

Список литературы

1. Мамедов, М.И. Новый подход к первичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний и осложнений. / М.И. Мамедов. Пособие для врачей. — М., 2008. — 46 с.

2. Пат. 2359338 Российская Федерация, (19)RU(11) 2 359 338(13) С1. Способ моделирования артериальной гипертензии / Маслова Ж.В., Сусликов В.Л. Толмачева Н.В., Лихова О.И.; заявитель и патентообладатель ФГОУ ВПО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова». — № 2008106685; заявл. 20.02.2008; опубл. 20.06.2009, Бюл. № 17. — 5 с.

3. Толмачева Н.В. Эколого-биогеохимическое зонирование территорий — методологическая основа нормирования микроэлементов в питании / Н.В. Толмачева, В.Л. Сусликов, В.А. Козлов / Сб. Материалы 4 Российской биогеохимической школы». — М.: изд-во КМК. — 2003. — С. 224-229.

**ПРОБЛЕМЫ ПРЕПОДАВАНИЯ
НА КЛИНИЧЕСКИХ КАФЕДРАХ
МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ**

**Хунафина Д.Х., Галиева А.Т.,
Бурганова А.Н.**

*ГОУ ВПО «Башкирский государственный
медицинский университет Росздрава РФ»*

Поиск новых форм и приемов изучения дисциплин в высшей школе, в том числе и в медицинской, в наше время явление не только закономерное, но и необходимое. Внедрение активных форм и методов обучения, направленных на активацию самих обучающихся в учебном процессе, таких как ситуационные задачи, программированный и тестовый контроль, использование обучающих программ, демонстрация видеофильмов, проведение деловых игр, использование мультимедийного сопровождения учебных занятий, на сегодня является одним из самых популярных приемов современного обучения. Несомненным достижением последних лет является усиление наглядности преподавания. Современные образовательные системы и новые информационные технологии способствуют и помогают решению задач, стоящих перед кафедрами по подготовке студентов. В основном современная концепция образования делает упор, в основном, на самостоятельный поиск информации студентом, на самообучение. Акцент делается на мобильность и самостоятельную работу студента, который в будущем должен стать квалифицированным специалистом в своей сфере, умеющий самообразовываться, адап-

тироваться к изменяющимся условиям. В высшей медицинской школе на старших курсах обучение клиническим дисциплинам в основном строится на больных по типу циклового обучения. Смысл циклового обучения заключается в возможности «погружения» студента в предмет, что при правильной организации занятий позволяет создать целостное представление о предмете, его задачах и предназначении в формировании врачебного мировоззрения. Поскольку обучение клиническим дисциплинам проводится «на больных», возникает взаимодействие не только между преподавателем и студентом, но и между преподавателем, студентом и больным. Несомненно, современные обучающие методы и приемы важны, но в подготовке будущего клинициста без больных не обойтись. Многие современные студенты боятся больных, им проще работать над ситуационными задачами и компьютерными программами.

Преподаватель на клинической кафедре одновременно является и врачом. Поэтому, как и врачом он предстает перед студентами, во многом определяет этику учебного процесса. Преподаватель-клиницист, кроме того, что демонстрирует свое клиническое мышление, умение общаться с больным человеком, грамотно интерпретировать результаты лабораторного и инструментального исследований, должен уметь пользоваться педагогическим мастерством.

Коммуникативная компетентность врача начинает формироваться еще в процессе обучения в медицинском вузе, затем самостоятельно в результате общения с больными. Поэтому очень важно показать преподавателю-клиницисту своим студентам правильный стиль поведения, манеру общения с больными. Если отношение преподаватель-студент представляется как «внутренняя» проблема высшей школы, то когда в это отношение включается больной, ситуация приобретает более широкий характер. В учебном процессе происходит посвящение студента, еще не врача, в тайну болезни, при этом никто не спрашивает согласие пациента на такое посвящение. Регламентирующих или методических рекомендаций на случай взаимодействия преподаватель-студент-больной в доступной литературе мало. В спорных случаях больного можно «заменить» ситуационной задачей. Это вопросы не только правовые, но и этические. Сейчас этические вопросы преподавания на клинической кафедре приобретает актуальность в связи с тем, что неукоснительное соблюдение прав больного человека в современном цивилизованном обществе может значительно осложнить учебный процесс, сделать больного недоступным для обучения врачебной профессии. Особенно это актуально при изучении дисци-

плины инфекционные болезни, учитывая заразность некоторых инфекционных болезней, невозможность по этическим соображениям разбирать больных у постели (например, при ВИЧ-инфекции), как это было принято до недавних пор в медицинском вузе. Подготавливая весь комплекс занятий, начинающий преподаватель вынужден осмыслить и место заданной темы в учебной дисциплине, и необходимость междисциплинарной интеграции с проведением дифференциальной диагностики. Кроме того, преподаватель должен подготовить необходимую для этих занятий методическую документацию и критически осмыслить и при необходимости усовершенствовать сложившуюся на кафедре методику преподавания.

