ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ И ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПРАКТИКЕ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯС МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

22 - 23 НОЯБРЯ 2017 Г.

САНКТ-ПЕТЕРБУРГ

Первый Санкт-Петербургский
государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова

MEDICINA ARS NOBILISSIMA
1897

Первый Санкт-Петербургский
государственный медицинский университет
имени академика И.П.Павлова

Материалы конференции

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ И ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПРАКТИКЕ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

22 ноября – 23 ноября 2017 года

САНКТ – ПЕТЕРБУРГ

УДК 796
ББК 54.53
А43

В сборнике представлены материалы научно-практической конференции с международным участием «Инновационные технологии в медицинском образовании и лечебно-реабилитационной практике», которая проводилась в рамках меджународного симпозиума по медицинской реабилитации (21-32 ноября 2017). Материалы представляют теоретический и практический интерес для специалистов, работающих в системе медицинского образования, а также в системе медицинской реабилитации.

Под редакцией д.м.н., профессора Ванчаковой Н.П.

Рецензенты: Соловьева С.Л., д. психол. н., профессор

Материалы печатаются в авторской редакции.

ISBN 978-5-88999-469-5

СОДЕРЖАНИЕ

Багирова А.К., Усманходжаева А.А.
ЗАВИСИМОСТЬ ОТБОРА ЮНЫХ ВОЛЕЙБОЛИСТОВ ОТ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ДАННЫХ СПОРТСМЕНОВ. **6**
Балашова И.Н
КИНЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ТЕЙПИРОВАНИЕ В ЛОГОПЕДИИ **7**
Бафоева З.О., Шукурова М.Х., Мирхамидова Н.А.
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗРАБОТАННОЙ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ С УЧЁТОМ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ У ДЕТЕЙ С ДЦП **10**
Берлякова К.А., Андрейчук А.А., Ломтатидзе О. В.
ВЛИЯНИЕ НАПРАВЛЕННОЙ АНИМАЛОТЕРАПИИ НА ДЕТЕЙ С ДЦП **12**
Бонжур Дэвид, Вьян Питон Натали
ОПЫТ ПОДГОТОВКИ ОСТЕОПАТОВ В ОТДЕЛЕНИИ ОСТЕОПАТИИ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ФРИБУРА (ШВЕЙЦАРИЯ) **14**
Ванчакова Н.П.
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ МЫШЛЕНИЕ – АКТУАЛЬНЫЙ ВЕКТОР КЛИНИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ И КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ **16**
Вацкель Е.А.
ПАЦИЕНТЫ ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА НА ГЕМОДИАЛИЗЕ: СПЕЦИФИКА ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПРИ ПОМОЩИ АУДИОТЕРАПИИ **19**
Власенко С.В.3, Пономаренко Е.Н., Савчук Е.А., Ларина Н.В., Кафанова К.А.
КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НАРУШЕНИЙ РЕЧИ У БОЛЬНЫХ В ПОЗДНЕМ РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В УСЛОВИЯХ КЛИНИЧЕСКОГО САНАТОРИЯ **23**
Гусева А.Ю., Рукавцова О.М., Павлова Д.В.
НЕГАТИВНЫЕ ЭФФЕКТЫ НЕКОНТРОЛИРУЕМОГО РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПЛАНШЕТОВ, СМАРТФОНОВ И КОМПЬЮТЕРНЫХ ИГР **26**
Денишенко В.А.
МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ СВЯЗИ ПРИ ПОДГОТОВКЕ СПЕЦИАЛИСТОВ ДЛЯ ШКОЛ ПАЦИЕНТОВ **28**
Доценко Т.М., Бугашева Н.В., Бутева Л.В.
ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДИКИ ДЕЛОВОЙ ИГРЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЗАНЯТИЯ ПО ТЕМЕ «ОРГАНИЗАЦИЯ ВРАЧЕБНО-ТРУДОВОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА» **34**
Ершова С.В.
ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ДИСТАНЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ…… **32**
Журавская Е.П.
МУЗЫКАЛЬНЫЕ СРЕДСТВА КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ СПОСОБ СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ И ВОСПИТАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ **38**
Dr. Alek Itsekson
КЛИНИЧЕСКАЯ ГЕНДЕРНАЯ МЕЗОТЕРАПИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МИОФАСЦИАЛЬНЫХ БОЛЕЙ, БЕСПЛОДИЯ И АУТОИММУННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ **43**
Клюев А.С.
О ПЕРСПЕКТИВНОСТИ ОБУЧЕНИЯ МУЗЫКАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В МЕДИЦИНСКИХ ВУЗАХ РОССИИ **44**
Колмогорова Н.В.
МУЗЫКА ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЦЕЛОСТНОСТИ ЛИЧНОСТИ **46**
Корженевская М.А., Лаптиев С.А., Розенфельд С.В.
РОЛЬ ГЕНОМА И ЭПИГЕНОМА В ТРАНСЛЯЦИИ СОВРЕМЕННЫХ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ЗНАНИЙ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ **48**
Красильникова Н.В., Вацкель Е.А, Пилосян С.
АНАЛИЗ ВОСПРИЯТИЯ ПЛЕЙЛИСТА АУДИОТЕРАПИИ ПРЕДСТАВИТЕЛЯМИ РОССИЙСКОЙ И ШВЕЙЦАРСКОЙ КУЛЬТУР (ПИЛОТАЖНОЕ КРОСС-КУЛЬТУРНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ) **51**
Лесиовская Е.Е., Андреева Д.М., Бахтина С.М.
КУРСЫ ТЕМАТИЧЕСКОГО УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ «ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ ФИТОТЕРАПИЯ» И «ОСНОВЫ ФИТООЗДОРОВЛЕНИЯ» - НОВЫЕ ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ВРАЧЕЙ **55**
Ловчев А.Ю., Ласовецкая Л.А.
ОСТЕОПАТИЯ И ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА, ИЛИ МОЖНО ЛИ УЧИТЬ ОСТЕОПАТИИ, СЛЕДУЯ ТРЕБОВАНИЯМ, ПРЕДЪЯВЛЯЕМЫМ К СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ **57**
Мальцева М.Н., Шмонин А.А.
КАНИС-ТЕРАПИЯ В АБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА **60**
Матвеев В.С., Матвеев С.В, Орлов А.В., Успенская Ю.К.

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГРАММ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С МУКОВИСЦИДОЗОМ **66**
Молчанов А.С., Молчанов К.А.
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА В СИСТЕМЕ НЕПРЕРЫВНОЙ ПОДГОТОВКИ КАДРОВ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ **68**
Молчанов К.А., Молчанов А.С.
ОТНОШЕНИЕ МАТЕРЕЙ К ДЕТЯМ С РАСЩЕЛИНОЙ ГУБЫ И НЕБА И КОСМЕТИЧЕСКИМИ ДЕФЕКТАМИ ЛИЦА **70**
Мусафиров М.К.
ПРОФОРИЕНТАЦИОННАЯ РАБОТА МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ И СУЗОВ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ДЕТЕЙ В КОНТЕКСТЕ ИСТОРИИ И СОВРЕМЕННОЙ ПАРАДИГМЫ РОССИЙСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ **72**
Никонорова М.Л.
СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ВЫСШЕГО СЕСТРИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ……..…. **73**
Петрова Н.Г.
ОРГАНИЗАЦИЯ УЧЕБНОЙ И МЕТОДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ НА КАФЕДРЕ ФИЗИКИ, МАТЕМАТИКИ И ИНФОРМАТИКИ **74**
Подъячева А.Н.
РЕЦЕПТИВНАЯ МУЗЫКОТЕРАПИЯ И ВОКАЛОТЕРАПИЯ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ **80**
Родионова В.А.
РИТОРИКА КАЙРОСА КАК ИННОВАЦИЯ В ПОСЛЕДИПЛОМНОМ МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ **82**
Сайфиддинова М.А, Гадаев А.Г, Разиков А.А.
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С ПАТОЛОГИЕЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ. **84**
Судникова И. А.
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ В РАБОТЕ ПСИХОЛОГА **86**
Худик В.А., Тельнюк И.В
РОЛЬ ТЬЮТОРА В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ СОПРОВОЖДЕНИИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА, ИМЕЮЩИХ ОГРАНИЧЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЗДОРОВЬЯ **88**
Цукурова Л.А., Власенко С.В.
ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГАМК У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В ПРОЦЕССЕ АДАПТИВНОГО ФРИДАЙВИНГА **94**
Чернявская А.П., Барабошина А.А.
АДАПТАЦИОННЫЕ РЕСУРСЫ БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ: ВОЗМОЖНОСТИ ИХ ФОРМИРОВАНИЯ В РАМКАХ КУРСА «СИСТЕМНЫЙ И ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОДХОД К ЦЕЛОСТНОМУ ВОСПРИЯТИЮ ЗДОРОВЬЯ И БОЛЕЗНИ» **96**
Шаламай Л.И., Карпова Л.С., Седнева Я.Ю.
АНАЛИЗ КРИТЕРИЕВ ОЦЕНКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ И ПОДГОТОВЛЕННОСТИ К ЛЕЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ С ПОЗИЦИЙ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА И АККРЕДИТАЦИОННОЙ КОМИССИИ ПО ПРОФЕССИОНАЛЬНОМУ СООТВЕТСТВИЮ (ПРИГОДНОСТИ) ВЫПУСКНИКА «КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ВЫПУСКНИКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА» **99**
Р.С.Шушарджан
ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ МУЗЫКОТЕРАПИЯ АППАРАТНО-ПРОГРАММНЫМ КОМПЛЕКСОМ «АКУТОН» В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ДОРСОПАТИЯМИ **101**
Шушарджан С.В.
НАУЧНАЯ МУЗЫКОТЕРАПИЯ: ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ **103**
Шушарджан С.В.
ТЕХНОЛОГИИ НАУЧНОЙ МУЗЫКОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПРАКТИКЕ И АНТИВОЗРАСТНОЙ МЕДИЦИНЕ **106**

ЗАВИСИМОСТЬ ОТБОРА ЮНЫХ ВОЛЕЙБОЛИСТОВ ОТ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ДАННЫХ СПОРТСМЕНОВ

Багирова А.К., Усманходжаева А.А.

Ташкентская медицинская академия,

кафедра медицинской реабилитации и спортивной медицины

Узбекистан, Ташкент

e-mail: annushik_91@mail.ru

e-mail: adibaxon@mail.ru

Целью исследования было выявить индивидуальные морфологические показатели юных волейболистов с целью отбора для занятий профессиональным спортом. Исследование проводилось на базе Чирчикского колледжа Олимпийского резерва. В исследовании участвовало 26 волейболистов мужского пола в возрасте 13-14 лет. Во время исследования проводились: 1- анкетирование по карте спортсмена; 2 – измерение антропометрических показателей; 3- расчет пропорций тела.

По итогам исследования получены следующие результаты. Отмечено, что при одинаковых показателях длины тела и рук встречаются разные варианты их соотношения. К первому варианту относятся спортсмены с длинным туловищем и бедрами и короткими голенями. Ко второму с коротким туловищем и голенями и длинными бедрами. К третьему с коротким туловищем и бедрами и длинными голенями. К четвертому с длинным туловищем и голенями и короткими бедрами.

Учитывая длину каждого сегмента, определили морфологическое соотношение, которое в среднем рассчитывалось в такой последовательности и между такими сегментами как: длину тела делили на длину туловища, длину туловища на длину бедер, длину бедер на длину голени, длину голени на длину стоп, длину тела на длину рук, длину тела на длину плеч, длину плеч на длину предплечья, длину предплечья на длину кисти. Выявленная модель соотношения сегментов тела юных спортсменов равна: 2,6 – 1,7 – 1,1 – 1,8 – 2,5 – 5,7 – 1,2 – 1,3.

Необходимо отметить, что все спортсмены, представители четырех вариантов, имеют склонность к изменению своих морфологических показателей.

По итогам исследования можно прийти к следующему заключению:

1 - Результаты анкетирования показали, что тренеры при отборе и составлении учебно-тренировочного процесса не учитывают морфофункциональные показатели, в частности, длину и функцию сегментов тела и их соотношение.

2 - В процессе педагогических исследований были выявлены разновидности индивидуальных морфологических особенностей.

3 – Анализ данных показал, что морфологические показатели юных волейболистов находятся в оптимальном соотношении и в некоторых случаях сильно взаимосвязаны. Поэтому возникает необходимость постоянной и точной соматометрии юных спортсменов.

По итогам исследования сделаны следующие выводы:

1. Определена модель функционального развития сегментов тела юных волейболистов чирчикского колледжа спортивного резерва.
2. При построении учебно-тренировочного процесса у всех спортсменов необходимо определить длину и функцию каждого сегмента тела.
3. Антропометрические измерения длины сегментов следует проводить по общепринятой методике, после чего рассчитывать их соотношение.
4. Определено, что уже с 15 летнего возраста можно рекомендовать проводить отбор юных волейболистов в профессиональный спорт с учетом соотношения продольных сегментов тела, так как с этого возраста, это соотношение стабилизируется.

Таким образом, современный уровень спортивных соревнований дает стимул спортсменам повышать уровень подготовленности, для достижения высоких результатов. Существует необходимость отбора юных спортсменов с учетом особенностей морфофункциональных показателей. Доказано, что при совершенствовании системы подготовки юных спортсменов и повышении их мастерства, достигается наивысший результат. В частности отбор юных волейболистов необходимо производить с учетом длины и функции каждого сегмента тела, которые меняются в зависимости от возраста спортсменов.

КИНЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ТЕЙПИРОВАНИЕ В ЛОГОПЕДИИ

Балашова И.Н.

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова

Санкт-Петербург, Россия.

Введение. Концепция того, что через механическое воздействие на поверхность тела можно влиять на проприоцепцию и коррегировать функции организма, намного старше тех идей, которые лежат в основе K-Taping терапии. Принципы лечения, лежащие

в основе мануальной терапии, и неэластичного тейпирования известны и используются очень давно. Но мануальное воздействие одномоментно, а неэластичное тейпирование не позволяет сохранить объем свободных движений, травмирует кожу и не позволяет оставлять аппликацию на длительное время. Эти недостатки и предопре¬делили создание нового метода, лишённого таковых.

Доктор из Японии, Кензо Касе (Kenzo Kase) в 1973 году стал первооткрывателем уникального метода, который назвал Kinesio Taping (кинезиотейпинг). Данный метод мог влиять на проприоцепцию и, следовательно, на функцию мышц (тонический мышечный рефлекс) посредством эластичной ленты без ограничения объема движений пациента. Отсюда появилось название «K-Tapin терапия» - производное от греческого слова Kinesis - движение.

Вначале эта методика подразумевала под собой наложение тейпа исключительно на мышцы. Возможности метода лечения фасций и суставов были обнаружены эмпирически при использовании данного метода в спорте. В данный момент широко применяется ив медицине (неврологии, офтальмологии, ортопедии, логопедии и пр.).

Обсуждение проблемы. Данная методика позволяет накладывать кизиотейп в логопедической практике и взрослым пациентам и детям с диагнозами: афазия, дизартрия, дисфагия, ДЦП, гипо/гиперсаливация, дислалия, ринофония и др. при нарушении подвижности мышц, фасций и суставов речевого аппарата и шейного отдела позвоночника.

Кинезиотейп состоит из высококачественного хлопка с волокнами эластана и100% акрилового клея для снижения кожных реакций, растяжим по длине , проницаем для воздуха и влаги, водоустойчив.

При применении К-тейпа сохраняется полная подвижность лица и шеи, возможно длительное время применения, лечебный эффект сохраняется круглосуточно.

При накладывании кинезиотейпа осуществляется поддержка мышечных, сухожильных и костных структур, улучшается функция мускулатур, повышается интенсивность процессов восстановления, происходит активация поврежденных тканей при отсутствии лекарств.

В логопедии используются следующие техники кинезиотейпирования: мышечная, лимфатическая, связочная, функциональная, фасциальная.

Мышечная техника. Используется при изменении нормального мышечного тонуса, при мышечных поражениях для повышения или снижения мышечного тонуса мышц лица и шеи. К-тейп накладывается без натяжения.

Лимфатическая техника улучшает функции клапанов первичных лимфатических сосудов

и стимулирует лимфо-дренажные каналы. Кинезиотейп накладывается с натяжением 0 -25%.

Связочная техника – механически разгружает ткани связок, «динамически» стабилизирует суставы лица и шеи. Существуют две основные техники наложения, тейп накладывается с натяжением 75-100%.

Фасциальная техника придаёт направленный силовой вектор кожным, фасциальным и др. подлежащим структурам лица и шеи. Тейп накладывается единым блоком на триггерные точки с натяжением от40 до 80%.

Функциональная техника - придает направленный силовой вектор анатомическим костным структурам лица и шеи.

Кинезиотейпирование целесообразно применять после сеанса логопедического массажа и вместе с артикуляторной гимнастикой.

Кроме широкого спектра терапевтического применения кинезиотейпирования в логокоррекции значимым является возможность накладывание тейпа на всех этапах реабилитации.

Итак, при применении кинезиотейпирования наблюдается регуляция мышечного тонуса речевого аппарата, улучшается мелкая и крупная моторика, увеличивается диапазон движения и сила мышц речевого аппарата, уменьшаются отеки и застойные явления мышц лица, снижение болезненности в поврежденных областях, нормализуется или улучшается произношение, восстанавливается акт глотания, саливация.

Заключение. В последние годы в связи со стремлением снизить медикаментозную нагрузку для пациентов, развитием реабилитации, как новой формы комплексного воздействия в течение всего заболевания, стремлением максимально и в более короткий срок оказать помощь, повысить качество жизни пациентов, способствовали развитию и применению кинезиотейпирования в логотерапии. Применение кинезиотейпирования на практике, как безопасного и эффективного метода, показало свою значимость у детей и у взрослых пациентов.

Литература:

1. Kumbrink, B. K Taping: an illustrated guide - Basics - Techniques – Indications / B. Kumbrink. - Springer Science & Business Media, 2011. - 208 c.

2. Kinesio. Методика кинезиологического тейпирования. Введение и клиническое применение. // The original from Dr.Kenzo Kase.- 249 c.

3. Касаткин, М.С.Основы кинезиотейпирования: учебное пособие./ М.С. Касаткин, Е.Е. Ачкасов, О.Б. Добровольский— М.: Спорт, 2015. — 76 с.

4. Christy Cael Functional Anatomy: Musculoskeletal Anatomy, Kinesiology, and Palpation for Manual Therapists /Функциональная анатомия: скелетно-мышечная анатомия, кинезиология и пальпация для мануальных терапевтов

5. Karin Austin Illustrated Guide To Taping Techniques /Иллюстрированное руководство по техникам тейпирования (Издание 1) - 231с.

6. Kenneth E. Bright, William R. Whitehill Comprehensive Manual of Taping & Wrapping Techniques /Полное руководство по техникам тейпирования и бинтования - Cramer Products Inc.- 1996 , 1566 с.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗРАБОТАННОЙ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ С УЧЁТОМ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ У ДЕТЕЙ С ДЦП

Бафоева З.О., Шукурова М.Х., Мирхамидова Н.А.

Ташкентская Медицинская Академия

Республика Узбекистан, г.Ташкент

e-mail: zarnigor.bafaeva@mail.ru

e-mail: nana_20@bk.ru

Детский церебральный паралич (ДЦП) — это заболевание центральной нервной системы, при котором происходит поражение одного (или нескольких) отделов головного мозга, в результате чего развиваются не прогрессирующие нарушения двигательной и мышечной активности, координации движений, функций зрения, слуха, а также речи и психики.

Цель исследования: определить эффективность разработанной программы комплексной реабилитации.

Под наблюдением находились 80 детей с ДЦП в возрасте от 6 мес. до 12 лет, из них со спастической диплегией — 69,3%, с гемипаретической формой — 16,3%, с атонически-астатической формой — 9,2%, с гиперкинетической формой — 3,3%, с двойной гемиплегией — 1,9%. Основную группу составили 48 (59,9 %) детей, контрольную – 32 (40,1 %). Основная группа проходила 2 - 4 курса 3-недельного комплексного лечения в течение года. Дети контрольной группы лечились нерегулярно.

В комплексе реабилитационных мероприятий использовались физические (ЛФК), физиотерапевтические мероприятия, медикаментозное лечение. Психолого-педагогическая реабилитация осуществлялась методами психологической и речевой коррекции, посредством сенсорной терапии, талассотерапии, музыкотерапии.

Оценка степени функциональной зависимости ребенка от окружающих осуществлялась посредством разработанного интегративного показателя коррекции (ИНК):

$$K_{И(Р)} = \frac{\sum_{j=1}^{j=5} (\sum_{i=1}^{i=n} B_i) \cdot b_j}{N \cdot n} \cdot 100,$$

где К - коэффициент (оценка) исходного состояния; $К_р$ - коэффициент (оценка) состояния ребенка после проведения реабилитационных мероприятий; N - количество детей; n - количество параметров наблюдений; В. - наличие параметра наблюдения (да - 1, нет - 0); i - номер параметра наблюдения; b. - оценочный балл; j - номер оценочного бала; ($j = 1, b_1 = 0; j = 2, b_2 = 0{,}25; j = 3, b3 = 0{,}5; j = 4, b_4 = 0{,}75; j = 5, b_5 = 1$).

По итогам исследования были получены следующие результаты. Интегративный показатель коррекции (ИПК) двигательных нарушений среди детей всех возрастов основной группы составил 15,0 % против 1,9 % в контрольной, психических нарушений - 9,9 % против 5,9 %, нарушений психологического развития - 28,2 % против 7,8, речевых нарушений - 33,1 % против 14,5 %. ИПК детей, вошедших в основную группу, составил 21,6 %, что в 2,9 раза больше, чем в контрольной группе (7,5 %). Установлено, что реабилитационный потенциал детей с ДЦП обратно пропорционален их возрасту. Наиболее эффективно поддаются коррекции речевые нарушения и нарушения психологического развития. Коррекция психических нарушений наиболее сложна и имеет самый низкий коэффициент эффективности. Наиболее выраженная динамика отмечена в группах детей с ДЦП в форме спастического гемипареза и нижнего спастического парапареза, умеренная среди детей с гиперкинетической и атонически-астатической формами заболевания. Среди детей со спастическим тетрапарезом динамика низкая.

В результате проведения сравнительной характеристики уровня корреляции до и после выявлено усиление связи между двигательной активностью и речью (R = 0,78-0,84), речью и психическим состоянием (R = 0,79-0,87). Связь между двигательной сферой и уровнем психологического развития детей значительно снижается (R = 0,97-0,29). Последний факт свидетельствует о том, что степень тяжести двигательного дефекта не является определяющим фактором в недоразвитии сенсорно-перцептивной деятельности. Дифференцированная в зависимости от возраста психолого-педагогическая реабилитация детей приводит к снижению зависимости психологического развития от двигательных

нарушений, что во многом определяет успешность социальной адаптации ребенка. Также установлено, что интегративный показатель коррекции детей, занимавшихся по разработанной программе, в 2,9 раза выше, чем у детей контрольной группы.

Таким образом, выполненные исследования показали, что предложенные комплексные программы реабилитации детей с ДЦП, а также способ оценки функционального состояния и эффективности реабилитации детей с ДЦП психоневрологического профиля доказали свою практическую значимость и могут быть рекомендованы к использованию в реабилитационных учреждениях.

ВЛИЯНИЕ НАПРАВЛЕННОЙ АНИМАЛОТЕРАПИИ НА ДЕТЕЙ С ДЦП

Берлякова К.А.[1], Андрейчук А.А.[2], Ломтатидзе О. В. [1]

[1]Уральский федеральный университет имени первого Президента России Б.Н. Ельцина

[2] Екатеринбургского зоопарка;

Екатеринбург, Россия

e-mail: Kberlyakova@mail.ru

Важная часть социальной работы – это медико-социальная реабилитация, главной целью которой является достижение состояния, при котором человек способен к выполнению социальных функций (социальных умений), таких как: трудовая деятельность, обучение, способность к чтению, письму, коммуникативная способность и др., также дальнейшая интеграция человека с детский церебральный паралич (ДЦП) в общество. Реабилитация таких детей является основополагающей в их жизни, так как сложность интеграции, неуверенность в себе, трудности в обучении ведут к отдалению детей с ДЦП от общества. Анималотерапия – один из прогрессивных и набирающих популярность, но все еще не имеющий широкого распространения и признания, метод лечения и коррекционной терапии. Анималотерапия применяется при таких сложных заболеваниях и состояниях как: ДЦП, расстройства аутистического спектра, гиперактивность, депрессии, синдром Дауна, также при сердечно-сосудистых заболеваниях, заболеваниях опорно-двигательного аппарата и нервной системы.

Целью данной работы было оценить влияние курса анималотерапии на группу детей с детским церебральным параличом.

Методика.

Сроки проведения анималотерапии: ноябрь 2016 года – май 2017 года. Периодичность занятий один раз в неделю. Наблюдение проводилось в научно-просветительском отделе (НПО) Екатеринбургского зоопарка, где проходит анималотерапия для групп детей, различающихся по возрасту и состоянию здоровья. Продолжительность занятия около 1 часа, группа 4-6 детей с ОВЗ, 1-2 родителя, количество задействованных животных 3-5.

Учитывалась двигательная реакция, как к животному, так и негативное движение (одергивание), общее напряжение тела, попытка либо удержание статичного вертикального положения тела, отдельных его частей.

В группах с ДЦП предпочтительнее животные подвижные, которые стимулируют детей на активные действия, спокойных животных также не исключали для стимула мелкой моторики. Животные, задействованные в терапии, не являются выставочными. Они обучены для работы с детьми, не агрессивны, приучены к рукам, однако сохраняют свои естественные повадки и поведение. На каждом занятии обязательно присутствие специалиста (анималотерапевта). Животные: Енот-полоскун (Procyonlotor); Сурикат (Suricatasuricatta); Обыкновенный еж (Erinaceuseuropaeus); Кинкажу (Potosflavus); Рыже-серый валлаби (Macropusrufogriseus); Иранский эублефар (Eublepharisangramainyu); Корелла (Nymphicushollandicus); Виноградная улитка (Helixpomatia); Палочники; Мадагаскарские тараканы (Gromphadorhinaportentosa).

Первичная обработка данных осуществлялось в MS Excel 2016. Статистический анализ данных выполнен в программе Statistica 8.0. Достоверность различий параметров оценивали при уровне значимости $p < 0,05$ при помощи теста Фридмана ($X^2_{фр}$) для непараметрической оценки более двух связанных переменных.

Результаты и их обсуждение.

По завершении курса терапии у детей с диагнозом ДЦП было отмечено улучшение показателей моторики. Улучшения грубой моторики шли невысокими, но стабильными темпами, таким образом, к концу курса мы получили ощутимый результат. Мелкая моторика возрастала более стремительно на всех этапах (Рисунок 1).

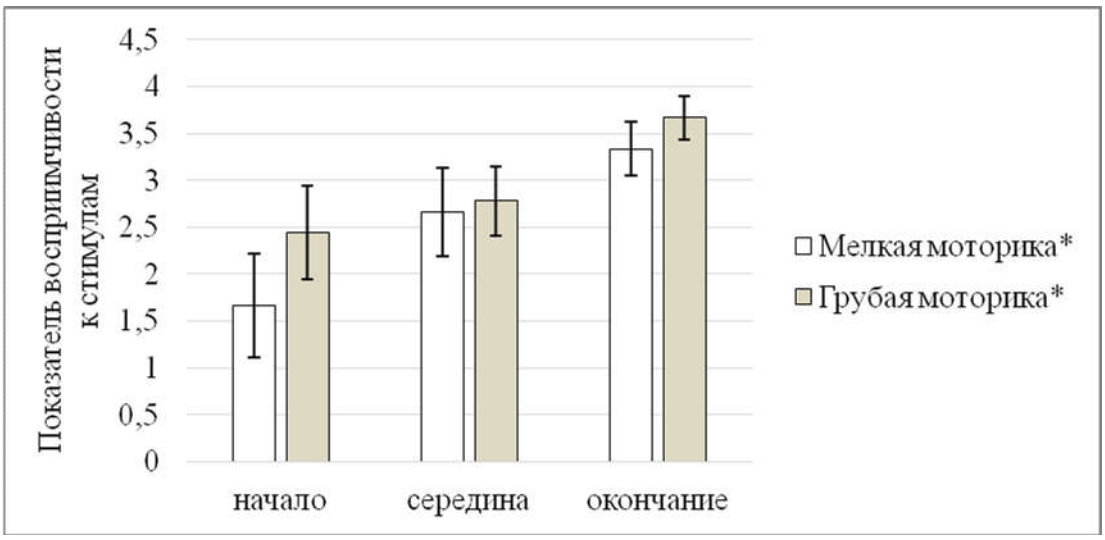

Рисунок 1 –Показатели грубой и мелкой моторика для группы детей с ДЦП

Примечание: приводятся средние арифметические с ошибкой среднего. * – $P<0,05$

По результатам работы установлено, что анималотерапия оказывает благотворное влияние на детей с ДЦП.

