВ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ ВО ВРЕМЯ ПРОХОЖДЕНИЯ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ В ДОЛЖНОСТЯХ МЛАДШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ И МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

Н.В. Осипок

Проведение производственной практики в должности младшей медицинской сестры и медицинской сестры у студентов-медиков II и III курсов на лечебном и медико-профилактическом факультетах является важным этапом в формировании будущего врача. Базами производственной практики студентов Иркутского государственного медицинского университета являются крупные лечебно-профилактические учреждения г. Иркутска, Иркутской области и близлежащих регионов (Республика Бурятия, Республика Тыва, Читинская область, Красноярский край). Руководство практикой осуществляется кафедрой пропедевтики внутренних болезней и кафедрой общей хирургии.

Цель практики – ознакомление с работой лечебно-профилактического учреждения, приобретение практических навыков по оказанию неотложной помощи, овладение медсестринскими манипуляциями, приобретение навыка ухода за больными и этико-деонтологическое воспитание.

Основными базами производственной практики в городе Иркутске являются терапевтические, кардиологические, отделения интенсивной терапии, гастроэнтерологические, неврологические, урологические, хирургические, гинекологические, приёмно-диагностические, ортопедические отделения следующих лечебных учреждений: МУЗ «Клинической больницы №1 г. Иркутска», Городской клинической больницы №3, Городской клинической больницы №8, Городской клинической больницы №10, Госпиталя ветеранов войн, МСЧ ИАПО, Областной клинической больницы №1, Областного геронтологического центра, Иркутской областной детской клинической больницы, Ивано-Матрёновской детской клинической больницы, Клинической больницы ВСЖД на ст. Иркутск-пассажирский, клинической больницы ВСЖД на ст. Иркутск-сортировочный, Научный центр реконструктивной и восстанови-

тельной хирургии, Больницы СО РАН, Городской станции скорой медицинской помощи и т. д.

В отделении, где студент проходит производственную практику, ему должно быть выделено рабочее место: медсестринский пост, процедурный кабинет, перевязочная и др. Непосредственными руководителями практики студентов являются опытный сотрудник кафедры пропедевтики внутренних болезней или кафедры общей хирургии, а в базовом учреждении - процедурная или постовая сестра.

Программа производственной практики студентов II и III курсов включает следующие вопросы [1]:

1. Ознакомление с режимом лечебного учреждения: графиком работы, порядком приёма и выписки больных, ведением документации, порядком приёма и сдачи дежурств медицинской сестрой, порядком проведения часа отдыха больных, посещений и передач, правилами хранения ядовитых и сильнодействующих лекарств и медицинского инструментария, санитарным режимом палат, пищевого блока и других помещений.
2. Наблюдение и уход за больными: определение артериального давления, счёт пульса и дыхательных движений, измерение температуры тела, цифровая и графическая запись её, раздача лекарств, смена белья, профилактика пролежней, кормление больных.
3. Овладение техникой подкожных, внутримышечных и внутривенных инъекций.
4. Самостоятельное выполнение врачебных назначений по подготовке больных к рентгенологическому исследованию и ректоскопии, желудочное и дуоденальное зондирование, сбор мочи для пробы Зимницкого, Нечипоренко, общего анализа мочи, горчичники, банки, компрессы, все виды клизм (очистительные, питательные, сифонные, лекарственные), катетеризация мочевого пузыря мягким катетером.
5. Помощь врачам при лечебных манипуляциях (плевральной пункции, пункции живота при асците) и оказание неотложной помощи (при кровотечениях, стенокардии, неукротимой рвоте, отравлении, астматических и коматозных состояниях, коллапсе, желчной и почечной коликах и т. д.).
6. Проведение вместе с врачом всех исследований перед переливанием крови, определение групп крови, совместимости, резус-принадлежности.
7. Взятие на анализ выделений (мочи, кала, мокроты, умение дать характеристику по внешнему виду и запаху).
8. Знакомство с выпиской и хранением медикаментов (рецептурные прописи, порядок выписки и хранение наркотических, сердечных и сильнодействующих средств, стерильных растворов).
9. Знакомство с диетическим питанием больных.
10. Знакомство с работой приёмного покоя (порядок приёма больных, документация и т. д.).
11. Знакомство с работой клинической лаборатории, участие в зондировании больных.

