

острый панкреатит. А может хронический панкреатит развиваться почти без симптомов, если годами происходят незначительные нарушения работы поджелудочной железы, то, в конце концов, неизбежен сбой. На начальном этапе больные жалуются только на боль в верхней части живота или спины после еды, потом, через некоторое время, появляются другие симптомы хронического панкреатита: отсутствие аппетита, нарушение работы желудочно-кишечного тракта, вздутие живота, тошнота, частая рвота. Но иногда эти явные признаки не появляются. У женщин часто причиной возникновения хронического панкреатита является желчекаменная болезнь, а у мужчин – хронический алкоголизм. Эти причины составляют 75% обстоятельств возникновения заболевания. Другие факторы встречаются реже. Диагностировать хронический панкреатит на современном этапе развития медицины в большинстве случаев не составляет труда. Состав кала, мочи на предмет не переваренной пищи и пищеварительных ферментов, биохимический состав крови, помогут выявить диагноз. Современные технологии, такие как ультразвуковые исследования, компьютерная томография покажут объективную картину состояния поджелудочной железы.

Цель исследования. Показать эффективность и рациональность применения препаратов при хроническом панкреатите.

Методы исследования. Анализ основных клинических литературных данных.

Результаты исследования и их обсуждение. Лечение хронического панкреатита можно проводить как амбулаторно, так и в стационаре, в зависимости от состояния больного. Фармакотерапия хронического панкреатита направлена на создание наиболее благоприятных условий для функционирования поджелудочной железы и устранения факторов, поддерживающих воспалительный процесс, на борьбу с болевым синдромом, компенсацию нарушений внешне- и внутрисекреторной недостаточности поджелудочной железы.

Основой лечения хронического панкреатита является диета, в первые два-три дня после приступа назначается голод и минеральная вода. Питание дробное 5-6-разовое, небольшими порциями. Должен соблюдаться временной режим прием пищи.

Купируется болевой синдром – новокаиновые блокады. Эта процедура обеспечивает уменьшение или прекращение болевой импульсации. Анальгетики (ненаркотические – парацетамол, аспирин; наркотические со спазмолитическим компонентом действия – промедол, омнопон) в сочетании с холиноблокаторами (атропин, метацин и др.) и спазмолитиками (папаверин, дротаверин, баралгин и др.).

Назначают стимуляторы регенерации: метилурацил, метионин и др. Эти лекарственные

средства, способствуют более быстрому восстановлению функциональных клеток железы.

Пищеварительная функция восстанавливается с помощью ферменто-заместительных препаратов. Ферментные препараты: креон, панкреатин, мезим форте, юниэнзим, панзинорм, пензитал, фестал, энзистал и др. в качестве заместительной терапии. Эти препараты принимают во время еды, и рекомендуют один прием пищи в сутки не сопровождать приемом ферментных препаратов для профилактики атрофии ткани поджелудочной железы.

Назначают витаминные препараты группы В, С, А, никотиновая кислота. Применяют также и коферментные формы витаминов, например: кокарбоксилаза и др. и анаболические средства – нестероидные анаболики (рибоксин и др.).

Исключают воздействие агрессивных факторов и средств, усиливающих дальнейшее повреждение паренхимы органа (например, алкоголь).

Выводы. Применение препаратов при хроническом панкреатите отвечает основным требованиям клинической фармакологии.

Список литературы

1. Клиническая фармакология лекарственных средств, для терапии ВИЧ – инфекции в образовательном процессе / А.В. Арлыт и др. // Международный журнал экспериментального образования. – 2012. – № 8. – С. 43–47.
2. Клиническая фармакология противозвонных препаратов в образовательном процессе студентов / Е.Е. Зацепина и др. // Международный журнал экспериментального образования. – 2012. – № 8. – С. 48–49.
3. Пути совершенствования преподавания клинической фармакологии / М.Н. Ивашев и др. // Международный журнал экспериментального образования. – 2012. – № 8. – С. 82–84.
4. Назарова Л.Е. Влияние кислоты феруловой на систему крови у облученных крыс / Л.Е. Назарова, И.Л. Абисалова // Вестник Воронежского государственного университета. Серия: Химия. Биология. Фармация. – 2006. – № 2. – С. 325–326.
5. Клиническая фармакология пероральных сахароснижающих лекарственных средств в обучении студентов фармацевтических вузов / А.В. Сергиенко и др. // Международный журнал экспериментального образования. – 2012. – № 10. – С. 17–20.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОВИЗОР – ВОСТРЕБОВАННАЯ СПЕЦИАЛЬНОСТЬ ДЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ РОССИИ

Сергиенко А.В., Ивашев М.Н.

Пятигорский филиал ГБОУ ВПО Волг ГМУ Минздрава России, Пятигорск, e-mail: ivashev@bk.ru

В настоящее время происходят принципиальные изменения в функциональных обязанностях провизора. Расширение номенклатуры безрецептурных препаратов, значительное увеличение доли готовых лекарственных форм, развитие концепции самолечения (ответственного самолечения) приводят к тому, что все большее место в профессиональной деятельности специалиста приобретает консультативно-информационная работа не только для врачей, но и для населения [1, 2, 3, 4, 5].