ОПЫТ ПОДГОТОВКИ ОСТЕОПАТОВ В ОТДЕЛЕНИИ ОСТЕОПАТИИ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ФРИБУРА (ШВЕЙЦАРИЯ)

Бонжур Дэвид[1], Вьян Питон Натали[2]

[1]Отделение остеопатии Университета прикладных наук Фрибура (HEdS-FR),

[2]Медицинский факультет Университета Фрибура (HEdS-FR),

Фрибур, Швейцария

e-mail: david.bonjour@hefr.ch

e-mail: nataly.vienspython@hefr.ch

По итогам 20-летней работы, проводимой представителяим академической среды и профессиональными ассоциациями, профессия остеопата была официально признана в Швейцарии в 2009 году. С 2014 года остеопатия преподается в Университете Фрибурга. Последний является частью Университета прикладных наук Западной Швейцарии HES (в Швейцарии уровень высшего образования включает университеты, средние школы, а также специализированные политехнические школы). Новый закон от 2016 года о профессиях сферы здравоохранения предусматривает, что только магистерская степень остеопатии (получаемая в HES Фрибурга) дает доступ к профессиональной деятельности остеопата.

Полный курс профессиональной подготовки остеопата состоит из бакалавриата сроком 3 года, затем магистратуры, длящейся 2 года. Бакалавриат включает 2 блока:

- фундаментальные науки (химия, биохимия, физика, биомеханика, анатомия, физиология, неврология, эмбриология и т. д.), которые позволяют получить базу, необходимую для изучения модулей конкретной нозологии (ревматология, ортопедия, гастроэнтерология, кардиология, неврология, пульмонология, психиатрия, педиатрия).

- остеопатические дисциплины (пальпаторная анатомия, структурная остеопатия, функциональная, висцеральная и краниальная остеопатия) неоходимые для приобретения технического и диагностического инструментария остеопатии.

По итогам обучения в системе бакалавриата студенты приобретают необходимые знания (анамнестические и клинические), чтобы иметь возможность проводить дифференциальный диагноз во время первой консультации. Они также приобретают навыки, необходимые для остеопатической диагностики и владения инструментами, позволяющими проводить остеопатическое лечение соответствующим образом.

Магистратура в области остеопатии (MSc) включает по 3 кастера:

- ориентированный на приобретение клинического опыта в больнице и остеопатической практике;

- ориентированный на повышение эффективности лечения за счет курсов остеопатической практики и тематических исследований;

- ориентированный на исследовательскую деятельность и магистерскую научную работу.

Таким образом, в конце магистратуры студенты приобретают навыки, необходимые для комплексной профессиональной деятельности в швейцарской системе здравоохранения.

Программа подготовки остеопатов в Швейцарии двуязычная: обучение ведется на французском и немецком языках. Это позволяет распределить будущих остеопатов по территории Швейцарии. Методы преподавания, используемые в BSc, - это преподавание ex cathedra и перевернутые классы, практические семинары, практико-ориентированныое обучение по вопросам принятия решений в профессиональных ситуациях, тематические исследования. В магистратуре же обучение проводится интегративно. Студенты представляют клинические ситуации, возникающие во время стажировок, и работают над кейсами в сотрудничестве с различными специалистами остеопатических отделений. Это позволяет интегрировать в единое целое клинические, диагностические медицинские и остеопатические компетенции, а также различные аспекты остеопатического лечения (функциональные, структурные, висцеральные и краниальные методы).

В настоящее время уровень международной мобильности в сфере подготовки по остеопатии невысок, обмен в академической сфере происходит достаточно редко, поскольку профессия не является общепризнаной, а модели ее преподавания регулярно изменяются. Академический и профессиональный обмен могут быть полезны как для развития остеопатических исследований, так и для развития диагностических и технических методов обучения.

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ МЫШЛЕНИЕ – АКТУАЛЬНЫЙ ВЕКТОР КЛИНИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ И КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

Ванчакова Н.П.

ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова Минздрава России,

Санкт-Петербург, Россия

Введение. Концепция биопсихосоциального генеза заболеваний отводит равную значимость каждой из этих компонент, но в реальной клинической практике это выглядит иначе. Развитие любого заболевания или расстройства имеет нелинейную динамику. Вклад каждого компонента патогенеза неравномерен и на разных этапах формирования, прогрессирования заболевания имеет разную силу, степень влияния. И это значимо для принятия клинического заключения. Факторы, определяющие структуру и динамику заболевания для клиницистов, часто скрыты и они имеют дело с итогом этих процессов. Понимание сложностей взаимоотношений психологического, социального и биологического в патогене, клинике и течении расстройств актуализировало формирование много модального клинического мышления, которое ориентировано на выявление доминирующих и наиболее значимых, клинически актуальных феноменов, которые ложатся в основу клинических, терапевтических стратегий. Можно сказать, что современное клиническое мышление содержит синергетический подход к постановке диагноза и лечению, так как ориентировано на выделение из большого числа факторов (биологических, психологических и социальных) ограниченное количество параметров, более существенно определяющих клинику заболевания, его динамику и прогноз, и соответственно активность и объем вмешательств [3].

Обсуждение проблемы. Основные факторы биопсихосоциального подхода к проблеме здоровья и болезни оказали влияние на современную парадигму клиники. Как известно парадигма – господствующие взгляды, констатирующие приоритеты времени и общества, социальные потребности, научные концепции, гипотезы, аксиомы. Текущий

момент в господствующей парадигме ярко обозначил фокус субъект-субъектных отношений, в структуре которых активно развиваются не только биологические концепции, но концепции социальной и психологической причинности в развитии и динамике заболеваний. Следует признать, что все отчётливее выражен синтез идеологий, в которых отдавались приоритеты одной из составляющих биопсихосоциальной концепции здоровья и болезни. Это отражается в методологии и структуре клинического мышления.

Новые методы клинического мышления ориентированы на решение противоречий и проблем клиники в новом её понимании (участия большого числа факторов в развитии заболевания, их нелинейного и не равнозначного вклада на каждом этапе заболевания), развиваются от количественной и качественной оценки, простого суммирования к синергитическому мышлению. Это мышление рассматривает болезнь и здоровье как нелинейные, неустойчивые, самоорганизующие, динамические системы. В связи с этим возникли новые векторы в структуре клинического мышления [1].

Привнесение в клинику методологии субъект-субъектных взаимодействий, как основы многих диагностических и терапевтических процессов, наиболее ярко отразилось в таких концепция как внутренняя картина здоровья, внутренняя картина болезни, психотерапевтический подход к диагностическому и лечебному процессу, концепция профессионального выгорания в медицине, новый подход и развитие системы реабилитации в медицине и другие. Важным аспектом этих направлений является внимание не только к биологическому лечению, но необходимость оказания психолого-социального воздействия, которое позволяет биологической терапии занять более адекватную, взвешенную, правильно мотивированную позицию [2]. В связи с этим значительно повышается необходимость формирования в структуре клинического мышления новых векторов, которые направлены на психологическое, социальное воздействие, а именно психолого-педагогический вектор клинического мышления. Особенностью психолого-педагогического вектора клинического мышления является возможность активного влияния на целый ряд нелинейных, неустойчивых, самоорганизующих процессов, находящихся за пределами биологической терапии.

Целый ряд социальных стандартов уходит в прошлое, это представление о традиционной семье, ответственности не пациента, а врача за здоровье и болезнь пациента, введение экономических показателей лечения, модель традиционной терапии, ориентированной на биологическую составляющую патогенеза заболевания. Неуклонно возрастает роль межличностного взаимодействия врача и пациента, которые обладают психотерапевтическим, обучающим и воспитательным воздействием. В структуре этого

вектора мышления первое место занимает умение слушать, получать информацию, умение работать с информацией, отслеживать динамику состояния пациента в процессе субъект-субъектных взаимодействий.

На второй, но не менее важной, позиции находится создание индивидуального вектора комплексной терапии пациента, в том числе психолого-педагогического сопровождения. Можно констатировать, что сегодня имеется много заболеваний и расстройств, которые требуют длительного иногда пожизненного сопровождения пациента. Например, пациенты с эндокринными заболеваниями, хроническим заболеванием почек и гемодиализной терапией, больные муковисцидозом, пациенты с орфанными заболеваниями и многие другие. Клинические знания и возможности медицины, к сожалению, остаются ограниченными по разным направлениям. Именно поэтому психолого-педагогический вектор клинического мышления позволяет добиться не менее значимых результатов за счёт формирования у пациента правильных убеждений, правильного отношения к своему здоровью и болезни, обучение новому стилю жизни, новым моделям поведения, формирования новой парадигмы его жизни. Анализ ситуации пациента в совокупности его проблем и клиники позволяет расставить приоритеты, определить последовательность задач, методики и технологию психолого-педагогического сопровождения. Но для решения таких задач врач должен приобрести дополнительные навыки, как в клиническом мышлении, так и в практической клинической работе, а именно педагогическое мышление и педагогические навыки.

Третье место в структуре нового вектора клинического мышления занимает анализ проводимых психолого-педагогических вмешательств, оценка их целенаправленности, эффективности и внесение корректив. Для этого необходим навык установления кооперативных отношений с пациентов, ориентированных на обсуждение всех аспектов его жизни, болезни, психологических, социальных и образовательных запросов и проблем. Этот навык тоже основывается на умении наблюдать, думать, извлекать информацию, анализировать и при необходимости генерировать новую психолого-педагогическую программу.

Важное место в структуре психолого-педагогического вектора клинического мышления занимает навык нейтрализовать свои негативные чувства, понимать и знать границы профессиональных отношений, понимание и оценка психологической дистанции, содержания и качества, сложившихся субъект – субъектных отношений с пациентом, и перспектив их развития (модели отношений врач – больной и их динамика).

Заключение. Наблюдающееся в последние годы стремление снизить медикаментозную нагрузку лечения пациентов, развитие реабилитации как формы

комплексного воздействия на течение и исход заболевания, стремление повысить качество жизни пациентов повысили значение методов психолого-педагогического сопровождение пациентов в лечебной практике. Но достичь хороших результатов в этих направлениях и повысить качество жизни пациентов возможно только при наличии у клиницистов хорошо развитого клинического мышления, включающего психолого-педагогический вектор.

Литература:

1. Ванчакова Н.П. Философия и методология психосоматического консультирования в соматическом стационаре./ Психосоматическая медицина – 2015: Труды. X международный конгресс. – СПб.: Человек, 2015. С 11-12.

2. Решетников М.М. Психическая травма / М.М.Решетников. – СПб.: Восточно-Европейский институт Психоанализа, 2006. – 322 с.

3. Сидоров П.И., Новикова И.А. Ментальная медицина: руководство / П.И.Сидоров, И.А.Новикова. – М.:Литтерра, 2014. – 728.

ПАЦИЕНТЫ ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА НА ГЕМОДИАЛИЗЕ: СПЕЦИФИКА ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПРИ ПОМОЩИ АУДИОТЕРАПИИ

Вацкель Е.А.

Первый Санкт-Петербургский Государственный Медицинский Университет им. И.П. Павлова Министерства Здравоохранения России

Санкт-Петербург, Россия

e-mail: vatskel@mail.ru

Согласно результатам эпидемеологических исследований, средний возраст пациентов с хронической болезнью почек V стадии в России составлет 50,9 лет (по состоянию на 2011 год) [2], значительная доля таких больных – лица трудоспособного возраста (по данным за 2007 год) [6]. Эффективность оказания помощи таким пациентам ведет к увеличению длительности жизни пациентов на гемодиализе, что обусловливает рост числа больных пожилого возраста [1]. В контексте данной тенденции появляется потребность в разработке особых подходов, связанных с оказанием психоло-педагогической поддержки данной группы больных.

В исследованиях, посвященных обучению пациентов зрелого и пожилого возраста (с различными заболеваниями) выявлено, что они особо нуждаются в педагогическом взаимодействии [7,10], которое позволяет им вести более независимую жизнь. При

обучении пациентов старшего возраста рекомендуется учитывать следующие факторы: биологический (учет возможных дегенеративных изменений различных систем организма - со стороны слуха, зрения и т.д.); психологический (изменения, связанные с адаптационным потенциалом личности, памятью, установками, самовосприятием и т.д.); социокультурный (изменение социального статуса, уровня жизненной активности сочетающиеся с потребностью в независимости, самоуважении) [8]. Рекомендуется учитывать и возможные барьеры в обучении людей зрелого возраста: нарушения слуха, зрения, обоняния и вкуса, тактильных ощущений, когнитивные нарушения, наличие хронических заболеваний, накладывающих определенный отпечаток на жизнь и поведение больного [8].

При организации педагогического взаимодействия с пациентами, получающими лечение гемодиализом, важно также принимать во внимание их специфические особенности, связанные непосредственно с заболеванием и его социально-психологическими последствиями (например, астенизация, наличие синдромов хронической боли и хронического зуда и другими). При этом исследования, посвященные вопросам качества жизни таких пациентов зрелого возраста, получающих лечение гемодиализом, свидетельствуют о том, что, возраст оказывает влияние на ряд аспектов качества жизни таких пациентов [5]. Согласно В.А. Добронравову с соавт., возраст является существенным фактором, влияющим на показатели качества жизни в возрастном диапазоне 19-59 лет, в большей степени это относится к показателям физического здоровья [4]. Согласно И.А. Васильевой с соавт. возрастные изменения, связанные с показателями физического функционирования влияют на суммарные показатели качества жизни, при этом, снижение субъективной оценки психического здоровья выражено в меньшей степени [3]. В исследовании L. Westlie с соавт. было выявлено, что около 75% пациентов старше 70 лет были способны к самостоятельной физической активности и имели высокую степень удовлетворенности жизнью [11]. Согласно N. Kutner с соавт. у пожилых пациентов, получающих лечение гемодиализом снижаются показатели физического функционирования, однако, при этом, они оказываются более психологически адаптированы к гемодиализу, чем молодые пациенты [9].

Указанные тенденции требуют разработки специальных методик педагогической поддержки пациентов, которые учитывали бы и возрастной аспект больных. В ПСПбГМУ им. И.П. Павлова разработана методика психолого-педагогического взаимодействия с пациентами на гемодиализе при помощи аудиотерапии. Методика заключается в прослушивании комплекса музыкальных произведений и звуков природы, ориентированном на повышение переносимости сеанса гемодиализа за счет

формирования у больных навыков саморегуляции и структурирования времени в течение процедуры диализа. Указанные навыки формируются в процессе следующего за прослушиванием психолого-педагогического взаимодействия. Данная методика может применяться при работе с различными возрастными группами. При этом важно учитывать психологические, личностные особенности каждого пациента, то есть взаимодействовать в парадигме личностно-ориентированного обучения.

Был обследован 61 пациент с хронической болезнью почек V стадии, получавший лечение гемодиализом. В обследованной группе было 30 женщин и 31 мужчина, возраст 50,48±15,13, длительность гемодиализа составляла 6,68±6,39. Социальный статус больных был неоднородным. Пациенты были разделены на экспериментальную и контрольную группы. Среди пациентов контрольной группы было 20 пациентов старше 50 лет (то есть пациентов зрелого возраста). Среди пациентов экспериментальной группы – 14 пациентов такого возраста. Было исследовано состояние пациентов при помощи следующих методов: шкала депрессии Бека, опросник уровня личностной и ситуативной тревожности Спилбергера, методика УСК (уровень субъективного контроля), копинг-тест Лазаруса, анкетирование, интервьюирование.

По итогам анализа полученных результатов по уровням тревоги, депрессии, доминирующим копинг-стратегиям и локусу контроля, пациенты экспериментальной и контрольной групп были отнесены к двум подгруппам, включавшим, соответственно, пациентов с более и с менее сохранным адаптационным потенциалом. В первой подгруппе (с более сохранным адаптационным потенциалом) контрольной группы был один пациент старше 50 лет, в первой подгруппе экспериментальной группы было 6 пациентов старше 50 лет.

Во вторую подгруппу (с менее сохранным адаптационным потенциалом) экспериментальной группы было отнесено 8 больных. В аналогичную подгруппу контрольной группы было отнесено 19 больных. Таким образом, большая часть пациентов старше 50 лет были отнесены в подгруппы с более выраженными расстройствами и менее сохранным адаптационным потенциалом.

В процессе прослушивания плейлистов аудиотерапии, которое происходило в течение сеансов гемодиализа (3 раза в неделю в течение 3 месяцев) было выявлено следующее. Пациенты старше 50 лет более активно, чем более молодые шли на контакт и демонстрировали готовность участвовать в программе. При этом более ярко чем у более молодых больных наблюдалась потребность обсудить прослушанное в ходе последующей работы со специалистом. По итогам интервьюирования было выявлено, что при прослушивании у больных зрелого возраста активизировались воображение,

воспоминания, что позволяло им абстрагироваться от больничной обстановки. У этих пациентов более активно проявлялись образы, связанные с воспоминаниями и ассоциации с определенными жизненными событиями, в то время как у больных более молодого возраста превалировали образы воображения (связанные с фантазийными ситуациями, героями и т.д.). Пациенты всех возрастных групп сообщали об изменении восприятия времени процедуры диализа (длительная изнуряющая процедура казалось более короткой).

По итогам внедрения методики часть пациентов подгруппы с менее сохранным адаптационным потенциалом экспериментальной группы (6 человек) могла быть переведена в первую подгруппу (с более сохранным адаптационным потенциалом), так как у них снизились уровни тревоги и депрессии. Из них 2 пациентки были старше 50 лет (52 года и 61 год). Это позволяет сделать вывод о наличие у таких пациентов адаптационного потенциала, который может быть активизирован с помощью психолого-педагогического взаимодействия при помощи аудиотерапии.

Таким образом, можно заключить, что психолого-педагогическое взаимодействие с помощью аудиотерапии может быть использовано в группе пациентов зрелого возраста, получающих заместительную терапию гемодиализом. При разработке педагогического взаимодействия необходимо ориентироваться на особенности пациента, характер и сложность расстройств, которые могут быть обусловлены, в том числе, возрастом, а также на индивидуальные предпочтения и культурно-образовательный уровень больного. При этом в ряде случаев необходима предварительная педагогическая работа, направленная информирование пациентов, а также на мотивирование слушателей участвовать в программе педагогического взаимодействия с помощью аудиотерапии.

Литература:

1. Алиев, Р.А. Возраст больных с хронической почечной недостаточностью / Р.А.Алиев, С.А.Алиев // Нефрология и диализ. – 2005. – Т.7. – № 3. [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: http://nefro.ru/magazine/article.php?id=23116

2.Бобков, Б.Т. Заместительная терапия больных с хронической почечной недостаточностью в Российской Федерации в 1998-2011 г.г. Отчет по данным Российского регистра Заместительной почечной терапии. Часть I. / Б.Т. Бобков, Н.Т. Томилина // Нефрология и диализ. – 2014. – Т.16. – №1. – С. 11-127.

3. Васильева, И.А. Возрастные аспекты качества жизни у пациентов на гемодиализе / И.А. Васильева, Е.А. Бабарыкина, В.А. Добронравов // Нефрология и диализ. – 2005. – Т.7. № 3. [Электронный ресурс]. Режим доступа:URL: http://nefro.ru/magazine/article.php?id=23116

4. Добронравов, В.А. Качество жизни больных молодого и среднего возраста, находящихся на лечении гемодиализом. Материалы 4 конф. Российского диализного общества / В.А. Добронравов, И.А. Васильева, Е.В. Бабарыкина, Л.М. Смирнова // Нефрология и диализ . 2005. – Т.7. – № 3. – С.287.

5. Земченков, А.Ю. Качество жизни пациентов с хронической почечной недостаточностью, корригируемой заместительной терапией / А.Ю. Земченков, С.В. Кондуров, С.Л. Гаврик, К.Л. Райхельсон, В.А. Эдельштейн // Нефрология и диализ. – 1999. – № 2-3. – С.118-127.

6. Национальные рекомендации. Хроническая болезнь почек: основные принципы скрининга, диагностики, профилактики и подходы к лечению. [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: : http://www.nephro.ru/content/files/standards/ckdru.pdf .

7. Doucette, W.R., Andersen, T.N. Practitioner activities in patient education and drug therapy monitoring for community dwelling elderly patients / W.R. Doucette, T.N. Andersen // Patient Education and Counselling. 2005. –Vol.57. – P.204-2010.

8. Kececi, A. Health education for elderly. / A. Kecetti, B. Serap. – Geriatrics // prof. Craig Atwood. – 2012. – P. 11 – 25.

9. Kutner, N.G Quality of life and rehabilitation of elderly dialysis patients / N.G. Kutner. // Seminars in dialysis. – 2002. – Vol. 15 (2). – P. 112.

10. Liu, E. Health Care For Elderly People / E. Liu, E.Wong. Research and Library Services Division Provisional Legislative Council Secretariat's Document. – Hong Kong. – 1997.

11. Westlie, L. Mortality, morbidity and life satisfaction in the very old dialysis patients / L. Westlie, A. Umen, S. Nestrud, C. Kjellstrand // Transactions – American Society for Artificial Internal Organs. – 1984. – Vol. 30. – P. 21.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НАРУШЕНИЙ РЕЧИ У БОЛЬНЫХ В ПОЗДНЕМ РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В УСЛОВИЯХ КЛИНИЧЕСКОГО САНАТОРИЯ

Власенко С.В.3, Пономаренко Е.Н.[1], Савчук Е.А.[2], Ларина Н.В.[2], Кафанова К.А.[4]

[1]ГБУЗ «Евпаторийская городская больница», первичный сосудистый центр.

[2]ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского», Медицинская академия имени С. И. Георгиевского, кафедра неврологии, нейрохирургии и неврологии 1-го медицинского факультета, г. Симферополь.

[3]ГБУЗРК «Научно-исследовательский институт детской курортологии, физиотерапии и медицинской реабилитации», г. Евпатория.
[4]ФГБУ «Евпаторийский военный детский клинический санаторий имени Е.П.Глинки» Минобороны России, г. Евпатория.
e-mail: vlasenko65@rambler.ru

Цель работы: повышение эффективности восстановления речевых нарушений речи у больных в позднем восстановительном периоде инсульта.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 23 больных с ОНМК в позднем восстановительном периоде инсульта. В клинической картине заболевания были выявлены различные по степени тяжести речевые нарушения из которых были сформированы группы сравнения. Больные были с установленным диагнозом острого нарушения мозгового кровообращения ишемического или геморрагического характера в соответствии с критериями МКБ-10, подтвержденным КТ или МРТ головного мозга, госпитализированные в течение первых суток от развития заболевания

Пациенты поступили в санаторий для проведения этапа санаторно-курортной реабилитации. Был назначен курс лечения включавший в себя пеллоидотерапию, гидрокинезотерапию, массаж, лечебную гимнастику, физиотерапевтическое воздействие в том числе рефлексотерапию. Со всеми пациентами занимался логопед в соответствии с индивидуальным планом разработанным после осмотра. Основная группа, 12 человек получали комплексную терапию в сочетании с 10-денвным курсом препарата Целлекс. Исследуемый препарат Целлекс в лекарственной форме раствора для подкожного (п/к) введения применялся на фоне стандартизированной базисной терапии: по 0,1 мг, 1 раз в сутки, п/к, первые 10 дней Контрольную группу составили 10 человек курс терапии был стандартным. Для оценки эффективности терапии были использованы следующие баллированные шкалы: шкала тяжести слюнотечения, шкала для оценки степени выраженности речевых нарушений у больных с локальными поражениями мозга (Л. И. Вассерман, С. А. Дорофеева, Я. А. Меерсон, 1995), шкала Гудгласса-Каплана.

Результаты и выводы. Данные первичного осмотра пациентов, включенных в исследование свидетельствуют о средней тяжести нарушений речевых функций. Шкала Гудгласса-Каплана – 2,43±0,03 балла, шкала тяжести слюнотечения- 2,37±0,17 балла, шкала для оценки степени выраженности речевых нарушений у больных с локальными поражениями мозга – 2,97±0,67 балла. Был значительно затруднен пересказ, прочитанного или услышанного текста, рассказ по сюжетной картинке, сериям рисунков, монолога на заданную тему. При попытке составить рассказ выявлялись грубые искажения

грамматической структуры слова, пропуски объектов и субъектов действия, самого действия, предметов, неправильные согласования слов в предложений, трудности в подборе слов, литеральные и вербальные парафазии, паузы. Слова произносились замедленно, с усилием. Повышался в момент речи тонус лицевой, шейной мускулатуры, языка и губ. Речь пациентов была медленная, частые и длительные паузы. Чтение слов и текста вслух было невозможно. Самостоятельное письмо отсутствовало. Возможно иногда письмо было под диктовку отдельных идеограмм и нескольких простых слов.

В ходе клинического исследования серьезных нежелательных явлений, связанных с применением препарата Целлекс, а также каких – либо побочных реакций не было выявлено, что свидетельствовало о его безопасности при использовании в исследуемых дозах. Оценены результаты реабилитационного лечения больных основной и контрольной групп. Динамика показателей у пациентов основной группы по использованным в процессе изучения шкалам: кала Гудгласса-Каплана – 0,72±0,36 балла, шкала тяжести слюнотечения- 1,06±0,45 балла, шкала для оценки степени выраженности речевых нарушений у больных с локальными поражениями мозга – 0,14±0,32 балла. Полученные показатели в основной группе достоверно отличались от таковых у пациентов контрольной группы. Данные результатов лечения свидетельствовали, что в результате проведенной наблюдательной программы за реабилитацией нарушений речи у всех 23 больных в позднем восстановительном периоде инсульта, проведение логопедических занятий позволило достичь улучшения речевой функции. Таким образом, данные сравнения динамики баллов, полученные при использовании международных клинических шкал для групп сравнения, позволяют сделать выводы о достаточно высокой эффективности препарата Целлекс в позднем восстановительном периоде инсульта в сочетании с комплексом методов лечения, используемых в условиях клинического санатория. Применение препарата позволяет значительно ускорить регресс двигательных и речевых нарушений у всех групп пациентов различной степени тяжести, отличающихся как характером, так и локализацией сосудистого поражения головного мозга.

НЕГАТИВНЫЕ ЭФФЕКТЫ НЕКОНТРОЛИРУЕМОГО РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПЛАНШЕТОВ, СМАРТФОНОВ И КОМПЬЮТЕРНЫХ ИГР

Гусева А.Ю., Рукавцова О.М., Павлова Д.В.

ФГБОУ ВО «Первый Государственный Медицинский Университет»

имени академика И. П. Павлова,

Санкт-Петербург, Россия

e-mail: denisova_darya@mail.ru

В XX веке почти все успехи гигиены основаны на выявлении начальных причин заболеваний. Уточнение этиологии позволяло быстро создавать средства для изоляции человека от патогенных факторов, либо целенаправленно исключать применение опасных веществ, продуктов, технологических процессов, заменяя их безвредными. Реже приходилось сохранять потенциально опасные (в гигиеническом плане) процессы и контакты работников с патогенными факторами, применяя средства индивидуальной защиты и средства компенсации неблагоприятных воздействий.

В XXI веке происходит неконтролируемое распространение компьютерных и информационных технологий на все сферы жизни большинства жителей. При быстром снижении стоимости изделий, ускоренном наращивании их вычислительной мощности и взрывном росте объёмов трафика попытки просто изолировать какие-то группы от контактов с увеличивающимся числом информационных «гаджетов» разного рода - бесперспективны и контрпродуктивны.

Группа населения, в максимальной степени вовлеченная в контакты с новыми информационными технологиями и продуктами компьютерной и информационной техники и технологий - молодёжь, студенты и школьники, а теперь и дети дошкольного возраста. Соответственно, большинство патологических эффектов разного рода, обусловленных контактами с информационной техникой и компьютерными технологиями, для этой части населения оказываются более частыми и заметными. Изолировать или резко ограничить их контакты с компьютерной и информационной техникой уже невозможно. Для разработки эффективной профилактики остаётся направлять усилия на исследование патогенеза расстройств.

Некоторые варианты соматической патологии, формируемой длительным контактом с компьютером, планшетом и смартфоном, рассмотрены в статье настоящего сборника «Особый вариант функциональных расстройств кровообращения». Большую тревогу вызывают личностные и интеллектуальные аберрации, формирующиеся у детей,

много времени отдающих компьютерным играм. Рассмотрим этологическую классификацию игр у животных:

1. Игры имитационные (их назначение - освоение молодыми особями эффективных навыков и вариантов поведения, накопленных популяцией).
2. Игры конкурентные или «агональные» (назначение - освоение навыков существования в иерархии, тренировка ловкости и силы).
3. Игры креативные (их цель - создание и практическое испытание и отбор новых вариантов поведения).

Человеческие популяции вышли в «пространство культурогенеза и техногенеза» за счёт того, что влечение к игре (трансформируемое в творческие устремления) сохраняется, в отличие от остальных животных с высокоорганизованной психикой, и после полового метаморфоза, иногда до старости. Соединение знаний с творческими устремлениями обеспечивает ускоренную адаптацию популяций Homo sapiens к ускоряющимся переменам, технологический прогресс.

Превращение влечения к игре в реальное творчество происходит, если человек в детском возрасте получил собственный креативный опыт.

В «стационарных» культурах и субкультурах детям традиционно предоставляют игры конкурентные и имитационные, их творческие интенции остаются малоразвитыми. Взрослым в стационарных субкультурах оставлена возможность удовлетворять естественное влечение к игре посредством игр азартных и конкурентных. К примеру, спортивные «фанаты» - порождение и участники «вырожденного» варианта конкурентной игры, когда борьба ведётся «чужими руками и ногами»).

