

воспроизводства врачебных кадров для рассматриваемого профиля.

Основной причиной выбора специальности (медико-биологического факультета) большинство студентов называют желание работать в медицине (44,2% респондентов), многие выбрали специальность по совету родителей и знакомых (27,5%), а 12,3% вообще не смогли указать причину своего выбора. Обращает внимание, что не более 11,3% считают выбранную специальность престижной, а четкое представление о специальности при поступлении в вуз имело всего 5,5%.

Отсутствие четкого представления о выбранной специальности вполне адекватно объясняет, что 72,1% студентов отметили изменение отношения к ней в динамике обучения, из которых у 27,8% это отношение «очень сильно изменилось»; а у 33,4% – появилось разочарование. Положительно оценили свое изменение к профессии только 11,1%.

Таким образом, больше половины выпускников (61,2%) медико-биологического факультета в разной мере испытывают кризис социально-профессиональной адаптации, связанный с отсутствием четкого представления о выбранной специальности, у значительного числа из которых (68,3% рассматриваемой выборки) появилось разочарование. Учитывая, что 27,8% респондентов ответили, что у них «изменились планы на будущее», можно предположить, что более половины выпускников медико-биологического факультета, разочаровавшиеся в профессии готовы уйти из профессионального поля уже на этапе окончания вуза, даже не приступив к практической деятельности!

Особый интерес в контексте нашего исследования представляют перспективы практической реализации полученной специальности выпускниками. Большинство выпускников (44,5%) надеются на профессиональную реализацию в практическом здравоохранении. При этом 11,2% даже на выпускном курсе не знают, чем будут заниматься после окончания вуза. Многие (33,4%) предпочли бы заняться преподавательской и/или научной деятельностью. Интересно, что 33,6% хотели бы работать в современной лаборатории за рубежом(!). Таким образом, реализовать по специальности готовы только 67,2%, из которых половина хотела бы уехать за границу.

Социальная диагностика удовлетворенности полученного образования показала, что только 27,8% студентов «устраивает» (в разной степени) организация учебного процесса в вузе. При этом 27,5% респондентов не смогли ответить на вопрос. Значительная часть респондентов (44,6%) отметили перегруженность программ клиническими дисциплинами.

Таким образом, полученные результаты позволяют эксплицировать возможные маркеры

деформации системы воспроизводства врачебных кадров в рассматриваемой отрасли медицины: немотивированный выбор профессионального поля; неадекватность учебной программы; отсутствие перспективы благоприятных условий профессиональной реализации в национальной системе [1]. Проведенный социологический анализ формирования научных кадров на модели специальности «медицинская биохимия» в динамике профессиогенеза позволяет научно обосновать необходимость создания системы целевого заказа медицинских кадров для различных направлений медицины.

Список литературы

1. Доника А.Д. Современные проблемы профессионального образования / А.Д. Доника, Д.Д. Доника // Международный журнал экспериментального образования. – 2010. – № 7. – С. 77-78.

ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ И ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА В СИСТЕМЕ ПОДГОТОВКИ БАКАЛАВРОВ РАЗЛИЧНЫХ ПРОФИЛЕЙ В ВУЗАХ ТЕХНИЧЕСКОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ

Заплатаина О.А., Медведева Н.А.

Кузбасский государственный технический университет, Кемерово, e-mail: zoa@kuzstu.ru

Данные результатов медицинских осмотров и сдачи контрольных нормативов последних лет студентов первых курсов вузов свидетельствуют о непростой ситуации в области физической культуры и недостаточной эффективности применяемых образовательных программ и технологий физического воспитания не только в вузах, но и в других образовательных учреждениях. Абитуриенты при поступлении в вуз обладают отклонениями в физическом развитии и состоянии здоровья, заболеваниями в хронических формах, низким уровнем подготовленности, а главное уже сформированным отношением к физической культуре, как к учебной дисциплине второстепенного характера (Борисов П.С., 2010).

Продолжает возрастать количество абитуриентов, имеющих различные отклонения в состоянии здоровья, и в регионах, удаленных от центра страны. Только в г. Кемерово в период с 2007 по 2009 гг. среди студентов, поступивших в вузы на 1 курс, число лиц со всевозможными заболеваниями увеличилось на 1392 человека. Из них, поступивших в Кузбасский государственный технический университет – на 56 человек.

Сохраняющиеся негативные тенденции в ухудшении состояния здоровья молодежи, отмеченные даже в некоторых правительственных документах, подтверждают ежегодным увеличением количества студентов-первокурсников, отнесенных по состоянию здоровья для занятий физической культурой в специальную медицинскую группу (Валиева В.К., 2010). Однако

физическая культура во многих вузах остается единственным предметом, направленным на сохранение и укрепление здоровья студенческой молодежи, несмотря на то, что в вузах технической направленности, подготавливающих специалистов для работы в сложных производственных условиях, данной учебной дисциплине должно быть уделено более пристальное внимание.

