

УДК 618.3

И.Д. Евтушенко, Л.И. Ксендзов, В.С. Горин

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЛАГАЛИЩНОГО ПЕССАРИЯ ПРИ ВЕДЕНИИ БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕДЛЕЖАНИЕМ ПЛАЦЕНТЫ И НИЗКОЙ ПЛАЦЕНТАЦИЕЙ

Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей (Новокузнецк)

При сочетании обычной терапии и введения кольцевидного пессария у 65 беременных женщин с предлежанием плаценты или низкой плацентацией своевременно произошли 87 % родов при среднем весе плода 3364 г. У 3,1 % женщин наблюдались преждевременные роды и у 9,23 % – выкидыш до 22 недель. Отслойка нижнего края плаценты в родах наблюдалась у 4,6 %, кровопотеря не превышала 400 мл. Кесарево сечение было у 6,2 % женщин.

Ключевые слова: предлежание плаценты, влагалищный кольцевой пессарий

EFFICACY OF VAGINAL PESSARY IN PREGNANT WOMEN WITH PLACENTA PREVIA AND LOWER PLACENTAL LOCATION

I.D. Evtuschenko, L.I. Ksendzov, V.S. Gorin

Novokuznetsk State Institute of Physicians' Training, Novokuznetsk

Conventional therapy combined with the application of a ring pessary in 65 pregnant women with placenta previa or lower placental location resulted in term deliveries (87 % of women) with a mean infant birth weight of 3364,0 gramme. Premature delivery and spontaneous abortion before 22 weeks' gestation experienced 3,1 % and 9,23 % of pregnant women, respectively. Placenta marginalis detachment during labor was found in 4,6 % of women, and postpartum hemorrhage wasn't more than 400 ml. Cesarean section was performed in 6,2 % of pregnant women.

Key words: placenta previa, ring pessary

Одной из причин преждевременных родов и перинатальной потери детей может быть как предлежание, так и низкое прикрепление плаценты.

При консервативном лечении угрозы прерывания беременности, обусловленной предлежанием плаценты и низкой плацентации медикаментозными средствами и гормонами частота преждевременных родов колеблется от 30,8 до 62,1 % [2, 3].

По мнению В.М. Садаускаса и соавт. (1981) при выявлении предлежания и низкого прикрепления плаценты следует считать целесообразным применение циркулярного обшивания шейки матки во время беременности, что препятствует растяжению истмической части матки, дальнейшей отслойке плаценты, уменьшает возможность возникновения повторных кровотечений [1]. По их данным при ушивании шейки матки и интенсивном медикаментозном лечении самопроизвольные выкидыши в I триместре произошли у 6,8 % беременных, преждевременные роды – у 23 %, кесарево сечение было проведено у 53,9 %; перинатальная потеря детей составила 8,84 % [2].

Е. Собо и соавт. (1998) так же было проведено лечение при предлежании плаценты общепринятыми методами и с применением шва на уровне внут-

реннего зева шейки матки. По их мнению, при сравнении возможности продления беременности, количества кровотечений у пациенток, гемотрансфузий, родовых осложнений и т.д., согласно результатам статистических исследований, ушивание шейки является адекватной альтернативой обычному ведению беременности при предлежании плаценты [4].

Наибольший опыт в наложении шва на шейку матки был накоплен при компенсации истмикоцервикальной недостаточности. Выявлены и недостатки этого метода: возможность прокола плодного пузыря, прорезывание швов, вплоть до образования свищей, инфицирование.

Учитывая вышеизложенное, мы использовали влагалищный пессарий в виде кольца Майера при низкой плацентации и предлежании плаценты для формирования шейки матки и компенсации растягивающего эффекта давления плодного яйца на нижней сегмент, за счет опоры кольца на леваторы, в сочетании с иглорефлексотерапией, спазмолитической и гормональной терапиями.

МЕТОДИКА

Влагалищный пессарий представлял собой плоское кольцо из плексигласа или фтороплас-

та толщиной 20 мм, с выемкой по наружной поверхности R — 4 мм, диаметром 56 мм у первородящих и 60 мм — у повторнородящих. Диаметр внутреннего отверстия определялся диаметром шейки матки. Вводилось кольцо после 14 недель, убиралось в 38 недель беременности. Дополнительных обработок влагалища не требовалось.

Нами проведена беременность у 65 женщин, которым по поводу предлежания плаценты или низкой плацентации были введены влагалищные пессарии. Большую часть из них представляли привычно невынашивающие (55,4 %), реже были рожавшие и имевшие самопроизвольный выкидыш (16,9 %), нерожавшие с медицинскими абортными и (или) самопроизвольными выкидышами (15,4 %); роды и аборт имели 4,6 %, первую беременность 3,1 %, преждевременные роды 3,1 %, повторные роды 1,5 % женщин.

На момент введения влагалищного пессария у 40,1 % беременных хориальная ткань перекрывала внутренний зев шейки матки, у 44,6 % — достигала края внутреннего зева и у 12,3 % — находилась на расстоянии 1 — 2 см от него.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В течение беременности у абсолютного числа женщин (72,3 %) была необходимость в комплексном физиотерапевтическом и медикаментозном (спазмолитики, токолитики, гормоны) лечении. Почти половина наблюдавшихся (47,7 %) была госпитализирована по поводу угрозы прерывания беременности. Внутриутробная гипоксия плода была выявлена у 9,2 % беременных, от 1,5 % у первородящих с выкидышами в анамнезе до 4,6 % среди привычно невынашивающих. Беременность закончилась выкидышем до 22 недель у 9,23 % наблюдавшихся, в том числе у 1,5 % рожавших и имевших самопроизвольный выкидыш и у 9,2 % привычно невынашивающих. Беременность осложнилась дородовым излитием вод у 4,6 % женщин, от 1,5 % среди первородящих с выкидышами в анамнезе до 3,1 % среди привычно невынашивающих. Родовозбуждение проводилось у 1,5 % женщин (у одной из привычно невынашивающих). Роды в ягодичном предлежании наблюдались у одной из первородящих с отягощенным анамнезом. Кесарево сечение было проведено в общем у 6,2 % рожениц, в том числе у одной из имевших роды и аборт, одной из рожавших и имевших самопроизвольный аборт и двух привычно невынашивающих женщин. Преждевременные роды наблюдались у 3,1 %, а именно у двух привычно невынашивающих женщин, незрелыми плодами. Отслойка нижнего полюса плаценты была в общем у 4,6 % рожениц, однако кровопотеря более 400 мл не наблюдалась. Ревизия полости матки про-

водилась у 9,2 % рожениц, в основном у привычно невынашивающих.

