Tmax 16,2 ± 0,33(мин.), T1/2 28,34 ± 0,81(мин.), T киш 29,91 ± 0,78(мин.), при диаметре < 5см ИПЗ увеличен до 2,91 ± 0,11(ус.ед.), при снижение показателей до Tmax 17,97 ± 0,24(мин.), T1/2 32,95 ± 0,85(мин.), T киш 31,33 ± 0,77(мин.)

У больных с абсцессами печени (n = 6) при диаметре от 0 до 5 см отмечено увелечение ИПЗ 3,12 ± 0,09(ус.ед.), при снижение следующих показателей Tmax15,2 ± 0,24(мин.), T1/2 27,09 ± 0,32(мин.), Tкиш 29,11 ± 0,17(мин.).

Таким образом, данные реогепатографии свидетельствуют, что в группе больных, которым проведена стимуляция регенераторных процессов печени отмечено более выраженное улучшение реогепатографических показателей. Вследствие усиления репаративно-регенеративных процессов в паренхиме печени и нормализации окислительно-объменных механизмов в печени.

Выводы: Разработанный и примененный оперативный метод лечения дистрофических изменений переочаговой зоны печени, заключающийся в стимуляции регенераторных процессов путем снижения внутритканевого давления печеночной ткани на 25-30% от исходного, является эффективным способом увеличением объема гепатоцитов, снижением гемолимфостаза в периочаговой зоне.

Список литературы

1. Агаев Б.А. Принципы диагностики и лечения эхинококкоза печени / Б.А. Агаев, Р.М. Агаев, Р.М. Мамедов // Анналы хирургии. – 2005. – №1 – С. 54-59.

2. Багаутдинов Г.М. Лечение тяжелых форм осложненного эхинококкоза печени: Афтореф. дис … д-ра мед. наук. / Г.М. Багаутдинов. – М., 2002.

3. Гаджибакаров Г.М. Выбор способа антипаразитарной обработки при эхинококкэктомии печени: Афтореферат дис… канд. мед. наук. / Г.М. Гаджибакаров. – М., 2004.

4. Джабраилов Д.А. Эхинококкоз печени, осложнённый цистодилиарными свищами: диагностика и тактика лечения / Д.А. Джабраилов //Анналы хир. – 2008. – №4. – С.5-9.

5. Нестеренко Ю.А. Неинвазивные методы лечения абсцессов печени / Ю.А. Нестеренко, С.В. Михайлусов, Е.В. Моисеенкова // Материалы III конф. хирургов-гепатологов «Новые технологии в хирургической гепатологии».- СПб., 1995. – С. 257-258.

6. Petry A. Comparison of different methods for the treatment of nonparasitic liver cysts / A. Petry, E. Makula, S. Karacsonyi // HPB Surg. – 1996. – Vol. 9., Suppl. 2. – P.25.

7. Quebbeman E.J. Current tech¬niques in general surgery / E.J. Quebbeman, J.R. Wallace// In: R.E. Condon (ed). – New York, Mosby, 1997. – P.1–75.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ И ЖЕНЩИН СРЕДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Михайлин Е.С.

СПбГБУЗ «Родильный дом № 10», Санкт-Петербург, e-mail: mihailin@mail.ru

Введение. Исследованию различных сторон беременности в юном возрасте посвящено большое количество работ, как в нашей стране, так и за рубежом, однако проблема улучшения качества медицинской помощи рожающим подросткам с годами не становится менее актуальной. Многочисленные исследования говорят о том, что у юных женщин гораздо чаще встречаются такие осложнения беременности, как гестоз, анемия, невынашивание, гестационный пиелонефрит, а в родах – преждевременное излитие околоплодных вод, аномалии родовых сил и внутриутробная гипоксия плода. Однако целый ряд других авторов указывает на более благоприятное, чем у женщин более старших возрастных групп, течение беременности и родов у несовершеннолетних. На базе СПбГБУЗ «Родильный дом № 10» работает городской Центр по ведению беременности и родов у несовершеннолетних «Маленькая мама», в котором рожает каждая четвертая – пятая несовершеннолетняя беременная женщина Санкт-Петербурга. Существующие в научной литературе различные мнения касательно особенностей течения и частоты осложнений беременности и родов у несовершеннолетних, а также накопленный обширный фактический материал Центра по ведению беременности и родов у несовершеннолетних в масштабах такого мегаполиса, как Санкт-Петербург, и послужил основанием для нашего исследования.

Целью настоящего исследования было дать сравнительную характеристику особенностей течения беременности и родов у несовершеннолетних и здоровых беременных женщин среднего репродуктивного возраста.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ клинических характеристик несовершеннолетних пациенток, родоразрешенных в СПбГБУЗ «Родильный дом № 10» за 10 лет (с 2004 по 2013 гг.) и пациенток среднего репродуктивного возраста (группа сравнения) проводился на основе анализа историй родов (форма № 096/у) (483 истории родов несовершеннолетних пациенток и 55 историй родов пациенток среднего репродуктивного возраста (группа сравнения), а также журналов учета приема родов (форма № 010/у) (209 журналов учета приема родов).

