

нального ориентирования планируем внести дополнения и изменения в рабочую программу, включив в занятия по темам «Функциональные стили речи. Научный стиль. Публицистический стиль», «Коммуникативный компонент культуры речи», «Лексические нормы современного русского литературного языка», «Грамматические нормы современного русского литературного языка» вопросы по терминологии дисциплин специальности и грамматическим правилам оформления научной работы. В 2016-2017 учебном году планируется произвести отбор методических приемов, терминологических единиц (совместно с кафедрой профильных гигиенических дисциплин и эпидемиологии КубГМУ), разработку заданий, ситуационных задач (тренингов коммуникативных навыков молодого специалиста) и формирование фонда оценочных средств, а в 2017-2018 учебном году апробировать материалы на практических занятиях по русскому языку и культуре речи.

Для реализации компетентного подхода необходимо соблюдение преемственности дисциплин и принципов профессионального ориентирования, которое сегодня считается одной из наиболее перспективных образовательных технологий, «позволяет организовать учебный процесс с учетом профессиональной специализации, а также с ориентацией на личность обучающегося, его интересы, склонности и способности» и помогает в условиях глобализации реализации творческого потенциала специалиста [3].

Несмотря на то, что дисциплина русский язык и культура речи не является профильной, она в качестве модуля вариативной части, согласно образовательному стандарту, «определяет в том числе специализацию программы специалиста» [1, с. 16], то есть имеет вес в становлении профессионального медико-профилактического мышления. В результате межпредметной интеграции у студентов формируются представления об основных сферах применения полученных знаний, и первокурсники, еще не обладающие четкими сведениями о научных аспектах

дисциплин специальности (т.к. в первом и втором семестрах изучают дисциплины гуманитарного, социального и экономического и математического, естественнонаучного циклов), смогут частично познакомиться с терминологией гигиены, что станет точкой отсчета в получении специальных знаний. Следовательно, будет решена задача приближения содержания занятий по русскому языку и культуре речи к практическим целям профилактической медицины, что и является целью профессионально-ориентированного подхода в обучении.

Литература

1. Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 32.05.01 медико-профилактическое дело (уровень специалитета). URL: <http://fgosvo.ru/320501> (дата обращения: 21.02.2017).
2. Профессиональный стандарт «Специалист в области медико-профилактического дела» URL: [minjust.consultant.ru](http://minjust.consultant.ru) (дата обращения: 21.02.2017).
3. Дмитренко, Т. А. Профессионально-ориентированное обучение студентов в системе высшего образования. URL: [www.nop-dipo.ru/node/272](http://www.nop-dipo.ru/node/272) (дата обращения: 21.02.2017).

## ОСОБЕННОСТИ ОСЛОЖНЕНИЙ ГЕСТАЦИИ У ЖЕНЩИН С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ

Черепяхин Е.П., Новикова В.А.

*ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России,  
Краснодар, Россия*

По определению ВОЗ, преждевременными считаются роды, произошедшие на сроке от 22 до 37 недель беременности (от 154 до менее 259 дней). Преждевременные роды (ПР), несмотря на введенные и в России с апреля 2012 года новые критерии живорождения, представляют значительные трудности для здравоохранения. Недоношенность, как следствие ПР, обуславливает заболеваемость новорожденного, увеличивает риск интеллектуального и эмоционального дефицита ребенка в дальнейшем [1]. В 80% причи-

ной ПР в сроке беременности 22-27 недель является патология плаценты (плацентарная недостаточность, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, предлежание плаценты, хориоамнионит и др.) и амниотической жидкости воспалительного генеза. В 64,3% случаев причиной ПР предполагалась угроза прерывания беременности в I-II триместрах, истмико-цервикальная недостаточность. Экстрагенитальная патология явилась фактором риска ПР в 33,2%, вагинальная инфекция в 30,9%, преэклампсии в 7,4% [2].

*Целью* настоящего исследования явилась оценка особенностей течения гестации у женщин с преждевременными родами.