Родились зрелыми 87,7 % новорожденных. Средний вес плода колебался от 3139,0 г у первородящих с медицинскими абортными и самопроизвольными выкидышами, до 3900,0 г у имевших одни преждевременные роды, составляя в среднем 3364,0 г. Врожденная аномалия плода, совместимая с жизнью, встретилась у одного новорожденного от привычно невынашивающей женщины. В раннем неонатальном периоде погибло 2 (3,1 %) новорожденных. Один преждевременно родившийся умер вследствие глубокой незрелости, другой — зрелый — из-за внутриутробной инфекции.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Учитывая низкий уровень оперативного завершения родов, низкий удельный вес доношенной беременности, небольшой уровень преждевременных родов, можно считать, что включение в комплексное лечение предлежания и низкого расположения плаценты влагалищного пессария положительно влияет на исход беременности и родов. В то же время высокий процент выкидышей среди привычно невынашивающих беременных, по всей видимости, связан с отсутствием у пессария стягивающего цервикального канала шва, препятствующего его открытию, что заставляет в дальнейшем в большей степени обращать внимание на этот контингент женщин. При сравнении с данными В.М. Садаускаса и Д.А. Максимайтене (1983) общая эффективность влагалищного пессария практически не отличается от эффективности хирургического вмешательства, но простота и безопасность его применения очевидна.

ЛИТЕРАТУРА

1. Использование нейрофизиологических и ультразвуковых методов исследования при ведении беременности, осложненной аномалиями расположения плаценты и фетоплацентарной недостаточности / Е.С. Серебренникова, В.С. Горин, А.Н. Флейшман, С.Г. Аракелян и др. // Матер. IV Российского Форума «Мать и дитя». — М.: Изд-во «МИК», 2002. — Т. 1. — С. 527 — 529.
2. Садаускас В.М. Влияние тактики лечения при предлежании плаценты на исход беременности / В.М. Садаускас, Д.А. Максимайтене // Акуш. и гинек. — 1983. — № 10. — С. 32 — 34.
3. Садаускас В.М. Значение определения локализации плаценты в акушерской практике / В.М. Садаускас, Д.А. Максимайтене, М.Р. Бутыкина // Акуш. и гинек. — 1983. — № 10. — С. 34 — 36.
4. Cervical cerclage: an alternative for the management of placenta previa / E. Cobo, A. Conde-Agudelo, J. Delgado et al. // Am. J. Obstet. Gynecol. — 1998. — Jul.; 179 (1). — P. 122 — 125.

Л.И. Ксендзов

КОМПЕНСАЦИЯ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВЛАГАЛИЩНЫМ ПЕССАРИЕМ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН

Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей (Новокузнецк)

В статье приведены результаты бескровной компенсации истмико-цервикальной недостаточности у 209 беременных женщин с этой патологией с помощью влагалищного пессария (кольца Майера). Роды в срок наблюдались у 83,7 % женщин. Родились жизнеспособными 91,9 % детей при среднем весе 3127,1 грамма.

Ключевые слова: цервикальная недостаточность, влагалищный пессарий

COMPENSATION OF CERVICAL INCOMPETENCE BY THE APPLICATION OF VAGINAL PESSARY DURING PREGNANCY

L.I. Ksendzov

Novokuznetsk State Institute of Physicians' Training, Novokuznetsk

The results of bloodless compensation of cervical incompetence by the application of vaginal pessary (Mayer's ring) in 209 pregnant women have been presented. Term deliveries experienced 83,7 % of pregnant women. Babies viability accounted for 91,9 % with a mean birth weight of 3127,1 gm.

Key words: cervical incompetence, vaginal pessary

Истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН) функциональная или анатомическая, по мнению В.И. Бодяжиной [1], встречается у 30 % привычно невынашивающих женщин. В настоящее время в связи с расширением эхоскопического обследования беременных женщин ИЦН выявляется не только у привычно невынашивающих, но и у первобеременных.

Критерии длины шейки матки (не менее 3 см) и диаметра внутреннего зева (не более 4 мм) хорошо обоснованы [4, 6, 12], что позволяет своевременно компенсировать недостаточность шейки матки [7]. Обычно это производится путем наложения лигатуры на уровне внутреннего зева влагалищным [5], лапаротомическим [2] или лапароскопическим [10] доступом. Таким же образом происходит снятие лигатуры.

Используется и ушивание наружного зева шейки матки по В. Szendi [5] влагалищным доступом. Положительным фактором ушивания является прочность замыкания внутреннего зева матки, возможность сохранения беременности у 75 % женщин [1], отрицательным — возможность прокола плодного пузыря, инфицирования и прорезывания швов, а при запоздалом снятии — возможность отслойки нормально расположенной плаценты.

Решить проблему позволяет применение неинвазивного способа компенсации ИЦН путем влагалищного пессария [8]. Влагалищный пессарий компенсирует давление вышележащего плодного яйца за счет опоры на леваторы, формируя шейку своим отверстием. Существует много модификаций пессария: в виде бабочки, в виде куба, в виде блюдца и т.д. [8, 9, 11]. Однако, пессарий в виде

кольца Майера, по нашему мнению, остается наиболее приемлемой моделью.

Целью нашего исследования было изучение применения влагалищного пессария для компенсации ИЦН в комплексном лечении невынашивания.

МЕТОДИКА

Было проведение обследования и лечение 209 женщин с наличием истмико-цервикальной недостаточности. Всем женщинам была проведена компенсация ИЦН путем введения кольца Майера. Одновременно, в случае необходимости, проводилось лечение невынашивания беременности физиотерапевтическими (длительная микроирригация) [3] и медикаментозными методами.

Обследуемые женщины были разделены на семь подгрупп в зависимости от акушерско-гинекологического анамнеза: первобеременных (1); имевших только роды (2); нерожавших, имевших медицинские аборт и (или) один выкидыш (3); рожавших, имевших медицинские аборт и (или) один выкидыш (4); рожавших, имевших медицинские аборт и один выкидыш (5); женщин с одними преждевременными родами (6); привычно невынашивающих (7). Большая часть женщин вошла в подгруппу 7 — 110 (52,6 %) человек, меньшая — в подгруппу 2 — 3 (1,4 %) и подгруппу 6 — 7 (3,3 %) человек. Подгруппу 1 составило 12 человек (5,7 %), подгруппу 4 — 14 (6,7 %). Неожиданно много оказалось беременных женщин в подгруппах 3 и 5 (подгруппа 3 — 31 (14,8 %), подгруппа 5 — 32 (15,3 %) человека).

Влагалищный пессарий (кольцо Майера) представляет собой толстое (20 мм) плоское кольцо с желобком по наружной части, глубиной до 4 мм. Все ребра кольцевидного пессария должны быть

тщательно сглажены, а сам пессарий — отполирован. Для каждой женщины пессарий изготавливался индивидуально, учитывались растяжимость входа во влагалище и диаметр наружной части сомкнутой шейки матки, измеренный зеркалом Куско. Для нерожавших женщин наружный диаметр кольца, вводимого после 14 недель, был в среднем около 56 мм, для рожавших один раз — около 60 мм. Материалом для колец служили плексиглас и фторопласт.

Перед введением кольца матка должна находиться в покое. Для уменьшения трения вход во влагалище и кольцо обильно смазываются глицерином или стерильным растительным маслом. Далее, при положении женщины лежа на спине, поставив пессарий вертикально, оттягивают пессарием заднюю спайку, и как бы прокатывают его под лоном, стараясь не травмировать уретру. После прохождения входа кольцо самостоятельно поворачивается в горизонтальное положение и укладывается на леваторы. При необходимости совмещается шейка матки с отверстием, предназначенным для нее. Вся процедура продолжается 15–20 сек. В случае пролабирования плодного пузыря введение кольца проводится при нахождении женщины в коленно-локтевом положении, когда давление на плодный пузырь отрицательное.