С этих позиций физическая культура в вузе как учебная дисциплина претерпевает ряд изменений. Согласно Федеральному государственному образовательному стандарту высшего профессионального образования в соответствии с требованиями к обязательному минимуму содержания и уровня подготовки по дисциплине «Физическая культура», а также с учетом рекомендаций Примерной основной образовательной программы по различным направлениям технического профиля вводятся дополнительные 2 часа физического воспитания в неделю для студентов очной формы обучения. На основании вышеперечисленных требований и рекомендаций кафедрой физического воспитания Кузбасского государственного технического университета разработана новая учебная программа, охватывающая всевозможные стороны подготовки будущего специалиста с позиций изучаемой дисциплины. Предусматриваются такие обязательные разделы, как теоретический (18 часов), медико-практический (22 часа) и практический (360 часов). Тематическое наполнение теоретического раздела говорит о серьезном подходе к тем знаниям студентов, которыми они должны обладать после изучения учебной дисциплины. В него включены такие разделы как «Место физической культуры в системе профессиональной подготовки студентов. Социально-биологические основы адаптации организма человека», «Внедрение программ охраны здоровья в условия производства», «Общая и специальная физическая, спортивная подготовка студентов технического вуза и ее значение для успешного осуществления профессиональной деятельности», «Методические основы самостоятельных занятий физической культурой. Самоконтроль». Исходя из направлений разделов, кафедры могут планировать усвоение студентами очень широкого спектра необходимых для профиля соответствующего вуза прикладных знаний по дисциплине. Это является важным еще и потому, что тот потенциал, когда предметно-дисциплинарно выстроенный учебный план начал приводить к тому, когда каждая кафедра стала сосредотачивать свои усилия на принадлежащих ей дисциплинах, а не на комплексном применении знаний и умений при решении профессиональных задач в целом, к настоящему моменту исчерпал себя. Потребовалась перестройка высшего образования для того, чтобы подготовить совершенного иного специалиста,

обладающего интегральными профессионально важными качествами, максимально отвечающими требованиям современной системы «общество-производство». Вуз в настоящее время должен стать сложной социальной системой, успешное функционирование которого зависит от научно обоснованных, своевременно принятых и грамотно реализованных решений. Вопросы интегрального подхода к образованию в рамках дисциплины «Физическая культура» хорошо прослеживаются во всех разделах новой учебной программы. Например, медико-практический раздел, предусматривающий овладение не только необходимыми знаниями, умениями и навыками, но методиками прикладного характера, подразумевает овладение такими компетенциями как:

1) владение основами педагогических, психологических наук, основами эргономики и умением применять знания и методы этих наук в своей деятельности для повышения эффективности труда; самостоятельно работать с литературой для поиска информации об отдельных определениях, понятиях и терминах, объяснять их применение в практических ситуациях, связанных с профессиональной деятельностью;

2) владение алгоритмом здорового образа жизни;

3) владение навыками в использовании технических средств (компьютеров, медицинского инструментария) для расчета антропометрических индексов и номограмм функциональных проб, упражнений-тестов для оценки физического развития, телосложения, коррекции питания, функционального состояния организма, физической подготовленности, коррекции психологического статуса, способен осуществлять проведение измерений за эффективностью тренировочных занятий и др.

В последнее время в педагогической науке стали предлагаться различные модели подготовки специалиста, отражающие какие-либо ее характерные стороны или области, которые не нарушали, в принципе, общей модели целостного инженерного образования, но в которых уже уделялось больше внимания уровню здоровья будущего специалиста, уровню сформированности профессионально важных психофизиологических и физических качеств, затребованных работодателями на данном этапе экономического развития страны. Вопросам здоровья и физических кондиций специалиста стало уделяться повышенное внимание еще и в связи с тем, что при наборе студентов на инженерные специальности, связанные впоследствии в работой в экстремальных ситуациях в условиях опасного производства, должен был осуществляться достаточно строгий профессиональный отбор, который в первую очередь отражал бы уровень сформированности психофизиологических и физических качеств, необходимых для осуществления буду-

шей профессиональной деятельности. Этот отбор отсутствовал и до сих пор отсутствует в системе высшего профессионального образования (по крайней мере, в большинстве вузов).

Приоритет технократического подхода к высшему инженерному образованию в настоящее время сохраняется и его преодоление требует достаточно больших усилий в различных областях образования и науки. Современный инженер конечно же должен отвечать запросам времени, но тем не менее идеология инженерной деятельности не должна порождать негативные последствия, касающиеся здоровья специалиста, окружающих людей и экологического пространства, которое так или иначе неразрывно связано с системой «общество – производство».