12. Два ночных дежурства, во время которых студент принимает активное участие в работе дежурного врача.

Во время прохождения производственной практики на младших курсах студенты впервые знакомятся с больными. Здесь необходимы знания этических принципов, деонтологическая подготовка, базис которых формируется на первых клинических кафедрах - пропедевтики внутренних болезней и общей хирургии. Эти подходы даются кафедрами через предмет, на студенческих научных кружках, при разборе больных, при курации студенческих групп, а также дополнительных занятий на заданные темы.

Студенты должны проводить санитарно-просветительную работу в виде лекции или беседы на актуальную медицинскую тему. Санитарное просвещение является одной из важнейших областей идеологической и воспитательной работы с населением. Студенты медицинского ВУЗа уже с младших курсов должны воспитывать в себе качества лектора-пропагандиста здорового образа жизни и медицинских знаний. Выбор тематики лекций и бесед очень широк: алкоголизм и его последствия, о вреде курения, донорство и его значение, витамины и здоровье, закаливание организма, уход за полостью рта, о плохом запахе изо рта, гигиена тела, профилактика кишечных инфекций, ожирение и его профилактика, гиповитаминозы и их предупреждение, профилактика гриппа, диетический режим при язвенной болезни, диета при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, рациональное питание, гиподинамия и избыточный вес как причина заболеваний сердечно-сосудистой системы и т.д.

Иногда тематика такой просветительной работы может реализоваться в более серьёзную форму и стать основой создания серии лекций, предназначенной для проведения тематических занятий по отказу от курения [2, 3] или организации нозологической школы для больных. На кафедре накоплен серьёзный опыт подобного рода работы.

Студенты II и III курсов должны подчиняться всем правилам внутреннего трудового распорядка базового учреждения, нести ответственность за выполняемую работу наравне со штатными работниками, активно участвовать в общественной жизни коллектива. Всё это способствует формированию организованности и ответственности будущего врача, воспитанию навыков врачебной этики и медицинской деонтологии.

Во время производственной практики каждый студент выполняет учебно-исследовательскую работу на предложенную или свободную тему, выступает на сестринской конференции в клиническом отделении с докладом на тему, интересующую коллектив отделения (новые методы исследования, технологии ухода, действие новых препаратов и т. д.), что способствует повышению профессионализма и формированию клинического мышления.

Наиболее существенными для воспитания врача являются производственные собрания, инструктаж студентов, общение с коллективом отделений, беседы с медицинскими сёстрами, с врачами отделений, взаимоотношение с

больными, их родственниками, лекции или беседы с больными, санитарные бюллетени.

Свою работу студенты обязаны фиксировать в дневниках, которые ежедневно подписываются старшей медсестрой или постовой медсестрой и проверяются преподавателем - руководителем производственной практики. Отчётными документами для защиты производственной практики являются аттестационный лист с перечнем выполненных манипуляций, характеристика студента с указанием проведённой санитарно-просветительной работы, дневник прохождения практики (все документы заверяются главной медсестрой лечебно-профилактического учреждения), а также реферативное сообщение.

При защите практики каждому студенту даётся индивидуальная характеристика, где проводится оценка взаимоотношений с коллективом, отражаются деонтологические моменты взаимоотношения с больным (авторитет студента среди больных), уровень теоретической подготовки, владение практическими навыками.

Таким образом, производственная практика на младших курсах способствует формированию личности врача, его профессионализму, организованности, ответственности, духовному, творческому, этическому и деонтологическому воспитанию.

Литература:

1. Осипок Н.В., Калягин А.Н. Воспитательная работа студентов во время прохождения санитарской и сестринской производственной практики // Воспитательная работа в ИГМУ. / Под ред. Ю.А. Горяева, А.В. Щербатых. – Иркутск, 2007. – С.51-52.
2. Швецова Е.А., Калягин А.Н. Организация работы школ по преодолению табачной зависимости (занятие 1). // Альманах сестринского дела. – 2008. – Т. 1. №1. – С. 43-57.
3. Швецова Е.А., Калягин А.Н. Организация работы школ по преодолению табачной зависимости (занятие 2). // Альманах сестринского дела. – 2009. – Т. 2. №1. – С. 43-57.