В постиндустриальной экономике операции, доступные алгоритмизации, передают вычислительной технике. Часть традиционных профессий быстро станет ненужной. Растёт ценность работников, способных находить неизвестные проблемы, ставить нетривиальные цели, генерировать нетривиальные решения для задач, которые считают решенными. Без сохранения и раскрытия творческих интенций невозможно сохранить конкурентоспособность в постиндустриальном мире. Примитивные компьютерные игры, где выигрышная тактика сводится к перебору вариантов в максимальном темпе, успешно удовлетворяют влечение к игре, но блокируют накопление собственного креативного опыта. Сообщества, неспособные создавать собственные новации, малоадаптивны в меняющемся мире и будут необратимо оттеснены на периферию цивилизационного, социального и технологического прогресса.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ СВЯЗИ ПРИ ПОДГОТОВКЕ СПЕЦИАЛИСТОВ ДЛЯ ШКОЛ ПАЦИЕНТОВ

Денишенко В.А.

Первый Санкт-Петербургский Государственный Медицинский Университет им. И.П. Павлова Министерства Здравоохранения России

Санкт-Петербург, Россия

e-mail: v.denishenko81@bk.ru

Введение. Исследование педагогических условий работы Школ пациентов (ШП), а именно уровня знаний и степени подготовленности специалистов медицинских направлений к работе в ШП, выявило, что большинство врачей и медицинских работников имеют опыт работы по обучению пациентов с различными заболеваниями [1], но не всегда владеют достаточными знаниями, навыками и умениями в этой области. При обучении пациентов врачи испытывают дефицит самомотивации и трудности при работе с взрослыми пациентами из-за неумения заинтересовать аудиторию, адаптировать информационный материал, мотивировать слушателей на приобретение знаний, умений и навыков, необходимых им для успешной адаптации к своему заболеванию.

Результаты. Программы разных уровней обучения, реализуемые кафедрой педагогики и психологии факультета последипломного образования ПСПбГМУ им. И.П. Павлова, составлены с учетом требований, предъявляемых ФГОС ВО. В связи с этим они ориентированы на формирование у учащихся видов деятельности, которые ориентированы на профилактику и формирование у пациентов и членов их семей мотивации сохранения здоровья, а также формирование недостающих навыков обучения пациентов, в том числе и в ШП. В таблице 1 приведены знания, умения, навыки и виды деятельности, ориентированные на работу в ШП у студентов высшего сестринского образования (ВСО), ординаторов всех специальностей, врачей.

Таблица 1. Подготовка специалистов для Школ пациентов

Уровни обучения	Дисциплина, реализуемая кафедрой	Знания, умения навыки	Виды деятельности
Студенты факультета высшего сестринского образования	Педагогика с методикой преподавания	*Знать:* - предмет, задачи, методы педагогики; - основные этапы возникновения и развития педагогики; - сущность процесса обучения (дидактические системы и модели обучения, цели обучения, факторы обучения, мотивация обучения, принципы и правила обучения); - цели и задачи воспитания (в современной школе, в современных зарубежных	✓ осуществление педагогической деятельности в системе подготовки и профессионального развития сестринских кадров; ✓ разработка

		педагогических концепциях); - основы возрастных и индивидуальных особенностях развития (возрастная периодизация, неравномерность развития, акселерация); - этапы педагогического процесса и педагогические инновации. *Уметь:* - использовать педагогические знания в своей профессиональной деятельности, в научно-исследовательской, профилактической и просветительской работе; - учитывать возрастные особенности пациента и его родственников в процессе психолого-педагогического взаимодействия; - вести просветительскую работу среди населения. *Владеть:* - навыками учета мотивации клиента в процессе психолого-педагогического взаимодействия; - навыками организации педагогического эксперимента; - навыками традиционно-педагогических методов; - навыками стимулирования обучения; - методами обучения пациентов правилам и способам ведения здорового образа жизни.	учебно-методических материалов для подготовки и профессионального развития сестринских кадров; ✓ изучение образовательного потенциала обучающихся, уровня их профессионального развития, осуществление профессионального и личностного роста обучающихся; ✓ развитие у обучающихся творческих способностей, способности к самообучению;• планирование учебного процесса, выполнение методической работы, осуществление контрольных мероприятий, направленных на оценку результатов педагогического процесса; ✓ осуществление мероприятий по формированию мотивированного отношения каждого человека к сохранению и укреплению своего здоровья и здоровья окружающих;• ✓ обучение пациентов основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим профилактике возникновения заболеваний и укреплению здоровья
	Педагогическая практика	*Знать:* - основные методы и способы анализа и синтеза фактов и теоретических положений; - Категории и методы, необходимые для решения типовых и новых задач в различных областях профессиональной деятельности; - методы, способы и техники восприятия личности другого, эмпатии, установления доверительного контакта и диалога, убеждения и поддержки людей; - методику педагогической и воспитательной деятельности в учебных заведениях и в ЛПУ; - правила организации рабочего места и требования к методическому материалу; - правила профессиональной этики в работе с больными и их родственниками; *Уметь:* - анализировать и синтезировать факты и теоретические положения; - использовать систему категорий и методов, необходимых для решения типовых и новых задач в различных областях профессиональной деятельности; - использовать методы, способы и техники восприятия личности другого, эмпатии, установления доверительного контакта и диалога, убеждения и поддержке людей; - использовать этические принципы	

		профессиональной деятельности; - разрабатывать методические рекомендации по организации профессиональной деятельности сестринского персонала; *Владеть:* - культурой научного мышления, обобщения, анализа и синтеза фактов и теоретических положений; - системой категорий и методов, необходимых для решения типовых и новых задач в различных областях профессиональной деятельности; - методами, способами и техниками восприятия личности другого, эмпатии, установления доверительного контакта и диалога, убеждения и поддержке людей; - методами, способами и техниками поддержания активных контактов с коллегами.	
Ординатура всех специальностей	Педагогика: для ординаторов	*Знать:* - предмет, цели, задачи, категориальный аппарат дисциплины; - научные подходы к изучению закономерностей психического развития; - особенности формирования и проявления познавательных процессов личности в период юношества и взрослости; - потребности и ведущие мотивы учебной деятельности обучаемых; - пути, способы формирования навыков здорового образа жизни в образовательной деятельности студентов медицинского вуза; - роль личности преподавателя как фактора эффективности обучения и воспитания. *Уметь:* - применять полученные знания в профессиональной деятельности; - интегрировать полученные знания с системой академических знаний в реализации целей, задач и функций педагогической деятельности; - дифференцировать полученные знания и использовать индивидуальный подход в работе со студентами (пациентами) в зависимости от конкретной ситуации, возрастных особенностей, целей и задач обучения. *Владеть:* - навыками работы по использованию полученных знаний; - навыками анализа особенностей эмоционального, сенсорного, умственного и вербального развития личности; - приемами активизации познавательной деятельности обучаемых в процессе обучения; - навыками проектирования эффективных профессиональных стратегий	✓ формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих.
	Практико-ориентированный	*Знать:* - методы проектирования программ	

	проект: «Школа для пациентов с различными заболеваниями»	психолого – педагогического сопровождения пациентов в ШП; - методами оценки и проектирования компонентов образовательной среды; *Уметь:* - применять теоретические знания по проектированию методического сопровождения обучения пациентов; - правильно определять компоненты образовательной среды при проектировании; *Владеть:* - навыками проектирования методического сопровождения процесса обучения пациентов; - алгоритмом диагностики уровня знаний и практических навыков у пациентов; - методиками мотивации пациентов к обучению; - навыками применения педагогических и воспитательных методов, методик, техник и технологий применительно к обучению пациентов.	
Врачи всех специальностей	Школа пациента как дополнительный ресурс эффективной терапии хронических заболеваний (36 ч.) Короткий цикл НМО	*Знать:* - суть основных педагогических методик, техник и технологий обучения пациентов; - педагогические и психологические методы, методики, приемы, используемые в обучении пациентов; - менталитет и особенности пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями с целью грамотного подбора методов и технологий обучения. *Уметь:* - использовать информационные источники, содержащие сведения о различных техниках и технологиях профессионально - ориентированного обучения; - проводить психолого – педагогическую диагностику аудитории; - определять проблемное поле для моделирования технологии своей педагогической деятельности. *Владеть:* - навыками проектирования учебных занятий; - находить и применять необходимые психолого-педагогические методы, методики, техники, технологии применительно к преподаваемой дисциплине; - навыками проведения психолого – педагогическую экспресс – диагностику аудитории и корректировать обучение в зависимости от ее результатов; - навыками проектирования и использования собственных педагогических технологий, применительно к преподаваемой дисциплине; - навыками использования методами эмоциональной саморегуляции.	✓ постоянное профессиональное совершенствование врача, а также периодическое повышение квалификации в виде стажировок, освоения программ профессиональной переподготовки, участия в конференциях, мастер-классах и семинарах

Изучая основные темы дисциплины «Педагогика с методикой преподавания», студенты ВСО осваивают: педагогику как наука о воспитании, предмет и методы педагогики, общие закономерности развития, возрастные и индивидуальные особенности развития, педагогический процесс и педагогические инновации, процесс обучения, процесс воспитания.

В рамках «Педагогической практики» студенты ВСО создают проект «Школа пациентов с различными заболеваниями». Цель группового проекта: разработать программу психолого - педагогического сопровождения пациентов, страдающих каким-либо видом заболевания (предложенного на выбор). Количество групп (количество проектов соответственно) зависит от общего количества учащихся, один проект объединяет 5-6 студентов. По окончании практики, проект защищается перед однокурсниками, элементы разработанного проекта реализуются в реальной ШП, где в роли основных педагогов выступают врачи-ординаторы (Рис.1).

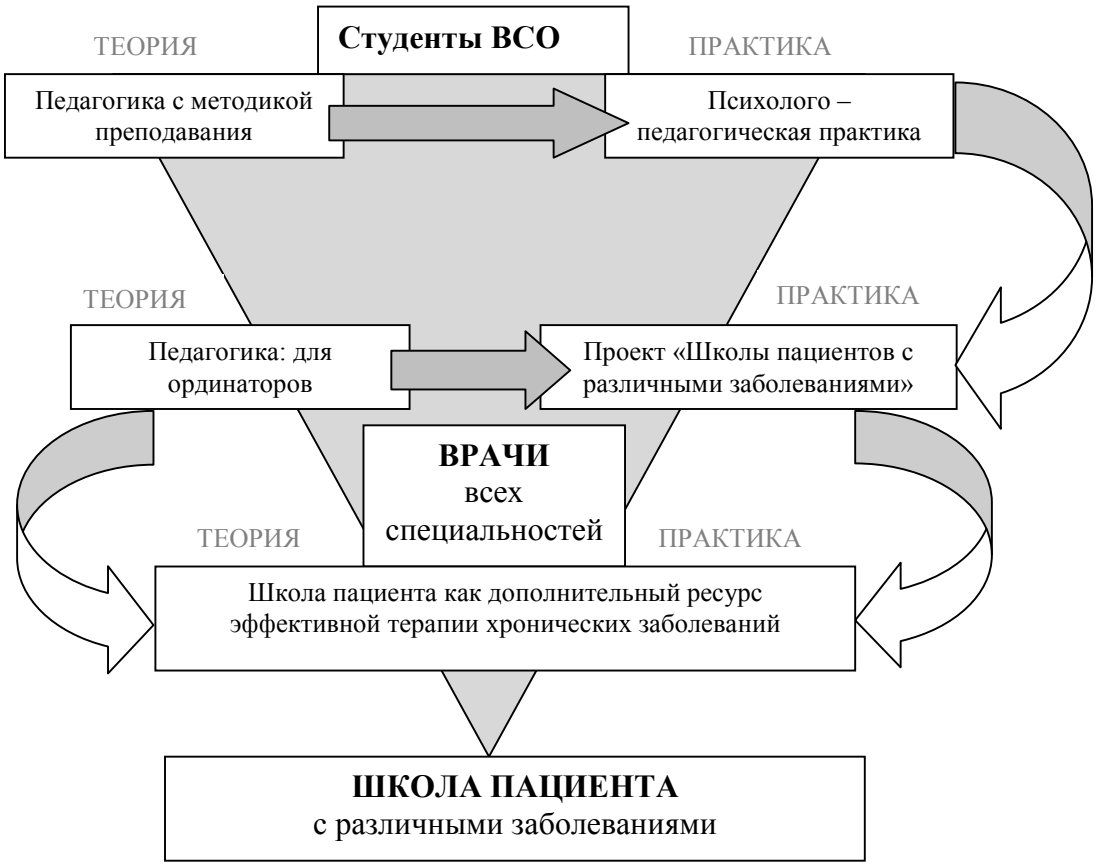

Рисунок 1. Междисциплинарные связи при подготовке специалистов для Школ пациентов.

Целью послевузовского профессионального образования врача по дисциплине «Педагогика: для ординаторов» является освоение теоретических основ и практических навыков по педагогике, формирование у слушателей профессионального педагогического

поведения, мышления и умений, обеспечивающих решение профессиональных задач и применение ими алгоритмов педагогической деятельности в процессе профилактики, диагностики и лечения взрослых и детей при распространенных заболеваниях.

Практикоориентированный проект «Школы пациентов с различными заболеваниями» теоретически базируется на знаниях, умениях и навыках, изученных в рамках дисциплины «Педагогика: для ординаторов». Проект предполагает проектирование, организацию и реализацию психолого–педагогического сопровождения пациентов терапевтического отделения с такими заболеваниями как бронхиальная астма, заболевания суставов, желудочно–кишечного тракта, ХОБЛ, ожирение и гипертоническая болезнь и др. Ординаторы 1-го года обучения делятся на группы, выбирая одно из направлений ШП и создают ее методическую основу под руководством кафедры педагогики и психологии ФПО и кафедры ОВП ПСПбГМУ им. И.П.Павлова, ординаторы 2-го года обучения выступают в роли кураторов групп в вопросах специального медицинского характера. Этап проектирования заканчивается реализацией обучения и воспитания пациентов в организованных ШП на отделении.

В рамках повышения квалификации врачей в системе непрерывного медицинского образования (НМО) кафедра педагогики и психологии ФПО ПСПбГМУ им. И.П.Павлова реализует короткий цикл для врачей всех специальностей «Школа пациента как дополнительный ресурс эффективной терапии хронических заболеваний». Целью данной программы является приобретение слушателями комплексного обновления знаний, новых умений и навыков в области обучения пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями в рамках ШП для самостоятельного решения соответствующих профессиональных и образовательных задач [2].

Заключение. Перечисленные выше программы составлены на основе компетентностного подхода, который требует не только переформатирования содержания изучаемых дисциплин, но и методов и форм организации образовательного процесса, активизацию деятельности обучающихся в ходе занятия, приближения изучаемых тем к реальной жизни и поисков путей решения возникающих проблем. При таком обучении формируются и развиваются такие качества, как самостоятельность, ответственность за принятие решений; познавательная, творческая, коммуникативная, личностная активность у обучающихся. В условиях развивающего обучения необходимо обеспечить максимальную активность самого студента в процессе формирования ключевых компетенций, так как последние формируются лишь в опыте собственной деятельности.

Литература:

1. Денишенко, В.А. Исследование педагогических условий работы школ здоровья, ориентированное на изучение уровня готовности врачей к психолого-педагогическому сопровождению пациентов / В.А. Денишенко // Ученые записки Университета им. П.Ф. Лесгафта. 2016. – №5 (135). – С. 73-77.
2. Денишенко, В.А. Разработка программы обучения врачей по применению образовательного ресурса школ пациентов для эффективной терапии хронических заболеваний / В.А. Денишенко // Педагогика и психология в медицине: проблемы, инновации, достижения: труды / Научно - практическая конференция с международным участием. – СПб.: Человек, 2016. – С 24-26.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДИКИ ДЕЛОВОЙ ИГРЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЗАНЯТИЯ ПО ТЕМЕ «ОРГАНИЗАЦИЯ ВРАЧЕБНО-ТРУДОВОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА»

Доценко Т.М., Бугашева Н.В., Бутева Л.В.

Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького,

г. Донецк

e-mail: nbugasheva@mail.ru

Цель. Применение методики «деловой игры» предполагает формирование: профессиональных умений в организации врачебно-трудовой экспертизы (ВТЭ), как одного из значимых разделов работы врачей любого профиля в различных ситуациях их будущей деятельности в практическом здравоохранении.

Материалы и методы исследования. В освоении данной темы (организация врачебно-трудовой экспертизы) использован метод «деловой игры» «учебного» характера. В основе метода – моделирование сложной проблемы типа «Врачи здравоохранения». Объект моделирования – конкретное лечебно-профилактическое учреждение и специфика его деятельности в вопросах врачебно-трудовой экспертизы. Разрабатывается «жесткий сценарий» организации врачебно-трудовой экспертизы, основанный на реальных ситуациях и проблемах в вопросе организации выдачи конкретных документов (больничных листов, справок), позволяющих освободить человека от работы с целью охраны здоровья и восстановления трудоспособности.

«Игровой комплекс» - студенты группы-участники «моделируемого» процесса и выступающие в роли врачей конкретных профилей, имеющихся в данном лечебно-

профилактическом учреждении. Ведущий-так же студент группы, управляющий ходом занятия и по мере необходимости вносимый коррективы в его ход.

Результаты и обсуждения. Игра проводится двумя периодами: 1-й - подготовительный, 2-й период собственно исполнения игры.

В подготовительном периоде изучается ситуация с многообразием условий и проблем по организации врачебно-трудовой экспертизы, определяется набор необходимых документов для пользования ими «исполнителей», разрабатывается для «исполнителей» конкретный объем их работы. Второй этап начинает преподаватель, формулируя цели и называя конкретные умения, которые необходимо выработать в ходе проведения занятия.

Ведущий направляет «игру» по заданному сценарию внося при необходимости определенные коррективы. В конце занятия обобщаются преподавателем итоги его проведения с акцентом внимания на более удавшиеся моменты, выделяя лучших студентов - «ролевых» участников игры.

Вывод. Применяемая методика воспитывает личностные качества, развивает «умения» поиска и работы с информацией, активизируя творческие возможности студента.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ДИСТАНЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ

Ершова С.К.

ФГБОУ ВО Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова,

Санкт-Петербург, Россия

e-mail: n89045166040@gmail.com

Развитие современного общества предъявляет определенные требования к уровню профессиональных компетенций учащихся в медицинской сфере, а развитие образовательной среды - к расширению репертуара предоставляемых им возможностей для обучения.

Вопрос о возможности дистанционных образовательных технологий обеспечить полноценную профессиональную подготовку, в частности в медицине, поднимается достаточно остро в последние годы. Наряду с ограничениями данного формата получения знаний и совершенствования навыков, отмечается, что внедрение инновационных технологий в образовательный процесс позволяет превратить его по сравнению с

традиционной очной формой не только в доступный, но и эффективный по ряду параметров [1]. При этом правомерность применения дистанционных образовательных технологий в медицинском образовании остается дискуссионной, поскольку в медицинской сфере предъявляются специфические требования не только к теоретической, но и непосредственно к практической подготовке специалиста [2, 3]. Конечно, обучение врача практическим навыкам требует традиционного очного контакта, но вся теоретическая подготовка, упражнения в принятии решений, диагностический тренинг, педагогическая подготовка могут проходить в значительной мере с опорой на дистанционные технологии. Время не стоит на месте и технологии развиваются и открывают все больше возможностей.

Среди ограничений дистанционного обучения указываются обычно: отсутствие непосредственного контакта между преподавателем и студентом, а также специфика возможного диалога, который происходит посредством информационных технологий, сложности при обучении практическим навыкам, требующих инструментальных манипуляций. Трудность заключается в переходе от традиционного очного подхода передачи образовательной информации к стремительно развивающемуся способу - с использованием виртуальной среды, связанная как с адаптацией учебных материалов, так и с формированием психологической готовности участников образовательного процесса использовать возможности, которые открывает виртуальная реальность. Специфика обучения дистанционно также требует повышенного мотивационного включения учащегося в образовательный процесс [1].

Можно выделить ключевые факторы, определяющие эффективность обучения, которые следует держать под контролем, внедряя дистанционные технологии в образовательный процесс, в том числе при развитии компетенций медицинского работника. Учет нижеперечисленных факторов позволяет минимизировать эффекты студенческой прокрастинации и демотивации, а также активизировать и разнообразить учебный процесс:

1. Организация он-лайн взаимодействия между участниками процесса в синхронном режиме и подготовка качественного медиа-контента электронных учебных курсов. Нужно использовать не только видео и аудиозаписи лекций, разнообразные по сложности оценочные средства, ставшие уже традиционными в системе дистанционного обучения (СДО или англ. LMS), но также прямые трансляции лекционных и семинарских занятий (Stream), тематические вебинары и вебтренинги, видеосимуляторы, интерактивные доски, контент, созданный по VR технологии - технологии полного присутствия дополненная реальность «360», представляющий

собой интерактивную видеозапись, в которой учащийся может видеть всё, что происходит вокруг, а с использованием специальных средств и находиться в этой дополненной реальности. Уже сейчас цифровые технологии позволяют использовать «виртуальные учебные классы», полноценно воспроизводящие учебную среду.

2. Обеспечение обратной связи от преподавателя дисциплины к студентам посредством общения на форуме, комментирования выполненных контрольных заданий, личных сообщений в системе обучения.
3. Организация среды для межличностного общения в группе студентов, осуществляемая посредством создания общих тем для обсуждений в социальных сетях, на форуме дисциплины и т.д. в целях взаимообучения и упрочения групповых связей друг с другом, аналогичных реальному общению.
4. Поддержка методистов (тьюторов), которые выступают посредниками между преподавателями, студентами и выбранной СДО. Системный подход в организации процесса обучения, направленный на помощь студенту в освоении необходимого объема изучаемого материала в лимитированное время.

Возможности, которые предоставляют инновационные технологии, позволяют сделать дистанционное обучение в медицинской области «живым», «настоящим» и в полной мере обеспечивающим нужды современного студента. Наиболее вероятно, что уже в ближайшее время мы сможем наблюдать, как дистанционные образовательные технологии успешно внедряются в учебный процесс многих медицинских учебных заведений.

Список литературы:

1. Лифшиц, М.В. Применение дистанционных технологий в психологическом образовании/ Лифшиц М.В., Тяпин А.А., Гайдученко Е.Ю., Ершова С.К. // Ж. Электронное обучение в непрерывном образовании. 2017. № 1 (4). С. 401-405.
2. Кошелев, И.А. Дистанционное образование в системе современного здравоохранения: реальность и перспективы // Медицинский альманах. 2010. №1. С.48-53
3. Марухно, В.М. Дистанционное образование в медицине // Международный журнал экспериментального образования. – 2012. – № 4-2. – С. 154-156.

МУЗЫКАЛЬНЫЕ СРЕДСТВА КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ СПОСОБ СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ И ВОСПИТАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ

Журавская Е.П.

Преподаватель АНО «Павловская гимназия»

e-mail: **woldemarus2009@yandex.ru**

Новые образовательные стандарты акцентируют внимание педагогов и воспитателей на формирование компетенций учеников и воспитанников. приветствуется использование современных инновационных технологий. И это правильно, ведь только грамотно подготовленный человек, умелый и мобильный, владеющий современными технологиями и умеющий их применить в жизненных ситуациях будет востребованным и конкурентоспособным членом общества. Мы растим человека деятельного, прогрессивного, коммуникабельного, информированного, а статистика говорит о том, что, к сожалению, из года в год возрастает количество школьников с проблемами здоровья. Это является серьезной педагогической проблемой, так как осложняет процесс обучения, снижает качество знаний, замедляет психическое и физическое развитие, вызывает отклонения в социальном поведении. Как же помочь нашим ученикам и воспитанникам раскрыть свой интеллектуально-творческий потенциал, быть компетентными и при этом здоровыми? Моё убеждение – призвать на помощь музыку и её чудодейственные средства!

Оздоровлением с помощью разнообразных звуков и музыки, исследованием её влияния на здоровье и поведение на протяжении многих тысячелетий занимались врачи, философы, музыканты и педагоги. Установлены следующие факты: музыка оказывает заметное воздействие на минутный объём крови, частоту пульса, кровяное давление, уровень сахара в крови, повышает и понижает мышечный тонус, стимулирует появление эмоций, улучшает вербальные и арифметические способности, стимулирует процессы восприятия и памяти, активизирует творческое мышление. Частота звуковых колебаний, смена тональностей и ладов влияют на физиологические и психические процессы в организме. Метод восстановления, сбережения здоровья и оптимизации поведения с помощью различных музыкальных средств называется – МУЗЫКАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ.

В зависимости от деятельности слушателя вовремя общения с музыкой выделяют 3 формы музыкального воздействия: рецептивную, активную и интегративную. Рецептивная – это процесс восприятия музыки с определённой целью, например, для активизации, релаксации, улучшения эмоционального состояния. Активная терапия

осуществляется посредством активной музыкальной деятельности: пении, игре на шумовых инструментах. Интегративная, наряду с музыкой, задействует другие виды искусства: музыкально-ритмические игры, рисование под музыку, импровизацию и сочинение стихов под музыку, инсценировку.

Оздоровительно-воспитательный потенциал музыки и музыкальных средств очень велик. С помощью специализированной комплексной музыки, классической музыки разной направленности, музыки природы, вокалотерапии, звукотерапии, разнообразных методик дыхательной гимнастики, музыкально-ритмических игр, импровизаций, рисования под музыку, колокольных звонов, мы можем позитивно и эффективно влиять на поведение школьников, улучшать настроение, развивать умственные, музыкально-творческие способности, повышать мотивацию к обучению, формировать положительную самооценку, воспитывать нравственные качества, художественный вкус и стремление к самооздоровлению.

Для этого необходимо целенаправленно и систематически использовать в процессе обучения и воспитания последние разработки в области здоровьесбережения. Вот некоторые их них:

- Программа комплексной музыки «Музыка для здоровья» Центра медицинской реабилитации центральной поликлиники МЧС России.
- Программа классической музыки «Классика для здоровья».
- Дыхательная гимнастика А.Н. Стрельниковой.
- Рыдающее дыхание Ю.Вилунаса.
- Теоретические и практические рекомендации музыкального терапевта, врача, певца, автора уникального научного труда по музыкальной терапии – С.В. Шушарджана.
- Методики вокалотерапии и звукотерапии музыкального психолога В.И.Петрушина.
- Рекомендации по развитию и охране детского певческого голоса В.Н.Шацкой, действительного члена Академии Педагогических Наук.

Думаю, что каждый из нас замечал, что соприкосновение с одними музыкальными произведениями нас успокаивает, другие вызывают желание двигаться, третьи раздражают, четвёртые заставляют думать, мечтать, переживать, размышлять… Однако, ученые уже разработали целый комплекс музыкальных средств и рекомендаций и для повседневной жизни, и для учебно-воспитательного процесса. Вот лишь некоторые из них.

Хотите укрепить иммунитет себе и своим ученикам? Послушайте программу комплексной музыки «Музыка для здоровья» Центра медицинской реабилитации центральной поликлиники МЧС России. В её основе положена разработка российских

учёных «Белый шум». Этот еле уловимый нашим слухом особый звук в комплексе со специально подобранной музыкой обладает способностью улучшать эмоциональное состояние. Данная разработка рекомендована министерством здравоохранения России, получила международный сертификат ЮНЕСКО при ООН, прошла серьёзную проверку в лечебных центрах, подтвердив уникальное позитивное воздействие на здоровье человека разных возрастных групп, в том числе школьников разного возраста.

Хотите снять хроническую усталость? Послушайте третью часть Симфонии №3, первую часть Симфонии №4, Скрипичный концерт И.Брамса. Заряд энергии на неделю гарантируют «Венгерские танцы» композитора, особенно если послушать в понедельник утром.

От раздражительности поможет музыка Чайковского: «Вариаций на тему рококо», «Славянского марша», увертюре-фантазии к «Ромео и Джульетте», симфония «Зимние грезы».

Головную боль снимает прослушивание полонеза «Прощание с Родиной» М. Огинского.

Успокоиться, расслабиться, снять нервное напряжение помогут произведения Ж. Бизе: «Пастораль», «Старинная песенка», К. Дебюсси «Лунный свет», К. Сен-санс: «Лебедь», З. Фибих: «Поэма». Сладкий сон гарантирует: «Медитация» Массне, «Адажио» Родриго, «Баркарола» Оффенбаха и, конечно, «Песни без слов» Мендельсона.

Восстанавливают энергетику и активизируют защитные системы организма КОЛОКОЛЬНЫЕ звоны и молитвы. Поэтому могут быть использованы на уроках краеведения, литературного чтения, мировой художественной культуры, истории.

Хотите улучшить спортивные результаты? Включайте спортсменам 4 часть Симфонии №4 Л. Бетховена. Снижается артериальное давление, заметно уменьшается частота сокращения сердечных мышц, что уменьшает нагрузку на сердце и повышает эффективность занятий.

Разнообразие урокам биологии, окружающему миру и пользу здоровью, умиротворение и гармонию принесёт прослушивание комплекса «Звуки природы»

Уроки английского языка могут сопровождаться музыкой Гершвина, джазовыми, блюзовыми, композициями, а музыка в стиле «регги» поднимет настроение и избавит от депрессии.

