

Результат:

- дебаты способствуют формированию умений и навыков: работы с источниками, документами, справочными материалами, периодикой и т. д.;
- учат работать сообща, ради достижения общей цели;
- создают условия для принятия учениками многообразия действительности, признания множественности подходов, вариативности со-

держания, а также наличия взаимосвязей изучаемых событий и явлений, формируют их системное видение;

- учат критически мыслить, формулировать, излагать и аргументировать собственную точку зрения;
- развивают устную речь, учат корректно общаться;
- учат слушать и слышать не только своё, но и чужое мнение.

Медико-биологические науки

АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕДИКАМЕНТОВ В ОБЪЕМЕ ЭКСПЕРТИЗЫ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АВТОМАТИЗИРОВАННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Агуреев И.Е., Атлас Е.Е., Осокин С.В.

Тульский государственный университет,

МСК «Вирмед»

Тула, Россия

Одной из актуальных задач практического здравоохранения является необходимость рационального использования лекарственных средств. Это обусловлено с одной стороны огромным выбором препаратов, которые предоставляет современный фармацевтический рынок, а с другой стороны ограниченностью материальных ресурсов, выделяемых для здравоохранения.

Известно, что рациональная фармакотерапия является залогом успешного лечения как на стационарном этапе, так и в амбулаторных условиях. Экспертиза качества медицинской помощи показывает, что нередко лекарство в руках врача наносит ущерб здоровью пациентов, негативно влияя на имеющееся патологическое состояние, провоцируя или повышая вероятность развития нового заболевания. Кроме этого нерациональная фармакотерапия приводит к перерасходу ресурсов лечебных учреждений.

Экспертиза качества медицинской помощи проводилась с применением автоматизированной методики оценки КМП. При экспертизе выявлено, что почти третья часть общего количества врачебных ошибок в стационарах связана с ошибками лечения. В структуре ошибок фармакотерапии преобладают ошибки, связанные с нерациональным использованием имеющихся в лечебных учреждениях лекарственных средств. Так в 34 % назначались не показанные, а в 2,4 % противопоказанные препараты, тогда как в 29 % необходимые медикаменты не были назначены. При анализе амбулаторных случаев лечения установлено, что в 16 % лекарственных назначений выявляются те или иные дефекты: 62 % – отсутствие обоснования назначения препаратов, 8 % – выписка лекарственных средств не соответствующих диагнозу, 2,5 % – выписка лекарствен-

ных средств во время пребывания пациента в стационаре, 2,2 % – не соответствие стандартам лечения, 1,3 % – назначение медикаментов аналогов, 0,1 % – назначение несовместимых препаратов. Отмеченные экспертами ошибки фармакотерапии не только снизили эффективность лечения, но и привели к росту необоснованных затрат на закупку медикаментов.

Для рациональной фармакотерапии необходимо придерживаться разработанных Министерством Здравоохранения РФ стандартов. В лечебных учреждениях желательно иметь специалиста, контролирующего рациональность назначения лекарственных средств, или внедрять новые технологии лекарственных назначений с применением экспертных медицинских систем, широко используемых в международной практике.

ГРАНИЦЫ СЕЗОННЫХ АСПЕКТОВ НАСЕЛЕНИЯ ПТИЦ ГОРОДА БИЙСКА, АЛТАЙСКОГО КРАЯ

Беликова Е.А.

*Институт систематики и экологии животных
СО РАН*

Новосибирск, Россия

На основе круглогодичных учетов по методике Равкина Ю.С., в различных местообитаниях города Бийска и его окрестностей выявлены границы сезонных аспектов населения птиц. В целом, сроки и причины проявления границ сезонных аспектов сходны, что позволяет говорить о высокой близости сезонной периодизации облика орнитокомплексов на рассматриваемой территории. Наиболее общие изменения в населении птиц Бийска и его окрестностей происходят между декабрем и январем, между февралем и мартом, в середине апреля, между маем и июнем, в середине июля, середине августа и середине сентября. Проведение расчетов по усредненным данным для всех местообитаний с учетом соотношения площадей показало идентичность рассчитанных и ранее принятых границ. Для выявления устойчивости границ сезонных аспектов населения птиц города Бийска и его окрестностей по годам проведены двухлетние исследования в