ПРОБЛЕМЫ АДАПТАЦИИ СТУДЕНТОВ 1 КУРСА МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РЕГИОНА ПРОЖИВАНИЯ

И.Г. Погорелова, Г.И. Булнаева

Проблема сохранения и укрепления здоровья студенческой молодежи в настоящее время привлекает внимание исследователей различных научных направлений, что обусловлено большой численностью данной возрастной группы; снижением качества жизни и здоровья молодежи, определяющим значением уровня здоровья молодежи для здоровья общества в целом.

Необходимо отметить, что хотя изучению состояния здоровья детского населения и формирующих его факторов посвящено огромное количество работ, большинство их ограничено подростковым возрастом (14-17 лет). В то же время, поступив в ВУЗ, бывший школьник оказывается в новых социаль-

ных, психофизиологических, а зачастую и природно-климатических условиях, подвергается воздействию иных неблагоприятных факторов окружающей среды.

Вместе с тем, начало обучения в вузе, тем более медицинском, даже при благоприятных условиях, связано с большими интеллектуальными и психосоматическими перегрузками. Адаптация к новым, специфичным для высшей школы средовым факторам, представляет сложный многоуровневый социально-психологический процесс и сопровождается значительным напряжением компенсаторно-приспособительных систем организма, что в сочетании с постоянным умственным и психофизиологическим напряжением, а также нарушением режима труда, отдыха и питания может привести к развитию целого ряда заболеваний [1,5].

В ряде исследований [2,6] было показано, что в первые годы обучения резкий переход вчерашних школьников к новым специфичным условиям труда и жизни вызывает активную мобилизацию, а затем истощение физических резервов и компенсаторно-приспособительных систем организма студентов, свидетельствующее о переутомлении, особенно ярко проявляющееся у студентов 1 курса. Длительность и успешность процесса адаптации во многом зависит от функциональной готовности, которая определяется достигнутым уровнем биологического развития психофизиологических, в том числе профессионально значимых, функций и качеств подростка. Таким образом, исследование уровня адаптации у студентов первого курса является чрезвычайно актуальным в настоящее время.

В связи с этим цель исследования состояла в определении адаптационных параметров сердечно-сосудистой системы и их сравнительном анализе у студентов 1 курса Иркутского государственного медицинского университета (ИГМУ) в зависимости от региона проживания.

В качестве объекта исследования были определены студенты 1 курса Иркутского государственного медицинского университета 17-18 лет, являющиеся жителями Иркутской, Читинской областей, Республик Бурятия и Саха.

Обследование проводилось сотрудниками курса лечебной физкультуры и врачебного контроля ИГМУ. Всего обследовано 669 студентов, из них девушки составляли 68,8%, юноши – 31,2%. Из числа обследованных 479 (71,6%) являлись жители Иркутской области, 113 (16,9%) – Республики Бурятия, 42 (6,3%) – Читинской области и 35 (5,2%) человек – Республики Саха.

Среди студентов 1 курса, приехавших из изучаемых регионов преобладали девушки (от 66,8% из Иркутской области до 77,5% из Читинской области). Необходимо отметить, что наибольший удельный вес среди обследуемого контингента составляют городские жители (73,1%). Однако, если из Иркутской области и Республики Бурятия городских студентов 78,5 и 62,8% соответственно, то среди прибывших из Читинской области и Республики Саха этот показатель составил 45,0% и 45,7% соответственно.

В ходе медицинского обследования у студентов определялись: основные антропометрические показатели (длина и масса тела), частота сер-

дечных сокращений (ЧСС), систолическое и диастолическое артериальное давление (АДС и АДД).

Для количественной оценки индивидуального здоровья испытуемых использована методика расчета адаптационного потенциала системы кровообращения по Р.М. Баевскому, которая, по мнению ряда авторов, имеет достаточную степень надежности (индекс надежности составляет 0,82) и обладает достаточно высокой чувствительностью (более 90%) [3,4].