Цель исследования. Показать необходимость подготовки клинического провизора в об-

разовательном процессе студентов фармацевтических факультетов.

Методы исследования. Анализ основных литературных данных.

Результаты исследования и их обсуждение. При подготовке клинического провизора следует учитывать несколько факторов, в первую очередь должна быть квалифицированная консультация пациентов (препараты безрецептурного отпуска), врачей, медицинских сестер по условиям рационального применения лекарств: времени приема, сочетанию с пищей и с другими препаратами, правильному хранению, выбору лекарственной формы, правилам использования новых лекарственных форм.

Клинический провизор должен быть знаком этиологией, клиническими симптомами наиболее значимых заболеваний в медицинской практике. Этот специалист должен знать основные виды медицинской документации, уметь анализировать и интерпретировать результаты лабораторного и инструментального обследования пациентов.

Клинический провизор, работающий в многопрофильном стационаре, осуществляет заказ и составляет план по закупке лекарственных препаратов. Эти мероприятия должны проводиться совместно с ведущими специалистами – врачами. Задачами провизора, работающего в стационаре, является оптимизация лекарственной терапии у больного: выбор направления фармакотерапии, выбор наиболее эффективных лекарственных препаратов в каждой фармакологической группе с учетом особенностей их фармакокинетики и фармакодинамики, взаимодействия с одновременно или ранее назначавшимися лекарственными препаратами, а также должен проводиться и учет цен на препараты. Клинический провизор консультирует врача

и больного по вопросам рациональной лекарственной терапии, осуществляет лекарственный мониторинг, информирует врачей об особенностях фармакодинамики и фармакокинетики новых лекарственных средств, поступающих в аптечную сеть, совместно с врачом осуществляет рациональную замену при отсутствии препарата. Знание современных классификаций лекарственных средств, которые преподаются на кафедрах клинической фармакологии, является неотъемлемым базисом при подготовке клинического провизора. В целом, специальность провизора подразумевает знание не только медицинских и фармакологических дисциплин, но также основ экономики и маркетинга.

Выводы. Подготовка специалиста клинического провизора приобрела особую актуальность в наше время и должна учитываться при составлении планов обучения и выпуска специалистов для органов здравоохранения.

Список литературы

1. Клиническая фармакология лекарственных средств, для терапии ВИЧ – инфекции в образовательном процессе / А.В. Арлыт и др. // Международный журнал экспериментального образования. – 2012. – № 8. – С. 43–47.
2. Клиническая фармакология противоязвенных препаратов в образовательном процессе студентов / Е.Е. Зацепина [и др.] // Международный журнал экспериментального образования. – 2012. – № 8. – С. 48–49.
3. Пути совершенствования преподавания клинической фармакологии / М.Н. Ивашев и др. // Международный журнал экспериментального образования. – 2012. – № 8. – С. 82–84.
4. Назарова Л.Е. Влияние кислоты феруловой на систему крови у облученных крыс / Л.Е. Назарова, И.Л. Абисалова // Вестник Воронежского государственного университета. Серия: Химия. Биология. Фармация. – 2006. – № 2. – С. 325–326.
5. Клиническая фармакология пероральных сахароснижающих лекарственных средств в обучении студентов фармацевтических вузов / А.В. Сергиенко и др. // Международный журнал экспериментального образования. – 2012. – № 10. – С. 17–20.

Педагогические науки

ПУТИ ФОРМИРОВАНИЯ ПРЕЕМСТВЕННОСТИ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО (ШКОЛЬНОГО) И ВУЗОВСКОГО ЭТАПОВ ОБРАЗОВАНИЯ

¹Блудова С.И., ²Власова Е.М., ²Шевчук В.В.

¹МОУ СОШ № 6, Тихвин, Россия;

²ГБОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера, Пермь, e-mail: okolo65@mail.ru

Федеральные государственные образовательные стандарты начального общего и среднего образования определяют, что «развитие личности обучающегося на основе усвоения универсальных учебных действий, познания и освоения мира составляет цель и основной результат образования». Данная парадигма вполне соответствует и задачам высшего образования, поэтому несомненно важна роль формирования

преимущества в довузовском и вузовском этапах образования. Одной из проблем, с которой сталкиваются преподаватели вузов, является отсутствие у студентов младших курсов навыков самостоятельной работы с информацией. Обучение в вузе отличается от обучения в средних общеобразовательных учреждениях тем, что большую часть учебного процесса студенты занимаются самообразованием. Умение и навыки самостоятельно работать с поиском и анализом информации, умение находить нужную информацию в короткие сроки повышает эффективность учебного процесса. И, наоборот, отсутствие таких умений и навыков затормаживает обучение, снижая тем самым привлекательность самого процесса и мотивацию к обучению. Следующей проблемой преемственности, связанной с предыдущей, является недостаточное владение большинством первокурсников на-