Хотите повысить мозговую активность учеников? Включите сонату для двух фортепиано К448 В.Моцарта. Происходит значительное усиление способности отвечать на тесты, характеризующие пространственное воображение. Не смотря на то, что эффект длится до 15 минут, а затем показатели возвращаются на обычный уровень решения

подобных задач, можно найти применение этого «Эффекта Моцарта», например, прослушивать перед контрольными, самостоятельными работами, опросами, тестами.

Рекомендаций и примеров музыкальных произведений, обладающих различными эффектами с точки зрения влияние на настроение, поведение, физическое и психическое состояние достаточно много. Нужно лишь подобрать именно те произведения, которые будут соответствовать поставленным Вами целям. И, конечно же, соответствовать правилам соблюдения охраны голоса и психологическим особенностям школьников данного возраста.

Необходимо использовать различные **формы контроля** промежуточных и конечных результатов:

- наблюдение педагога в ходе занятий,
- анализ календаря настроений,
- диагностика уровня развития музыкально-творческих способностей,
- диагностика психологической атмосферы,
- диагностика уровня самооценки,
- анализ подготовки и активности участия школьников в мероприятиях,
- анализ результатов выступлений на различных мероприятиях, конкурсах.

Диагностика психологической атмосферы в группе по методике А. Ф. Фидлера используется для оценки психологической атмосферы в коллективе. Результаты ДИАГНОСТИКИ психологической атмосферы учеников 5-7 классов за 3 года выросли с 48 до 75 баллов, что свидетельствует о ежегодном стабильном улучшении психологической атмосферы в классах и у каждого обучающегося в частности. Если в начале 2013 учебного года атмосферу можно было охарактеризовать как не очень дружелюбную, а некоторые дети, особенно девочки, характеризуют настроение, как враждебное, то в конце 1 полугодия 2016 года ситуация значительно улучшилась. Атмосфера стала более дружелюбной, что явственно отражено в индивидуальных опросах.

Уровень самооценки опирался на методику А.Анастази и С.Урбина из книги «Психологическое тестирование» издательства «Питер» 2006год. Обучающиеся отвечают на 32 вопроса, им предложены 5 вариантов ответа на каждый из них, чем меньше число, тем выше самооценка, чем больше число, тем ниже уровень самооценки. Уровень САМООЦЕНКИ обучающихся 5-7 классов за 3 года свидетельствует о повышении уровня самооценки у каждого обучающегося и 5-7 классах в целом. В начале 2013 года уровень самооценки был средним – 49 балла, в 2015 – уменьшился до 38 баллов, в конце 2 полугодия 2016 года уровень самооценки стал ВЫСОКИМ- 29 баллов.

Исследование психоэмоционального состояния осуществляется на основе анализа психологического рисуночного теста «Страна Музыкалия», проводимого в начале и в конце учебного года. Ниже приводятся результаты исследования психоэмоционального состояния обучающихся 5-7 классов за 3 года. В начале 2013 года: у 51% - обучающихся доминировали настроения грусти, злости, обиды; у 63% - прослеживались проблемы в общении; у 48% - проблемы в самореализации, у 20% - отсутствовали позитивные мысли. В конце 2015 года: у 75% - исчезли злость и обида, у 81% - приумножились радостные мысли и настроения, у 88% - большинство негативных эмоций ушли, или деформировались в более лояльные, у 76% - исчезли проблемы в общении.

Вывод: Исследования и разнообразная диагностика, провед□нная по истечении тр□х лет занятий, урочной и внеурочной деятельности в образовательном и воспитательном процессах, подтверждают эффективность и продуктивность ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ РАБОТЫ, основанной на методах музыкальной терапии и музыкальных средствах: улучшилась психологическая атмосфера в классах, вокально-хоровых группах, повысился уровень самооценки, улучшилось психоэмоциональное состояние.

Результаты мониторинга подтверждают целесообразность и эффективность применения инновационных здоровьесберегающих методов и музыкальных средств в образовательном и воспитательном процессах:

- ✓ Растут показатели ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ДОСТИЖЕНИЙ,
- ✓ Повышается уровень развития музыкальных, творческих способностей каждого обучающегося и показатели по классам.
- ✓ Улучшается психологическая атмосфера в коллективе.
- ✓ Повышается уровень самооценки каждого ученика и класса в целом.

Вывод: в сочетании с традиционными педагогическими технологиями, музыкально-терапевтические средства дают замечательные результаты: помогают формировать учебные компетенции, повышают самооценку и создают отличное настроение нам педагогам и нашим ученикам! Эту оздоровительного особенность воздействия музыки на организм школьников можно использовать на уроках во время физминуток. организационного момента, в заключительной части урока, на переменах, классных часах, турпоходах, поездках и путешествиях…

Музыка – посредница между жизнью ума и жизнью чувств! Музыка - целитель здоровья! Слушайте музыку! Будьте здоровы!

Использованная литература:

1. Анисимов, Б.Н. Волновые характеристики природных систем, лежащие в основе музыко-резонансной терапии / Б.Н.Анисимов, А.Н.Кузнецов // Музыкальная психология и психотерапия. №6. –М., Академический проект. 2011. С. 83-103.
2. Бреле-Руэф, К. Сакральная медицина / К.Бреле-Руэф. - М.: REFL-book, 1995.- С.299.
3. Бурно, М.Е. Терапия творческим самовыражением / М.Е.Бурно. - М.: Академический проект, 2006. - С.430- 445.
4. Голдмен, Д. Целительные звуки / Д. Голдмен. - М.: София, 2003.
5. Евдокимова, И.А. Музыкотерапия в комплексном лечении соматических расстройств / И.А. Евдокимова. - М.: Музыкальная психология и музыкотерапия №16, 2010. - С.32-39.
6. Истратова, О.Н. Психодиагностика / О.Н. Истратова, Т.В. Эксакусто. - Ростов-на-Дону: Феникс. 2007. - С.45
7. Кэмпбелл, Д. Дж. Эффект Моцарта / Д. Дж. Кэмпбелл. – Минск: Попурри,1999. - С.320.
8. Петрушин, В.И. Психология и педагогика художественного творчества / В.И. Петрушин. - М.: Академический проект. Гаудеамус. - 2008.
9. Самсонова, Г.О. Звукотерапия. Музыкальные оздоровительные технологии / Г.О. Самсонова. Тула - Москва: Дизайн-Коллегия, 2009. - 248 с.
10. Шушарджан, С.В. Руководство по музыкотерапии / С.В. Шушарджан. - М.: Медицина. 2005.
11. Шушарджан, С.В. Здоровье по нотам / С.В. Шушарджан. - М.: Медицина, - 2004.

КЛИНИЧЕСКАЯ ГЕНДЕРНАЯ МЕЗОТЕРАПИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МИОФАСЦИАЛЬНЫХ БОЛЕЙ, БЕСПЛОДИЯ И АУТОИММУННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Dr. Alek Itsekson,

MD, Ph. D

Head of Myofascial Pain Clinic (Sheba Medical Hospital, Israel)

Alek.Itsekson@sheba.health.gov.il

Одновременная клиническая манифестация хронических болей, аутоиммунных заболеваний и бесплодие является установленным клиническим наблюдением. Несмотря на четко выраженную анатомическую дифференциацию абдоминальных и головных болей, нами предложен общий патогенетический механизм этого клинического феномена.

Предменструальное циклическое проявление абдоминальных и головной боли напряжения предполагает возможную роль половых гормонов в патофизиологии этих состояний, возможно, посредством циклической периферической и центральной сенсибилизации к половым гормонам.

Более того, в этих условиях наблюдаются общие метаболические изменения, такие как тканевая гипомагнеземия и субклиническое повышение маркеров воспаления. Мы предлагаем диагностический и терапевтический алгоритм для коррекции периферических и центральных механизмов боли.

Этот подход основан на комбинированной коррекции периферической сенсибилизации и метаболических нарушений посредством интра- дермальной (мезо - терапии) медикаментозной терапии. В презентации будет представлен патофизиологический механизм и протокол лечения хронических болей, аутоиммунных заболеваний и бесплодия.

О ПЕРСПЕКТИВНОСТИ ОБУЧЕНИЯ МУЗЫКАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В МЕДИЦИНСКИХ ВУЗАХ РОССИИ

Клюев А.С.

Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена

Санкт-Петербург, Россия

E-mail: aklujev@mail.ru

Сегодня музыкальную терапию все чаще признают в качестве эффективного средства лечебной деятельности. Об этом свидетельствует, во-первых, постоянно возрастающие количество трудов по музыкальной терапии отечественных и зарубежных авторов [см.: Блаво Р., 2003; 2012; Евдокимова И.А., 2007; Кононова Н.Г., 2008; Петрушин В.И., 2008; Рощин А.Г., 2012; Седунова Л.М., 2013; Синкевич В.А., 2008, 2010; Шушарджан С.В., 2005; Элькин В.М., 2005; Amber H., 2004; Curreri E., 2008; Davis W.B., Gfeller K.E., Thaut M.H., 2008; Hart H., 2008; Kim S.J., 2005; Tuet R.W.K., Lam L.C.W., 2006; Whipple J., 2004; Wilson S., Parsons K., Reutens D., 2006], а, во-вторых, появление переводов на русский язык исследований по музыкальной терапии известных зарубежных

ученых [Голдмен Дж., 2003; Декер-Фойгт Г.-Г., 2003, Декер-Фойгт Г.-Г., Оберэгельсбахер Д., Тиммерманн Т. 2011; Морено Дж. Дж., 2009; Эндрюс Т., 2004 и др.].

Успешность музыкально-терапевтической работы в различных сферах медицинской практики связана *с уникальной возможностью музыки целостно воздействовать на человека (максимально обеспечивая его гармонизацию – с самим собой и с миром).* Чем обусловливается такое воздействие?

Указанное воздействие обусловливается *структурным подобием человека и музыки*. Уточним сказанное.

Человек – сложное существо, природу которого образуют три компонента: *телесный, душевный* и *духовный.*

Телесный компонент прежде всего устанавливает связь человека с физической (неживой) материей. Душевный – с биологической (живой). Духовный – с социокультурной.

Все эти три компонента неразрывно слиты в человеке, иначе говоря, по проявлениям одного из них – будь то телесный, душевный или духовный – мы можем судить о состоянии других. Вместе с тем, поскольку первые две ипостаси, по сути, свидетельствуют о принадлежности человека к естественно-природной среде, наиболее значимым, действительно фиксирующим наличие человека – собственно человека, оказывается третий, то есть духовный компонент.

Что касается музыки, последняя – звуковое образование, обладающее тремя уровнями (слоями) звучания, которые можно именовать *физико-акустическим (выявляемым ритмом, метром, темпом, тембром, динамикой), коммуникативно-интонационным (выявляемым интонацией)* и *духовно-ценностным (обнаруживаемым посредством лада, тональности, мелодии, гармонии)*.

Физико-акустический уровень предопределяет воздействие музыки на физическую (неживую) реальность. Коммуникативно-интонационный – биологическую (живую). Духовно-ценностный – социокультурную.

Названные уровни звучания тесно сопряжены в музыке, что вызвано существованием их по единым законам структурирования звуковой материи, однако очевидно, что главный из этих уровней звучания – духовно-ценностный.

Таким образом, *организация человека подобна организации музыки: человек и музыка обладают тремя аналогичными уровнями: телесным – душевным – духовным – человек, физико-акустическим – коммуникативно-интонационным – духовно-ценностным – музыка. Это организационное подобие человека и музыки (где с телесной ипостасью человека в первую очередь соотносится физико-акустический уровень звучания музыки,*

душевной – коммуникативно-интонационный, духовной – духовно-ценностный) и порождает возможность музыки целостно воздействовать на человека (способствуя его гармонизации) [Клюев А.С., 2008; 2010 (1); 2010 (2); 2015; 2017].

Не вызывает сомнения целесообразность использования музыкальной терапии в медицине. Вместе с тем очевидно, что для продуктивности такого использования необходима специальная подготовка медицинских работников в области музыкальной терапии. Данное суждение позволяет со всей определенностью заявить *о перспективности обучения музыкальной терапии в медицинских вузах нашей страны.*

МУЗЫКА ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЦЕЛОСТНОСТИ ЛИЧНОСТИ

Колмогорова Н.В.[1,2,3]

[1]Московской Государственной Консерватории им. Чайковского,

[2]Московского Института Открытого Образования,

[3]ГБПОУ «Государственное училище (колледж) духового искусства»

Москва, Россия

Предлагаю Вашему вниманию описание случая из моей практики. Он может дать представление о том, как я работаю с музыкой в качестве психолога и опираясь на мой опыт музыканта. Музыкальное произведение помогает решить психологические задачи высвобождения вытесненных или подавленных эмоций. Это значительно улучшает настроение и самочувствие. Одновременно с этим появляются силы для осознания мотивов поступков и внутренних установок, которые создают в жизни стресс.

Данный метод позволяет восстановить целостность ума, чувств и тела человека благодаря освобождению и отказу от психологических защитных механизмов и способствует таким образом личностному росту и развитию.

Этот метод может быть полезен как один из компонентов оздоровления, реабилитации и лечения.

Молодая женщина 30 лет принимала участие в проводившемся весной этого года в течение трех месяцев дистанционном психологическом семинаре. Режим семинара предполагал одну музыкальную программу в неделю с регулярной обратной письменной связью с психологом.

Запрос от клиентки был поработать с темой партнерских отношений, поскольку у нее имеется травматичный опыт достаточно продолжительных взаимоотношений с

мужчиной, закончившийся его неожиданным уходом к другой женщине, после чего клиентка в течение вот уже трех лет чувствовала себя не в состоянии опять вернуться к теме отношений в своей жизни. В качестве психолога я была знакома с ее семьей, в течение нескольких лет время от времени общалась с ее старшим братом и мамой.

Клиентка на момент начала занятий указала на нарушения сна, усталость после спортивных нагрузок (фехтование и 5-ти дневные занятия йогой), временами повышенный аппетит, метеозависимость (продолжительные головные боли при нулевой температуре), раздражительность, склонность к критике, склонность больше слушать, чем говорить, что ее тяготило; неустойчивые отношения с родителями и старшими братьями и острое реагирование на колебания в отношениях к ней со стороны знакомых и коллег.

Совместными усилиями для молодой женщины была сформулирована цель работы - обрести доверие и вновь быть открытой к личным отношениям. Нашими задачами были высвободить вытесненные чувства и эмоции по поводу расставания, выяснить, какое эмоциональное переживание является барьером между ней и новыми отношениями и освободиться от него.

В процессе работы клиентка давала обратную связь об ощущениях от музыки, о своем эмоциональном и физическом самочувствии и о переменах в мыслях и в жизни.

Она отмечала подъем настроения и физических сил, освобождение от головных болей и улучшение сна и аппетита, гибкость и мягкость в теле, особенно в области спины, шеи и груди (по ее выражению «оттуда словно вышел холод»); высвобождение нежных и теплых чувств по отношению к родителям и братьям, то, что научилась выражать свои чувства через объятия и слова, написала о появлении желания говорить, а не только слушать, и легкость и мягкость юмора. Она радовалась тому, что в ней не так часто появлялось раздражение и желание контролировать отношение к ней сослуживцев, она стала более спокойная, перестала винить себя за те или иные поступки.

Одним из важных достижений нашей работы можно считать желание клиентки проявлять свою женственность, чаще надевать платья и давать себе больше времени на сон и отдых, а также возвращение к занятиям музыкой. Она осознала, что ее последние отношения были основаны на ее большем внимании к партнеру и большей готовности подстроиться под его интересы и планы, и меньшей заботе о себе и о своих потребностях. Постепенно она поняла, что выражать свои чувства и быть открытой и спонтанной ей мешала обида, смогла отказаться от нее и принять отношения как ценный жизненный опыт.

Она научилась не откладывать свои планы и откликаться на свои мечты и желания. Женщина взяла в дом маленького котенка, потому что всегда мечтала иметь домашнего

питомца, а затем вскоре поступила учиться по тому направлению, которое ее интересовало еще до поступления в первый ВУЗ (она хотела быть врачом, но получила психологическое образование, а теперь поступила учиться на логопеда- дефектолога).

Основные музыкальные произведения:

1. Музыка для маримбы, ЮмикоНото Гитано
2. Римский-Корсаков, «Полет шмеля», пер для фортепиано в исп. В Либераче
3. Астор Пьяццолла, танго «Забвение»
4. Штокхаузен, Маленький Арлекин
5. Шуберт, Аве Мария в исп. Р. Лорети
6. Праздничный колокольный звон, Валаам.
7. Андрей Головин, Концерт-симфония для альта и виолончели с оркестром
8. Оливье Мессиан, Вознесение, 4 симфонические медитации для органа соло
9. Музыка для лютни, 17 век
10. АкиоЯширо, Фортепианный концерт
11. Рави Шанкар, РагаМишра
12. Генрих Шютц, Священные симфонии для хора а капелла, № 1, части 1 и 2

РОЛЬ ГЕНОМА И ЭПИГЕНОМА В ТРАНСЛЯЦИИ СОВРЕМЕННЫХ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ЗНАНИЙ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Корженевская М.А., Лаптиев С.А., Розенфельд С.В.

ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова» МЗ России

Санкт-Петербург, Россия

e-mail: korgmar@rambler.ru

Одним из важных принципов системы образования в РФ является фундаментальность, которая с одной стороны поддерживается непрерывностью и преемственностью профессиональной подготовки, а с другой - постоянно пополняется потоком новых современных генетических знаний о строении и функционировании генома человека, о развитии эпигеномики, протеомики и метаболомики, о совершенных молекулярных технологиях. Именно в овладении современными фундаментальными генетическими знаниями, способствующими выработке у будущего врача генетического мышления, состоит главная задача преподавания генетики. Генетическое мышление необходимо врачу для формирования принципиально нового инновационного

компетентного подхода, позволяющего при диагностике и выборе тактики лечения, оттолкнуться не только от клинических симптомов, но и от генотипа пациента.

К сожалению, содержание типовой учебной программы по медицинской генетике (ГОУ ВУНМЦ от 2004 г.) отстает от бурного развития новых генетических направлений и не содержит разделов, посвященных геномной, эпигеномной и персонализированной медицине, которые составляют новую доктрину современного здравоохранения, углубляющую наше понимание механизмов регуляции генной экспрессии и индивидуального развития, возможностей качественной однозначной диагностики и предиктивно-профилактических мероприятий в отношении патологии человека.

Цель. Обосновать важность включения результатов фундаментальных биомедицинских исследований в области генома и эпигенома в учебную программу по медицинской генетике.

Материалы и методы. Был проведен анализ научных литературных данных отечественных и зарубежных авторов по вопросам генома и эпигенома и их вклад в медицину.

Результаты. К началу XXI века в генетике, как науке о наследственности и изменчивости, сформировалось две фундаментальные научные парадигмы: геноцентрическая и эпигенетическая. Первая парадигма базируется на закономерностях наследования, описанных Г. Менделем, на хромосомной теории Т. Моргана и на традиционных схемах эволюции Ч. Дарвина. В соответствии с этими закономерностями, которые определяют большинство характеристик развития организма и формирование его фенотипа, постулируется, что: 1) Всякое наследственное изменение есть результат изменения структуры ДНК или мутации; 2) Мутационная изменчивость является материалом для действия естественного отбора и источником многообразия наследственных признаков; 3) Родители имеют равный генетический вклад в геном потомства (биаллельная экспрессия). 4) Роль ДНК определяется центральной догмой молекулярной биологии.

В ДНК зашифрована информация о строении продукта гена - белка, при этом информация реализуется с помощью трех матричных процессов: репликации, транскрипции и трансляции, которые обеспечивают передачу «диктаторского приказа» гена по однозначному «рельсовому пути» к признаку.

Концепция молекулярного геноцентризма отражает постулат о том, что исключительно первичное строение ДНК - предопределяет сложные биологические процессы. Но, «Наш взгляд на наследование меняется…..Невозможно отделить влияние гена от влияния среды». Проф. М. Пембри и соавт. показали, что на здоровье потомства

влияет рацион питания бабушек и дедушек. Это означает, что приобретенные признаки наследуются, и, следовательно, Ж.-Б. Ламарк возможно был прав. В конце XX века были описаны новые эпигенетические феномены («эпи» -над, выше), обусловленные новыми механизмами наследования и фенотипической изменчивости, лежащими за пределами изменений нуклеотидной последовательности ДНК, к которым можно отнести: инактивацию Х-хромосомы, сайленсинг генов, тканевую специфичность, прионизацию, родительский импринтинг, митохондриальная наследственность. Эти феномены характеризовались неканоническим наследованием, похожим на наследование приобретенных признаков, и имели отношение и к развитию патологии человека, включающей: болезни экспансии, обусловленные увеличением числа копий тринуклеотидных повторов; болезни геномного импринтинга; митохондриальные и прионные болезни («губкообразные» энцефалопатии). Особенно ярким примером является феномен прионизции или белковой наследственности, которая связана с конформационными превращениями нормальных клеточных белков в прионы - белки с аномальной третичной структурой. Подобный феномен свидетельствует о существовании двух типов биологической информации в клетке: генной или текстовой (на ДНК) и эпигенной или структурной (в виде конформационных матриц).

Иными словами, особи наследуют от родителей нечто большее, чем просто сумму генов. Фенотип особи, по-видимому, представляет собой продукт совместной реализации генома и эпигенома. Под эпигеномом понимают существующую параллельно геному регуляторную реальность клетки или инструкции о клеточном развитии, выбор которых зависит от разных внешних сигналов или эпи-факторов. Каждая клетка имеет полный набор инструкций или траекторий развития, но эпи-факторы определяют, какие инструкции будут прочитаны в конкретной клетке в конкретный момент времени. Эпи-сигналами и регуляторами эпигенетических процессов являются питание, голод, курение, алкоголь, наркотики, нервный стресс, травмы, медитации и молитвы. Эпигенетические инструкции сохраняются в ряду митотических делений, демонстрируя феномен клеточной памяти с пока непонятой молекулярной природой, а также передаются следующим поколениям соматических клеток.

Эпигеном работает как система переключателей активности генов или как. Влиятельный посредник между внешними сигналами и экспрессией генов. Эпигенетические механизмы переключения генной экспрессии по сути сводятся к нанесению специфических меток на ДНК или белки, путем метилирования ДНК и разнообразных химических модификаций белков-гистонов («гистоновый» код). Химические метки придают участку хроматина необходимый активный эпигенетический

статус или выполняют роль «закладок» на «страницах инструкций», информирующих ферментные комплексы клетки о поведении относительно меченого участка. Еще одним важным эпигенетическим механизмом является использование в клетке малых некодирующих интерферирующих microРНК (siRNA, miРНК и др.) для «замалчивания» генов на постранскрипционном и трансляционном уровнях регуляции их работы. Расшифровка молекулярной природы эпигенома организма станет ключом к реальному пониманию вариабельной предрасположенности и причин развития «орфанных» наследственных, многофакторных заболеваний и злокачественных новообразований, а также механизмов клеточной дифференцировки при формировании многоклеточного организма и причин его старения.

Выводы. Таким образом, генетика, как любая учебная дисциплина с четкой структурной вертикалью, которая определяет многоуровневую последовательность получения и усвоения материала, должна включать профессиональную трансляцию результатов фундаментальных биомедицинских исследований в области генома и эпигенома с целью сокращения дистанции между теоретическими знаниями и их внедрением в практическое здравоохранение.

АНАЛИЗ ВОСПРИЯТИЯ ПЛЕЙЛИСТА АУДИОТЕРАПИИ ПРЕДСТАВИТЕЛЯМИ РОССИЙСКОЙ И ШВЕЙЦАРСКОЙ КУЛЬТУР (ПИЛОТАЖНОЕ КРОСС-КУЛЬТУРНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Красильникова Н.В., Вацкель Е.А., Пилосян С.

ФГОБОУ ВО Первый Санкт-Петербургский Государственный Медицинский Университет им И.П. Павлова

Санкт-Петербург, Россия

г. Цюрих, Швейцария

e-mail: nataljakrasilnikova@yandex.ru

e-mail: vatskel@mail.ru

Музыкальная терапия активно используется во многих страна мира и на разных континентах. Однако в каждой стране есть своя специфика ее структуры и содержания, обусловленная как научной парадигмой, так и национальными, этно-культурными, социальными, религиозными и другими особенностями. Анализ исследований, посвященных рецептивной музыкальной терапии, показал, что в рамках различных национальных систем музыкальной терапии существуют определенные взгляды на отбор

произведений. Так, в ряде европейских стран активно используется преферетивная музыкальная терапия (когда слушатель сам выбирает прослушивать то, что любит, вне зависимости от жанра) [4]. В нашей стране существуют и специально разработанные музыкальные произведения, ориентированные на воздействие на определенные системы организма [3] В отечественной школе в рецептивной музыкальной терапии также активно используются классические жанры музыки, которые, в силу своих музыковедческих особенностей оказывают положительное влияние на человека. [1] Классическую музыку в рецептивной музыкальной терапии также активно используют и за рубежом [5]. Безусловно, выбор музыкальных произведений зависит от цели и задач музыкальной терапии и субъектов (клиентов, пациентов, обучающихся), с которыми она проводится.

В ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова разрабатывается методика аудиотерапии, основанная на прослушивании музыкальных произведений и звуков природы, отобранных специальным образом. Данная методика применяется при работе с пациентами, получающими лечение гемодиализом – процедурой, длительной по времени и связанной с неприятными физиологическими ощущениями, переживаниями и состояниями. На наш взгляд, для таких пациентов необходимо разрабатывать программы прослушивания, способные не только корректировать психологическое состояние, но и способствовать структурированию времени процедуры. Поэтому в рамках нашего исследования мы остановимся на рецептивной музыкальной терапии в аспекте ее восприятия слушателями и вызываемых у них чувств, мыслей и ощущений.

Цель данного исследования – оценить восприятие произведений, входящих в плейлисты аудиотерапии, представителями двух различных культур – России и Швейцарии. Гипотетически можно предположить, что пациенты/ клиенты, принадлежащие различным культурам, могут быть когнитивно, эмоционально, культурально, экзистеницально более или менее готовы к восприятию определенных произведений, жанров, музыки определенной направленности.

Чтобы определить, существует ли возможность разработки универсальных плейлистов для гемодиализных больных, которые могли бы применяться и в России и в Швейцарии, необходимо выявить особенности реагирования в определенной этнокультурной среде на то или иное произведение. С этой целью вначале была предпринята попытка проанализировать реакцию относительно здоровых респондентов из обеих стран. Затем было принято решение приступать к внедрению плейлистов и оценке их эффекта при работе с гемодиализными больными, учитывая их психические (тревога, депрессия, синдром хронической боли, хронического зуда) и соматические (например, астенизация) особенности.

В рамках пилотажного исследования был проведен анализ восприятия одинаковых плейлистов аудиотерапии в двух выборках – российской и швейцарской. В швейцарскую выборку вошли 18 человек, в российскую 20. В пилотажном исследовании приняли участие люди разных возрастов – начиная от юношеского и заканчивая пожилым, на описываемом этапе исследования респондентами стали практически здоровые люди.

В российской выборке было 8 мужчин, 12 женщин. Средний возраст составлял 37,2 ± 18,08 (min 13, max 79). Ни один респондент не являлся профессиональным музыкантом, при этом у 17 человек был опыт занятия музыкой минимум в течение 3 лет на любительском уровне (фортепиано, скрипка, гитара, хор), преимущественно в детском возрасте и в молодости. Выборка респондентов из Швейцарии включала: 18 человек (12 женщин, 6 мужчин). Средний возраст 33,5 ± 19,51. (min 15, max 80). Ряд респондентов (9 человек) также имел определенную музыкальную подготовку, при этом никто не являлся профессиональным музыкантом. Ни один испытуемый не имел хронических заболеваний, которые представляли бы витальную угрозу. При этом, респонденты более старшего возраста (старше 30 лет) все же имели определенный опыт заболеваний, в том числе хронических (заболевания сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, пищеварения), однако, не представлявших угрозы жизнедеятельности и нормальному функционированию. С респондентами было проведено неструктурированное интервью, целью которого стало выявить мысли, чувства, ощущения, возникающие при прослушивании.

Проиллюстрируем реакции слушателей на примере одного плейлиста, составленного из произведений И.С. Баха. Были выбраны произведения, используемые в работах музыкальных терапевтов и доказавших свою эффективность [2, 5]. На предыдущих этапах исследования, при работе с русской группой гемодиализных больных было выявлено, что ими также положительно воспринимаются произведения Баха. Также был проведен анализ музыкальных произведений музыковедами и психологами. Музыковедческая характеристика произведений позволила описать те состояния, переживания, образы, которые заложены в произведениях. Психологами была разработана «стратегия ведения пациента» с помощью комплекса произведений, на основе их музыковедческой характеристики.

Испытуемым был предложен один и тот же плейлист, включающий следующие произведения в определенном порядке.