$АП = 0,011ЧСС + 0,014АДС + 0,008АДД + 0,014КВ + 0,009МТ - 0,009Р - 0,27$,
где: ЧСС – частота сердечных сокращений (уд/мин); АДС – артериальное давление систолическое, мм рт.ст.; АДД – артериальное давление диастолическое, мм рт.ст.; КВ – календарный возраст, годы; МТ – масса тела, кг; Р – рост, см.

Степень адаптации определяли в зависимости от величины АП: удовлетворительная адаптация – 2,1 балла и ниже; напряжение механизмов адаптации – 2,11-3,2; неудовлетворительная адаптация – 3,21-4,3; срыв адаптации – 4,3 балла и выше.

Данные представляли в виде средних величины (М), стандартной ошибки среднего (m), указывали максимум (max) и минимум (min) выборки, использовали относительные величины. Статистическая обработка полученных результатов производилась с использованием критерия Крискала-Уоллеса и z-критерия. Различия значимы при $p < 0,05$.

Анализ полученных значений адаптационного показателя в баллах (табл.1), свидетельствует о более высоком напряжении адаптационных механизмов у юношей-горожан, наблюдаемом во всех изучаемых регионах. При этом более высокие значения АП, свидетельствующие о напряжении адаптации регистрируются у юношей-горожан из Республики Саха и Читинской области. У девушек процессы адаптации протекают более благоприятно, значения адаптационного потенциала не превышает порогового значения во всех регионах, за исключением Читинской области. Наиболее успешно процессы адаптации протекают у девушек – сельчан Читинской области и Республики Саха по сравнению с горожанами, о чем свидетельствуют значимо низкие значения АП. Тогда как у девушек из сельской местности Иркутской области и Республики Бурятия определяется более выраженная степень напряжения адаптационно-компенсаторных механизмов по сравнению с городскими жителями.

При анализе распределения количества студентов из различных регионов по степени адаптации (табл. 2) установлено, что у 71,3% студентов 1 курса ИГМУ определяется удовлетворительная степень адаптации. Наибольшее количество студентов с адаптационным потенциалом, не превышающим пороговый, отмечено среди жителей Республики Бурятия (74,4%), наименьшее среди приехавших из Республики Саха (Якутия) – 59,0%. Также отмечаются некоторые различия в степени адаптации у городских и сельских жителей: удовлетворительный уровень адаптации определен у 72,3% горожан и 68,9% сельчан.

Таблица 1 Значение адаптационного потенциала

Регион проживания	Адаптационный потенциал, баллы (M±m; min-max)			
	Юноши		Девушки	
	Город	Село	город	село
Иркутская область	2,056±0,021 (0,87-2,8)	2,037±0,051 (1,5-2,42)	1,941±0,018 (1,12-2,86)	1,975±0,029 (1,26-2,8)
Читинская область	2,109±0,06 (1,6-2,8)	2,089±0,02 (1,5-2,4)	2,054±0,065 (1,7-2,5)	1,857±0,045* (1,6-2,18)
Республика Бурятия	1,995±0,081 (1,56-2,94)	2,07±0,043 (1,8-2,347)	1,868±0,035 (1,35-2,47)	1,918±0,055 (1,3-2,371)
Республика Саха	2,176±0,02 (1,55-2,5)	2,068±0,13 (1,5-2,35)	1,952±0,04 (1,7-2,49)	1,789±0,074* (1,0-2,56)

*- различия значимы в сравнении с АП городских жителей

Таблица 2. Распределение студентов 1 курса по величине адаптационного потенциала, %

Регионы		Количество студентов, %					
		Юноши		Девушки		Оба пола	
		Удовл. адаптация	Напряж. адаптация	Удовл. адаптация	Напряж. адаптация	Удовл. адаптация	Напряж. адаптация
Иркутская Область	всево	65,4	34,6	74,8	25,2	71,7	28,3
	город	65,9	34,1	76,6	23,4	72,8	27,2
	село	61,9	38,1	69,5	30,5	68,0	32,0
Читинская Область	всево	40,0	60,0	71,0	29,0	66,7	33,3
	город	33,3	66,7	53,3	46,7	50,0	50,0
	село	50,0	50,0	87,5	12,5	83,3	16,7
Республика Бурятия	всево	69,7	30,3	73,7	26,3	74,4	25,6
	город	78,9	21,1	76,9	23,1	77,5	22,5
	село	58,1	42,9	67,9	32,1	64,3	35,7
Республика Саха	всево	30,0	70,0	69,0	31,0	59,0	41,0
	город	25,0	75,0	75,0	25,0	62,5	37,5
	село	33,3	66,7	64,7	35,3	56,5	43,5
Всево	всево	63,6	36,3	74,0	26,0	71,3	28,7
	город	65,8	34,2	75,5	24,5	72,3	27,7
	село	56,8	44,2	71,2	29,4	68,9	31,1