В течение беременности каких-либо обработок влагалища по поводу нахождения кольца не проводилось. Половые сношения допускались при спокойном состоянии матки. Удаление кольца проводится в 38 недель путем введения одного пальца в отверстие, установки кольца в вертикальное положение и выкатывания его из-под лона с надавливанием на заднюю спайку. Общая длительность извлечения не превышает 10 секунд.

В период наблюдения 10,5 % беременных женщин получили общеукрепляющее лечение и витамины, 45,5 % — длительную микроиглорефлексо-терапию и 44,0 % — сочетание длительной микроиглотерапии со спазмолитиками (папаверин, дротаверин, метацин), гормонами (туринал, прогестерон), токолитическими препаратами (партуситен, бриканил, гинипрал) в обычных дозировках. Госпитализация проводилась при отсутствии эффекта от амбулаторного лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Беременность у большинства женщин на фоне регулярного контроля протекала благоприятно. Проявления угрозы прерывания беременности, требующие госпитализации наблюдались в наибольшей степени у беременных в подгруппах 3 (45,2 %) и 5 (56,2 %). Гораздо меньше было госпитализаций в наиболее сложной для лечения подгруппе 7 (23,6 %). Многоводие наблюдалось у 3,2 % женщин в подгруппе 3. Беременность закончилась выкидышем до 22 недель у 3,2 % беременных в подгруппе 3, у 3,1 % — в подгруппе 5 и у 0,9 % — в подгруппе 7.

Роды осложнились родовым излитием вод у 8,3 % женщин в подгруппе 1, у 12,9 % — в подгруппе 3, у 7,1 % — в подгруппе 4, у 9,4 % — в подгруппе 5 и у 6,1 % — в подгруппе 7. Родовозбуждение

проведено у 12,9 % в подгруппе 3 и у 3,6 % — в подгруппе 7. Гипертензия в родах наблюдалась у 3,1 % в подгруппе 5 и у 0,9 % — в подгруппе 7. Роды в тазовом предлежании наблюдались у 6,4 % женщин в подгруппе 3, у 6,2 % — в подгруппе 5 и у 2,7 % — в подгруппе 7. Родоусиление по поводу слабости родовых сил проводилось у 16 % рожениц в подгруппе 1, у 6,4 % — в подгруппе 3, у 3,1 % — в подгруппе 5, у 3,6 % — в подгруппе 7. Отслойка плаценты в родах наблюдалась у 3,2 % рожениц в подгруппе 3 и у 14,3 % — в подгруппе 6.

Роды закончились кесаревым сечением у 8,3 % рожениц в подгруппе 1, у 14,2 % — в подгруппе 4, у 5,4 % — в подгруппе 7. Преждевременные роды наблюдались у 9,7 % женщин в подгруппе 3, у 9,4 % — в подгруппе 5 и у 22,7 % — в подгруппе 7. Родились незрелыми 6,4 % плодов в подгруппе 3, 9,4 % плодов — в подгруппе 5 и 16,36 % — в подгруппе 7. Умерли вследствие глубокой незрелости 9,4 % новорожденных в подгруппе 5 и 9,0 % — в подгруппе 7. Зрелые дети родились у 100 % женщин в подгруппах 1, 2, 4, 6. В подгруппе 3 зрелыми были 90,3 % новорожденных, в подгруппе 5 — 84,4 %, в подгруппе 7 — 75,5 %. Умер в родах один зрелый ребенок в подгруппе 3 из-за родовой травмы. Врожденные пороки развития, не приводящие к гибели плода, наблюдались у 1 новорожденного в подгруппе 1 и у одного в подгруппе 7. Средний вес новорожденных колебался от 2800,0 грамм в подгруппе 2 до 3540,0 грамм в подгруппе 4, составляя в среднем 3127,1 грамма.

Об эффективности принятой нами тактики свидетельствует тот факт, что среди 209 женщин, имевших ИЦН и получавших консервативное наблюдение и лечение, жизнеспособный ребенок родился у 91,9 %. Как и предполагалось, наиболее трудно было сохранить беременность в подгруппе 7, но неожиданно оказалось, что наличие даже одного самопроизвольного выкидыша (подгруппы 3 и 5) существенно отягощает течение беременности и родов. Половине беременных женщин в обследуемой группе введения кольца и физиолечения было достаточно для донашивания беременности, а некоторым, даже в подгруппе 7 (4 %), хватило только введения кольца. Это позволяет предположить, что ИЦН является самостоятельной патологией, а сочетание ее с угрозой прерывания увеличивает возможность выкидышей и преждевременных родов. Досрочное прерывание беременности проходило, обычно, вследствие невозможности компенсировать начавшийся родовой процесс.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В ходе лечения и обследования не было выявлено каких-либо осложнений, связанных как с введением и пребыванием, так и с удалением влагалищного пессария. Это убеждает в безопасности его применения. Результаты компенсации ИЦН методом введения влагалищного пессария сравнимы с результатами при наложении шва. Таким образом, использование кольца Майера для компен-

сацией ИЦН во время беременности более предпочтительно.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бодяжина В.И. Привычный выкидыш / В.И. Бодяжина, А.И. Любимова, И.С. Розовский. — М.: Медицина, 1973.
2. Ельцов-Стрелков В.И. Метод хирургического лечения анатомической истмико-цервикальной недостаточности вне беременности / В.И. Ельцов-Стрелков, Т.В. Смирнова // Акушерство и гинекология. — 1979. — № 2. — С. 29–30.
3. Ксендзов Л.И. Лечение невынашивания: Пат. РФ № 2132671 / Л.И. Ксендзов // Изобретения. — 1999. — Июль, № 19. — С. 387.
4. Липман А.Д. Ультразвуковые критерии истмико-цервикальной недостаточности / А.Д. Липман, А.Ю. Черемных // Акушерство и гинекология. — 1996. — № 4. — С. 5–7.
5. Степанова Р.Н. Истмико-цервикальная недостаточность / Р.Н. Степанова // Вопросы охраны материнства и детства. — 1986. — № 12. — С. 43–47.
6. Carbol D. Role of cervical modifications in threatened premature labor / D. Carbol, G. Grange //

J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. (Paris) — 1998. — Apr. 27 (3). — P. 259–264.

7. Ein kubisches Stutzpessar im Rahmen komplexer Behandlung der drohender Frühgeburt / A. Jorde, B. Hamann, P. Deicke, K.H. Belling // Zbl. Gynakol. — 1978. — 100. — S. 235–241.
8. Jewelewicz R. Incompetent cervix: pathogenesis, diagnosis and treatment / R. Jewelewicz // Semin. Perinatol. — 1991. — Apr., 15 (2). — P. 156–161.
9. Jiratko K. über unsere Erfahrungen mit dem Mayer — Ringpessar in der Prevention der Geburt / K. Jiratko, P. Baran, F. Zabransky // Zbl. Gynak. — 1977. — N 99. — S. 220–228.
10. Lesser K.B. Transabdominal cerclage: a laparoscopic approach / K.B. Lesser, J.M. Childers, E.A. Surwit // Obstet. Gynecol. — 1998. — May; 91 (Spt. 2) — S. 855–856.
11. Seyffarth K. Unblutige Zerklage mit Stutzpessaren Prophylaxe und Thearapie der Frühgeburt / K. Seyffarth // Zbl. Gynak. — 1978. — N 100. — S. 1566–1570.
12. Wong G. Sonographic assessment of the cervix in pregnancy / G. Wong, D. Levine // Semin. Ultrasound CT MR. — 1998. — Aug.; 19 (4). — P. 370–380.

