

**СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ АНТАЦИДНЫХ
ПРЕПАРАТОВ НА ОТЕЧЕСТВЕННОМ
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ РЫНКЕ**

Кузнецов А.В., Кинасов Д.Г.
Пятигорская государственная
фармацевтическая академия,
Пятигорск

За последние годы доля населения с впервые выявленной язвенной болезнью возросла с 18 до 26%, а под диспансерным наблюдением с этим диагнозом находится более 3 млн. человек.

Проблема профилактики и лечения язвенной болезни желудка заключается не только в широком распространении данной патологии, но и в отсутствии эффективных и доступных по цене отечественных лекарственных препаратов.

Среди ассортимента используемых противоязвенных лекарственных средств около 15%, составляют антациды, обладающие быстрым кислотонейтрализующим действием, и обеспечивающие купирование симптомов заболевания. К сожалению, среди зарегистрированных в РФ антацидных препаратов только около 28% являются препаратами отечественного производства, и они, в свою очередь представлены только таблетками и порошками: магнезия оксид, «Викаир», натрия гидрокарбонат и др. В то же время наиболее востребованы импортные антацидные средства в форме суспензий, таких как «Алмагель», «Маалокс», «Гелусил», «Фосфалюгель».

В результате проведенных нами маркетинговых исследований установлено, что, например, годовой объем продаж суспензии «Алмагель» только в регионе Ставропольского края по оптовым ценам составляет более 5 млн. руб.

Анализ импортных антацидных суспензий по действующим веществам показал, что более 50% из них содержат алюминия и магнезия гидроксиды. Комбинация этих лекарственных веществ обеспечивает оптимальную антацидную емкость, так как алюминия гидроксид характеризуется медленным, но продолжительным эффектом, а магнезия гидроксид быстрым, но кратковременным.

Исходя из вышеизложенного, нами были проведены исследования, в результате которых, впервые предлагается отечественный препарат антацидного действия в форме суспензии – «Альмахит», содержащий алюминия и магнезия гидроксиды, равнозначный по всем технологическим и специфической фармакологической активности импортному препарату «Алмагель».

Работа представлена на научную конференцию с международным участием «Международный форум молодых ученых и студентов», 17-24 августа 2004 г., г. Анталия, Турция

**ПОСТРОЕНИЕ МОДЕЛИ КОМПЕТЕНТНОСТИ
СПЕЦИАЛИСТА СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА С
КВАЛИФИКАЦИЕЙ БАЗОВОГО СРЕДНЕГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

Левина В.А.
ГОУ СПО «Энгельский медицинский колледж»,
Энгельс

В последние годы акцент в определении целей профессиональной подготовки сместился с усвоения студентами знаний и умений на формирование такой комплексной структуры, как профессиональная компетентность.

Цель работы: Изучение условий подготовки компетентного специалиста сестринского дела.

Мы полагаем, что построение адекватной модели формирования компетентного специалиста должно опираться на представление о социальном опыте как источнике содержания образования.

Первый компонент социального опыта, который передается обучаемому в образовательном учреждении ССУЗа, включает в себя такие качества, как: Z_1 – объем знаний; Z_2 – научность.

Второй блок модели формирования компетентного специалиста включает следующие качества личности: W_1 – мастерство (профессиональная компетентность); W_2 – профессиональная надежность; W_3 – алгоритмическое мышление; W_4 – вкус риска; W_5 – любознательность.

Опыт творческой деятельности представлен третьим блоком, в состав которого входят следующие элементы: N_1 – стремление к творчеству; N_2 – умение принимать решение в нестандартной ситуации; N_3 – стремление к непрерывному саморазвитию.

Наибольшей полнотой отличается четвертый блок: A_1 – способность работать в команде; A_2 – чувство ответственности; A_3 – личная дисциплина; A_4 – чувство инициативы; A_5 – чувство соревновательности; A_6 – чувство служения общему долгу; A_7 – патриотизм; A_8 – стремление к профессиональному совершенству; A_9 – мировоззрение; A_{10} – четкость целей и ценностных ориентаций; A_{11} – трудолюбие; A_{12} – стремление к непрерывному саморазвитию.

Отбор компонентов модели формирования компетентного специалиста сестринского дела осуществлялся на основе анкетирования медицинских сестер различных ЛПУ г.Энгельса, преподавателей Энгельского медицинского колледжа и студентов выпускных групп. Было проанкетировано всего 240 человек. Каждому из участников опроса было предложено выбрать в четырех наборах качеств личности по одному компоненту, который представляется наиболее значимым для профес-

сиональной карьеры. В результате, в первом наборе 89% опрошиваемых отдали предпочтение компоненту – объем знаний, во втором блоке 76% опрошенных назвали мастерство (профессиональная компетентность), в третьем блоке 86% – стремление к непрерывному самообразованию, в четвертом блоке 72% отметили компонент – способность работать в команде.