При оценке уровня адаптационного потенциала в зависимости от пола установлено, что студенты-юноши характеризуются несколько худшим его значением по сравнению с девушками. Так, количество студентов-юношей, обладающих удовлетворительной адаптацией, составляет лишь 63,6% против 74,0% девушек. При этом наблюдаются значительные разли-

чия в уровнях адаптации среди горожан и сельчан. В частности, наибольшее число студентов-юношей с напряженной адаптацией отмечено среди сельских жителей (44,2%), тогда как девушек-сельчан с аналогичным уровнем адаптации только 29,4%.

При сравнительном анализе уровня адаптации среди городских и сельских жителей, изучаемых регионов, установлено, что наиболее благоприятная картина отмечается в Читинской области среди сельских жителей (83,3% с удовлетворительной адаптацией), тогда как в других регионах количество сельчан с удовлетворительной адаптацией колеблется от 56,5% в Республике Саха до 68% в Иркутской области.

Во всех изучаемых регионах отмечается значимо большее число девушек с удовлетворительной степенью адаптации по сравнению с юношами. При этом, если число девушек с удовлетворительной степенью адаптации во всех регионах примерно находится на одном уровне и колеблется от 69% в Республике Саха до 74,8% в Иркутской области, то среди юношей наблюдаются значительные отличия: от 30% в Республике Саха до 69,7% в Республике Бурятия.

При оценке полученных результатов выявлено, что наиболее неблагоприятная картина отмечается среди студентов, приехавших из Республики Саха, при этом наибольшую тревогу вызывают юноши-горожане, среди которых лишь у 25% отмечен удовлетворительный уровень адаптации. У девушек, приехавших из этой республики, более благоприятная ситуация и наибольшего внимания требуют девушки-сельчане (35,3%), имеющие напряженную адаптацию.

Неоднозначная картина сложилась у студентов Читинской области. Так, выявлено напряжение адаптации у 46,7% девушек и 66,7% юношей-горожан, тогда как у сельчан этот показатель составил 12,5% у девушек и 50,0% среди юношей.

В Республике Бурятия при анализе показателей выявлено примерно равное количество юношей и девушек горожан с удовлетворительной степенью адаптации (78,9% и 76,9% соответственно), в то время как у сельчан определяется значимо большее число студентов юношей с напряженной адаптацией по сравнению с девушками.

У студентов Иркутской области более благоприятная ситуация характерна для девушек (74,8% имеют удовлетворительную адаптацию), при этом у 30,5% девушек-сельчан характеризуется напряжением адаптационных механизмов. У юношей ситуация более тревожная – лишь 65,4% имеют удовлетворительный уровень адаптации, при этом среди сельчан это значение ниже (61,9%).

Таким образом, существуют различия в уровне адаптации у студентов 1 курса, приехавших из различных регионов. Наиболее благоприятная ситуация отмечается у студентов из Иркутской области и Республики Бурятия. Наибольшую тревогу вызывают студенты из Республики Саха. Определены значимые различия в уровне адаптации в зависимости от пола и усло-

вий проживания, наиболее приспособлены к обучению в вузе жители городских поселений. Для успешной адаптации к обучению в вузе, предупреждению неблагоприятных изменений в состоянии здоровья рекомендуется: введение в программу медицинского осмотра студентов 1 курса определение адаптационного потенциала; выделение в группу риска, студентов с напряженной и неудовлетворительной адаптацией; разработку для них индивидуальных оздоровительных программ.