УДК 618.39-021.3

Л.И. Ксендзов, Е.Ю. Корнева

ВЛИЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОГО ТОНУСА НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН

Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей (Новокузнецк)

Результаты исследования вегетативного тонуса показали, что преобладание парасимпатических симптомов у беременных сочетается с проявлением угрозы прерывания беременности, что предполагает недостаточное вегетативное обеспечение течения беременности у женщин.

Ключевые слова: невынашивание, вегетативный тонус

INFLUENCE OF VEGETATIVE TONUS ON PREGNANCY DURATION IN WOMEN

L.I. Ksendzov, E.Yu. Korneva

Novokuznetsk State Institute of Physicians' Training, Novokuznetsk

The data of the vegetative tonus studies have shown that prepotency of parasympathetic symptoms in pregnant women is associated with manifestation of pregnancy miscarriage, which may be caused by insufficient vegetative provision during pregnancy in women.

Key words: pregnancy miscarriage, vegetative tonus

Течение беременности у женщин подвержено постоянному влиянию факторов окружающей среды. Их восприятие и степень влияния на организм матери зависит не только от специфичности факторов, но и от их эмоционального восприятия беременной. Осуществление различных функций мозга (в том числе эмоциональных) зависит от над-сегментарных образований мозга, важнейшей си-

стемой среди которых является лимбико-ретикулярный комплекс (ЛРК) [3].

Назначение вегетативной нервной системы (ВНС) в поддержании постоянства внутренней среды организма с одной стороны и обеспечение различных форм психической и физической деятельности с другой. Именно поэтому ее сегментарные вегетативные аппараты неделимо соединены с моз-

говыми механизмами поведения, ЛРК, который в тесном взаимодействии с новой корой осуществляет реализацию поведенческих актов [1]. Влияние как симпатического, так и парасимпатического надсегментарных отделов ВНС отражается на сенсорных, моторных, вегетативных и эмоциональных функциях мозга, т.е. на вегетативном обеспечении организма женщины во время беременности.

Целью нашего исследования было выяснение вопроса о том, в какой степени преобладание симпатического или парасимпатического отдела ВНС связано с проблемой невынашивания беременности.

МЕТОДИКА

Нами было проведено сравнение двух групп женщин. В первой из них, состоящей из 41 женщины, находились доносившие беременность и не имевшие в течение ее угрозы прерывания. Во второй группе было 40 беременных, у которых настоящая беременность осложнилась угрозой прерывания. Исследование проводилось в родильном доме № 2 г. Новокузнецка. Сравнивались возраст, социальная принадлежность, менструальная функция, паритет, срок беременности, а также по таблице А.М. Вейна для определения вегетативного тонуса выявлялись симпатические и парасимпатические симптомы у беременных. Из всех симптомов, предложенных проф. А.М. Вейном и оцененных в баллах проф. А.Д. Соловьевой [3] нами были выбраны 33, для оценки которых не требовалось специального оборудования. После суммирования баллов за симпатические или парасимпатические симптомы выявлялось их преобладание у каждой беременной. Одновременно, с целью характеристики потоотделения нами использовалось не измерение кожного сопротивления, предлагаемого авторами, а гальванический эффект от батареи состоящей из серебряной и цинковой пластин, где электролитом служил пот, выделяющийся на ладонях соприкасавшихся с пластинами. Сила тока определялась высокоомным амперметром с параметрами от 0 до 150 микроампер. Прибор представлял собой упрощенный вариант устройства для измерения потоотделения Г.Ф. Тепина [4]. Результаты были обработаны статистически [2].

РЕЗУЛЬТАТЫ

В первой группе беременных возраст женщин был от 17 до 39 лет (в среднем 25,1 года), 36,6 % из них были рабочими, 34,2 % — служащими, 26,8 % — домохозяйками и 2,4 % — учащимися. Нарушений менструальной функции у женщин первой группы не отмечалось. Перворекоменными были 41,5 % женщин, повторнобеременными первородящими — 17 %, повторнородящими — 41,5 %. Медицинские абортс наблюдались в анамнезе у 48,8 % женщин, самопроизвольные выкидыши и преждевременные роды у беременных первой группы отсутствовали. Срок беременности колебался от 36 до 42 недель, составлял в среднем 39,7 недели. Согласно результатам оценки в баллах наличия симпатических и парасимпатических сим-

птомов преобладание симпатического отдела ВНС оказалось у 92,7 % женщин, а парасимпатического отдела — у 7,3 %.

Во второй группе беременных женщин возраст колебался от 18 до 39 лет, составлял в среднем 25,9 года, 35,0 % из них были рабочими, 37,5 % — служащими, 25,0 % — домохозяйками и 2,5 % — учащимися. Нарушений менструальной функции у женщин второй группы не наблюдалось. Перворекоменными были 25 % женщин, повторнобеременными первородящими — 35 %, повторнородящими — 40 % беременных. Медицинские абортс наблюдались в анамнезе у 40 % женщин, самопроизвольные выкидыши наблюдались ранее у 57,5 % беременных. Привычное невынашивание у женщин второй группы наблюдалось у 25 % беременных. Срок беременности колебался от 5 до 35 недель, составлял в среднем 20,3 недели. По сумме в баллах симпатических и парасимпатических симптомов преобладание парасимпатического отдела ВНС наблюдалось у 85 % женщин, а симпатического — у 15 % беременных.

Измерение гальванической активности серебряно-цинковой пары было произведено у 17 женщин первой группы с преобладанием симпатических симптомов и 38 беременных с преобладанием парасимпатических симптомов во второй группе. Среднее значение силы тока в первой группе оказалось $10,6 \pm 6,04$ микроампера, а у женщин второй группы $51,5 \pm 35,3$ микроампера.

При сопоставлении обеих групп оказалось, что они являются идентичными по возрасту, социальному статусу, менструальной функции, проценту повторнородящих и делавших медицинские абортс, но отличаются по процентам повторнобеременных первородящих ($t = 3,57$), а также по процентам выкидышей в анамнезе ($t = 7,2$). По процентным соотношениям в группах можно с уверенностью ($t = 5,47$) утверждать, что преобладание парасимпатических симптомов у женщин сочетается с угрозой прерывания беременности, а преобладание симпатических симптомов сочетается ($t = 11,19$) с отсутствием угрозы прерывания.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Исходя из выше изложенного, можно сделать заключение, что преобладание парасимпатических симптомов в вегетативном тонусе беременной женщины предполагает недостаточное вегетативное обеспечение ее развития и является одним из существенных эпидемиологических факторов невынашивания беременности у женщин.

Использование определения уровня потоотделения с помощью гальванической пары можно использовать для скринингово выявления беременных с преобладанием парасимпатических симптомов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вейн А.М. Заболевания вегетативной нервной системы. Руководство для врачей под ред. А.М. Вейна / А.М. Вейн. — М.: Медицина, 1991. — 664 с.