ПОРАЖЕНИЕ ГОРТАНИ И ТРАХЕОБРОНХИАЛЬНОГО ДЕРЕВА ПРИ СИНДРОМЕ ЛАРСЕНА У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Кияшкин Р.С., Федько Н.А., Мещерякова Н.В.,
Добриков А.В.

*Краевая детская клиническая больница,
Ставропольская государственная медицинская
академия, Ставрополь, e-mail: kiromans@mail.ru*

Различные голосовые расстройства возникают преимущественно в детском возрасте. По данным литературы заболеваемость голосового аппарата у детей варьирует от 10 до 35% (Солдатский Ю.Л. 2010 г.) Однако проблемы диагностики выявления причины и своевременной коррекции нарушений голоса, особенно в дошкольном и младшем школьном возрасте остаются наименее изученными в педиатрии и отоларингологии. Стойкое расстройство голосовой функции с рождения связано с преимущественным органическим поражением гортани. В литературе малочисленны и крайне разноречивы сведения о частоте и этиопатогенетической роли в нарушении голосообразования дисфункции соединительной ткани, которая обуславливает морфологические и функциональные изменения гортани. Описано немало врожденных и наследственных заболеваний, сопровождающихся органическими нарушениями гортани и голосообразующей функции. Среди них синдромы Барта, Барнеса, Шварца-Джампля (ларингомаляция, мембрана гортани, миотония), Вильсона – Микити, трахеобронхомегалгия (синдром Мунье–Куна). К числу последних относится и *синдром Ларсена*, который выделен в самостоятельную нозологическую единицу в 1950 г. (L. Larsen с соавт.). Популяционная частота неизвестна. Наиболее типичным для него является высокий порог стигматизации и характерные вывихи в коленных, тазобедренных, плечевых, локтевых суставах, косолапость, цилиндрическая форма пальцев рук, короткие ногти, широ-

кие первые пальцы, камптодактилия. Больные имеют своеобразное лицо: выступающий лоб, вдавленная спинка носа, гипертелоризм, в некоторых случаях имеется расщелина неба. При рентгенологическом исследовании выявляются, смещение кпереди большеберцовой кости по отношению к бедренной, аномалии костей запястья и плюсны (кости укорочены, их окостенение задерживается), уплощение тел шейных позвонков, кифоз. Большинство аномалий при данном синдроме связано с гипоплазией носовых, плечевых, пястных, малоберцовых и плюсневых костей. Описаны случаи летального исхода на 1-м году жизни от нарушения дыхания, вследствие недостаточной ригидности надгортанника, черпаловидного хряща, трахеи. Аномалии внутренних органов, как правило не характерны, известны лишь отдельные наблюдения пороков сердца, гидроцефалии, гидронефроза. *Приводим клинический случай из собственной практики синдрома Ларсена с морфофункциональными изменениями в гортани и трахеобронхиальном дереве, приведший к смерти ребенка.*

Ребенок Оля И. находился после рождения на лечении в отделении патологии недоношенных в Краевой детской клинической больнице с 18.03.11 по 4.04.11. Девочка от 4-й беременности, предыдущие прерваны по желанию женщины. Настоящая беременность протекала с угрозой прерывания в 31-32 недели. Выраженное многоводие, гипоплазия плаценты. Масса при рождении 3100 г. Оценка по шкале Апгар 5-7 баллов. Состояние с рождения тяжелое, без кислорода не обходится. Отмечался гидроторакс, асцит. При извлечении плода сломано правое бедро, наложена лонгета. Из семейного анамнеза известно, что у матери имеется пролапс митрального клапана, гипермобильность суставов, заживление ран происходит с образованием грубых рубцов. При внешнем осмотре ребенка выявлена повышенная растяжимость кожи, гипермобильность суставов, микроаномалии ушных раковин, сандалевидная щель на стопах. В возрасте 17 суток переведена в отделение интенсивной терапии и реанимации. Нарушен процесс глотания. Активных движений в конечностях нет. В возрасте 1 мес. 7 дней ребенок скончался.

Данные гистологического исследования: легкие – интерстициальная пневмония, острый бронхит. Бронхи спазмированы в некоторых из них отмечается дивертикулёз. Острый трахеит, десквамация эпителия слизистой. РДС с образованием гиалиновых мембран. В трахее хрящевые кольца деформированы. В слизистой найдены фрагменты неоформленного гиалинового хряща. В кольце найден участок разряжения и замещения хряща костным мозгом с утолщением кольца. Хрящевая ткань гомогенная, ядра расположены беспорядочно, мелкие. В хрящах гортани участки разряжения.