*Материал и методы.* Исследование проводилось в период с 2012 по июнь 2016 годы в Перинатальном центре ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница» Минздрава Краснодарского края (г. Краснодар), который является специализированным по преждевременным родам в Краснодарском крае. Доля ПР в нём составляет от 11,3% до 17,1%. В исследование включены первородящие женщины с преждевременными родами (код МКБ - Об0), со спонтанным наступлением беременности, одним плодом, головным предлежанием плода, передним видом, отсутствием акушерской, гинекологической и экстрагенитальной патологии в стадии декомпенсации. Женщины были распределены на четыре клинические группы в зависимости от срока гестации: I клиническая группа – очень ранние преждевременные роды (группа ОРПР) (22-27 недель 6 дней, n=37 женщин), II клиническая группа – ранние преждевременные роды (группа РПР) (28-30 недель 6 дней, n=40 женщин), III клиническая группа – преждевременные роды (группа ПР) (30-33 недель 6 дней, n=38 женщин), IV клиническая группа – поздние преждевременные роды (группа ППР) (33-36 недель 6 дней, n=35 женщин). Группу контроля составили условно здоровые женщины с доношенным сроком беременности и с физиологическими родами (37-40 недель 3 дня, n=50). Срок беременности (M±SD) 33,44

±2,96 недель. Средний возраст обследованных 25,67 ±4,47 лет.

*Результаты.* Была выявлена высокая частота угрозы невынашивания во всех триместрах беременности у женщин с ПР, независимо от срока гестации. У 24 % женщин группы контроля так же в I триместре беременности имелись невыраженные симптомы угрожающего самоаборта. Тем не менее, имелись достоверные отличия у женщин различных групп сравнения. Так, в I триместре у женщин с ОРПР и РПР была наибольшая частота начавшегося самоаборта – 32,43% и 17,5% соответственно, клинические и УЗИ-признаки отслойки хориона у 21,862% и 15% соответственно, что было многократно выше, чем у женщин с ПР и ППР. Только у женщин с ОРПР и РПР было отмечено формирование ретрохориальных гематом размером до 150x40x35 мм. Преконцепционное обследование было произведено только 10,53% женщин с ПР и 5,71% женщин с ППР (4% от всех женщин с преждевременными родами) vs. 8% в группе контроля. Учитывая угрозу невынашивания беременности, женщинам в комплексе сохраняющей терапии назначалась гестагенотерапия. Срок начала гестагенотерапии у женщин с ПР был достоверно выше (8,37±0,41 (3-14) недель, p<0,05), чем у женщин в группе контроля (5,73±0,45 (3-8) недель, p<0,05): при ОРПР 11±0,56 недель, при РПР 8,73±0,8 недель, при ПР – 7,73±0,68 недель, при ППР – 6,09±0,53 (3-9) недель. Наиболее поздний срок – 11±0,56 недель был у женщин с ОРПР, что было обусловлено более поздней постановкой на учет в женскую консультацию. Доля женщин, имеющих погрешности в выполнении назначений и рекомендаций акушера-гинеколога, эндокринолога, терапевта в группах с преждевременными родами была достоверно выше, чем в группе контроля. Дефекты приверженности лечению у женщин с ОРПР составили 91,89%, что было наибольшим среди женщин групп сравнения и тем более группы контроля. II триместр беременности характеризовался аналогичными результатами.

Только у женщин с ОРПР и РПР диагностировались и сохранялись клинические признаки начавшегося самоаборта, частота у женщин с ОРПР была максимальной и достоверно более высокой, чем в группе контроля – 24,32%.

Несмотря на то, что частота дефектов приверженности лечению была значительно меньшей, чем в I триместре беременности, у женщин с ОРПР она сохранялась максимальной – 48,65%. Особенности III триместра беременности у женщин с ПР и ППР явилось наличие доплерометрических признаков нарушения гемодинамики в маточно-плодово-плацентарном кровотоке (МППК). Отсутствие аналогичных изменений в группе с РПР обусловлено сроком беременности 33-34 недели при проведении доплеро-

метрии МППК. Оказалось, что у женщин с преждевременными родами в указанные сроки частота хронической плацентарной недостаточности составляла 68,42% и 68,57% соответственно vs. 0% в группе контроля. Только у женщин с преждевременными родами при отсутствии клинических и УЗ-признаков нарушения положения и прикрепления плаценты, патологии шейки матки и пр. в 17,33% отмечались эпизоды кровомазания, тогда как в группе контроля кровомазание выявлено не было.

Таким образом, преждевременные роды в различные сроки гестации отличаются различной силой связи с осложнениями беременности в разные триместры беременности (таблица).