2. Генес В.С. Таблицы достоверных различий между группами наблюдений по качественным показателям / В.С. Генес. — М.: Медицина, 1964. — 82 с.

3. Соловьева А.Д. Методы исследования вегетативных функций при изучении надсегментар-

ных систем мозга (методические рекомендации) / А.Д. Соловьева. — М., 1980. — 24 с.

4. Тепин Г.Ф. Устройство для измерения пототоделения: Авторское свидетельство № 159937 / Г.Ф. Тепин // Изобретения. — 1964. — № 2.

УДК 378.147.227

Л.М. Яновский, В.Г. Горохов, В.А. Зыбин

ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД К ПРОБЛЕМЕ КОНСПЕКТИРОВАНИЯ ЛЕКЦИЙ СТУДЕНТАМИ

Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)

В представленной статье приводятся доводы о необходимости конспектирования студентами лекций, а также предлагаются новые подходы к решению этого вопроса. Они заключаются в том, что предлагается преподавателям составлять конспекты своих лекций, тиражировать их на кафедре и распространять среди студентов по доступной цене.

Ключевые слова: лекции, конспектирование, инновационный подход

INNOVATIONAL APPROACH TO THE PROBLEM OF LECTURES ABSTRACTING

L.M. Yanovsky, V.G. Gorokhov, V.A. Zybin

Irkutsk State Medical University, Irkutsk

The present work deals with the problem of lectures abstracting. New approaches to this problem solution have been proposed. The authors has shown that teachers should make abstracts of their lectures, replicate them and distribute among students on reasonable price.

Key words: lectures, abstracting, innovational approach

«Самое главное все же — победа труда, предприимчивости, инициативы. Эта победа дороже денег»
Альфред Нобель

Процесс краткого письменного изложения содержания лекции, составление ее в сжатой форме, конспектирование имеет давнюю историю. Сколько существуют на Земле студенты и преподаватели, столько существуют лекции и конспекты. Какая бездна сил и времени затрачена на этот титанический труд, какая масса бумаги, ручек и чернил переведена на это! Как же быть без конспектов? Это — знания, дисциплинированность в их освоении, приучение себя к определенному образу мышления, это признак трудолюбия студента, его самоорганизованности, это навыки самостоятельной работы, хорошая оценка на экзамене и, в конечном счете, — интерес к будущей профессии.

Многие из тех студентов, которые не приучили себя к конспектированию, считают это занятие скучным и трудным.

Однако конспектирование приучает к внимательности, развивает критическое мышление, дает возможность сравнивать и анализировать. Студент вместе с лектором следит за ходом мысли и разви-

тием сюжета лекции. При конспектировании обычно используются более краткие формулировки, с более простой структурой, чем в лекции.

Настоящее время — это век высоких технологий, информационных компьютерных систем, Интернета... А мы по-прежнему все конспектируем лекции? Возможно, пришла пора переосмыслить формы педагогической деятельности, организации методической и учебной работы? Современное образование должно, наконец-то, стать компьютеризованным [1, 2].

Без сомнения, необходимо разрабатывать и внедрять новые методы обучения, новые лечебные технологии, новые формы контроля знаний. К сожалению, этому мешает недостаточное финансирование образовательной деятельности со стороны государства, и потому ВУЗы вынуждены заниматься поиском внебюджетных средств для организации учебного процесса. И пока в большинстве ВУЗов «компьютерная мечта» все еще виртуальна, в реальности студенты продолжают методично писать лекции от руки [3].

Добросовестные учащиеся еще со школьной скамьи привыкли кратко конспектировать то, что говорит педагог. Став студентами, они пользуются конспектами для подготовки к семинарам, прак-

тическим занятиям, зачетам и экзаменам. Как это ни печально, содержание многих учебников безнадежно устарело. К тому же живое слово лектора воспринимается студентами лучше, чем учебник, и в конце лекции есть возможность задать вопросы, услышать на них ответы. Потому и вести конспекты просто необходимо.

Многие студенты лучше запоминают и усваивают материал, если записывают его за преподавателем. Но не мало среди слушателей и таких, которые лишь механически фиксируют лекции, даже не пытаясь осмыслить те или иные их положения. Понимание сути лекции они оставляют «на потом». И зачастую не потому, что не хотят размышлять над проблемой, просто времени на раздумья не хватает — надо успеть записать то, что говорит лектор. Совместить то и другое удается далеко не всем.

Для ведения хорошего конспекта студентам требуются короткие и четкие формулировки основных положений каждой темы, невысокий темп изложения материала. Во время лекции учащиеся иногда просят повторить отдельные положения, вследствие чего педагог не всегда укладывается в отведенные временные рамки и не успевает объяснить весь необходимый материал. В этом, пожалуй, главный недостаток интенсивного конспектирования: времени не хватает ни преподавателям для объяснения, ни студентам для понимания.

Иногда приходится отрываться от текста лекции на показ слайдов, обращать внимание студентов на таблицы и изображать какие-либо схемы на доске.

Такая «гонка» приводит к тому, что в результате конспекты получаются неточными: в них содержится много искажений подлинных мыслей лектора, сокращений и аббревиатур, порою непонятных даже самому автору конспекта. Готовиться по таким записям затруднительно, а иногда и бесполезно, поэтому, чем ближе подходит время сессии, тем студенты активнее начинают искать полноценные конспекты, ксерокопируют их и тиражируют.

Так что у конспектирования, как и у медали, есть оборотная сторона. А может, чтобы «зло пресечь», взять и отменить все конспекты? Нет, конечно. Записи лекций необходимы, но другие — точные, выверенные, понятные студентам. Но, к сожалению, готовых конспектов не существует.

Если бы преподаватели сами взялись готовить краткие изложения своих лекций? Кто может сделать это лучше педагога, прекрасно владеющего материалом?

Есть отдельные примеры создания собственных лекций. Например, изданные в нашем университете «Лекции по иммунологии» проф. Е.Г. Кирдея.

Естественно, коллеги будут сильно возражать: дескать, у нас и так мало времени, да и нужно ли преподавателю писать конспекты за студентов? Если согласиться с подобными доводами, то все должно остаться как прежде. А если не согласиться?

Каждый преподаватель затрачивает немало времени на подготовку и проведение своих лекций и семинаров и при этом непременно разрабатывает хотя бы коротенький конспект. Причем, чем

опытнее и ответственнее педагог, тем серьезнее и кропотливее он готовится к каждому занятию: тщательно ищет наиболее четкие формулировки определений всех болезней и методов их лечения, выделяет существенные симптомы, подбирает иллюстративный материал, составляет четкие и доходчивые задания для самостоятельной работы студентов. Особенное внимание уделяется разработке новых или заметно обновленных курсов, без которых невозможно современное образование.

В то же время у преподавателей есть уже готовые конспекты всех тем занятий по их предмету. К этому же, хорошие конспекты, отвечающие всем методическим требованиям: четко и точно сформулированное изложение основных положений лекции, включающее определения, классификацию заболеваний, клинику, диагностику, методы лечения, одну — две иллюстрации и несколько практических примеров, подтверждающих изучаемый материал.

