нообразие принимаемых учителем решений. Такие возможности делегируются ему системой в силу того, что согласно целеполаганию этой системы он занимает место и исполняет, согласно своим обязанностям и предназначению, роль и функции ведущего элемента педагогической технологии. Одним из отправных положений этой технологии является поэтапное измерение и итоговая оценка каждого шага, этапа, элемента обучения. Применяя в каждом случае соответствующие, но, как правило, не повторяющиеся критерии граничных условий оценивания субъектов и объектов процесса обучения, преподаватель достигает необходимого уровня обоснования отметок. Однако любой по объёму труд, затраченный на оценивание результатов обучения, не приводит к достижению идеала - полной объективности оценивания.

С противоположной стороны диалектического витка системы "учитель - педагогическая система - ученик", развёрнутого до уровня линейного вектора учебного процесса, находится такой же равный в правах субъект и обладает он точно такими же, в потенциале, возможностями. Контакт субъектов педагогической системы выливается либо в беседу, либо в дискуссию, либо в полемику, либо в спор. Иного риторика не знает. Субъект-ученик также наделён соответственно возрасту и интеллекту искусством эристики [искусство полемики] и самооценки. Ни в коем случае нельзя забывать начинающему учителю прописную истину: он не умнее обучаемого им ученика, а всего лишь "образованнее"!

Но вот несправедливейший парадокс - ощущая себя полноценной личностью и оценивая себя, как минимум, в 8-ми координатах (данные из курса педагогики), за свой ответ ученик получает всего лишь одну отметку. Да, оценивание качественно разрушает "контакт диалога", но более всего его портит несправедливость качественной скудности оценки, её направленная на личность моноликая ущербность. Конфликт, резко снижающий конечное качество обучения, возникает, прежде всего "внутри" сознания самого ученика.

И так цепочка: 2000 →300 →50 →7 →1. Здесь налицо несоответствие широты шкалы оценивания (три ступени - 3,4,5) вместо требуемых, как минимум, 7-8. Эти параметры определяют наиболее явные проблемы обучения и оценивания результатов учебных действий.

В ситуации, когда конечная цель в принципе определена содержанием дидактического материала (ведь учащемуся на примере дидактического материала чаще всего фактически демонстрируют некоторый вариант практического воплощения результата решения проблемной задачи), сам дидактический материал выступает в роли некоторого учебного пособия, подсказки. Учебное пособие - это семантика внутреннего профессионального языка обучаемого. Оно одновременно играет (выполняет) и активную и пассивную роль, роль некоторого информационного фильтра, критерия, обеспечивающего отсеивание излишнего объёма новизны, предоставляя запросам учащегося лишь информацию релевантную (расширительно-достаточную) той учебной проблеме, которую решает он сам, и синтезирует замыслы ученика, диктуя ему свои, технологически оговорённые, шаги по претворению дидактического материала в реальный результат. Весьма показательно, что происходит это в достаточно определённо запрограммированной заранее форме замысла; характерно, что основы этого замысла и конструктивные ограничения задаются не учеником, а учителем. Здесь синтезированы и проявляются согласно чётким алгоритмам-правилам учебного процесса не только подчинение задумкам учителя, но и осознанное контролируемое и чётко дозируемое проявление самостоятельности, т.е. управляемое столкновение общественного и личностного (принадлежащего обучаемому) с подчинением, показательным присутствием и демонстрацией этой подчинённости, но подчинённости с сохранением гуманистически-солидарной позиции учителя. Эта позиция наиболее ярко проявляется в учебном коллективе, на его фоне и в ходе решения задач, продиктованных нуждами коллектива.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Дюк В.А. Компьютерная психодиагностика.- СПб.,Изд-во"Братство", 1994.-364с.

Работа представлена на заочную электронную конференцию «Проблемы качества образования», 15-20 мая, 2006г. Поступила в редакцию 17.05.2006г.

Медицинские науки

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Басиева О.О., Епхиева З.Б., Басиева Т.С.
Северо-Осетинская государственная медицинская академия, кафедра факультетской терапии с курсом эндокринологии и ВПТ,
Владикавказ

Целью настоящего исследования явилось изучение клинико-функциональных особенностей патологии щитовидной железы (ЩЖ) у больных пожилого возраста.

Обследовано 110 пациентов с тиреоидной патологией в возрасте старше 60 лет (от 60 до 75), средний возраст 67,0±1,2 года. Среди обследованных было 88 женщин и 22 мужчины. Соотношение мужчин и женщин за последние 10 лет изменилось от 1:10 до 1:5. Все обследованные проживали в промышленном центре с зобной эндемией средней степени тяжести. Для верификации диагноза проведено УЗИ и определено функциональное состояние ЩЖ клинически и по данным гормонального анализа - ТТГ, ТЗ, Т4.

