

данная система оценки качества практического обучения является не единственной формой контроля и требует дальнейшего развития и совершенствования.

Литература:

1. Борисов Ю.Ю. Инновационные информационные технологии при подготовке бакалавров сестринского дела // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. - 2016. - № 4(1). - С. 65-67.
2. Диканская Н.Н. . Оценочная деятельность как основа управления качеством образования. // Стандарт и Мониторинг в образовании. 2003. № 3. С. 38–42.
3. Методические рекомендации по проектированию оценочных средств для реализации многоуровневых образовательных программ ВПО при компетентностном подходе / В.А. Богословский, Е.В. Караваева, Е.Н. Ковтун, О.П. Мелехова, С.Е. Родионова, В.А.Тарлыков, А.А. Шехонин. М.: Изд-во МГУ. 2007. 148 с.
4. Рамонова Л.П., Борисов Ю.Ю., Бондаренко П.П., Запрудина Г.Г., Егорова Н.А., Рудеева О.А. Перспективы применения бакалавров сестринского дела в практическом здравоохранении Российской Федерации // Международный журнал экспериментального образования . – 2015. - № 11. – С. 921-925.
5. ФГОС ВО по направлению подготовки 34.03.01 Сестринское дело (уровень бакалавриата) // Утвержден приказом Министерства образования и науки РФ от 03 сентября 2015 г. № 964.

**КОМПЕТЕНТНОСТНЫЙ ПОДХОД К  
ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО  
ОБРАЗА ЖИЗНИ ПРИ ПОДГОТОВКЕ  
БАКАЛАВРОВ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА**

Борисов Ю.Ю., Ильченко Г.В.  
*МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный  
медицинский институт высшего  
сестринского образования»  
Краснодар, Россия*

Неблагоприятное действие факторов внешней среды играет все более важную роль в развитии, становлении и прогрессировании многих хронических заболеваний внутренних органов и, следовательно, составляет весьма актуальную медико-социальную и экономическую проблему. В связи с этим назрела настоятельная необходимость внесения концептуальных изменений в системе высшего медицинского образования и целесообразность

обучения новой междисциплинарной специальности - превентивной медицине [1,2]. Без этого разрыв между затратами на здравоохранение и уровнем здоровья населения будет все более возрастать, а профилактические мероприятия останутся малоэффективными [3].

В формировании здорового образа жизни находят интегративное отражение современные экологические, социальные, экономические и личностные подходы к здоровому и больному человеку. Поэтому в процессе преподавания клинических дисциплин прежде всего следует обучать студентов внедрению каждого из компонентов здорового образа жизни, а именно: формированию гармоничного психоэмоционального статуса; рекомендациям по подбору адекватной данному индивидууму трудовой деятельности; рациональному питанию; достаточной физической активности; поддержанию оптимальной массы тела; устранению или по крайней мере ограничению производственных вредностей, курения, употребления алкоголя и других вредных привычек.

Совершенно очевидно, что реализация этих задач невозможна без учета и дифференциации географических, расовых, национальных, религиозных, половых, конституционных, возрастных особенностей, обуславливающих как различный удельный вес отдельных факторов риска в разных популяциях, так и механизмов патоморфоза тех или иных заболеваний. Не менее важное значение в современных условиях приобретает развитие новых методов и способов формирования у населения правильных представлений о причинах болезней. В частности, следует разъяснять, например, что в настоящее время в развитых странах 85% летальных исходов обусловлены 10 заболеваниями, имеющими общие факторы риска развития. Особое значение, на наш взгляд, имеет также пропаганда современных возможностей профилактики таких социально значимых заболеваний, как рак, ишемическая болезнь сердца и инфаркт миокарда, инсульт, депрессии.

По-видимому, нельзя ограничиться лишь внесением отдельных поправок в существующие программы высшей медицинской школы, а требуется концептуальный пересмотр целей медицинского обучения, ориентированных пока еще почти исключительно на диагностику, лечение, организацию ухода и лишь в небольшой степени - на первичную профилактику наиболее распространенных заболеваний. В связи с этим следует признать приоритетную роль обучения превентивной медицине и здоровому образу жизни.