Результаты. Средний срок беременности на момент постановки на учет в женскую консультацию составил 16,6 ± 7,2 недель для беременных несовершеннолетних, что достоверно позже ($p < 0,01$), чем срок постановки на учет для беременных среднего возраста (14,0 ± 6,8 недель). Патологическая прибавка массы тела была выявлена у 96 (30,4%) несовершеннолетних пациенток, прибавка массы 20 килограмм и больше была отмечена у 28 (5,8%) из них. У пациенток второй группы патологическая прибавка массы тела была выявлена у 8 (14,5%) пациенток (достоверно реже ($p < 0,05$), чем в первой группе), прибавки массы 20 килограмм в группе беременных среднего возраста отмечено не было. Среднее значение гемоглобина в группе здоровых беременных среднего возраста было

достоверно ($p < 0,05$) выше (120,3 ± 7,7 г/л), чем в группе несовершеннолетних (114,4 ± 8,9 г/л). Средняя продолжительность родов в несовершеннолетней группе была достоверно ($p < 0,01$) дольше (8,8 ± 2,7 часов), чем в группе среднего возраста (7,4 ± 2,8 часов). В родах в обеих группах наиболее часто отмечалось несвоевременное излитие околоплодных вод – 214 (44,3 %) и 17 (30,9 %), причем достоверно чаще это осложнение родов встречалось в несовершеннолетней группе ($p < 0,05$). Достоверных различий в частоте послеродовых кровотечений, а также в частоте материнского травматизма между несовершеннолетними родильницами и родильницами среднего возраста нами обнаружено не было. Обращает на себя внимание, что хориоамнионит в родах, задержка частей последа, а также применение акушерских щипцов или вакуум-экстракции плода были отмечены только в группе несовершеннолетних. Достоверных различий в частоте рождения детей в состоянии асфиксии между несовершеннолетними родильницами и родильницами среднего возраста нами обнаружено не было. Кефалогематомы у новорожденных были выявлены только в несовершеннолетней группе. На наш взгляд, важным является и тот факт, что две несовершеннолетние беременные отказались от ребенка и самовольно покинули роддом. Отказов от ребенка в группе женщин среднего возраста не было.

Заключение. Результаты проведенного исследования, в целом подтверждают литературные данные о большей частоте осложнений беременности и родов у несовершеннолетних женщин, чем у женщин среднего репродуктивного возраста. Так, достоверно чаще у беременных подростков встречалась анемия беременных, гестоз, гипотрофия плода, а в родах – преждевременное излитие околоплодных вод, перинеотомия и травмы новорожденного. В то же время, достоверных различий в частоте возникновения слабости родовой деятельности, кровотечений, асфиксии новорожденного и материнского травматизма нами обнаружено не было, что не соответствует известным данным литературы. Вероятно, требуются дополнительные углубленные исследования, направленные на всестороннее изучение особенностей течения беременности и родов у несовершеннолетних, в зависимости от их возраста и медико-социального статуса.

«Актуальные проблемы образования. Опыт реализации болонских соглашений», Амстердам (Нидерланды), 19-25 октября 2014 г.

Педагогические науки

К ВОПРОСУ ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ОРГАНИЗАЦИОННОЙ КУЛЬТУРЫ В ПРОЦЕССЕ СОЗДАНИЯ ШКОЛ – КОМПЛЕКСОВ

Сиденко А.С., Сиденко Е.А., Голоднова Л.В.

ФГАОУ ДПО АПКиППРО;
ГБОУ СОШ № 641, Москва,
e-mail: sidenko2009@yandex.ru

В российском образовании произошли большие изменения, и реформы коснулись не только школы, но и системы дошкольного образования. На сегодняшний день изменен статус дошкольного образования в связи с переходом на ФГОС и определением дошкольного образования первой ступенью в системе непрерывного образования. С целью обеспечения преемственности всех ступеней в рамках реализации постановления Правительства Москвы № 86 от 22 мая 2011 года во всех округах столицы активно ведется создание образовательных комплексов, в которые объединяются как школы, так и дошкольные образовательные учреждения. В таких условиях руководителю образовательного комплекса необходимо обладать прогностической функцией управления образовательной организацией, чтобы организация была готова к новым изменениям и могла не только их «пережить», функционировать, но и успешно развиваться в новых условиях. Одним из обязательных условий успешного функционирования организации является создание и поддержка организационной культуры образовательного учреждения, и это, несомненно, является функцией управленца.

Организационная культура организации в широком смысле определяется как система коллективно разделяемых ценностей, символов, убеждений, образцов поведения членов организации, которые придают общий смысл их действиям. Это система материальных и духовных ценностей, проявлений, взаимодействующих между собой, присущих данной организации, отражающих ее индивидуальность и восприятие себя и других в социальной и вещественной среде, проявляющаяся в поведении, взаимодействии, восприятии себя и окружающей среды. [2, 5].

Для создаваемых школ – комплексов это становится особенно актуальным, так как объединяются, как правило, организации у которых ни ценности, ни цели, ни традиции не согласованы. И это нужно планировать делать руководителю. Рассмотрим некоторые особенности формирования организационной культуры создаваемой образовательной организации.

К наиболее значимым характеристикам организационной культуры (в проекции теории менеджмента на образование) можно отнести: осознание работником образования своего места в группе, структурном подразделении или в школе-комплексе; тип совместной образова-