По объему конспект не должен занимать более 2 — 3 страниц текста на компьютере, приравненных к машинописному варианту. Если он будет больше этого объема, то может потерять свою привлекательность для студентов, предпочитающих короткие, простые формы, которые легки и удобны для запоминания, что очень важно в медицинском образовании. Известно, что студенту-медику приходится заучивать сотни терминов и названий в курсах анатомии, физиологии, гистологии, химии, фармакологии, стоматологии и др. Конспекты призваны облегчить эту задачу. Поэтому желательно, чтобы формулировки в них не изобиловали сложносочиненными и сложноподчиненными предложениями и были бы понятны с первого прочтения.

Бесспорно, что работа над подобным конспектом для преподавателя не менее сложна, чем подготовка к лекции. Более того, зачастую после подготовки конспекта для студентов педагогу приходится вносить изменения в содержание своих лекций.

У противников «студенческих конспектов» есть и такие аргументы: если учащиеся не будут сами вести конспекты, они никогда не научатся искусству конспектирования, а это повлияет на их знания. Однако согласитесь, что связь между конспектированием и уровнем знаний весьма сомнительна.

Есть и другие возражения, касающиеся непосредственно материально-технической оснащенности кафедр и чисто организационных проблем. Не у каждого преподавателя есть домашний компьютер, не все умеют им пользоваться. Да и на кафедрах порой не хватает не только компьютеров и ксероксов, но даже бумаги. И кто же должен заниматься распространением конспектов? Сами студенты или лаборанты?

В действительности вопросов очень много. И важно, чтобы в этом большом количестве вопросов не утонули бы не только идея необходимости разработки студенческих конспектов, но и суть — совершенствование образовательного процесса в целом. Выход, по всей вероятности, необходимо искать, прежде всего, в новой организационно-методической работе кафедр.

В порядке эксперимента на кафедре госпитальной терапевтической стоматологии Московского государственного медико-стоматологического университета (МГСМУ) предлагается преподавателям подготовить конспект своей лекции. Затем он ксерокопируется и предлагается студентам по доступной цене. Такая же практика уже используется на стоматологическом факультете Боннского университета (Германия).

Примерный расчет времени таков: подготовка конспекта двухчасовой лекции требует от педагога приблизительно четырех часов работы. При отсутствии у преподавателя дома компьютера необходимую оргтехнику должна предоставить кафедра. Здесь же встает вопрос обеспечения кафедр достаточным количеством компьютеров и, соответственно, появляются возражения по поводу того, что подобный учебный процесс будет слишком дорог. Но приходило ли в голову кому-либо подсчитать, во сколько обществу обходится невежество?

Однако и при новом подходе к проблеме конспектирования лекций нас будут обуревать сомнения: не снизится ли познавательная активность студентов, если мы пойдем путем формального усвоения знаний. Последнее уже давно с тревогой и озабоченностью отмечают преподаватели. Необ-

ходимо «... передавать студентам науку, а не только знания ...» — эти слова Д.И. Менделеева не теряют своей актуальности и сегодня.

Как писал Н.И. Пирогов: «Отделить учебное от научного нельзя. Но научное без учебного все-таки светит и греет, а учебное без научного — как бы ни была приманчива внешность — только блестит».

Очевидно в становлении личности, в обучении, в воспитании и в профессиональной подготовке специалистов необходимо разумное совмещение нетрадиционных методологических подходов, новых научных направлений в педагогике высшей школы и традиционных классических методов обучения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Брусенина Н.Д. Новые образовательные и аттестационные технологии / Н.Д. Брусенина, Е.А. Волков, А.И. Ведеев. — М.: ВУНМЦ, 2000. — С. 141 — 151.
2. Брусенина Н.Д. Лекции конспектирует...преподаватель? / Н.Д. Брусенина // Кафедра. — 2004. — № 9. — С. 28 — 30.
3. Колесникова Н.И. От конспекта к диссертации: Учебное пособие по развитию навыков письменной речи / Н.И. Колесникова. — М.: Флинта, Наука, 2002. — 288 с.

УДК 378.18+304.3

Л.М. Яновский, В.А. Зыбин, В.Г. Горохов

ОРГАНИЗАЦИОННАЯ РАБОТА ПО ВОСПИТАНИЮ КУЛЬТУРЫ СТУДЕНТА-МЕДИКА

Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)

Предлагается разработка инновационной образовательной программы «Социальная поддержка студента на основе специальных образовательных программ», состоящая из четырех блоков. Они могут стать хорошей основой общей программы социальной и психологической поддержки студентов-медиков.

Ключевые слова: студенты-медики, воспитание, культура, социальная поддержка

ORGANIZATIONAL WORK ON THE FORMATION OF CULTURE IN STUDENTS OF MEDICAL INSTITUTIONS

L.M. Yanovsky, V.A. Zybin, V.G. Gorokhov

Irkutsk State Medical University, Irkutsk

Educational program «Social support of a student on the basis of special educational programs» is proposed. The program contains four sections. These sections may constitute the basis for general program of social and psychological support of students of medical institutions.

Key words: students of medical institutions, education, culture, social support

Нет необходимости обосновывать, что часть людей страдает от низкого уровня организованности, от неумения эффективно использовать время, разумно организовать свою работу и быт. Очевидно, в обновляющейся России целесообразно

обучать студентов не только профессиональной деятельности, но и искусству жить в новых условиях. У высшей школы есть все возможности оказать социальную и психологическую поддержку своим студентам, обучив их грамотно строить свой

профессиональный рост, приобретать современную организационную культуру, эффективно использовать время, управлять собственной жизнедеятельностью, умело вести свое домашнее хозяйство и семейную экономику [1–3].

Реализации такого подхода могла бы способствовать разработка инновационной образовательной программы «Социальная поддержка студента на основе специальных образовательных программ». Эта программа может состоять из четырех образовательных блоков — учебных дисциплин.

I БЛОК – «ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ»

В этот курс необходимо ввести разделы:

- как учиться в высшем учебном заведении;
- как эффективно построить свой личный профессиональный рост;
- как эффективно использовать свое рабочее и нерабочее время;
- как составить профессиональное резюме.

Вместе со студентами старших курсов целесообразно разработать и издать «Путеводитель по Иркутскому государственному медицинскому университету» и такой же путеводитель по каждому из факультетов. Такие путеводители, содержащие массу полезной информации для абитуриента или начинающего студента, должны освещать следующие вопросы: обязанности и права студентов, порядок приема зачетов и экзаменов, организационная структура университета, факультетов, отделы и службы университета, библиотеки и читальные залы, спортивная база, как жить в общежитии и многое другое.

II БЛОК – «ВЫРАБОТКА У СТУДЕНТОВ УМЕНИЙ СОВРЕМЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИОННОЙ КУЛЬТУРЫ»

Важным элементом образовательной программы является формирование в студенческой среде современной организационной культуры, умения вести себя на работе, в семье, в различных ситуациях общественной жизни [4].

С разработанным профессиональным резюме студент идет на экзамен к преподавателю и к будущему предполагаемому работодателю. Все годы обучения в университете будущий медицинский работник при наличии резюме постоянно находится в ситуации просмотра с позиции потенциального работодателя и привыкает к мысли о том, что главное в его вузовской жизни — не столько диплом, сколько выработка у себя готовности работать на той или иной должности и постоянно повышать свою квалификацию и профессиональные навыки.