Литература:

1. Абросимова М.Ю., Альбицкий В.Ю., Галлямова Ю.А., Созинов А.С. Здоровье молодежи – Казань: Медицина, 2007. – 220 с.
2. Артеменков А.А. Изменение вегетативных функций у студентов при адаптации к умственным нагрузкам // Гигиена и санитария – 2007. – №1. – С.62-64.
3. Баевский Р.М., Берсенева А.П. Оценка адаптационных возможностей организма и риск развития заболеваний. – М.: Медицина, 1997. – 235 с.
4. Безматерных Л.Э., Куликов В.П. Диагностическая эффективность методов количественной оценки индивидуального здоровья // Физиол. человека. – 1998. - Т 24. - №3. - С 79-85.
5. Корденко А.Н., Соколова Н.В., Ушаков И.В. Влияние условий обучения в институте на некоторые физиологические показатели студентов // Физиол. и психол. мотивации: Межрегион. сб. науч. работ. – Вып. 2. - Воронеж, 1998. – С. 100.
6. Севрюкова Г.А. Адаптивные изменения функционального состояния и работоспособность студентов в процессе обучения // Гиг. и сан. – 2006. – №1. – С. 72-74.

ВОСПИТАТЕЛЬНАЯ РАБОТА СО СТУДЕНТАМИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ АЛКОГОЛЬНЫХ ПРИСТРАСТИЙ

А.Н. Калягин, Ю.А. Горяев, Е.И. Поблинкова, Н.Ю. Казанцева

Злоупотребление алкоголем – это важнейшая проблема общественного здоровья в Российской Федерации. С 1990 по 2006 г. потребление алкоголя на душу населения в РФ выросло не менее чем в 2,5 раза. В основном это произошло за счет увеличения потребления пива (в структуре продажи алкогольных напитков доля пива возросла с 59% в 1990 г. до 76% в 2006 г.). Ежедневно в России употребляют алкогольные напитки (включая слабоалкогольные) 33% юношей и 20% девушек, около 70% мужчин и 47% женщин.

В 2002 г. потребление алкоголя в РФ составило 14,5; 2,4 и 1,1 л в год в пересчете на чистый спирт соответственно у мужчин, женщин и подростков, или в среднем около 11 л в год на душу взрослого населения (по данным Роспотребнадзора, 18 л в год на душу взрослого населения), это превышает показатели многих других государств. Потребление крепких алкогольных напитков в абсолютных значениях в РФ с 1990 г. не уменьшилось, хотя в структуре потребления их доля уменьшилась до 15% из-за резкого увеличения потребления пива.

В пленарном докладе главного эксперта кардиолога Минздравсоцразвития РФ, академика РАМН Р.Г. Оганова на «I Национальном конгрессе терапевтов», который проходил в Москве, было высказано однозначное мнение, что реко-

мендации по умеренному употреблению алкоголя, высказываемые многими специалистами, являются не достаточно обоснованными. На сегодня отмечено, что люди, умеренно употребляющие алкоголь, обычно ведут умеренный образ жизни во всём и следят за своим здоровьем. Потому протективное действие оказывается не алкоголем, а именно таким образом жизни. Есть и другие данные, показывающие протективные свойства компонентов виноградного сока.

Данные статистики здравоохранения однозначно указывают, что самая высокая продолжительность жизни, минимальное число болезней были зарегистрированы в период «горбачёвской» перестройки и активной антиалкогольной компании. При всех недостатках этого периода советских реформ, результативность его для системы здравоохранения была чрезвычайно высокой: стали распространяться движения за здоровый образ жизни, общества трезвости, развивалась индустрия спорта, активно велась диспансеризация.

Однако в России существует давняя традиция употребления и злоупотребления алкоголем, которая поддерживается практически всеми слоями общества. Эта традиция и привела к довольно быстрой гибели благих инициатив. К сожалению, обрушение идеалов, привело к ещё большему росту употребления алкоголя. Этого жизненного принципа придерживаются и студенты вузов, часто не задумываясь о последствиях. Первоначально алкоголь рассматривается как способ сближения при общении с коллегами и друзьями, способ организовать праздничное застолье, почувствовать весёлость и оживление. В дальнейшем, алкоголь превращается в средство лечения стрессовых ситуаций, избавления от забот и повышения качества жизни. К сожалению, такое состояние дел продолжается не очень долго и у некоторых людей, обладающих низкой толерантностью к спиртным напиткам, сменяется на зависимость.