У обследованных больных преобладали диффузно-узловые формы - 75 % от всех случаев зоба, наиболее часто выявлялся нетоксический зоб (45%). Средний объём ЩЖ составил 35 см^3. Число больных с аутоиммунным тиреоидитом (АИТ) составило 18 %. Синдром тиреотоксикоза встречался у 25 % пациентов, средний объём ЩЖ у них составил 25 см ^{3}. У больных с синдромом тиреотоксикоза в 5 % случаев отмечалась экстрасистолия, в 40 % случаев тахисистолическая форма мерцательной аритмии. Наиболее частой причиной гипотиреоза у больных в пожилом возрасте был послеоперационный гипотиреоз (37%), АИТ в сочетании с пониженной функцией ЩЖ выявлен у 27 % пациентов от общего числа больных с гипотиреозом, при этом 21 % больных имели диффузно-узловую форму АИТ и 6 % атрофическую. Другими причинами снижения функции ЩЖ были идиопатический гипотиреоз (21%), диффузно-узловой зоб (12%) и подострый тиреоидит (3%).

Клиническими особенностями течения гипотиреоза у пожилых больных являлись малосимптомность и «маски» гипотиреоза (психиатрические, ревматологические, дерматологические, гастроэнтерологические). Наиболее частой причиной обращения больных к врачу при диффузно-узловых формах зоба было увеличение ЩЖ и связанные с этим симптомы сдавления (дискомфорт в области шеи). Наиболее характерные жалобы при снижении функции ЩЖ: обстипация, низкий и хриплый голос, зябкость, отечность век, слабость, сухость кожи активно больными не предъявлялись

У больных пожилого возраста преобладающая патология ЩЖ - это диффузно-узловая форма нетоксического зоба (45%) и АИТ (18%). Ведущими жалобами при этих заболеваниях являются наличие зоба и симптомы сдавления. У пожилых больных с синдромом тиреотоксикоза клиническое течение характеризуется наличием зоба и изменениями сердечно-сосудистой системы (экстрасистолия и мерцательная аритмия).

Таким образом, у пожилых больных при уменьшенных, нормальных или незначительно увеличенных размерах ЩЖ симптомы заболевания остаются нераспознанными. Большой процент узловых форм зоба у обследованных больных указывает на важную роль, кроме факта проживания в районе зобной эндемии, других струмогенных факторов промышленного центра. У пожилых больных с заболеваниями ЩЖ в клинике преобладают «маски» гипотиреоза, а гипертиреоз характеризуется тяжелым поражением сердечно-сосудистой системы, что делает необходимым скрининговое определение тиретропного гормона у больных старше 60 лет.

Работа представлена на IV научную конференцию с международным участием «Медицинские, социальные и экономические проблемы сохранения здоровья населения», г. Анталия (Турция), 21-28 мая 2006 г. Поступила в редакцию 15.05.2006г.

ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ОБМЕННЫХ ПРОЦЕССОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ДОБАВОК КОРПОРАЦИИ «ТЯНЬШИ» В ДИЕТОТЕРАПИИ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Богатырев В.Г., Рябкина Е.А., Савельева И.В.

Желчекаменная болезнь составляет большой процент среди гастроэнтерологических больных. У большинства пациентов клинические симптомы проявляются в легкой форме, у 2-10% в тяжелой форме. В связи с этим пациентам предлагается оперативное лечение. Однако у 20-40% пациентов в течении ближайших 5 лет после операции появляются абдоминальные боли, диспепсические явления, обусловленные постхолецистэктомическим синдромом (Шерлок Ш., Дули Дж. 1999; Ивашкин В.Т. 2002; Лейшнер У. 2001г; Смолянский Б.Л., Лифляндский В.Г. 2004; Хендерсон Дж. М. 2001.).

Целью настоящей работы явилось изучение характера влияния биологически активных добавок корпорации «Тяньши» на течение патологического процесса у больных желчекаменной болезни.

Материалом для исследования послужили результаты обследования 120 пациентов от 25 до 70 лет (80 женщин и 40 мужчин), проходивших курс амбулаторного лечения.

Желчекаменная болезнь была подтверждена данными ультразвукового исследования на аппарате фирмы «Toshiba».

В диетотерапию больных были включены биологически активные добавки «Кордицепс», «Биокальций для нормализации уровня сахара в крови», «Дайджест», «Биокальций Гай-Бао», «Антилипидный чай» корпорации «Тяньши».

«Кордицепс» - это порошок ферментированного мицелия Кордицепса, аденозина, маннитола.

В состав «Биокальция для нормализации уровня сахара в крови» входят: порошок костного кальция, выделенный в результате ферментативной обработки, витамины: В3, РР, В1, В2, А, Е, С, микроэлементы: кремний, фосфор, марганец, цинк, железо, йод, селен, лецитин, протеин, олигосахарид, порошок семян тыквы, солодковый экстракт, мальтодекстрин, аспартам, гидрогенизированное молоко, какао, обезжиренное сухое молоко.

«Дайджест» - биологически активная добавка, состоящая из инулина, целлюлозных волокон, пектина, льняного семени, бифидобактерий, лактобактерий, фенхеля европейского.

«Биокальций Гай-Бао» - порошок костного кальция, выделенный результате ферментативной обработки (170 мг. в таблетке), соединение кальция с кислотой плодов дерева Тореза, казеин-фосфолипид (СРР), витамин D3, лимоннокислый кальций.

«Антилипидный чай» состоит из 6 сортов зеленого чая, листьев лотоса, семян кассия тора, корнеплодов многоцветного горца после специальной обработки, листьев гиностеммы пятилистной, частухи подорожниковой, кожуры мандарина.

Контроль данных ультразвукового обследования, показателей субъективного состояния показал эффективность применения вышеперечисленных биологи-