Были предложены следующие произведения:

1. И.С. Бах «Хоральная прелюдия фа-минор»
2. И.С. Бах «Бранденбургский концерт № 2» (2 часть, Andante)

3. И.С. Бах «Инвенция двухголосная ре мажор»

4. И.С. Бах – Ш. Гуно «Аве Мария»

5. И.С. Бах «Оркестровая сюита № 3 ре мажор» (часть «Воздух»)

Были получены следующие результаты. Респонденты юного и молодого возраста воспринимали произведения минорного лада и медленного и очень медленного темпа как печальные, возникали соответствующие образы воображения, несущие довольно печальную эмоциональную окраску. По мере увеличения возраста респондентов, реакция изменялась: слушатели оценивали воздействие произведения, как «успокаивающее», «умиротворяющее» «созерцательное», ведущее к «экзистеницальному принятию», при этом, ряд респондентов испытывал чувства «светлой грусти».

При прослушивании произведений мажорного лада, медленного и умеренного подвижного темпа реакция респондентов в обеих выборках была связана с переживанием чувства радости, счастья, восторга, умиротворения, были ассоциации со «светом», «пробуждением», «прозрачным воздухом».

В целом, слушатели реагировали адекватно содержанию музыкальных произведений. При этом у более молодой части выборок, очевидно не была сформирована готовность к восприятию музыки, несущей более сложную экзистенциальную нагрузку (в отличие от респондентов более зрелого возраста). Возможно, это обусловлено отсутствием у более молодой части выборки богатого опыта переживаний (в том числе, связанных с болезнью).

По итогам не было выявлено существенной разницы в восприятии указанных произведений между представителями различных культур. При этом наблюдались различия в восприятии между более молодыми и более зрелыми респондентами.

Таким образом, мы выявили схожие тенденции в восприятии произведений классической музыки. Дальнейшее исследование должно ориентироваться на выявление уровней тревоги, депрессии у испытуемых (практически здоровых респондентов). По итогам исследования реакций у практически здоровых испытуемых, планируется обследовать и группы гемодиализных больных. Данные, полученных в ходе подобных кросс-культурных исследований должны быть направлены на разработку плейлистов, которые могли бы применяться при работе с пациентами разных культур.

Список литературы:

1. Каган, М.С. Музыка в мире искусств / М.С. Каган. – СПб, 1996. 232 с.
2. Красникова, Е.И. Обзор зарубежных работ по проблемам восприятия музыки // Вопросы психологии. 1981. № 2. С. 150-155.

3. Шушарджан, С. В. Музыкотерапия и резервы человеческого организма. [Текст] / С. В. Шушарджан. – М.,2010. – 253 с.
4. Mitchell, L. A. A survey investigation of the effects of music listening on chronic pain / L. A. Mitchell, A. R. Raymond McDonald, K. Knussen // Psychology of music. 2007. Vol.35(1) P. 37-57.
5. Wigram, T. Comprehensive guide to Music Therapy. Theory, Clinical Practice, Research and Training. / T. Wigram, I. Nigaard Pedersen, L. O. Bonde. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers. 2003. 381p.

КУРСЫ ТЕМАТИЧЕСКОГО УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ «ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ ФИТОТЕРАПИЯ» И «ОСНОВЫ ФИТООЗДОРОВЛЕНИЯ» - НОВЫЕ ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ВРАЧЕЙ

Лесиовская Е.Е., Андреева Д.М., Бахтина С.М.

ФГУН «Институт токсикологии» ФМБА, Санкт-Петербург;

ФБГОУ 1 МГМУ им. И.М.Сеченова Минздрава России, Москва,

ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России

Санкт-Петербург, Россия

e-mail: helenles@mail.ru

Внедрение в последние 20 лет «золотых стандартов» лечения широко распространенных исходно хронических заболеваний позволило более успешно спасать жизни пациентов. Однако мониторинг параметров «эффективность: безопасность» показывает неуклонный рост токсических последствий базисной фармакотерапии, в том числе и со смертельным исходом (по данным ВОЗ около 1 млн. человек ежегодно погибает от лекарственных осложнений – и это без учета многих стран, где такой мониторинг не ведется). Поэтому растет потребность пациентов в более безопасных способах восстановления и поддержания здоровья и, соответственно, их обращение к традиционным методам лечения, к которым отнесена и фитотерапия (ФТ). Врачи к такой ситуации в настоящее время абсолютно не готовы. Несмотря на наличие Государственной программы повышения квалификации врачей и провизоров (утверждена МЗ и соц.разв.РФ 14.07.2006), студенты медицинских и фармацевтических вузов не знакомы с ФТ, поэтому на постдипломном этапе речь может идти о первичном обучении, причем необходимо не только преподавание метода ФТ, но и освоение врачами основ фармакогнозии, фитохимии, фитотехнологии, фитофармакологии, так как эти дисциплины дают базовые

знания для понимания механизмов влияния растительных средств на организм пациента, на этиопатогенез болезни. Такое преподавание ФТ с 80-х годов прошлого века в РФ осуществляют доктора медицинских наук, профессора - энтузиасты в Москве (Корсун В.Ф., Корсун Е.В., Коршикова Ю.И,Турищев С.И. и др.), Самаре (.В.А.Куркин), Санкт-Петербурге (Барнаулов Л.Д., Лесиовская Е.Е., Яременко К.В. и др.), Новосибирске (Суботялов М.А.), Барнауле (.В.С.Корепанов) и др. В 2013 году нами было внедрено преподавание курса ТУ «Доказательная фитотерапия» в ФБГОУ 1 МГМУ им. И.М.Сеченова Минздрава России и ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова. Целью данного курса было обучение врачей основам метода ФТ, ознакомление с возможностями применения его в рамках стандартов оказания медицинской помощи. Слушатели получают базовые знания о лечебно-профилактических свойствах растительных средств, не содержащих ядовитых и сильнодействующих веществ, механизмах их действия, возможностях сочетания фитопрепаратов с базисными методами лечения, способах повышения эффективности и, главное, безопасности терапии. В лекциях содержатся результаты новейших отечественных и зарубежных доклинических и клинических исследований фитопрепаратов. Врачи осваивают наиболее действенные методики их применения и программы восстановления здоровья и поддержания качества жизни пациентов. Они знакомятся с возможностями ФТ в кардиологии, неврологии, гастроэнтерологии, ревматологии, гинекологии, онкологии, эндокринологии. Осваивают особенности применения лекарственных растений в педиатрии и геронтологии. Курс позволяет врачу сориентироваться в разнообразии средств растительного происхождения, а также дает инструменты для выявления доказательных и научно обоснованных сведений о действии растений на организм человека из обширных информационных потоков. Лекторы передают слушателям личный многолетний опыт научного применения ФТ.

Для врачей, работающих в санаторно-курортной системе, а также специалистов центров здоровья, частных оздоровительных центров предназначены программы по основам фитооздоровления (ФО). Эти программы прошли аттестацию в Российской профессиональной медицинской ассоциации народной и традиционной медицины и позволяют врачам осваивать современные научно обоснованные методы оздоровления. Для облегчения практической работы нами разработан проект «Рабочее место специалиста по оздоровлению», который позволяет врачу успешно применять полученные на этапе повышения квалификации знания на практике.

Однако на пути внедрения метода ФТ существуют объективные препятствия. До сих пор не восстановлено лицензирование метода ФТ, нет должности «фитотерапевт» в штатном расписании ЛПУ, искажено информационное пространство, не редки случаи

широкого распространения ложных сведений об опасности растительных средств и об их бесполезности. Министерство труда в Общероссийском классификаторе занятий (принят и введен в действие Приказом Росстандарта от 12.12.2014 N 2020-ст, поправки 2016 г) предлагает врачу регистрироваться высококвалифицированным целителем, а если не чувствуешь в себе высокой квалификации – лекарем! Это, на наш взгляд, низводит врача, практикующего фитотерапию и другие методы традиционной медицины, до какого-то сомнительного средневекового уровня. Всё это подрывает престиж врача и дискредитирует высокоэффективный метод ФТ, лишая врача возможности совершенствовать и применять свои знания, а пациента – получать действенную помощь. Надеемся, что широкое ознакомление врачей с основами научной ФТ и их профессиональная поддержка будут способствовать преодолению этих препятствий, и широкое применение метода фитотерапии позволит улучшить качество здоровья жителей России.

ОСТЕОПАТИЯ И ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА, ИЛИ МОЖНО ЛИ УЧИТЬ ОСТЕОПАТИИ, СЛЕДУЯ ТРЕБОВАНИЯМ, ПРЕДЪЯВЛЯЕМЫМ К СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ

Ловчев А.Ю., Ласовецкая Л.А.

ЧОУ ДПО Русская академия остеопатической медицины

Санкт – Петербург, Россия

В настоящее время в связи с признанием остеопатии, как медицинской специальности, очень остро стоит вопрос ее объективизации и стандартизации, поскольку ее диагностические и лечебные методы должны отвечать требованиям оценки и контроля их эффективности, согласно принципам доказательной медицины. Ранее же остеопатия относилась к альтернативной медицине, что по сути определения уже ставило под вопрос ее научность.

Сложность сегодняшней ситуации в том, что остеопатия, в противовес доказательной медицины, относится по большей части к «импрессионистской медицине», где подход к лечению определяется в значительной степени опытом и интуицией. Эффективность каждого отдельного остеопатического лечения зависит от особенностей пациента и умения остеопата соответствовать этим особенностям. Это умение определяется его опытом, складываемым как из клинического

мышления, так и из многолетнего анализа ощущений, получаемых в ходе пальпации. Каждый остеопат имеет собственный пальпаторный словарь, который соотносится с присущей только ему индивидуальной перцепционной сенсорной шкалой. Пальпаторный словарь – это индивидуальная, выстроенная на основе собственного опыта интерпритация перцепционных ощущений, полученных в ходе особого тактильного взаимодействия с пациентом, через собственное рецепторное поле, имеющее строго индивидуальные характеристики считывания и первичной переработки внешних стимулов. Поэтому в остеопатии существует много разных определений для описания идентичных категорий .

Другая сложность проведения доказательных исследований состоит в том, что хотя

остеопатическая дисфункция обладает количественными параметрами, решающими при выборе лечения и оценке ответа тела пациента на лечение являются параметры качественные.

В аллопатической медицине лечение (физическое или фармакологическое) является третьим неизменяющимся участником в системе взаимодействия врача и пациента, что позволяет применить количественные параметры проверки эффективности

Лечебное воздействие, применяемое в остеопатии, является строго индивидуальным и к тому же на 100% субъективным, поскольку подлежит обязательной обработке мозгом оператора.

Поэтому в остеопатии существует с одной стороны динамическая система врача, с субъективной диагностикой и субъективным подходом к выбору лечения, с другой - динамическая система пациента, со строго индивидуальным ответом на предлагаемое лечение, и между ними меняющееся лечение, которое выстраивается в зависимости от требований организма пациента и умений врача, что затрудняет применение количественных методов оценки.

Индивидуальность оператора, настройку его перцепционной шкалы и интерпретацию входящей информации на основе уже имеющегося опыта на сегодняшний день наука проверить не может. Это заставляет принять остеопатическое воздействие как единицу вводимого лечебного воздействия, не анализируя индивидуальные особенности оператора, заведомо соглашаясь, что остеопаты сами знают, что они делают и где. Что не согласуется с требованиями ни доказательной, ни страховой медицины.

Проблема имеющихся остеопатических исследований

1. Мало качественных исследований, большинство старательно искусственно подстроено под требования РКИ. Выполняемые исследования проверяют либо эффективность локального мануального воздействия, либо сдвиг какого-то одного показателя в результате лечения, и старательно искусственно вписываются авторами в шаблоны, предлагаемые доказательной медициной.

2. Не изучены физиологические механизмы многих остеопатических подходов Их применение базируется на эмпирическом опыте. Нет единых достоверных критериев отбора остеопатических признаков, поэтому остеопатические признаки не анализируются

3. В имеющихся «остеопатических исследованиях» авторы применяют симптоматический или синдромальный подход, теряя холизм, который является краеугольным камнем остеопатической философии.

Не имея возможности опираться на научно обоснованные методики, остеопаты используют искусство, интуицию и опыт. Но по требованиям ДМ искусство и интуиция лежат за пределами достоверных методов, а значит, не могут составлять основу медицинской специальности.

Остеопатическое образование всегда основывалось на изучении фундаментальных естественных наук и остеопатических концептуальных моделей и передачи мануальных навыков из рук в руки. Стандартизация остеопатического образования касается наполнения программ, что не гарантирует при этом равного уровня подготовки. Уровень конечной подготовки больше зависит не от наполнения, а от построения практической и клинической части программы и преподавательского мануального контроля. В остеопатии нет разработанных обоснованных клинических рекомендаций, поскольку нет изученного закономерного соотношения между клиническими проявлениями и остеопатическими дисфункциями и их взаимовлиянием. Ни по одной из нозологических единиц не составлен остеопатический профиль, а попытки его составления упираются в субъективность анализируемых данных.

Таким образом, введение остеопатии в разряд клинических дисциплин ставит перед остеопатическими образовательными единицами сложно разрешимые задачи, требующие компромиссных с принятыми нормами решений. Проведение широкомасштабных остеопатических исследований с привлечением физиологов, нейрофизиологов и других специалистов базовых естественных наук могло бы помочь выстроить оптимальный диалог между остеопатией и другими направлениями клинической медицины.

КАНИС-ТЕРАПИЯ В АБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Мальцева М.Н.[1,2,3], Шмонин А.А.[1,2]

[1] ФГБОУ ВО ПСПбГМУим. акад. И. П. Павлова Минздрава России,

[2] СПб ГБУЗ «Городская Больница №26»,

[3] АНО «Сообщество поддержки и развития канис-терапии»

Санкт-Петербург, Россия

e-mail: nimmaria@mail.ru,

e-mail: langendorff@gmail.com

Детский аутизм — это общее расстройство психического развития, при котором отмечаются качественные нарушения коммуникации и социального взаимодействия, ограниченные, повторяющиеся и стереотипные формы поведения и активности. Расстройство проявляется в возрасте до 2-2,5 лет (реже в 3-5 лет) и проявляется нарушением потребности в общении и способности к социальному взаимодействию, характеризуется стереотипностью поведения, деятельности, интересов и игр. [1] На данный момент в мировой практике существуют две распространенные теории подхода к абилитации детей с РАС, не связанные с патогенезом заболевания. Первая теория – расстройство аутистического спектра — это сочетание физиологических и психологических стрессов разных уровней. Организм ребенка с РАС не устойчив к стрессам и плохо адаптируется, погруженность в стресс мешает развитию коммуникации и анализу самоощущений. Теория основана на сходстве проявлений стресса у здоровых детей и взрослых и у детей с РАС, а также на наблюдениях о снижении тяжести проявлений синдрома при коррекции стресса. Вторая теория – при РАС происходит мозаичное выключение сенсорного восприятия всех систем. В результате информация не интегрируется, у ребенка не выстраивается образ тела, образ движений, нарушаются сенсорные и высшие психические функции. Практикующие специалисты работающие с детьми имеющими расстройства аутистического спектра опираются в своей деятельности на обе теории одновременно, учитывая необходимость коррекции и стресса и сенсорных нарушений одновременно [2],[3].

Несмотря на некие типовые проявления, практически каждый ребенок с аутизмом является индивидуальным неповторимым случаем. Это обусловлено тем, что аутизм скорее синдром, т.е. набор проявлений, чем заболевание. Общим для всех случаев аутизма является высокий уровень стрессовых реакций в новых, неоднозначных и некомфортных ситуациях, в ситуациях, где необходимо делать выбор. Уровень стресса так высок, что

серьезно нарушает внимание, препятствует коммуникации и вызывает сильные защитные поведенческие реакции. Еще одна общая черта – поиск стимулов для различных сенсорных систем, как внешних, так и внутренних [2],[3].

Для того, чтобы определиться с программой абилитации для ребенка необходимо иметь данные о нем по рейтинговой шкале для оценки детского аутизма (CARS), ASD Assessment Scale, M-CHAT (для детей младшего возраста) или другим скрининговым шкалам. Важную дополнительную информацию дает шкала активностей ребенка и беседа с родителями, результаты осмотра различных специалистов. В последние 5 лет во всем мире для выявления повседневных проблем ребенка с РАС достаточно эффективно используют Международную Классификацию Функционирования и дисфункций (МКФ). Полученные таким образом сведения дают возможность построить комплексную программу, нацеленную на достижение конкретных целей, в виде решения жизненных проблем ребенка, а не на абстрактные понятия, как например, «улучшение мелкой моторики». [4],[5]

Нарушение сенсорной интеграции является проблемой, имеющейся более чем у 90 % детей и взрослых с аутизмом. Некорректная работа внешних сенсорных систем, к которым относится зрительная, слуховая, вкусовая и обонятельная системы и внутренних, к которым относится интроцептивная, тактильная, проприоцептивная и вестибулярная системы, затрудняет взаимодействие с миром и искажает получение информации об окружающей среде и собственном теле. [6]При определенных обстоятельствах, человек может контролировать работу внешних сенсорных систем (не смотреть, не слушать и т.п.) Но, внутренние системы чувств, ориентированные на тело, действуют вне сознательных мыслей, человек не может контролировать их работу сознательно и нуждается в определенных тренировках для выравнивания ощущений от тела. Нарушения сенсорной интеграции сами по себе могут вызвать сильнейший стресс у здорового в других отношениях человека. Достаточно представить себя не выспавшегося несколько ночей и переутомившегося – звуки, запахи, цвета будут вызывать неадекватные психологические реакции, ноги спотыкаться, руки ронять предметы, все путаться и мешать и это будет раздражать вас все сильней и сильней. Все это будет проявлениями сенсорной дезинтеграции, в нашем примере временной, а для ребенка с аутизмом очень длительной и вероятно, пожизненной, в более или менее тяжелой форме.

Абилитация детей с РАС методом канис-терапии дает возможность подключать весь арсенал сопряженных реабилитационных методик – сенсорную интеграцию, сенсомоторную абилитацию, поведенческую терапию, бесконфликтное обучение. Канис-терапия в руках знающего специалиста по этому виду реабилитации имеет огромный

ресурс для совместного использования этих и других методов. При этом, безусловно, стержнем работы остается использование феномена нейроэндокринных изменений, происходящих вследствие контакта «безстрессовой собаки» и ребенка. [7], [8]. Десятки исследований влияния канис-терапии на детей с аутизмом и другими поведенческими проблемами показывают феномен снижения уровня кортизола и повышение уровня окситоцина в крови пациентов, получающих канис-терапию, при соблюдении протокола терапевтического контакта. Даже для пугливого, сторонящегося и боящегося собак ребенка с РАС, при правильной постановке работы, собака становится привлекательным сначала объектом, потом субъектом взаимодействия. В большинстве случаев, собака привлекает внимание ребенка, даже, если он ее сторонится или выказывает страх. Отчетливо видно, что детей тянет к собаке, несмотря на опасения. Если же ребенок собаку не опасается, то тяга выражена отчетливей и довольно быстро переходит в физический контакт.

В тех случаях, когда ребенок тревожен, для снижения уровня тревоги собаку на протяжении двух-трех занятий показывают на расстоянии, из-за препятствия. Между ребенком и собакой соблюдается дистанция не менее 1,5 метров, до проявления ребенком интереса к собаке. При этом очень важно, чтобы собака двигалась параллельно ребенку, не глядя на него. Эффективным является прием, когда вызывающий доверие ребенка родственник показывает, что контакт с собакой безопасен. Достаточно часто, при тяжелых нарушениях коммуникации, ребенок как бы не видит собаку и это продолжается от 1 до 5-6 занятий. При этом заметно, что ребенок обходит собаку, избегает столкновения с ней, подходит посмотреть на предметы, с которыми собака контактировала, берет их в руки, рассматривает, часто обнюхивает и может пробовать на вкус. Знакомство с собакой через ее запах на предмете – типичная реакция при РАС и не стоит ее прерывать. Для ребенка с РАС этот этап является знакомством с собакой, ребенок определяет признаки собаки, как нового события в его жизни. Не стоит торопить процесс и сокращать дистанцию насильно. Собака должна стать «антистрессом». Это возможно только при естественном течении процесса, без насильственных попыток сблизить ребенка с собакой. Очень важно сразу показывать при ребенке правильные алгоритмы общения с собакой. Может казаться, что ребенок не видит и не слышит, что происходит с собакой, однако через какое-то время, ребенок воспроизведет показываемые действия. Часто считается, что дети с РАС не копируют действия других. На самом деле, копирование произойдет, но в отдаленном периоде и в приемлемой для ребенка ситуации. Если продемонстрировать нечто нежелательное – грубость, жесткое обращение, ребенок может показать позже именно такое поведение. В ситуациях, когда ребенок не идет на контакт с собакой, его можно

включить в игру с ней используя его узкий интерес. Например, при любви к наблюдению за мельканием, можно подключить броски предметов быстро бегущей за ними собаке. Любовь к кружению дает включение в игру – бег с собакой на поводке. Узкие интересы часто связаны с аутостимуляцией определенных сенсорных систем. Наблюдение за ними дает информацию о том, какая система требует корректирующего подхода. Например, кружение – признак поиска вестибулярных стимулов. Значит, можно построить занятие на кручении вокруг собаки или достимулировать ребенка кружением его, например, в компьютерном кресле, при этом собака может бегать вокруг. [9] Собака может быть активным участником процесса сенсорной стимуляции. Например, лежать плотно прижавшись к ребенку, или под его руками, ногами, шеей, толкать его лапами или ходить по спине, ногам, рукам в зависимости от того, нужна тактильная или проприоцептивная стимуляция. Собака-терапевт по команде специалиста может вылизывать ребенка, собаку можно нюхать, слушать. Собака может стать мотиватором к запаховому тренингу или тренингу стереогнозиса. Также, собака может успокаивать ребенка контактом и присутствием при проведении сенсорной стимуляции, тренинге на снижение или повышение чувствительности. Собака-терапевт, бесспорно, полезный помощник в обучении наведением или безстрессовом обучении. Подсказка от собаки при выполнении задания не является директивной, и ребенок получает проводника в любых обучающих играх и упражнениях. Также, собака полезный мотиватор к расширению репертуара игр, так как дети с РАС часто повторяют за знакомой собакой то, что не повторяют за человеком. Соответственно, знающий специалист может использовать этот прием для выработки необходимых навыков в диапазоне от бытовой активности до формальной коммуникации. При необходимости расширить узкий шаблон игры собака может использоваться как в жестком режиме пошагового управления, так и в режиме ко-терапевта. В первом случае, специалист управляет поведением собаки, изменяя шаблонную игру в нужном направлении, добавляет или изменяет элементы игры. Во втором случае, собаке предоставляют достаточную свободу действий в процессе общения и так как животное не склонно раз за разом копировать одни и те-же действия, шаблон будет изменяться произвольно. Второй способ можно применять только, при четком понимании цели и положительном восприятии ребенком собаки. Часто возникает необходимость научить ребенка контролировать движения. В том случае собаку можно использовать в режиме «поводок в руке» (ребенок ведет собаку, но собакой управляет специалист и движения регулируются как по скорости, так и по направлению). Можно, при наличии хорошего контакта ребенка с собакой и явного отсутствия тревоги, направленной на собаку, использовать режим, когда собака направляет ребенка корпусом,

как при пастьбе. Также, можно использовать пояс с пристегнутым поводком. При наличии хорошего взаимодействия ребенка с собакой, ее можно использовать для концентрации внимания на задании и вовлечения в предметную деятельность. Для этого используются как стандартные игры канис-терапии, так и индивидуальные варианты. Например, поиск предмета, сбор карточек или предметов, акцентирующее поведение собаки на начале и конце задания и т.п. При достаточно развитой у ребенка предметной деятельности, с собакой можно проработать множество бытовых навыков – в стандартных канис-терапевтических играх-упражнениях (например, душ, расчески, пикник, одевание и т.п.). Жизненные навыки можно отрабатывать не только в помещении, вполне успешными в практике канис-терапевтов оказываются поездки в транспорте и поход в магазин (при наличии заблаговременной договоренности). Собака в этом случае оказывает эмоциональную поддержку и помогает концентрироваться на задаче, например, привлекает внимание к списку покупок. Важнейшая задача канис-терапевта – это снижение стресса у ребенка с аутизмом. Эта функция основная при работе с детьми с РАС и осуществляется на протяжении всей программы. О ней важно не забывать и использовать тактильный контакт с собакой при решении трудных для ребенка задач. Не стоит отдалять собаку в эти моменты. Также, полезно отслеживать реакции самой собаки. Собака, хорошо знающая своего подопечного, будет регулировать плотность контакта в зависимости от уровня его стресса. Безусловно, для решения такой задачи собака должна быть качественно подготовлена специально для работы в канис-терапии и доподготовлена для работы с детьми с РАС.

Не менее важная функция собаки – адаптирование коммуникации между пациентом и специалистом. Невербальный ребенок понимает собаку лучше, чем взрослых людей. Собака отлично считывает невербальные сигналы нам не доступные. Это дает некий «общий язык» между ребенком и собакой. Достаточно часто, собака становится первым существом, понимающим эмоции ребенка. Это и приводит к быстрому установлению контакта и доверию ребенка к собаке. Практически всегда, дети начинают узнавать и выделять вожатых своих собак, вступать с ними во взаимодействие, так как ассоциируют человека управляющего существом, которое может «говорить на одном языке». Для специалиста очень важно быстро включиться в такой контакт, так как цель работы расширить возможности коммуникации, не останавливаясь на общении с собакой.

Для того, чтобы качественно решать проблемы ребенка с аутизмом, все перечисленные и другие варианты работы необходимо использовать комплексно. Нужно учитывать и то, что состояние детей с РАС пластично. При удачном подборе сенсорных стимулов, определенные системы будут выравниваться, но могут выявляться ранее не

замеченные сенсорные нарушения. Специалист должен быть очень внимателен и своевременно реагировать на все изменения. Нужно учитывать и то, что у детей с РАС изменения в поведении, коммуникации и т.п. нарастают не постепенно, а происходят, как правило, скачками. Весь мировой опыт показывает, что наилучший эффект дают продолжительные курсы с регулярной посещаемостью. Для эффективной работы специалисту необходимо систематически отслеживать изменения и фиксировать их, а также анализировать все имеющиеся данные.

1. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision
2. Jones RA, Downing K, Rinehart NJ, Barnett LM, May T, McGillivray JA, Papadopoulos NV, Skouteris H, Timperio A, Hinkley T. Physical activity, sedentary behavior and their correlates in children with Autism Spectrum Disorder: A systematic review.
3. Bishop-Fitzpatrick L, Smith DaWalt L, Greenberg JS, Mailick MR. Participation in recreational activities buffers the impact of perceived stress on quality of life in adults with autism spectrum disorder. Autism Res. 2017 Feb 28. doi: 10.1002/aur.1753.
4. de Schipper E, Lundequist A, Coghill D, de Vries PJ, Granlund M, Holtmann M, Jonsson U, Karande S, Robison JE, Shulman C, Singhal N, Tonge B, Wong VC, Zwaigenbaum L, Bölte S. Ability and Disability in Autism Spectrum Disorder: A Systematic Literature Review Employing the International Classification of Functioning, Disability and Health-Children and Youth Version. Autism Res. 2015 Dec;8(6):782-94. doi: 10.1002/aur.1485. Review
5. Bölte S, de Schipper E, Robison JE, Wong VC, Selb M, Singhal N, de Vries PJ, Zwaigenbaum L.Classification of functioning and impairment: the development of ICF core sets for autism spectrum disorder. Autism Res. 2014 Feb;7(1):167-72. doi: 10.1002/aur.1335
6. Cascio CJ, Woynaroski T, Baranek GT, Wallace MT. Toward an interdisciplinary approach to understanding sensory function in autism spectrum disorder. Autism Res. 2016 Sep;9(9):920-5. doi: 10.1002/aur.1612
7. Fecteau SM, Boivin L, Trudel M, Corbett BA, Harrell FE Jr, Viau R, Champagne N, Picard F. Parenting stress and salivary cortisol in parents of children with autism spectrum disorder: Longitudinal variations in the context of a service dog's presence in the family. Biol Psychol. 2017 Feb;123:187-195.
8. Wright HF, Hall S, Hames A, Hardiman J, Mills R; PAWS Team., Mills DS. Acquiring a Pet Dog Significantly Reduces Stress of Primary Carers for Children with Autism Spectrum Disorder: A Prospective Case Control Study. J Autism Dev Disord. 2015 Aug;45(8):2531-40

9. Мальцева М.Н., Цивилева О.В. Использование канис-терапии для развития игровых и коммуникативных навыков у подростков с аутизмом. «Психология XXI века: пути интеграции в международное научное и образовательное пространство» Материалы XVII международной научно-практической конференции молодых ученых, 17–19 апреля 2013 г. — СПб.: Скифия-принт. — 240 с. ISBN 978-5-98620-115-3

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГРАММ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С МУКОВИСЦИДОЗОМ

Матвеев В.С.[2], Матвеев С.В.[1], Орлов А.В.[2], Успенская Ю.К.[1]

[1]Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П.Павлова Минздрава России

[2]ГБУЗ ДБ «Святой Ольги»

e-mail: voloda-2006@yandex.ru

Санкт-Петербург, Росиия

*Актуальность проблемы***.** Муковисцидоз – генетическое заболевание, вызванное мутацией гена-регулятора трансмембранной проводимости муковисцидоза (CFTR). Данные мутации приводят к отсутствию или нарушенной функции CFTR, многофункционального белка с преобладающей функцией хлоридных каналов, что приводит к накоплению вязкого секрета и нарушенному мукоцилиарному клиренсу. Последующие хронические рекуррентные бактериальные эндобронхиальные инфекции вызывают персистирующее воспаление и тканевую деструкцию, формируя бронхоэктазы. Эпизоды рекуррентной инфекции, способствуют, во-первых, общему снижению легочной функции и первичной преждевременной смерти пациентов с муковисцидозом, во-вторых, дыхательной недостаточности. Оценка эффективности реабилитационного лечения, создание шкал реабилитационного потенциала пациентов в педиатрии является актуальной современной задачей, особенно в раннем детстве.