Выводы:

Подход к построению модели формирования компетентного специалиста, ориентированный на отражение в содержании образования социального опыта позволяет:

- реализовать во всей полноте культурологическую концепцию профессионального образования;
- осуществить отбор и систематизацию качеств личности и значимых аспектов компетентного поведения.

УСТРОЙСТВО ДЛЯ ЭЛЕКТРОЛАЗЕРНОЙ МИОСТИМУЛЯЦИИ

Натарова Э.В., Корягин А.А., Вигдорчик В.И., Хадарцев А.А., Карташова Н.М.

Так как электровозбуждение мышечной ткани способствует в основном утилизации жировой ткани, но не улучшает такие характеристики мышц, как возбудимость, скоростная и силовая выносливость, должная релаксация после возбуждения, целесообразна разработка способа электролазерной миостимуляции, сочетающей воздействие когерентного лазерного излучения и электростимуляции на скелетную мускулатуру. При этом лазерное излучение подготавливает мембрану клеток мышечной ткани к активному транспорту ионов, улучшает микроциркуляцию крови и лимфы в сосудах, а электрические импульсы – активируют сократительную способность скелетной мускулатуры. Непосредственный эффект лазерного воздействия интенсифицирует скоростно-силовые качества мышц [2].

При возбуждении биоткани, когда начинается движение ионов через каналы, происходит резонанс когерентного ЛИ с ионными каналами мембран. Эксперименты на изолированном седалищном нерве лягушки показывают, что излучение лазера *увеличивает скорость проведения нервного импульса* [1, 3].

При электростимуляции в клеточных мембранах возникают акустоэлектрические (АЭ) волны и соответствующие изменения информационной синхронизации работы клеток и клеточного метаболизма. Возникновение АЭ-волн на мембране ведет к интенсификации циркуляторных явлений в цитоплазме и межклеточной жидкости.

Цель работы. Разработка устройства для сочетанного электролазерного и лазерного воздействия на поперечнополосатую мускулатуру.

Разработанный нами аппарат для электролазерной миостимуляции представляет собой совмещенные в одном корпусе два генератора: лазерного излучения и электрических импульсов. Лазерное излучение модулируется. Происходит амплитудная модуляция (АМ), частотная модуляция (ЧМ) и широтная модуляция (ШМ). Технические характеристики генераторов следующие:

ров следующие:

- *Генератор лазерного оптического диапазона:* монохроматическое излучение без пространственной когерентности; длина волны – 0,89–0,92 нм; импульсная мощность МАХ – 10 Вт; частота следования МАХ – 15 КГц; применяемые виды модуляции – АМ, ЧМ, ШМ.

- *Генератор электрических импульсов:* амплитуда импульса МАХ – 2,0 В; диапазон регулировки – 0–2 В; полярность импульса – положительная/отрицательная (по выбору); режим генерации импульсов – одиночный – с лазерным пучком и непрерывный; длительность одиночного импульса – 2–10 мсек; длительность вершины импульса при непрерывной генерации – 3–20 мсек; скважность непрерывной последовательности – 1–8; частота непрерывной последовательности – 60 Гц.

Время установления рабочего режима аппарата не более 1 мин с момента включения.

Устройство применимо для профилактики заболеваний поперечно-полосатой мускулатуры, синдрома хронической усталости, в спортивной медицине, восстановительном периоде после операций, заболеваний, приведших к гипокинезии, ожирению.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Волобуев А.Н., Овчинников Е.Л., Крюков Н.Н. Биофизические механизмы сочетанного лазерного и мм-излучения.// В сб. материалов Международной конференции «Клиническое и экспериментальное применение новых лазерных технологий», (Казань, 1995).–Москва–Казань: Минздравмедпром РФ, 1995.– С. 284–286.
2. Илларионов В.Е. Техника и методика процедур лазерной терапии/ Справочник.–М.: «Лазер-маркет», 1994.– 178 с.
3. Сазонов А.С., Найок М.А., Федоров С.Ю. и соавт. Низкоинтенсивная биорезонансная терапия/Монография.–Тула: «Тульский полиграфист».– 2000.–136 с.

Работа представлена на научную конференцию с международным участием «Современные медицинские технологии (диагностика, терапия, реабилитация и профилактика)», 3-10 июля 2004 г., г. Умаг, Хорватия

ВАРИАНТНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТОПОГРАФИИ СИНУСНО-ПРЕДСЕРДНОГО УЗЛА СЕРДЦА ЧЕЛОВЕКА

Соколов В.В., Варегин М.П., Евтушенко А.В.

Возрастающий интерес к нарушениям функции синусно-предсердного узла (СПУ) в связи с ишемической болезнью сердца и уязвимостью области его локализации при хирургических вмешательствах определяет необходимость иметь точные сведения как о топографии, форме СПУ, так и его размерах у людей различного возраста.

Несмотря на имеющиеся публикации по анатомии и топографии СПУ, до настоящего времени нет достаточных сведений о возрастных особенностях формы, размеров и взаимоотношениях частей данного