

ривается как перераспределение и активация иммунцитов при наличии местного очага воспаления в организме. По мнению Steinman R. (1999), при повреждении тканей и местном воздействии патогенных факторов, регенераторные процессы сопровождаются выраженной инфильтрацией лимфоцитами, плазматическими клетками, полинуклеарами, единичными эозинофилами. Автором показано, что при наличии патологического очага, в случае необходимости запуска регенерационного процесса, имеет место активация лимфопозза и миграция в регенерирующую эпителиальную пластинку лимфоцитов из центральных

органов иммунопозза, прошедших антиген независимую дифференцировку. Миграция иммунных клеток в эпителиальный барьер и на его поверхность сквозь него играет важную роль в иммунных и воспалительных процессах.

Защитная функция эпителиального барьера во многом определяется состоянием местного иммунитета, взаимодействием клеток иммунной системы прилежащих к эпителиальным пластинкам соединительнотканых структур, а также числом, спектром, активностью иммунцитов, уровнем секретируемых ими цитокинов и других клеточных медиаторов.

### *Педагогические науки*

#### **О НЕКОТОРЫХ ПРОБЛЕМАХ ПОДГОТОВКИ БУДУЩЕГО ПРАКТИКУЮЩЕГО ВРАЧА**

Жижин К.С.

*ГОУ СПО РО "Ростовский базовый медицинский колледж"*

*Ростов-на-Дону, Россия*

Повышению качества высшего медицинского образования в последнее время посвящено несметное количество статей и научного, и публицистического плана. Во всем этом многообразии прослеживается сквозная мысль: в клинической медицине диагностические и лечебные технологии стали особенно сложными и дорогостоящими, агрессивными, сопряженными с риском осложнений. Усугубляется положение рыночными отношениями, активно культивируемыми в отечественном здравоохранении. Все это настоятельно требует углубленной модернизации учебно-воспитательного процесса. Однако некоторые проблемы лежат на поверхности. К примеру, качество подготовки будущих врачей во многом зависит от уровня клинической базы. Если раньше статус лечебно - профилактических учреждений во многом определялся влиянием кафедральных коллективов соответствующего медицинского университета, то теперь кафедры в большинстве случаев оказались в роли «государства в государстве». Разные системы оплаты труда разъединили составы кафедр и коллективы практикующих врачей, а появление "платных" палат и пациентов только усугубило этот разрыв. Стали сокращаться учебные площади кафедр. Эти "отвоеванные" главными врачами квадратные метры оказались нужными учреждению для решения каких-то иных производственных задач. Снижился уровень аппаратного и методологического обеспечения учебного процесса. Сегодня больница, диктуя свои условия, под учебный процесс выделяет далеко не лучшие помещения, которые (значительная часть учебного процесса проходит в осенне-зимнее время) далеки от гигиенических нормативов, не говоря уже о возможности приема пищи. Это неизбежно приво-

дит, к росту среди будущих врачей психосоматических патологий (в частности, превалируют заболевания нервной системы, пищеварительного тракта, нефрологической и урогенитальной сфер), к снижению мотивации к обучению. Особенно тяжелое положение у медико-профилактических факультетов. Будущие специалисты санитарно-гигиенического профиля вообще не имеют возможности (вплоть до окончания учебного заведения) серьезно работать в центрах санэпиднадзора. Внешне всеми активно отвергаемый репродуктивный подход к обучению, к сожалению, еще не сдал позиции продуктивному. И бич продуктивного обучения - большие группы: 10-14 студентов. В силу этого, полноценный учебный процесс затруднен, а иногда и невозможен, если пациенты - новорожденные, недоношенные дети, тяжелые и инфекционные больные, не говоря уже о "платных". Они недоступны не только студентам, не каждому кафедральному специалисту. Организация малых групп (2-3 человека) упирается и в проблему часовой нагрузки, и, главное,- кадров. Составы кафедр катастрофически стареют: преподают (по возрасту) в лучшем случае отцы и матери, в худшем - дедушки и бабушки. Завлекать же (на фоне рыночных отношений) молодую смену педагогов зарплатой близкой к прожиточному минимуму - дело неблагоприятное. Еще одна общая беда подготовки будущих практикующих врачей - физикалистский кретинизм: пациента «дробят» на отдельные системы, функции, реакции и т.д. В силу подобного монодисциплинарного подхода студента обучают так, словно он будет работать после окончания учебы не врачом, а анатомом, физиологом, биохимиком, гистологом и т. п. Отсюда, почерпнутые из многих теоретических курсов знания зачастую остаются мало востребованными. Молодой врач с трудом может соотнести этот багаж с конкретикой реального заболевания при выработке собственной стратегии и тактики лечения. В работу лечебно-профилактических учреждений и университетов все активнее внедряются ЭВМ, но те же мультимедийные информационные технологии, активный и свободный выход в рабочее время в Ин-