Алкогольная болезнь – это полиорганное поражение, практически все системы и органы страдают от него. Классически описаны «алкогольное сердце» («пивное сердце»), «алкогольная печень», подагра (болезнь изобилия пищи и вина) и т.д.

Курс пропедевтики внутренних болезней является уникальным инструментом для того, чтобы продемонстрировать тяжёлые проявления алкоголизации.

Начинается всё с выяснения анамнеза, во время которого студенты знакомятся с современными подходами к выявлению хронической алкогольной зависимости путём применения стандартизованных и валидизированных опросников. На занятии по общему осмотру студенты знакомятся с типичным габитусом алкоголика, который и без того хорошо известен из произведений художественной литературы, а также обликом и стилем поведения больного подагрой.

В разделе «Методика исследования больных и семиотика заболеваний органов дыхания» обращается внимание, что хроническая алкоголизация является важным фактором риска бронхолёгочной патологии. Это касается, прежде всего, острого бронхита, пневмонии, деструктивных процессов в лёгких, туберкулёза и т.д.

При рассмотрении раздела «Методика исследования больных и семиотика заболеваний органов кровообращения» особое внимание уделяется изменению конфигурации сердца, появлению аускультативных симптомов говорящих в пользу поражения сердца при алкогольной болезни.

Пищеварительная система особенно богата заболеваниями, возникающими на фоне алкоголизации. Здесь можно уделить внимание недостаточности питания, снижению аппетита, изменению характера стула, болям в животе, пожелтению кожных покровов, которые возникают вследствие употребления алкоголя. Заболе-

вания печени, поджелудочной железы, пищевода и желудка являются ярким примером токсического действия алкоголя в результате его хронического или высокодозового приёма.

Преподаватели кафедры постоянно обращают внимание студентов во время своей работы на перечисленные негативные эффекты алкоголя. Доцентом Е.И. Поблинковой совместно со студентами курируемых групп подготовлен стенд, представленный для общего ознакомления в холле кафедры, где подробно представлены проявления алкоголизма.

В период массового отравления населения Иркутска и Иркутской области спиртосодержащими жидкостями в 2006 году базовое учреждение здравоохранения – МУЗ «Клиническая больница №1 г. Иркутска» стала одним из мест сбора больных с токсическим гепатитом. Сотрудники кафедры активно участвовали в оказании помощи этим пациентам и демонстрировали тяжелейшие последствия алкогольной зависимости студентам. Эти наблюдения отличались поразительным действием на чувствительные души будущих врачей. Они впервые знакомились с социальными последствиями алкоголизации: уход из семьи, невозможность общаться с детьми, потеря любимой работы, отсутствие средств к существованию, жилья и пищи. Все эти проблемы очень остро стояли и стоят перед людьми, госпитализированными в отделение. Однако благожелательное отношение, небольшая забота со стороны сотрудников больницы и относительно комфортные условия помогают резко изменить отношение больных алкоголизмом к жизни. Они не нарушают порядок, по детски радостно едят больничную кашу, запоем читают книги отделенческой библиотеки. Пагубное пристрастие к алкоголю лишает их этих земных радостей.