трех местообитаниях. Выявление границ сезонных аспектов проводилось как отдельно по каждому году, так и по двухлетнему ряду данных. Сопоставление данных позволило сделать вывод, что границы совпадают или близки по срокам прохождения. Таким образом, проведенный анализ характера сезонной аспектированности населения птиц в различных местообитаниях и в разные годы позволил выявить в качестве общих для города Бийска и его окрестностей семь сезонных периодов: 1 – предзимних кочевок (с середины сентября по конец декабря); 2 – относительной зимней стабилизации (с января по конец февраля); 3 – предвесеннего перераспределения (с начала марта по середину апреля); 4 – массового прилета и пролета (с середины апреля по конец мая); 5 – гнездования (с начала июня по середину июля); 6 – после гнездовых кочевок (с середины июля по середину августа); 7 – отлета, пролета и осеннего перераспределения (с середины августа по середину сентября). Сравнение границ сезонных аспектов населения птиц со сроками наступления и продолжительностью фенологических сезонов свидетельствует о совпадении основных границ осенней в середине сентября и весенней в конце мая, а также совпадении с границами субсезонов, в конце декабря, конце февраля, середине августа. Так, аспект предзимних кочевок охватывает всю осень и первозимье, аспект зимней стабилизации полностью совпадает со среднезимьем, предвесеннего перераспределения охватывают предвесенье и часть субсезона снеготаяния, массовый прилет и пролет незначительно запаздывает по сравнению с началом весны, а в течение лета проходит гнездование, послегнездовые кочевки, отлет и пролет основной массы птиц и эти сезоны совпадают с границами субсезонов. Таким образом, можно сказать, что в городе Бийске и окрестностях сезонная аспектированность сообществ птиц не соответствует традиционному делению года на 4 основных периода: зимний, весенний, летний и осенний, но во все сезоны соответствует границам субсезонов или близка к ним. По сравнению с другими городами Западной Сибири город Бийск отличается более мягким климатом, особенно зимой, небольшими размерами и сильно вытянутой формой города вдоль рек. Смена феносезонов наступает примерно в одни и те же сроки. Все это создает условия для изменения характера населения птиц в связи с природными явлениями.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И КРАТКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА В ПЕРМСКОМ КРАЕ

Желнин А.В., Черкасова В.Г.
*Областная клиническая больница
Пермская государственная медицинская
академия им. ак. Е.А. Вагнера Росздрава
Пермь, Россия*

Жан-Мартен Шарко, выделив рассеянный склероз (РС) в самостоятельную нозологию в 1856 году, уже спустя несколько лет обратил внимание на своеобразное географическое распространение этого заболевания. С тех пор во всем мире продолжают изучать распределение этой болезни, пытаясь найти разгадку этиологии и патогенеза РС.

Территория Пермского края составляет 258 тыс. кв. км. На начало 2006 года численность постоянного населения Пермского края составила 2748,2 тыс. человек, в том числе городского – 2058,6 тыс. человек, сельского – 689,6 тыс. человек. Доля городского населения края продолжает оставаться более высокой (74,9%), чем в целом по России (72,9%) и Приволжскому федеральному округу (70,2%). В соответствии с административно-территориальным устройством в состав края входят Коми – Пермский автономный округ, 33 района, в том числе 19 – только с сельским населением, 25 городов, 38 поселка городского типа и 3713 сельских населенных пунктов. Неоднороден и национальный состав края: 79% составляют русские, 9% – коми-пермяки, 4,9% татары, 1,7% – башкиры, 1,5 – украинцы, 1,0% – удмурты, 0,6% белорусы, 0,5% немцы и др. В настоящее время возрастная структура населения края выглядит таким образом: 0-15 летние составили 17,3% в общей численности населения, 16-29 лет – 23,7%, 30-44 года – 21,4%, 45-59 – 22,0%, 60 и старше – 15,6%.

Пермский край занимает часть Русской равнины и западных склонов Уральских гор в основном в зоне тайги и избыточного увлажнения в бассейне р. Камы на границе Европы и Азии. Длина территории края составляет 645 км, ширина – около 400 км.; имеется развитая промышленная структура (нефте-газовая, химическая, машиностроительная отрасли). Совокупность перечисленных факторов предопределяет своеобразие воздействия комплекса природных, социально-экономических, экологических факторов, а также значимость изучения эпидемиологии РС с учетом фактора «градиента широты».

Наши наблюдения свидетельствуют об абсолютном росте заболеваемости РС в Пермском крае за последнее десятилетие. Так, в 1997г в Пермской области было зарегистрировано 684, а в Коми-округе – 93 больных РС. На начало 2007г в Пермском крае (Пермская область объединилась с коми-округом в 2005г) количество боль-