тернет и для практикующего врача, и студента большей частью - всего лишь «голубая» мечта. Интерактивные доски с современным программным обеспечением для медицинских учреждений и учебных заведений - тоже еще "экзотика". Самое же удручающее, если преподавательский актив или практикующие врачи все же используют в своей работе ЭВМ, то в целом ряде случаев не более, как усовершенствованную пишущую машинку. Эти проблемы можно снять без особых материальных вложений, но начинать их решение надо, прежде всего, на наш взгляд, с более фундаментального: с создания, принципиально новых учебников и учебно-методических пособий с учетом требований доказательной медицины. И обновлять содержание учебников необходимо не реже, чем один раз в 1,5-2 года, а не через 5-6 лет, как в былые времена. Столь же архиважно и то, что у нас нет современных отечественных прак-

тических руководств по совершенно новым для российского здравоохранения направлениям: принципы управления лечебно - профилактическим учреждением в условиях рынка, маркетинг, менеджмент медицинских услуг. Моделирование и прогнозирование качества медицинской помощи. Социально-гигиенический мониторинг на современной электронно-статистической базе. Безусловно, обучение врача дороже удовольствие, и, тем не менее, цена одного экземпляра любого учебника, руководства не должна быть равной студенческой стипендии. Не стоит игнорировать и тот факт, что в большинстве своем молодежь сегодня равнодушна к чтению. Владеет ЭВМ, а потому целесообразнее переводить учебную информацию на CD или DVD диски, что с одной стороны осовременит учебный материал, с другой - резко снизит его стоимость.

### *Технические науки*

#### **УСЛОВИЯ ТРУДА В МЕДУЧРЕЖДЕНИЯХ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ РИСКИ**

Тимофеева С.С., Нохоева И.О.

*Иркутский государственный технический  
университет  
Иркутск, Россия*

Основу экономики Иркутской области, как и большинства сибирских регионов, составляют сырьевые отрасли. Основными отраслями промышленности являются металлургическая (производство алюминия и золота), деревообрабатывающая, целлюлозно-бумажная, химическая и нефтехимическая. Иркутская область специализируется на энергоемких производствах благодаря наличию собственной дешевой энергии. Более 15% промышленного производства дает машиностроение и металлообработка. Топливная промышленность представлена в основном угольной.

На территории области располагаются не только промышленные предприятия, но и развитое сельское хозяйство, а также предприятия малого и среднего бизнеса, где заняты тысячи людей, подвергающихся воздействию неблагоприятных факторов. Значительную долю работающих во вредных условиях труда составляют работники здравоохранения, образования и культуры. Именно этой категории работающих уделяется мало внимания, хотя профессиональная заболеваемость медработников заметно возрастает. Характерной особенностью профессиональной патологии в Сибирском регионе с суровыми климатическими условиями является более раннее развитие профессиональных заболеваний в сравнении с центральными регионами России в 1,5

В Иркутской области уделяется большое внимание вопросам охраны труда и профилактики профессионально обусловленной патологии. Принят и действует на территории области Закон «Об охране труда в Иркутской области» реализуется программа «Улучшение условий и охраны труда в Иркутской области на 2006 – 2010 гг.». Аналогичные программы разработаны и реализуются в 30 муниципальных образованиях области.

По данным статистической отчетности в Иркутской области в производственной и непроизводственной сферах экономики в 2006 году было занято более 1219 тыс. человек, что составило 67,8% от трудоспособного населения. При этом в условиях не отвечающих санитарно – гигиеническим требованиям труда 35,2% от общего числа работающих, в том числе 21,3 % женщин (табл. 1).

За последние годы наблюдается увеличение как общего количества работающих на предприятиях области, так и количества работающих во вредных условиях. Выявлению вредных условий труда способствует интенсивная работа по анализу состояния условий труда. Вопросами аттестации рабочих мест занимаются специализированные испытательные лаборатории, аккредитованные как в системе ССОТ, так и Федеральном агентстве по стандартизации и метрологии. Среди таких лабораторий успешно работает Испытательная лаборатория по условиям труда Иркутского государственного технического университета, которая проводит обследование рабочих мест предприятий и учреждений Иркутской области. По данным государственной экспертизы условий труда аттестация рабочих мест приведена более чем на 85 тыс. рабочих мест (табл. 2).