Совершенно очевидно, что только специалист, обладающий глубоким пониманием внешних и внутренних процессов, формирующих факторы риска заболеваний, сумеет находить правильные решения по внедрению здорового образа жизни как в популяции в целом, так и у конкретного человека, а также выявлять лиц с повышенным риском развития той или иной болезни и/или ее более тяжелого течения, то есть осуществлять прогнозирующие, предупреждающие и корректирующие мероприятия.

Таким образом, совершенствование форм и методов обучения здоровому образу жизни и превентивной медицине является одной из важных задач высшей медицинской школы, позволяющей формировать у будущих специалистов практические навыки первичной профилактики заболеваний, что, несомненно, может способствовать понижению общей заболеваемости населения, повышению эффективности лечебных мероприятий и уменьшению числа летальных исходов.

#### Литература:

1. Борисов Ю.Ю., Ломоносова Г.Г. Использование инновационных образовательных технологий при подготовке будущих бакалавров сестринского дела // *Международный журнал экспериментального образования*. – 2015. - № 4. – С. 173-176
2. Борисов Ю.Ю. Инновационные информационные технологии при подготовке бакалавров сестринского дела // *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. - 2016. - № 4(1). - С. 65-67
3. Рамонова Л.П., Борисов Ю.Ю., Бондаренко П.П., Запрудина Г.Г., Егорова Н.А., Рудеева О.А. Перспективы применения бакалавров сестринского дела в практическом здравоохранении Российской Федерации // *Международный журнал экспериментального образования*. – 2015. - № 11. – С. 921-925

### **БАРЬЕРНАЯ ФУНКЦИЯ ПРИСТЕНОЧНОЙ ЖЕЛУДОЧНОЙ СЛИЗИ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

Борисов Ю.Ю., Пехова В.А.  
*МАОУ ВО Краснодарский муниципальный  
медицинский институт высшего  
сестринского образования  
Краснодар, Россия*

Актуальность. Согласно современным представлениям, ведущее значение в патогене-

зе язвенной болезни принадлежит нарушению баланса между кислотно-пептической агрессивной желудочной кислотой и защитными свойствами гастродуоденальной слизистой оболочки [3, 4, 6, 8, 11]. Как известно, одним из важнейших компонентов желудочной цитопротекции является слизь, которая образует непрерывное водонерастворимое гелевое покрытие внутренней поверхности желудка и в вязкой растворимой форме содержится в его просвете [5, 9, 10]. Защитные свойства слизи тесно связаны с высокомолекулярными гликопротеинами (ГП), которые обеспечивают ее вязкость, высокую адгезивность и формирование водонерастворимых вязкоэластичных гелей [2, 10, 13]. Ослабление внутренней пространственной решетки слизистого геля приводит к ускорению обратной диффузии  $H^+$ -ионов и пепсина, снижению барьерной функции слизистой оболочки и тем самым способствует ее повреждению [1, 12, 13].

Вместе с тем о состоянии слизистого барьера желудка в клинике до сих пор судят лишь по содержанию белковых или углеводных компонентов ГП в желудочном соке или моче. Совершенно очевидно, что в аспирированном желудочном секрете содержится отторгнутая слизь, которая уже не выполняет своей защитной функции, а данные о ее составе и концентрации не позволяют судить о реальном состоянии нативного желудочного слизистого геля. В то же время упруговязкие (реологические) свойства слизи, характеризующие внутреннюю структуру геля, степень полимеризации макромолекул ГП и в конечном итоге определяющие ее защитную роль, практически не изучены.

Целью настоящей работы было изучение у больных язвенной болезнью реологических свойств желудочной слизи с учетом локализации язвы и состояния секреторной деятельности желудка. Реологические исследования проводили с использованием методических подходов, принятых в современной физико-химической механике для определения структурно-механических свойств высокомолекулярных полимеров [7].

Материал и методы. Обследовано 57 больных язвенной болезнью в возрасте от 16 до 67 лет: у 9 (5 мужчин и 4 женщин) из них язва локализовалась в теле желудка, у 48 (35 мужчин и 13 женщин) – в луковице двенадцатиперстной кишки. В числе последних у 37 больных была неосложненная форма заболевания, у 5 – ушитая перфоративная язва, у 6 – в анамнезе указание на кровотечение из язвы. Контрольную группу составили 14 человек (6