Таблица

Значимость факторов риска преждевременных родов, их сила связи с осложнениями гестации

| Фактор риска   | Критерий оценки значимости различий исходов в зависимости от воздействия фактора риска |                            |                               |                      |
|--|--|----------------------------|-------------------------------|----------------------|
|  | $\chi^2$   | $\chi^2$ с поправкой Йетса | Критерии силы связи (ф, V, К) | Сила связи           |
| Отслойка хориона (по УЗИ), I триместр (ОРПР)                 | 11.906<br>p<0,01   | 9.457<br>p<0,01            | 0.370                         | средняя              |
| Отслойка хориона (по УЗИ), I триместр (РПР)                  | 8.036<br>p<0,01  | 5.806<br>p<0,05            | 0.299                         | средняя              |
| Дефекты приверженности лечению, II триместр (ОРПР)           | 30.670<br>p<0,01   | 27.777<br>p<0,01           | 0.594                         | относительно сильная |
| Дефекты приверженности лечению, II триместр (РПР)            | 15.665<br>p<0,01   | 13.206<br>p<0,01           | 0.417                         | относительно сильная |
| Дефекты приверженности лечению, II триместр ПР               | 21.906<br>p<0,01   | 19.239<br>p<0,01           | 0.499                         | относительно сильная |
| Дефекты приверженности лечению, II триместр (ППР)            | 16.190<br>p<0,01   | 13.555<br>p<0,01           | 0.436                         | относительно сильная |
| Хроническая плацентарная недостаточность, III триместр (ПР)  | 48.557<br>p<0,01   | 45.326<br>p<0,01           | 0.743                         | сильная              |
| Хроническая плацентарная недостаточность, III триместр (ППР) | 47.775<br>p<0,01   | 44.451<br>p<0,01           | 0.750                         | сильная              |
| Кровомазание, III триместр (ПР)                              | 14.845<br>p<0,01   | 12.347<br>p<0,01           | 0.411                         | относительно сильная |
| Кровомазание, III триместр (ППР)                             | 14.380<br>p<0,01   | 11.792<br>p<0,01           | 0.411                         | относительно сильная |

Результаты данного исследования включены в содержание учебных занятий по акушерству и гинекологии.

Литература

1. Айламазян, Э. К. Дискуссионные вопросы преждевременных родов // Э. К. Айламазян, Т. У. Кузьминых / Журнал акушерства и женских болезней. – 2013. – № 4. – С. 97-105.
2. Пестрикова, Т. Ю. Результаты анализа преждевременных родов на 22-27 неделе в 2015 году // Т. Ю. Пестрикова / Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. – 2015. – № 3. – С. 1

### ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ КОМПЬЮТЕРНОГО ТЕСТИРОВАНИЯ

Чигрин С.В.

*ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России,  
Краснодар, Россия*

Общепризнанным является то, что для улучшения качества образования необходимы три фактора:

- 1) улучшение методик преподавания;
- 2) индивидуализация учебных программ;
- 3) систематический контроль за результатами учебного процесса.

При этом последний фактор представляется нам наиболее важным. Контроль является обязательным компонентом учебного процесса, и от его правильной организации зависит качество подготовки студентов. На сегодняшний день основным методом проведения всех видов контроля является устный опрос, обладающий двумя принципиально неустранимыми недостатками. Первый – оценивание на основе субъективного мнения преподавателя. Второй – оценка знаний по случайным фрагментам, что не позволяет выявить истинный уровень подготовки и оставляет в ней невыявленные пробелы. Выход лежит в применении современных информационных технологий.

По данным литературы, компьютерное тестирование (КТ) имеет важные пре-

имущества по сравнению с традиционными методами контроля:

1) быстрота проведения и обработки результатов [2] студентов с количественной оценкой успеваемости, делающей наглядным расслоение студентов на группы по уровню способностей и мотивированности к обучению [10];

2) объективность и точность результатов [3];

3) возможность сравнивать данные, полученные разными исследователями;

4) сравнение эффективности технологий обучения, ценности учебников, а также образовательные программы в разных странах [5];

5) объективное сравнение работы кафедр во время аттестационных мероприятий;

6) возможность оперативно вносить коррективы в учебные программы;

7) быстрая проверка знаний целого раздела и курса и возможность для тренировок и повторной отработки пробелов в знаниях [8];

8) повышение интереса к учебе и разгрузка преподавателя от рутинной работы.

К проблемам и недостаткам КТ относятся:

1) невозможность проверить способность думать, логически рассуждать, связно излагать мысли, анализировать и делать выводы [7];

2) угадывание или списывание ответов при огромной креативности студентов в изготовлении шпаргалок [4];

3) возможность несовпадения мнения учащегося с мнением составителя теста, в результате чего правильный ответ будет засчитан как неправильный, а также невозможность учета нескольких вариантов правильного ответа [1];

4) влияние на результат психофизиологических факторов – эмоционально нестабильные люди могут показать результаты значительно ниже своих реальных возможностей [6];

5) не выявляется зависимость успеваемости от числа пропусков занятий;

6) необходимость проведения анализа самого процесса тестирования при полу-