Хорошо, когда на всех этапах учебы рядом со студентом присутствует более опытный наставник-консультант. Это может быть студент выпускного курса, врач-интерн, врач-ординатор, от которого будущий врач получает постоянную поддержку и помощь, а главное, всегда имеет достойный пример для подражания.

Старшекурсники, врачи-интерны, ординаторы и преподаватели могут формировать у студентов

младших курсов необходимые навыки организационной культуры, например, умение вести себя в общежитии, в студенческой группе, выступать публично. Необходимо обращать внимание на внешний вид студента.

Теоретические основы воспитания современной организационной культуры студентов могут быть изложены в учебной дисциплине «Организационное поведение». Здесь необходимо изучение тем: личность в организации, «команда» менеджера, основы культуры общения, этика взаимоотношений с руководителем, этика взаимоотношений с подчиненными и др.

Поддерживая студенческую инициативу, хорошо, если студенты разрабатывают собственные кодексы: как строить отношения с преподавателями; как строить отношения между собой.

III БЛОК – «ФОРМИРОВАНИЕ У СТУДЕНТОВ КАЧЕСТВ ПО УПРАВЛЕНИЮ СОБСТВЕННО ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ»

Переход российской экономики на рыночные отношения резко интенсифицировал труд всех категорий трудящихся, потребовал повышения личной трудовой отдачи каждого работника.

Исключительно важным компонентом жизненного успеха и деловой карьеры молодых людей становится эффективная организация не только своей трудовой деятельности, но и всего жизненного уклада.

Постоянный недостаток времени при возрастающем трудовом ритме — явление, наблюдаемое во всем мире у большинства активного населения. Поэтому и встает проблема обучения учащейся молодежи тому, как экономить время и использовать его наилучшим способом [4].

В чем же главные причины неэффективного труда? В том ли, что люди неправильно работают, не решают проблем, не экономят средства, не исполняют долга и т.п.? Практика показывает, что для эффективной личной работы этого недостаточно. Главное — другое: следует успевать делать не все, а самое важное, искать альтернативы решаемым проблемам, оптимизировать использование средств, ориентироваться на конечные результаты, повышать качество продукта и прибыль. Ключевые постулаты управления необходимо применять не только к другим сотрудникам, но и к самому себе.

Опыт успешных менеджеров убедительно показывает: жизнь и деятельность руководителя могут быть организованы в систему, называемую персональным менеджментом. Это целенаправленное и последовательное использование испытанных наукой и практикой методов и приемов менеджмента в повседневной личной деятельности, для того чтобы наилучшим образом использовать свое время, собственные возможности, сознательно управлять жизнью, преодолевать внешние обстоятельства как на работе, так и в быту.

Систему персонального менеджмента можно образно представить специальной моделью требований к качествам делового человека, способного управлять самим собой: к способности правильно формулиро-

вать жизненные цели, к самодисциплине, к знаниям техники собственной работы, к способности делать себя здоровым, к эмоционально-волевому потенциалу личной работоспособности, к постоянному самоконтролю своей жизнедеятельности.

Овладение приемами персонального менеджмента позволит студенту, врачу-интерну, врачу-ординатору, аспиранту эффективно организовать свой личный труд; коротким путем достичь профессиональных и жизненных целей, избегать стрессовых ситуаций, сохранять высокую работоспособность, достигать наилучших результатов деятельности, получать удовлетворение от выполняемой работы.

Искусству и науке персонального менеджмента будущих специалистов следует обучать еще в стенах вуза. Это нужно и для оптимизации жизненного уклада студента и для рассчитанной на успех его деятельности в будущем.

Для того чтобы студенты реально овладели этими умениями, нужна повседневная практика, повседневное применение в жизни рекомендуемых правил и практических приемов личной организации.

Для личной самоорганизации и самоконтроля необходима разработка «Делового блокнота студента», «Делового блокнота врача-интерна» и т.д., которые позволили бы иметь под рукой не только расписание занятий, лекций, зачетов, экзаменов, но и планировать свои мероприятия на неделю, на месяц, на год. Здесь отводится место и для планирования отдыха, развлечений, фиксирования новых и собственных идей и много другого.

Если специалист не может хорошо управлять собственной жизнью и собственными делами, то очень трудно надеяться, что он сможет эффективно управлять другими людьми, службами, отделениями, предприятием.

IV БЛОК – «ОБУЧЕНИЕ СТУДЕНТОВ УПРАВЛЕНИЮ СЕМЕЙНОЙ ЭКОНОМИКОЙ»

В буквальном смысле слово «экономика» означает «искусство ведения домашнего хозяйства». Жизнь в условиях рыночных отношений требует от каждой семьи умения считать, соотносить доходы и расходы. Получаемого дохода может часто не хватать на жизнь, и сама жизнь заставляет нас учиться экономному, рациональному, продуманному до мелочей хозяйствованию в каждой семье, на каждом предприятии.

Семейный бюджет можно «приручить» жестким учетом и анализом, планированием, системой. Известно, что в большинстве семей не налажен даже учет расходов и доходов. Если же нет учета, то не может быть анализа и планирования в расходовании семейных денег. Действительно, 54 % опрошенных не планируют свои семейные расходы, только у 53 % опрошенных семейные расходы соответствовали получаемым доходам, но только 10 % опрошенных согласились с тем, что свою экономику они вели неправильно и это создает в семье массу проблем и забот [1, 3].

Для студентов очень важной социальной и психологической поддержкой будет освоение управления семейной экономикой. Успех в профессиональ-

ной жизни во многом зависит и от семейного благополучия.

«Управление семейной экономикой» — наука для тех, кто хочет уметь жить на заработанные средства и, прежде всего, конечно, для студенчества.

Исследования показывают, что взрослыми себя считает половина российских подростков с 16 летнего возраста. Важно наличие у студентов стремления самостоятельно строить свою жизнь, способности к ее творческому осмыслению. Важно признание возможности и необходимости самостоятельного решения человеком проблем через овладение знаниями и навыками анализа для управления ситуациями своей микросреды.

Спецкурс может состоять из следующих разделов: управление семьей, семейный бюджет, семейная книга учета доходов и расходов, налоги в семье, страхование семьи, финансовый портфель семьи, культура семейного потребления, семейный бизнес, экономическое воспитание детей, здоровье семьи и др.

Актуальность такого курса безусловна, т.к. в студенческие годы молодые люди, образуя семью, нуждаются в социальной поддержке общества. В эти годы закладываются основы семейного благополучия. В помощь молодым семьям разработана специальная книга для учета доходов и расходов. Подобные книги когда-то использовались в каждой российской дворянской и купеческой семье, и люди с детства учились жить грамотно, по средствам. Потребность в семейной финансовой книге отметили всего 21 % опрошенных студентов, экономными и бережными считают себя 47 %. Однако финансовое состояние соответствует запросам только у 12 % опрошенных.

На вопрос: «Кто учил Вас ведению домашнего хозяйства?» 4 % ответили — книги, 2 % — в школах, 0 % — в вузах, 0 % — на специальных курсах, 45 % — родители, 49 % — никто не учил. Результаты опроса студентов говорят сами за себя: искусству вести семейную экономику, а тем более управлять ею, нужно обучать профессионально и делать это как можно раньше. Это важное условие личностной и профессиональной устойчивости в жизни молодого поколения.