Цель исследования. Повышение эффективности восстановительного лечения, увеличение сроков ремиссии у детей раннего возраста с муковисцидозом, оптимизация их двигательного развития путем разработки и внедрения новых дифференцированных программ медицинской реабилитации с использованием средств ЛФК и оценки эффективности реабилитации.

Исследуемый контингент и методы. Проанализированы данные 56 детей раннего возраста с муковисцидозом в 2 этапа с интервалом в полгода. Каждый этап включал

оценку результатов углубленного клинического медицинского осмотра (включая осмотр пульмонолога, эндокринолога), результаты антропометрии, показателей функции ДС (сатурация O_2), двигательного нагрузочного теста, показатели ССС (АД, ЧСС, ЭКГ), клинического и биохимического анализов крови; мочи, уровень достигнутого развития двигательных навыков и физических качеств, оценку эффективности проводимой реабилитационной программы.

Для объективизации оценки результатов реабилитационной терапии исходно использованы критерии эффективности лечения детей с использованием балльной оценки (методические рекомендации МЗ СССР от 03.05.89 г. «Критерии эффективности санаторно-курортного лечения детей с использование балльной оценки»). В основу методики положен контроль за динамикой клинических, функциональных и лабораторных показателей, произошедших у ребенка в процессе восстановительного лечения.

Результаты. Предложен алгоритм назначения физических нагрузок лечебной гимнастики с учетом исходного реабилитационного потенциала. Динамический подход к назначению той или иной нагрузки позволяет использовать данную схему на любом этапе реабилитации с учетом изменения (ухудшения или улучшения) состояния пациента.

Для унифицированной оценки физического состояния и разработки индивидуальных программ ЛФК все показатели были оценены по трем градациям: «зеленая зона», «желтая зона», «красная зона» (по аналогии с оценкой, принятой в консенсусах по проблемам диагностики и лечения распространенных неинфекционных заболеваний) с учетом суммы баллов оцениваемых признаков. В основу оценки положена апробированная шкала значимости в баллах клинико-лабораторных показателей при заболеваниях дыхательной системы, дополненная предлагаемой авторами балльной характеристикой показателей физического развития. Общее количество показателей (исходя из основного заболевания) равно двадцати. Балльная оценка одного показателя варьирует от 1 до 5 баллов, причем 5 баллов - выраженная степень изменения показателя; 1 балл - показатель соответствует возрастной норме, состоянию полной ремиссии, устойчивой компенсации с запасом резервных возможностей. Суммарная оценка образует реабилитационный потенциал, с учетом которого формируется базовая программа ЛФК (Матвеев С.В., 2007).

Реабилитационный потенциал 100-81 балл, как показали исследования, требует исключительно индивидуальных программ и форм ЛФК, пребывания пациента в условиях специализированного отделения. Низкие величины реабилитационного потенциала (80-61 балл) могут предусматривать проведение реабилитационных мероприятий как в стационарных условиях (включая стационар дневного пребывания), так и амбулаторно –

предпочтительно в условиях реабилитационного центра. Напротив, высокий уровень реабилитационного потенциала (40-20 баллов) предполагает проведение реабилитации в условиях санаторной службы или в условиях образовательного учреждения.

Выводы. Предлагаемый методический подход повысит эффективность восстановительного лечения за счет оптимизации принимаемых профессиональных решений (специалистами службы ЛФК) и решений управленческих (руководителями служб, подразделений, медицинских учреждений).

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА В СИСТЕМЕ НЕПРЕРЫВНОЙ ПОДГОТОВКИ КАДРОВ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Молчанов А.С., Молчанов К.А.

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова

Россий, Москва,

e-mail: Molcthanov@mail.ru;

e-mail:mkirill24@gmail.com

Ускорение научно-технического процесса ведет к стремительному обновлению знаний, что делает необходимой непрерывную переподготовку кадров. Непрерывное профессиональное образование призвано удовлетворять актуальные и перспективные потребности медицинской практики, а также стремление медицинских работников к профессиональному росту, самообразованию, всестороннему гармоничному развитию. Преемственность этапов повышения квалификации обеспечивается, созданной в стране, разветвленной сетью государственных и общественных организаций.

Обучение может осуществляться без отрыва от трудовой деятельности, в удобном для обучающихся режиме деятельности. Благодаря всемирной информационной сети, оно стало доступным в удаленных от научных центров регионах и уже сейчас включено в единое планетарное образовательное пространство.

Вместе с тем, существующая возможность выбора места и времени обучения, становится преимуществом лишь при наличии у обучающегося устойчивой учебной мотивации. Не менее важны навыки систематической самостоятельной работы над повышением своей компетентности. Миссия психологии, в этом случае, состоит в обеспечении обучающегося высокотехнологичным инструментарием, снижающим психофизиологическую цену и ускоряющим этот процесс.

Трудности, возникающие во время учебы, в значительной мере, вызваны низкой академической и профессиональной мотивацией обучающихся, несформированностью у них навыков самостоятельной учебной деятельности, саморегуляции, систематической работы, привычкой затягивать выполнение заданий. Именно поэтому, самостоятельность непрерывного образования не отменяет руководство, контроль и, конечно, сертификацию уровня квалификации со стороны учебного заведения.

Существует множество внешних и внутренних факторов, влияющих на качество непрерывного образования. К внешним факторам можно отнести систему внешних положительных и отрицательных стимулов, направляющих деятельности обучающихся, качество учебных программ и учебных заданий, систему внешнего контроля и оценки знаний и навыков.

Учебная мотивация может регулироваться по направленности, устойчивости, динамичности. Психологические требования к учебным задачам должны учитывать зону ближайшего общекультурного и профессионального развития обучающегося. Проблемность и этапность учебной задачи - важнейшие условия эффективности обучения. Эффективность непрерывного обучения повышается применением, преимущественно, положительных стимулов учебной деятельности.

К значимым внутренним факторам, влияющим на эффективность непрерывного обучения, являются: предшествующая академическая подготовка, возраст, привычный стиль работы обучающихся.

Важно, также, отношение обучающихся к допущенным ошибкам. Оно может быть различным: возможна установка на (1) «совершенствование умений» и (2) «предупреждение возникновения ошибок» в дальнейшей самостоятельной работе. Первый вариант предпочтительнее, так как, в этом случае, нет страха дальнейшей самостоятельной деятельности. Ошибка рассматривается как один из возможных результатов практической деятельности, временная неудача. При этом сохраняется, а, иногда, и усиливается желание познавать новое, совершенствовать свои умения, достичь желаемого результата, доказать себе и окружающим свою профессиональную состоятельность. Конечно, очень важно, чтобы в дальнейшей работе учитывался приобретенный негативный опыт.

Очень важен привычный для обучающегося вариант распределения времени и трудозатрат на самоподготовку. Прокрастинация – склонность к постоянному откладыванию, даже важных и срочных дел, порождает проблемы и дистресс. Представляет собой сложный, иногда длительный и мучительный психофизиологический

процесс, переделка ранее сформированных навыков. Существуют индивидуальные различия по скорости переделки динамических стереотипов.

Хорошо себя зарекомендовавшими способами стимуляции самостоятельной работы обучающихся являются: установление напряженных сроков выполнения заданий, требование неукоснительного их соблюдения, проведение регулярных консультаций, деление процесса выполнения задание на этапы с обязательным промежуточным отчетом о проделанной работе, обязательное поощрение добросовестно выполненной работы в установленные сроки.

ОТНОШЕНИЕ МАТЕРЕЙ К ДЕТЯМ С РАСЩЕЛИНОЙ ГУБЫ И НЕБА И КОСМЕТИЧЕСКИМИ ДЕФЕКТАМИ ЛИЦА

Молчанов К.А., Молчанов А.С.

ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова,

Москва, Россия

mkirill24@gmail.com; Molcthanov@mail.ru

Актуальность. Воспитание детей с расщелиной губы и неба, косметическими дефектами лица имеет свои особенности и требует от родителей специальных знаний, навыков, особого психологического настроя, что тесно связано с их собственными личностными особенностями.

Цель. Уточнить личностные особенности матерей, воспитывающих детей с расщелиной губы и неба и косметическими дефектами лица, особенности отношения матерей к ребенку.

Методы. Наблюдение за межличностными отношениями матерей со своими детьми, клиническая беседа, анкетирование матерей; исследование их личностных особенностей при помощи теста Кеттелла 16PF (форма А), Шкалы реактивной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина, Теста родительского отношения к ребенку А.Я. Варги и В.В. Столина.

Испытуемые. 25 матерей, воспитывающих детей с расщелиной губы и неба и косметическими дефектами лица (экспериментальная группа) и 25 матерей условно здоровых детей (контрольная группа).

Результаты. Все матери из экспериментальной группы указывают на дистресс, напряженные отношения в семье. Поначалу они опасались насмешек со стороны соседей

и родственников. Отношение родственников и соседей к ребенку оказывает влияние на их собственное отношение к ребенку.

Выявлены статистически значимые различия в личностных профилях матерей условно здоровых и больных детей по факторам: A,E,G,I,O теста Кеттелла 16PF. Матери больных детей менее общительны (фактор А). У них выше уровень властности (фактор Е), чаще отмечается проявления грубости, иногда доходящей до открытой враждебности. Это накладывает отпечаток на стиль воспитания ребенка, межличностные отношения с членами семьи. Таким матерям в большей степени присуще нежелание следовать установленным правилам (фактор G) и, одновременно, свойственна повышенная чувствительность, сверхосторожность, стремление к покровительству (фактор I), чувство вины, неуверенность, склонность к самобичеванию (фактор О).

У матерей, воспитывающих больных детей, более низкие баллы по шкале «Принятие/отвержение» теста родительского отношения к ребенку. Их переполняют страх и тревожные предчувствия, что влечет за собой настороженное отношение к окружающим. Ребенок ими воспринимается неприспособленным к будущей самостоятельной жизни, неудачливым. Им кажется, что он не добьется в жизни успеха из-за отсутствия способностей. Матери часто испытывают, по отношению к ребенку, чувство раздражения, досады и обиды. Такое отношение приводит к формированию у детей тревожности как свойства личности, программирует их на неудачу.

По шкале «Кооперация» того же теста, значимых различий между представителями экспериментальной и контрольной групп нет. Большинство матерей интересуются делами и планами ребенка, сочувствуют ему. Отсутствуют значимые различия между ними и по шкале «Симбиоз»: матери стремятся к симбиотическим отношениям с ребенком, ощущают себя с ним единым целым, стараются оградить от трудностей. В обеих группах низкие значения по шкалам «Отношение к неудачам ребенка».

У матерей с более высоким уровнем тревожности больше выражены признаки «отвержения» ребенка по тесту родительских отношений. Высокий уровень тревожности матери мешает адекватному восприятию своего ребенка и установлению сотрудничества с ним.

Выводы.

1. В результате пережитой психологической травмы, связанной с рождением ребенка с расщелиной губы и неба или косметическими дефектами лица, у матерей складывается определенные черты личности: повышенная тревожность, скрытность, отстраненность от людей, властность, сензитивность, неуверенность в себе. У большинства матерей

одновременно отмечается «отвержение» и «симбиоз» с ребенком. Перечисленные черты личности осложняют межличностные отношения с их детьми.

2. С целью нормализации межличностных отношений между матерью и ребенком, имеющим указанные нарушения, необходимо совершенствовать программы психологического сопровождения семей, в которых воспитываются такие дети.

ПРОФОРИЕНТАЦИОННАЯ РАБОТА МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ И СУЗОВ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ДЕТЕЙ В КОНТЕКСТЕ ИСТОРИИ И СОВРЕМЕННОЙ ПАРАДИГМЫ РОССИЙСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Мусафиров М.К.

ГАПОУ «Орский индустриальный колледж»

Россия, Оренбургская область, г. Орск.

e-mail: musafirov15@yandex.ru

Цель исследования - изучить проблематику эффективности профориентационной работы в образовательных организациях дополнительного образования детей и определить основные характеристики данной работы.

Нами были изучены труды ученых по профориентационной работе высших медицинских учебных заведений в Российской Федерации, а также неопубликованные архивные документы по реализации профориентационной работы в системе внешкольного воспитания в период советского времени. Был проведён и анализ сложившейся сегодня ситуации в данном направлении.

По итогам были получены следующие результаты. Профессиональная ориентация в высших медицинских учебных заведениях является важной целенаправленной деятельностью по подготовке будущих абитуриентов к их профессиональному обучению и осуществлению ими определённой профессиональной деятельности в соответствии с личными склонностями и интересами обучающихся, в том числе в соответствии с психологической совместимостью.

На основе изучения научной литературы мы пришли к мнению, что реализующаяся медицинскими вузами профориентационная работа, несмотря на существующие успехи, в особенности в контексте работы с общеобразовательными школами страны [2, С. 16 - 17], чаще всего не охватывает всего образовательного пространства Российской Федерации. Система дополнительного образования детей, являясь важным инструментом подготовки

абитуриентов для средне-специальных и высших учебных заведений, на наш взгляд, слабо затронута в этой системе работы. Данная система имеет высокий потенциал, в контексте наличия контингента обучающихся в объединениях по территориальному признаку, наиболее заинтересованных обучающихся в определённой области наук и уже добившихся в ней успехов. При этом, учитывая, что многие из них воспринимают данную систему как один из этапов подготовки к государственным экзаменам, а не только как институт организации досугового времени. Эти образовательные организации могут значительно помочь обучающимся в подготовке их к довузовскому этапу и определению психологической совместимости их с будущей профессией и в какой-то степени стать инструментом, способным осуществить программу реализации траектории их развития в определённом направлении при налаживании эффективного взаимодействия с высшими и средне-специальными профессиональными образовательными организациями.

Так в советский период истории внешкольные учреждения всерьёз воспринимались крупными промышленными предприятиями, научно-исследовательскими институтами и профессиональными образовательными организациями как инструмент и объект профориентационной работы. Здесь, прежде всего, необходимо отметить, что в приоритете были направления наиболее близкие к их профилям. Ими при наличии эффективного взаимодействии с советскими внешкольными учреждениями систематически проводились встречи обучающихся с ведущими специалистами в определенной области знаний и преподавателями, в том числе из профессорско – преподавательского состава высших учебных заведений [1]. В реализации данной работы были предусмотрены заранее подготовленные образовательные экскурсии.

По итогам можно прийти к следующим выводам. Система дополнительного образования детей на сегодняшний день является недооценённым инструментом профориентационной работы. Внимание медицинских ВУЗов и СУЗов в контексте профориентационной работы может в значительной степени быть направлено на объединения обучающихся в системе дополнительного образования детей по профилям близким к предметам государственной аттестации, которые необходимо пройти будущим абитуриентам, чтобы претендовать на поступление по медицинским специальностям.

Список используемой литературы и источников

1. ГАОО (Государственный архив Оренбургской области). Ф. р. – 1893. Оп. 3, Д. 3549.
2. Денисова, Ю. Н. Организация выездных профориентационных мероприятий для абитуриентов населенных пунктов Северо-западного Федерального округа / Ю. Н. Денисова // Медицинское образование на современном этапе. Секция

Профориентационная работа и довузовская подготовка в медицинском вузе : сборник тезисов и материалов. – Архангельск, 2014. – С. 16 – 17.

ОРГАНИЗАЦИЯ УЧЕБНОЙ И МЕТОДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ НА КАФЕДРЕ ФИЗИКИ, МАТЕМАТИКИ И ИНФОРМАТИКИ

Никонорова М.Л.

ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова МЗ РФ

Санкт-Петербург, Россия

Введение. Одной из задач повышения качества образования является компетентностный подход, взаимосвязь академических знаний и практических умений. На кафедре физики, математики и информатики проводится обучение студентов по следующим дисциплинам: «Физика, математика», «Математические основы доказательной медицины» и «Медицинская информатика».

Результаты и обсуждение. Рассмотрим организацию учебной и методической работы на примере дисциплины «Медицинская информатика». В настоящее время на кафедре находятся 2 компьютерных класса, но для проведения занятий используется также учебный компьютерный класс ИТО в 5 корпусе. Преподаватели кафедры проводят аудиторные занятия на компьютерах различных операционных систем и с различными версиями программного обеспечения, что накладывает определенные требования к энциклопедическим знаниям самих преподавателей. Ежемесячно проводятся заседания студенческого научного общества (СНО), на которых рассматриваются различные вопросы, самостоятельно подготовленные студентами, и проходит их обсуждение. Постоянные заседания СНО позволяют студентам принимать участие в Региональной олимпиаде «Биотехнические системы», проводимой СПбГЭТУ «ЛЭТИ» традиционно в конце октября месяца. Ежегодно студенты нашего Университета становятся призерами этой олимпиады.

Постоянно ведется подготовка учебно-иллюстрированного материала по дисциплине. Разрабатываются и готовятся к печати учебные пособия «VBA: язык программирования», «Медицинская информационная система QMS», «Использование электронных таблиц для обработки биомедицинских данных». Для студентов I и II курсов издано учебное пособие «Проектирование медицинских баз данных». Каждый семестр обновляются учебно-методические указания по выполнению практических работ, готовятся и печатаются плакаты по темам практических занятий. Разработаны рабочие программы по

проводимым элективным курсам. Так, в 2016 году разработана рабочая программа по элективному курсу «Введение в Data Mining». *Цели:* участие в формировании универсальных и общепрофессиональных компетенций; овладение теорией основных понятий интеллектуального анализа данных (Data Mining); освоение и практическое применение современных информационных технологий (поиск, критический анализ, синтез медицинской информации, построение кубов медицинских данных) и компьютерных технологий (освоение прикладной программы Rapid Miner, поиск медицинской информации в сети Интернет с использованием логических функций). Успешно пройдены этапы проектирования. Учебно-тематическое планирование курса включает 8 лекций и 16 практических занятий, 8 часов отводится на самостоятельную работу студентов. С осени 2016 года в компьютерных классах кафедры проводятся практические занятия для студентов лечебного и стоматологического факультетов, лекции проходят с использованием мультимедийных презентаций. В рабочей программе приведены этапы формирования компетенций ОК-1, ОПК-1, ПК-20, ПК-21 в процессе освоения образовательной программы «Введение в Data Mining». Оценочные средства включают перечень вопросов для собеседования, ситуационные задачи, тестовые вопросы, вопросы и задания по темам практических занятий. Приведен перечень тем научно-практической работы. В образовательном процессе используются следующие информационные технологии: сбор информации; обработка информации; интеллектуальный анализ данных; статистический анализ данных.

Подготовлен фонд оценочных средств по дисциплине, включающий ситуационные задачи, методические кейсы, деловую игру и практические занятия. Подготовлен банк вопросов для программированного контроля знаний. Внедрен входной контроль знаний и практических умений на каждом практическом занятии по дисциплине. Совершенствуется аудиторная и самостоятельная работа студентов с помощью современных образовательных и компьютерных технологий, широко используются сетевые технологии и социальные сети. Проводится консультирование студентов, анализ успеваемости студентов и контроль качества обучения.

В течение семестра практикуется взаимопосещение занятий коллег-преподавателей. Повышение педагогического мастерства преподавателей осуществляется на кафедре педагогики и психологии ФПО. Преподаватели кафедры принимают участие в различных конференциях и семинарах, как в нашей стране, так и за рубежом. Руководство всеми видами работ осуществляет заведующий кафедрой, к.ф.-м.н., доцент Артем Валерьевич Тишков.

Заключение. Проведенный анализ учебной и методической работы на кафедре физики, математики и информатики позволяет обозначить перспективы организации учебной и методической деятельности по программам высшего профессионального и дополнительного образования.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ВЫСШЕГО СЕСТРИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Петрова Н.Г.

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский
университет им. акад. И.П.Павлова
Санкт-Петербург, Россия

В настоящее время система высшего сестринского (как и высшего медицинского в целом) образования находится на этапе сложного многолетнего реформирования. При этом, если ранее дипломированные медицинские сестры получали высшее образование по специальности «менеджер сестринского дела» (в рамках специалитета), то, начиная с 2011г., реализуя концепцию Болонского процесса, была начата подготовка по системе бакалавриата. При этом изменились: длительность обучения (с пяти до четырех лет); правила поступления (высшее образование ранее могли получать только специалисты со средним медицинским образованием, а в новой системе – как они, так и выпускники школ); специальность (по окончании бакалавриата она звучит как «академическая медицинская сестра, преподаватель); перспективы дальнейшего роста выпускников (для бакалавров стало возможным последующее обучение в магистратуре и лишь по окончании ее – защита диссертации).

Эти изменения поставили в довольно сложные условия как высшие учебные заведения, так и обучающихся (выпускников) по программе бакалавриата. Среди проблем, связанных с новой формой подготовки медицинских сестер, можно отметить следующие. Во-первых, в совершенно разных условиях оказались лица, имеющие среднее специальное и среднее образование. В первом случае они владеют основами сестринской профессии (клинической практикой). Задача бакалавриата в данном случае видится как углубление (обновление) их знаний и усиление внимания к дисциплинам управленческого и психолого-педагогического блока (поскольку, как свидетельствуют результаты проведенного анкетирования, основной целью получения высшего образования для данной категории студентов является карьерный рост, подразумевающий выполнение управленческих функций). Совершенно другая ситуация и приоритеты – среди

выпускников школ, которые практически не имеют представления о сестринском деле. Поэтому приоритетным для них должно быть обучение основам этой специальности (дисциплины управленческого цикла для них менее актуальны, а зачастую, в силу малого жизненного опыта, малопонятны и недостаточно востребованы). Соответственно для этих двух групп студентов программа обучения должна существенно отличаться, что не предусмотрено в существующем образовательном стандарте и лишь в небольшой степени может быть реализовано за счет вариативной части учебного плана.

Второй проблемой является следующая: специальность «академическая медицинская сестра» (по которой выпускники получают дипломы) настоящего времени отсутствует в номенклатуре медицинских специальностей и, соответственно, для нее отсутствуют квалификационные требования. В этих условиях преподавателям ВУЗов достаточно сложно обеспечить практическую направленность учебно-педагогического процесса, который в соответствии с требованиями стандарта должен обеспечить компетентностный подход в подготовке специалистов. Образовательным стандартом предусмотрен определенный набор компетенций, которыми должен овладеть выпускник. И они включают как клинические навыки, так и организационные (управленческие), и навыки преподавательской работы, и проведения научных исследований. Наверное, какие-то общие навыки должны быть у всех студентов (выпускников), но в то же время весьма актуально выстраивание индивидуального «маршрута» подготовки с учетом как пожеланий (намерений) студента, так и потребностей здравоохранения (работодателей) в тех или иных специалистах в различных регионах, медицинских организациях. К сожалению, за последние 30 лет данная работа практически не ведется. Система профессионального медицинского образования и здравоохранения действуют в значительной степени автономно. Высшие (да и средние специальные учебные заведения) готовят специалистов «вообще» и в «никуда». В то же время, если бы существовал конкретный целевой «заказ» на тех или иных специалистов и нормативная база, создающая аналог существовавшего ранее распределения выпускников, то это вызывало бы большую заинтересованность в тех или иных знаниях и студентов, и будущих работодателей (в т.ч. при прохождении студентами производственной практики). Например, специалист, претендующий на занятие руководящей должности, должен получить углубленные системные знания по управленческим и психолого-педагогическим дисциплинам. Поэтому, на наш взгляд, актуальной проблемой является специализация бакалавриата (как это принято во многих западных странах).

Отчасти вопросы специализации подготовки могли бы быть решены на последующих этапах обучения (магистратура, аспирантура). Однако практически

нерешенным является вопрос подготовки специалистов сестринского дела в магистратуре. В настоящее время единственно возможным для бакалавров сестринского дела является обучение в магистратуре по общественному здоровью и здравоохранению. Однако, во-первых, по этой специальности могут обучаться и лица с другим профессиональным образованием, имеющие другой уровень подготовки и другие образовательные потребности. Во-вторых, в ряде западных стран не только существует магистратура, связанная именно с сестринским делом, но она, к тому же, специализирована по различным направлениям (в т.ч. в рамках управленческой, клинической, преподавательской работы). То же самое справедливо и в отношении написания кандидатских и докторских диссертаций, в нашей стране возможны только по специальности «Общественное здоровье и здравоохранение», а в развитых западных странах – по различным направлениям сестринской деятельности. Хотя Программой развития сестринского дела в РФ предусмотрено создание магистратуры по управлению сестринской деятельностью и введение соответствующей научной специальности, пока данный вопрос не решен законодательно. То есть, третьей проблемой является система последующего обучения бакалавров сестринского дела.

В процессе подготовки кадров сестринского персонала серьезной проблемой является и проблема материально-технического обеспечения. По результатам анкетирования студентов, находясь на производственной практике в ряде стационаров, они сталкиваются с аппаратурой, которая отсутствует в учебных заведениях, и потому не могут работать на ней. Эти же данные подтверждаются результатами анкетирования интернов факультета высшего сестринского образования. Поскольку многие из них работают в качестве старших и главных медицинских сестер, они на опыте убеждаются, что выпускники колледжей мало готовы к самостоятельной практической деятельности, особенно в таких технологически насыщенных и быстро обновляемых областях, как анестезиология-реанимация, операционное дело и некоторых других.

Другой проблемой материально-технической оснащенности является проблема компьютеризации. Требования нового образовательного стандарта подразумевают расширение объема самостоятельной работы студентов с последующим контролем преподавателя (в т.ч. в дистанционном режиме), возможность самотестирования, наличия обучающих компьютерных программ и т.д. Все это определяет необходимость совершенно иного уровня оснащенности учебных подразделений компьютерной техникой. Причем, эти требования будут постоянно увеличиваться с внедрением в практику системы непрерывного обучения (обучение он-лайн, телеконференции и т.д.).

Поэтому весьма актуальной является задача формирования четких планов обеспечения различных подразделений компьютерной техникой.

Внедрение новых стандартов требует и кардинального обновления методической базы. К сожалению, существующие учебные пособия во многом устарели, а по некоторым дисциплинам отсутствуют. Особенно это актуально для подготовки бакалавров сестринского дела.

Еще одна проблема представляется нам достаточно актуальной на современном этапе. Последовательный переход страны на рельсы рыночной экономики объективно определяет формирование конкурентных отношений между всеми субъектами рынка, в т.ч. рынка образовательных услуг. Вполне понятно, что при выборе образовательного учреждения абитуриенты (их родители) проводят личное «маркетинговое исследование» с целью выбрать соответствующий ВУЗ (колледж). При этом существует их неписаный рейтинг (во многом определяемый территориальной расположенностью), позволяющий делать тот или иной выбор. В условиях наличия платных образовательных услуг каждое учреждение заинтересовано в повышении этого рейтинга. Поэтому представляется необходимым формирование объективных критериев и объективного рейтинга образовательных учреждений, в зависимости от которого может определяться и государственный заказ на то или иное количество студентов, и дифференцироваться уровень оплаты преподавателей, работающих в разных по «категориям» учреждениях. Это может способствовать привлечению наиболее опытных преподавателей и их адекватному материальному стимулированию.

Многие из перечисленных проблем носят общесистемный характер и касаются не только среднего медицинского образования, некоторые представляются более «узкими». Наверное, различным может быть и уровень решения этих проблем (от учрежденческого до федерального). Понятно одно: без существенного улучшения уровня подготовки специалистов вряд ли можно в перспективе рассчитывать на достижение высокого уровня качества медицинской помощи.

РЕЦЕПТИВНАЯ МУЗЫКОТЕРАПИЯ И ВОКАЛОТЕРАПИЯ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Подъячева А.Н.

Республиканская больница медицинской реабилитации МЗ УР

Республика Удмуртия, Россия

Медицинская реабилитация – это комплекс медицинских, психотерапевтических и социальных задач направленных на максимальное восстановление нарушенных физиологических функций организма и психоэмоционального состояния пациента.

Здесь, наряду с различными лечебно-оздоровительными методами (водо-, грязе-, массаж, мануальная терапия, лечебная физкультура и др.) очень важное место может и должна занимать музыкальная терапия.

В соответствии с современной концепцией, музыкальная терапия – это система психосоматической коррекции здоровья человека с помощью музыкально – акустических воздействий. Ценными свойствами музыкальной терапии являются многочисленные оздоровительные эффекты:

- повышение неспецифической резистентности (устойчивости к неблагоприятным факторам);
- оптимизация процессов жизнедеятельности и восстановления;
- интеллектуально - сенсорное развитие личности;
- повышение толерантности к физическим нагрузкам и стрессам;
- активизация реакций социальной адаптации.

Восстанавливающий эффект при использовании музыкальной терапии очевиден при следующих симптомах и заболеваниях:

- переутомление, бессонница, неврастения;
- заболевания сердечнососудистой системы, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца;
- заболевания желудочно-кишечного тракта: гастриты, язвенная болезнь желудка или 12-ти перстной кишки;
- хронические бронхиты, бронхиальная астма;
- снижение резервных возможностей организма.