ГИСТО-УЛЬТРАСТРУКТУРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МИОКАРДА ХРОНИЧЕСКИХ АЛКОГОЛИКОВ И БОЛЬНЫХ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ АЛКОГОЛЬНОГО ГЕНЕЗА

Цыпленкова В.Г., Илларионова Н.Г.

*Российский кардиологический научно-производственный комплекс,
Москва, E-mail: cclibr@comcor.ru
РГМУ им.Н.И.Пирогова,
Москва, E-mail: rsmu@rsmu.ru*

Известно, что злоупотребление алкоголем может приводить к развитию специфического заболевания сердца — алкогольной кардиомиопатии (АКМП), финальным этапом которой является дилатационная кардиомиопатия (ДКМП) с развитием застойной сердечной недостаточности. АКМП может служить причиной внезапной сердечной смерти [3].

Существуют данные, что ежедневное употребление свыше 90 г чистого алкоголя в течение 5 лет и более приводит к бессимптомной АКМП, до 36% которой заканчивается сердечной недостаточностью на фоне ДКМП. Дальнейшее употребление алкоголя в 50% случаев приводит к смерти в течение 4 лет [1].

Целью настоящего исследования было сравнительное изучение гисто-ультраструктуры миокарда больных хроническим алкоголизмом 2-3 стадии с нарушениями ритма сердца и проводимости миокарда, но без явных признаков АКМП, и пациентов с клиническим диагнозом ДКМП на фоне длительного злоупотребления алкоголем с признаками сердечной недостаточности.

Исследование проведено на материале эндомиокардиальных биопсий больных хроническим алкоголизмом 2-3 стадии с нарушениями ритма сердца и проводимости миокарда, а также больных с клиническим диагнозом ДКМП, при наличии данных о длительном злоупотреблении алкоголем, с нарушениями ритма сердца и признаками сердечной недостаточности. В обеих группах были исследованы по 5 мужчин сопоставимого возраста от 30 до 50 лет.

Биоптаты эндомиокарда были получены во время диагностического коронарорентрикулографического исследования, в основном, из миокарда правого желудочка и межжелудочковой перегородки. Во всех изученных случаях стенозов коронарных артерий свыше 50% просвета не было обнаружено. Полученные биоптаты фиксировали в забуференном параформальдегиде на фосфатном буфере, постфиксировали в осмиевой кислоте, после обезвоживания в спиртах возрастающей концентрации, заливали в Аралдит. Полутонкие и ультратонкие срезы готовили на ультрамикротоме фирм LKB и Reichert, полутонкие окрашивали гематоксилином и эозином, ультратонкие уранилацетатом и цитратом свинца. Измерение диаметров кардиомиоцитов (КМЦ) проводили на полутонких срезах с помощью компьютерной программы Image Pro. Данные обрабатывались статистически с использованием критерия Стьюдента.

Исследование ультраструктурной организации КМЦ показало, что если в группе хронических алкоголиков выявлялась неравномерная гипертрофия в сочетании с атрофией КМЦ, но мало была изменена внутренняя архитектура КМЦ, то при ДКМП, наряду с резкой гипертрофией КМЦ отмечались резко истонченные атрофичные КМЦ, можно было говорить о ремоделировании самих мышечных клеток и их окружения. В КМЦ при АКМП встречались значительные скопления мелких просветленных митохондрий расположенных в нехарактерных местах КМЦ, отмечались зоны нарушения правильного расположения миофибрилл, участки их лизиса, значительная липидная инфильтрация КМЦ. В околоядерной зоне больных ДКМП алкогольного генеза отмечались крупные вакуоли, скопления липофусцина, лизосомоподобных образований, мелких гранул, напоминающих предсердные. В интерстиции миокарда выявлялись зоны жировой ткани, а также участки склероза. Электронномикроскопически типичных картин апоптоза обнаружено не было, встречались зоны некроза КМЦ.

В КМЦ хронических алкоголиков архитектура КМЦ практически не была изменена, митохондрии располагались меж-