Приведенные четыре слагающие блока могут стать хорошей основой общей программы социальной и психологической поддержки студентов-медиков.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ваш семейный бюджет. Приходно-расходная книга молодой семьи. — Пенза, 2003. — 120 с.
2. Резник С.Д. Введение в специальность «Менеджмент организации»: Учебное пособие для вузов / С.Д. Резник, И.А. Игошина, В.С. Резник. — М.: Логос, 2004. — 320 с.
3. Персональный менеджмент: Учебник для вузов / С.Д. Резник, С.Н. Соколова, Ф.Е. Удалов и др. — М.: Инфра-М, 2002. — 620 с.
4. Резник С.Д. Управление семейной экономикой: Учебное пособие для вузов / С.Д. Резник, В.А. Бобров. — М.: Экономика, 2003. — 439 с.

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ В «БЮЛЛЕТЕНЬ ВСНЦ СО РАМН»

Редакционная коллегия "Бюллетеня ВСНЦ СО РАМН" обращает внимание авторов на необходимость соблюдать следующие правила.

1. Статья должна иметь визу руководителя учреждения, сопроводительное письмо из учреждения, где выполнена работа на фирменном бланке, экспертное заключение о возможности опубликования.

2. Статья должна быть напечатана на одной стороне листа формата А4. В редакцию направляется магнитный диск с записью статьи в текстовом редакторе Word 6 или выше и один распечатанный экземпляр.

3. Рекомендуемый шрифт – 12 Times New Roman, интервал – одинарный; поля: верх – 2.5; низ – 2; слева – 3; справа – 1. Все рисунки должны быть представлены каждый отдельным файлом в формате TIFF с разрешением не менее 300 ppi. Диаграммы, графики и таблицы должны быть выполнены в Word, Excel или Statistica и представлены отдельными файлами.

4. Объем статей не должен превышать 8 страниц с иллюстрациями, подписями к ним, таблицами, списком литературы и рефератом.

5. В начале первой страницы пишут: индекс УДК; инициалы и фамилию автора (ов); название статьи; учреждение, где выполнена работа; город; реферат на русском языке, ключевые слова на русском языке (не более 4); реферат на английском языке, ключевые слова на английском языке.

Затем идет текст статьи, список литературы, На отдельных листах печатаются таблицы, рисунки, подрисуночные подписи.

6. При представлении в печать научных экспериментальных работ авторы должны указывать сведения о количестве, видах использованных лабораторных сертифицированных животных, источниках их получения; применявшиеся методы обезболивания и умерщвления животных (строго в соответствии с "Правилами проведения работ с использованием экспериментальных животных", утвержденных приказом МЗ СССР).

7. Статьи экспериментального и клинического характера после короткого введения необходимо снабжать подзаголовками: "Методика", "Результаты", "Заключение" или "Выводы".

8. Изложение статьи должно быть ясным сжатым, без повторений и дублирования в тексте данных таблиц и рисунков. Статья должна быть тщательно выверена авторами. Все буквенные обозначения и аббревиатуры должны быть в тексте развернуты.

9. Все цитаты, приводимые в статьях, необходимо тщательно проверить. Должна быть ссылка на пристатейный список литературы.

10. Все термины должны быть унифицированы с учетом Международной классификации болезней 10-го пересмотра.

11. Сокращение слов, имен, названий (кроме общепринятых сокращений мер, физических и математических величин и терминов) не допускается. Необходимо строго придерживаться международных номенклатур. Единицы измерений даются по системе СИ.

12. В тексте обозначаются места расположения рисунков и таблиц, с указанием номера рисунка или таблицы и их названия.

13. В конце статьи ставятся подписи всех авторов. Необходимо указать фамилии авторов, полностью имя и отчество, должность, ученые степени и звания; полный почтовый адрес (с шестизначным индексом и номер телефона того автора, с которым редакция будет вести переписку).

14. Количество иллюстраций (фотографии, рисунки, диаграммы, графики) должно быть минимальным (не более 3-х монтажей фотографий или рисунков).

Фотографии должны быть прямоугольными, контрастными в формате TIFF (с разрешением не менее 300 dpi), рисунки четкими, диаграммы и графики выполнены в редакторе Word или Excel на компьютере с выводом через лазерный принтер.

Все иллюстрации присылать в одном экземпляре. На обороте фотографии и рисунка карандашом ставится номер, фамилия первого автора, название статьи, обозначается верх и низ.

Микрофотографии необходимо давать в виде компактных монтажей. В подписях к микрофотографиям указывают увеличение, метод окраски. Если рисунок дан в виде монтажа, детали которого обозначены буквами, обязательно должна быть общая подпись к нему и пояснения всех имеющихся на нем цифровых и буквенных обозначений.

Рисунки вкладываются в конверт, на котором пишут фамилию автора и название статьи.

15. Таблицы должны быть наглядными и компактными. Все таблицы нумеруют арабскими цифрами и снабжают заголовками. Предельное число знаков в таблице – 65, включая ее головку, считая за один знак каждый символ, пробел, линейку. Название таблицы и заголовки граф должны точно соответствовать ее содержанию.

16. Библиографические ссылки в тексте статьи даются номерами в квадратных скобках в соответствии с пристатейным списком литературы. В оригинальных статьях цитируется не более 15 источников, в передовых статьях и обзорах — не более 30. В список литературы не включаются неопубликованные работы и учебники.

17. Пристатейный список литературы должен оформляться в соответствии с ГОСТом 7.1-8.4 с изменениями от 1 июля 2000 г.

Сокращение русских и иностранных слов или словосочетаний в библиографическом описании допускаются только в соответствии с ГОСТами 7.12-77 и 7.11-78.

18. К статье прилагается реферат, отражающий основное содержание работы, размером не более 15 строк машинописи в 1 экземпляре на русском и английском языке. В реферате на английском языке необходимо указать: название статьи, фамилии всех авторов, полное название учреждения, а также ключевые слова.

19. Редакция оставляет за собой право сокращать и исправлять принятые работы. Статьи, направленные авторам на исправление, должны быть возвращены в редакцию не позднее чем через месяц после получения с внесенными изменениями (плюс дискета с исправленной статьей). Если статья возвращена в более поздний срок, соответственно меняется и дата ее поступления в редакцию.

20. Не допускается направление в редакцию статей уже публиковавшихся или посланных на публикацию в другие журналы.

21. Рецензируются статьи редакционным советом.

22. Рукописи, оформленные не в соответствии с указанными правилами, не рассматриваются.

23. Не принятые к опубликованию рукописи авторам не возвращаются.

24. Корректурa авторам не высылается и вся дальнейшая сверка проводится редакцией по авторскому оригиналу.

25. Автор полностью несет ответственность за стиль работы и за перевод реферата.

Формат 60×84/8. Бумага офсетная. Сдано в набор 01.02.2005. Подписано в печать 01.03.2005.
Печ. л. 29,8. Усл. печ. л. 27,7. Уч. изд. л. 28,6. Зак. 057-05. Тир. 500.

РИО ГУ НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН
(664003, Иркутск, ул. Борцов Революции, 1. Тел. 29-03-37. E-mail: arleon@rol.ru)