Наблюдаемые при воздействии рецептивной музыкотерапией соматические реакции (нормализация АД, восстановление спокойного глубокого сна, исчезновение тревожности, усталости и др.) часто обусловлены возникающими

эмоциями при прослушивании музыки, которые приводят к гормональным и биохимическим изменениям уже после первого сеанса музыкотерапии. Точный подбор музыкальных блоков (S, T, HR алгоритмов по С.В. Шушарджану), для применения в рецептивной музыкотерапии, приводит к сбалансированной работе симпатической и парасимпатической нервных систем. Это позволяет в короткие сроки (5-8 сеансов) полностью нормализовать психоэмоциональное состояние пациента.

Метод вокалотерапии (С.В. Шушарджан, 1994) - ещё один из эстетически приятных и действенных методов в реабилитации пациентов.

В вокальной технике главнейшую роль играет дыхание. Использование на занятиях вокалотерапией нижне - ребернодиафрагмального дыхания позволяет задействовать самые нижние, практически не включенные в работу (при поверхностном дыхании) части легких, что позволяет насыщать организм кислородом и создавать внутренний кислородный баланс.

В процессе пения диафрагма производит мягкий эластичный массаж внутренних органов, и улучшает работу желудочно-кищечного тракта (С.В. Шушарджан, 2005). При развитии вокальных возможностей развивается и кардиореспираторная система – глубокое дыхание приводит к плавному расширению кровеносных сосудов на фазе вдоха и сужению их на фазе выдоха, что значительно укрепляет стенки сосудов.

Известно, что звук, зарождающийся во время пения, только на 15-20% уходит во внешнее пространство, остальная часть звуковой волны поглощается внутренними органами и приводит их в состояние вибрации (С.В. Шушарджан, 2005). Возникающий вибрационный массаж внутренних органов прекрасно стимулирует их работу. И, конечно же, одно из главных свойств вокалотерапии является выражение чувств и эмоций через пение.

Следовательно, вокалотерапия - это сочетание дыхательной гимнастики с психоэмоциональной адаптацией, а так же вибрационная стимуляция внутренних органов возникающих вследствие пения.

В связи с вышеизложенным, можно сделать вывод, что музыкотерапия – приятный и доступный, не имеющий побочных эффектов метод, способствующий в короткие сроки улучшить не только психоэмоциональное, но и физическое состояние пациентов.

Неоценимая роль рецептивной музыкотерапии и вокалотерапии в реабилитационном комплексе различных методов оздоровления очевидна и имеет большую перспективу в медицинских реабилитационных учреждениях.

РИТОРИКА КАЙРОСА КАК ИННОВАЦИЯ В ПОСЛЕДИПЛОМНОМ МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ

Родионова В.А.

ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова,

Санкт-Петербург, Россия

e-mail: virodion@yandex.ru

Современное последипломное медицинское образование не только подразумевает совершенствование профессиональных (медицинских, специальных) знаний, умений и навыков, но и неразрывно связано с расширением общекультурной и коммуникативной компетентности врача. Кафедра педагогики и психологии факультета последипломного образования ПСПбГМУ им. И.П.Павлова учитывает эту тенденцию и предлагает медикам-педагогам различные курсы гуманитарной, психолого-педагогической направленности, в том числе и такие, которые включают в свое проблемное поле различные аспекты риторики: «Тренинг профессиональной риторики и эффективного общения», «Риторика для преподавателей педагогического вуза».

Риторика в процессе последипломного медицинского образования выступает не как филологическая дисциплина, изучающая отношение мысли к слову, наполненная отвлеченными теориями красноречия и научными размышлениями об ораторском искусстве. Принципиальная практико-ориентированность наших курсов является, с одной стороны, инновационной, с другой – обусловлена потребностями времени, его философией, и пожеланиями слушателей, большинство из которых имеют большой опыт медицинской и педагогической деятельности, т.е. являются профессиональными коммуникаторами с людьми разного склада и в разных ситуациях. На занятиях по риторике мы совершенствуем звукопроизносительную сторону речи, формируем голосовое дыхание, уделяем внимание дикции, рассматриваем принципы планирования, структурирования и реализации речи в разных ситуациях и на разные темы. При этом мы заметили, что идея кайроса постоянно подразумевается медиками в процессе самоанализа их речевой деятельности, хотя необходимость обозначения этой идеи, формулирование ее в виде научного понятия осознана нами сравнительно недавно.

Ка́йрос (др.-греч. Καιρός) — древнегреческий бог счастливого мгновения. Кайрос обращает внимание человека на тот благоприятный момент, когда нужно действовать, чтобы достичь успеха. Этот бог был очень почитаем у древних греков. Он изображался с прядью волос на голове — только за этот локон и можно ухватить неуловимого крылатого Кайроса. В руках он обычно держит весы, что символизирует справедливость судьбы, посылающей удачу тем, кто это заслужил. В классической риторике, или риторике пространства, по выражению Б.Кассель, эта концепция была поставлена на задний план [1, С. 57]. Сейчас идея кайроса активно возрождается в цифровой риторике (понятие впервые ввел Ричард А. Ленхем в его коллекции эссе 1993 года «Электронное Слово: демократия, технологии и искусство»).

Кайрос в риторике определяется как умение поймать подходящий момент. Крайне важно, что говорящий знает, когда и куда поместить аргумент. Кайрос является концепцией, которая связана с этосом, пафосом и логосом. Этос создает условия для речи, пафос – источник создания смысла речи, а логос – словесное воплощение пафоса на условиях этоса. Проиллюстрируем это на примерах. Франциск Ассизский проповедовал птицам. Его пафос был ничем не стеснен, но птицы не предложили проповеднику условий этоса, и поэтому само воплощение пафоса в логос в проповеди никого не затронуло. Вот пример чистого пафоса. Гулливер попал в страну Гуингмов. Гуингмы – существа вежливые, они позволяли Гулливеру говорить, но он не знал языка гуингмов, поэтому не мог им объяснить своих мыслей. Вот пример нужды в логосе. Дурак из русской сказки приветствовал похоронную процессию словами: “Таскать вам – не перетаскать” и был бит. Эти слова он выучил от людей, занятых уборкой урожая, и применил неуместно. Вот пример этоса. Таким образом, «под словом этос мы понимаем те условия и соглашения, на основании которых ритору дозволено действовать. Под словом пафос понимается замысел речи. Пафос ритора есть внесение новизны в тему и форму речи и представляет собою детализацию темы и формы, т.е. индивидуального акта речи. Под словом логос – словесное наполнение замысла, элокуция» [2, С. 37]. Кайрос объединяет эти три кита успешного общения и обусловливает его эффективность.

Удивительно, но само осмысление феномена кайроса и его значимости в профессиональной речи врача и педагога обладает, как показывают проведенные нами занятия, большим значением как для самоанализа речи, так и для ее последующего продуцирования. Для продолжения работы над риторикой кайроса в речи врача-педагога необходимо теоретически обосновать специфику таких феноменов, как подходящий момент в диалоге «врач-пациент», виды аргументации с позиций кайроса, круг и уровень

развития личностных и профессиональных качеств, позволяющих ухватить неуловимого крылатого Кайроса.

Список использованной литературы:

1. Кассен, Б. Эффект софистики / Б. Кассен –М.- Спб: Университетская книга, 2000. 252 с.
2. Рождественский, Ю.В. Теория риторики / Ю.В. Рождественский – М., 2007. 512 с.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С ПАТОЛОГИЕЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ.

Сайфиддинова М.А, Гадаев А.Г, Разиков А.А

Ташкентская Медицинская Академия, город Ташкент, Узбекистан.

medic.girl2607@gmail.com

Цель исследования: Целью нашего перспективного анализа было выявление количества больных с ИБС в сочетании с патологией гастродуоденальной зоны и определить степени взаимосвязь этих патологии с ИБС с патологии.

Материал и методы: с целью исследования качества жизни у больных ИБС в сочетании с патологией гастродуоденальной зоны в анамнезе были опрошены 35 пациентов с ИБС в сочетании с патологией гастродуоденальной зоны. Из них пациенты (11 мужчины и 24 женщин) в возрасте от 45 до 80 лет (в среднем — 62,5 лет). Всем больным были проведены общепринятые методы исследования (клинический и биохимический анализы крови, коагулограмма крови, ЭКГ, УЗИ печени, ЭФГДС). Верификация диагноза была проведена на основании субъективных и объективных критериев, а также результатов лабораторно-инструментальных исследований приведенных в МКБ-10.

Результаты исследования: В перспективное исследование вошли результаты обследований 35 больных, средний возраст которых составлял 62,5±10 года. Из них 24 женщин (68,6%) и 11 мужчин (31,4%). Длительность анамнеза заболевания (ИБС) колебалась от 4 до 15 лет. Гипертоническая болезнь (ГБ) выявлена у 34 пациентов (97,1%), из них 24 (68,6%) женщины и 10 (28,6%) мужчины, у 34 (97,1%) больных выявлено ГБ II –III степени. Среднее систолическое артериальное давление составляло 154,3 мм рт. ст. диастолическое артериальное давление 98,1 мм.рт.ст. Средний показатель пульса составлял 78,1 ударов в минуту.

№	Показатель	ИБС с патологией гастродуоденальной

		зоны (N=35)
1.	Возраст	62,5±10
2.	Мужчины	31,4%
3.	Женщины	68,6%
4.	Длительность ИБС	4 до 15 лет
5.	Среднее САД	154,3 мм.рт.ст
6.	Среднее ДАД	98,1 мм.рт.ст
7.	Среднее пульс	78,1 удар

У 33 (94,2%) больных диагностировалась стабильная стенокардия напряжения функциональный класс (Ф/К) II 16 (48,5%), (Ф/К) III 11 (33,3%), у 6 (18,2%) больных (Ф/К) IV.

Диагноз язвенной болезни верифицирован при эзофагогастродуоденоскопии, которая проводилась в начале исследования. У 9 больных (25,7%) подтверждена гастрит, 17 (48,6%) язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у 9 (25,7%) – язвенная болезнь желудка. Во время исследования у 25 пациентов (71,4%) язвенная болезнь была в стадии ремиссии, у 10 – в стадии обострения (28,6%). Всем больным проведено повторное эндоскопическое исследование через 6 мес. после первичного обследования. Из 35 больных ЭФГДС было проведено 29 (82,9%) больным, а 6 (17,1%) больным из-за тяжести состояние по ИБС исследование не проведено.

Диагноз установлен на основании жалоб, обьективных данных и анамнеза. У больных с ГДП диагностированы более высокие ФК ИБС. Из-за обострения ГДП им не были назначены антиагреганты и антикоагулянты.

Выводы. Патология желудочно-кишечного тракта на фоне ИБС составили 11%. Среди заболеваний желудочно-кишечного тракта патология гастродуоденальной зоны у больных ИБС составляет 58,7%. Коморбидность ИБС и ГДП, независимо от тяжести ГДП, проявляется в ухудшении клинического статуса и качества жизни больных. Особенности сочетанного течения ИБС и ГДП необходимо учитывать при диагностике и лечения таких пациентов.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ В РАБОТЕ ПСИХОЛОГА

Судникова И. А.

психолог СПБ ЦСААР, магистрант 3 курса СПБГИПСР

Санкт-Петербург, Россия

Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) применяется в различных областях, включающих здравоохранение, реабилитацию, социальную помощь, страхование, социальное обеспечение, занятость, образование, экономику, социальную политику, законодательство, архитектурное проектирование и изменение окружающей среды [3]. В настоящее время, применение МКФ, востребовано и в психологии.

Работа психолога изначально, построена на биопсихосоциальном подходе, который учитывает индивидуальные особенности личности, окружающую среду, в которой живет человек и биологические факторы, влияющие на нарушение нормальной жизнедеятельности[2].

Учитывая возможность проявления факторов данной концепции, в ходе консультаций, задачей психолога является выявление проблемного поля клиента. В рамках выявленной проблемы, возможны варианты привлечения к работе с клиентом, других специалистов: психотерапевтов, психиатров, работников социальных служб и др. Со стороны психолога, тоже может возникнуть потребность в профессиональной поддержке, в виде: интервизий, супервизий, баллинтовских групп и т.д.

МКФ описывает функционирование человека, как динамическое взаимодействие между ним или его состоянием здоровья, факторами окружающей среды и личностными факторами, обеспечивает стандартный язык и рамки для описания и систематизации информации о функционировании и ограничениях жизнедеятельности человека, тем самым обеспечивая специалистов разных уровней и профилей, универсальным

профессиональным языком [3]. Поэтому, заключение психолога, сопровождаемое доменами МКФ, будет понятно коллеге – психологу, врачу психиатру, работнику социальной службы, т.е. всем специалистам, которые могут быть задействованы в процессе работы [1].

В ходе работы с практическими случаями, проводилось исследование, целью которого являлось составление «единого протокола оценки ограничений деятельности по МКФ». В результате проводимой работы, данные указанные в протоколе, должны быть понятны любому специалисту, привлеченному к совместной работе.

Реализация проекта состояла из нескольких этапов. Вначале, были собраны разные заключения с консультаций двух специалистов: семейного психолога и психолога – супервизора. Данные заключения представляли собой индивидуальный вариант составления протокола, с использованием собственных наблюдений психологов, выводов и стилистики, присущей каждому из психологов, с учетом специфики направления работы. Они были заполнены в произвольной форме, в виде наблюдений, оценок, дневников. Далее, эти записи были сведены к общим данным при помощи МКФ и ее доменов, применяемых для работы психолога. Т.е проблемы пациента выражены доменами, отражающими: окружающую среду, личностные особенности и возможные нарушения клиента.

В дальнейшем ходе работы, специалисты получили «единые протоколы оценки ограничений деятельности по МКФ», ознакомились с ними и проанализировали степень понимания проблем пациента, описанных с помощью МКФ.

При обсуждении данных, по «единому протоколу оценки ограничений деятельности по МКФ», психологи, пришли к единому взаимопониманию трудностей и проблем, выявленных в ходе процесса «живых» консультаций. На основании этого, были сделаны следующие выводы.

1. Т.к. «сухой язык» цифр доменов МКФ, не несет отвлекающей эмоциональной нагрузки, то проблема клиента выделяется с наибольшей точностью, без отвлечения на несущественные для клиента детали.
2. С данными, описанными при помощи МКФ, совместно могут работать специалисты разных направлений, имея четко выделенную проблему.
3. В некоторых случаях, это помогает сократить срок диагностики состояния клиента.

В заключении отметим: описание проблем клиента, включающее домены МКФ, детализирует его проблемы, выделяет доминирующие факторы, акцентирует внимание на расстановку приоритетных действий для специалиста.

Список литературы:

1. Мальцева, М. Н. Влияние информированности пациента с острым нарушением мозгового кровообращения во время госпитализации о среде окружения на развитие постинсультной депрессии / М. Н. Мальцева, Е. В. Мельникова, А. А. Шмонин, И. А. Судникова, А. В. Иванова // Consilium Medicum. – 2015. – № 09. – С. 63-65
2. Петров, Д.С. Биопсихосоциальный подход в науках о человеке (психиатрия и психология) / Д.С. Петров Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие . – 2014. – № 4 (7). – С.1-5.
3. Области применения международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://who-fic.ru/icf/appareas/

РОЛЬ ТЬЮТОРА В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ СОПРОВОЖДЕНИИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА, ИМЕЮЩИХ ОГРАНИЧЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЗДОРОВЬЯ

Худик В.А.[1,2], Тельнюк И.В.[1]

[1]ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им.акад.И.П.Павлова

[2]Санкт-Петербургского научно-исследовательского института

педагогики и психологии высшего образования

Санкт-Петербург Россия

e-mail: ipkspb@mail.ru,

e-mail: itelnuk@mail.ru

Актуальность. Анализ состояния современной педагогической науки в области социально-образовательной инклюзии и интеграции людей с ограниченными возможностями здоровья в широкую общественную среду позволил выявить противоречие между имеющимися потенциальными возможностями развития личности пациента или ребёнка с ограниченными возможностями и частым отсутствием материальных ресурсов, психолого-педагогических условий, готовности людей (и в частности педагогов) к такой деятельности, что является помехами для максимальной самореализации данной категории людей и детей в обществе.

На сегодняшний день концепция инклюзивного образования внедряется во все сферы образовательной и социокультурной деятельности. Социальная инклюзия (фр.

inclusif - включающий в себя, лат. include - заключаю, включаю, вовлекаю) основана на концепции принятия следующих утверждений:

• все люди разные. У каждого человека разные способности, особенности здоровья, пол, возраст, происхождение. Необходимо реализовать большую стратегию по созданию общества, принимающего всех;

• социализация человека заключается в адаптации системы к потребностям человека и самого человека к особенностям той или иной социальной среды;

• все (дети, взрослые) могут учиться (концепция непрерывного образования). Необходимо работать над улучшением образовательных структур, систем и методик для обеспечения образовательных и социокультурных потребностей всех детей (людей).

Инклюзивное образование — практика общего образования, основанная на понимании, что инвалиды в современном обществе могут (и должны) быть вовлечены в образовательный процесс и социум. Данная практика ориентирована на формирование условий доступности, в том числе и высшего медицинского образования для всех.

Профессиональное образование лиц с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) и инвалидностью призвано решать задачи не только освоения профессии, но и социальной адаптации, интеграции в учебный и трудовой коллективы, общество. Трудовой потенциал - определяет возможность обучения инвалида по доступной ему специальности и последующей работы в ней с учетом как индивидуальных, так и внешних факторов, и условий.

Доступность информационного и материально-технического обеспечения высшего образования для студентов с ОВЗ и инвалидов включает:

- создание и оснащение специальной образовательной среды. Реконструкция существующих объектов инфраструктуры вуза и оснащение необходимым оборудованием для студентов с ОВЗ;
- разработка и реализация специальных адаптированных образовательных программ в вузах;
- функционирование порталов информационной и методической поддержки инклюзивного образования. Создание на сайтах вуза странички, где будет размещена информация для лиц с ОВЗ и будет отражаться информация о деятельности вуз в данном направлении;
- создание ресурсных учебно-методических центров по профессиональному образованию инвалидов и лиц с ОВЗ;
- содействие трудоустройству инвалидов и лиц с ОВЗ после окончания обучения.

Учитывая тот факт, что обучение в медицинском вузе сопряжено с высокими интеллектуальными, физическими, психоэмоциональными нагрузками при зачислении на обучение в медицинский вуз необходимо учитывать:

- резервы человеческого организма, уровень здоровья;
- образовательный потенциал;
- трудовой прогноз;
- рациональное трудоустройство.

Поэтому при зачислении абитуриентов с ограниченными возможностями в медицинский вуз на обучение очень важно учитывать физическое и психическое состояние здоровья и пользоваться принципом «Не навреди обучением!». Академик РАО Н.Н.Малофеев отметил, что «Подмена специального образования тотальной инклюзией, ее поспешное внедрение, могут привести к негативным последствиям». Поэтому прежде чем начать реализовывать процесс инклюзивного образования в вузе необходимо решить вопрос с материально-техническим обеспечением этого процесса и подготовкой грамотных педагогических кадров.

Результаты исследования. Для полноценной реализации концепции инклюзивного образования в вузе необходимо обратить внимание на то, насколько подготовлены педагоги к сопровождению студентов с ОВЗ и инвалидностью в условиях образовательной среды вуза [1]. Для этих целей нами было проведено исследование с применением разработанной анкеты-опросника, выявляющей готовность педагогов медицинского вуза к реализации задач инклюзивного образования. Анкетный опрос преподавателей ПСПбГМУ им. И.П. Павлова проводился в апреле-мае 2017 г. В опросе приняли участие следующие образовательные структурные подразделения: кафедра АФК и медицинской реабилитации, кафедра фармакологии, лор-кафедра, кафедра дерматовенерологии, кафедра терапевтической стоматологии, кафедра госпитальной хирургии № 2 и др. Всего опросом было охвачено 72 преподавателя со стажем работы от 1 года до 10 лет (47%) и от 10 лет и более 20 лет (53%).

Приведем некоторые ответы на вопросы анкеты, иллюстрирующие отношение врачей-педагогов к инклюзии в медицинском вузе.

На вопрос: «Моё отношение к инклюзивному образованию в медицинском вузе» ответы распределились следующим образом:

15% педагогов положительно относятся к концепции инклюзивного образования и считают возможной её реализацию в медицинском вузе;

35% опрошенных отмечают, что хотелось бы принять позицию инклюзивного образования, но обнаруживают неуверенность в правильности этого обучения в медицинском вузе;

28% педагогов не имеют четкой позиции в отношении инклюзивного образования и подготовки студентов с ОВЗ;

12% из числа опрошенных высказали отрицательное отношение к идее реализации инклюзивного образования в медицинском вузе, а 10% - вообще не определились с ответом.

Интересными оказались ответы на вопрос о готовности преподавателей к работе со студентами, обнаруживающими ОВЗ, в условиях медицинского вуза:

40% опрошенных педагогов не имеют навыков в работе и не знают, как помочь в обучении таким студентам;

36% - имеют ограниченные педагогические возможности работы со студентами с ОВЗ и инвалидностью и испытывают трудности их интеграции в профессиональную медицинскую деятельность;

15% педагогов считают невозможным взять на себя ответственность обучения лиц с ОВЗ;

9% владеют методами и приемами работы со студентами с ОВЗ и знают пути их интеграции в профессиональную медицинскую деятельность. В это число вошли преподаватели кафедры АФК и медицинской реабилитации.

К специальному образованию и самообразованию по программам, обучающим работе со студентами, обнаруживающим ОВЗ разной нозологии и инвалидами, в условиях медицинского вуза готовы не все преподаватели.

35% врачей-педагогов не занимаются образованием и не интересуются программами, предусматривающими работу в комбинированной студенческой группе;

33% преподавателей иногда интересуются такими программами.

16% преподавателей не интересуют такие программы и такой же процент опрошенных лиц не смогли определиться с ответом.

Анкетирование показало разное отношение педагогов медицинского вуза к реализации инклюзивного образования на практике в условиях медицинского вуза.

Выводы. Одним из вариантов решения проблемы подготовки квалифицированных кадров для инклюзивного образования в медицинском вузе может быть подготовка тьюторов.

Тьюторское движение в последние годы стало важным социальным явлением в жизни нашего общества, проникнув в сферы гуманитарной жизнедеятельности человека.

Термин тьютор (*англ. tutor, лат. tutor* – защитник, опекун; в англосаксонских странах: куратор, опекун, воспитатель в учебном заведении; индивидуальный научный руководитель студента) несет в себе социально-психологический аспект профессиональных компетенций субъекта сопровождения различных групп лиц, нуждающихся в той или иной конкретной помощи [2]. Тьютор исторически сложившаяся особая педагогическая должность, которая была введена в XIV веке в Оксфорде. Именно в это время тьюторская система позволила трансформировать знание из общеизвестного в личностное. Но были и другие точки зрения. В частности, выступали против внедрения германской системы образования и отмены тьюторства в XIX веке.

В царской России тоже понимали необходимость индивидуального наставничества и свободного развития личности. Туторская служба считалась основой обучения и воспитания. Специальный человек тутор занимался индивидуальным сопровождением ученика, следил за его духовно-нравственным и телесным развитием, аккуратностью во всех делах, режимом умственного труда, самостоятельностью выполнения учебных заданий, а также обеспечивал индивидуализацию и целесообразность обучения. [3].

В настоящее время тьютор несет в себе социально-психологический аспект профессиональных компетенций субъекта сопровождения различных групп нуждающихся в той или иной конкретной помощи.

Некорректно смешивать тьюторскую деятельность истинно профессионально направленных лиц с широко рекламируемыми и реализуемыми при финансовых поддержках различных организаций мероприятиями в сфере культурной, спортивной, образовательной деятельности.

Особый уровень развития тьюторского движения обнаружился при организации и проведении социально важных мероприятий, связанных с внедрением инклюзивного образования, со спортом, культурными событиями в различных регионах страны, а также в связи с участием в этих мероприятиях лиц с особыми потребностями, ограниченными возможностями здоровья. В этой связи объективным стал вопрос, необходимо ли осуществлять профессиональную подготовку по профессии «тьютор», понимая, что деятельность такого человека должна быть целенаправленной в области либо педагогической деятельности, либо в системе здравоохранения и оздоровления, либо в культурно-просветительской деятельности и пр. С учетом направленности такой деятельности был утвержден профессиональный стандарт «Специалист в области воспитания», в котором прописаны требования к подготовке тьютора [4], предусматривающие освоение будущим специалистом различных профессиональных компетенций в области педагогики, психологии, медицины, физической культуры,

искусства и др. Однако стандарт не предусматривает профессиональный отбор лиц, которые смогут добросовестно и качественно реализовывать себя в деятельности тьютора [5].

Психологический портрет личности тьютора можно описать следующими характеристиками, условно выделенными в блоки.

1. Блок мировоззренческой культуры. Включает в себя духовно-нравственную и личностную сферу субъекта тьюторской деятельности. Иерархически этот блок представляет собой основу формирующейся мотивации в работе тьютором.

2. Блок мотивационной направленности. Включает отсутствия потребности в получении выгоды от занятия такой деятельностью, наличие бескорыстных установок и желание помочь.

3. Блок эмпатийных отношений. Включает эмоциональную и моральную устойчивость, принятие другого человека, нуждающегося в помощи, таким какой он есть, без претенциозных оценок, суждений и фрустраций. Ответственность, организованность, чувство такта, коммуникабельность - качества необходимые для работы тьютором.

4. Блок когнитивной направленности. Включает в себя потребность в получении знаний, представлений о различных подходах и организации помогающей деятельности с учетом индивидных, личностных, медико-биологических, социально-психологических проблем лиц, нуждающихся в сопровождении [5].

Перечисленные блоки необходимо учесть при разработке образовательных программ подготовки будущих тьюторов или лиц, желающих получить новый вид профессиональной деятельности, обучаясь по дополнительным программам профессиональной переподготовки.

Для повышения качества образования студентов с ОВЗ в медицинском вузе и их сопровождения эффективным методом, очевидно, эффективным будет внедрение программ по обучению педагогов вузов по программе бакалавриата и дополнительной профессиональной программе повышения квалификации «Подготовка тьютора для инклюзивного образования в условиях медицинского вуза» продолжительностью от 36 до 144 часов. Поскольку взаимодействие с людьми с ОВЗ и инвалидностью имеет свою специфику в зависимости от нозологии, следовало бы предусмотреть профессиональный отбор педагогов с учетом их личностной готовности и желания заниматься сопровождением таких студентов.

Литература:

1. Худик В. А. Анкета вопросник для изучения отношения педагогов к инклюзивному образованию. // Коррекционно-педагогическое образование: научный журнал. - № 1

(1), Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена, Санкт-Петербург, 2015, с. 62-67.
2. Комлев Н. Г. Словарь иностранных слов. – М.: ЭКСМО, 2006. – 669 с.
3. Историческая записка Императорского Лицея в память Цесаревича Николая // Журнал Лицейское и гимназическое образование. Специальный выпуск. - 2001г.
4. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 10 января 2017 года № 10н «Профессиональный стандарт «Специалист в области воспитания» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_199498/d92c54684b45959fe3549ab1d0c70558d57e1d86/ Дата обращения: 05.11.2017.
5. Худик В.А., Тельнюк И.В. Психологическая характеристика профессионально важных качеств личности тьютора // Вопросы теории и практики тьюторства в социокультурной и образовательной деятельности: Сборник статей по материалам тезисов докладов к I Всероссийскому научно-практическому семинару по педагогике инклюзивного образования. Россия, г. Санкт-Петербург, 9–10 ноября 2017 года. – СПб.: Фонд научных исследований в области гуманитарных наук «ЗНАНИЕ – СИЛА»; Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт педагогики и психологии высшего образования, 2017, с. 5-7.
6. Бахмутский А.Е., Гладкая И.В., Глубокова Е.Н., Козулина А.П., Кондракова И.Э., Лебедева Л.И., Писарева С.А., Тряпицына А.П. Сопровождение студентов представителей коренных малочисленных народов севера в образовательном процессе колледжа/ Учебно-методическое пособие Санкт-Петербург Ханты-Мансийск 2016 http://docplayer.ru/47355349-Soprovozhdenie-studentov-predstaviteley-korennyh-malochislennyh-narodov-severa-v-obrazovatelnom-processe-kolledzha.html (Дата обращения: 05.11.2017).

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГАМК У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В ПРОЦЕССЕ АДАПТИВНОГО ФРИДАЙВИНГА

Цукурова Л.А.[1], Власенко С.В.[2]

[1]Кубанский медицинский институт, Краснодар, Россия

[2]ФГБУ «Евпаторийский военный детский клинический санаторий имени Е.П. Глинки» Республика Крым, Россия

Введение. Наиболее важной медико-социальной проблемой в нейропедиатрии является расстройство аутистического спектра (РАС), частота которого непрерывно увеличивается. Изучение патогенетических механизмов заболевания и разработка максимально экологичных методов реабилитации являются актуальными в решении вопросов успешной адаптации в обществе данного контингента больных. Нами разработана методика адаптивного фридайвинга, сочетающего лечебное плавание с кратковременным произвольным заныриванием под воду (фридайвингом), когда ребенок самостоятельно контролирует длительность пребывания под водой. Таким образом, кратковременные гипоксические эпизоды представляют «гимнастику» для головного мозга.