На наш взгляд, целесообразно предпринимать усилия по расширению демонстраций негативного действия алкоголя на организм человека. Нет смысла призывать к отказу от употребления спиртного, но есть смысл добиваться культуры приёма алкоголя. Это могут быть акции – «Нет рекламе пива на телевидении!», «За здоровье наших пациентов!», «Долой киоски с табаком и алкоголем с остановок!» и т.д. Целенаправленная работа с активным привлечением студентов послужит хорошим подспорьем для профессионального формирования будущих врачей и создания общественного резонанса по проблеме алкоголизации.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Аснер Татьяна Викторовна	- кандидат медицинских наук, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней Иркутского государственного медицинского университета.
Белялов Фарид Исмагильевич	- доктор медицинских наук, профессор кафедры геронтологии и гериатрии Иркутского государственного института усовершенствования врачей.
Булнаева Галина Иосифовна	- кандидат медицинских наук, доцент, заведующая курсом лечебной физкультуры и врачебного контроля Иркутского государственного медицинского университета.
Волков Игорь Павлович	– доктор психологических наук, профессор кафедры психологии им. проф. А.Ц.Пуни Национального государственного университета физической культуры, спорта и здоровья, профессор, действ. чл. и президент БПА.
Горяев Юрий Аркадьевич	- доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней и почётный профессор Иркутского государственного медицинского университета, Заслуженный врач РФ и Монгольской НР.
Гузовская Евгения Владимировна	- кандидат медицинских наук, доцент кафедры патологии с курсом клинической иммунологии и аллергологии Иркутского государственного медицинского университета
Гуцол Людмила Олеговна	- кандидат биологических наук, ассистент кафедры патологии с курсом клинической иммунологии и аллергологии Иркутского государственного медицинского университета
Дашеева Цыцыгма Баторовна	- кандидат медицинских наук, ассистент кафедры внутренних болезней с курсами военно-полевой терапии и профессиональной патологии Иркутского государственного медицинского университета
Жукова Елена Викторовна	- кандидат медицинских наук, доцент кафедры гигиены труда и гигиены питания Иркутского государственного медицинского университета
Зобнин Юрий Васильевич	- кандидат медицинских наук, доцент кафедры внутренних болезней с курсами военно-полевой терапии и профессиональной патологии Иркутского государственного медицинского университета
Казанцева Наталья Юрьевна	- кандидат медицинских наук, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней Иркутского государственного медицинского университета
Калинина Оксана Леонидовна	- ассистент кафедры внутренних болезней с курсами военно-полевой терапии и профессиональной патологии Иркутского государственного медицинского университета
Калягин Алексей Николаевич	- кандидат медицинских наук, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней Иркутского государственного медицинского университета, профессор РАЕ, действ. член АРЭ, член-корр. БПА и АИО
Минакина Лилия Николаевна	- кандидат медицинских наук, доцент кафедры фармакологии Иркутского государственного медицинского университета

Непомнящих Светлана Федоровна	- кандидат медицинских наук, старший преподаватель кафедры патологии с курсом клинической иммунологии и аллергологии Иркутского государственного медицинского университета
Поблинкова Елена Ивановна	- кандидат медицинских наук, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней Иркутского государственного медицинского университета
Погорелова Ирина Геннадьевна	- кандидат медицинских наук, доцент кафедры коммунальной гигиены с курсом гигиены детей и подростков, Заслуженный врач Республики Бурятия
Седов Сергей Константинович	- кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой внутренних болезней с курсами военно-полевой терапии и профессиональной патологии Иркутского государственного медицинского университета
Семинский Игорь Жанович	- доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой патологии с курсом клинической иммунологии и аллергологии, декан факультета «Менеджмент в здравоохранении, медицинское право, медицинская биохимия» Иркутского государственного медицинского университета, член-корр. РАЕН
Суфианова Галина Зиновьевна	- доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой фармакологии Иркутского государственного медицинского университета
Суховский Валерий Александрович	- кандидат медицинских наук, доцент кафедры внутренних болезней с курсами военно-полевой терапии и профессиональной патологии Иркутского государственного медицинского университета
Третьякова Мария Александровна	- кандидат медицинских наук, ассистент кафедры внутренних болезней с курсами военно-полевой терапии и профессиональной патологии Иркутского государственного медицинского университета
Усов Лев Акимович	- доктор медицинских наук, профессор кафедры фармакологии и почётный профессор Иркутского государственного медицинского университета, действительный член МАН ВШ
Черных Рева Ивановна	- кандидат медицинских наук, ассистент кафедры внутренних болезней с курсами военно-полевой терапии и профессиональной патологии Иркутского государственного медицинского университета
Щербаков Григорий Ильич	- ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней Иркутского государственного медицинского университета
Щербатых Елена Владимировна	- ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней Иркутского государственного медицинского университета

ВЕСТНИК БАЛТИЙСКОЙ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ АКАДЕМИИ

Формат 60x84 1/16. Уч.-изд. листов 4,0 Подписано в печать 30.10.2009 г. Тираж 200 экз.
 Типография «Дубль Принт», г. Иркутск, ул. Волжская, оф. 112, тел. (3952) 669232