Целью исследования была оценка динамики показателей гамма-амино-масляной кислоты у детей с РАС в процессе адаптивного фридайвинга.

Материалы и методы. Нами обследовано 69 детей, больных РАС в возрасте от 5 до 14 лет. I группа – 23 ребенка, получивших общее санаторно-курортное лечение (СКЛ); II группа – 24 ребенка, которые на фоне СКЛ получили курс лечебного плавания (ЛП); III группа – 22 ребенка, получивших на фоне СКЛ курс адаптивного фридайвинга (АФ). Контрольную группу (КГ) составили 22 здоровых детей. Общее СКЛ включало: сезонную климатотерапию, массаж классический ручной №10, лечебную гимнастику индивидуально №15, йодо-бромные ванны №10, Т–36-35^{0}С, продолжительность 10 минут, через день. Комплекс ЛП (в зависимости от тяжести заболевания) включал 10-15 ежедневных занятий, Т воды–25-27^{0}С, с обучением и овладением навыками простых элементов плавания, либо обучением проплыва ограниченного расстояния и проведение в воде определенных физических упражнений при участии реабилитолога. АФ включал 10-15 ежедневных занятий, Т воды –25-27^{0}С, с обучением и овладением навыками простых элементов плавания, а также обязательным овладением свободного ныряния в длину и глубину (фридайвинг) с помощью игровых ситуаций и предметов при участии реабилитолога. При АФ ребенок самостоятельно дозирует свое пребывание под водой (кратковременные – 1-5 сек. гипоксические эпизоды). Занятия проводились в бассейне санатория с термальной натуральной водой в осенне-зимнее время и акватории моря в летний период. Обследование включало осмотр специалистами, проведение ЭЭГ-обследования, оценку в сыворотке крови гамма-амино-масляной кислоты (ГАМК) – до и после проведенных комплексов лечения.

Результаты. После проведенного СКЛ в I группе отмечено достоверное повышение показателей ГАМК ($p<0,05$) у детей с РАС со средней степенью тяжести

клинических проявлений. Во II группе показатели ГАМК достоверно повысились при средней степени тяжести ($p<0,05$), а также в группе аутистов с выраженной гиперактивностью. В III группе показатели ГАМК достоверно повысились при средней степени тяжести ($p<0,01$), при тяжелой степени заболевания ($p<0,01$), у детей с гиперактивностью, агрессией, выраженными стереотипиями, а также, улучшение показателей ЭЭГ с исходными фокальными эпилептическими паттернами.

Выводы. Выявлено, что у детей с РАС имелось снижение ГАМК – главного ингибирующего нейромедиатора головного мозга. Отмечено более достоверное снижение показателей ГАМК у детей с аутизмом и выраженными симптомами гиперактивности, агрессии, а также, имеющих на ЭЭГ эпилептиформную активность. Установлено, что общее СКЛ благоприятно влияет на показатели ГАМК у детей с аутизмом с умеренно выраженной симптоматикой. Включение в СКЛ курса лечебного плавания повышает уровень ГАМК у детей со средней степенью аутизма и с выраженной гиперактивностью. Включение в курс СКЛ адаптивного фридайвинга способствует повышению ГАМК при разной степени выраженности аутизма, при выраженных клинических симптомах гиперактивности и агрессии и при эпилептиформной активности на ЭЭГ.

АДАПТАЦИОННЫЕ РЕСУРСЫ БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ: ВОЗМОЖНОСТИ ИХ ФОРМИРОВАНИЯ В РАМКАХ КУРСА «СИСТЕМНЫЙ И ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОДХОД К ЦЕЛОСТНОМУ ВОСПРИЯТИЮ ЗДОРОВЬЯ И БОЛЕЗНИ»

Чернявская А.П., Барабошина А.А.

ФГБОУ ВО «Ярославский государственный педагогический

университет им. К.Д. Ушинского»

г. Ярославль, Россия

e-mail: pedtechno@mail.ru

Введение. Интенсивность учебной нагрузки, новых видов деятельности, в том числе и абсолютно незнакомых студенту элементов профессиональной деятельности, ритм современной жизни зачастую могут приводить к повышению психического напряжения, и к снижению адаптационных возможностей обучающихся.

С целью успешного преодоления обозначенных выше негативных факторов возникает необходимость формирования у студентов медицинского вуза адаптационного потенциала, который представляет собой уровень латентных и явных возможностей личности, способствующих адаптации к новым или меняющимся условиям социального взаимодействия.

Проблемы адаптации личности к различным условиям всегда являлись предметом изучения как отечественных (Ю.А. Александровский, Ф.Б. Березин, В.Н. Григорьева, А.Г. Маклаков, А.А. Налчаджанян, В.А Петровский, А.А. Реан и др.), так и зарубежных (I.L. Krestof, R.S. Lazarus, J.K. Norem, H.Thome) исследователей.

На процесс адаптации студентов влияют:

- разнообразие направлений адаптации (необходимо приспособиться к новой роли, изменяющимся отношениям в семье и новой студенческой группе, новым обязанностям, возросшему уровню свободы и самостоятельности, новым видам учебной деятельности, изменяющейся системе контроля со стороны преподавателей и родителей, найти свое место в структуре нового коллектива, и пр.);

- необходимость адаптироваться не только к учебной но и будущей профессиональной деятельности;

- совпадение во времени процесса адаптации с возрастными кризисами;

- недостаточная, зачастую, личностная и моральная зрелость, обусловленная возрастом, и малый опыт решения жизненных проблем.

Эти и другие особенности адаптации приводят к тому, что она у многих студентов затягивается и может продолжаться до окончания третьего курса.

Задача. В процессе преподавания нового учебного курса "Системный и интегративный подход к целостному восприятию здоровья и болезни" у студентов 2 курса лечебного факультета ПСПГМУ им. И.П. Павлова, мы изучали проблемы адаптации личности к различным условиям, в том числе и условиям учебной и профессиональной деятельности.

Методы. Для оценки адаптационного потенциала мы использовали методики: тест-опросник «Уровень субъективного контроля (УСК) Дж. Роттера в адаптации Е.Ф Бажина, С.А. Голыкиной, А.М. Эткинда; Шкала тревоги Спилбергера-Ханина (STAI); опросник «Способы совладающего поведения» Лазаруса. Данные методики отображают уровень принятия ответственности за происходящие в жизни респондентов события, тревогу личностную и ситуационную, стратегии поведения человека в трудной ситуации.

Объект исследования. В исследовании приняли участие 245 обучающихся второго курса лечебного факультета в возрасте 18-19 лет, из них юношей-72 (29,4%), девушек-173 (70,6%).

Результаты. Ситуационная тревожность на умеренном уровне выявлена у 136 респондентов (55,5%). Вместе с тем, треть участников исследования продемонстрировала высокий уровень ситуационной тревожности: 77 чел. (31,4%.). Личностная тревожность у 118 испытуемых (48,1%) проявилась на высоком уровне, а умеренный ее уровень выявлен у 95 человек (38,7 %). Интересно отметить, что низкий уровень личностной и

ситуационной тревожности респондентов составлял около 13%. Можно предположить, что если у человека личностная тревожность удерживается на низких значениях, то и в стрессовых ситуациях не происходит всплесков ситуационной тревожности, т.е. такой человек, скорее всего, внутренне готов адекватно действовать в трудной ситуации.

Анализируя результаты копинг-теста Лазаруса, отметим, что участники тестирования в трудных ситуациях чаще всего использовали стратегии «планирование решения проблем» (75%), «самоконтроль» (70%), «положительная переоценка» (69%), «поиск социальной поддержки» (69%), «конфронтационный копинг» (55%), «бегство-избегание»(53%). Наименее используемыми оказались стратегии «принятие ответственности»(49%) и «дистанцирование» (43%).

При анализе уровня субъективного контроля внутренний локус контроля продемонстрировали 186 человек (75,9%). Высокий уровень внутренней ответственности проявлялся у участников по отношению к таким факторам как «успехи на производстве», отношения в семье», в сфере межличностных отношений, а также, «здоровье» - 71-74 % участников. Вместе с тем, около четверти респондентов (24,1%) продемонстрировали внешний локус контроля, преимущественно в сферах принятия неудач, профессиональной и межличностных взаимоотношениях.

Обсуждение. Анализ полученных результатов показывает, что обучающиеся нуждаются в повышении их адаптационного потенциала.

Некоторые из выявленных личностных свойств можно использовать в процессе профессионального развития. Например, такое личностное свойство как тревожность (напомним, что это качество является врожденным, зависит от свойств нервной системы) можно и нужно актуализировать как врачебную бдительность, ответственность за процесс и результаты своей деятельности. Вместе с тем высокая тревожность может приводить к нерациональному использованию стратегий совладания с трудностями.

Слишком высокие показатели интернальности могут привести к эмоциональному выгоранию на ранних этапах профессионального становления, а высокие показатели экстернальности могут маркировать тенденцию к недостаточной ответственности за свою будущую профессиональную деятельность. И то, и другое качество также практически не изменяются. Их выраженность можно только осознавать, контролировать, использовать для решения профессиональных вопросов, адекватно возникающим ситуациям. Следовательно, формирование адекватного уровня субъективного контроля, уход от гиперответственности и переход к адекватной оценке своих личностных и профессиональных возможностей, разделение ответственности и умения актуализировать ответственность у пациента являются важным адаптирующим к профессии потенциалом.

Заключение. В процессе проведённого исследования было выявлено, что студенты медицинского вуза нуждаются в обучении навыкам адаптации через трансформацию личностных качеств в профессионально значимые свойства личности будущего врача. Проведённое исследование подтверждает необходимость обучения студентов медицинского вуза по программе «Системный и интегративный подход к целостному восприятию здоровья и болезни» и выделения в качестве актуальной дидактической задачи этого курса повышение адаптации к будущей профессии. А также исследование актуализировало поиск психолого-педагогического содержания сопровождения студентов медицинского вуза с целью их адаптации к будущей профессиональной среде.

АНАЛИЗ КРИТЕРИЕВ ОЦЕНКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ И ПОДГОТОВЛЕННОСТИ К ЛЕЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ С ПОЗИЦИЙ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА И АККРЕДИТАЦИОННОЙ КОМИССИИ ПО ПРОФЕССИОНАЛЬНОМУ СООТВЕТСТВИЮ (ПРИГОДНОСТИ) ВЫПУСКНИКА «КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ВЫПУСКНИКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА»

Шаламай Л.И.[1], Седнева Я.Ю.[2], Карпова Л.С.[1]

[1]Первый Санкт-Петербургский Государственный Медицинский Университет им. И.П. Павлова Министерства Здравоохранения России

[2]СПб ГБУЗ «Городская детская стоматологическая поликлиника №6»

Санкт-Петербург, Россия

e-mail:

Одним из наиболее острых и приоритетных вопросов для любого государства является охрана здоровья граждан, что влечет за собой необходимость повышения качества медицинского обслуживания населения. Перед Министерством здравоохранения Российской Федерации поставлена важная задача модернизации всей системы подготовки специалистов. Начиная с 1 января 2016 года, работников медицинского сектора ожидает новый порядок подтверждения квалификации. Аккредитация врачей с 2016 года является одним из этапов начавшегося еще в 2011 году процесса обновления отрасли здравоохранения, когда были внедрены новые стандарты вузовского образования.

Цель: оценка профессиональных компетенций и подготовленности к лечебной деятельности выпускника стоматологического факультета ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова.

Материалы. Материалом исследования послужили оценки, полученные 29 выпускниками стоматологического факультета на ГОС экзамене по терапевтической, хирургической, ортопедической стоматологии, выбранные «слепым» методом отбора. А также результаты сдачи аккредитации тех же 29 выпускников.

Анализ критериев профессиональных компетенций и подготовленности к лечебной деятельности проводился с двух позиций. С позиции медицинского вуза оценивалось успешность сдачи ГОС экзамена. И с позиции аккредитационной комиссии, как подтверждение готовности выпускника к профессиональной деятельности.

Впервые первичная аккредитация выпускников стоматологического факультета была проведена в июле 2016 года. В июле 2017 года в Санкт-Петербурге, так же, как и по всей стране, прошла вторая процедура первичной аккредитации выпускников медицинских ВУЗов, успешно освоивших программу высшего образования. По окончании процедуры аккредитации было проведено анкетирование членов аккредитационных подкомиссий по специальности «Стоматология» с целью анализа организации процесса и результатов аккредитации с точки зрения экспертов. Большинство экспертов признали актуальность и необходимость внедряемой системы аккредитации выпускников. В целом, большинство экспертов положительно оценивают проведение аккредитации для допуска к профессиональной деятельности и своё участие в ней. Общий уровень аккредитуемых позволяет судить о высоком качестве высшего медицинского образования, некоторые выпускники получили от экспертов-представителей работодателей приглашение на работу непосредственно после завершения процедуры акккредитации.

Результаты и выводы. В работе был проведен анализ данных сдачи ГОС экзамена студентами стоматологического факультета ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова и прохождения аккредитации ими же в 2017 году (29 человек). Полученные данные, по оценкам за ГОС экзамены, говорят о следующем: большинство выпускников стоматологов общей практики получили за экзамен «хорошо» и «отлично». Это значит, что выпускники профессионально компетентны по специальности, которая утверждена Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (утв. приказом Министерства образования и науки РФ от 9 февраля 2016 г. № 96) Уровень высшего образования Специалитет Специальность 31.05.03 Стоматология.

А именно, выпускники освоили программу специалитета, обладают общекультурными компетенциями, общепрофессиональными компетенциями, профессиональными компетенциями (в профилактической деятельности, в диагностической деятельности, в лечебной деятельности, в реабилитационной деятельности, в психолого-педагогической деятельности, в организационно-

управленческой деятельности, в научно-исследовательской деятельности).

Непосредственно первичная аккредитация состоит из трех этапов, за которые нужно набрать определённое количество баллов. Результаты аккредитации показали, что из взятых 29 участников с первой попытки все этапы сдали 95% аккредитуемых. Участники аккредитации 2017 года (29 человек, которые были взяты для анализа) показали следующие результаты, на первом этапе максимальный балл - 100, из них от 81-90 баллов набрало 41% аккредитуемых и от 91-100 баллов 38%. Второй этап аккредитации - максимальное количество баллов составляет так же 100. Количество участников, набравших от 91-100 баллов, составило 76 %. Третий этап аккредитации - максимально можно набрать 15 баллов. Количество врачей, которые набрали 14-15 баллов, составляет 83%.

Вывод: можно сделать вывод, что университет готовит профессиональных специалистов стоматологов, которые демонстрируют свои профессиональные практические навыки при сдаче аккредитации, готовых оказывать населению качественную стоматологическую помощь.

ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ МУЗЫКОТЕРАПИЯ АППАРАТНО-ПРОГРАММНЫМ КОМПЛЕКСОМ «АКУТОН» В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ДОРСОПАТИЯМИ

Р.С.Шушарджан

ФГБУ «Клиническая больница №1» Управления делами Президента РФ

Москва, Россия

Болезни опорно-двигательного аппарата представляют собой актуальную медицинскую и социальную проблему в России, т.к. в общем ряду причин временной нетрудоспособности находятся на четвертом месте, а среди причин инвалидизации населения - на пятом месте (Сназин В.Я., 2006). Одним из самых распространенных синдромов при этом являются дорсопатии. По данным ВОЗ 80% населения планеты хотя бы раз в жизни испытывают боли в спине. Поэтому необходим поиск новых эффективных методов реабилитации пациентов данной категории.

Целью настоящего исследования является изучение особенностей применения нового метода восстановительной музыкотерапии (АкуТон технология) в комплексной реабилитации больных, страдающих дорсопатиями с болевым синдромом. Метод выполняется с помощью инновационного аппаратно-программного комплекса «АкуТон»,

позволяющего слушать лечебную музыку через наушники и одновременно воздействовать ею же через контактно прикрепляемые звуковые магнитно-вакуумные устройства на мышцы, суставы, триггерные зоны и пр.

Исходя из цели, были определены следующие *задачи*:

1. Оценить влияние восстановительной музыкотерапии на системы контроля боли и болевой синдром.
2. Выявить влияние комбинации мануальной терапии и восстановительной музыкотерапии на психо- эмоционального состояния пациентов с дорсопатией.
3. Провести сравнительный анализ изменений клинической симптоматики у двух групп пациентов, страдающих дорсопатией: а) получающих сочетание мануальная терапия + восстановительная музыкотерапия, б) получающих моно терапию мануальным методом.

Для решения поставленных задач было проведено клинико- экспериментальное исследование.

Материалы и методы. Было обследовано 125 лиц разного пола, возраст которых составил 43,7 ± 5,2 лет, страдающих дорсопатиями с умеренно выраженными болевыми синдромами. Методом случайного отбора они были разделены на 2 группы: основную (ОГ), получавшую комплексную терапию: восстановительную музыкотерапию + мануальную терапию (61 чел.), и контрольную (КГ) – 64 человека, получавшую только мануальную терапию. Во всех группах применяли мягкие техники мануальной терапии. В каждой группе было проведено по 5 процедур с частотой 1 раз в 3 дня. Эффективность лечения оценивалась на 1-й и 5-й день с помощью осмотра, психологического тестирования методом Люшера и инструментального обследования методом вариационной термоалгометрии (ВТА) с помощью компьютерной диагностической системы «РУНО» и критерия СИ (спектральный индекс). Динамика мышечной боли оценивалась по 5-балльной вербальной шкале оценки боли (Frank A. J. M., Moll J. M. H., Hort J. F., 1982).

Полученные результаты. В ОГ после 1-й процедуры 68.9% пациентов отмечали регресс болевого синдрома, подтвержденный динамикой показателей шкалы боли, и улучшение общего самочувствия, в КГ этот показатель - 31.2%. При осмотре пальпаторно определялось уменьшение мышечного напряжения в триггерных зонах. Оценка среднегруппового значения критерия СИ (контроль боли) в ОГ показало позитивную динамику после комбинированной терапии с 545 до 784 единиц, что составило 30,5% ($p< 0,05$). В КГ показатель СИ возрос с 594 до 670 единиц, что составило 11,8% ($p< 0,05$).

У пациентов ОГ существенно улучшалось психоэмоциональное состояние. Так, по показателям теста Люшера у 82 % пациентов ОГ была выявлена положительная динамика

в психоэмоциональной сфере ($p < 0,01$). В КГ стресс лимитирующий эффект был выявлен в 46.9 % случаев. В целом установлена более высокая эффективность реабилитации пациентов с дорсопатией при использовании комбинированной мануальной терапии в сочетании с АПК "Акутон" (83,6 %) по сравнению с моно терапией (64 %).

Выводы:

1. Установлено, что применение восстановительной музыкотерапии в сочетании с мануальной терапией улучшает состояние системы контроля боли /рост СИ в ОГ на 30,5%, а в КГ только на 11,88% ($p< 0,05$)/, вызывает стойкий регресс болевого синдрома у 68,9% пациентов ОГ и оптимизируют деятельность физиологических систем.
2. Выявлено существенное улучшение психо-эмоционального состояния у 82% пациентов ОГ ($p < 0,01$), что превышает аналогичный показатель в КГ в 1,7 раза.
3. При осуществлении комплексного анализа динамики клинических симптомов выявлена более высокая эффективность у пациентов, страдающих дорсопатией, в ОГ с применением АПК "Акутон", (83,6 %) по сравнению с моно терапией (64 %).

Восстановительная музыкотерапия с АПК "АкуТон" может с успехом использоваться в качестве технологии, значительно повышающей эффективность реабилитационных программ у лиц, страдающих дорсопатиями, иными заболеваниями опорно-двигательного аппарата, а также может применяться для лечения болевых синдромов и стрессов.

НАУЧНАЯ МУЗЫКОТЕРАПИЯ: ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Шушарджан С.В.

НИЦ музыкальной терапии и восстановительных технологий, Москва, Россия

Европейская академия музыкальной терапии,

Св. Влас, Болгария

Об использование музыки в медицине в своих трудах писали еще Гиппократ, Платон, Авиценна и др. Это были эмпирические находки великих умов древности. Однако интенсивное развитие музыкотерапии началось лишь в XX веке. Так в США музыкальная терапия (МТ) получила признание после 2-ой мировой войны, когда ее успешно применили при лечении эмоциональных расстройств у ветеранов. В 60-70 е годы музыку в своей практике стали использовать врачи в Европе. Сейчас на Западе это целая индустрия, которая несмотря на значительные практические успехи, продолжает оставаться совокупностью ряда эмпирических методов.

Первые попытки научных исследований влияния музыки на организм были предприняты в России в конце XIX начале XX века (Тарханов И.Р., Сеченов И.М. , Бехтерев В.М. и др.), затем в 60-70 - е годы XX века (Захарова Н.Н., Гринева И.М., Могендович М.Р., Полякова В.Б., Брусиловский Л.С. и др.).

Интенсивное формирование научной музыкотерапии началось в России с созданием Научно-исследовательского Центра музыкальной терапии и восстановительных технологий (НИЦ МТиВТ). За период с 1993 года было опубликовано более 350 научных работ, в их числе кандидатские и докторские диссертации, книги, монографии, учебники, руководство по музыкальной терапии, получены патенты на изобретения. В 2003 году было разработано и утверждено Минздравом РФ пособие для врачей «Методы музыкальной терапии» (Шушарджан С.В. с соавт.) и открыты первые в России профессиональные курсы по музыкотерапии.

Основными направления исследований были: 1. Лечебное пение (вокалотерапия). 2. Нейропсихология музыкальных воздействий. 3. Влияние звуков на кожу, точки акупунктуры и триггерные зоны. 4. Музыка и жизнедеятельность клеточных структур. 5. Музыка и гормоны

В итоге по результатам многолетних исследований была выдвинута **концепция психосоматической природы лечебного воздействия музыкой,** а позже сформулирована **нейрогуморально-резонансная теория,** ставшая научной основой музыкальной терапии и получившая международное признание

Благодаря исследовательским программам, **были открыты способы регуляции психических и физиологических процессов с помощью музыки.** Они и оказались ключом к созданию современных музыкально-акустических технологий оздоровления и омоложения, не имеющих аналогов.

Образовательные программы. Музыкальные терапевты приносят неоценимую пользу в тысячах организаций по всему свету: в клиниках разного профиля, в центрах медицинской и социальной реабилитации, в центрах психологической помощи, в детских

и образовательных учреждениях. Однако без широкомасштабной подготовки профессиональных специалистов в области музыкальной терапии глобальное продвижение данного направления невозможно. Значение музыкотерапии на уровне государства уже давно оценили в США, где 78 университетов в течение нескольких десятилетий ведут подготовку музыкальных терапевтов по программам всех уровней.

С 2003 года в России работают Высшие курсы музыкальной терапии - 3 ступени обучения: готовят профессиональных музыкальных терапевтов. Курсы являются циклом последипломной переподготовки для лиц, уже имеющих высшее базовое образование, например: медицинское, психологическое, музыкальное, педагогическое и пр.

В 2014 году под нашим руководством стартовала программа подготовки первых музыкальных терапевтов Татарстана по гранту Правительства РТ «Алгарыш». Выпуск состоялся в июне 2016 года. В 2017 г. в Московском социально-педагогическом институте создана первая в России Вузовская кафедра «Музыкальной терапии» в структуре факультета практической психологии.

Последние несколько лет обучение проводится при участии Европейской Академии Музыкальной терапии (EAMT, Болгария). По окончании выдаются дипломы Евросоюза, дающие право вести прием, преподавать, открывать свое дело в любой стране Европы и в России. Уже сейчас на курсы в школу научной музыкотерапии постоянно приезжают из Германии, Франции, США и многих других стран. Так в августе 2017 г. была завершена подготовка по музыкотерапии израильских врачей из ведущих клиник, в числе которых крупнейшая государственная клиника Израиля «Sheba Medical Center» и **о**нкологический центр Davidoff. Начинает функционировать учебный центр в Словакии.

Как показал опыт, учебные программы, разработанные российской школой научной музыкотерапии, оказались более чем конкурентно способны на международном рынке образовательных услуг, т.к. по научно-методическому и практическому содержанию во многом превосходят Западные аналоги. Эти курсы единственные в мире, где помимо традиционных (эмпирических) методов работы со взрослыми и детьми, осваиваются инновационные технологии научной музыкотерапии, открывающие уникальные возможности для здравоохранения и успешного бизнеса. В 2016 году за выдающиеся успехи в науке, практике и образовании Европейский научно-промышленный консорциум наградил школу научной музыкотерапии профессора С.В.Шушарджана золотой медалью «Европейское качество».

ТЕХНОЛОГИИ НАУЧНОЙ МУЗЫКОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПРАКТИКЕ И АНТИВОЗРАСТНОЙ МЕДИЦИНЕ

Шушарджан С.В.

НИЦ музыкальной терапии и восстановительных технологий, Москва, Россия

Европейская академия музыкальной терапии,

Св. Влас, Болгария

Музыкальная терапия – это лечебно-оздоровительное направление, которое использует различные музыкально-акустические методы, технологии и подходы (более 50 на сегодня) для коррекции психического и физического здоровья, профилактики заболеваний, социальной реабилитации, творческого и духовного развития личности.

Традиционно все методы музыкотерапии делятся на активные и рецептивные, отличающиеся тем, что в первом случае пациенты принимают непосредственное участие в процессе лечения, поют, музицируют и пр., а во втором случае - пассивно слушают программы музыкотерапии в виде записей или живого исполнения.

Кроме того методы делятся на эмпирические, т.е. полученные опытным путем, например, музыкально-педагогические, исполнительские и пр., и, научные, разработанные на основе строгих исследований и выявленных психофизиологических закономерностей влияния музыки на организм.

Российская школа научной музыкотерапии придерживается концепции, позволившей превратить данное направление в динамично развивающуюся высокотехнологичную отрасль.

Вот основные положения данной концепции:

1. Музыка рассматривается с научных позиций в гармоническом единстве: как искусство и как физическое явление. Поэтому должны изучаться как духовные, так и физиотерапевтические аспекты музыкально-акустических воздействий на организм как слышимого спектра (16 - 20000 Гц), так и инфразвуков (ниже 16 Гц), в комплексе с алгоритмами и интенсивностью воздействий.
2. Для глубокого понимания многогранного влияния музыки на организм необходимо проводить комплексные исследования: *а) психофизиологические, б) нейрогормональные; в) рефлекторные; г) адаптационные; д) регенеративные.*
3. Следует стремиться воплощать раскрытые закономерности в лечебно-оздоровительные, реабилитационные и профилактические технологии, эффективность которых должна оцениваться только с позиций доказательной медицины.

Соблюдение данных принципов помогли нам воплотить важную научную информацию, полученную в результате многолетних исследований, в инновационные восстановительные технологии и оборудование для **музыкально-терапевтических кабинетов разного профиля под общим названием "Doctor Music".**

Кабинет № 1:"Контроль возраста и стресса" - оборудован аппаратно-программным комплексом "Bonny Grand" для проведения процедур омоложения и стабилизации эмоционального состояния методом Мезо-Форте терапии. Данная технология использует специально разработанные музыкально-терапевтические программы для прослушивания и одновременного воздействия ими же на кожу лица и рефлекторные зоны головы через особую маску - преобразователь. При этом возникает как **внешний эффект омоложения**, за счет улучшения капиллярного кровообращения кожи и активизации регенеративных процессов, так и **внутренний анти-эйджинговый эффект**, возникающий благодаря устойчивой оптимизации нейрогормонального фона. Как показали клинические исследования, положительная динамика внешнего вида в виде разглаживания морщин, активизации роста волос и повышения общего тонуса после Мезо форте терапии, сопровождаются общеукрепляющим эффектом и изменяющимся, более молодым стереотипом поведения. К несомненным достоинствам Мезо-Форте терапии относится полная безопасность и предельная простота в управлении оборудованием. При этом по диапазону лечебно-оздоровительных эффектов деятельность кабинета № 1 может сопоставляться с деятельностью многопрофильного медицинского центра.

Кабинет № 2:"Семейная музыко-арт терапия". Полностью оснащенный оборудованием, инструментарием и методическими пособиями кабинет для оздоровления детей и родителей, для коррекции невротических расстройств: аутизма, ЗПР, речевых нарушений, а также творческого развития семьи.

Кабинет № 3: "Восстановительная музыкотерапия" - оборудован инновационным аппаратно-программным комплексом "АкуТон", позволяющим слушать лечебную музыку и одновременно воздействовать ею же на болевые зоны через особые звуковые магнитно-вакуумные устройства. Показания к применению АПК "Акутон": миозиты, миалгии; дорсопатии; невриты и невралгии; артриты и артрозы; невротические расстройства; сексуальные расстройства; снижение жизненного тонуса. Метод эффективно устраняет боли в спине, суставах и мышцах; стимулирует восстановление тканей, укрепляет организм и успешно борется со стрессом.

Инновационное оборудование и кабинеты «Doctor Music», разработанные в НИЦ МТиВТ при поддержке Европейской академии музыкотерапии (EAMT), а также дипломы EAMT прошли государственную аттестацию Евросоюза.

В настоящее время технологии «Doctor Music» широко применяются в реабилитационной практике и антивозрастной медицине в различных регионах России, а также в ряде Европейских стран: Эстонии, Польше, Болгарии, Израиле, Германии и др.